



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA
CARRERA PSICOLOGÍA GENERAL**

Tema:

“APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVAS PARA MITIGAR EL DETERIORO EN LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL GAD-ANGOCHAGUA DE MARZO A JULIO 2016”

Trabajo de Grado Previo a la Obtención del Título de Psicóloga

AUTORA:

Gabriela L. Urquiza. Burgos

DIRECTOR:

Dr. Marco Tafur.

Ibarra, 2016

ACEPTACION DEL DIRECTOR

Luego de haber sido designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología de la Universidad Técnica del Norte de la ciudad de Ibarra, he aceptado participar como Director del Trabajo de Grado con el siguiente tema: **APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVAS PARA MITIGAR EL DETERIORO EN LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL GAD-ANGOCHAGUA DE MARZO A JULIO 2016**. Trabajo realizado por la señora egresada: Urquiza Burgos Gabriela Lizbeth previo a la obtención del título de Psicóloga General.

Al ser testigo presencial y corresponsable directo del desarrollo del presente trabajo de investigación que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sustentado públicamente ante el tribunal que sea designado oportunamente.

Es lo que puedo certificar en honor a la verdad.

El Director

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dr. Marco Tafur', is written over the printed name. The signature is stylized and cursive.

Dr. Marco Tafur.

Ibarra, 14 de Octubre del 2016

DEDICATORIA

En la vida nada llega como regalo o coincidencia, todo llega como recompensa al esfuerzo por alcanzar un logro

Quiero dedicar esta tesis a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A la personita que desde que llego a mi vida ha sido mi impulso mi motivación, mis ganas de superación, mi hija quien trajo sentido a mi vida, ella ha sido la causante de mi anhelo de salir adelante, progresar y culminar con éxito este propósito, por eso dedico esta tesis a mi hija, dedico a ella cada esfuerzo que realice en la construcción de esta; agradezco a Dios por darme tan hermosa compañía y motivación para cada día ser mejor, mi ángel por siempre “Mi Hermosa Kamy”

A mi esposo la ayuda que me has brindado ha sido sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más difíciles, siempre ayudándome. No fue sencillo culminar con éxito este proyecto, sin embargo siempre me apoyaste motivándome, con palabras de aliento me decías que lo lograría perfectamente. Muchas gracias, amor.

Dedico esta tesis a mis padres, seres a quienes adoro desde lo más profundo de mi corazón por ser artífices en la culminación de mis estudios superiores quienes con sus consejos y ayuda me dieron impulso para salir adelante.

A mi hermana por estar siempre a mi lado apoyando y luchando con migo para ser cada día mejores.

A mis queridos abuelitos por infundar en mí, esa responsabilidad y ese coraje para salir siempre adelante sé que mi abuelita desde el cielo está muy Feliz por este logro M.CHO P.M

Gabriela Urquizo. B.

AGRADECIMIENTOS

“La confianza en sí mismo es el primer secreto del éxito”

Agradezco a la Universidad Técnica del norte en especial a la carrera de Psicología General por brindarme la oportunidad de continuar mis estudios superiores, terminar mi carrera y garantizarme el éxito profesional.

Al Magister Henry Cadena Povea Coordinador de la carrea de Psicología General quien ha sido un pilar fundamental para alcanzar esta meta.

Al Dr. Marco Tafur Director del Trabajo de Grado, por trasmitirme sus conocimientos para formarme como profesional y ser una parte fundamental en mi crecimiento personal.

A la Junta parroquial de Angochagua mis más sinceros agradecimientos por abrirme las puertas de tan prestigiosa institución y a la vez hacerme participe de su crecimiento institucional.

Gabriela Urquizo. B.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003694179		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Urquizo Burgos Gabriela Lizbeth		
DIRECCIÓN:	Ibarra		
EMAIL:	Gabyliz_30@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062609379	TELÉFONO MÓVIL:	0997751123

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	"APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVAS PARA MITIGAR EL DETERIORO EN LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL GAD-ANGOCHAGUA DE MARZO A JULIO 2016"
AUTOR :	Urquizo Burgos Gabriela Lizbeth
FECHA: AAAAMMDD	2016-10-14
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Psicóloga General.
ASESOR /DIRECTOR:	Dr. Marco Tafur

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Urquizo Burgos Gabriela Lizbeth con cédula de identidad Nro. 1003694179, en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular del derecho patrimonial, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 14 días del mes de Octubre del 2016

EL AUTOR:

(Firma).....
Nombre: Gabriela Lizbeth Urquizo Burgos
C.I.: 100369417-9



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Urquizo Burgos Gabriela Lizbeth, con cédula de identidad Nro. 100369417-9, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: **"APLICACIÓN DE TÉCNICAS COGNITIVAS PARA MITIGAR EL DETERIORO EN LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL GAD-ANGOCHAGUA DE MARZO A JULIO 2016."**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Psicóloga General, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

(Firma).....
Nombre: Urquizo Burgos Gabriela Lizbeth
C.I.: 1003694179

Ibarra, a los 14 días del mes de Octubre de 2016.

INDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA	v
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	vii
INDICE GENERAL	viii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	xvi
CAPITULO I.....	1
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1 Antecedentes del problema	1
1.2 Objetivos.....	1
1.2.1. Objetivo General.....	1
1.2.2 Objetivos Específicos	2
1.3 Justificación	2
1.3.1 Planteamiento del problema	4
1.3.2 Formulación del problema	5
1.4 Delimitación	5
1.4.1 Unidad de observación	5
1.4.2 Delimitación Espacial.....	5
1.4.3. Delimitación temporal	6
CAPÍTULO II.....	7
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7

2.1.1 Fundamentación Psicológica.....	7
2.1.2 Fundamentación Pedagógica.....	8
2.1.3. Fundamentación Sociológica.....	9
2.1.4 Deterioro cognitivo.....	9
2.1.5 Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento cerebral	10
2.1.6 Factores de riesgo para el deterioro cognitivo	10
2.1.7 Causas	11
2.1.8 Manejo de trastornos cognitivos en adultos mayores.....	12
2.1.9 Características diferenciales de los trastornos amnésicos de referencia	16
2.1.10 Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento cerebral	19
2.1.11 Factores de riesgo para demencia y deterioro cognoscitivo.....	20
2.1.12 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	20
2.2 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.....	23
2.3. Glosario de términos	24
2.4. Preguntas de Investigación	26
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
CAPITULO III.....	29
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIACIÓN.....	29
3.1 Diseño DE LA INVESTIGACIÓN	29
3.2 Tipos de investigación	29
3.2.1 Bibliográfica	29
3.2.2 Descriptiva.....	30
3.2.3 Explicativo	30
3.3. Métodos de investigación	31
3.3.1 Método Deductivo - Inductivo	31

3.3.2 Método Analítico - Sintético	31
3.3.3 Método psicométrico.....	31
3.4 Técnicas	31
3.4.1 Test psicológico	31
3.4.2 Observación	32
3.4.3 Entrevista.....	32
3.5 Instrumentos.....	32
Presentación del Test Psicométrico	35
3.6 Población y muestra	38
3.6.1 Población.....	38
3.6.2 Muestra.....	39
3.6.3 Muestreo.....	39
CAPÍTULO IV	39
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	39
4.1. ORIENTACION TEMPORAL	40
4.2. ORIENTACION ESPACIAL	40
4.3. FIJACIÓN	41
4.4. ATENCIÓN Y CÁLCULO.....	42
4.5. MEMORIA	43
4.6. NOMINACION	44
4.7. REPETICIÓN.....	45
4.8. COMPRENSIÓN	46
4.9. LECTURA.....	47
4.10. ESCRITURA.....	48
4.11. DIBUJO	49

CAPITULO V	50
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
5.2 RECOMENDACIONES.....	52
CAPÍTULO VI	52
6. PROPUESTA.....	52
6.1 PROPUESTA ALTERNATIVA.....	52
6.2 Justificación e Importancia	53
6.3 Fundamentación.....	54
6.4. Objetivos.....	55
6.4.1 Objetivo General.....	55
6.4.2 Objetivos Específicos	55
6.5 Ubicación Sectorial y Física.....	55
6.6 Desarrollo de la Propuesta	56
Botones Cerebrales.....	62
Marcha cruzada para tu salud mental	62
El Gancho de Cook	63
Bombeo de Pantorrilla	64
El ABC	65
6.7 Impactos	120
6.7.1 Impacto Social	120
6.7.2 Impacto Familiar	120
6.7.3 Impacto Educativo	120
6.7.4 Impacto Psicológico	121
6.8 Difusión.....	121
6.9 Referencias Bibliográficas	123

ANEXOS.....	124
ANEXO 1 ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	125
ANEXO 2 MATRIZ DE COHERENCIA.....	126
Presentación del Test Psicométrico	127
FOTOGRAFIAS.....	129

INDICE DE TABLAS

TABLA N ^o . 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	28
TABLA N ^o . 2 ORIENTACIÓN TEMPORAL	40
TABLA N ^o . 3 ORIENTACIÓN ESPACIAL	41
TABLA N ^o . 4 FIJACION	42
TABLA N ^o . 5 ATENCION Y CALCULO	43
TABLA N ^o . 6 MEMORIA	44
TABLA N ^o . 7 NOMINACIÓN	45
TABLA N ^o . 8 REPETICION	46
TABLA N ^o . 9 COMPRESION	47
TABLA N ^o . 10 LECTURA	48
TABLA N ^o . 11 ESCRITURA	49
TABLA N ^o . 12 DIBUJO	50

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue la aplicación de técnicas cognitivas a los Adultos Mayores de la Parroquia de Angochagua de las comunidades de Zuleta, Chilco, La Magdalena, La Rinconada con el fin de mitigar el deterioro cognitivo que por diferentes aspectos como situaciones biológicas producidas por la edad, situaciones sociales, situaciones emocionales se va deteriorando y a la vez provocando un declive en las funciones mentales superiores, por lo que se realizó una entrevista psicológica individual a los adultos mayores con el propósito es recabar información en cuanto a su biografía y determinar, sus opiniones, actitudes y características personales y a la vez procura obtener información útil para ayudar al adulto mayor a adaptarse socialmente o reorganizar su afectividad. Se realizó una valoración para determinar el grado de deterioro de la funciones mentales superiores mediante la aplicación de un reactivo psicológico el Mini- Mental test s que es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución, especialmente en adultos mayores Su aplicación toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria para realizar un control seguido de los avances que tienen con la aplicación de las técnicas, la primera técnicas fue realizar ejercicios de Gimnasia Cerebral que son un conjunto de actividades y ejercicios coordinados y combinados que permiten la conexión del cuerpo con el cerebro y ayudan y aceleran el aprendizaje, la memoria, la concentración, la creatividad y mejoran las habilidades motrices, esto conjuntamente con la aplicación de varias fichas de acuerdo a la evaluación individual que se realizó al principio, las practicas grupales fueron de gran aporte en la intervención para mejorar las relaciones sociales y a la vez contribuir con el mejoramiento de su calidad de vida.

ABSTRAC

The objective of this work piece, was the application of cognitive techniques to elderly adults in the region of Angochagua of the Zuleta, Chilco, The Magdalena, and the Ronconada Communities, with the aim of mitigating the cognitive deterioration caused by different aspects, such as biological factors, e.g. age, and social and emotional situations, which deteriorate and provoke a decline in the superior mental functions.

For this reason, an individual psychological interview was undertaken with the elderly, with the aim of gaining information about their biography, allowing one to determine their opinions, attitudes and personal characteristics and at the same time, obtain useful information to help the elderly to adapt socially and reorganise their affectivity. An assessment was done to determine the level of deterioration of the superior mental functions through the application of the reactive psychological Mini-Mental test, which is a method used to detect any cognitive weakening and monitor its evolution, especially in elderly people. Its application takes only 5 to 10 minutes, which makes it an ideal option to apply it repeatedly and routinely in order to review and observe any advances in the individual via the techniques from this method. The first techniques, were to take Cerebral Gymnastics exercises which are a conjunction of combined and coordinated activities, which allow the connection of the body and brain and help with learning abilities, memory, concentration, creativity and improve motor skills. This, in conjunction with the personal records based on each individual's evaluation, which were undertaken in the beginning, along with the group practices, were of great help in the intervention; bettering social relations and at the same time, contributing to improvements in their quality of life.

INTRODUCCIÓN

El Ecuador, en el año 2007, tiene una población de 13'574.918 habitantes, de las cuales 987.279 son personas de 65 años de edad o mayores, que representa el 7,27 % del total de la población, con un alto índice de pobreza extrema: 42,02%. Además, existe en el país 1'600.000 personas con discapacidad que representa el 13,3 % de la población ecuatoriana, de los cuales 550.000 son personas de 65 años en adelante.

A las dificultades socio-económicas de las personas mayores se suman, en muchos casos, las inequidades de género y étnicas, que repercuten en el ejercicio de los derechos (de primera y segunda generación).

La población adulta mayor es mayoritariamente urbana, con un 58.6 % y 41.4 % en las zonas rurales. La población de la tercera edad que vive en las zonas rurales se ve afectada por la desventajosa situación económica y de acceso a los servicios de estas zonas del país.

Los adultos mayores tienen altos porcentajes de analfabetismo y logros muy bajos en cuanto al número de años de estudio aprobados.

Las ocupaciones que declaran los adultos mayores en su mayoría son tareas manuales con alguna o ninguna calificación (82,9 %), ya que el nivel educativo de este segmento de la población es bajo y que las categorías de "profesionales y técnicos", "personal administrativo" y directores y "funcionarios públicos superiores" sólo representan, en conjunto, el 6,7 % de la población ocupada de 65 años y más.

La población adulta mayor registra un nivel de pobreza menor que el promedio nacional, poniendo en evidencia que este segmento se ubica en una posición más favorable que otros al interior del país. Pero en lo que respecta al nivel de pobreza de adultos mayores en el contexto de América Latina, Ecuador se encuentra entre los países más desfavorecidos de la región.

Por lo que en la presente investigación se tomó en cuenta la problemática a la que se enfrentan los adultos mayores por las diferentes circunstancias en las que viven en los diferentes ámbitos social, familiar y su estilo de vida lo cual influye en su deterioro cognitivo, teniendo en cuenta las siguientes variables biológicas: edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo asociados, funciones cognitivas afectadas y así evaluar el grado de severidad del deterioro cognitivo en estos pacientes y por consiguiente aplicar técnicas para prevenir su deterioro cognitivo acelerado.

La estructura general de la presente investigación esta detallada por capítulos en los que se puntualizan los contenidos de la siguiente manera:

CAPÍTULO I, EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: En este capítulo se describe los antecedentes, se formula el problema, se especifica la delimitación, se plantea objetivos, y finalmente la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II, MARCO TEÓRICO: Este capítulo consta de una matriz categorial de temas y subtemas relacionados con el deterioro de las funciones mentales superiores del adulto mayor, como afecta esto en su vida diaria, la intervención mediante la aplicación de técnicas cognitivas para mejorar su calidad de vida, y el glosario de términos que facilitan la comprensión del contenido. Además consta de la fundamentación teórica que sustenta la investigación.

CAPÍTULO III, METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN: En este capítulo se detalla el tipo y diseño de la investigación que enmarcaron el presente trabajo.

CAPÍTULO IV, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: En este capítulo se detalla el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en los instrumentos psicométricos aplicados al personal operativo del Cuerpo de Bomberos Ibarra que permitieron el desarrollo de la investigación

CAPÍTULO V, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: En este capítulo se detallan las conclusiones alcanzadas al finalizar la investigación y las respectivas recomendaciones propuestas.

CAPÍTULO VI, PROPUESTA ALTERNATIVA: En este capítulo se describe la propuesta mediante la cual se logró alcanzar los objetivos planteados.

El documento finaliza con la bibliografía empleada y los respectivos anexos

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del problema

Según Larson (1978) publicó:

Una revisión denominada 30 años de investigación sobre el bienestar subjetivo de los ancianos americanos (norteamericanos), que aglutinaba la información disponible desde la década de los 50, las investigaciones sobre calidad de vida han ido produciéndose casi al mismo ritmo que se modificaba su orientación, su definición y el tipo de resultados que se obtenía en las mismas.

El bienestar de un adulto mayor se debe englobar desde la satisfacción con el entorno, como la felicidad con la vida, una moral alta, ajuste personal, buenas actitudes hacia la vida y competencia.

Según Neugarten, Havighurst & Tobin (1961) Life Satisfaction Index comenta:

Los análisis fueron modificándose hacia aspectos más concretos y ya, en 1961, se llegó a publicar una escala pensada específicamente para obtener de las personas mayores una evaluación subjetiva de su bienestar global explorando su satisfacción con distintos ámbitos de la vida.

1.2 Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- Mitigar el deterioro de las funciones mentales superiores mediante la aplicación de técnicas de estimulación cognitiva a los adultos mayores.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar el grado de deterioro cognitivo mediante el Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE)
- Mantener las habilidades intelectuales (atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía.
- Crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora.
- Mejorar las relaciones interpersonales con las personas de su entorno.
- Elaboración de una guía de intervención para mejorar el nivel cognitivo de los adultos mayores y contribuir con el mejoramiento de su calidad de vida.

1.3 Justificación

Mediante la implementación de técnicas para prevenir el deterioro cognitivo en los adultos mayores se podrán realizar actividades que mantengan al adulto mayor en sus facultades mentales estables y su actividad cognitiva se encuentre en constante actividad y así evitar su declive.

La actividad mental se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción de la ejecución sensorial, la lentitud de los reflejos hacen que su actividad cognitiva se encuentre en reposo, y eso acarrea a otros factores, en los cuales provocan incoordinación y torpeza motriz. Las funciones mentales superiores en el anciano pueden verse afectadas por cambios propios del envejecimiento, entre estos, el déficit cognoscitivo leve puede evolucionar a demencia, es por ello la importancia de realizar detecciones tempranas para tratamiento oportuno.

Según Montalvo Mayra & Ruales Ana (2011) describe en su tesis:

Que el adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud mental, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde el profesional de psicología debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar. (p. 12)

Es muy importante el trabajo interdisciplinario para el cuidado de los adultos mayores ya que necesitan atención cautelosa en cuanto a salud física y mental.

Según Huerta Dolores (2009) manifiesta que “La vejez humana es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del individuo que varía de una persona a otra según las acciones u omisiones realizadas durante cada etapa de este caminar”.

Una vez definido el concepto de vejez, la autora presenta las principales Teorías Sociológicas del Envejecimiento:

- “Teoría de la Actividad” que es la más antigua y reafirma que lo más importante es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles sociales desempeñados por sus actores. Esta teoría se preocupa de “hacer parte de algo”, pero no necesariamente de la satisfacción y autonomía de los AM. Es una teoría que no aborda la necesidad de prepararse para las pruebas de la vejez, y tampoco hay una asociación causal entre actividad y satisfacción. Esa teoría simplemente presenta las actividades sociales como una manera de amortiguar la pérdida de los roles más importantes.
- “Teoría de la Desvinculación” según la cual la toma de conciencia de la temporalidad de la vida llevaría a la reorganización de los proyectos personales en función del tiempo que le resta por vivir y del valor de sus diversas posibilidades. Esta teoría introduce un sentido de planificación y de responsabilidad otorgada a los AM respecto a su futuro; sin embargo, no idealiza su satisfacción, y menos aún, sus estados de ánimo positivos.
- “Teoría de la Continuidad” propone que no haya una ruptura radical ni tampoco transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad. A pesar de mantener una continuidad entre esas dos etapas y rescatar el sentido de identidad del individuo a lo

largo de su vida, esa teoría presenta una dificultad de adaptación a la vejez, puesto que señala solamente lo que una persona pudo hacer en su pasado para adaptarse a sus condiciones de vida, pero no propone cómo actuar en el presente para mejorar una situación difícil. La Teoría de la Continuidad presenta por fin una dificultad para conciliar la idea del desarrollo de la persona con la de su continuidad en el sentido de estabilidad. Se le da mayor importancia a la continuidad interna en el sentido de identidad y se le resta importancia al ambiente familiar, contactos sociales e interacción con personas significativas, es decir, a la continuidad externa.

1.3.1 Planteamiento del problema

Según Munizaga Ulloa & García Sevilla (2012) opina que:

Los seres humanos cuentan con incontables capacidades que permiten adaptarse y responder a las exigencias del entorno en el que se vive. Cada capacidad que se posee tiene su papel específico en el proceso de adaptación en el mundo. Una capacidad cognitiva permite llevar a cabo actividades que ayudan a reconocer a las personas del entorno, recordar cosas y actividades del día a día como también pensar en el presente, pasado y futuro.

