IMPACTO DE UN PROYECTO PILOTO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA SOBRE EL BIENESTAR PSICOESPIRITUAL EN ADULTOS MAYORES

IMPACT OF A COGNITIVE STIMULATION PILOT PROJECT ON PSYCHOSPIRITUAL WELFARE IN THE ELDERLY

Nicolás Medina Jiménez
Enfermero, Estudiante Programa de Doctorado en Enfermería, Facultad de Enfermería Universidad de Concepción. Concepción, Chile

Sandra Valenzuela Suazo
Enfermera, Profesor Titular Departamento Adulto y Adulto Mayor, Facultad de Enfermería Universidad de Concepción. Concepción, Chile

Alda Orellana Yáñez
Enfermera, Profesor Titular Departamento Materno Infantil, Facultad de Enfermería Universidad de Concepción. Concepción, Chile

Artículo recibido el 6 de abril de 2018. Aceptado en versión corregida el 27 de julio de 2018.

RESUMEN
El artículo presenta la experiencia de la aplicación de un proyecto de gestión tipo piloto que mejora la práctica de enfermería, enfocada en la estimulación cognitiva, con el fin de mejorar el bienestar psicoemocional en adultos mayores con base en la "Teoría de la Comodidad", desarrollada por Katherine Kolcaba. Objetivo: Mostrar el trabajo desarrollado en usuarios adultos mayores pertenecientes a un Centro de Salud en cuidados domiciliarios, con necesidad de estimulación cognitiva, con el fin de mejorar su bienestar psicoespiritual. Método: se realizó un proyecto piloto de gestión, para promover la comodidad/bienestar durante la recuperación en el hogar de Adultos Mayores, a través de una intervención para prevenir el deterioro cognitivo sustentada en las directrices del Ministerio de Salud de Chile, y la medición de aspectos empíricos como el bienestar psicoespiritual que se desprenden de los lineamientos de la teoría de la Comodidad. El proyecto se planeó, ejecutó y evaluó, durante Marzo a Diciembre del año 2016. La planeación se realizó mediante visitas de campo y matriz de marco lógico, aplicando el árbol de problemas. Resultados: los adultos mayores sometidos a una intervención planificada de enfermería no progresaron con un deterioro cognitivo mayor y a su vez mejoraron su nivel de Comodidad en especial en el área Psicoemocional, demostrando que el uso de la teoría de rango medio de Kolcaba es útil como sustento teórico para este tipo de intervención.

Palabras clave: Teoría de enfermería, comodidad, adulto mayor, Enfermería, Centro de Salud.

ABSTRACT
The article presents the experience of the application of a pilot management project that improves nursing practice, focused on cognitive stimulation, in order to improve psycho-

emotional welfare in the elderly based on the "Theory of Comfort", developed by Katherine Kolcaba. Objective: To show the work developed in elderly users belonging to a Health Center in home care, with cognitive stimulation needs, in order to improve their psychospiritual welfare. Method: a pilot management project was carried out to promote comfort / welfare during the recovery in the Elderly Home Care, through an intervention, to prevent cognitive impairment, supported by the guidelines of the Ministry of Health of Chile, and the measurement of empirical aspects, such as psychospiritual welfare, that are derived from the guidelines of the Theory of Comfort. The project was planned, executed and evaluated from March to December 2016. The planning was carried out through field visits and logframe matrix applying the problem tree. Results: older adults undergoing a planned nursing intervention did not progress with a greater cognitive deterioration and at the same time improved their Comfort level, especially in the Psycho-emotional area, demonstrating that the use of Kolcaba's mid-range theory is useful as a theoretical support for this type of intervention. Conclusion: a planned nursing intervention based on a theoretical reference, focused on cognitive impairment, has a positive impact in the welfare of the elderly with cognitive impairment.

Key words: Theory of nursing, comfort, elderly, Nursing, Health Center.

DOI: 107764/Horiz_Enferm.29.2.88-97

INTRODUCCIÓN

Según datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) 2015[1] los adultos mayores en Chile constituyen 17,5% de la población total, de este porcentaje cerca de 72.000 adultos mayores residen en la Región del Bio Bío concentrando casi un 20% de la población adulta mayor del País.

