

Propuesta de intervención de Psicoestimulación en Centro Geriátrico Diurno para Adultos Mayores en Soledad en la República Dominicana

Proposal for Psychostimulation intervention in a Geriatric Day Center for Older Adults in Soledad in the Dominican Republic

Ceila Antonia Peña Rojas¹

E-mail: jm.mope@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1727-1850>

¹Investigadora independiente

Forma de citación en APA, séptima edición.

Peña, C. A. (2026). Propuesta de intervención de Psicoestimulación en Centro Geriátrico para Adultos Mayores en Soledad en República Dominicana. *Revista Nova Praxis*, 2 (2), 26-47.

Fecha de presentación: 06/03/2026

Fecha de aceptación: 01/04/2026

Fecha de publicación: 25/04/2026

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención de Psicoestimulación dirigida a personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve a moderado y soledad no deseada, con el fin de mejorar su bienestar emocional, cognitivo y social en un centro geriátrico diurno de Santo Domingo, República Dominicana. La metodología se basa en un enfoque de Atención Centrada en la Persona, mediante un programa grupal estructurado que integra musicoterapia, actividades de reminiscencia y movimiento corporal, desarrollado durante un periodo de 12 semanas. Para evaluar la efectividad de la intervención se aplican instrumentos validados antes, durante y después del programa, entre ellos el índice de Barthel, la escala de soledad de UCLA, el test de Tinetti y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Los resultados esperados incluyen la estimulación de la memoria y la coordinación motora, la reducción de la percepción de soledad, el fortalecimiento de la interacción social y la mejora del estado de ánimo, contribuyendo a una mejor calidad de vida y a un envejecimiento más digno y participativo.

Palabras clave: alienación social, anciano, comunidad, gerontología, salud mental.

ABSTRACT

This study aims to design a psycho-stimulation intervention for older adults experiencing mild to moderate cognitive impairment and unwanted loneliness, with the objective of improving their emotional, cognitive, and social well-being in a day-care geriatric center in Santo Domingo, Dominican Republic. The methodology follows a Person-Centered Care approach through a structured group-based program integrating music therapy, reminiscence activities, and body movement over a 12-week period. The effectiveness of the intervention is assessed using validated instruments administered before, during, and after the program, including the Barthel Index, the UCLA Loneliness Scale, the Tinetti Performance-Oriented Mobility Assessment, and the Geriatric Depression Scale (Yesavage). Expected outcomes include improvements in memory and motor coordination, a reduction in perceived loneliness, enhanced social interaction, and improved mood, thereby contributing to better quality of life and promoting more dignified and participatory aging.

Keywords: social alienation, elderly, community, gerontology, mental health.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población a nivel mundial es un fenómeno palpable tanto en las sociedades desarrolladas como en las que están en vías de desarrollo. En América Latina y el Caribe se ha dado una celeridad que va por encima de países europeos, siendo Barbados y Cuba los países más envejecidos de América Latina y el Caribe, por encima de Argentina, Uruguay, Guadalupe, Martinica y Puerto Rico. Esta población genera un impacto tanto en áreas de la salud, la familia, la activación económica, los presupuestos de seguridad, asistencia social, así como de las representaciones sociales (Morejón et al., 2021).

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2023) se estima que para el 2030, un 16 % de la población será mayor de 60 años, aumentando a un 30% para el 2060. La República Dominicana no está ausente de este incremento en la edad poblacional, donde las personas mayores de 60 años tienen el de mayor porcentaje con relación a los otros grupos etarios, sobre todo se ve en el segmento de 75 años y más de acuerdo con la CEPAL.

Acorde con los datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (2021) de la República Dominicana, el país consta de una población de adultos mayores de 1, 424,735 personas lo que resulta ser un 13.2% de la población, siendo la provincia de Santo Domingo la que más habitantes mayores tiene, con un promedio de un 15.6 % de un total de 1,029,110 personas. A nivel nacional, el país cuenta con 151 centros de atención al adulto mayor. De los cuales, 15 se encuentran en el Distrito Nacional. Estos centros están amparados por el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) (2023), institución que funge como rector nacional de las políticas públicas de la población envejeciente a nivel nacional.

Visto el panorama de envejecimiento poblacional a nivel mundial, se hace necesario hacer adaptaciones en la oferta de servicios que promuevan una atención integral centrada en las personas de este segmento poblacional. Enfocando los esfuerzos en prevención de enfermedades y discapacidad. Prevenir enfermedades y discapacidades se puede lograr mediante concientización, una atención equitativa y accesible a través de programas educativos promoviendo la autonomía y un envejecimiento activo del adulto mayor (Molina y Camino, 2024).

Otro elemento importante que es preciso tomar en cuenta son los cambios sociales que se han suscitado con los años, en los que los cuidadores principales que, hasta hace poco habían sido las mujeres de los familiares de los adultos mayores (esposas, hijas, nietas y nueras), al estas involucrarse en el mercado laboral, se hecho necesario contratar servicios externos para suplir la necesidad cada vez mayor. En ese mismo tenor, se agregan otros factores como la decreciente natalidad, sobre todo en los países desarrollados, que ha hecho que surjan los centros diurnos concitando gran interés en la población de adultos mayores y los familiares de estos.

En la República Dominicana, buscando la manera de abordar la vulnerabilidad de este renglón poblacional, crear la integración intergeneracional y su involucramiento en actividades sociales, ha creado los Hogares de Día y el programa Familias de Cariño. Los Hogares de Día son establecimientos que pueden ser tanto públicos como privados, como también asociaciones sin fines de lucro donde se les brinda atención a las personas en el proceso de jubilación hasta llegar al término de esta, incluyendo protección social a esta población tomando en consideración las diferencias de género y el sector donde viven. El uso de estos servicios varía ya que hay un porcentaje de 44 % de hombres y 56 % de mujeres con una edad promedio de 76 años, en cambio cuando aumenta la edad de 79 años en adelante se incrementan las mujeres como beneficiarias de estos servicios con un 63% y los hombres pasan a ser un 37% (Mejía, 2024).

Las Familias de Cariño, son familias previamente identificadas, aquellas en las que están conformadas por mujeres, personas jubiladas, dependientes o sin empleo, en las que el gobierno les da un subsidio de manera domiciliaria. De este servicio se benefician personas mayores de 80 años siendo las mujeres un 64% y los hombres un 36%. Estos programas van bajo el nombre de Servicios, Capacitación y Recreación (SECARE), que están dentro de CONAPE (Mejía, 2024).

De acuerdo con CONAPE, en el Distrito Nacional de la Provincia de Santo Domingo cuenta con 17 centros para adultos mayores de los cuales 10 son para el cuidado y estimulación diurna y 07 residencias (CONAPE, 2023).

En la etapa del adulto mayor, el ser humano va teniendo transformaciones patológicas y una de estas son las de nivel afectivo, así como las cognitivas y sociales, siendo el deterioro cognitivo uno de los cambios más evidentes en esta época demostrándose a través de alteraciones en las habilidades tanto mentales desde el leve hasta llegar a la demencia, como también en estados depresivos (Duque et al., 2022).

