

doi: 10.18050/revpsi.v17n2a8.2015

EL ENTRENAMIENTO FUNCIONAL TERAPÉUTICO EN AIVD EN AFA EL PUENTE

Ángel Moreno Toledo

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Villanueva del Trabuco y Villanueva del Rosario (Málaga). España

Cómo citar este artículo: Moreno (2015). El entrenamiento funcional terapéutico en AIVD en AFA El Puente. *Revista de Psicología*, 17(2), 163-172. doi: 10.18050/revpsi.v17n2a8.2015.

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Ángel Moreno Toledo, e-mail: psicologo_angel06@hotmail.com. Plaza/San Roque, 1829300 Archidona (Málaga) España.

EL ENTRENAMIENTO FUNCIONAL TERAPÉUTICO EN AIVD EN AFA EL PUENTE

Ángel Moreno Toledo*

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Villanueva del Trabuco y Villanueva del Rosario (Málaga). España.

RESUMEN

El deterioro de la funcionalidad constituye el primer signo del déficit cognoscitivo en ciernes al padecimiento de demencia. Aquellas habilidades instrumentales de la vida diaria (AIVD) menguan inicialmente al comienzo del deterioro paulatino de funciones mentales. De este modo, el desempeño y ejecución de programas de intervención terapéutica en AVD condiciona el obligado primer paso de abordaje de esta primordial competencia mediadora de interacción con el entorno.

Palabras Clave: AIVD, funcionalidad, entrenamiento en actividades instrumentales de la vida diaria, demencia, Alzheimer.

THERAPEUTIC AIVD FUNCTIONAL TRAINING IN AFA EL PUENTE

ABSTRACT

The deterioration of the functionality is the first sign of cognitive deficits looming the suffering of dementia. Those instrumental activities of daily living (IADL), initially subside at the beginning of the gradual deterioration of mental functions. Thus, the performance and implementation of programs of therapeutic intervention in AVD, determines the required first step in addressing this primary mediator competence of interaction with the environment.

Keywords: AIVD, functionality, training in instrumental activities of daily living, dementia, Alzheimer's.

TERAPÊUTICA AIVD TREINAMENTO FUNCIONAL EM AFA EL PUENTE

RESUMO

A deterioração da funcionalidade é o primeiro sinal de défices cognitivos aparecendo o sofrimento de demência. Essas habilidades instrumentais de vida diária (AIVD), inicialmente diminuir no início da deterioração gradual das funções mentais. Assim, o desempenho e implementação de programas de intervenção terapêutica em AVD, determina o primeiro passo necessário para enfrentar esta competência mediador primário de interação com o meio ambiente.

Palavras-chave: AIVD, funcionalidades, treinamento em atividades instrumentais da vida diária, a demência, a doença de Alzheimer.

(*) Psicólogo y formador. Especialista en Psicogerontología. Experto profesional en Dirección y Gestión de Centros Geriátricos. Psicólogo en AFA el Puente. Correspondencia: psicologo_angel06@hotmail.com

Introducción

A nivel funcional, la ejecución en habilidades instrumentales del enfermo de Alzheimer encuentra la primera y no única disfunción durante el progreso de la enfermedad. Dichas habilidades condicionan la interacción adecuada con la colectividad y el dominio de habilidades para desenvolverse con competencia en nuestro entorno cotidiano.

La competencia en actividades instrumentales integra una serie de habilidades y capacidades ejecutivas de planificación y actuación doméstica y coordinación con el entorno y la comunidad. Estas fueron cuantificadas en una escala de valoración por los investigadores estadounidenses M. Powell Lawton y Elaine M. Brody, desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center a finales de los años sesenta. Indiscutible hoy día, la escala permite valorar al individuo en ocho ítems (*Instrumental Activities of Daily Living – IADL*), mediante puntuación global preguntando directamente al sujeto o a un informador o allegado.

Los aspectos a valorar estiman capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, manejo de la medicación y competencia en asuntos económicos o manejo del dinero.

Estados confusionales, la desorientación y la paulatina pérdida de capacidades mentales dificulta la realización de estas actividades, especialmente significativo el deterioro en la movilidad para efectuar estas actividades del ámbito diario.