En términos de dependencia la misma encuesta[1] señala que a nivel nacional el 85% de la población adulta mayor es autovalente, versus un 15% que presentaba algún grado de dependencia funcional, en la región del Bio-Bío las cifras son similares, pero bajo la media nacional, ya que el 83% de los adultos mayores son autovalente versus un 17% que presenta algún grado de dependencia funcional.

Un problema de salud pública al cual son susceptibles los adultos mayores son las demencias en sus distintos tipos, estas se caracterizan por generar dependencia, discapacidad física y mental. Se estima actualmente en Chile, que el 1,06% de la población total país presenta algún tipo de demencia[2]. El Estudio Nacional de la Dependencia realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), da cuenta que el 7,1% de las personas de 60 años y más presenta deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial, alcanzando 13% en las personas entre 75-79 años y 36,2% en los mayores de 85 años[3]. La Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010 (ENS Chile)[4], reportó que 10,4% de los adultos mayores presentan un deterioro cognitivo y 4,5% presenta deterioro cognitivo asociado a discapacidad, que alcanza a 16% en los de 80 años y más. Es importante señalar que la mayor prevalencia de demencia en Chile se ubica en niveles socioculturales bajos y en población rural, los que podrían considerarse como determinantes sociales de la enfermedad[5].

En este sentido, una de las metas principales de la estrategia nacional de salud para el grupo de personas de 60 y

más años es disminuir en un 10% estos problemas[6].

Si bien un gran porcentaje de la población adulta mayor nacional pueden desarrollar su vida sin necesidad de la asistencia de otros, el incrementar el porcentaje de adultos mayores autovalentes y con altos estándares de Calidad de Vida, sigue siendo una prioridad para la política pública en salud para Chile, es por esto que, el presente trabajo muestra la experiencia de un piloto de intervención de enfermería, enfocada en la estimulación cognitiva, con el fin de mejorar el bienestar psicoespiritual de adultos mayores considerando como indicador empírico para este criterio aspectos contemplados en la "Teoría de la Comodidad", desarrollada por Katherine Kolcaba[7].

METODOLOGÍA

Con el propósito de contribuir en poner reducir el deterioro cognitivo a través de una intervención para prevenir el deterioro cognitivo sustentada en las directrices del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y de esta forma mejorar el bienestar de adultos mayores.

Para esto se desarrolló un piloto de intervención de enfermería, enfocada en la estimulación cognitiva, con el fin de mejorar el Comodidad/bienestar psicoespiritual de adultos mayores con base en la "Teoría de la Comodidad".

Los participantes del proyecto piloto fueron cuatro adultos mayores de un total de 10 usuarios con dependencia moderada, adheridos al programa de cuidados domiciliarios de un Centro de Salud Familiar de la ciudad de Concepción, Chile. Dicho proyecto se desarrolló en cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, durante los meses de marzo a diciembre del 2016.

La **primera fase**, valoración, dio apertura al trabajo y se realizó mediante visitas domiciliarias, donde se tuvo contacto directo con los participantes se realizó un levantamiento de datos, en la cual se trabajó en terreno con el universo de Adultos Mayores (Nº= 10), correspondientes al programa de Cuidados Domiciliarios del Centro de Salud Familiar, en el contexto de una primera visita de contacto y valoración. En esta visita se les consultó a través de la siguiente pregunta abierta ¿Cuáles son las áreas de su vida que a su juicio se ven más alteradas a causa del nivel de dependencia que presenta?

Las respuestas se agruparon en categorías como se señalan a continuación:

Tabla 1. *Distribución de los adultos mayores según la principal preocupación secundaria al grado de dependencia.*

Principal Preocupación	Frecuencia
Falta de Recursos Económicos	3
Miedo a perder la memoria	6
Falta de apoyo familiar y social	1
Total	10

Fuente: Elaboración Propia.

En la **segunda fase**, con la valoración de estos aspectos se realizo la elaboración del árbol de problemas que corresponde a una herramienta que ayuda a estructurar el programa o proyecto de modo de que exista la "lógica vertical" y la matriz del marco lógico que corresponde a una herramienta de trabajo con la cual un evaluador puede examinar el desempeño de un programa en todas sus etapas. Permite presentar de forma sistemática y lógica los objetivos de un programa y sus relaciones de causalidad. Asimismo, sirve para evaluar si se han

alcanzado los objetivos (8) de este análisis y se determinó como diagnóstico de trabajo el "miedo a perder la memoria", a partir de que la principal respuesta con mayor frecuencia lo que da paso a la generación de una intervención enfocada en satisfacer esta necesidad que a su vez generaba alteración en el bienestar psicoespiritual de los adultos mayores.

