

Entrenamiento de la memoria en adultos mayores en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México

María Begoña Garín Gómez¹
José Luis Cañas Martínez²

RESUMEN

El presente trabajo, trata de la aplicación de un programa de entrenamiento de la memoria en adultos mayores creado *ex professo* para la población urbana de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, quienes expresaron tener fallas de memoria. La muestra, estuvo integrada por dos grupos: uno experimental de 40 sujetos entre 60 y 87 años (4 hombres y 36 mujeres) el grupo control sin tratamiento estuvo integrado por 40 sujetos de 60 años en adelante con las mismas características del grupo experimental (10 hombres y 30 mujeres); Se les solicitó su participación y aceptaron a formar parte de esta investigación, voluntariamente y sin pago alguno.

Los objetivos de la investigación fueron determinar si existieron síntomas de ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y habilidades sociales. Los resultados indican efectos positivos significativos en todas las áreas evaluadas en el grupo experimental, después de la aplicación del programa; no así en el grupo control en el que no se apreciaron variaciones significativas.

Palabras clave: adultos mayores, depresión, ansiedad, deterioro cognitivo.

ABSTRACT

The present work, specifically deals with the application of a program of memory training in Greater Adults crea-

ted for urban population of Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; which expressed to have memory failures. The sample, was integrated by: two groups, one experimental one of 40 subjects between 60 and 87 years; of which they were 4 men and 36 women; the group control, without treatment was integrated by 40 subjects also of 60 years in ahead with the same characteristics of the experimental group, in this case they were 10 men and 30 women. Therefore, its participation was asked for to them and voluntarily accepted and without payment some to comprise of this investigation. The objectives of the investigation, were, to determine if anxiety symptoms existed, depression, cognitive deterioration and social abilities; The results indicate, significant positive effects in all the areas evaluated in the experimental group, after the application of the program; not thus in the group control in which significant variations were not appraised.

Key words: Greater adults, Depression, Anxiety, Cognitive Deterioration.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación pretende probar los efectos de un programa de entrenamiento de memoria en *adultos mayores*, creado *ex professo* para la población a la que fue aplicado. Dicho programa no se circunscribe al entrenamiento de memoria únicamente, sino a potencializar elementos tales como las habilidades sociales, las cuales incidirían de manera positiva al final en aspectos emocionales que muchas

¹ begogarin@hotmail.com

² caas87@yahoo.com

Escuela de Psicología.

Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

veces son motivo de aislamiento y deterioro en la población anciana.

En lo referente al ser humano, existe una situación peculiar y es que la esperanza de vida ha aumentado y cada vez más ancianos sobrepasan las barreras cronológicas consideradas como el inicio de la tercera edad; esto y la disminución de las tasas de natalidad, está ocasionando un envejecimiento poblacional, que se está convirtiendo en un reto importante para las sociedades modernas, pues tendrán que actualizar sus programas preventivos y de intervención, para evitar que las secuelas de los procesos degenerativos propios de la edad, se conviertan en un problema de salud pública. En algunos casos se ha mencionado que el aumento de la población mayor puede ser una epidemia moderna, pues la vejez, de ninguna manera, es una enfermedad y los adultos mayores no son una plaga.

En México, la esperanza de vida se ha incrementado en los últimos años, concretamente, en el año 2001 había 7 millones 90 mil 873 adultos mayores; según el Segundo Censo de Población y Vivienda del INEGI 2005, actualmente son 8 millones 263 mil 388 de los cuales poco más del 50% superan los 60 años. Las proyecciones demográficas indican que para el año 2015, habrá quince millones de personas mayores de 60 años y para el 2050, sumarán cuarenta y dos millones.

En el estado de Chiapas en el año 2000, había 211 mil 566 ancianos y según la Segunda Encuesta de Población y Vivienda del 2005 del INEGI, ahora tenemos 278 mil 350 adultos mayores en el estado; este rápido crecimiento, junto con la falta de presupuesto, planeación, capacitación, etc., deviene en una deficiente atención en los programas sociales orientados a la atención de esta población.