Las habilidades y funciones básicas ABVD (bañarse, comer, uso del inodoro) son afectadas por el curso de la enfermedad más adelante. En principio, el declive cognitivo y su avance en

primeras etapas reducen la competencia en AAVD y AIVD, cuya ejecución requiere de un componente cognitivo y funcional superior que el demandado en el desarrollo de las actividades básicas. Este descenso de capacidades lleva al enfermo, con el tiempo, a la condición de dependencia y le supone a nivel familiar, un motivo de decisión de institucionalización.

La fragilidad derivada del inmovilismo, condiciones hospitalarias (tras convalecencia o lesión o enfermedad aguda), déficits en el autocuidado o la rehabilitación inadecuada agudizan el fracaso en el desempeño de actividades domésticas, relegando al anciano a limitar su movilidad, su afrontamiento a las condiciones ambientales, apareciendo la desacertada sobreprotección en el ámbito familiar.

Desde el punto de vista metodológico, la valoración de aspectos instrumentales peca en el sesgo de género, llevándose a cabo prácticamente en su totalidad en actividades normalmente realizadas por mujeres. Siendo perniciosamente usual y tradicional que el hombre anciano presente marcada incapacidad (agravada repetidamente en condiciones de viudez) para llevar a cabo con éxito dichas diligencias.

Mantener la independencia a adaptarse al entorno: El entrenamiento en AIVD

Conocidas las propiedades de este tipo de habilidades y su relevancia en el manejo cotidiano, estas actividades promueven una competencia de dinamismo en el entorno (Law, 1993) y de administración del hogar (Roger García, 2009). Por lo tanto, una

incapacidad en primer lugar en este desempeño predispone a la necesidad de ayuda o asistencia de un cuidador con objetivo de auxiliar la administración de determinadas tareas con competencia autónoma y preservar una integración en el entorno habitual (Roger García, 2009).

En consecuencia, siguiendo a Zanetty, Binetti, Magni, Rozzini, Bianchetti y Trabucchi (1997), el entrenamiento terapéutico de estas habilidades condiciona una mejora (en tiempo empleado) en enfermos de Alzheimer en estados iniciales. De igual modo, una amplia revisión de la literatura de casos llevada a cabo por Jekel, Damian, Wattmo, Hausner, Bullock, Conelly, Frölich (2015), reveló la importancia de estas intervenciones con sujetos aquejados de deterioro cognitivo leve o ligero (DCL).

Las propiedades terapéuticas del entrenamiento en funcionalidad y manejo en las áreas de ocupación de ambos tipos de competencias en AVD son incuestionables.

Basados en un entrenamiento conductual, estos programas de actividades se pronuncian en el manejo y desempeño para llevar una vida doméstica en el entorno inmediato. Requieren de competencia intelectual o cognitiva (Stone, 2006), habilidades perceptivo-motrices (Cano Gutiérrez, Matallana Eslava, Reyes Gavilán y Montañés Rios, 2010), habilidades del procesamiento de información, la resolución de problemas, capacidad atencional, movilidad (Mosey, 1986), capacidades sensoriales y perceptivas y el establecimiento de secuencias (Contel Segura, Gené y Limón, 1999). Por ello, además del déficit cognitivo, el padecimiento de enfermedades crónicas son causas determinantes anexas para la discapacidad tal y como se pronuncian Álvarez Gregori y Macías Núñez

(2009). De este modo, las complicaciones en la condición física o mental amenazan significativamente la independencia del enfermo.

El ejercicio llevado a cabo en nuestra asociación desde las competencias AIVD permite un entrenamiento en varios de los dominios establecidos en la escala Lawton y Brody. En primer lugar, la capacidad para usar el teléfono (*Fig.1*), el marcado y localización de números y ejecución práctica tangible.

■ FIGURA 1. El Teléfono



Figura 1. "El Teléfono" – (Uso de dispositivos de comunicación). Valora el desempeño en AIVD como las capacidades para gestionar la tecnología de uso cotidiano o los sistemas de comunicación habituales (teléfono). La capacidad cognitiva y ejecutiva (retención y marcado de números en las tarjetas), atención sostenida y fomento de autoconcepto y capacidad funcional.