Cuando hablamos de cognición nos referimos al funcionamiento integral de cómo se percibe el entorno, el todo, la atención que se presta a los eventos diarios, la orientación temporo-espacial, memoria a corto y largo plazo, lenguaje, es decir, disminución con fluidez verbal, dada la disminución del flujo cerebral y así mismo se ve en el cálculo que con los años se va deteriorando, disminuyendo la capacidad de análisis (Duque et al., 2022).

Crear un plan de intervención para adultos mayores en soledad y deterioro cognitivo leve a moderado en un centro diurno para la distracción y movilidad física dejando por unas horas la soledad en la que se ve arropado por las tendencias de que las cuidadoras habituales están laborando es de gran beneficio para esta población en crecimiento. Y esto así para su beneficio logrando una mejor calidad de vida, minimizando enfermedades tales como la depresión, el estrés y la ansiedad, así como también el deterioro cognitivo garantizándoles una participación en la vida diaria con autonomía (Mora, 2023).

Los beneficios que se observan al utilizar los servicios de un centro diurno en cuanto al estado de ánimo, la calidad de vida y el bienestar de los participantes es de un 89% en relación con los que no utilizaron los servicios (Benedetti et al., 2024).

Se ha comprobado que el ejercicio físico puede cambiar los niveles del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF) en pacientes con demencia leve y un Alzheimer inicial en hasta un 45% de los participantes de la práctica, donde a mayor actividad aeróbica mayores beneficios genera (Mora, 2023).

Cuando una persona mayor asiste a un centro diurno no solo se beneficia así mismo si no también aquellos que le cuidan, recibiendo apoyo y alivio pudiendo tener tiempo para sí mismos y desarrollar otras actividades de importancia tales como trabajo, estudios o tiempo para descansar y disfrutar de la vida. Las personas cuidadoras disminuyen su estrés, depresión aumentando su bienestar y calidad de vida (Soldevila, 2003).

A través de programas de psicoestimulación integral en específico usando la herramienta de la musicoterapia se podrá observar mejoras conductuales motrices tales como el equilibrio, la marcha y la coordinación de movimientos. Además, contribuye a recuperar la seguridad personal/psicológica, estabilidad emocional y autoestima. A través de la manipulación instrumental se adquieren nuevas destrezas o despierta aquellas dormidas. La persona que participa de la musicoterapia incrementa los contactos interpersonales y la socialización; otro de los beneficios es el aumento de la independencia y el autocontrol estimulando la creatividad y la autoestima (Pascual, 2021).

A través de la reminiscencia recordando a través de fotografías o videos que permitan revivir experiencias, contactando con el pasado, los hará conectar con su propia historia, esa en la que fueron felices; recuerdos que podrán compartir y así sentir que fueron útiles, alegres y valorados por los otros. En ocasiones, ya no pueden hablar, pero al ver la fotografía se sonríen y vuelven a sentirse parte del entorno, porque en la demencia leve a moderada se recuerda más fácilmente, lo vivido años anteriores a lo presente (García, 2023).

A partir de la importancia de tratar este tema y de los aportes que puede tener para los adultos mayores, el presente estudio se plantea como objetivo general elaborar una intervención a través de Psicoestimulación en un centro geriátrico diurno para adultos mayores en soledad con deterioro cognitivo de leve a moderado en el Distrito Nacional, de la provincia Santo Domingo en la República Dominicana.

METODOLOGÍA

Debido al objetivo del estudio, la metodología presenta un diseño propositivo a partir de la concepción de una intervención para adultos mayores en soledad con deterioro cognitivo de leve a moderado. En este tipo de diseño el investigador sistematiza información teórica y empírica del contexto, identifica necesidades o vacíos y, sobre esa base, elabora un modelo, programa, estrategia o conjunto de actividades pensadas para mejorar una situación específica. El resultado central del estudio no es solo comprender el fenómeno, sino presentar una propuesta viable y justificada.

De esta manera, la metodología de la intervención se plantea de la siguiente manera:

El programa de intervención que se desea implementar está diseñado dentro de una modalidad grupal tanto para hombres como para mujeres (mixto) de no más de 10 personas para poderles dar por sesión una atención centrada en la persona a cada participante prevaleciendo sus individualidades, es decir, sus necesidades, sus hábitos y sus deseos.

También se tomarán en cuenta sus habilidades, pero también sus debilidades que pudiesen ser cognitivas, pero también físicas (uso de herramientas que faciliten la estabilidad corporal de la persona) ya que estas actividades de intervención generan diversidad de movimientos, emociones y expresiones corporales dando como resultado:

- Distracción del dolor, incomodidad y ansiedad (Burns, 2013)
- Desarrollo y mantenimiento de la función articular y muscular
- Facilitar la relajación y el movimiento controlado
- Proporcionar la autoexpresión emocional y la oportunidad para interacción social
- Coordinación motora de propiocepción e interocepción
- Reminiscencia (Music Therapy Association of BC, 2025).
- Estimulación de la memoria
- Fomento de la creatividad
- Incentiva el desarrollo cerebral (UNIR, 2022).

Por lo que, tomando en cuenta todo lo que puede resultar de las intervenciones se tendrán que trazar parámetros de las intervenciones de manera tal de evitar alteraciones negativas emocionales por una frecuencia acelerada de reminiscencia donde la evocación en vez de resultar agradable pueda hacer recordar momentos dolorosos o añorar en demasía momentos ya vividos (Moreno, 2009); como también dolores musculares producto de las actividades físicas que se puedan generar con el uso de las pesas y el movimiento corporal al que se verán sometidos a través del baile. Se sugieren intervenciones interdiarias:

- Lunes: musicoterapia
- Miércoles: reminiscencias
- Viernes: musicoterapia

Estas intervenciones serán realizadas con un mismo grupo de ser posible porque la salud puede mermar la participación durante un periodo de 3 meses con la finalidad de afianzar los hábitos y tomar en cuenta los resultados que se van obteniendo y las mejoras o ajustes necesarios acordados al grupo participante en la intervención.

Con miras a llevar a cabo un plan personalizado de atención y apoyo a cada uno de los participantes se requerirá de una colaboración interdisciplinaria de:

- Psicólogo terapeuta: será la persona encargada de llevar a cabo el programa de intervenciones desde la etapa de introducción hasta la etapa de evaluación posterior a las intervenciones. Este profesional será la persona encargada de proponer el plan de intervención al centro diurno para adultos mayores, explicará los beneficios de la actividad, duración de estas, el proceso de cómo y cuándo se realizarán las intervenciones, así como también que se espera de los participantes.
- Aplicará las evaluaciones psicológicas diversas; analizará el estado inicial de los participantes y posteriormente evaluará los resultados desde las emociones, la cognición y la interacción entre compañeros.
- Psicólogo auxiliar: este profesional ayudará al psicólogo terapeuta en la aplicación de las pruebas psicológicas, en la evaluación de estas así como colaborar en las observaciones que puedan ser de utilidad durante los procesos de intervención de manera tal de corroborar con el psicólogo en las tomas de decisiones para mejorar la calidad de vida de los participantes haciendo mejoras o ajustes al programa de intervención de forma tal que resulte una intervención personalizada.
- Médico Geriatra: este hará la evaluación física del participante con miras a tomar en cuenta la salud de este y saber si esta apto para las intervenciones o si requiere de algún tratamiento previo o ayuda a través de tecnología de apoyo para personas con discapacidad que le faciliten participar en las actividades programadas.
- Enfermera: su función es servir de apoyo ante cualquier eventualidad de desequilibrio físico de los participantes (taquicardia, fatiga extrema, deshidratación, agitación entre otros). Además, estará pendiente de aquellos pacientes con riesgos de caída previamente identificados por el médico geriatra.
- Entrenador físico: será quien de las pautas para los ejercicios y evaluará con qué tipo de elementos (pelotas, pesas, aros, etc.) puede trabajar cada uno de los participantes en las intervenciones de música rítmica aunadas a los ejercicios físicos con miras al fortalecimiento muscular. Velará por el uso correcto de las herramientas para evitar lesiones.
- Comité de ética: estará pendiente de que lo sometido para el plan de trabajo de intervenciones este correctamente aplicado con fines de que quede avalado como una documentación institucional y pueda servir para ser utilizado en diferentes centros para adultos mayores.

Todos los profesionales involucrados, deberán reportar cualquier anomalía a la psicóloga terapeuta del programa con miras a tomar en cuenta cualquier corrección que se deba hacer y una vez a la semana hacer una breve reunión de unos minutos previos para hacer los ajustes necesarios en caso de la salud física de cualquiera de los participantes necesite de enmendar su participación sin que deje de ser parte de las actividades.

A través de la música se pretende incentivar los movimientos coordinados de acuerdo con las habilidades individuales de cada uno incluso aquellos que no se pueden poner de pie, hacerlo desde sus sillas en movimientos rítmicos para su mejor funcionalidad muscular.

De acuerdo con el entrenador personal Johans Adrián, sugiere que, para personas con Alzheimer en etapa inicial, así como cualquier otro tipo de demencia, recomienda centrarse en entrenamientos que mejoran la propiocepción y el control del movimiento con movimientos que permitan comprender la posición de nuestro cuerpo y el movimiento de articulaciones y músculos. Es importante incorporar trabajos de fuerza y resistencia anaeróbica de manera controlada con pesas ligeras donde se harán movimientos de brazos con flexiones de bíceps y tríceps; y las piernas donde se introducen movimientos rítmicos y de sentadillas. Elevaciones laterales, frontales y de espaldas. Ambos enfoques pueden ayudar a mantener la funcionalidad cognitiva, promoviendo un estilo de vida más saludable y autónomo.

La música por utilizar para que sea el factor rítmico que marque los movimientos serán de acuerdo con las preferencias de las personas participantes en la intervención. En la República Dominicana, los ritmos más arraigados son los boleros, baladas, merengue (pambiche, típico, y otras variantes), el son, mambo, salsa y sus variantes, bachata, hay otros ritmos como el tango, rancheras y la música clásica que pudiesen ser seleccionados por los adultos mayores. A uno que otro pudiera gustarle el rock debido a nuestro contacto directo y cercano con los Estados Unidos.

Para el desarrollo de la intervención se usará como metodología de la Tabla 1, en función a los objetivos, donde se hará una introducción de lo que se pretende hacer, se explicará el propósito y las actividades a realizar (Calero et al., 2021). Para esto se hará una entrevista a cada uno de los participantes con fines de crear una historia de vida organizada y conocerlos más a fondo, creando un vínculo entre el terapeuta y los evaluados generando interés en las terapias a aplicar. La música por consiguiente será seleccionada dentro de las que los mismos participantes voluntarios hayan seleccionado como sus preferidas durante la entrevista, en procura de su alegría con el ideal de reducir el aislamiento social, preservando la memoria y mejorando el estado de ánimo; invitándoles al movimiento corporal y a la vocalización de melodías que le traerán recuerdos (Gallardo, 2025).

La tercera etapa de la intervención será la aplicar el programa previamente elaborado donde este conlleva de las actividades programadas por un periodo inicial de 12 semanas.

Estas actividades son:

1- Realizar un baile con instrucciones de pasos rítmicos repetitivos para luego previas al baile y libertad de expresión corporal.

2- A través de la música, realizar movimientos con pesas ligeras que le ayuden al fortalecimiento y tonificación muscular tanto de las extremidades inferiores como superiores con repeticiones que se irían incrementando de manera individualizada. Se harían elevaciones frontales en posición supina, así como laterales.

De igual forma se flexionarán las rodillas y se harán extensiones frontales y laterales para fortalecer los músculos de las piernas, así como caminatas en círculo con pesas en las piernas. El uso de pelotas para mantener la rotación de los pies y aros entre los abductores, etc. A medidas que el grupo vayan avanzando el entrenador físico iría incrementando otros ejercicios

3- Por medio a la visualización de fotos o videos evocar momentos felices y exitosos en busca de recordar mejores épocas vividas y poder compartirlas con los otros participantes.

En caso de ser necesario entre cada música que se haya utilizado como tema de intervención tanto para bailar, cantar o para usarla como fondo musical para los ejercicios de fortalecimiento se harán pausas de unos tres o cuatro minutos para que los participantes tengan la opción de refrescarse y soltar un poco la tensión que le puedan dar las pesas y la presión que puedan sentir al tener que hacer la actividad de manera sincronizada. En función de evitar alguna caída, los participantes contarán con una silla con patas protegidas con antideslizante para que los que deseen puedan sentarse a descansar o en caso de querer bailar sentado no se sientan aislados si no que puedan estar rodeados de sus compañeros y bailar desde la silla.

Por otro lado, las emociones que puedan surgir al utilizar las evocaciones de las reminiscencias facilitar pañuelos desechables en caso de necesidad y permitir pausas para recuperar el aliento emocional ya sea por el llanto o por la alegría.

Aunado a la tercera etapa surge la cuarta en la que de ser necesario se deben ajustar las intervenciones a las necesidades individuales y a las habilidades de cada uno de los intervenidos.

Se trazará un plan de motivación para fomentar la participación de los adultos mayores, de una vez cada 15 días traer a las actividades personas significativas para el participante previamente convidadas a participar para que los adultos mayores que estén siendo parte de la intervención sientan que son importantes para los suyos.

La psicóloga también hará de pareja de aquellos que deseen bailar en pareja y no sientan el deseo de hacerlo con sus compañeros de actividad. Luego se dará paso a las evaluaciones posterior a la intervención en busca de ver los resultados tanto anímicos como cognitivos.

Para concluir y en una última y sexta (6ta) etapa, se hará una retroalimentación de cómo se han sentido durante las intervenciones, así como del personal de apoyo y familiares si pudieron observar algún cambio en ellos.