Debemos partir de la base de entender lo que significa el concepto de envejecimiento activo que es: “El proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objeto de ampliar la esperanza de vida

saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (Edwards, 2002, p.5) de modo que un concepto de envejecimiento normal dice, que “ Es aquel que se produce sin que existan patologías mentales o biológicas” (Ballesteros, 2005, p.25). En contraposición al envejecimiento patológico es aquel que “Viene marcado por patologías médicas y distintos síndromes de enfermedades mentales. La demencia de Alzheimer es un ejemplo de envejecimiento patológico” (Ballesteros *et al.*, 2002, p.390).

Uno de los primeros factores que nos indican que se está presentando una patología del envejecimiento es la pérdida gradual de la memoria, ya sea referida por el propio sujeto y/o por los que lo acompañan; es el síntoma más temprano que se presenta en un *déficit cognitivo*. Existen diversos tipos de memoria y no son afectados de la misma forma ni al mismo tiempo en un proceso degenerativo.

Los científicos que investigan el envejecimiento cognitivo, han propuesto fundamentalmente cuatro posibles causas que explican las diferencias que se producen en el procesamiento cognitivo con la edad. Hay un déficit en la velocidad de procesamiento de la información, el funcionamiento de la memoria de trabajo, el funcionamiento sensorial y la función inhibitoria (Soledad Ballesteros *et al.*, 2002, p. 392). Con el aumento de la edad, se produce una disminución en la velocidad de procesamiento, la amplitud de la memoria de trabajo se reduce, hay una pérdida de la agudeza sensorial y las personas mayores tienen dificultad para centrar la atención en la información relevante sin distraerse con estímulos irrelevantes que puedan estar presentes al realizar una tarea (Hasher y Zacks, 1988, en Ballesteros *et al.*, 2005).

LA MEMORIA

La memoria es el proceso mediante el cual nuestro cerebro almacena información sobre el mundo que nos permite saber quiénes somos, no es un proceso aislado e independiente, sino la resultante de varias

funciones cognitivas como la atención, la percepción e imaginación y otras (Puente, 1989, en Montejo, *et al.*, 2001).

Las distintas memorias, evidentemente tienen lugar en el cerebro, por lo tanto se reciben y almacenan en lugares distintos:

La memoria de trabajo. Es el proceso que realiza la memoria de trabajo, ocurre con toda probabilidad en la zona frontal del cerebro. El proceso de almacenamiento de nuevos recuerdos (aprendizaje), tiene lugar en el sistema temporal medio diencefálico; la información visual es procesada en la parte posterior del cerebro (lóbulo occipital). La información auditiva, es procesada en los lóbulos temporales. La información espacial, se procesa en el lóbulo parietal y se dice que existen también áreas que participan en el procesamiento de la memoria emocional, el lenguaje y las costumbres (Iddon y Williams, 2004).

En la actualidad, sabemos por ejemplo que dentro de la memoria a corto plazo existe una más activa denominada memoria de trabajo que está formada por tres componentes como son: ejecutivo central (atención), bucle fonológico (almacén de tipo verbal) y agenda visoespacial (almacén de tipo espacial) (Baddeley, 1990).

Dentro de la memoria a largo plazo, donde se registra la información de manera permanente, también existe una subdivisión:

Memoria declarativa (cuyos contenidos pueden ser traídos a la mente voluntariamente), no declarativa (memoria de procedimientos de naturaleza inconsciente). La primera se divide a su vez en memoria episódica (que se refiere a hechos y situaciones pasadas ocurridos a la persona y organizados en espacio y tiempo) y memoria semántica (se refiere a los conocimientos del lenguaje y de aprendizajes realizados) (Squire, 1987).

Además de la memoria declarativa, hoy se sabe de la memoria no declarativa, que comprende cono-

cimientos no conscientes y que por tanto, no pueden llevarse voluntariamente a la conciencia; es una memoria de procedimientos o habilidades para hacer actividades, hasta cierto punto, es automática y dentro de ella se encuentran destrezas motoras o cognitivas, el *priming* (o facilitación perceptiva), es la expresión de la memoria implícita (involuntaria e inconsciente) y el condicionamiento clásico (que es muy importante en la intervención en las demencias).