En la **tercera fase**, se planificó la intervención de enfermería, enfocada en el diagnóstico de trabajo, a través de la elaboración de actividades didácticas con material audiovisual, la cual se centró en la estimulación de seis funciones cognitivas, que se plasman como prioritarias en los lineamientos del MINSAL: orientación, atención, memoria a largo plazo, memoria a corto plazo, función ejecutiva y lenguaje[9].

Para objetivar la información medir de manera concreta el nivel deterioro cognitivo y comodidad/bienestar de los adultos mayores se planificó la aplicación de Mini-Mental State Examination abreviado (MMSE Abreviado)[10] y el *Cuestionario General de Confort* (CGC)[11].

El *MMSE abreviado* consta 6 ítems que evalúan orientación, atención, memoria a largo plazo, memoria a corto plazo, función ejecutiva y lenguaje el total del instrumento son 19 puntos y se considera alterado si el resultado es menor a 13, puntaje que mostró la mejor correlación con el punto de corte validado para la el MMSE abreviado en Chile. Los pacientes en quienes se pesquisa este resultado son derivados al médico para una evaluación clínica. Es decir, se utiliza como un test de cribado poblacional previo a la evaluación clínica y se considera alterado bajo 13 puntos independiente de la presencia de síntomas y/o de un impacto funcional significativo[12].

El CGC[11], consta de 48 ítems, que miden de manera objetiva el nivel de confort; este cuestionario tiene preguntas tipo likert donde se le asigna el número 4 a la opción "Totalmente de acuerdo con la afirmación" y puntaje 1 a la opción "Totalmente en desacuerdo". A mayor resultado, mayor nivel de Confort (Comodidad/bienestar). El goldstandar del mismo es de 180 puntos, que equivalen al 100%. La particularidad de este cuestionario es que además clasifica el impacto de Comodidad/bienestar en distintos contextos: Ambiental, Físico, Social, Psicoespiritual[13-14]. Se considero la utilización de este cuestionario para tener indicador empírico de la intervención puesto que la literatura en diversos estudios1[5-18] se ha visto una aplicación exitosa para medir el nivel de bienestar/comodidad en el contexto del cuidado hospitalario, pero en esta oportunidad se quiso probar en el contexto del cuidado domiciliario Este cuestionario ha sido utilizado en países de habla hispana[19] y se realizó validación por expertos, previo a su utilización.

La **cuarta fase** la ejecución, en primera instancia se aplicó *MMSE abreviado* y el CGC. Posteriormente se realizaron 6 sesiones de intervención, una vez por semana, con cada uno de los adultos mayores que participó en el proyecto, el tiempo de duración de cada taller fluctuó entre 45 a 60 minutos y tenían lugar en el hogar de los adultos mayores, en el contexto de visitas domiciliarias. Se contó con un registro audiovisual del desarrollo de las mismas, previa autorización a través del consentimiento informado de los 4 usuarios que aceptaron participar en la intervención.

Finalmente, en la **quinta etapa** de evaluación, al término de la realización de los talleres de estimulación cognitiva, se aplicó nuevamente el *MMSE abreviado* y

CGC, luego de transcurridas las seis semanas desde el inicio del proyecto.

Tras la recolección de la información se elaboró una base de datos en el programa Excel® 2013, para posteriormente realizar el análisis descriptivo.

Es de destacar que, para el desarrollo del marco ético, se tuvo en consideración los principios éticos de Ezequiel Emanuel, lo que incluyó el proceso de consentimiento informado, tanto para la participación en la intervención como para recogida de datos audiovisuales durante la intervención. Se garantizó a todos los individuos la confidencialidad de la información, para lo cual se tomaron los resguardos respectivos.

RESULTADOS

Se logró realizar el proyecto piloto con un (N=4) puesto que en el proceso de consentimiento informado dos de los cuidadores de los adultos mayores con "miedo a perder la memoria" no dieron su autorización para que participaran de la intervención. La edad de los participantes fluctuó entre 69 -76 años de edad, todos del sexo masculino, con índice de Barthel menor a 60 puntos.