Tabla 1. Etapas de la intervención

Nº	Fase	Descripción
1	Introducción de la intervención	Explicación de la intervención: objetivos, duración, actividades y evaluaciones a realizar.
2	Diagnóstico	Evaluación personalizada mediante la aplicación de instrumentos diagnósticos.
3	Desarrollo del programa de intervención	Implementación del programa tras la selección y organización de los contenidos. Enfoque centrado en las experiencias individuales. Aplicación de instrumentos de evaluación durante el proceso. Consideración de las habilidades y necesidades de cada participante. Aplicación de instrumentos de evaluación post-intervención.
4	Evaluación posterior a la intervención	Retroalimentación individual y grupal. Participación del intervenido, de sus tutores en caso de ser necesario y de algún colaborador durante las intervenciones.
5	Cierre del programa	Finalización formal del proceso, conclusiones y recomendaciones.

Fuente: Neendoor (2025).

RESULTADOS

Fundamentación de la propuesta

De acuerdo con la OMS, más de 55 millones de personas de los cuales el 8.1% de mujeres y el 5.4% de los hombres mayores de 65 años viven con demencia, donde 10.3 millones de estas personas viven en la región de Las Américas. Se calcula que a nivel mundial para el 2030 se incrementará a 78 millones y en el 2050 a 139 millones. Siendo específicos en República Dominicana hay registrados 100 mil personas con demencia, aunque se estima que hay más pacientes pero que al vivir en zonas rurales y de escasos recursos que no han sido diagnosticados (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2025).

Tomemos en cuenta que la esperanza de vida en República Dominicana es de 74.47 años con una diferencia de 5.34 años a favor de la mujer por lo que en promedio se espera que la mujer viva 77.15 años mientras que los hombres 71.81 años. Para el 2030 se espera que el promedio para ambos sexos sea de 76 años siempre favoreciendo a las mujeres (Oficina Nacional de Estadística (ONE), 2025).

Los centros diurnos para el cuidado del adulto mayor en la República Dominicana específicamente en la ciudad de Santo Domingo, se puede decir que son recientes porque, aunque no hay datos estadísticos de los mismos, todos estaban unidos a los asilos. Dichos centros se originaron en la Ciudad de San Pedro de Macorís hace 112 años (Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), 2023), no es hasta el 2015, cuando la Sra. Alexandra Campusano establece un centro diurno privado destinado al cuidado del adulto mayor llamado Golden Age, ubicado en la ciudad de Santo Domingo y siendo el primero en su clase fuera del manejo del estado dominicano o la iglesia. Desde sus inicios busca proporcionar, recreación, estimulación y asistencia a personas necesitadas de ser supervisadas y estimuladas cognitivamente y socialmente por medio a profesionales calificados para tales fines.

En cuanto a la soledad no deseada, que incide tanto en la salud física como emocional, urge que se implementen planes en colaboración con diferentes instituciones tanto públicas como privadas (OISS, 2025; Rodríguez et al., 2021). Tanto los factores motivacionales, así como los cognitivos actúan como activadores de la soledad y esto así por la desesperanza, que no es más que los esquemas cognitivos negativos sobre el futuro donde, la falta de motivación y las expectativas negativas hacia un futuro, resultan ser cada vez más influyentes en la sensación de soledad en el Adulto Mayor (Melian et al., 2025).

En la República Dominicana, CONAPE ha desarrollado un dispositivo de atención psicológica mediante teleasistencia con miras a darles servicios a los adultos mayores que se sientan solos y tristes, donde también se les aplican instrumentos evaluativos tales como el de la Depresión Geriátrica GDS-15 de manera tal de darles servicios psicológicos en función a las necesidades individuales (Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), 2025).

Desarrollo de la intervención

Tomando en cuenta que un Plan Centrado en la Persona, que, de acuerdo con la OMS, reconoce que este debe ser el sistema para utilizar para lograr una optimización en la salud, el bienestar físico, mental y social de manera tal de lograr un envejecimiento activo, a través de pilares tales como salud, seguridad y participación; tomando en consideración la individualidad (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2023).

Una vez realizada la entrevista ya sea con la misma persona o auxiliada de algún representante familiar o tutor en caso de tener algún impedimento físico o cognitivo, se procederá a programar el Plan de Actividades acorde a las necesidades y preferencias de aquellos que serán partícipes de la intervención. Se tomarán en cuenta las habilidades y dificultades de cada participante a fines de evitar lesiones o situaciones tristes prolongadas en los momentos de implementar las reminiscencias.

Tabla 2. *Actividades Diarias (PA) y de Vida (PV). Descripción del plan*

Plan PA y PV	Profesionales implicados
Datos de la persona	Psicólogo terapeuta
Datos administrativos básicos	Psicólogo auxiliar
Datos biográficos	Médico geriatra, enfermera, entrenador físico
Datos de deseos, preferencias y valoración integral	Psicólogo terapeuta, equipo interdisciplinario
Datos de salud	Médico geriatra, enfermera
Datos de relaciones sociales	Psicólogo terapeuta, trabajador social (si aplica)
Aspectos funcionales	Entrenador físico, enfermera
Aspectos cognitivos	Psicólogo terapeuta
Aspectos emocionales	Psicólogo terapeuta
Aspectos sociales	Psicólogo terapeuta, equipo interdisciplinario
Cuidadores	Equipo interdisciplinario
Documentación de apoyo	Equipo técnico responsable

Elaboración propia

Actividades a desarrollar

Etapa 1. Introducción a la intervención

Esta etapa tendrá como objetivo explicar tanto al centro donde se realizaría la Intervención previamente aceptada y avalada por un comité de ética independiente de todo el proceso como a los participantes, incluyendo a los cuidadores o representantes en caso de ser necesario. Se le dará un documento a firmar de aceptación a la intervención, así como de confidencialidad en el proceso donde sus nombres sin previa autorización no serían publicados en caso de ser necesario.

Luego de aceptar la participación en la intervención se procedería a la entrevista para conocer la personalidad, las necesidades, habilidades y preferencias de las personas que estarían en la disposición de ser parte de la intervención. En cuanto a las preferencias nos enfocaremos en saber sus gustos musicales, artistas preferidos, géneros musicales, si le gustaba bailar y si lo quiere volver a hacer de manera tal de darle importancia a sus gustos.

En cuanto a las reminiscencias a través de las fotos se les solicitaría traer unas cuantas que pudiese tener de cuando era joven, otra con amigos y familiares de manera de evocar memorias en la persona generando emociones y un diálogo como también la interacción con otros participantes del centro diurno.

Tabla 3. *Introducción a la intervención*

Sesión	Destinatarios	Objetivo	Actividad	Duración
1ª Sesión: Introducción	Ejecutivos del centro, cuidadores o representantes y personas posibles de ser intervenidas.	Explicar en qué consiste la intervención y los procesos a realizar.	Primer encuentro informativo para explicar las terapias, el tiempo de duración del proyecto y los beneficios esperados en pacientes con demencia leve a moderada en situación de soledad no deseada. Presentación del equipo interdisciplinario. Solicitud y firma del consentimiento informado para la participación.	45 minutos (puede incluir 20 minutos iniciales de contextualización institucional)
2ª Sesión: Entrevista individual	Participantes del centro diurno con demencia leve a moderada en soledad no deseada o sus representantes/tutores, si fuese necesario.	Conocer en profundidad a las personas a intervenir y favorecer el acercamiento paciente-terapeuta.	Entrevista con preguntas abiertas y cerradas para identificar necesidades, deseos, actividades diarias, costumbres y preferencias personales.	Aproximadamente 2 horas y 20 minutos por participante.
3ª Sesión: Entrevista familiar	Familiares de los participantes en la intervención.	Profundizar en información relevante sobre los participantes y complementar los datos obtenidos.	Entrevista con preguntas abiertas y cerradas para corroborar la información proporcionada por los participantes. Solicitud de fotografías y	Aproximadamente 2 horas y 20 minutos por familiar.

material significativo de los adultos mayores que participarán en la intervención.