Otro elemento importante a considerar es la percepción subjetiva del problema de memoria por parte de los adultos mayores, ya que es la queja principal en esta población; un amplio estudio realizado por Cutler en 1998 (Montejo, *et al.*, 2001) no obstante se ha demostrado que la evaluación subjetiva (quejas expresadas) no siempre coincide con los rendimientos objetivos porque hay otras variables implicadas como la edad, sexo, nivel académico, estado de ánimo, percepción de la salud en general, etc. (Montenegro, 1998b; Montejo, *et al.*, 2001). En el deterioro de la memoria, intervienen múltiples factores entre los que se encuentran la ansiedad, la depresión y el proceso de envejecimiento, entre otros.

LA ANSIEDAD

Las característica principal de la *ansiedad* es una preocupación constante que se concentra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones; el individuo tiene problemas para controlar este estado de constante preocupación. Este cuadro se acompaña de otros síntomas como son: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, entre otros.

Es de vital importancia el manejo de la *ansiedad* en el adulto mayor, ya que la mayoría de los acontecimientos importantes que ocurren en esta etapa de la vida producen ansiedad por el significado psicológico que tiene, por ejemplo, la pérdida de seres queridos, las enfermedades crónicas, jubilaciones, cambios de

domicilio, sobre todo si es para perder su independencia, los problemas familiares, etc. Todas las pérdidas producen duelos que se deben elaborar en cualquier etapa de la vida, pero es particularmente difícil en la tercera edad, cuando todos los eventos traumáticos remiten al anciano a su propio fin; lógicamente se volverán en fuente de *ansiedad*. Además de los problemas antes mencionados existen otros factores generadores de ansiedad, de tipo social como ser mujer, estar separado, haber enviudado, tener ingresos económicos bajos (Navia, Bas., en Montorio e Izal, 2000).

Tomando en cuenta la sintomatología y la prevalencia de los trastornos ansiosos en la población añosa, es de sorprender la poca bibliografía al respecto y el número reducido de estudios epidemiológicos con los que se cuenta en la actualidad; el DSM-IV TR sólo hace una pequeña referencia en una nota de los síntomas físicos que se pueden presentar en los ancianos aunque los pocos estudios epidemiológicos al respecto señalan que entre el 10 y el 20% de las personas mayores experimentan síntomas clínicamente significativos de ansiedad (Sheikh, 1996, en Montorio e Izal, 2000).

Sin embargo, existen estudios que ubican bajos porcentajes de *ansiedad* en la población de adultos mayores, esto pudiera deberse a que en algunos casos no se conforma el cuadro clínico completo y las manifestaciones ansiosas se toman como signos y síntomas generalmente de un cuadro *ansioso-depresivo* y no como un trastorno de *ansiedad* propiamente.

Entre los estudios que ubican un bajo porcentaje de adultos mayores con ansiedad está el ECA (*Epidemiological Encatchment Area*) que incluyó sujetos jóvenes y adultos mayores, en donde la tasa más baja de ansiedad se encuentra en el grupo de más de 65 años (Regier *et al.*, 1988, en Montorio e Izal, 2000). No obstante, uno de los estudios más interesantes es el realizado por Wisocki *et al.* (1993) en el que se evaluaron 300 personas mayores, de las que un 19% mostraban un grado de preocupación crónica, basándose en el criterio de permanencia y en el que

ellos mismos lo etiquetaran así. Entre los principales resultados se observó una relación directa entre *ansiedad* y *depresión*, la percepción de una preocupación constante difícil de controlar –característica principal de la ansiedad generalizada– y la exacerbación de las preocupaciones al llegar a la edad avanzada. Entre los contenidos las preocupaciones estaban la salud, la familia y la economía, principalmente. La vulnerabilidad produce inseguridad y ésta ansiedad, y si hay personas vulnerables además de los niños, ellas son los ancianos; por tanto, enmascarada o evidente la ansiedad es un trastorno frecuente y con base real que se presenta en la última etapa de la vida.