Para el deterioro cognitivo, los 4 participantes resultaron con un MMSE abreviado mayor a 14 puntos por lo cual es *screening* resulto normal, en cuanto a de Bienestar/Comodidad total inicial, se observa que el porcentaje de nivel de Bienestar/Comodidad de los usuarios encuestados no supera el 70%, lo que evidencia que, pese a que han cubierto parte de sus necesidades, aún hay áreas de inflexión que serían necesarias de intervenir para aumentar su nivel de Bienestar/Comodidad (Tabla 2).

Para realizar un análisis aún más productivo e identificar dónde se encontraban los puntos de inflexión en el nivel de Bienestar/Comodidad, se analizaron los datos según el contexto Ambiental, Social, Físico y Psicoespiritual. Para esto se hizo una agrupación de las preguntas del cuestionario según los distintos contextos que mide la escala, en el que se determinó que el puntaje máximo por contexto, de acuerdo a la agrupación de preguntas, por cada una de ellas queda de la siguiente manera:

Contexto Ambiental: 40 pts.; Contexto Social: 32 pts.; Contexto Físico: 44 pts.; Contexto Psicoespiritual: 64 pts.

Tabla 2. *Nivel de deterioro cognitivo y Bienestar/Comodidad total pre y postintervención.*

Adulto Mayor	MMSE Abreviado Pre intervención (puntos)	Nivel de Bienestar/ Comodidad Total Pre intervención		MMSE Abreviado Post Intervención (puntos)	Nivel de Bienestar/ Comodidad Total Post intervención	
		Puntos	% del total		Puntos	% del total
1	15	119	66	15	149	83
2	16	112	62	16	138	77
3	16	106	56	16	125	69
4	14	100	56	15	141	78

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a los resultados post intervención (Tabla 2) se puede ver que en términos de deterioro cognitivo no hubo cambios, pero las cifras se mantuvieron. En cuanto a la segunda variable, Nivel de Bienestar/Comodidad, hubo una tendencia al alza posterior a las sesiones, con un aumento porcentual importante en cada uno de los participantes, y con repercusiones sesiones, con un aumento porcentual importante en cada uno de los participantes, y con repercusiones positivas en especial en el contexto psicoespiritual como se detallará más adelante.

Para profundizar en el análisis se midió la distribución según los cuatro contextos que mide el cuestionario positivas en especial en el contexto psicoespiritual como se detallará más adelante.

Con respecto a los resultados post intervención (Tabla 2) se puede ver que en términos de deterioro cognitivo no hubo cambios, pero las cifras se mantuvieron. En cuanto a la segunda variable, Nivel de Bienestar/Comodidad, hubo una tendencia al alza posterior a las (Tablas 3 y 4), donde los contextos ambiental y físico postintervención se mantienen con valores similares a la medición pre intervención y por su parte el contexto social y psicoespiritual presentaron mejoras importantes después de la intervención.

Tabla 3. *Distribución Contexto Ambiental y Contexto Físico pre y post intervención.*

	Contexto Ambiental (Puntaje total: 40 pts.)				**Contexto Físico (Puntaje total: 44 pts.)**			
	Pre Intervención		**Post intervención**		**Pre Intervención**		**Post Intervención**	
Persona	**Puntos**	**% del contexto**	**Puntos**	**% del contexto**	**Puntos**	**% del contexto**	**Puntos**	**% del contexto**
1	35	88	35	88	30	68	35	80
2	32	80	34	85	25	57	27	61
3	29	73	29	73	22	50	23	52
4	30	75	32	80	29	65	31	70

Fuente: Elaboración Propia.

DISCUSIÓN

Al observar los resultados del proyecto piloto de gestión, se pudo observar que para la variable deterioro cognitivo (contexto físico) los cambios no fueron categóricos, pese a que la intervención en si genera un impacto evitando un mayor deterioro cognitivo, la duración del programa fue acotado lo que pudo impactar en ver resultados mayores, pero la evidencia demuestra que esto se puede lograr ya que la plasticidad cerebral aun en esta etapa de la vida se mantiene y el entrenamiento cognitivo puedan aminorar o revertir estos cambios degenerativos en los adultos mayores tal como lo señalan algunas investigaciones sobre intervenciones cognitivas[20-22]. Es por esto que, a pesar de la vulnerabilidad