Elaboración propia
Etapa 2. Evaluación psicológica y habilidades pre-programa

En una segunda etapa posterior a la entrevista y en busca de conocer las posibles limitaciones cognitivas, habilidades físicas, y los sentimientos de soledad de los adultos mayores del centro diurno y antes de iniciar las intervenciones, se les aplicarían unas pruebas psicológicas en colaboración con otro psicólogo quien sería el psicólogo auxiliar en busca de una mayor fluidez, así como también una evaluación clínica rutinaria de manos de un médico geriatra y apoyados en sus reportes médicos que pudiesen servir como apoyo y sean parte importante del conocimiento.

Otras pruebas que se aplicarían para complementar serían la de ver la funcionalidad en la vida diaria de la persona, la interacción social, la satisfacción y la experiencia subjetiva de las intervenciones dividiéndose en sesiones en días diferentes partes para evitar cansancio. Recordando que estas intervenciones están enfocadas a participantes con deterioro cognitivo de leve a moderado con sentimientos de soledad. Lo hemos dividido de la siguiente forma:

Tabla 4. Evaluación Psicológica y Habilidades Pre-Programa

Sesión	Instrumento / Evaluación	Profesional responsable	Objetivo	Duración aproximada	Propósito en la evaluación inicial
1ª Sesión	Mini-Mental State Examination (MMSE)	Médico Geriatra / Psicólogo	Evaluar el estado cognitivo del participante.	5–10 minutos	Identificar el nivel de deterioro cognitivo en demencia leve a moderada.
	Evaluación física integral Escala de Tinetti	Médico Geriatra	Valorar condiciones físicas generales y equilibrio.	20 minutos por participante	Determinar las facultades físicas y el estado funcional general.
	Escala de Barthel	Enfermera / Médico Geriatra	Medir el nivel de independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).	5–10 minutos	Observar el grado de autonomía funcional del adulto mayor.
	Cuestionario de	Psicólogo	Evaluar habilidades	20–30 minutos	Medir capacidad de

	Habilidades Sociales en Mayores		sociales y calidad de las relaciones interpersonales.		escucha, conversación, conexión social y manejo emocional.
2ª Sesión	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	Psicólogo	Detectar síntomas de depresión en el adulto mayor.	15 minutos	Identificar sentimientos depresivos asociados a la soledad no deseada.
	Escala de Soledad UCLA	Psicólogo / Auxiliar de Psicólogo	Medir el nivel de soledad subjetiva percibida.	15 minutos	Determinar la intensidad de la soledad no deseada y su impacto emocional.

Elaboración propia
Etapa 3. Programa de intervención

Una vez se hayan completado las etapas una y dos respectivamente y ya se tengan los Resultados de las evaluaciones realizadas se procederá a la intervención de las personas adultas mayores con deterioro cognitivo leve a moderada en soledad no deseada y previamente antes de iniciar las intervenciones se le tomará la presión arterial y de tener diabetes la glicemia, se hará de la siguiente forma:

Se seleccionará un ritmo específico desde el más al menos destacado.

Tabla 5. Etapas de las intervenciones

1ª Sesión – Lunes Actividad práctica grupal: Terapia musical y baile (Bolero)

Elemento	Descripción
Destinatarios	Adultos mayores con demencia leve a moderada en situación de soledad no deseada.
Duración total	1 hora (<i>ajustable según necesidades del grupo</i>)
Estructura de la sesión	Parte 1 (10 min): Estiramientos suaves y toma de presión arterial. Parte 2 (40 min): Baile guiado con pasos rítmicos repetitivos y uso de instrumentos de percusión (maracas, palitos de madera). Parte 3 (10 min): Vuelta a la calma, relajación y conversación grupal.
Objetivo	Estimular la actividad física, coordinación motora gruesa y fina, agudeza auditiva, visualización de pasos, contacto físico y vocalización; favorecer la evocación de recuerdos mediante la música.
Contenido	Ejercicios de respiración y estiramiento previos. Demostración de pasos coordinados. Posibilidad de bailar en pareja o individualmente. Movilización articular y espacial.
Materiales	Música previamente seleccionada según entrevistas, micrófono, maracas, palitos de madera, botellas de agua, toallas.

Desarrollo	Bienvenida y presentación del ritmo del día. Ejercicios de respiración y estiramiento. Ejecución de pasos coordinados. Espacio libre para baile individual o en pareja. Pausas para hidratación si fuese necesario. Cierre con retroalimentación emocional grupal.
Observaciones	Registrar aspectos físicos, emocionales y cognitivos observados mediante formulario de seguimiento.
Nota	El ritmo podrá modificarse según preferencias del grupo.

2ª Sesión – miércoles

Actividad práctica grupal: Terapia de reminiscencia (Fotografías)

Elemento	Descripción
Duración total	1 hora y 15 minutos (<i>ajustable</i>)
Estructura	Parte 1 (7 min): Introducción y organización de turnos. Parte 2 (60 min): Exposición individual de fotografías. Parte 3 (8 min): Cierre y retroalimentación.
Objetivo	Evocar memorias pasadas y fortalecer identidad personal y vínculos sociales.
Contenido	Cada participante presenta una fotografía significativa de su juventud. Se asignan 5 minutos para narración y 5 minutos para responder preguntas guiadas.
Materiales	Fotografías personales (físicas o digitales), papel y bolígrafos para notas.
Desarrollo	Exposición individual guiada por el terapeuta. Preguntas abiertas para estimular memoria episódica y emocional. Participación voluntaria del grupo en preguntas.
Observaciones	Identificar emociones emergentes, nivel de participación y coherencia narrativa. Preguntas finales: ¿Le gustó la actividad? ¿Desea continuar?
Nota	Cada miércoles podrán incorporarse fotos digitales, videos o fragmentos de películas previamente coordinados con familiares.