Por ello podemos decir que la estimulación cognitiva en personas de la tercera edad e incluso en personas con falta de retentiva ayuda a que ejerciten la mente realizando talleres en los que hacen actividades de memoria, percepción, razonamiento, lectura y comprensión los cuales con la guía adecuada pueden llegar a generar cambios realmente positivos ya que sin importar la edad el cerebro posee la gran capacidad de aprendizaje y entendimiento siempre y cuando no se deje de trabajar en ello.

Entender la importancia de la estimulación cognitiva es crucial para poder desarrollar un sistema que pueda ayudar mediante actividades y/o talleres a estimular la mente de los adultos mayores, ya que estas actividades deben ser lo suficientemente didácticas y amigables para que un adulto mayor no tenga problemas utilizando dicho sistema.

Los últimos datos determinan que la población total de adultos mayores pasó de 1'300.000, es decir más del 9% de la población total del Ecuador. Censo de Población

y Vivienda realizado en el año 2001, en Quito existen 190 mil personas de la tercera edad, el 51% son mujeres y el 49% hombres, de ellos apenas 25 mil estarían jubilados al IESS.

Las personas en edad avanzada presentan preocupaciones relacionadas con su salud y están relativamente conscientes de los cambios físicos, cognitivos y sociales pero en especial de la disminución de su memoria: olvidan mensajes, no recuerdan donde ponen las llaves, olvidan una cita, dejan una hornilla de la cocina encendida, se pierden en sitios desconocidos, no pueden memorizar cosas nuevas, etc.

Ante estas circunstancias los familiares encuentran que el adulto mayor presenta dificultades mnémicas, y, en respuesta hay actitudes poco comprensivas, por lo que son descalificados para el cumplimiento de actividades, etc. Es decir, son olvidos que pueden estar relacionados con alteraciones cerebrales orgánicas o funcionales.

1.3.2 Formulación del problema

¿Cómo mitigar el deterioro cognitivo y a la vez mejorar la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al GAD-Angochagua, mediante la aplicación de técnicas cognitivas?

1.4 Delimitación

1.4.1 Unidad de observación

Personas adultas mayores comprendidas en edades entre 65 y 85 años de edad de sexo masculino y femenino, de diferentes etnias, que residen en la parroquia de Angochagua de las comunidades de Zuleta, Cochas, Chilco, La Magdalena, La Rinconada, los cuales asisten a la junta parroquial, perteneciente al GAD-Angochagua.

1.4.2 Delimitación Espacial

Este proyecto se llevará a cabo en Ecuador- en el suroriente de la provincia de Imbabura y al sur del Cantón de Ibarra, la parroquia de San Juan de Angochagua, en la junta parroquial en atención al adulto mayor.

1.4.3. Delimitación temporal

La investigación se realizará en el periodo de Marzo a Julio 2016.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1.1 Fundamentación Psicológica

Davidson define al "deterioro cognitivo" como la disminución patológica de los comportamientos adaptativos que habitualmente se consideran como pertenecientes a la esfera intelectual. Iturriaga y Ullá aseveran que el deterioro mental en psicometría es un concepto operativo puramente descriptivo. Cuando un sujeto puesto en una situación definida, muestra una deficiencia inferior a lo que debería tener en comparación sea con individuos análogos, sea con su comportamiento anterior, se dice que padece un deterioro mental.

Por todos es conocido que muchos psicólogos clínicos que han adherido a modelos experimentales y que se han regido por la premisa de "pensar como científicos, se han visto obligados a ampliar sus modelos con perspectivas más integradas, que les permitan afrontar los problemas de los llamados casos difíciles, es decir, casos donde un abordaje tradicional no mostraría los resultados esperados.

Reconocer que el ser humano es un ser biopsicosocial es aceptar de alguna manera la complejidad de nuestra área de estudio y el imperativo de cualquier aproximación debe contemplar los distintos niveles de la realidad con la que interactúa el sujeto.

En el ámbito psicológico es importante poder investigar y determinar un diagnóstico en cuanto al deterioro cognitivo que tienen los adultos mayores y así por medio de la

aplicación de técnicas poder cambiar su estilo de vida y a su vez que sus funciones mentales superiores se encuentren en constante actividad para evitar su deterioro.

2.1.2 Fundamentación Pedagógica

Según Mogollón Eddy (2012) refiere:

Cuando se habla de educación, sólo se piensa en la educación propuesta a niños y adultos jóvenes. Hasta hace 30 años, las investigaciones gerontológicas privaban al adulto mayor de participar en cualquier escenario educativo o sociocultural ante la creencia de que la ancianidad implicaba la evolución irreversible del deterioro biofísico, cognitivo o psicológico, como consecuencia de la senescencia.

Sin embargo, nuevos descubrimientos desarrollados en investigaciones gerontológicas, apoyadas en la neurociencia y en las tecnologías de las neuroimágenes han cambiado esta visión y están aportando valiosos hallazgos que descartan, en primera instancia, la visión determinística de la vulnerabilidad en el comportamiento de esta comunidad ante escenarios como la educación y su desarrollo en la sociedad.

Con referencia a la educación del adulto mayor, ya se han dado los primeros pasos. Al respecto, la Organización de las Naciones Unidas, en su informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, plantea que el adulto mayor tiene derecho a su independencia, a la alimentación, vivienda, educación, y también a la protección jurídica, que lo salvaguarde de la exclusión, los maltratos y, por consiguiente, con libre acceso a todos los servicios sociales. “Las personas de edad deben tener la oportunidad de trabajar hasta que quieran y sean capaces de hacerlo en el desempeño de trabajos satisfactorios, productivos y de seguir teniendo acceso a la educación y a los programas de capacitación”. Este artículo, indudablemente, hace referencia inevitable a la educación permanente.

Es necesario realizar una evaluación a la luz de las investigaciones actuales sobre las perspectivas educativas del adulto mayor, para estimar sus potencialidades, competencias y habilidades como soportes a su educación de acuerdo con las exigencias que le presenta el mundo actual.

2.1.3. Fundamentación Sociológica

Según Castellanos, P. (1991) manifiesta que:

En la actualidad se considera que la familia, y las personas que nos rodean son parte importante en el desempeño de las personas adultas mayores ya que al relacionarse se intercambian experiencias y se comparte gran parte del tiempo. Han surgido varias formas de identificar el modo de vida, una forma difundida ha sido los comportamientos de riesgos de las personas donde sus costumbres y hábitos en un momento determinado ponen en peligro su salud, como el consumo de alcohol y cigarrillo.

Este tema es importante para que el adulto mayor reconozca que nos deseamos nosotros mismos buena salud, buena disposición mental para la lucha diaria y mejor alcance del éxito y la felicidad a partir de un estado físico saludable en relación con la sociología, que expresa que el modo de vida es la forma en que vive una persona (o un grupo de personas), sus relaciones personales, su consumo, la hospitalidad, la forma de vestir, las actitudes, los valores y la visión del mundo en el individuo crece y se desarrolla forma parte de su vida específica, adecuada implica una determinación consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos y otros.

2.1.4 Deterioro cognitivo

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción mnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique.

Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. Es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales. Un factor de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión.

La relativa facilidad de su diagnóstico por métodos clínicos, neuropsicológicos y de imagen hace que pueda ser una herramienta eficaz en manos de los médicos de familia, para el control y despenalización del adulto mayor en sus comunidades.

2.1.5 Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento cerebral

- Durante el envejecimiento normal después de los 60 años se puede observar los siguientes cambios en el sistema nervioso central.
- Existe una pérdida neuronal progresiva principalmente en la sustancia blanca.
- La atrofia cerebral es evidente por un ensanchamiento ventricular el volumen cerebral tiene una disminución progresiva.
- Hay evidencia de una disminución de conectividad a nivel de hipocampo y la región temporoparietal que condicional un defecto del procesamiento de nueva información.
- Los neurotransmisores se encuentran disminuidos principalmente la acetilcolina que participa junto al sistema límbico para el procesamiento de aprendizaje el cual es más lento en el adulto mayor.

2.1.6 Factores de riesgo para el deterioro cognitivo

- Edad avanzada
- Antecedentes familiares de alguna enfermedad como demencia
- Trauma craneoencefálico
- Enfermedades Vasculares (hipertensión, hipercolesterolemia)
- Infecciones en Sistema Nervioso central
- Delirium postoperatorio o durante hospitalización.
- Abuso de alcohol u otras sustancias.

En la actualidad todavía nos planteamos la pregunta si estos síndromes clínicos que aparecen con la edad son manifestaciones de una enfermedad específica que se desarrolla en la vejez o bien es un cuadro degenerativo relacionado con el envejecimiento, considerado como una alteración morfofuncional y molecular. Es importante enfatizar que es innegable que los trastornos cognitivos son más frecuentes en adultos mayores pero que no necesariamente son debidos al proceso de envejecimiento.

El deterioro cognitivo sin enfermedad específica, es la alteración de una o varias funciones intelectuales que no llega a distorsionar notablemente la capacidad de relación social, familiar, laboral o actividades de la vida diaria. Los deterioros cognitivos más graves interfieren negativamente con las actividades de la vida diaria y se denominan Demencia cuando tales alteraciones producen un déficit importante y notorio de la capacidad de relación social, familiar, o laboral de un adulto mayor.

2.1.7 Causas

Estudios más recientes a través de neuroimagen revelan que los trastornos cognitivos son el resultado de deficiencias funcionales de la corteza pre frontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración, no obstante un porcentaje variable de adultos mayores con deterioro cognitivo leve no muestran cambios estructurales específicos.

La mayoría de los trastornos cognitivos se manifiestan con dificultades transitorias para evocar o recordar sucesos recientes, nombres de personas y cosas, enlentecimiento del pensamiento, disminución de la capacidad de atención y concentración.

La evolución de los trastornos cognitivos del anciano es muy heterogénea, ya que estudios en individuos sanos indican que el deterioro de las capacidades ejecutivas (dificultad para resolver problemas, tomar decisiones complejas o no familiares, inhibir respuestas) y amnésicas (memoria) experimentan progresión muy lenta a partir de

los 60 años, así que el 50% casos evoluciona hacia una Demencia en un lapso de 3 años, el resto mejora o permanece estable.

2.1.8 Manejo de trastornos cognitivos en adultos mayores

El manejo clínicos de los trastornos cognitivos en adultos mayores, sean éstos consecuencias del envejecimiento en sí o la manifestación de enfermedades específicas de comienzo tardío, debe contemplar dos aspectos: primero hacer un diagnóstico diferencial exhaustivo y el segundo abordar los problemas que producen los cambios propios del envejecimiento.

Por lo tanto el objetivo primordial del manejo del envejecimiento y de sus consecuencias es prevenir los factores que pueden acelerar este proceso o las enfermedades asociadas y alcanzar una mayor calidad de vida.

Lo cognitivo influye en lo social, emocional, biológico, funcional, es decir cada dominio influye sobre otros y puede comprometer su funcionamientos.

Según Berjano (2002) menciona que: “La intervención al grupo poblacional de adultos mayores desde el campo de la salud se debe realizar no solamente a nivel farmacológico o médico, sino a nivel multidisciplinario, ya que la atención exclusiva de una sola área sería escasa y no efectiva”. (p. 36)

Las funciones cognitivas son todas las actividades mentales que realiza el ser humano al relacionarse con el ambiente que le rodea. Desde esta perspectiva, representan la esencia de la adaptación personal del individuo y de todo el proceso social debido a la capacidad que tiene el ser humano de desarrollar estrategias, planificar el futuro y evaluar sus consecuencias.

Actualmente se intenta descifrar qué procesos cognitivos se ven afectados y por qué se producen estos cambios a lo largo de la última etapa de la vida, la psicología del envejecimiento y del desarrollo puedan ofrecer una descripción completa de los efectos de la edad sobre la cognición humana.

Estos resultados permitirán comprobar si efectivamente las personas mayores, en relación con los jóvenes, presentan una menor competencia en todas las tareas

cognitivas, si utilizan las mismas estrategias para la resolución de problemas, entre otras. En cualquier caso, el envejecimiento cognitivo no es un fenómeno homogéneo, dado que el comienzo de los posibles decrementos, la amplitud de los mismos y sus manifestaciones son muy diversas, el envejecimiento intelectual de cada individuo es diferente, independientemente de que los decrementos se puedan producir en todos los sujetos.

¿Por qué se requiere de estimulación cognitiva?

El ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y así disminuir las deficiencias que presente. Así, los adultos mayores requieren de estimulación, la cual le permita aumentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits (cognitivos, físicos u otros) que presenten.

Existen una serie de factores de riesgo que favorecen el deterioro cognitivo, el principal de ellos es la edad. El envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos los tejidos van degenerándose.

La degeneración no se debe solamente al proceso de envejecimiento centrado en lo biológico, sino que este deterioro depende de otros factores, tales como el ambiental, social y familiar, pero especialmente del grado de estimulación que se reciba de estos ámbitos.

Las experiencias de vida guardan una relación muy estrecha con el deterioro, el hecho de tener una salud frágil, una educación pobre, la presencia de algún tipo de patología, una falta de motivación, entre otras, puede ser motivo de interferencia en la adecuada manifestación de las funciones intelectuales.

Pero no sólo se relacionan estos factores, sino que parte del decremento atribuido a la edad también puede ser debido simplemente a la falta de estimulación cognitiva con esto se genera una nueva vía de intervención ya que significa que es posible rehabilitar y prevenir el deterioro cognitivo.

Se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno, padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales, es decir que entre una mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá la persona.

Según Arriola e Inza (1999) mencionan “que el cerebro humano es una máquina de capacidad difícilmente imaginable y extraordinariamente compleja, con unas prestaciones que superan de forma incomparable al más potente de los ordenadores, pero mantiene buen un funcionamiento en un delicadísimo equilibrio”.

Hay una gran cantidad de factores que a lo largo de la vida pueden alterar ese funcionamiento, pero la vejez es con diferencia y motivos obvios, la etapa de mayor fragilidad y vulnerabilidad en este sentido. El adulto mayor con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse con la estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida y disminuyéndose así, el riesgo a que este deterioro empeore.

En las personas de la tercera edad,... Puig (2000) menciona “los procesos cognitivos en la senectud se caracterizan por su plasticidad neuronal” (p.147), ya que se ha comprobado que existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez para compensar o prevenir el declive, es decir, que en edades avanzadas la cognición es entrenable y potenciabile, La primera línea de combate del deterioro cognitivo, se realiza sobre el anciano mentalmente sano.

Según Arriola e Inza, (1999) dice:

Es la línea preventiva y el arma de elección, el programa de mantenimiento cognitivo. Cuando y tras utilizar las adecuadas herramientas de medición se constata la existencia de patología (Mini-Mental entre 15 y 25 puntos) es el momento de plantear la inclusión del anciano en el programa de rehabilitación cognitiva (p. 131).

Los resultados del trabajo en este campo de la rehabilitación cognitiva, no pueden ser medidos en términos de curación, sino de mejora en una primera fase (es decir, una instalación en su nivel real de deterioro) y de mantenimiento y disminución del deterioro. 8 Áreas básicas que se deben reforzar en terapias cognitivas.

El programa de rehabilitación y mantenimiento cognitiva buscan intervenir y estimular las áreas de orientación y atención, ambas funciones son fundamentales

para poder realizar y aplicar el resto de las funciones cognitivas, no obstante definir sus características específicas resulta ciertamente dificultoso.

En casos de alteración de la atención aparece falta de persistencia, facilidad de distracción, gran vulnerabilidad a la interferencia y dificultad para inhibir respuestas inmediatas inapropiadas. En los casos de deterioro más avanzado de la capacidad atencional, aparece desorientación, generalmente primero temporal y luego espacial.

Memoria: Existen diferentes modelos teóricos sobre la memoria, desde los que afirman que la memoria consta de diferentes procesos, hasta los que opinan que la memoria está compuesta por diferentes sistemas y subsistemas. La memoria es la facultad de conservar las ideas anteriormente adquiridas.

Funciones ejecutivas frontales: Son las funciones que se le atribuyen al lóbulo frontal o también conocidas como funciones frontales, se podrían denominar como ejecutivas o conducta adaptativa, es decir, una conducta apropiada, modificable, motivada y libre de respuestas impulsivas disruptivas.

Estas conductas deben controlar los cambios en el ambiente y, si es posible, prevenirlos. También está ligada al lóbulo frontal la conducta social adaptada y la capacidad de autocuidado, de ahí que las personas con deterioro de esta área cerebral (por ejemplo, demencias) sufran un importante deterioro en este tipo de conductas y que en muchos casos es uno de los deterioros fácilmente observables, especialmente en personas que tenían muy desarrolladas las habilidades y capacidad de autocuidado.

Lenguaje: Se va a entender lenguaje no solamente al hablado, sino al habla espontánea, denominación de objetos o situaciones, comprensión, repetición, expresión escrita y lectura comprensiva.

Cálculo: Es la capacidad para escribir, leer, comprender números y realizar cálculos aritméticos.

Praxias: Se consideran praxias a la capacidad de realizar ciertos movimientos, en diferentes regiones del cuerpo: bucofacial y extremidades superiores. (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001).

Según López, López y Ariño (2002) argumentan que:

No existe en estos momentos mejor fórmula que el entrenamiento cognitivo, ya que éste proporciona una ayuda para afrontar el deterioro multifuncional y entrena las capacidades que se encuentran preservadas o menos afectadas. La estimulación y el entrenamiento de habilidades cognitivas pueden mejorar el estado de ánimo y prolongar el período de autonomía del paciente, consiguiendo un aumento de su autoestima y asertividad. (pág. 19).

Mejorar el estado de ánimo probablemente aumente la flexibilidad de los esquemas mentales y mejore ciertas áreas cognitivas asociadas a la ejecución de las actividades de vida diaria y actividades instrumentales de la misma.

Según Alfaro y Castro (2002) señalan que “El paciente con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse de estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida”.

Se pretende que la estimulación cognitiva estimule las áreas en las que presentan déficit, favoreciendo a que el deterioro sea menos significativo o ya sea reforzar otras áreas cognitivas donde no presenta dificultad, y así, recompensar la deficiencia en el área afectada.

2.1.9 Características diferenciales de los trastornos amnésicos de referencia

El DEMAE se caracteriza por alteraciones de la memoria declarativa y episódica (sobre todo en el proceso de nuevos aprendizajes), leves problemas de abstracción e incluso en el lenguaje (en el acceso al léxico y cierta disminución de la fluidez). Estas alteraciones no llegan a interferir en las actividades de la vida diaria del sujeto como ocurre en la demencia.

El anciano mejora el rendimiento si se le ofrecen claves. La falta no está en el archivo sino en la búsqueda de la información. Literalmente, los ancianos olvidan al recordar. Es muy frecuente que los sujetos añosos no recuerden un nombre pero sí

todo el contexto en que sucedió el hecho y ante la mínima facilitación aparece lo olvidado. Esto estaba archivado, pero no fue buscado adecuadamente. Muchos investigadores sugieren que la declinación cognitiva de la edad sigue un perfil cognitivo subcortical.

En las demencias corticales, la memoria episódica muestra fallas severas tanto en el archivo como en la búsqueda de la información, como lo demuestran los resultados del recuerdo simple y del recuerdo facilitado. La memoria a corto plazo está relativamente preservada hasta etapas tardías de la enfermedad y la mayor afectación es en la memoria a largo plazo. A diferencia de la memoria episódica, la memoria semántica se afecta sólo en la EA y no en el envejecimiento normal.

En general, los pacientes realizan las pruebas psicológicas de manera similar a los ancianos sanos, pero a un nivel inferior, y siempre existe un solapamiento entre las puntuaciones de ambos grupos, lo que apoya la hipótesis de la continuidad en cuanto al rendimiento en memoria.

Aún no se ha conseguido diseñar una prueba que discrimine con el 100 % de precisión entre la demencia leve y el envejecimiento normal, una prueba diagnóstica de memoria en las que fallen sistemáticamente los pacientes EA y sea realizada correctamente por los ancianos sanos.

La mayoría de los autores consideran el DEMAE como una entidad clínica bien individualizada. La relativa facilidad de su diagnóstico por métodos clínicos, neuropsicológicos y de imagen hace que pueda ser una herramienta eficaz en manos de los médicos de familia. Sin embargo, el hecho demostrado de que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias pueden, en las etapas iniciales, presentar la apariencia de un DEMAE reafirma la importancia que reviste la detección precoz de los trastornos cognitivos y, en especial, de la memoria como signos frecuentes e iniciales de los síndromes demenciales.

Los principales problemas diagnósticos entre el DEMAE y la demencia son la ausencia de criterios de amplia aceptación y utilización; el amplio rango de pruebas psicométricas usadas actualmente, algunas de las cuales aún no tienen una adecuada

validación en los ancianos y que hace difícil comparar los diferentes estudios entre sí; el número relativamente pequeño de sujetos que han sido adecuadamente evaluados y seguidos por un periodo de tiempo conveniente y las escasas investigaciones neuropatológicas y neuroquímicas en estos pacientes con defectos ligeros de la memoria.