Tabla 4. *Distribución Contexto Social y Contexto Psicoespiritual pre y post intervención.*

	Contexto Social (Puntaje total: 32 pts.)				**Contexto Psicoespiritual (Puntaje total: 64 pts.)**			
	Pre Intervención		**Post intervención**		**Pre Intervención**		**Post Intervención**	
Persona	**Puntos**	**% del contexto**	**Puntos**	**% del contexto**	**Puntos**	**% del contexto**	**Puntos**	**% del contexto**
1	18	56	24	75	36	56	56	86
2	19	59	22	69	36	56	55	87
3	20	63	24	75	35	54	49	77
4	13	41	22	69	28	44	56	86

natural del adulto en ocasión de su envejecimiento, las propuestas de estimulación cognitiva son factible en el mejoramiento cognitivo, como una alternativa al entrenamiento cerebral[23]. Es por esto que pese a los resultados del MMSE abreviado pre y post intervención no sufrieron grandes cambios se puede sostener que una intervención de este tipo genera repercusiones positivas sobre los adultos mayores, que impacta más allá de la esfera física (cognitiva) sino que impacta en su Bienestar/Comodidad general, así como en los contextos que forman el bienestar general entre estos el contexto social. En la primera medición del estudio se observó un comportamiento con tendencia a la baja, esto muy asociado al grado de dependencia, sentirse incapaces de realizar actividades fuera del hogar como antes, así como con la pérdida de referentes sociales por fallecimiento de amigos, viudez, lejanía con familia nuclear y percepción de ausencia de redes de apoyo[24].

Esta intervención generó un cambió en el comportamiento social de este grupo de adultos mayores puesto que cada semana contaban con un referente social que pudo influir en el alza del puntaje en este contexto, el cual podría mermar una vez finalizado el piloto.

Los adultos mayores están expuestos a sufrir deterioro cognitivo y ellos lo perciben de esta manera, declarando algunas personas de este grupo etario tener temor a vivir este fenómeno en sus vidas[25]. En este estudio, para el contexto psicoespiritual a nivel inicial se reportaron valores disminuidos, lo cual podría estar asociado al impacto que tiene la preocupación constante de perder la memoria, lo cual los podría llevar a ser más dependientes aún. Posterior a la intervención se observó una tendencia al alza en el nivel de Bienestar/Comodidad en este contexto, en los cuatro adultos mayores, desprendiéndose que esta intervención tuvo un doble efecto sobre el grupo de intervención.

Para el análisis del Bienestar/Comodidad en el contexto ambiental no tuvo variaciones a raíz del programa de piloto, lo cual guarda relación con que la intervención se realizó en el contexto domiciliario, contexto propicio para el trabajo y recuperación de los adultos mayores. Como señala la literatura los cuidados domiciliarios

deben ser potenciados, ya que previenen las consecuencias nefastas de las hospitalizaciones tradicionales y potencian el autocuidado en salud (26).

CONCLUSIÓN

La generación de una intervención de enfermería centrada en el usuario, muestra la capacidad del profesional de enfermería para ejercer una práctica autónoma que lo motive a formar y mantener un vínculo enfermero – paciente; dicha relación es propiciada en el contexto domiciliario, donde se puede establecer una comunicación terapéutica, teniendo el paciente la capacidad de tomar decisiones, se reconozca y busque aspectos que den significado y le permitan trascender en el proceso de recuperación (27), donde además se da apertura a un trabajo terapéutico en conjunto con las necesidades reales y concretas de los usuarios.