LA DEPRESIÓN

Es probable que la *depresión* sea el ejemplo más común de la presentación inespecífica y atípica de una enfermedad en el anciano. Los signos y síntomas, tal vez se deban al resultado de diversas enfermedades físicas, algún trastorno de otra etiología, aun de un episodio depresivo mayor o una distimia; por tanto, no es raro que las depresiones tratables sean omitidas en ancianos con enfermedades físicas. Los signos y síntomas de la depresión son usuales en la población geriátrica (NIH Consensus Conference, 1991; Robert L. Kane *et al.*, 2000), la prevalencia de la depresión subsindrómica se aproxima al 25% en asilos u hospitales (Lebowitz *et al.*, 1997).

Son muchos los síntomas que suelen sugerir depresión en el anciano, estos son causados por diversos factores como son:

Biológicos. Antecedentes familiares (predisposición genética), episodios depresivos previos, cambios en los neurotransmisores por el envejecimiento, etcétera.

Físicos. Enfermedades específicas, trastornos mentales crónicos (sobre todo con dolor o pérdida funcional), exposición a fármacos, privación sensorial y pérdida de la función física.

Psicológicos. Conflictos no resueltos (ira, culpa), pérdida de memoria, demencia y trastornos de la personalidad.

Sociales. Pérdida de familiares y amigos (duelos), aislamiento, pérdida de empleo, jubilación y pérdida de ingresos.

La *depresión* es un trastorno del estado de ánimo en el cual se presentan, además de la falta de concentración y deterioro de la memoria, sentimientos de vacío y de infravaloración, insomnio o hipersomnia, apatía, falta de apetito o aumento de él. Curiosamente las ideas de muerte propias del cuadro diagnóstico, no son evidentes en el anciano. Sin embargo, se presentan regularmente quejas somáticas, producidas tal vez porque muchos de los ancianos de la generación actual fueron educados en un contexto que inhibía la expresión de las emociones y los estados de melancolía sin llegar fácilmente al llanto ya que son socialmente rechazados en comparación de los síntomas físicos; de manera que, dichos síntomas depresivos pueden pasar desapercibidos en ocasiones hasta por el médico. Aunque algunos de estos rasgos se consideran distintivos de la vejez, no podemos considerar a la depresión como normal a ninguna edad. Entre las quejas somáticas más frecuentes, se encuentran:

Fatiga, debilidad, anorexia, ansiedad, insomnio, “dolor en todas partes”, dolor precordial, falta de aire, palpitaciones, mareo, dolor abdominal, estreñimiento, incontinencia, cefalea, trastorno de memoria, lo que se conoce también como pseudodemencia, mareo y parestesias.

DETERIORO COGNITIVO

Numerosas investigaciones han comprobado el *declive cognitivo* por la edad, especialmente en la memoria (Crook, 1989; Montejo *et al.*, 2001). En 1986, el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos creó un grupo de trabajo para definir el cuadro de deterioro cognitivo y uniformar los criterios de investigación. Este grupo propuso el nombre de “pérdida de memoria asociada a la edad” (Age Associated Memory Impairment) (Crook, 1986; Montejo, *et al.*, 2001).

En el DSM IV (1995, p. 826), encontramos la pérdida de memoria a la que se hace referencia como “Deterioro cognitivo relacionado con la edad” y que comprende en su cuadro clínico “problemas para recordar nombres o citas, dificultades para solucionar problemas complejos, valorados según los criterios objetivos y que puede ser objeto de atención clínica”.

En la clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS (CIE-10) se le conoce a este cuadro clínico con el nombre de “Trastorno cognoscitivo leve” refiriéndose al deterioro de la memoria y dificultades de aprendizaje, atención, concentración y lenguaje.

El *deterioro cognitivo*, además de ser un elemento a evaluar en adultos mayores en los que se sospecha algún tipo de demencia; también aparece como entidad nosológica individual (*v.g.*, el diagnóstico de “Deterioro cognitivo leve o relativo a la edad o pseudodemencia”).