3ª Sesión – viernes

Actividad práctica grupal: Terapia musical activa (Merengue y Salsa)

Elemento	Descripción
Destinatarios	Grupo de hasta 10 participantes.
Duración total	1 hora (<i>ajustable según necesidades físicas del grupo</i>)
Estructura	Parte 1 (10 min): Estiramientos. Parte 2 (40 min): Ejercicios aeróbicos y baile rítmico con instrumentos. Parte 3 (10 min): Vuelta a la calma y conversación.
Objetivo	Fomentar interacción grupal, coordinación rítmica, vocalización, evocación de recuerdos y ejercicio aeróbico mediante uso de instrumentos y pesas ligeras.
Contenido	Movimientos aeróbicos coordinados con música alegre. Uso opcional de pesas ligeras en muñecas y tobillos. Hidratación entre canciones.
Materiales	Música seleccionada, micrófono, botellas de agua, pesas ligeras, instrumentos de percusión.
Desarrollo	Bienvenida y selección voluntaria de instrumentos. Ejercicios de cardio moderado (mínimo 20 minutos recomendados). Uso progresivo de pesas ligeras bajo supervisión. Pausas activas para hidratación.
Observaciones	Supervisar tolerancia al ejercicio, posibles molestias físicas, cambios emocionales y respuesta cognitiva ante variación de melodías.
Nota	Se prioriza música alegre para favorecer bienestar previo al fin de semana.

Volumen 2 | 2 | Abril - 2026

Elaboración propia

Cada vez que se termine una intervención se hará una encuesta de tipo Likert donde en una ficha con caritas (excelente, muy bien, bien, regular, mal) podrán expresar si les gusto o no la actividad. Esto se podrá hacer de manera anónima insertando la ficha en una urna para luego tomar nota de la aceptación o no de las actividades.

Etapa 4. Evaluación

Se sugiere una evaluación al personal de intervención, así como de los participantes tras finalizar cada etapa con la finalidad de hacer ajustes en caso de ser necesario. Se hará una tabla semanal como la siguiente:

Tabla 6. Secuencias de las evaluaciones de las actividades realizadas

Sesión	Objetivos por sesión	Material / Instrumento	Indicadores observados
1ª Sesión – Evaluación integral inicial	Realizar una valoración integral del estado físico, cognitivo y emocional del adulto mayor. Determinar su nivel de autonomía funcional y habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista cualitativa • Mini-Mental State Examination (MMSE) • Escala de Barthel • Escala de Tinetti • Cuestionario de Habilidades Sociales en Mayores 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado cognitivo (orientación, memoria, atención, lenguaje). • Nivel de independencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). • Grado de autonomía funcional. <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de escucha, conversación, conexión social y manejo emocional. • Equilibrio y marcha (Tinetti: 0–28 puntos; equilibrio máx. 16, marcha máx. 12). • Informe integral del estado físico, cognitivo y emocional. • Nivel de riesgo de caídas. <ul style="list-style-type: none"> • Grado de depresión (Yesavage: 0–5 normal; 6–9 leve; ≥10 moderada/establecida). • Intensidad de soledad subjetiva (UCLA: mayor puntaje = mayor percepción de soledad).
2ª Sesión – Evaluación emocional y funcional	Evaluar estado emocional, y percepción de soledad en el adulto mayor.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage • Escala de Soledad UCLA 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de riesgo de caídas. <ul style="list-style-type: none"> • Grado de depresión (Yesavage: 0–5 normal; 6–9 leve; ≥10 moderada/establecida). • Intensidad de soledad subjetiva (UCLA: mayor puntaje = mayor percepción de soledad).
En cada sesión de intervención	Obtener retroalimentación sobre el estado físico y emocional posterior a la actividad.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista cualitativa breve. • Tarjeta tipo Likert con caritas (excelente – mal). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de satisfacción con la actividad. • Estado de ánimo posterior. • Fatiga o cansancio percibido. • Opinión del participante y del equipo interdisciplinario sobre el desarrollo de la sesión.

Elaboración propia

Evaluación del programa de intervención

A fin de saber los resultados de las intervenciones terapéuticas a través de la música dirigida mediante pasos rítmicos, ejercicios de fortalecimiento y la reminiscencia por medio del uso de fotos o videos para personas con deterioro cognitivo de leve a moderado en soledad no deseada en un centro diurno, se utilizarán varios instrumentos de evaluación que ayudarán a recabar información sobre las bondades que se puedan proyectar en los participantes en las intervenciones.

Las escalas de medición se utilizarán en un inicio como primera fase, en busca de obtener resultados de la salud emocional y cognitiva de los pacientes, al terminar cada sesión se hará una retroalimentación verbal de forma simple con preguntas para ir corrigiendo y adaptando las actividades a las necesidades del grupo y posteriormente cada seis (6) semanas evaluar los resultados de las intervenciones y esto así porque debemos tomar en cuenta que en ocasiones los participantes a los grupos diurnos pueden acelerar su deterioro y verse en la necesidad de dejar de asistir al centro.

La valoración inicial nos va a permitir entender el grado de funcionalidad del participante, tanto físico como cognitivo y por demás el grado de soledad en el que se siente.

Las intervenciones tendrán como objetivo, devolverle su historia al presente, sentirse valorados por sus nuevos compañeros de actividades, trabajar el ritmo, incrementar la sociabilidad, movimiento corporal a través de la motora fina y gruesa, fortalecimiento de los músculos y el sistema circulatorio donde además llevarles la alegría mediante la música y fotografías del recuerdo de una vida desconocida para los nuevos y que ha quedado dormida.

La estimulación de los sentidos como son el tacto al momento del baile, visual para poder moverse con criterio a través del espacio señalado para el ejercicio del baile, de la reflexión con las fotos o videos, el sentido del oído para captar los acordes musicales y de instrucciones son parte de los beneficios de las intervenciones.

Tabla 7. Evaluación del Programa

Objetivos Específicos / Criterios de logro	Indicadores de Evaluación	Instrumentos	Temporalización	Recogida de Datos y Decisión (Modelo Tyler)
<p>1. Aumentar memoria/evocación y coordinación de movimientos mediante música y reminiscencia. Criterio: Mejorar desempeño cognitivo y evocación funcional durante sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación MMSE (T0–T1–T2). • Número de evocaciones guiadas logradas (registro observacional). 	MMSE + Hoja de observación por sesión.	T0 (inicio), T1 (6 semanas), T2 (12 semanas). Observación continua.	Si no hay mejora o hay empeoramiento → reajustar intensidad, duración, estímulos musicales y apoyos cognitivos.
<p>2. Identificar y disminuir síntomas depresivos. Criterio: Aliviar tristeza, fatiga y pensamientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación Escala de Yesavage (T0–T1–T2). 	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.	T0, T1, T2. Observación en cada sesión.	Si no hay mejora → reajustar intensidad de

negativos, recuperando funcionalidad diaria.				apoyo emocional, fortalecer vínculos interpersonales y red de apoyo.
3. Mejorar habilidades sociales y manejo emocional. Criterio: Incentivar relaciones sociales mediante movimiento, conversación, empatía y cooperación.	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación Cuestionario de Habilidades Sociales (T0–T1–T2). • Participación verbal en sesión (observación). 	Cuestionario de Habilidades Sociales en Mayores + Registro observacional.	T0, T1, T2. Observación en cada intervención.	Si no hay mejora → incentivar participación familiar y comunitaria, establecer diálogos simples ajustados a capacidades.
4. Mantener o mejorar independencia funcional (ABVD). Criterio: Mantener autonomía en actividades básicas de la vida diaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación Escala de Barthel (T0–T1–T2). 	Escala de Barthel.	T0, T1, T2. Observación periódica.	Si no hay mejora → incentivar práctica asistida de tareas básicas permitiendo ejecución progresiva autónoma.
5. Mantener actividad física y reducir riesgo de caídas. Criterio: Mejora o mantenimiento en equilibrio y marcha.	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación total Tinetti. • Subescalas equilibrio (0–16) y marcha (0–12). 	Escala de Tinetti.	T0, T1, T2.	Si empeora el riesgo → reducir complejidad motora, aumentar apoyos, introducir trabajo en sedestación.
6. Incrementar interacción social y disminuir soledad subjetiva. Criterio: Disminución de puntuación UCLA y mayor participación grupal.	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación Escala UCLA (T0–T1–T2). • N° de intervenciones verbales en sesión. 	Escala de Soledad UCLA + Registro observacional.	T0, T1, T2. Observación continua.	Si no mejora → introducir roles, dinámicas en pareja, apoyos comunicativos y mediación relacional.