El deterioro cognoscitivo deterioro cognoscitivo deterioro cognoscitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros dan lugar a una sola manifestación.

Este síndrome amerita una evaluación integral para determinar si el paciente cursa con demencia, o algún otro problema que pueda ser resuelto. La demencia es un trastorno neurológico con manifestaciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas que se caracteriza por deterioro de las funciones cognitivas y por la presencia de cambios comportamentales.

Dicho de otra manera, es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos. Deterioro cognoscitivo y demencia son conceptos similares, pero se deben de diferenciar por el grado de afectación en la alteración en la funcionalidad.

Por ejemplo, el término “deterioro cognoscitivo leve” en la actualidad se utiliza para referir a las personas que presentan evidencia de deterioro cognoscitivo principalmente de la memoria, en las pruebas neuropsicológicas pero no reúnen criterios para demencia.

Este término, también se utiliza para reconocer la fase transicional entre el envejecimiento habitual y la demencia en etapas tempranas. El deterioro cognoscitivo leve puede ser una manifestación temprana de Demencia tipo Alzheimer.

2.1.10 Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento cerebral

Durante el envejecimiento normal después de los 60 años, se pueden observar los siguientes cambios en el sistema nervioso central (SNC):

- Hay pérdida neuronal progresiva, principalmente de la sustancia blanca.
- La atrofia cerebral es evidente por un ensanchamiento ventricular, el volumen cerebral tiene una disminución progresiva.
- Hay disminución en la conectividad a nivel de hipocampo y la región temporoparietal que condiciona un defecto del procesamiento de nueva información.
- Los neurotransmisores se encuentran disminuidos, principalmente la acetilcolina que participa junto con el sistema límbico para el procesamiento del aprendizaje, el cual es más lento en el adulto mayor.
- Los cambios vasculares asociados a la edad se caracterizan por la formación de ateromas pequeños, engrosamiento y remplazo del tejido muscular por tejido fibroso haciendo los vasos más gruesos y rígidos (arterioesclerosis). Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención 3.
- La hipertensión y la diabetes favorecen cambios ateroscleróticos hialinos principalmente a nivel de la sustancia blanca cerebral profunda conocida como leucoaraiosis.
- La presencia de placas neuríticas, lesiones neurofibrilares, placas seniles, la acumulación del β -amiloide y lipofuscina a nivel cortical y subcortical se acumulan de manera habitual en el curso del envejecimiento, sin embargo su presencia excesiva se asocia a deterioro cognoscitivo.

2.1.11 Factores de riesgo para demencia y deterioro cognoscitivo

Los factores de riesgo para demencia en general caen dentro de 3 categorías:

- Envejecimiento
- Genética
- Ambientales

Dentro de estas incluyen: edad avanzada, antecedentes familiares de demencia, trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia, alteraciones en los vasos sanguíneos (Hipertensión, hipercolesterolemia, vasculitis), diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos, depresión y otros trastornos psiquiátricos (Esquizofrenia, psicosis, otros), infecciones del SNC (Meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis, VIH), abuso del alcohol y otras sustancias, delirium postoperatorio o durante la hospitalización, evento vascular cerebral, cardiopatía isquémica y aterosclerosis, algunos tipos de cáncer y Enfermedad de Parkinson. Ante la presencia de factores de riesgo cardiovascular previamente comentados, se deberán considerar como alto riesgo y se recomienda realizar una evaluación en busca de deterioro cognoscitivo de origen vascular.

2.1.12 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La evaluación clínica en el primer nivel de atención debe ser práctica, requiere ser dirigida, eficiente y se debe de interpretar en el contexto de las enfermedades concomitantes y otros factores contribuyentes.

Esta se realiza típicamente cuando el paciente o la familia se quejan de problemas de memoria. Sin embargo, la evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo a través de una prueba de tamizaje.

Se debe de realizar una evaluación médica general, para descubrir trastornos sistémicos asociados a delirium o factores de riesgo para demencia vascular o

Enfermedad de Alzheimer, además de una revisión de los fármacos enfocándose en aquellos con polifarmacia o que usen psicotrópicos. Cuando sea posible, se deberá de tener una entrevista con la familia para conocer la pérdida de actividades de la vida diaria, memoria, conducta, cronología de los síntomas y de cualquier desviación de la normalidad.

El deterioro cognoscitivo leve (DCL) es un síndrome clínico que consiste en una disminución medible de la memoria y/o más funciones cognoscitivas pero que no tiene afectación en las actividades de vida diaria, ni cumple con los criterios de síndrome demencial. Su importancia radica en que se considera una fase de transición entre una función cognitiva normal y una demencia. Su tasa de conversión anual es del 7% al 10%. El deterioro cognoscitivo leve se clasifica de acuerdo a la presencia o no de alteración de la memoria acompañada o no de alteración en otro dominio cognoscitivo.

- Deterioro cognoscitivo amnésico de dominio único.
- Deterioro cognoscitivo amnésico de múltiples dominios.
- Deterioro cognoscitivo no amnésico de dominio único.
- Deterioro cognoscitivo no amnésico de múltiples dominios. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención.

Hay un envejecer sano y otro patológico, pero los límites entre ambos realmente resulta difíciles de establecer. El envejecer patológico no permite a la persona llegar con pleno uso de sus facultades a la edad avanzada, pero el sano tampoco, ya que en muchos casos se presentan anomalías en diversas habilidades cognitivas, mentales y hasta funcionales.

Por ejemplo, un individuo con enfermedad de Alzheimer presenta alteraciones cognitivas en la memoria, atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento de la información, pero también el anciano sano presenta alteraciones de este tipo, por lo que establecer la línea de corte entre el sano y el enfermo es de gran dificultad. Sin embargo, cabe decir que durante el envejecimiento normal no se ven deteriorados ni el recuerdo de los sucesos lejanos, ni el conocimiento del mundo acumulado a lo largo de su historia, así como las habilidades que se han practicado mucho.

Estrategias de mejora. En definitiva, las personas sin demencia o ningún trastorno orgánico mejorarían sus habilidades con programas de estimulación y aprendizaje de diferentes estrategias. Con los programas de estimulación y aprendizaje lo que se busca es facilitar la recuperación de una habilidad perdida hasta una ejecución similar a la que se tenía con anterioridad (contrario a los programas de entrenamiento a personas con demencia, que se trabaja con lo que todavía se puede hacer y no con lo que se ha perdido).

La demencia es un trastorno del cerebro que hace que sea difícil para una persona recordar, aprender y comunicarse. Estos cambios hacen que sea difícil que las personas que tienen demencia se cuiden a sí mismas. Además también puede causar cambios en el estado de ánimo y en la personalidad.

La demencia es provocada por el daño a las neuronas. Una lesión en la cabeza, un accidente cerebrovascular, un tumor o una enfermedad en el cerebro (como la enfermedad de Alzheimer) pueden dañar las neuronas y provocar demencia.

Muchos de los síntomas dependerán en qué etapa de la demencia se encuentren estos individuos, por ejemplo:

- Pérdida de la memoria reciente: Las personas que tienen demencia olvidan cosas con frecuencia, pero nunca las recuerdan. Podrían hacerle la misma pregunta una y otra vez, y todas las veces se olvidan de que ya les ha dado la respuesta. Tampoco recordarán que ya hicieron la pregunta.
- Dificultad para realizar tareas conocidas: los individuos con demencia podrían cocinar una comida y olvidarse de servirla, e incluso olvidarse de que la cocinaron.
- Problemas con el lenguaje: pueden olvidarse de palabras simples o usar las palabras equivocadas.
- Desorientación en el tiempo y el espacio: Pueden perderse en su propio domicilio, olvidarse de cómo llegaron a un determinado lugar y de cómo regresar incluso a su casa.

- Falta de juicio: Incluso una persona que no tiene demencia puede distraerse; sin embargo, las personas que sí la tienen pueden olvidarse de cosas simples, como el ponerse un suéter antes de salir cuando hace frío.
- Problemas con el pensamiento abstracto: pueden olvidarse de qué son los números y qué debe hacerse con ellos.
- Colocación de objetos en el lugar incorrecto: pueden poner objetos en los lugares equivocados, como, por ejemplo, el hecho de colocar la plancha en el congelador o un lápiz en la azucarera.
- Cambios en el estado de ánimo: pueden tener cambios rápidos en el estado de ánimo, van desde un estado de completa calma a las lágrimas y al enojo e ira en poco tiempo (incluso minutos).
- Cambios de personalidad: pueden tener cambios drásticos de la personalidad de base al punto que pueden tornarse irritables, suspicaces o temerosos.
- Pérdida de iniciativa: Pueden volverse pasivos, no querer ir a ningún sitio ni ver a otras personas.

2.2 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

Considero que a medida que el tiempo pasa las personas por la edad podemos ir perdiendo cierta capacidad de los procesos cognitivos que va deteriorando la atención, memoria, lenguaje, habilidad viso-espacial y en la inteligencia, y esto se ve afectado por diferentes factores como puede ser genético, por la calidad de vida que lleva en adulto mayor, la historia familiar, aislamiento afectivo, ya que por lo tanto es importante tomar en cuenta estos aspectos para poder intervenir y prevenir el deterioro cognitivo en las personas adultas mayores, esto se puede lograr por medio de una intervención psicológica donde podamos realizar una historia clínica para determinar aspectos que puedan producir el deterioro cognitivo, y la aplicación de un reactivo psicológico para conocer el grado de deterioro cognitivo en el que se encuentra el adulto mayor, y así poder desarrollar la terapia cognitiva, donde se

intervenga con psicoestimulación cognitiva es preferible realizar con actividades lúdicas para que el adulto mayor pueda trabajar con mayor interés.

Estudios que se han realizado no indican que las personas a partir de los 60 años de edad, la progresión de sus procesos cognitivos es muy lenta, esto depende al estilo de vida que la persona lleva ya que al tener una constante estimulación mental, los procesos cognitivos es muy difícil que vayan decayendo con rapidez.

2.3. Glosario de términos

Adaptación: según Piaget, el desarrollo de capacidades mentales conforme los organismos interactúan y aprenden a enfrentarse con su medio. Está compuesto por la asimilación y la acomodación o ajuste.

Afasia. Alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas (lectura, escritura o habla), debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje.

Afectividad. Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive.

Aislamiento afectivo. Es la separación por parte del individuo de las ideas y los sentimientos originalmente asociados a ellas. Se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos).

Alcoholismo. Conjunto de trastornos físicos y psíquicos ocasionados por el consumo excesivo y continuado de bebidas alcohólicas.

Amnesia. Pérdida parcial o total de la memoria. Puede deberse a causas emocionales u orgánicas, o a la combinación de ambas.

Aprendizaje cognitivo. Proceso activo por el que el sujeto modifica su conducta, dándole un carácter personal a lo aprendido.

Cognición. Procesamiento consciente de pensamiento e imágenes.

Compensación. Mecanismo psicológico inconsciente mediante el cual el sujeto intenta contrarrestar su inferioridad real o imaginaria.

Desarrollo cognitivo. Crecimiento que tiene el intelecto en el curso del tiempo, la maduración de los procesos superiores de pensamiento desde la infancia hasta la adultez.

Desorientación. Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de donde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

Deterioro mental. Pérdida de algunas de las capacidades intelectuales de la persona.

Estrés. Cualquier exigencia que produzca un estado de tensión en el individuo y que pida un cambio o adaptación por parte del mismo.

Habilidad. Capacidad de actuar que se desarrolla gracias al aprendizaje, al ejercicio y a la experiencia.

Labilidad. Estado emotivo caracterizado por una alteración del control consciente de las reacciones emotivas.

Memoria. Capacidad mental de conservar y evocar cuanto se ha vivido. Fenómeno psíquico muy complejo en el que entran en juego el psiquismo elemental (rastros que las sensaciones dejan en el tejido nervioso), la actividad nerviosa superior (creación de nuevas conexiones nerviosas por repetición, es decir, reflejos condicionados) y el sistema conceptual o inteligencia propiamente dicha. Actividad específicamente humana en cuanto comporta el reconocimiento de la imagen pasada como pasada.

Motivación. Conjunto de motivos que intervienen en un acto electivo, según su origen los motivos pueden ser de carácter fisiológico e innatos (hambre, sueño) o sociales; estos últimos se adquieren durante la socialización, formándose en función de las relaciones interpersonales, los valores, las normas y las instituciones sociales.

Percepción. Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto.

Psicoestimulación.- parten del concepto *Neuroplasticidad*, propiedad natural del funcionamiento de las neuronas que permite al cerebro adaptarse a los cambios o modificar las rutas que conectan a las neuronas, su objetivo es *mantener o reactivar las capacidades cognitivas*.

Recuerdo. Reproducción de algo vivido o aprendido anteriormente.

Reflejo. Respuesta orgánica espontánea y no aprendida.

Refuerzo. Cualquier estímulo que aumenta la probabilidad de que se produzca una cierta clase de respuestas.

Social, Psicología. Estudio de las relaciones entre individuo y la sociedad.

2.4. Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores?
- ¿La aplicación de técnicas permite detener el deterioro cognitivo en los adultos mayores?
- ¿Cuáles son las condiciones en las que viven los adultos mayores?
- ¿Cómo es la relación que mantiene con las personas que se relaciona en su entorno?

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TABLA Nº. 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	INDICADORES	ITEMS INSTRUMENTOS
Técnicas cognitivas	Un proceso a través del cual las personas debido a su edad trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible, a nivel emocional (mental, social), ejercita los recursos externos y mantiene las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva. No solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda la afectividad, lo conductual, lo social, lo familiar y lo biológico, buscándose intervenir a la persona adulta mayor de forma integral.	-Desorientación del adulto mayor	-Tareas de orientación temporo-espacial objetivos	Registros.
		-Déficit de percepción cognitiva	-Tareas de percepción y gnosias objetivos.	Hojas de evaluación.
		-Disminución de la memoria.	-Tareas de memoria objetivos	Hojas de Resultados
		Dificultad en el lenguaje.	-Tareas de lenguaje objetivos	Planificación terapéutica
			-Tareas de cálculo objetivos	
			-Tareas de función ejecutiva objetivos	
Deterioro funciones ejecutivas	El deterioro cognitivo del anciano es muy heterogénea, ya que estudios en individuos sanos indican que el deterioro de las capacidades ejecutivas (dificultad para resolver problemas, tomar decisiones complejas o no familiares, inhibir respuestas) y amnésicas (memoria) experimentan progresión muy lenta a partir de los 60 años	Normal	24_ 30	-Test Mini-Mental de Folstein
		Leve	20_23	- Escala de Depresión Geriátrica)
		Moderado	10_ 19	-Registros.
		Severo	0_ 9	-Hojas de evaluación.
				-Hojas de Resultados
				-Planificación terapéutica

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIACIÓN

3.1 Diseño DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación se aplicara el diseño no experimental ya que no se puede manipular las variables. Es decir, se realizará un levantamiento de información sin alterar los elementos que lo han producido, de modo que la investigación no experimental solo se la realizará observando los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

En la presente investigación sobre el deterioro de las funciones ejecutivas en adultos mayores del GAD Angochagua, se realizara el diseño no experimental observando las situaciones ya existentes para prevenir su deterioro cognitivo.

3.2 Tipos de investigación

Para el desarrollo del estudio se utilizara como herramientas los tipos de investigación más acertadas para recopilar la información en este caso serán:

3.2.1 Bibliográfica

La investigación bibliográfica constituye una excelente introducción a todos los otros tipos de investigación, además de que constituye una necesaria

primera etapa de todas ellas, puesto que ésta proporciona el conocimiento de las investigaciones ya existentes – teorías, hipótesis, experimentos, resultados, instrumentos y técnicas usadas- acerca del tema.

3.2.2 Descriptiva

Por medio de la investigación descriptiva se describe los componentes involucrados al ambiente en el cual se desarrollan e interactúan los adultos mayores, de este modo se conocerá de mejor manera los elementos que afectan directa o indirectamente el deterioro de sus funciones ejecutivas. Además con ayuda de los resultados obtenidos en la investigación descriptiva servirán de base para la tabulación y análisis de los resultados de la investigación.

3.2.3 Explicativo

Los estudios exploratorios nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos que relativamente desconocemos acerca del tema, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre el contexto particular e investigar los problemas que se consideren cruciales en el deterioro de las funciones ejecutivas del adulto mayor.

Para la aplicación de esta investigación se iniciará con la búsqueda de hechos e información necesaria sobre el estado en el que se encuentran los adultos mayores. Los hechos recopilados por medio de la investigación explicativa serán un punto de referencia además de servir como estudio comparativo con otras investigaciones realizadas en otros lugares sobre la misma temática, durante el desarrollo de la aplicación de la investigación.

3.3. Métodos de investigación

3.3.1 Método Deductivo - Inductivo

El uso de este método de investigación será de gran respaldo ya que se establecerá las condiciones generales que influyen en el deterioro de las funciones ejecutivas del adulto mayor y así, poder llegar a establecer conclusiones particulares en las que se ven afectados.

3.3.2 Método Analítico - Sintético

El método analítico sintético para la presente investigación servirá para conocer la totalidad de elementos que se relacionan en el tema de estudio, para luego sintetizarlos en sus componentes principales, de manera que se pueda conocer las raíces del problema para posteriormente dar una explicación y solución de los mismos.

Este método no llevara a establecer las condiciones cognitivas en las que se encuentran los adultos mayores del centro Gerontológico del GAD Ibarra

3.3.3 Método psicométrico

Este método se basa en técnicas psicológicas para recabar información y así detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en los adultos mayores.

3.4 Técnicas

Para el correcto desarrollo de la investigación se utilizara las siguientes técnicas de recopilación de datos:

3.4.1 Test psicológico

Los test psicológicos son sin duda una herramienta que puede ser útil a la hora de generar un conocimiento de distintos aspectos íntimos de una persona. No obstante, siempre es oportuno reconocer que estos serán insuficientes a la hora de explicar cabalmente esta circunstancia, considerando el hecho de que la psicología es una ciencia que dista de ser exacta.

3.4.2 Observación

La observación se puede utilizar como técnica para conocer más a fondo los casos de intervención. La conducta es lo que se pretende observar durante un estudio psicológico. En este caso la visita constante a la junta parroquial del GAD-Angochagua en lo cual se puede ver del desempeño de su memoria, etc. entonces la tenemos que las observaciones pueden ser tan solo la técnica para medir la variable dependiente en un experimento, pero los diseños observacionales dependen de manera principal de los registros observacionales de la conducta relativamente espontánea y natural.

3.4.3 Entrevista

La entrevista se la direccionará a los usuarios que asisten al Centro lo cual proporcionará información relevante en cuanto al tema, relacionado a su padecimiento y entorno en social y familiar. Del mismo modo la entrevista direccionará la información para saber cómo se encuentra el estado de los pacientes.

3.5 Instrumentos

3.5.1 Test de Test Mini-Mental de Folstein

La Mini prueba del estado mental (también llamado Mini Examen del Estado Mental, en Inglés Mini-mental state examination, es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria.

Indicación

El examinador, que deberá estar familiarizado con la prueba y con las instrucciones referentes a las diferentes escalas, deberá realizar la entrevista con el paciente previo a la aplicación de la prueba. Debe leer las instrucciones al paciente de forma textual y precisa al examinado. Si el paciente corrige una respuesta, debe darse crédito a la respuesta correcta. Antes de comenzar el mini examen debe tomarse nota del Nombre completo del paciente, su edad y su escolaridad, y preguntar al paciente si tiene algún problema con su memoria.

Administración

- Orientación en tiempo (5 puntos): Se pregunta el día de la semana, fecha, mes, año y estación del año. Se otorga un punto por cada respuesta correcta. Se puede considerar correcta la fecha con diferencia de 2 días.
- Orientación en lugar (5 puntos): Se pregunta el lugar de la entrevista, hospital, ciudad, provincia y país. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.
- Registro de 3 palabras (3 puntos): Se pide al paciente que escuche atentamente a las tres palabras que se le mencionarán (usualmente casa, zapato y papel) y tiene que repetirlos. Se le avisa que más tarde se le preguntarán de nuevo. Se otorga un punto por cada palabra correcta.
- Atención y cálculo (5 puntos): Se pide que reste a 100 el número 7 y continúe restando de su anterior respuesta hasta que el explorador lo detenga. Por cada respuesta correcta se otorga un punto, y debe detenerse después de 5 repeticiones correctas.
- Evocación (3 puntos): Se le pide que repita los objetos nombrados anteriormente. Por cada repetición correcta se otorga un punto
- Nominación (2 puntos): Se muestra un lapicero y un reloj, el paciente debe nombrarlos. Se otorga un punto por cada respuesta correcta.