Además del trabajo funcional, posibilita un entrenamiento en dominios cognitivos y arroja demostrados beneficios en la autovalía personal y la esfera anímica. El paciente interactúa con la tarea asignada, la emprende y ejecuta, asume un rol activo durante su cumplimiento, básicamente, la habilidad en el desarrollo refuerza su autoestima. El entrenamiento establece una oportunidad decisiva para combatir la pérdida de autonomía en primeras etapas del deterioro.

En cuanto a las tareas domésticas, ante un descenso de la funcionalidad, la condescendencia familiar o el *—hacer por—* se anteponen y cobran fuerza en estas situaciones. Esta realidad condiciona que el anciano abandone su enfrentamiento a las demandas del entorno y ceda su rol a la competencia de los demás (el depender de otros) con el correlativo impacto familiar y social subyacente (Aristizabal, 2000). De esta forma y siguiendo las conclusiones de Duran, Orbegoz Valderrama, Uribe-Rodríguez y Uribe Molina (2007), los niveles de funcionalidad del sujeto van concernidos con la interacción que este establece dentro de su sistema familiar y social. La inactividad (Tello, Bayane y Herrera, 2001) y el aislamiento son consecuencias asociadas a la pérdida del rol activo en el contexto.

El cuidado de la casa (*Fig.2*), aquellas tareas domésticas (*ligeras*) que conjugan la limpieza y el mantenimiento o las labores cotidianas en el hogar. Forman parte de un área que compone el establecimiento y gestión del hogar (Ávila Álvarez, Martínez Piedrola, Matilla Mora, Bocanegra, Méndez Méndez y Talavera Valverde, 2010), básicamente operativiza la competencia y ejecución en el mantenimiento y reparación de los efectos personales (ropa y menaje del hogar). Un entrenamiento en estas habilidades refuerza conductualmente estas respuestas y conduce eficazmente un motivo para consumir una rehabilitación en los dominios AVD. Asimismo, esta actividad promueve el ejercicio en secuenciación, movilidad (*praxias*), organización y planificación y mantiene al paciente interactuando con su entorno (*orientación a la realidad*).

■ FIGURA 2. Doblar los manteles



Figura 2. “Doblar los manteles” – (Cuidado del hogar. Tareas ligeras). Trabaja el desempeño en AIVD como el establecimiento y la gestión del hogar. El cuidado y disposición de los utensilios del hogar o los efectos personales (mantelería, ropa u otros artículos del hogar).

Las compras y el manejo del dinero integran tareas procedimentales muy interesantes en el desempeño de capacidades funcionales.

El manejo de las finanzas y la gestión de la compra articulan un grupo de actividades que exigen (dentro de la jerarquía funcional) un significativo componente cognitivo para su desarrollo.

La secuencia ejecutiva en la selección de los alimentos, la confección de la lista de la compra y la asignación de precios y cálculo de la suma final, dependen de la habilidad conservada para sobrellevarla con éxito. El deterioro en actividades rutinarias como la compra especialmente y el manejo del dinero involucran, por tanto, aquellos primeros cambios que alertan de perturbación en AIVD y DCL, como un importante predictor de la conversión a demencia (Gold, 2012). A este respecto, un estudio de Aretouli y Brandt (2009) reportó una manifiesta dificultad de los sujetos con DCL y controles en el mantenimiento de citas (50%) y la gestión financiera (un 22%).

El trabajo terapéutico en estas tareas (*Fig.3*) emplazan a un desempeño en planificación, atención y discriminación, memoria, funciones ejecutivas y cálculo. De este modo, es una actividad de aplicación a sujetos con DCL o primeras fases de EA, enfocadas a un entrenamiento que conserve capacidades y mantenga al usuario orientado y activo en su propio contexto.

La lista de la compra queda definida en torno a aquellas actividades desarrolladas entre la organización doméstica y el manejo social. Dificultades en esta ejecución suponen una interferencia en áreas de desarrollo vital a niveles laboral, social o familiar (Muñoz Santiago y Abad Fernández, 2006).