Elaboración propia

El mini mental MMSE tiene una puntuación máxima de 30 puntos donde la puntuación normal es de 24 aciertos. Mientras más baja es la puntuación más deterioro cognitivo se observarán.

La escala de Yesavage que en este caso se usara el de 15 ítems se evalúa sumando los puntos de respuestas afirmativas a preguntas que indican sintomatología depresiva, con un máximo de 15 puntos, y puntuaciones superiores a 5 sugieren depresión, siendo 0-5 normal, 6- 9 depresión leve y 10-15 depresión establecida.

Mediante el Cuestionario de habilidades sociales en mayores (CHSM) se observará el repertorio de habilidades sociales y comportamientos y autogestión hacia los otros. Evalúa áreas como cooperación, asertividad, responsabilidad y empatía grupal, incluyendo la autogestión en adultos. Se evalúa a través de cuestionarios de tres puntos (0="nunca", 1="a veces", 2="muy a menudo").

La escala de Soledad de UCLA, que mide la soledad subjetiva, el aislamiento familiar y social, habrá que tomar en cuenta al momento de evaluar que algunos ítems se evalúan al revés. Una puntuación por ítems positiva donde a mayor puntuación indica un mayor nivel de soledad e intensidad de aislamiento.

Barthel, es una escala que nos ayudará a identificar en el adulto mayor su independencia funcional para realizar las actividades básicas de la vida (ABVD) tales como su aseo personal, comer sin asistencia, levantarse de la cama, control de esfínteres, vestirse, trasladarse, subir y bajar la escalera demostrando su autonomía. Evalúa la capacidad física para el autocuidado y la movilidad, puntuando de 0 a 100 (máxima independencia) para determinar el grado de dependencia.

Mediante la escala de Tinetti se identificará el riesgo de caídas en los bailes y ejercicios en las intervenciones con la música escogida, mediante 17 ítems divididos en dos subescalas: equilibrio (sentado, de pie, tras empujón, etc.) y marcha (inicio, longitud del paso, simetría, etc.). Se puntúa de 0 a 28, siendo puntuaciones más bajas (ej. <19) un mayor riesgo de caída. Esta herramienta se divide en dos partes: El equilibrio (16 puntos) y la marcha (12 punto)

Temporalización

La temporalización del programa de intervención propuesto en este TFM estará dividida en tres (3) bloques un bloque con las actividades previas a las intervenciones, las intervenciones y luego las actividades posteriores a las intervenciones, en el que se explicará las actividades a realizar y el tiempo estipulado de duración para realizarlo.

Tabla 8. Temporalización del programa

Bloque	Sección	Actividades a realizar	Duración aproximada
1er Bloque Contacto y Evaluación Inicial	1	Introducción de la intervención al personal del centro diurno.	20 min
		Acercamiento a los posibles participantes y presentación de la actividad.	20 min
		Presentación del equipo interdisciplinario.	10 min
2	2	Firma de consentimientos informados.	15 min
		Entrevistas individuales a participantes.	20 min p/p

		Entrevistas a familiares para profundizar información.	20 min p/p	
3		Evaluación física general.	20 min	
		Aplicación Mini-Mental.	10 min	
		Escala de Barthel.	10 min	
4		Cuestionario de Habilidades Sociales en Mayores.	30 min	
		Escala de Tinetti (equilibrio y marcha).	15 min	
		Escala de Depresión de Yesavage.	15 min	
		Escala de Soledad UCLA.	15 min	
		Elaboración de rapport interdisciplinario por participante.	15 min p/p	
	2do Bloque Aplicación de Intervenciones Musicales y Reminiscencias	5	Toma de presión arterial y estiramientos previos al baile.	10 min
			Bailes rítmicos guiados y espontáneos.	40 min
Retroalimentación y recogida de materiales.			10 min	
6		Estiramientos y ejercicios aeróbicos con materiales de fortalecimiento muscular.	40 min	
		Retroalimentación y cierre de sesión.	10 min	
		Actividad de reminiscencia: saludos y organización de turnos.	7 min	
7	Exposición de fotografías y evocación de recuerdos.	60 min		
	Retroalimentación y recogida de materiales.	8 min		
	3er Bloque Evaluaciones Intermedias y Finales	8	Re-aplicación de las mismas evaluaciones iniciales a las 6 semanas (en días sin intervención).	95 min aprox.
Elaboración de rapport interdisciplinario por participante.			15 min p/p	
9		Re-aplicación de evaluaciones al finalizar las 12 semanas para observar resultados físicos, emocionales y cognitivos.	95 min aprox.	
		Elaboración de informe y rapport final por participante.	15 min p/p	

Recursos de la intervención

Humanos

Con fines de realizar las intervenciones de forma profesional, se requerirá de un

- Geriatra para la evaluación física
- Entrenador físico para las instrucciones de las pesas
- Psicólogo/Gerontólogo para la aplicación de las pruebas psicológicas y aplicación de las intervenciones.
- Asistente del psicólogo para los días de las aplicaciones de las pruebas psicológicas en busca de agilizar el proceso
- Terapeuta físico a llamada en caso de alguna lesión surgida en las intervenciones funcionaria como colaborador externo y como sugerencia en caso de no tener a alguien más el participante.

Materiales

Para que las intervenciones sean exitosas en sus diferentes sesiones, se va a necesitar de internet y app musical para obtener una *playlist* con las canciones seleccionadas por los participantes al centro. Un reproductor musical, micrófonos y bocinas para intensificar los sonidos para aquellos que padecen de limitaciones auditivas y para los que deseen cantar.

Instrumentos de percusión (maracas, palitos de madera para percusión, güira, cencerro).

Sillas para quienes no puedan permanecer mucho tiempo de pie, pesas para las muñecas y los tobillos, cintas elásticas, botellas con agua y colchonetas para fines de estiramientos.

Otros materiales por utilizar son las pruebas para aplicar antes y después de las intervenciones programadas, así como útiles para escribir y corregirlas. Las entrevistas también requerirán de material gastable tales como papel, lápiz, lapiceros. Y no menos importante agua o soluciones para rehidratación, así como también alcohol o gel desinfectante para desinfectar los materiales a utilizar antes y después de las intervenciones.