- Repetición (1 punto): Se pide al paciente que repita la siguiente oración: "Tres perros en un trigal", se otorga un punto si puede realizar la acción
- Comprensión (3 puntos): Se le indican tres órdenes simples que pueda realizar. Por ejemplo, Tome el papel con su mano derecha, dóblelo a la mitad y póngalo en el suelo. Se otorga un punto por cada acción correcta
- Lectura (1 punto) Se solicita al paciente que lea la orden "Cierre los ojos" (escrita previamente) y la obedezca. No debe decirlo en voz alta y sólo puede explicársele una vez
- Escritura (1 punto): Se pide al paciente que escriba una oración, que debe tener sujeto y predicado. Se otorga 1 punto si la oración tiene sentido.
- Dibujo. Debe copiar un dibujo simple de dos pentágonos cruzados (véase imagen anterior). Se considera correcto si su respuesta tiene dos figuras de 5 lados y su cruce tiene 4 lados.

Interpretación

La puntuación determina la normalidad o el grado de deterioro que puede sufrir una persona. Al calificarse se puntúa cada respuesta de acuerdo al protocolo y se suma el puntaje obtenido por todas las respuestas. Si el paciente no puede responder una pregunta por una causa no atribuible a enfermedad relacionada con el estado mental (el paciente no sabe leer y se le pide que lo haga) debe eliminarse y se obtendrá la relación proporcional al resultado máximo posible.

Los resultados dependen de la puntuación alcanzada una vez terminada la prueba.

- Entre 30 y 27: Sin Deterioro.
- Entre 26 y 25: Dudoso o Posible Deterioro.
- Entre 24 y 10: Demencia Leve a Moderada.
- Entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa.
- Menos de 6: Demencia Severa.

Como se ha comentado, esta prueba no puede definir un diagnóstico y debe estar acompañada por la entrevista clínica, exploración física y pruebas complementarias

Presentación del Test Psicométrico

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente.....Edad.....
Ocupación.....Escolaridad.....
Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Dígame el día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año..... -
___5
- Dígame el hospital (o lugar).....
- Planta.....ciudad.....Provincia.....Nación.....
___5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)
___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

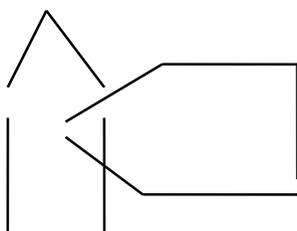
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando?
___5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás
___3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? _____3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj _____2
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros _____1
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?
- ¿Qué son el rojo y el verde? _____2
- ¿Que son un perro y un gato? _____3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa _____1
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS _____1
- Escriba una frase _____1
- Copie este dibujo _____1

**Aplicación del Test****Orientación:**

Seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).

Fijación:

Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que lo recuerde ya que más tarde se le preguntará.

Concentración:

Si no entiende o se resiste, se le puede animar un poco, como máximo reformular la pregunta como sigue: “si tiene 30 euros y me da 3 ¿Cuántos euros le quedan? y a continuación siga dándome de 3 en 3 (sin repetir la cifra que él dé). Un punto por cada substracción correcta, exclusivamente. Por ejemplo 30 menos 3 = 28 (0 puntos); si la siguiente substracción es de 25, ésta es correcta (1 punto). Repetir los dígitos lentamente: 1 segundo cada uno hasta que los aprenda. Después pedirle que los repita en orden inverso y se le da un punto por cada dígito que coloque en oposición inversa correcta.

Por ejemplo, 592 (lo correcto es 295); si dice 925 le corresponde 1 punto.

Memoria:

Seguir las instrucciones del test, dando amplio margen de tiempo para que pueda recordar, pero sin ayudarle (un punto por cada palabra recordada)

Lenguaje y construcción:

Seguir las instrucciones puntualizando que:

Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos.

Semejanzas: para darle un punto en verde-rojo tiene que responder inexcusablemente “colores”. Para la semejanza perro-gato la contestación correcta exclusiva es animales o animales de “x” características o bichos.

En las órdenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces otro fallo. Dependiendo de la posición del paciente se podrá modificar la orden de poner el papel en la mesa o en el suelo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.

Para los test de la lectura y escritura, pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte posterior del papel, para que los vea perfectamente. Se le concede un punto si, independientemente de lo lea en voz alta, cierra los ojos sin que se le insista verbalmente. Recaltar antes, dos veces como máximo que lea y haga lo que pone en el papel.

Para escribir una frase instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede usarse un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento para dar un punto (las frases impersonales sin sujeto)

Figuras: la ejecución correcta (1 punto) requiere que cada pentágono tenga exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto.

Registro de Observación

El registro de observación servirá para la recopilación de la información, además de poder observar el progreso y avance que tienen los adultos mayores respecto a la evolución.

3.6 Población y muestra

3.6.1 Población

La población en estudio es representada por 20 adultos mayores que asisten al centro del adulto mayor. Adultos mayores de edades entre 65 a 89 años que se

encuentran en estado de abandono por parte de sus familias y se encuentran en situación de vulnerabilidad, asisten al centro del Adulto Mayor de GAD-I.

3.6.2 Muestra

La muestra en estudio será el total de adultos mayores que asisten a la junta parroquial de Angohagua, los cuales se presentan en número de 20 personas.

3.6.3 Muestreo.

Criterio de inclusión:

- Personas comprendidas entre los 65 a 89 años de edad.
- Adultos mayores pertenecientes a Centro del GAD.I.

Criterio de exclusión:

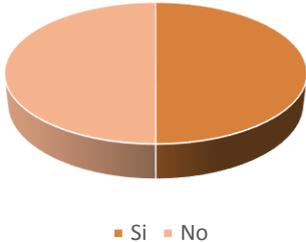
Todo aquel criterio que no cumple con el criterio de inclusión

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ORIENTACION TEMPORAL

TABLA Nº. 2 ORIENTACIÓN TEMPORAL

TEST			POST TEST																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Orientación temporal</th> </tr> <tr> <th></th> <th><i>f</i></th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>10</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>10</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>20</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>			Orientación temporal				<i>f</i>	%	Si	10	50%	No	10	50%	Total	20	100%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Orientación temporal</th> </tr> <tr> <th></th> <th><i>f</i></th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>14</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>6</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>20</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>			Orientación temporal				<i>f</i>	%	Si	14	70%	No	6	30%	Total	20	100%
Orientación temporal																																			
	<i>f</i>	%																																	
Si	10	50%																																	
No	10	50%																																	
Total	20	100%																																	
Orientación temporal																																			
	<i>f</i>	%																																	
Si	14	70%																																	
No	6	30%																																	
Total	20	100%																																	
<p style="text-align: center;">ORIENTACIÓN TEMPORAL</p>  <p style="text-align: center;">■ Si ■ No</p>			<p style="text-align: center;">ORIENTACIÓN TEMPORAL</p>  <p style="text-align: center;">■ Si ■ No</p>																																
<p>ANALISIS.</p> <p>Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio que del grupo investigado la mitad los participantes tienen la orientación temporal adecuada.</p> <p>En la aplicación del post test se logró evidenciar que más de la mitad de los participantes mejoraron su orientación temporal con la aplicación de técnicas de estimulación cognitiva.</p>																																			

4.2. ORIENTACION ESPACIAL

TABLA Nº. 3 ORIENTACIÓN ESPACIAL

TEST	POST TEST

ORIENTACION ESPACIAL			Orientación Espacial		
	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Si	13	65%	Si	16	80%
No	7	35%	No	4	20%
Total	20	100%	Total	20	100%

ORIENTACION ESPACIAL



■ Si ■ No

ORIENTACIÓN ESPACIAL



■ Si ■ No

ANALISIS.

Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio del grupo investigado que mas de la mitad de los participantes tienen la orientación espacial adecuada.

En la aplicación del post test se logró evidenciar un incremento en el número de participantes que con la aplicación de técnicas de estimulación cognitivas lograron una mejor orientación espacial

4.3. FIJACIÓN

TABLA Nº. 4 FIJACION

TEST	POST TEST
------	-----------

Fijación			Fijación		
	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Si	14	70%	Si	18	90%
No	6	30%	No	2	10%
Total	20	100%	Total	20	100%

FIJACIÓN		FIJACIÓN	
<p>■ Si ■ No</p>		<p>■ Si ■ No</p>	

ANALISIS.

Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio del grupo investigado que más de la mitad de los participantes tienen la fijación adecuada.

En la aplicación del post test se logró evidenciar en la mayoría de los participantes después de la aplicación de técnicas de estimulación cognitivas lograron una mejoría en fijación.

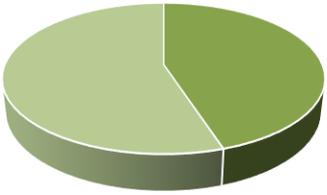
4.4. ATENCIÓN Y CÁLCULO

TABLA N°. 5 ATENCIÓN Y CÁLCULO

TEST	POST TEST

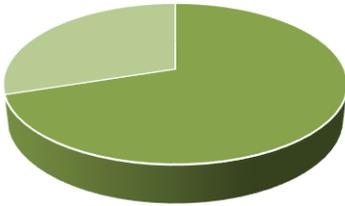
ATENCIÓN Y CÁLCULO			Atención y Cálculo		
	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Si	9	45%	Si	14	70%
No	11	55%	No	6	30%
Total	20	100%	Total	20	100%

ATENCIÓN Y CÁLCULO



■ Si ■ No

ATENCIÓN Y CÁLCULO



■ Si ■ No

ANALISIS.

Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio del grupo investigado que menos de la mitad de los participantes tienen Atención y Calculo Adecuado.

En la aplicación del post test se logró evidenciar en la mayoría de los participantes después de la aplicación de técnicas de estimulación cognitivas lograron una mejoría en Atención y Calculo Adecuado.

4.5. MEMORIA

TABLA N°. 6 MEMORIA

TEST	POST TEST
------	-----------

MEMORIA			Memoria		
	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Si	11	55%	Si	14	70%
No	9	45%	No	6	30%
Total	20	100%	Total	20	100%

MEMORIA

MEMORIA

ANALISIS.

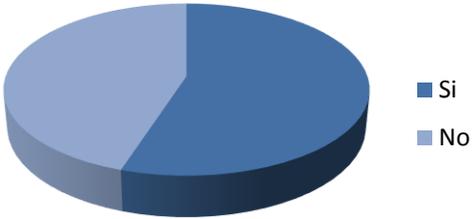
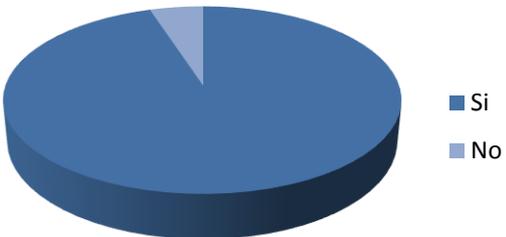
Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio del grupo investigado que más de la mitad de los participantes tienen la memoria en buen estado.

En la aplicación del post test se logró evidenciar que la mayoría logro superar a las tres cuartas partes de la totalidad de los participantes después de la intervención cognitiva lograron una mejoría en su memoria.

4.6. NOMINACION

TABLA N°. 7 NOMINACION

TEST			POST TEST		
NOMINACION			Nominación		
	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Si	11	55%	Si	19	95%
No	9	45%	No	1	5%

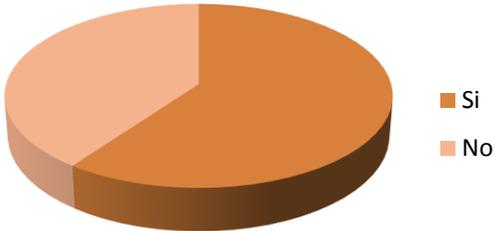
Total	20	100%	Total	20	100%
					
<p>ANALISIS.</p> <p>Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio del grupo investigado que más de la mitad de los participantes no tuvieron dificultad en esta subescala.</p> <p>En la aplicación del post test se logró evidenciar que la mayoría logro superar a la gran mayoría de los participantes después de la intervención cognitiva lograron una mejoría en la subescala de Nominación.</p>					

4.7. REPETICIÓN

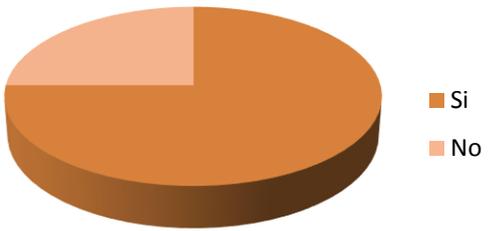
TABLA N°. 8 REPETICION

TEST	POST TEST
-------------	------------------

Repetición			Repetición		
	<i>F</i>	%		<i>f</i>	%
Si	12	60%	Si	15	75%
No	8	40%	No	5	25%
Total	20	100%	Total	20	100%



■ Si
■ No



■ Si
■ No

ANALISIS.

Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio del grupo investigado que más de la mitad de los participantes no tuvieron dificultad en esta subescala.

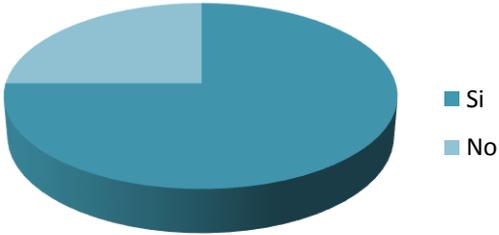
En la aplicación del post test se logró evidenciar que la mayor parte de los participantes después de la intervención cognitiva lograron una mejoría en la subescala de Repetición.

4.8. COMPRENSIÓN

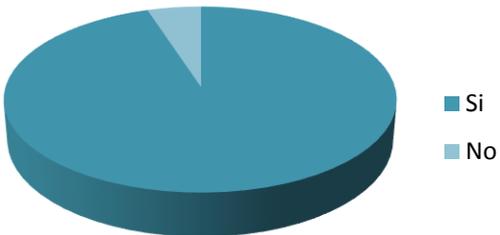
TABLA N°. 9 COMPRENSIÓN

TEST	POST TEST
------	-----------

COMPRESIÓN			Comprensión		
	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Si	15	75%	Si	19	95%
No	5	25%	No	1	5%
Total	20	100%	Total	20	100%



■ Si
■ No



■ Si
■ No

ANALISIS.

Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio del grupo investigado que más de la mitad de los participantes no tuvieron dificultad en esta subescala.

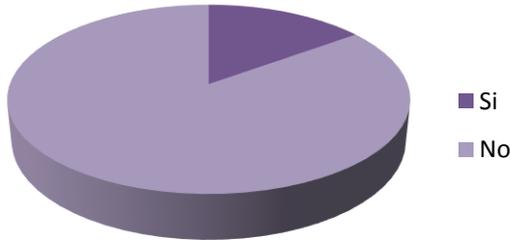
En la aplicación del post test se logró evidenciar que la mayoría de los participantes después de la intervención cognitiva lograron una mejoría en la subescala de Comprensión.

4.9. LECTURA

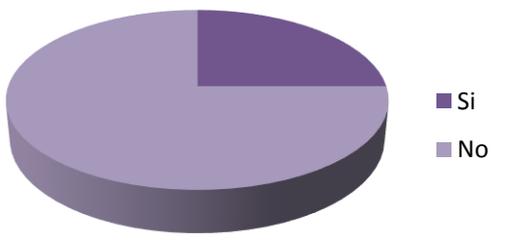
TABLA Nº. 10 LECTURA

TEST	POST TEST
------	-----------

LECTURA			Lectura		
	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Si	3	15%	Si	5	25%
No	17	85%	No	15	75%
Total	20	100%	Total	20	100%



■ Si
■ No



■ Si
■ No

ANALISIS.

Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio del grupo investigado que la tercera parte de los participantes no tuvieron dificultad en esta subescala de Lectura, y en su gran mayoría tenía un nivel muy bajo por sus condiciones de vida.

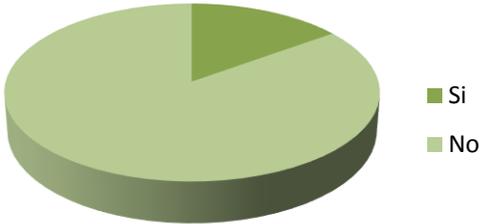
En la aplicación del post test se logró evidenciar que un pequeño porcentaje de los participantes después de la intervención cognitiva lograron una mejoría en la subescala de Lectura.

4.10. ESCRITURA

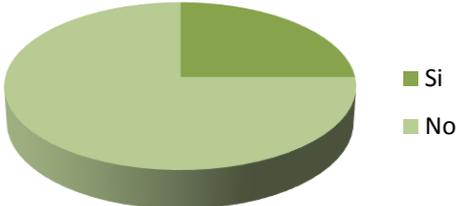
TABLA N°. 11 ESCRITURA

TEST	POST TEST
------	-----------

ESCRITURA			Escritura		
	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Si	3	15%	Si	5	25%
No	17	85%	No	15	75%
Total	20	100%	Total	20	100%



■ Si
■ No



■ Si
■ No

ANALISIS.

Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio del grupo investigado que la tercera parte de los participantes no tuvieron dificultad en esta subescala de Escritura, y en su gran mayoría tenía un nivel muy bajo por sus condiciones de vida.

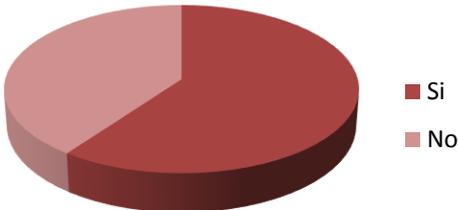
En la aplicación del post test se logró evidenciar que un pequeño porcentaje de los participantes después de la intervención cognitiva lograron una mejoría en la subescala de Escritura.

4.11. DIBUJO

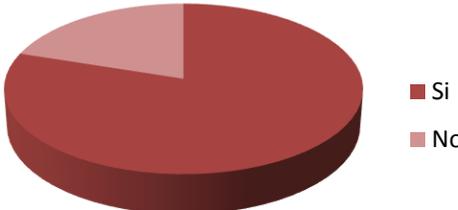
TABLA N°. 12 DIBUJO

TEST	POST TEST
------	-----------

DIBUJO			Dibujo		
	<i>f</i>	%		<i>f</i>	%
Si	12	60%	Si	16	80%
No	8	40%	No	4	20%
Total	20	100%	Total	20	100%



■ Si
■ No



■ Si
■ No

ANALISIS.

Al aplicar el reactivo psicológico se evidencio del grupo investigado que más de la mitad de los participantes no tuvieron dificultad en esta subescala de Dibujo.

En la aplicación del post test se logró evidenciar un porcentaje considerable de los participantes después de la intervención cognitiva lograron una mejoría en la subescala de Dibujo.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se aplicó el reactivo psicológico Mini mental test donde se pudo evaluar cada una de las funciones mentales superiores y ahí se pudo evidenciar que la falta de estimulación cognitiva era bastante considerable en los adultos mayores de Angochagua.

- El deterioro cognitivo, es toda alteración de las capacidades mentales superiores como (la memoria, razonamiento abstracto, concentración, atención, , juicio, praxias), por lo tanto es un tema de gran importancia, que llevan al adulto mayor a tener una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados.
- Al realizar estimulación cognitiva mediante un entrenamiento de las funciones mentales superiores conseguimos que las personas mayores conserven la capacidad intelectual y aprendan estrategias y recursos que permitan lentificar y compensar los cambios del procesamiento mental que se puedan producir con la edad.
- El deterioro cognitivo más graves en los adultos mayores interfiere negativamente con las actividades de la vida diaria y se pueden ver afectadas varias funciones mentales superiores por la falta de estimulación lo cual produce un déficit importante y notorio de la capacidad de relación social, familiar, o laboral de un adulto mayor.
- La guía de estimulación cognitiva es una herramienta fundamental para mejorar la actividad mental de los adultos mayores donde encontramos diferentes técnicas como Gimnasia Cerebral, la cual nos permite estimular los hemisferios cerebrales dependiendo la naturaleza de los mismos. La gimnasia mental es muy importante en la intervención ya que sirve para activar y potenciar el funcionamiento de nuestro cerebro.
- Los adultos mayores de la parroquia de Angochagua nunca han recibido ningún tipo de estimulación cognitiva por lo que existe un grado de dificultad en la intervención.
- En las áreas de lenguaje y escritura la intervención tuvo mayor dificultad ya que la mayoría no han recibido educación escolar.
- En el área de memoria los adultos mayores presentan dificultades en el recuerdo de nueva información o en la evocación de palabras o nombres familiares

5.2 RECOMENDACIONES

- Que la Universidad Técnica del Norte incentive a los estudiantes de la carrera de Psicología General para la continuidad de la aplicación de la guía de estimulación cognitiva y así poder preservar la salud mental de los adultos mayores.
- Realizar plan de intervención con mayor frecuencia en estimulación cognitiva para que los adultos mayores puedan mantener sus funciones mentales superiores activas.
- Desarrollar un hábito de ejercicios en los adultos mayores para evitar un declive en la calidad de vida y así poder incrementar su autonomía y sus relaciones individuales, familiares y sociales.
- La junta parroquial de Angocagua debe seguir realizando el plan de intervención en técnicas cognitivas para mantener activas las funciones mentales superiores de los adultos mayores.