La contabilidad y el entrenamiento en habilidades numéricas junto a las demás actividades propuestas, permiten al usuario rescatar su rol activo en el desempeño de tareas en el hogar y romper con la sobreprotección y la argumentativa de la enfermedad para exonerar al paciente de las funciones que solía llevar a cabo en el hogar (Muñoz Santiago y Abad Fernández, 2006).

■ FIGURA 3. Doblar los manteles



Figura 3. “La lista de la compra” – (Ir de compras, manejo económico). Identificación y selección de los

artículos con su correspondiente precio, añadir a la lista de la compra y calcular el gasto final.

Las dificultades progresivas en el procesamiento de la información, la menor capacidad de razonamiento, el deterioro de la memoria episódica y la tendencia a la distracción son déficits usuales en las demencias. Esta condición facilita, de esta manera, que el anciano tome datos equívocos, inconsistentes, inválidos de un mensaje o una tarea de toma de notas.

La exposición a un mensaje (*Fig.4*), la disgregación de la información irrelevante y la focalización del dato concreto que se requiere definen el objetivo de esta actividad. Esta tarea incide directamente en el déficit atencional, significativo en limitaciones cognitivas en memoria episódica (Trejo-Morales y Cansino, 2011), de naturaleza meramente selectiva (Kirby y Grimley, 1992).

■ FIGURA 4. El Contestador



Figura 4. “El contestador” – (Uso de dispositivos de comunicación. II). Atención y retención (memoria) y anotación de un encargo o recado (audio. Mp3, por dispositivo móvil) representando un mensaje de contestador. Tomar nota del contenido del mismo. Transcripción: Bienvenido a Gas SL. Lo sentimos, pero en estos momentos nuestras oficinas están cerradas. Podrá ponerse personalmente en contacto con nosotros de lunes a viernes de 7:00 a 18:00 horas. Podrá

dejar un mensaje o llamarnos al 952705468. En este caso, nos pondremos en contacto con usted. Muchas gracias por su llamada. Hasta pronto”.

La doble tarea (Atender / escuchar y captar/tomar nota del mensaje) se fundamenta en la realización simultánea de ambas actividades, muy representativa por tanto, de la actividad creada en contextos de funciones instrumentales cotidianas. Considerar a este respecto teóricamente a la atención como un proceso cognitivo de tipo discriminativo y selectivo (captar un aspecto de la realidad), que permite la adaptación en relación a las exigencias del entorno y que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento a otros procesos mentales (memoria, lenguaje y percepción) (Sánchez Gil y Pérez Martínez, 2008; Reategui y Sattler, 1999; Kahneman, 1973).

En afinidad con las conclusiones de Cahn-Weiner, Farias, Julian, Harvey, Kramer,..Reed (2007), la disfunción ejecutiva determina el rápido deterioro en actividades de la vida diaria.

Del entrenamiento a la extrapolación al entorno. Claves de la rehabilitación y generalización al domicilio

El trabajo y la aplicación de estas habilidades susceptibles de entrenamiento al ámbito cotidiano, es fundamental para el mantenimiento de estas destrezas.

Frecuentemente, la percepción de estrés, de obligación y celeridad en la realización de tareas lleva al cuidador a asumir funciones que el anciano podría llevar a cabo en el hogar por sí mismo. En consonancia, la percepción del deber de cumplir con el cuidado, la omnipotencia o exclusividad (Conde-

Sala, 1993) y la reciprocidad o deuda de gratitud, (Padierna, 1993) impiden su autonomía en el núcleo familiar. Viceversa, puede darse el caso en el cual es el enfermo quien se opone a prolongar las habilidades en el hogar. De este modo, priorizar tareas, simplificar la ejecución, establecer rutinas y colaborar en el desempeño son las medidas más interesantes al respecto.

Permitir trascender los hábitos adquiridos en el entrenamiento al hogar (Muñoz Santiago y Abad Fernández, 2006) es de este modo decisivo. Esta ineludible extrapolación, constituye el vehículo para orientar la rehabilitación con objetivo de favorecer y asentar la inserción y recuperación del usuario en su medio habitual (Suárez Cuba, 2012). El factor entorno representa un papel definitivo en el trasvase de aprendizajes y por ello, permitir un ambiente adecuado, facilitador, estimulante y motivador es útil en la generalización.