Infraestructurales

Estas intervenciones se han diseñado como parte del programa de un centro diurno para adultos mayores por lo que sería necesario un espacio tipo salón donde los participantes puedan realizar sus actividades de estimulación y los asistentes puedan auxiliar en caso de ser necesario.

Si se diera el caso de participantes en sillas de ruedas estas deberán estar en óptimas condiciones para evitar algún accidente.

CONCLUSIONES

Las intervenciones como herramienta terapéutica para los pacientes con deterioro cognitivo de leve a moderado, así como en soledad no deseada a través de la músicas y movimientos rítmicos, estimulación de los músculos y los recuerdos mediante fotos se centran en la individualidad de cada participante para devolverles la seguridad en sí mismos sintiéndose aceptados y respetados por su grupo.

La metodología sistemática busca darle estructura e incentivo a la vida de cada participante del programa a aplicar en el centro diurno; creando un espacio adecuado para tales fines con personal adecuado con miras al éxito de las intervenciones y sus resultados en beneficio de los

participantes. Este plan metodológico no solo es el esquema de las intervenciones es también el uso de instrumentos de evaluaciones físicas y psicológicas antes, mientras y después de las intervenciones.

La musicoterapia y la reminiscencia se consolidan como herramientas psicosociales en vías de mejorar la calidad de vida en las personas adultas mayores, en este caso de esas que viven una soledad perceptiva y en ocasiones no deseada, así como de deterioro cognitivo de leve a moderado. Ambas estrategias aprovechan capacidades preservadas como son: La memoria emocional, la identidad personal y la conexión afectiva; favoreciendo la expresión emocional reforzando el sentido de pertenencia y continuidad biográfica.

La reminiscencia permite resignificar experiencias pasadas, fortalecer la autoestima y mantener la identidad personal, actuando como un puente entre la historia de vida y el presente. Cuando se aplican de manera conjunta, estas intervenciones generan un efecto sinérgico que potencia la interacción social, disminuye la percepción de aislamiento y favorece vínculos significativos. Por su parte la musicoterapia facilita la regulación emocional, reduce síntomas de ansiedad y depresión, y promueve la comunicación, incluso cuando el lenguaje verbal comienza a verse afectado.

En contextos de soledad no deseada, la musicoterapia y la reminiscencia no solo funcionan como herramientas terapéuticas, sino también como medios de inclusión social y reconocimiento de la persona mayor como sujeto activo de su propia historia; promoviendo un envejecimiento más digno, participativo y humanizado, especialmente en aquellos adultos mayores que enfrentan procesos de deterioro cognitivo y vulnerabilidad social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benedetti, F., Sancho, M., & Hernández, M. (2024). Why and how to develop day centers: putting the well-being of older people and caregivers first. *Inter-American Development Bank*. <https://doi.org/10.18235/0012960>
- Burns, D. (2013). Burns Anxiety Inventory. En *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t20069-000>
- Calero, S., Masgrau, C., & Serrat, E. (2021, junio 2). Modelo de atención integral centrado en la persona: evolución e implantación. <https://www.geriatricarea.com/el-modelo-de-atencion-integral-centrado-en-la-persona-evolucion-e-implantacion-en-el-ambito-de-la-gerontologia/>
- CEPAL. (2023, enero 23). Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>
- Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). (2023). CONAPE presenta historia de los asilos en la República Dominicana. https://www.conape.gob.do/noticia.cfm?post_id=571
- Duque, P., Hincapié, D., & Henao, O. (2022). Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en la prevención del deterioro mental en los adultos mayores. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 22(1), 148-162. <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.3979.2022>

- Gallardo, A. (2025). Musicoterapia: qué es, beneficios y aplicaciones. <https://blog.aegon.es/salud-mental/musicoterapia/>
- García, L. (2023). El poder de la reminiscencia en personas mayores. Cuidum. <https://www.cuidum.com/blog/el-poder-de-la-reminiscencia-en-personas-mayores/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2023). Manual de estimulación cognitiva para personas adultas mayores. www.gob.mx/inapam
- Mejía, D. (2024). En envejecimiento, políticas públicas y retos sociales en América Latina y el Caribe . En *Systèmes de protection sociale, politiques publiques et défis sociaux de l'âge* (pp. 140-143). <https://www.calameo.com/books/007968949b1ff85873e72>
- Melian, M., Benítez, Y., Lemus, E., Rodríguez, A., Bravo, C., & Puentesar, A. (2025). Caracterización de adultos mayores con incontinencia urinaria | GerolInfo-Revista de Gerontología y Geriátría. *GerolInfo*, 20(2), 320-331. <https://revgerolinfo.sld.cu/index.php/gerf/article/view/320>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2025). Perfil de salud de la población adulta de la República Dominicana. <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/2364/Perfil%20de%20Salud%20de%20la%20Poblacio%CC%81n%20Adulta%20de%20la%20Repu%CC%81blica%20Dominicana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Molina, D., & Camino, S. (2024). La atención al adulto mayor. Necesidad y posibilidad. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(1), 260-272. <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i1.992>
- Mora, A. (2023). El yoga y su efecto sobre el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF): un estudio metaanalítico. [Universidad Nacional de Costa Rica]. <https://repositorio.una.ac.cr/server/api/core/bitstreams/ed2b9875-a2eb-4558-87dd-7afa5ee36bef/content>
- Morejón, M., Pérez, J., & Varela, Y. (2021). Representaciones sociales de la vejez en América Latina. *Revista Observatorio de las Ciencias Sociales en Iberoamérica*, 2(12), 124-135. <https://www.eumed.net/es/revistas/ocsi/julio21/vejez-america-latina>
- Neendoor, S. (2025). 5 Curriculum development models explained (with examples). <https://www.hurix.com/blogs/popular-curriculum-development-models-you-should-know/>
- Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2025). Adultos mayores. <https://www.one.gob.do/datos-y-estadisticas/temas/genero-y-grupos-de-poblacion-especiales/grupos-de-poblacion-especiales/adultos-mayores/>
- Oficina Nacional de Estadísticas. (2021). Boletín demográfico y social 2021 - Oficina Nacional de Estadística (ONE). <https://www.one.gob.do/publicaciones/2021/boletin-demografico-y-social-2021/>
- Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS). (2025). Plan de actividades 2025. <https://oiss.org/plan-de-actividades-2025/>

- Pascual, A. (2021). Musicoterapia para personas mayores: el ritmo hacia una vejez activa | UNIR. <https://www.unir.net/revista/musica/musicoterapia-personas-mayores/>
- Rodríguez, G., Simón, C., & Rivero, S. (2021). La soledad no deseada como problema social: una aproximación a su comprensión, impactos y políticas para afrontarla. https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/INFORME_SOLEDAD_REVISADO-2022%20REV_FINAL%20FINAL_10.12.2022.pdf
- Soldevila, A. (2003). Los centros de día para personas mayores. Edicions de la Universitat de Lleida.
- UNIR. (2022). Tests neuropsicológicos para evaluar el deterioro cognitivo | UNIR. <https://www.unir.net/revista/salud/tests-neuropsicologicos-evaluar-deterioro-cognitivo/>