CAPÍTULO VI

6. PROPUESTA

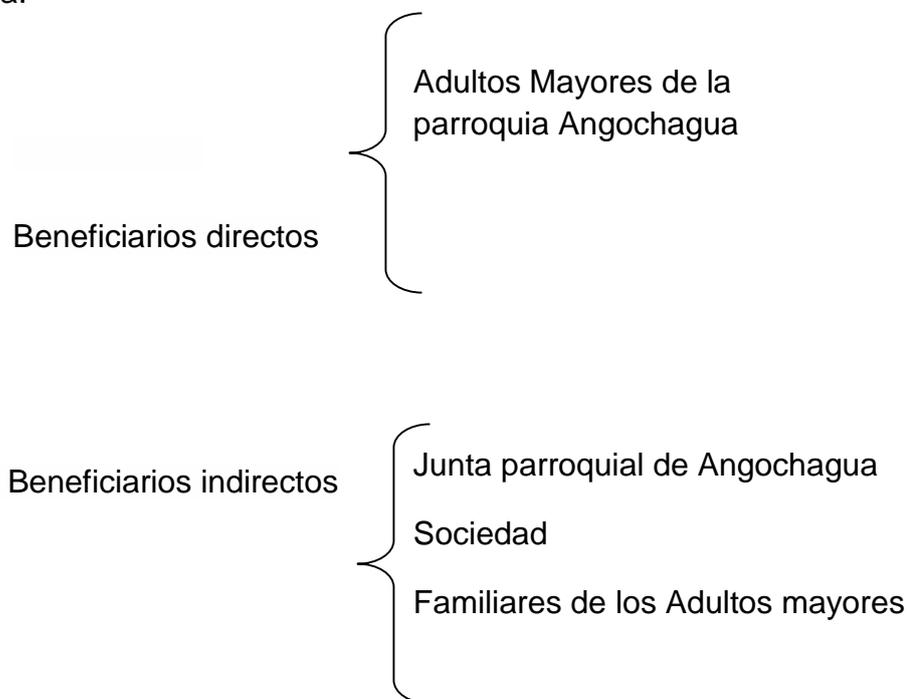
6.1 PROPUESTA ALTERNATIVA

6.1. Título de la Propuesta

Técnicas cognitivas para mitigar el deterioro en las funciones mentales superiores y mejorar la calidad de vida del adulto mayor del GAD-Angochagua de Marzo a Junio 2016

6.2 Justificación e Importancia

La presente propuesta de intervención se justifica en la medida en que tendrá beneficiarios directos e indirectos los mismos que a continuación se detalla y se explica:



Los beneficiarios directos serán los 20 adultos mayores de la parroquia Angochagua, y que con la intervención se espera prevenir los factores que puedan acelerar el proceso de deterioro cognitivo ya que los beneficiarios por residir en un sector rural y dedicar su mayor parte del tiempo a la agricultura nunca han realizados programas de intervención cognitiva por consiguiente sus funciones mentales superiores se ven mayormente afectadas además que no han tenido acceso a la educación.

Lo beneficiarios indirectos de la intervención a desarrollarse será la junta parroquial ya que podrán tener un registro de atención psicológica, además que los adultos mayores tendrán una guía para que sus funciones mentales superiores estén activas. Las familias son beneficiarios indirectos ya podrán tener más confianza en el adulto mayor y podrá mejorar las relaciones familiares.

Es sustancial mencionar la importancia de esta intervención en la medida en que las personas con deterioro cognitivo pueden presentar algunos síntomas como:

- Repetir mucho las preguntas.
- Desorientarse en un lugar conocido o poco conocido.
- No saber en qué día, año o mes nos encontramos.
- Tener dificultad para aprender cosas nuevas.
- Dificultad progresiva para encontrar las palabras que queremos decir.
- Abandono de algunas tareas cotidianas como ir a comprar, cocinar, etc.
- Desinterés por las aficiones que se tenían.
- Empezar a aislarse...

6.3 Fundamentación

La estimulación cognitiva consiste, según López, López y Ariño (2002) en la rehabilitación como proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad o lesión trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible. Por lo que se busca alcanzar una mejoría a nivel emocional, ya que se entrena a las personas a reutilizar habilidades instauradas, (tanto mentales como sociales), ya olvidadas y a ejercitar la utilización de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva.

La propia definición de lo que es la estimulación cognitiva, indica que ésta no solamente se centra en la parte cognitiva, sino que aborda otros factores de relevancia dentro del ser humano, tales como la afectividad, lo conductual, lo social, lo familiar y lo biológico, buscando una intervención integral en la persona adulta mayor.

La estimulación cognitiva puede ser una herramienta muy útil. Las directrices internacionales para la práctica clínica en el tratamiento de la demencia recomiendan la aplicación de todas aquellas intervenciones que incrementen la autonomía funcional y mejoren el estado afectivo de los pacientes y de sus cuidadores. No existen todavía evidencias claras sobre el poder de las intervenciones cognitivas. Sin embargo, empieza a haber datos en la literatura de la eficacia de estas técnicas (mejoría en el recuerdo de tareas o información específicas, de la memoria procedimental) y su posible efecto sobre la evolución de la enfermedad (retraso del deterioro). (Tárraga, Boada, 2004, 18).

6.4. Objetivos

6.4.1 Objetivo General

Aplicar Técnicas cognitivas para mitigar el deterioro en las funciones ejecutivas superiores y mejorar la calidad de vida del adulto mayor del GAD-Angochagua de Marzo a Junio 2016”

6.4.2 Objetivos Específicos

- Aplicar tecnicas grupales para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- Creación de una guía de intervención para lentificar el proceso de deterioro de las funciones mentales superiores
- Aplicación individual de la guía de intervención cognitiva a los adultos mayores de Angochagua.



Fuente: google map

6.5 Ubicación Sectorial y Física

Desde el punto de vista de micro localización de la propuesta se desarrolla en la parroquia de San Juan de Angochagua, que está ubicada en el suroriente de la provincia de Imbabura y al sur del Cantón de Ibarra (ver figura 1), cuya superficie es de 12.392 ha (123 km²), la base cartográfica del cantón se presenta en el mapa base (Fuente: cobertura shp. GPI 2010).

Es importante señalar que existen diferendos con los límites de la parroquia, en este sentido, se encuentra en proceso el trámite ante la Comisión Nacional de Límites, CELIR y Municipio de Ibarra para establecer los límites definitivos. La Junta parroquial de Angochagua esta destinada al desarrollo equitativo, inclusivo y organizado de sus comunidades, sus recursos naturales que son manejados sustentablemente respetando sus tradiciones y costumbres; potencializando actividades productivas innovadoras, artesanía con identidad, ecoturismo y turismo comunitario, que generen beneficios a la población tienen, lo dirige el Dr. Hernán Sandoval.

6.6 Desarrollo de la Propuesta

OBSERVACION Y ENTREVISTA PSICOLOGICA		
PROCESO	RECURSOS	OBSERVACIONES
Por medio de la observación podemos acercarnos a la realidad de la persona, mediante un dialogo se puede observar varias deficiencias del adulto mayor en la interacción social y a su vez recopilar datos relevantes para la intervención.	Material de Oficina: Esferográficos Copias de las fichas	En la entrevista y observación se recopilo los datos fundamentales para dar inicio a la intervención, se valoro a 20 adultos mayores pertenecientes al GAD Angochagua.
APLICACIÓN DE TEST		
PROCESO	RECURSOS	OBSERVACIONES
Se realizó la aplicación del MINI MENTAL STATUS EXAMINATION (FOLSTEIN) el cual evalúa diferentes áreas como : -Orientación temporal -Orientación espacial -Fijación -Atención y Calculo -Memoria -Nominación -Repetición	Copias de test Lápiz Hojas de papel bond	La aplicación del test se realizó de manera individua a los Adultos mayores que asisten a la junta parroquial de Angohagua

<p>-Comprensión -Lectura -Escritura -Dibujo</p> <p>Para determinar el grado de deterioro cognitivo en el paciente y así realizar una intervención más personalizada.</p>		
APLICACIÓN DE GIMNASIA CEREBRAL		
PROCESO	RECURSOS	OBSERVACIONES
<p>ACTIVAR LOS BOTONES CEREBRALES</p> <p>Este consiste en colocar las piernas abiertas de forma moderada, a la vez que la mano izquierda se posa sobre el ombligo presionando levemente. Por otra parte, con los dedos índice y pulgar de la mano derecha presionamos las arterias carótidas (que son las que van del corazón al cerebro), en el cuello</p> <p>MARCHA CRUZADA PARA TU SALUD MENTAL</p> <p>Consiste en colocar y levantar levemente la rodilla derecha y tocarla con el codo izquierdo flexionado, luego volver a una posición inicial, y posteriormente realizar el mismo movimiento, pero, al contrario; es decir, levantar levemente nuestra rodilla izquierda y tocarla con nuestro codo derecho debidamente flexionado.</p> <p>EL GANCHO DE COOK</p> <p>-Estando de pie, cruza tus pies de forma que no pierdas el equilibrio, luego estira tus dos brazos hacia el frente y sepáralos el uno del otro, las palmas de tus manos deben estar hacia fuera, con los pulgares apuntando hacia abajo, luego en esa misma</p>	<p>OFICINA (lugar apropiado)</p>	<p>Esto nos ayuda a normalizar la presión sanguínea, activa y mejora la actividad del cerebro, estabiliza la presión normal de la sangre al cerebro, optimiza el funcionamiento del sistema vesicular que es el encargado de controlar el equilibrio y ayuda a aumentar la atención cerebral.</p> <p>Esto no ayuda a Activar la lateralidad de ambos hemisferios cerebrales haciendo que trabajen en conjunto, útil cuando leemos o escribimos e incluso en las matemáticas. Adicionalmente, activamos nuestro funcionamiento mente-cuerpo, por lo cual esta rutina es muy útil cuando vamos a hacer alguna actividad</p> <p>Causa un efecto integrador en el cerebro y ayuda a activar la corteza sensorial y motora de ambos hemisferios cerebrales. Ayuda también a tu cerebro a responder más rápido y</p>

posición **entrelaza tus manos y dedos** de forma que los pulgares sigan apuntando hacia abajo y lleva lentamente tus manos entrelazadas hacia tu pecho de forma que tus codos queden abajo y tus manos unidas debajo de tu mentón.
-Mientras realizas estos movimientos debes apoyar tu lengua en tu paladar, ésto hace que tu cerebro esté atento. Repite varias veces.

BOMBEO DE PANTORRILLA

Apoya las manos contra una pared o el espaldar de una silla. Estira totalmente la pierna izquierda hacia la parte de atrás y levanta el talón. Tu cuerpo debe estar inclinado hacia adelante en un ángulo de 45 grados.
-Exhala inclinándote contra la pared mientras flexionas tu rodilla derecha y presionas el talón izquierdo contra el piso.
-Inhala y regrese a tu posición inicial mientras te relajas y levantas el talón izquierdo.
-Repite 3 o más veces. Alterna con la otra pierna y repite. El objetivo de este ejercicio es devolver a los pies y a las piernas la extensión natural de los tendones.

El ABC

Escribe en una hoja de papel el abecedario completo en letras mayúsculas, luego escribe al azar debajo de cada letra las letras “d, i, j” cuidando de que no te queden debajo de las D, I, J mayúsculas. Pega la hoja en una pared a la altura de tus ojos.

1.-Lee en voz alta el abecedario escrito en mayúsculas, si notas que debajo de la letra mayúscula que lees hay una “i” minúscula, sube tu brazo izquierdo, al ver una “d” sube tu brazo derecho y al

disminuye el estrés, **focalizando el aprendizaje**. El Gancho de Cook es muy recomendado para realizarlo al iniciar cualquier actividad, pues ayuda a activar y conectar todas las energías del cuerpo mejorando la concentración.

Este ejercicio nos ayuda a Mejorar la concentración, atención y comprensión.

<p>ver una “j” sube ambos brazos. Realiza estos movimientos de forma coordinada con la lectura en voz alta de cada letra.</p> <p>2.-Realiza esta actividad desde la “A” hasta la “Z” y luego de la “Z” a la “A”, si te equivocas en el camino sacude tu cuerpo y vuelve a comenzar desde el principio. Repite cuantas veces sea necesario hasta que logres no equivocarte.</p>		<p>Beneficios: Activa tu sistema nervioso y lo prepara para cualquier eventualidad, por lo que este ejercicio cerebral es muy recomendado para ser realizado antes de resolver cualquier problema o al intentar aprender algo de mucha dificultad</p>
<p>APLICACIÓN DE GUIA PARA ESTIMULACION COGNITIVA</p>		
<p>PROCESO</p>	<p>RECURSOS</p>	<p>OBSERVACIONES</p>
<p>Se elaboró una guía para estimulación cognitiva la que contiene fichas de ejercicios para mejorar las funciones mentales superiores de los adultos mayores hay ejercicios para mejorar:</p> <p>Orientación temporal Orientación espacial Fijación Atención y Calculo Memoria Nominación Repetición Comprensión Lectura Escritura Dibujo</p>	<p>Pintura Fichas Paletas Colores Tabla de punzar Punzón Lápiz Borrador Esfero</p>	<p>El fin de aplicar las fichas de intervención para cada función mental superior es lograr la independencia de los adultos mayores y así poder contribuir para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios</p>

GUIA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA



Adultos
mayores
GAD-
Angochagua

En la situación de los adultos mayores que se encuentran en parroquias rurales es importante accionar en referencia a su bienestar psicológico y poder brindar una oportuna atención en cuanto al deterioro cognitivo que por la edad, y las condiciones de vida los adultos mayores atraviesan.

Desde el punto de vista de la salud mental, la actividad cognitiva se reduce con la edad en aspectos muy importantes como reducción de la ejecución sensorial, lentitud de los reflejos, es decir su actividad cognitiva se encuentra en declive por lo que acarrea a otros factores que provocan incoordinación, memoria en deterioro, torpeza motriz, dificultad de razonamiento y otros factores que afectan al diario vivir de los adultos mayores.

El deterioro cognitivo en los adultos mayores tiene efectos psicosociales donde se ven afectados en el ámbito psicológico individual, familiar y social, ya que muchos generan dependencia hacia algo o alguien y no pueden valerse por sí mismos. Una adecuada intervención tiene como finalidad regenerar varios aspectos para mejorar la calidad de vida de los Adultos mayores.

La presente guía es una recopilación y adaptación de contenidos existentes en torno a la temática “**Aplicación de Técnicas Cognitivas para mitigar el Deterioro en las Funciones Mentales Superiores y mejorar la Calidad de vida del Adulto Mayor**”, elaborada específicamente la estimulación cognitiva del adulto mayor, mediante diferentes técnicas y así poder brindar una atención integral a los adultos mayores.

En la guía encontrará conceptos, alteraciones de las funciones mentales superiores, procedimientos y beneficios de la intervención

GIMNACIA CEREBRAL

La aplicación de estas técnicas nos ayudan a: mejorar la memoria, adiestran al cerebro para que los dos hemisferios trabajen al mismo tiempo, ponen en práctica y desarrollan la imaginación, permiten una mejor salud mental y más.

Botones Cerebrales

1. Este consiste en colocar las piernas abiertas de forma moderada, a la vez que la mano izquierda se posa sobre el ombligo presionando levemente.
2. Por otra parte, con los dedos índice y pulgar de la mano derecha presionamos las arterias carótidas (que son las que van del corazón al cerebro), en el cuello, así mismo apoyamos la lengua al paladar y masajeamos por 20 o 30 segundos.



Al principio quizá notaremos que esta zona esté un poco tensa y puede hasta doler un poco, después de realizar varias veces este ejercicio y con el pasar de los días veremos como la tensión disminuye y obtenemos un mejor grado de relajación.

Adicionalmente, **ayuda a normalizar la presión sanguínea**, activa y mejora la actividad del cerebro, estabiliza la presión normal de la sangre al cerebro, optimiza el funcionamiento del sistema vesicular que es el encargado de controlar el equilibrio y ayuda a aumentar la atención cerebral.

Marcha cruzada para tu salud mental

Consiste en colocar y levantar levemente la rodilla derecha y tocarla con el codo izquierdo flexionado, luego volver a una posición inicial, y posteriormente realizar el mismo movimiento, pero al contrario; es decir, levantar levemente nuestra rodilla izquierda y tocarla con nuestro codo derecho debidamente flexionado.

© Raquel Rúa | www.hakayen.com
No reproducir sin autorización.



Beneficios: Activa la lateralidad de **ambos hemisferios cerebrales** haciendo que trabajen en conjunto, útil cuando leemos o escribimos e incluso en las matemáticas. Adicionalmente, activamos nuestro funcionamiento mente-cuerpo, por lo cual esta rutina es muy útil cuando vamos a hacer alguna actividad como deportes o bailar. Ayuda a formar más redes neuronales y mejora el balance de nuestra actividad nerviosa.

El Gancho de Cook

Estando de pie, **crusa tus pies** de forma que no pierdas el equilibrio, luego estira tus dos brazos hacia el frente y sepáralos el uno del otro, las palmas de tus manos deben estar hacia fuera, con los pulgares apuntando hacia abajo, luego en esa misma posición **entrelaza tus manos y dedos** de forma que los pulgares sigan apuntando hacia abajo y lleva lentamente tus manos entrelazadas hacia tu pecho de forma que tus codos queden abajo y tus manos unidas debajo de tu mentón.

Mientras realizas estos movimientos debes apoyar tu lengua en tu paladar, esto hace que tu cerebro esté atento. **Repite varias veces.**



Beneficios: Causa un efecto integrador en el cerebro y ayuda a activar la corteza sensorial y motora de ambos hemisferios cerebrales. Ayuda también a tu cerebro a responder más rápido y disminuye el estrés, **focalizando el aprendizaje**. El Gancho de Cook es muy recomendado para realizarlo al iniciar cualquier actividad, pues ayuda a activar y conectar todas las energías del cuerpo mejorando la concentración.

Bombeo de Pantorrilla

Apoya las manos contra una pared o el espaldar de una silla. Estira totalmente la pierna izquierda hacia la parte de atrás y levanta el talón. Tu cuerpo debe estar inclinado hacia adelante en un ángulo de 45 grados.

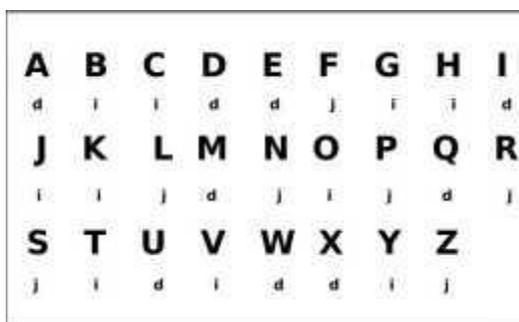
1. Exhala inclinándote contra la pared mientras flexionas tu rodilla derecha y presionas el talón izquierdo contra el piso.
2. Inhala y regrese a tu posición inicial mientras te relajas y levantas el talón izquierdo.
3. Repite 3 o más veces. Alterna con la otra pierna y repite. El objetivo de este ejercicio es devolver a los pies y a las piernas la extensión natural de los tendones.



Beneficios: Mejora la concentración, atención y comprensión.

El ABC

1. **Escribe** en una hoja de papel el abecedario completo en letras mayúsculas, luego escribe al azar debajo de cada letra las letras “d, i, j” cuidando de que no te queden debajo de las D, I, J mayúsculas. Pega la hoja en una pared a la altura de tus ojos.
2. **Lee en voz alta** el abecedario escrito en mayúsculas, si notas que debajo de la letra mayúscula que lees hay una “i” minúscula, sube tu brazo izquierdo, al ver una “d” sube tu brazo derecho y al ver una “j” sube ambos brazos. Realiza estos movimientos de forma coordinada con la lectura en voz alta de cada letra.
3. Realiza esta actividad desde la “A” hasta la “Z” y luego de la “Z” a la “A”, si te equivocas en el camino sacude tu cuerpo y vuelve a comenzar desde el principio. Repite cuantas veces sea necesario hasta que logres no equivocarte.



Beneficios: Activa tu sistema nervioso y lo prepara para cualquier eventualidad, por lo que este ejercicio cerebral es muy recomendado para ser realizado antes de

resolver cualquier problema o al intentar aprender algo de mucha dificultad. Además, activa la relación mente-cuerpo y genera una integración consciente en tu inconsciente al permitir una atención múltiple entre tu visión, tu audición y tus movimientos. A través del ritmo permite que logres una **concentración mejor** y alerta a tu cerebro de forma constante.