En el deterioro cognitivo leve, hay una pérdida de capacidades cognitivas tales como la memoria y la concentración, deterioro que se da en el proceso de envejecimiento; los ancianos pueden tener dificultad para recordar nombres o citas y experimentar problemas para solucionar operaciones complejas.

De todos los tipos de demencia, algunas de ellas son reversibles si son tratadas oportunamente y las que no son reversibles, si son detectadas de forma temprana puede frenarse el proceso degenerativo, y hacerlo más lento. Por tanto, para poder establecer lo más pronto posible un esquema de intervención multidisciplinario adecuado, es de vital importancia la evaluación correcta del déficit cognitivo.

En la medida en que estos problemas sean evaluados y atendidos lo antes posible, los adultos mayores serán autosuficientes más tiempo y con ello conservarán una mejor autoestima que les permitirá estar integrados a su entrono social el mayor tiempo posible, retroalimentando a los que los rodean con su

experiencia y afecto (considerando el aspecto humanista de la vejez) en el mundo globalizado, todo se ve en términos de costo-beneficio; por tanto, los recursos económicos, materiales y humanos, que ocasiona mantener bajo cuidado al *adulto mayor* discapacitado física y mentalmente, cada vez se harán mayores con el envejecimiento de la población mundial. Este es un gasto ineludible si entendemos que la prevención y la intervención oportuna en el adulto mayor no es un gasto inútil, sino un acto de respeto, justicia y beneficio social.

METODOLOGÍA

El diseño de este trabajo es factorial con dos grupos (con tratamiento y sin tratamiento) y dos medidas (pretratamiento y postratamiento) para cada una de las variables dependientes.

De acuerdo con los objetivos planteados en la investigación, se eligió un enfoque cuantitativo que permite el uso de la medición numérica y la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. Es a la vez, un estudio correlacional porque evalúa la relación que pueda existir entre dos o más variables, midiendo el grado de relación. Para la medición de las variables, se optó por un diseño experimental puro de tipo diseño con pre-prueba y post-prueba y grupo de control, por la manipulación de las variables independientes, además de medir el efecto de ésta en la variable dependiente.

En este estudio participaron cuarenta *adultos mayores* sanos (grupo experimental), de los cuales son 4 hombres y 36 mujeres, sin impedimentos físicos, se excluyeron del estudio a personas analfabetas, o que no cumplieran con los límites de edad requeridos (60 en adelante). Los participantes son miembros de un grupo de atención para adultos mayores (se guarda anonimato) en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. México y su edad oscila entre los 60 y 87 años. En el

estudio participó también un grupo control formado por 40 mayores con las mismas características del grupo experimental, pero que fueron elegidos al azar, con los cuales no se llevó al cabo el Programa de Entrenamiento de Memoria, el grupo estuvo integrado por 10 hombres y 30 mujeres.

A todos los participantes en el estudio (tanto a los asignados al grupo control como a los del grupo experimental) se aplicó de manera individual una batería de pruebas psicológicas que incluye: Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (1987) para detectar deterioro cognitivo, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Escala de Ansiedad de Hamilton (traducida al español) y la Escala de Habilidades Sociales (OARS), Tarea de Stroop, para medir el nivel de atención y el Cuestionario de quejas de memoria del Taller de Memoria, Editorial TEA-200.

Posteriormente se trabajaron diversas técnicas de intervención (que se detallan más adelante), cabe enfatizar que sólo el grupo experimental tuvo acceso al Programa de Entrenamiento de la Memoria, ellos asistieron durante un período de 15 sesiones, dos veces por semana dejando un lapso de 15 días para luego aplicar dos sesiones más de seguimiento, al cabo de los cuales se aplicó un *postest*, para verificar la posible existencia de cambios y sus magnitudes correspondientes. Para el tratamiento estadístico, se utilizó el programa SPSS (versión 15.0), aplicando un análisis correlacional que nos servirá para analizar la relación que existen entre dos variables. Además, se utilizará el Coeficiente de Correlación de Pearson porque nos ayudará a determinar la correlación entre variables dependientes, así como el análisis de varianza para identificar los efectos del programa.