El aplicar este tipo intervenciones enfocadas en las necesidades reales de las personas, en este caso de los adultos mayores, y que dicha intervención contemple aspectos teóricos como indicador empírico, permite evidenciar la utilidad disciplinar de lo teórico en la práctica. El enfoque del desarrollo teórico de enfermería va hacia la producción de teorías aplicables y concretas, enriqueciendo la práctica asistencial en la atención, en este caso a nivel primario. Un nivel de atención diferente al que usualmente se usa este referente teórico pero de tanta importancia como la atención dispensada en centros asistenciales más complejos[15-18].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaria de Evaluación Social, Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2015, Santiago de Chile 2017: 1-150 Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf
2. Slachevsky A, Arriagada P, Maturana J, Rojas R. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en Chile: Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras demencias. Chile: Corporación Profesional de Alzheimer y otras demencias; Sociedad de Neurología, Neuropsicología y Neurocirugía de Chile, 2012:1-40 Disponible en: http://www.coprad.cl/wp-content/uploads/2018/01/pasos_coprad_alzheimer_chile.pdf
3. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Las Personas Mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez (1st ed.). Maval .2009:1-155 Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Las-personas-mayores-de-chile-situacion-avances-desafios-del-envejecimiento-y-vejez-2009.pdf
4. Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud 2009–2010. Santiago, 2010:1-1064. Disponible en: http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf
5. Servicio Nacional del Adulto Mayor, Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago, 2010: 1-119. Disponible en: http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/01/estudiodependencia.pdf
6. Ministerio de Salud, Plan Nacional para las demencias, Santiago de Chile 2017: 1-60. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf
7. Kolcaba K, Kolcaba R. Analysis of the concept of comfort. J AdvNurs 1991; 16(11):1301-1310.
8. Culebro J, Barragán O. La Metodología del Marco Lógico en la administración pública federal. Nuevas formas de regulación para

el control estratégico. Espacios Públicos, 2014,40 (17): 33-48.

9. Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores, Subsecretaria de Salud Pública División De Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor. Santiago de Chile ,2014:1-239. Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf

10. Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores, Subsecretaria de Salud Pública División De Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor, Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Santiago de Chile ,2014:1-16 Disponible en: http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf

11. Kolcaba, K. Holistic comfort: Operationalizing. J AdvNurs. 1992, 15(1): 1-10.

12. Jiménez D, Lavados M, Rojas P, Henríquez C, Silva F, Guillón M. Evaluación del minimental abreviado de la evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) como screening para la detección de demencia en la atención primaria. Rev Med Chile. 2017, 145: 862-868.

13. Kolcaba K. Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research. 1a ed. Canada: Springer Publishing Company; 2003.

14. Kolcaba K, Fisher E. A holistic perspective on comfort care as an advance directive. Critical Care Nursing Quarterly. 1996, 18(4):66-76.

15. Ferrer E, Pacheco J. La medición de la comodidad en enfermeras y pacientes oncológicos. REDUCA. 2009, 1(2):501-515.

16. Guevara M., Laverde O. Aplicación de la teoría de la comodidad en el baño en cama. Index Enferm. 2015, 24(1-2): 76-80.

17. Franciele S, Stahlhoefer T, Jorge Vinícius C, Marineli J. Medidas de conforto e comunicação nasações de cuidado de enfermagemao paciente crítico. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(2):174-179.

18. Achury D, Rodríguez S, Achury L. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. InvestigEnferm. Imagen Desarr. 2016, 16(1):1-13.

19. Poveda D. Confiabilidad del Instrumento de Confort SGCQ-Españold e la Doctora Katherine Kolcaba para personas con enfermedad crónica. [Tesis] Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería Bogotá, Colombia 2015.

20. Conway A, Getz S. Cognitive Ability: Does Working Memory Training Enhance Intelligence? Current Biology. 2010; 20(8):362-364.

21. Morrison A, Chein J. Does Working Memory Training Work? The Promise and Challenges of Enhancing Cognition by Training Working Memory. Psychonomic Bulletin & Review. 2010, 18(1): 46-60. -0

22. Shipstead Z, Redick T, Engle R. Is Working Memory Training Effective? Psychological Bulletin. 2012, 138(4), 628- 654.

23. Mogollón E. Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. Educare Electronic Journal. 2014, 18(2): 1-17.

24. Condeza A, Bastías G, Valdivia G, Cheix C, Barrios X, Rojas R, Gálvez M, Fernández F. Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. Cuadernos.info. 2016,(38), 85-104.

25. Benavides-Caro A. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Revista Mexicana de Anestesiología. 2017,40(2): 107-112.

26. Puchi C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. Enfermería Universitaria. 2015, 12(4):219-225.

27. Moreno M. Introducción a la teoría del confort de Katherine Kolcabaen: Moreno M., Muñoz L. De la teoría a la práctica, Experiencias con proyectos de gestión del cuidado. 1 ed. Bogotá, Chía, Cundinamarca, Colombia: Universidad de la Sabana; 2016. pp.199 – 209.