FICHAS PARA ORIENTACION TEMPORAL

ORIENTACIÓN

La orientación en ESPACIO, TIEMPO y PERSONA, entendida como el conocimiento que el sujeto tiene del entorno espacial y temporal en el cual se desenvuelve, se relaciona con capacidades cognitivas como la atención y vigilancia, la memoria reciente, el conocimiento autobiográfico y la proyección en el futuro.

ALTERACIONES EN LA ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL Y DE LA PERSONA

En las demencias leves: desorientación temporal en la fecha, el mes, incluso día de la semana, conservando la orientación en el año.

Fases moderadas y más graves de las demencias, la desorientación temporal es completa. También se observa desorientación espacial en el lugar en el que se encuentran. Algunos aspectos de la desorientación en el tiempo y en el espacio inmediato, se encuentran relacionados con la pérdida de la memoria reciente (el día es una información en permanente cambio, al igual que el lugar donde se encuentran en un determinado momento); otros aspectos de la orientación temporal y espacial son más permanentes y más resistentes al deterioro en las fases leves de la demencia. Respecto a la persona, los aspectos que más se pierden en las fases leves son aquellos referentes a su edad, siendo el año de nacimiento, la fecha y el nombre de sus familiares más resistentes al deterioro en las primeras fases.

BENEFICIOS EN LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA DE LA ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL Y DE LA PERSONA

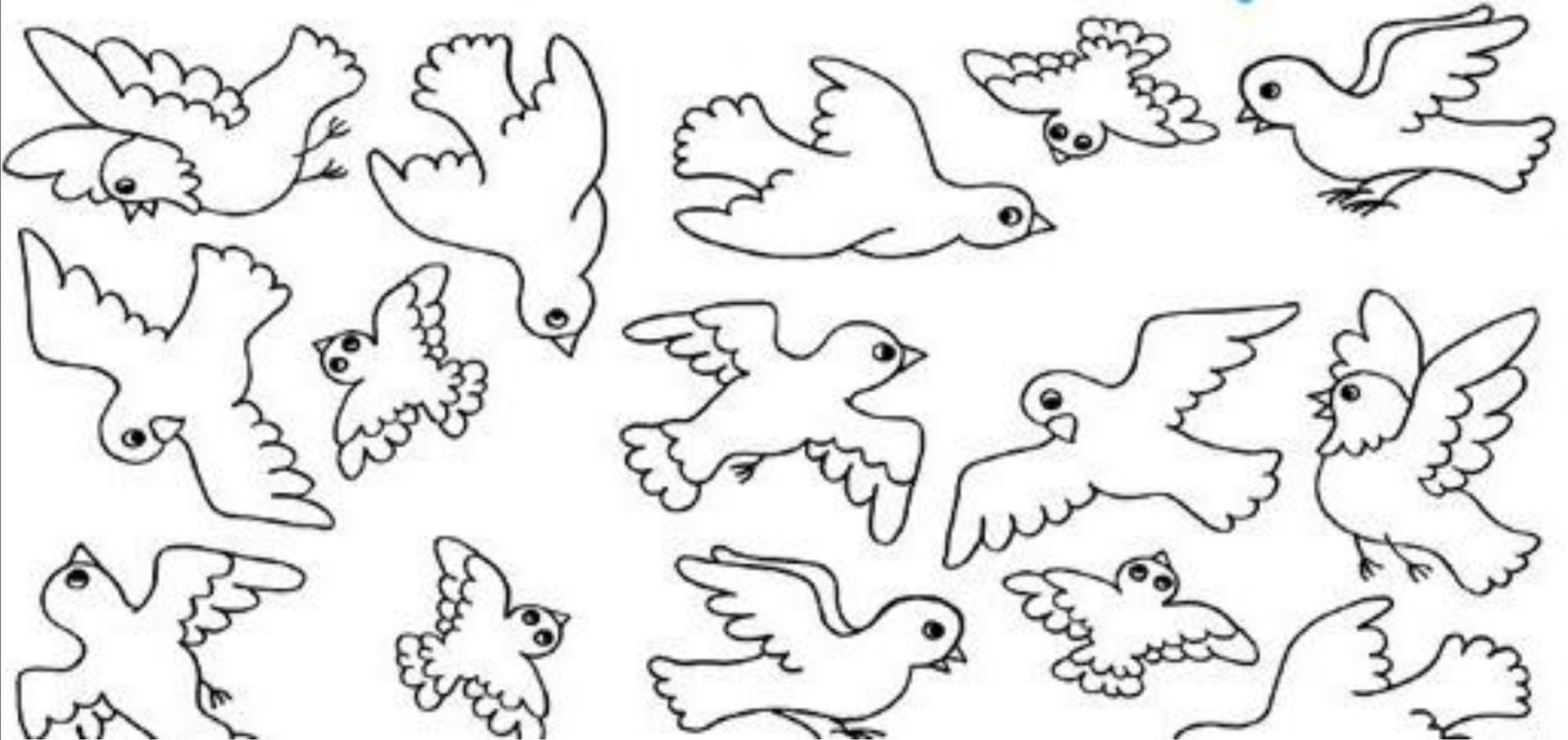
- Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible.
- Mantener la orientación de la persona.
- Activar la memoria personal o autobiográfica.
- Ejercitar el lenguaje automático.
- Optimizar los niveles de atención.
- Favorecer la incitación a hablar y la fluidez verbal.

EN LAS PRESENTES FICHAS ORDENAR EN SECUENCIA DE ACUERDO A LO QUE REALIZAS DURANTE EL DIA



COLOREA LOS PAJAROS SEGÚN LA DIRECCION:

IZQUIERDA = NARANJA → DERECHA= AZUL ↑ ARRIBA= AMARILLO ↓ ABAJO= ROJO



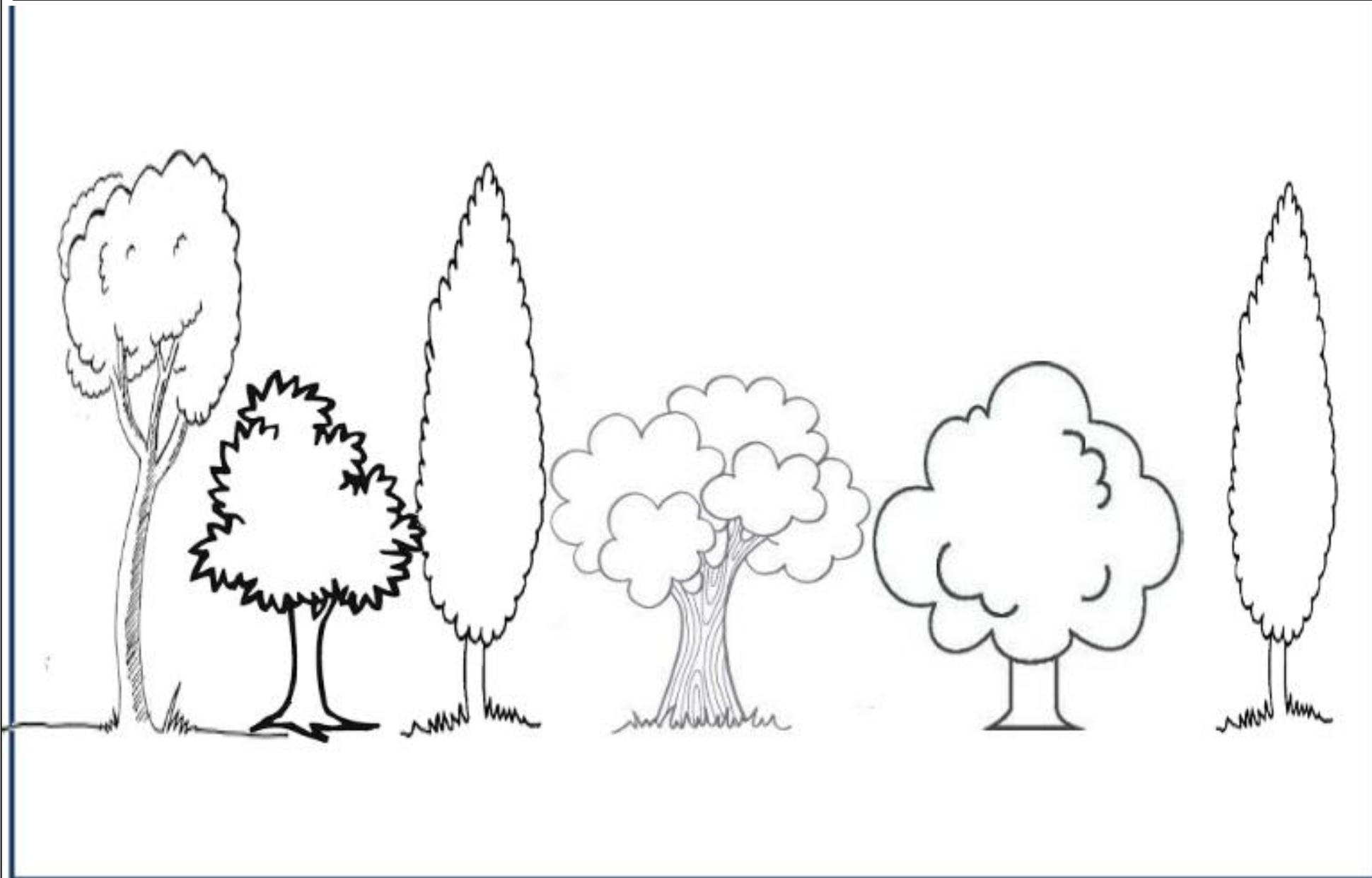
RECORTA Y PEGA SEGÚN LA ORDEN Y LA SECUENCIA



COLOREA DE AMARILLO EL PERSONAJE QUE ESTA MAS LEJOS DE LA CASA Y DE AZUL EL QUE ESTA MAS CERCA.
REAPASA DESPUES LAS LINEAS



COLOREA LOS ARBOLES ALTOS Y RODEA LOS PEQUEÑOS



FICHAS PARA ORIENTACION ESPACIAL

ORIENTACION ESPACIAL

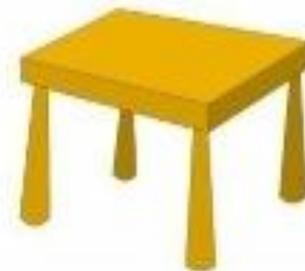
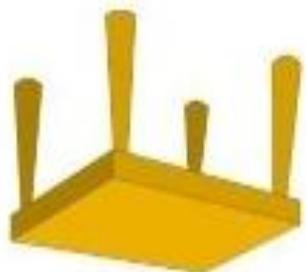
Es la capacidad del individuo de apropiarse del espacio que le rodea a partir de la organización de su propio cuerpo, como respuesta a la percepción visual, auditiva y táctil-kinestésica. Le permite determinar y modificar la posición y los movimientos del cuerpo, adquirir una significación espacio temporal de distancia, dirección, forma, volumen, duración y ritmo, ante estímulos que propicien su ubicación con respecto a direcciones, áreas, alturas, y/o un objeto o persona en movimiento (pelota, compañero o adversario).

Fases moderadas y más graves de las demencias, la desorientación temporal es completa. También se observa desorientación espacial en el lugar en el que se encuentran. Algunos aspectos de la desorientación en el tiempo y en el espacio inmediato, se encuentran relacionados con la pérdida de la memoria reciente (el día es una información en permanente cambio, al igual que el lugar donde se encuentran en un determinado momento); otros aspectos de la orientación temporal y espacial son más permanentes y más resistentes al deterioro en las fases leves de la demencia. Respecto a la persona, los aspectos que más se pierden en las fases leves son aquellos referentes a su edad, siendo el año de nacimiento, la fecha y el nombre de sus familiares más resistentes al deterioro en las primeras fases.

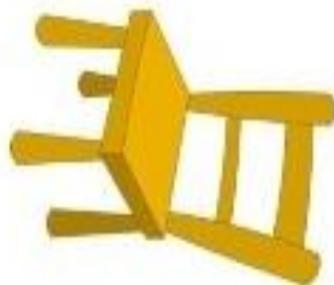
BENEFICIOS EN LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA DE LA ORIENTACIÓN ESPACIO-TEMPORAL Y DE LA PERSONA

- Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible.
- Mantener la orientación de la persona.
- Activar la memoria personal o autobiográfica.
- Ejercitar el lenguaje automático.
- Optimizar los niveles de atención.
- Favorecer la incitación a hablar y la fluidez verbal.

MARCA CON UNA CRUZ LOS DIBUJOS QUE ESTEN BIEN COLOCADOS



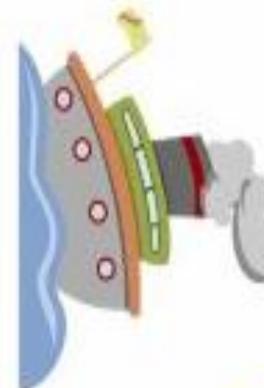
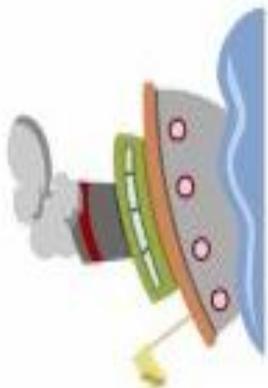
Ejercicio 8



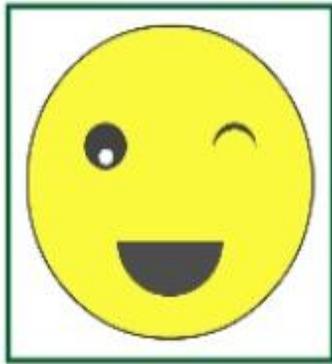
MARCA CON UNA CRUZ LOS DIBUJOS QUE ESTEN BIEN COLOCADOS

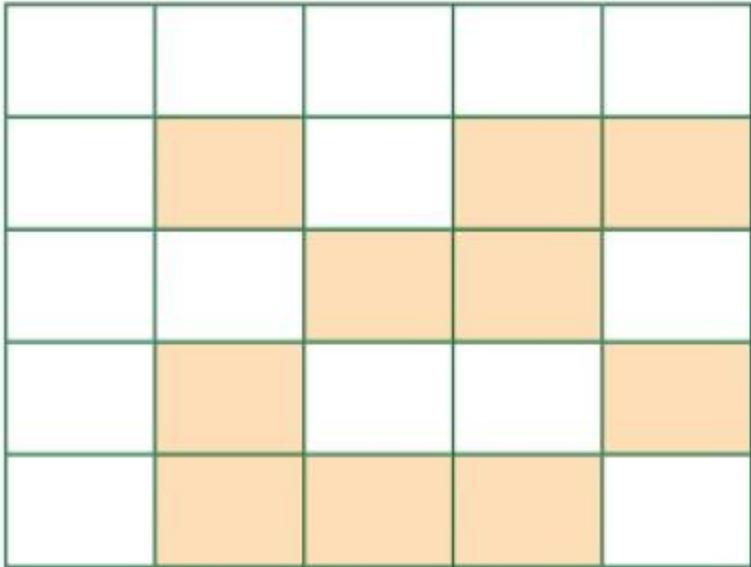
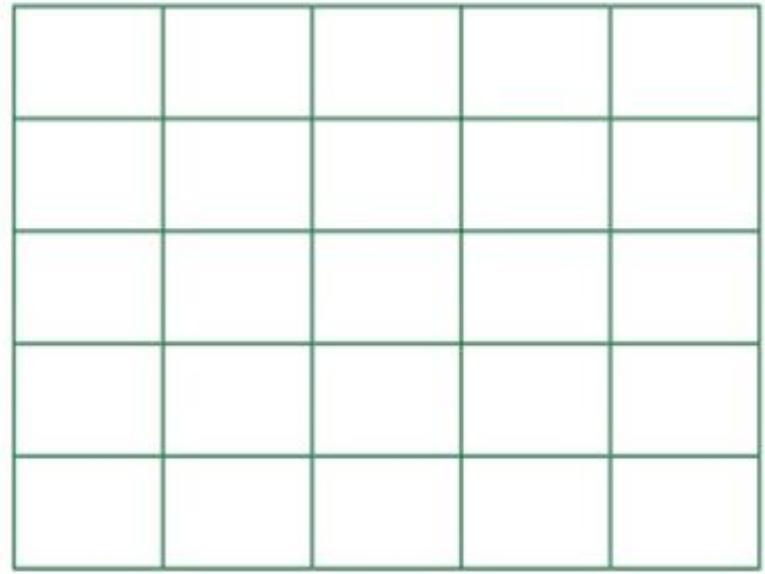
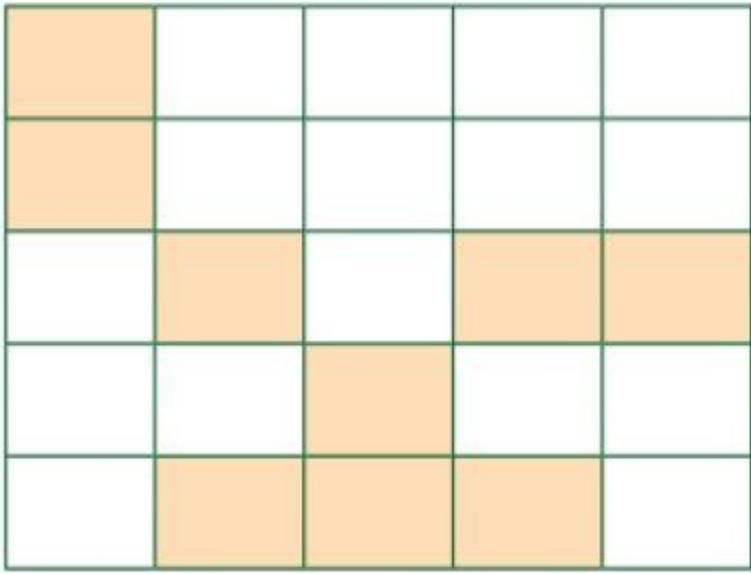


Ejercicio 6



SEÑALA EL DIBUJO QUE ESTA EN LA MISMA POSICION QUE EL PRIMERO





SIGA LAS INSTRUCCIONES QUE SE PRESENTAN A CONTINUACION

1. Levanta tu mano derecha
2. Mueve tu pierna izquierda
3. Tócate con tu mano izquierda tu oreja derecha
4. Tócate con tu mano izquierda tu ojo derecho
5. Señala mi oreja derecha
6. Señala mi ojo izquierdo
7. Con los ojos cerrados mueve tu pierna izquierda
8. Con los ojos cerrados tócate tu oreja derecha con tu mano izquierda
9. Con los ojos cerrados tócate tu rodilla izquierda con tu mano derecha

El instructor se coloca frente al adulto mayor y le pide que escuche las indicaciones sin tomar en cuenta los movimientos que el realice.