Se utilizaron las siguientes técnicas: entrenamiento sensorial, entrenamiento cognitivo, entrenamiento de movimiento y danza, entrenamiento de motivación, grupos de autoayuda, técnica de reminiscencia y técnicas de atención.

RESULTADOS

La muestra estuvo integrada por 80 personas (40 del grupo control y 40 del grupo experimental) de los cuales el 17.5% son hombres y el 82.5% mujeres. El 51.3% mantienen una relación de pareja, el resto son solteros, viudos y divorciados, cuyo nivel de escolaridad oscila entre primaria y universidad de los cuales el mayor porcentaje (78.8%) cuentan con el nivel básico.

El diseño factorial para realizar el ANOVA es: 2 grupos (experimental y control) x 2 medidas (pretratamiento y postratamiento) x 5 variables psicológicas (ansiedad, deterioro cognitivo, depresión, habilidades sociales, atención). El primer factor es intergrupos (grupos distintos) mientras que los dos últimos factores son intragrupo o de medidas repetidas.

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor para comparar dos grupos en una variable cuantitativa, para examinar los resultados del Programa de Entrenamiento de Memoria en el grupo experimental.

En lo que respecta a la ansiedad, el efecto fue significativo [$F(11,672)=1,79$ MSE=150,156 $p < 0.01$] por lo que las comparaciones entre grupos mostraron que los resultados en el grupo experimental, fueron superiores a los obtenidos por el grupo que no llevo al cabo el programa, lo cual se aprecia en la disminución de la *ansiedad* en el grupo experimental de la primera (media .3250) a la segunda aplicación (media .1250). Lo anterior puede deberse al nivel de atención prestado y a la importancia para ellos de formar parte de un protocolo de investigación (ser tomados en cuenta), observándose más fortalecido el grupo experimental por el taller; lo anterior se observa también en un estudio piloto similar aplicado por María J. Mozaz Garde e Izaskun Santos Jáuregui (2008), en cuyas sesiones trabajaron tópicos como la soledad, atención, concentración y capacidad de adaptación a posibles imprevistos dentro y fuera del grupo y cuyos resultados permiten considerar no sólo que el trabajo en grupo es útil para trabajar con *adultos mayores*, sino también

su posible influencia en los cambios positivos en el rendimiento de la memoria y el mejoramiento de los niveles también de *depresión*.

En cuanto al deterioro cognitivo, el efecto del programa fue significativo [$F(1,092)= 1,79$ MSE=7,656 $p < 0.05$] encontrándose diferencias en las medias con respecto al grupo experimental antes (media .1500) y después del Programa de Entrenamiento (media .0500), lo cual no se observa en el grupo control, lo que también es observado por María Cristina Mujica, en su curso de estimulación de la memoria en adultos mayores y en cuyas conclusiones menciona que el funcionamiento de la memoria es ejercitable y por tanto se puede mejorar, además existe evidencia científica de plasticidad cerebral (Mujica C, M. 2001), (Craik, 1997).

En la *depresión* el efecto fue significativo [$F(,237)= 1,79$, MSE=1,406, $p < 0.05$], las comparaciones entre grupos lo indican. En la primera aplicación, por lo que respecta a la dimensión de *ansiedad*, los resultados mostraron una correlación significativa con lo obtenido en la segunda aplicación, es decir, los adultos mayores presentan alteraciones con respecto a síntomas de tensión, miedos e insomnio. Con lo que respecta al *deterioro cognitivo*, existe también una correlación con la segunda aplicación de la misma variable y de la *depresión*, lo que indica que las dificultades en la orientación, fijación, concentración, cálculo, memoria, lenguaje y construcción pueden llegar a propiciar alteraciones en el estado de ánimo. La *depresión* correlaciona con la *ansiedad* y con la escala de evaluación social, es decir, que a mayor ansiedad, los adultos mayores presentan alteraciones del estado de ánimo y dificultades para relacionarse.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio arrojaron cambios positivos en los participantes que participaron en el taller de memoria, ya que mejoraron su rendimiento cognitivo en los resultados del *postest*, sus habilidades

sociales haciendo nuevas amistades, disminuyeron los niveles de depresión y ansiedad; en el aspecto subjetivo, se demostraron a sí mismos que la memoria es como un músculo que se puede reentrenar con las técnicas aprendidas durante el proceso.