Evitar la sobreprotección familiar y conservar la autonomía del anciano en el hogar en la medida de lo posible, son los grandes objetivos durante el entrenamiento. Siguiendo a Alberca (2001), la excesiva vigilancia a la que se ve sometido el enfermo en el hogar, enrarece el entorno, confina y limita su ejecución y correlativamente dificulta el mantenimiento de sus capacidades funcionales y cognitivas. La concienciación del cuidador principal y del resto del núcleo familiar debe dirigirse al mantenimiento de capacidades, hacer partícipe al enfermo en su propio desarrollo en el contexto.

De igual modo, coronando la base de estos aprendizajes en contextos terapéuticos, familiares o al ámbito domiciliario —*los microsistemas*—, establecen una opción sugestiva el hecho de vincular la habilidad en la

comunidad —*organizaciones o grupos comunitarios o localidades, área rural o urbana*—(Dalton, Elias y Wandersman, 2001). Indudablemente y de acuerdo con Sánchez Vidal (2001), la comunidad emerge como una coyuntura excelente de interacción entre otros miembros y la mera capacidad de alcanzar el sentimiento de mutualidad e interdependencia. Esta generalización dual apuesta por unificar aprendizajes en el entorno más íntimo y personal (el domicilio, el hogar) y trasladarla al ámbito urbano, externo. En definitiva, involucrar al enfermo en la comunidad, en otros contextos de interacción (Maya Jariego, 2004).

Esta interdependencia y la instaurada necesidad de perpetuar el ejercicio de las conductas adquiridas bajo entrenamiento, potencian y prolongan su manifestación en el los entorno(s). Tal y como acentúa Seeman (1959), el fortalecimiento o empuje social obedece visiblemente a un objetivo que busca desequilibrar la alienación y la falta de control percibido de la persona, para ubicarla vigorosamente en la actividad de su ambiente de actuación. Por tanto, el cuidador debe proceder como facilitador y no como figura obstinada al correcto desenvolvimiento del enfermo. Este debe prolongar la práctica de habilidades fuera de los tintes terapéuticos para operar libremente e influir en su contexto habitual.

Conclusiones

El gradual deterioro de la enfermedad de Alzheimer afecta considerablemente entre otras capacidades, a la funcionalidad y en principio, quebranta el desempeño habitual en AIVD para dar paso, posteriormente al deterioro de las ABVD.

El entrenamiento terapéutico funcional desarrollado en nuestra AFA permite

conservar en la medida de lo posible la competencia del individuo en su entorno cotidiano. El trabajo en algunos de los dominios considerados en la escala Lawton y Brody permiten un abordaje integral de la funcionalidad en el ámbito doméstico.

Actitudes improcedentes del cuidador como la sobreprotección y la impaciencia anulan el rol participativo del enfermo en su contexto. El disuadir la iniciativa del anciano ensombrece su habilidad y acrecienta el nivel de dependencia. La cooperación, fomentar la reciprocidad, programar actividades conjuntas y respetar sus preferencias representan grandes medidas para reducir la incapacidad y la pérdida de la autonomía personal del enfermo.

Referencias

- Alberca, R. (2001). *Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos*. (1. ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Álvarez Gregori, J. & Macías Núñez, J.F. (2009). *Dependencia en Geriatría*. Universidad de Salamanca.
- Aretouli, E., & Brandt, J. (2009). Everyday functioning in mild cognitive impairment and its relationship with executive cognition. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 224–233.
- Aristizábal, N. (2000). La psicogerontología: un desafío para el siglo XXI. *Cuadernos Hispanos de Psicología*, 1, 7–102.

- Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. (2008) *Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. (2ª ed.). recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Cahn-Weiner D.A, Farias, S .T, Julian L, Harvey D, Kramer J, Reed B et al. (2007) .Cognitive and neuroimaging predictors of instrumental activities of daily living. *Journal of the International Neuropsychological Society*,13; 1-11
- Cano Gutiérrez, C.A; Matallana Eslava, D.L; Reyes Gavilán, P & Montañés Ríos, P. (2010). Cambios en las actividades instrumentales de la vida diaria en la Enfermedad de Alzheimer. *Acta Neurol Colomb* 26(3) 3:1
- Conde-Sala, J.L. (1993). Soporte a los cuidadores familiares. *Revista de Gerontología* (3), 95-97.
- Contel Segura, J.C. & Gené J, Limón E. Programas de atención domiciliaria en atención primaria. En Contel Segura JC, Gené J, Peya M. *Atención domiciliaria: organización y práctica* (1ª ed.). Barcelona: Ediciones Springer-Verlag Ibérica, 1999:25-37
- Dalton, J. H., Elias, M. J. & Wandersman, A. (2001). *Community psychology. Linking individuals and communities*. Stamford: Wadsworth, Thomson Learning.
- Duran, D., Orbegoz Valderrama, L.J; Uribe-Rodriguez, A.F & Uribe Molina, J.M. (2007). Integración social y habilidades funcionales en Adultos Mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270.
- Gold, D.A. (2012). An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34(1), 11-34
- Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P. J. ... Frölich, L. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *Alzheimer's Research and Therapy*, 7, [17]
- Kahneman, D. (1973). *Attention and Effort*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kirby, E & Grimley L. (1992). *Trastorno por Déficit de Atención*. México, D.F.: Limusa.
- Law, M. (1993). Evaluating activities of daily living: Directions for the future. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 233–237.
- Lawton MP & Brody EM. (1969). Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9(3);179-86.
- Maya Jariego, I. (2004). Sentido de la comunidad y potenciación

- comunitaria. *Apuntes de Psicología*. 22 (2), 187-211.
- Mosey, A.C (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York: Raven
- Muñoz Santiago, A. & Abad Fernández, A. (2006). Actividades instrumentales de la vida diaria. En Gonzalez, J.C y Rodriguez, A. (Comps.). *Rehabilitación psicossocial y apoyo comunitario con personas de enfermedad crónica. Programas básicos de intervención. Cuadernos de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid*.
- Padierna, J.A. (1993). Apoyo asistencial a los familiares de enfermos de Alzheimer. La carga familiar. Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. *Revista de Servicios Sociales*. 22, 47-54.
- Reategui, N & Sattler, C. (1999). *Metacognición. Estrategias para la construcción del conocimiento*. (2da. ed.) Lima: CEDUM.
- Rogero García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública*, 83 (3), 393-405.
- Sánchez Gil, J.Y. & Pérez Martínez, V.T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: Atención y percepción en el adulto mayor. *Rev. Cubana Med. Gen Integr*. 24. (2), Ciudad de la Habana.
- Sánchez-Vidal, A. (2001). Medida y estructura interna del sentimiento de comunidad: un estudio empírico. *Revista de Psicología Social*, 16 (2), 157-175.
- Seeman, M.(1959). On the Meaning of Alienation. *American Sociological Review* 24, 783.
- Stone, Robyn I. (2006). Emerging Issues in Long- Term Care. In *Handbook of Aging and Social Sciences*, (6 th ed), (R. H. Binstock and L.K. George. Burlington, MA: Academic Press.
- Suarez Cuba, M.A. (2012). Atención integral a domicilio. *Rev. Méd. La Paz*. 18 (2).
- Tello, Y., Bayarre, H., Hernández, Y. & Herrera, H. (2001). Prevalencia de discapacidad física en ancianos: municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo". *Revista Cubana de Salud Pública*, 27, 19-25.
- Trejo- Morales, P., & Cansino, S. (2011). Efectos de la Atención Dividida sobre la Memoria Episódica en Adultos Jóvenes y Mayores. *Revista Colombiana de Psicología*, 20 (2).
- Zanetti, O., Binetti D., Magni, E., Rozzini, L., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (1997). Procedural memory stimulation in Alzheimer's disease: impact of training programme. *Acta Neurologica Scandinavica*, 95, 152-157.

Recibido: 24 de julio del 2015
Aceptado: 14 de agosto del 2015