1. Levante su pierna derecha
2. Levante su brazo derecho
3. Con su mano izquierda se toca la boca
4. Con su mano derecha se toca la oreja izquierda
5. Con su mano izquierda se toca su pie derecho

FICHAS PARA ATENCIÓN Y CÁLCULO

COLOREAR SEGÚN LA TABLA

ER: ROJO, RA: ROSA, AR: AZUL, RO: AMARILLO, OR: VERDE, IR: NARANJA, RE: LILA

ER	RE	RA	AR	RO	OR	RE	RI	IR	RA
RE	ER	AR	RR	RE	RE	ER	IR	ER	RE
RA	ER	ER	RA	AR	ER	RE	ER	RO	ER
RU	UR	RA	RE	RI	IR	RI	ER	RA	AR
ER	ER	ER	ER	RE	ER	RU	RI	ER	IR
ER	RA	RI	RO	OR	RU	ER	UR	RA	RE
ER	RE	RU	RA	RE	RI	IR	OR	RO	RI
RE	ER	UR	ER	RO	OR	ER	UR	RA	RE
ER	RE	RI	AR	ER	RE	ER	RE	RE	RO
RE	ER	RU	OR	IR	RE	OR	RO	OR	OR
RA	ER	RI	AR	AR	ER	IR	IR	OR	AR
RU	UR	UR	RO	RE	IR	ER	ER	AR	ER
ER	ER	RA	IR	ER	RA	RA	AR	ER	RA
ER	UR	AR	RA	AR	AR	AR	RO	RO	AR
ER	RA	ER	ER	OR	RI	RO	RA	OR	RO
RE	RE	RU	ER	OR	RE	OR	OR	AR	IR
ER	ER	UR	ER	RO	ER	IR	RO	RA	RE
ER	UR	RI	RA	AR	AR	RE	RE	IR	ER
RE	ER	RU	IR	ER	RO	ER	ER	RE	RO
ER	RA	UR	AR	RE	OR	RE	IR	ER	IR

EJERCICIO DE ATENCIÓN

PONGA EL NUMERO 1 DEBAJO DEL



PONGA EL NUMERO 2 DEBAJO DEL



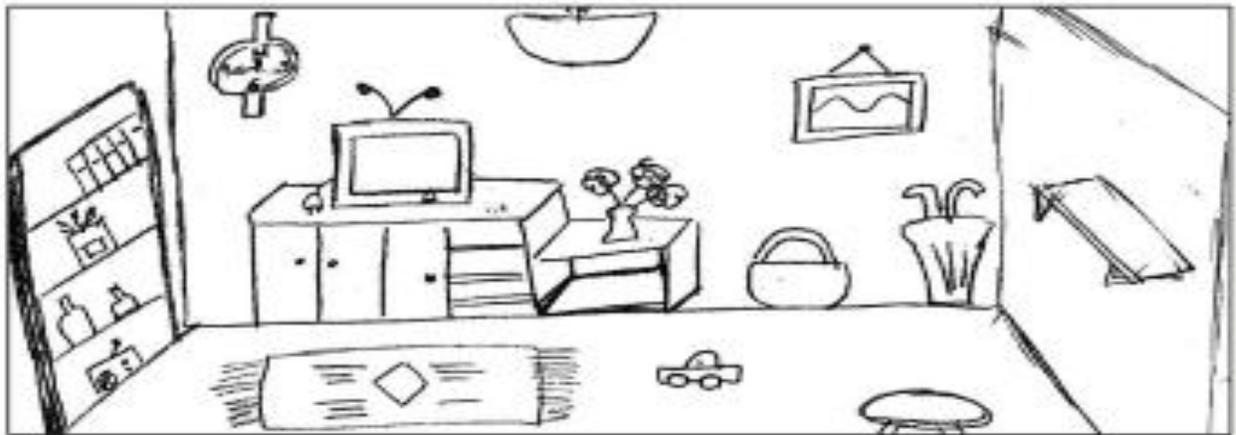
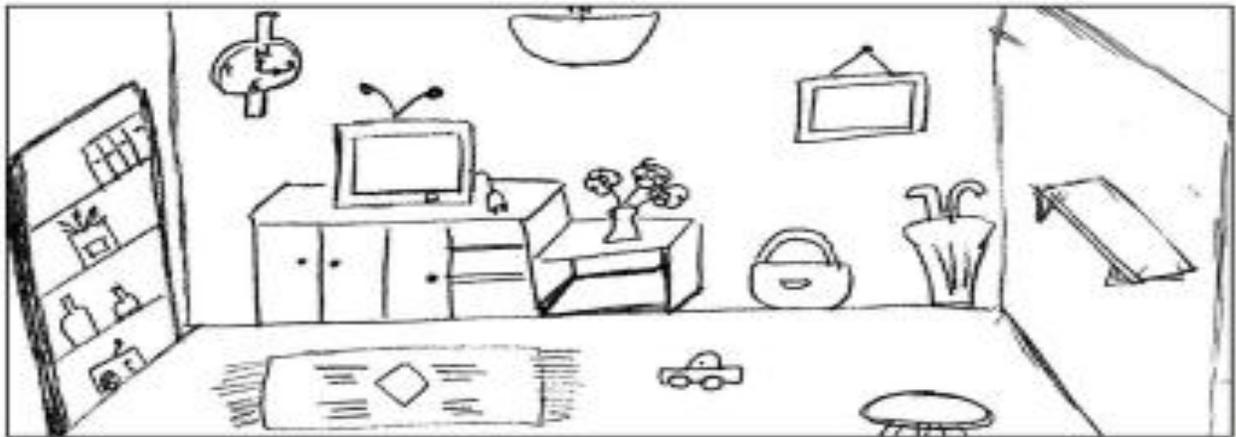
EJERCICIO DE ATENCIÓN

FIJESE EN EL PRIMER GRUPO DE NUMEROS DE CADA LINEA Y TACHE EL QUE ESTÉ REPETIDO EN LA MISMA LÍNEA

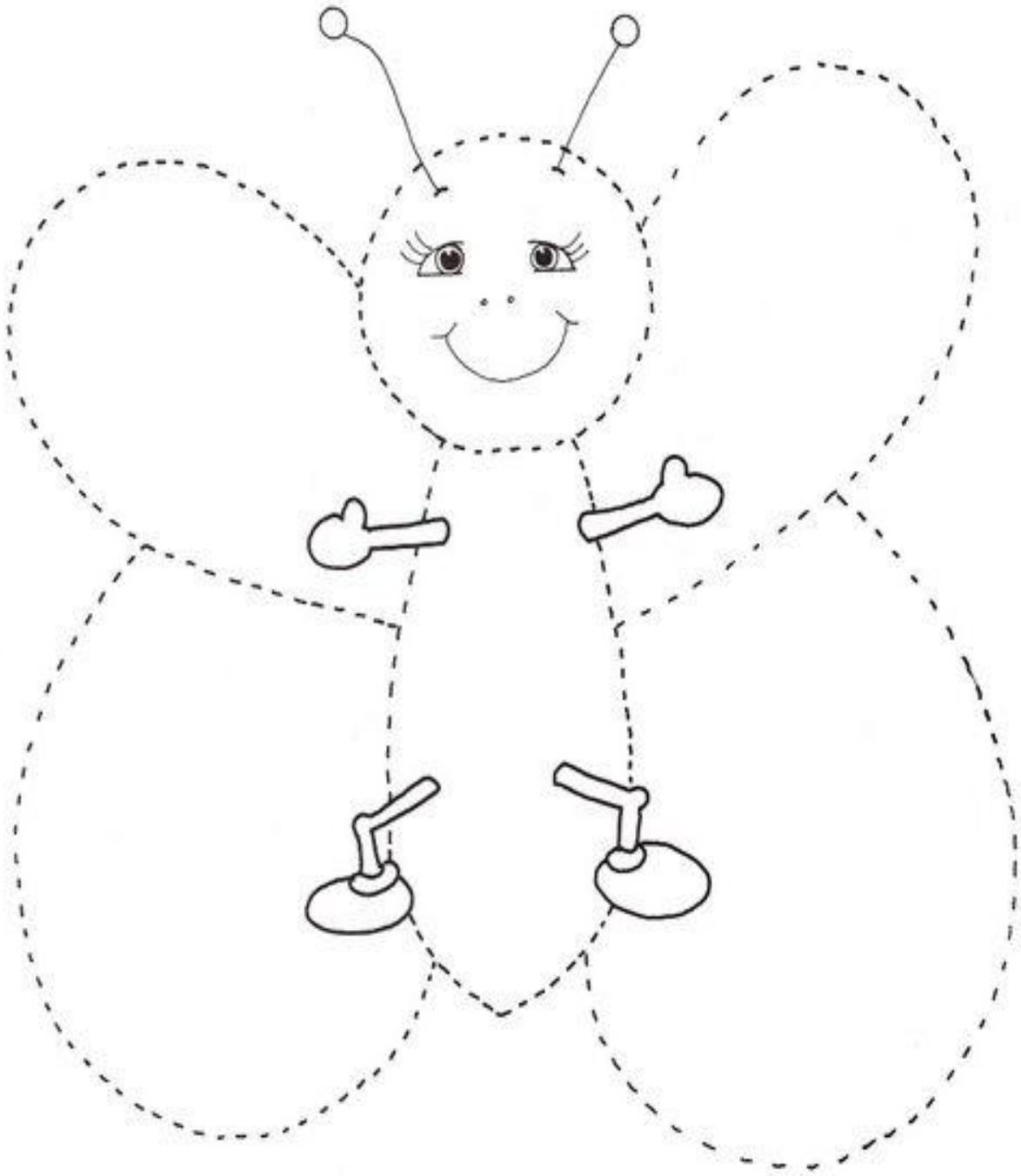
82325	82545	82735	82325	83325
91348	91358	92348	74625	91348
12712	12212	12712	12812	74512
32648	32644	31648	47512	32648
29435	29445	29434	29435	29935
25755	35770	25755	25760	36765
37102	37112	37102	37002	377202
55055	53035	65056	55055	31203
92274	92274	82274	82273	82277
41324	41321	41322	41323	41324
25829	29825	25029	25829	25329
75275	57257	75375	75458	75275

ATENCIÓN

ENCUENTRA LAS DIFERENCIAS ENTRE ESTOS 2 DIBUJOS



PUNTEAR COLOREAR



EJERCICIO DE ATENCIÓN

PONGA EL NUMERO 1 DEBAJO DE LA P

PONGA EL NUMERO 2 DEBAJO DE LA B

P	B	R	B	P	
B	R	P	B	R	
P	P	B	R	B	
R	B	P	P	R	
R	B	P	B	B	
B	P	R	P	B	
B	P	B	R	P	

COLOREAR LAS MARIPOSAS. LAS IGUALES CON LOS MISMOS COLORES



**FICHAS PARA MEMORIA
COMPRENSIÓN**

ESCUCHA LAS SIGUIENTES PALABRAS Y REPITE LAS QUE MEMORIZASTE

Cinta – Archivero – Martillo – Llave –
Tiburón – Baúl – Lagartija – Cama –
Sofá – Ballena – Calamar – Cangrejo
– Escritorio – Sillón – Camaleón –
Perro – Caballo – Librero – Sierra –
Perico – Mecedora – Silla – Gorila –
Desarmador – Mazo – Taladro –
Mono – Chimpancé

FÍJATE QUÉ OBJETOS HAY Y EN QUÉ LUGAR SE ENCUENTRAN. LUEGO TENDRAS QUE RECORDARLOS



Activar Windows

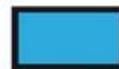
RECUERDA QUÉ OBJETOS HABÍA Y EN QUÉ LUGAR SE ENCONTRABAN. RELLENA LOS CUADROS CORRESPONDIENTES ESCRIBIENDO EL NOMBRE DEL OBJETO

A large, empty rectangular box with a thick black border, intended for writing the name of an object.A large, empty rectangular box with a thick black border, intended for writing the name of an object.A large, empty rectangular box with a thick black border, intended for writing the name of an object.

Activar Windows

OBSERVA LAS IMÁGENES Y SIGUE LA SECUENCIA

Series



RODEA CON UN CÍRCULO LAS IMÁGENES QUE SE REPITEN EN CADA COLUMNA



TACHA CON UNA X EL QUE SOBRA



Lápiz



Bolígrafo



Jaula

OBSERVA LA IMAGEN CON ATENCIÓN Y PASA A LA SIGUIENTE FICHA

Observa la imagen con atención y pasa a la siguiente ficha.

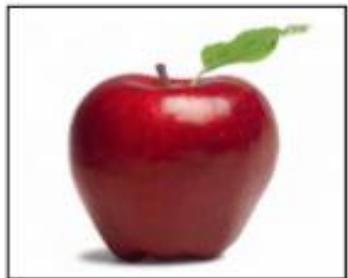
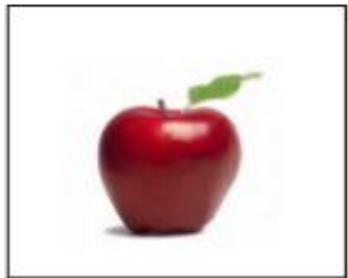


RECUERDA DONDE ESTABAN SITUADOS EL PERRO Y EL PÁJARO EN LA FICHA ANTERIOR Y
DIBÚJALOS EN EL MISMO LUGAR. COLOREA



FICHAS PARA NOMINACIÓN

SEÑALA CUÁL DE LAS 2 IMÁGENES DE ABAJO ES IGUAL DE GRANDE QUE LA DE ARRIBA



TACHA CON UNA X EL OBJETO QUE SOBRA:



Nevera



Lavadora



Dentífrico



Televisor

Activar Windows
Ir a Configuración de PC para
Windows.

¿QUE ES ESTO? SEÑALAR CADA OBJETO



FICHAS PARA LECTURA

A =  **ARBOL**

B =  **BARCO**

C =  **CASA**

D =  **DEDO**

E =  **ELEFANTE**

F =  **FLOR**

G =  **GATO**

H =  **HILO**

I =  **ISLA**

J =  **JARRO**

K =  **KEPTCHUP**

L =  **LIMON**

LL =  **LLAMA**

M =  **MANO**

SILABAS CON PP

USA LAS
LETRAS
PARA
FORMAR

p	p	p	a	e	i
t	r	ñ	o	a	a

PALABRAS

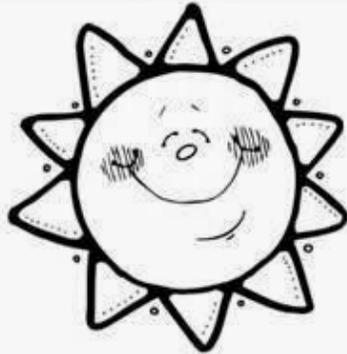


		ñ	
		r	

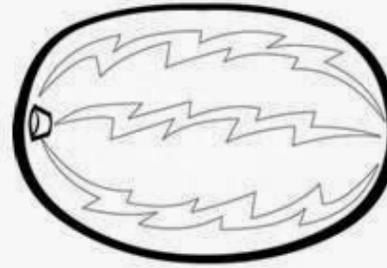
		t	
--	--	---	--



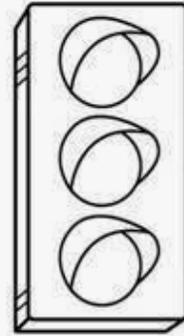
S



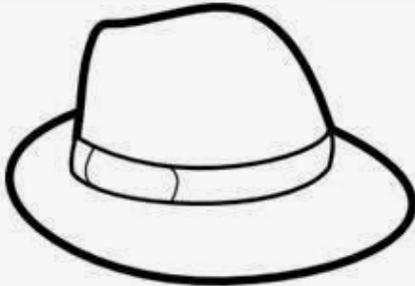
SOL



SANDIA



SEMAFORO



SOMBRERO



SILLA



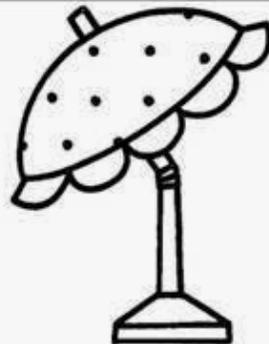
SERPIENTE



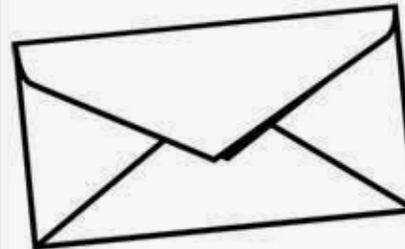
SIRENA



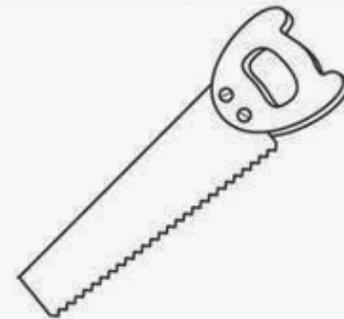
SONAJERO



SOMBRILLA



SOBRE



SERRUCHO

FICHAS PARA ESCRITURA Y ASOCIACIÓN

LEE Y ASOCIA CON LA IMAGE

BICICLETA

PATINES

AUTOBÚS

BARCA

SEMÁFORO

COCHE

TRACTOR

GLOBO

MOTO

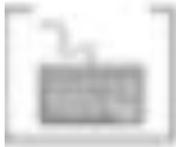
RUEDA

ANCLA

GRÚA



ASOCIA LOS DIBUJOS CON LAS FRASES



Mi coche no tiene volante.



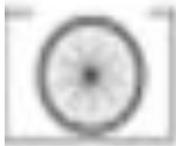
La mesa tiene un vaso.



La niña lleva a su perro.



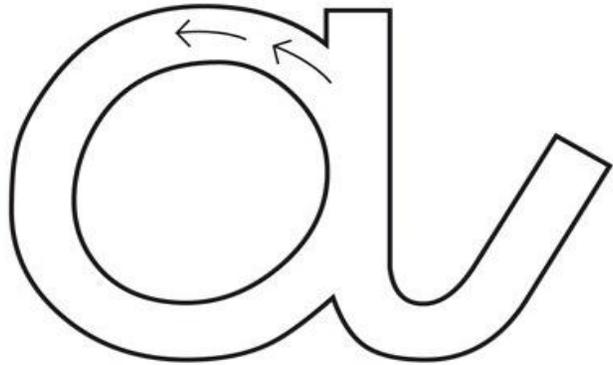
Tengo un teclado y un ratón.



Mi bicicleta tiene la rueda pinchada.



REPASA LAS LETRAS

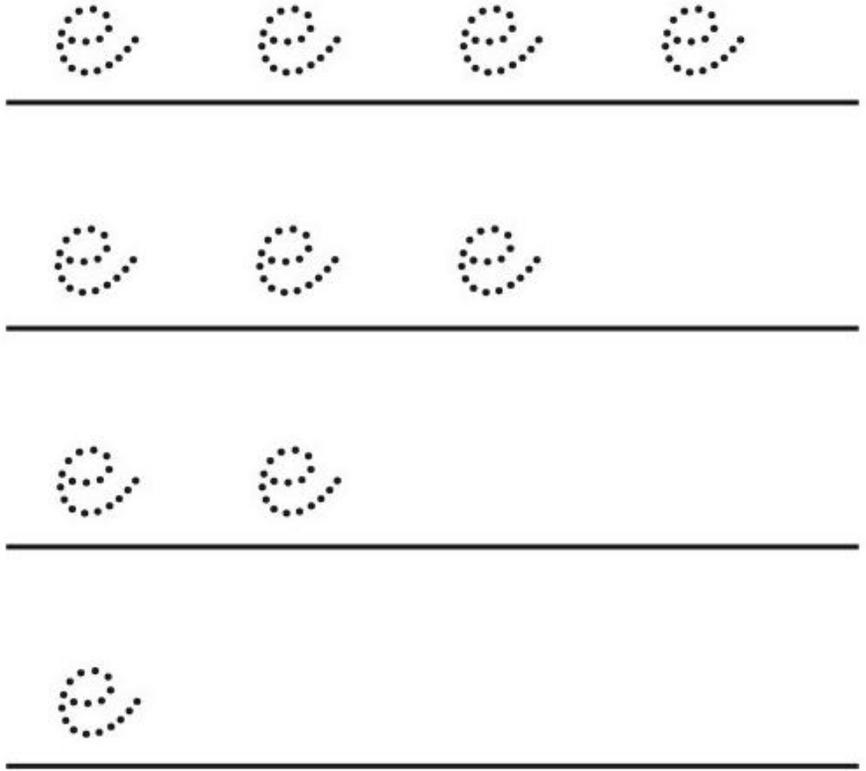
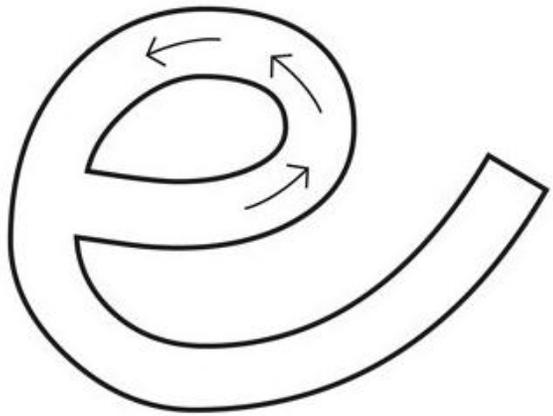