En lo referente al grupo control, se mostró relativamente estable en los resultados del rendimiento cognitivo, no así en los niveles de ansiedad, depresión y habilidades sociales. Dichos resultados se han observado en diversos estudios en los que se han aplicado talleres de entrenamiento de memoria (Calero García, et al., 2006), (Verhaeghen, Marcoen y Goossens, 1992; Calero, et al., 2006), (Foyd y Scogin, 1997; Calero, et al., 2006) (Montejo, et al., 1999).

Se observó también la importancia de restablecer las redes sociales como una motivación en los ancianos para llevar a cabo dichos entrenamientos, abatir los niveles de ansiedad y depresión mediante la relación con sus pares que sirvió de estimulación para abatir la dinámica de desentrenamiento de las habilidades cognitivas (Jodar, 1994; Calero, et al., 2006).

La utilidad para la investigación está en función de los resultados que confirman la hipótesis, pero sobre

todo, es útil probar un programa adaptado específicamente a la cultura, las costumbres, los modismos propios de un grupo social. Es importante, además, tener en cuenta las modificaciones que como todo proyecto inicial se tiene, por ejemplo: con base en las etapas por las que atraviesa la conformación de un grupo y tomando en cuenta que en los adultos mayores puede demorar más por la desconfianza, la inseguridad en las propias capacidades. Se considera pertinente aumentar el número de sesiones y hacer más énfasis al principio en actividades de relación, para aumentar la confianza entre los miembros para que haya más apertura y puedan realizar con más *confort* y camaradería las actividades de carácter cognoscitivo y las de reminiscencia que aportan un sinfín de beneficios emocionales que se vuelven poderosos motivadores para la asistencia a estos grupos.

Un elemento más a considerar en estudios posteriores será el efectuar una nueva evaluación como lo refieren la mayoría de las investigaciones antes mencionadas (Montejo y colaboradores 1999; Auffray y Juhel 2001; Petersen y cols., 1999, citados en Calero, 2006).

LITERATURA CITADA

- BALLESTEROS, J. S. *et al.*, 2005, *Aprendizaje y memoria en la vejez*, UNED, Madrid, España.
- , *et al.*, 2002, *Aprendizaje y Memoria en la vejez*, Ediciones UNED, Madrid España.
- , 2001, *Habilidades cognitivas básicas. Formación y deterioro*, UNED, Madrid, España.
- , 2000, *Psicología general: un enfoque cognitivo para el siglo XXI*, Universitas, S.A., Madrid, España.
- CALERO G., 2006, “Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo”, en *Clínica y salud*. (Online), vol. 17, no. 2; fecha de consulta: 22 de febrero 2009.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, ITZAL Y MONTORIO, 1999, *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, Martínez Roca, Madrid, España.
- FERNÁNDEZ- B. R., IZAL M., MONTORIO I., GONZÁLEZ J. L. Y DÍAZ V. P., 1999, *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, Martínez Roca, Madrid, España.
- IDDON J., WILLIAMS H., 2004, *Cómo entrenar la memoria*, Mens Sana, Barcelona, España.
- KANE R. L., OUSLANDER J. G., ABRASS I. B., 2001, *Geriatría clínica*, Mc Graw-Hill, México.
- MONTEJO P., MONTENEGRO P., REINOSO G., MONTES A., CLAVE M., 2001, *Cuadernos de trabajo social. Programas de entrenamiento de memoria*, Método UNAM, México.
- PICHOT P., LÓPEZ- IBOR A. J., MIYAR V.M., 1995, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV- TR*, Masson, s.l.
- REYES G. L., 2000, *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*, Científica 8, UNACH-UNAM, México.
- MENOR J., PERAITA H., ELOSÚA R., 2001, *Trastornos de la memoria en la enfermedad de Alzheimer*, Trotta, Madrid, España.
- MONTORIO I., IZAL M., 2000, *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*, Síntesis, Madrid, España.