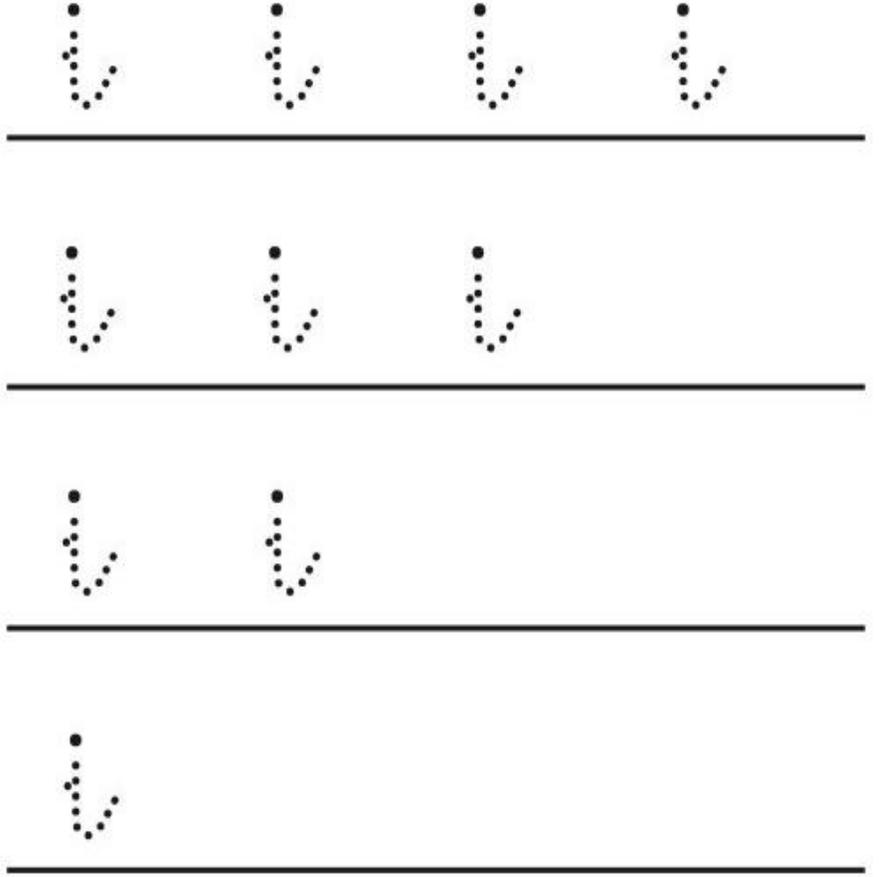
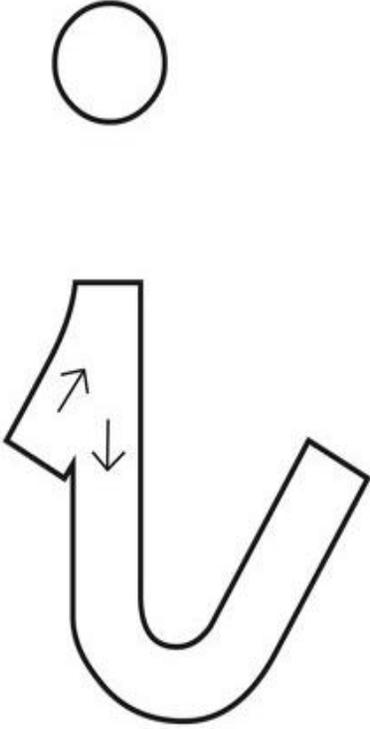
a a a a

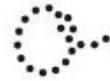
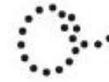
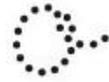
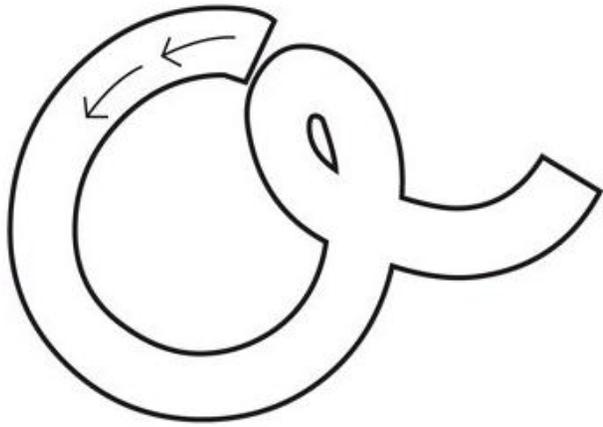
a a a

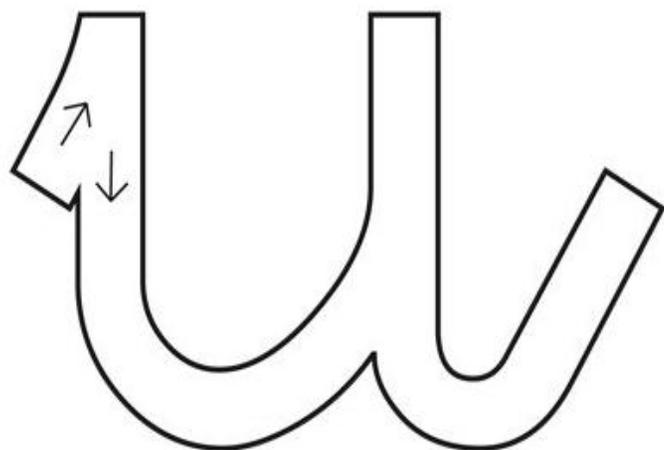
a a

a









w w w w

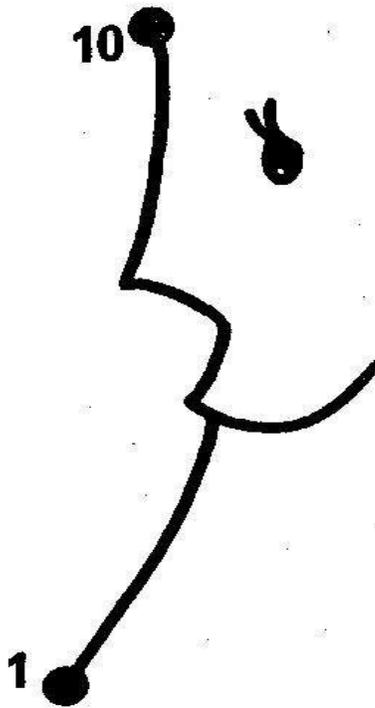
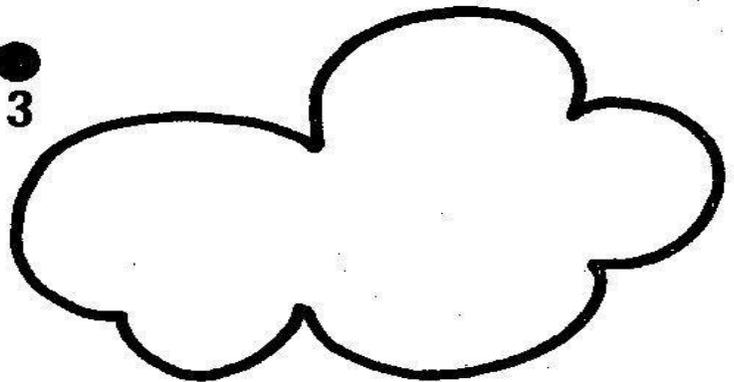
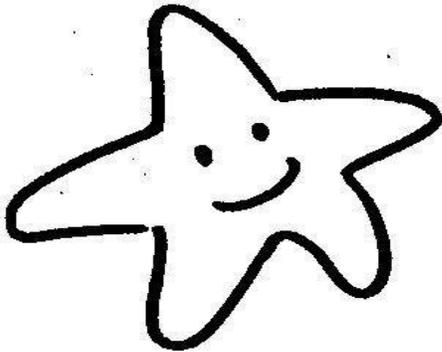
w w w

w w

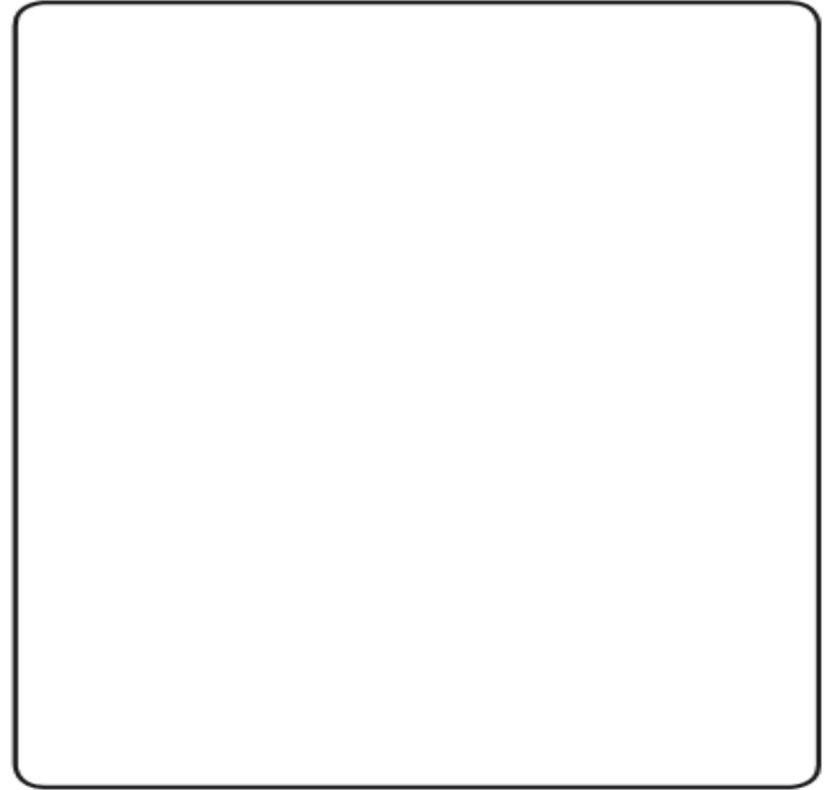
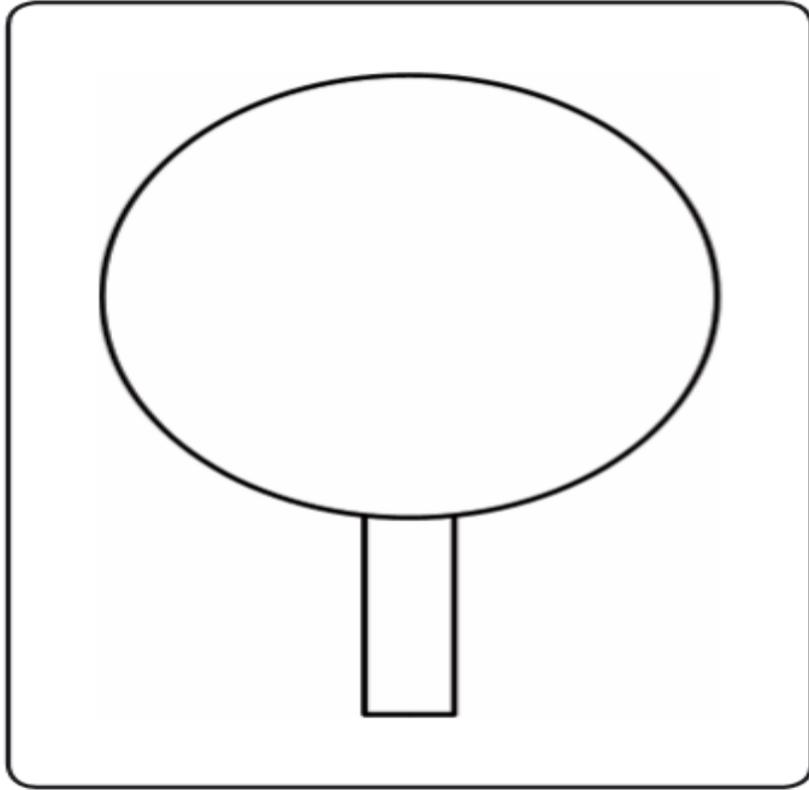
w

FICHAS PARA DIBUJO

UNIR LOS PUNTOS SECUENCIALMEN



DIBUJA A LA DERECHA ESTE ÁRBOL



6.7 Impactos

La aplicación de la propuesta planteada en los ítems anteriores genera una serie de huellas e impactos positivos en las diferentes áreas o ámbitos, las mismas que a continuación se detallan.

6.7.1 Impacto Social

En el ámbito social el impacto puede considerarse positivo ya que el hecho de intervenir en los adultos mayores de la parroquia de Angochagua de una manera directa e indirecta mejora la comunidad o sociedad porque: Los adultos mayores al mejorar su autoestima, las relaciones interpersonales mejoran su calidad de vida y así pueden afrontar de mejor manera los problemas sociales y su interacción con la familia y sociedad.

6.7.2 Impacto Familiar

Es indudable que la mejora de la actividad cognitiva de los adultos mayores generara un ambiente familiar alto positivo porque fundamentalmente: si alguien mejora su comportamiento de hecho va a haber un bienestar y una integración. Si la persona está sana abra una disminución de gastos para un tratamiento y la familia tendrá un mejor contacto con su familiar adulto mayor y será un ente activo en el contexto familiar.

6.7.3 Impacto Educativo

Desde el punto de vista educativo la propuesta planteada genera un impacto en la medida en que se genera una fuente de consulta para estudiantes, docentes,

Además, los datos obtenidos en el diagnóstico y post test pueden servir desde el punto de vista educativo y académico para redacción de artículos científicos

6.7.4 Impacto Psicológico

Con seguridad el impacto más relevante o alto positivo que se genere con la propuesta será el psicológico, es decir el cambio de comportamiento positivo de los Adultos mayores siendo las razones principales: La intervención cognitiva en los adultos mayores es relevante ya que mejoran su actividad cerebral, también es importante el ámbito emocional ya que la persona adulta mayores se siente más activa y pasa de ser un ente pasivo a un ante activo en la sociedad para contribuir de mejor manera para mejorar su calidad de vida el adulto mayor debe tener un buen autoestima y generar su independencia al poder realizar actividades de la vida diaria, y gracias a la intervención se lo puede lograr, tomando en cuenta que los adultos mayores son de un parroquia rural donde la parte psicológica se encuentra totalmente aislada para ellos y esto es de gran ayuda y avance para ellos.

6.8 Difusión

La propuesta diseñada, previa a su aplicación o intervención es necesario socializarla al grupo objeto, es decir a los Adultos mayores; por lo tanto, a continuación, se detalla el proceso de difusión a seguirse:

- Reunión con el presidente de la junta

- Presentación de la propuesta

- Reunión con los adultos mayores para explicar la propuesta

- Determinación de un cronograma de trabajo

- Explicación de los beneficios de intervención a adultos mayores

- Reunión con los adultos mayores

Socialización de los resultados de la intervención a las autoridades de la Junta
Parroquial de Angochagua.

Presentación del trabajo final

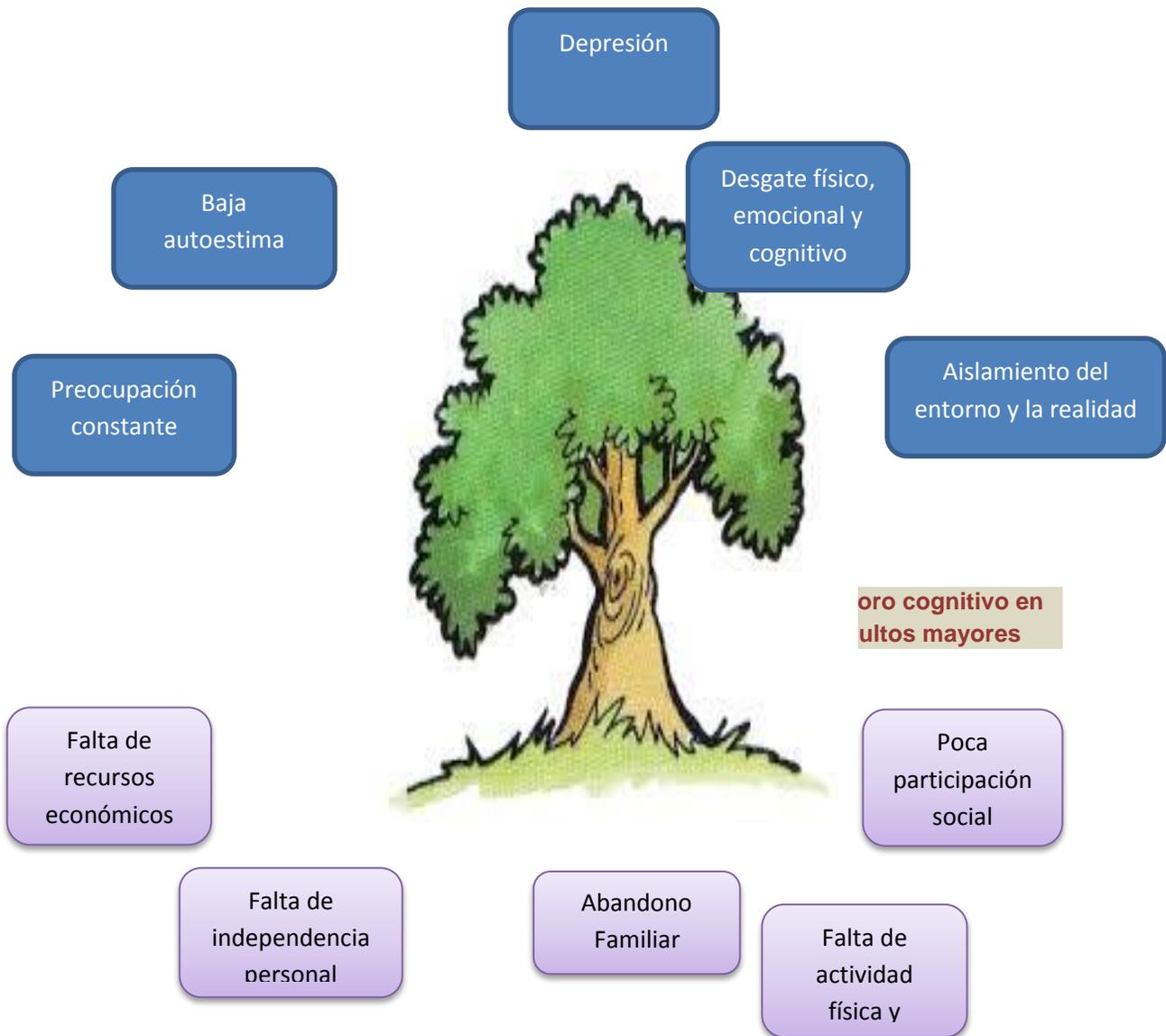
6.9 Referencias Bibliográficas

- ARRIOLA e Inza (1999) “Protocolos de atención en residencias para personas mayores”
- BERJANO, P. (2002) “Impacto social de la rehabilitación en los mayores. Percepción de los mayores ante sus problemas de salud” Revista Geriatrika
- CASTELLANOS, P. (1991). “Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida”. OPS/OMS. Washington. D.C. (p.5)
- CASTRO, Alfaro (2002) “El paciente con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse de estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida”. p.37
- HUERTA, Dolores (2009) “Aspectos Sociales del Envejecimiento” Universidad Nacional. Autónoma de México.
[http:// www.facmed.unam.mx/deptos/salud/](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/)
- LARSON, J. (1978) “Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes”. España y Cuba
- López, López y Ariño (2002) (pág. 19).
- MOGOLLÓN, Eddy (2012) “Revista Interamericana de Educación de Adultos”. p. 58
- MONTALVO, Mayra & Ruales Ana (2011) ““Percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida en los centros del adulto mayor en el asilo león rúales de la ciudad de Ibarra y en el asilo Carmen Ruiz de Echeverría de la ciudad de Cotacachi, periodo noviembre 2010 a julio- 2011” (p. 63)
- MUNIZAGA Ulloa & García Sevilla (2012) “Análisis, desarrollo e implementación de un sistema que contribuya a la estimulación cognitiva en adultos mayores”
- NEUGARTEN, Havighurst & Tobin (1961) Life Satisfaction Index
- RISO Walter (2005) “Intervención Psicopedagógica” Madrid - España

ANEXOS

Anexos

ANEXO 1 ÁRBOL DE PROBLEMAS



ANEXO 2 MATRIZ DE COHERENCIA

Formulación del Problema	Objetivo General
¿Cómo prevenir el deterioro cognitivo y a la vez mejorar la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al GAD-I, mediante la aplicación de técnicas cognitivas?	Prevenir el deterioro de las funciones ejecutivas superiores mediante la aplicación de técnicas de estimulación cognitiva a los adultos mayores.
Objetivos Específicos	Preguntas de investigación
<ul style="list-style-type: none">• Determinar el grado de deterioro cognitivo mediante el Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE)• Mantener las habilidades intelectuales (atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía.• Crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora.• Mejorar las relaciones interpersonales con las personas de su entorno.	<ul style="list-style-type: none">• ¿Cuál es el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores?• ¿La aplicación de técnicas permite detener el deterioro cognitivo en los adultos mayores?• ¿Cuáles son las condiciones en las que viven los adultos mayores?• ¿Cómo es la relación que mantiene con las personas que se relaciona en su entorno?

Presentación del Test Psicométrico

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente.....Edad.....
Ocupación.....Escolaridad.....
Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Dígame el día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año..... ___5
- Dígame el hospital (o lugar).....
- Planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... ___5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) ___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? ___5
- Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás ___3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? ___3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj ___2
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros ___1
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ___2
- ¿Qué son el rojo y el verde? ___2
- ¿Que son un perro y un gato? ___3
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa ___1

• Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

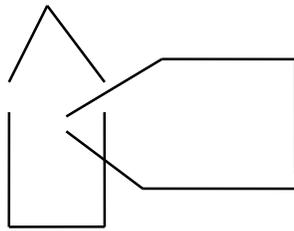
___1

• Escriba una frase

___1

• Copie este dibujo

___1



Puntuación máxima 35.

Punto de corte Adulto no geriátricos 24

Adulto geriátrico 20

FOTOGRAFIAS









