



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

**CARRERA DE PSICOLOGÍA GENERAL**

**TEMA:**

**“ESTIMULACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS, MEDIANTE  
TERAPIA DE GRUPO, EN ADULTOS MAYORES, DEL  
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE  
IBARRA, EN EL PERÍODO DE MARZO A JULIO DE 2016”**

**Trabajo de grado previo a la Obtención del Título de Psicóloga**

**Autora:**

Marjory Verónica Calderón Zumárraga.

**Director:**

Psicólogo clínico Santiago Andrade.

**Ibarra, 2016**

## **ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de director de trabajo de grado, nombrado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Educación, Ciencia y Tecnología.

### **CERTIFICO:**

Que, el presente informe final del trabajo de grado previo a la obtención del título de Psicóloga realizado por la estudiante: Marjory Verónica Calderón Zumárraga, con el tema:

***“ESTIMULACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS, MEDIANTE TERAPIA DE GRUPO, EN ADULTOS MAYORES, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE IBARRA, EN EL PERÍODO DE MARZO A JULIO DE 2016”***

Ha sido analizado y revisado, cumpliendo con las exigencias estipuladas por las autoridades de la facultad.

Por lo tanto autorizo su presentación y sustentación.



---

Psi. Cli. Santiago Andrade  
Director de Trabajo de Grado

## DEDICATORIA

***A Dios,** por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo siempre y por haber puesto en mí camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este tiempo.*

***A mi padres Ramiro y Silvia,** por los ejemplos de perseverancia, humildad y constancia que siempre me han inculcado, por el valor mostrado para salir adelante, por haberme apoyado en todo momento, por ser mi ejemplo a seguir y por no dejarme desfallecer, pero más que nada, por su amor.*

***A mi esposo Fredy,** por brindarme su amor, su cariño, su compañía, sus locuras y por demostrarme que el amor verdadero existe, gracias amor por caminar junto a mí.*

***A mí hermosa hija Milagros,** por ser la testigo de mis grandes luchas en busca de un mejor futuro para ti, gracias por prestarme el tiempo que te pertenecía y por ser mi inspiración durante todo este tiempo. Te amo princesa.*

***A mis hermanos,** Erika, Tatiana, Fernanda y Mateus por ser mi razón inicial para elegir ser una profesional, siempre anhele ser su ejemplo, espero haberlo sido siempre.*

***A mis preciosos sobrinos,** Alejandro, Sebastián y Gianella, pequeñas personitas que han llegado a dar alegría a mi vida.*

*¡Gracias a todos por creer en mí!*

**Marjory Calderón**

## **AGRADECIMIENTO**

*Agradezco principalmente a Dios, por haberme dado la vida y la fortaleza para lograr cumplir mis metas.*

*A la Universidad Técnica del norte por brindarme la ciencia y el conocimiento para servir a los demás a través de una noble profesión.*

*A todos mis docentes por compartir todos sus conocimientos sin reserva y sobre todo por enseñarme con su ejemplo a ser un mejor humano.*

*Al Dr. Santiago Andrade, mi tutor, quien estuvo siempre pendiente de cada paso en la elaboración de este trabajo, muchas gracias por su tiempo y entrega.*

*A mis padres por ser mi guía, mi sostén, mis cimientos, todo lo que he logrado no hubiese sido posible sin ustedes.*

*A mi esposo y a mi hija, por convertirse en mi razón principal para cumplir mis metas, gracias por el apoyo y por el amor que me brindan día a día.*

*A mis hermanos por motivarme y estar pendientes de mí.*

*A mis abuelitos, Lourdes, Mario, Marina, Alcides (†), por el apoyo incondicional en mi momentos de fragilidad.*

*Al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social por abrirme las puertas de su prestigiosa institución y permitirme realizar el trabajo de grado y en especial a la Dra. Paola Arias por el apoyo y la ayuda brindada.*

*Al grupo de Adultos Mayores “Mentes Activas” por su alto compromiso y entrega durante la realización del trabajo.*

*A mis compañeros por la sincera amistad brindada y las experiencias vividas.*

*¡A todos infinitas gracias, que Dios los bendiga!*

## ÍNDICE GENERAL

Portada.....	i
<b>ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE GENERAL.....</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS .....</b>	<b>ix</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>x</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>xii</b>
CAPÍTULO I .....	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	1
1.1 Antecedentes .....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	5
1.3 Formulación del problema .....	7
1.4 Delimitación espacial y temporal del problema.....	7
1.5 Objetivos .....	8
1.6 Justificación.....	8
CAPÍTULO II .....	10
2. MARCO TEÓRICO .....	10
2.1 Fundamentación teórica.....	10
2.1.1 Fundamentación psicológica.....	10
2.1.2 Fundamentación legal .....	11
2.1.3 Fundamentación Pedagógica .....	11
2.1.4 ASPECTOS DEL ENVEJECIMIENTO.....	12
2.1.5 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA.....	13
2.1.6 FACTORES Y ACTIVIDADES QUE INTERVIENEN EN EL ENVEJECIMIENTO.....	14
2.1.7 CONSECUENCIAS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO .....	21

2.1.8	PSICOBIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO.....	25
2.1.9	TERAPIA DE GRUPO.....	25
2.1.11	TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS.....	26
2.1.12	TIPOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA .....	28
2.1.13	ÁREAS BÁSICAS QUE SE DEBEN REFORZAR EN LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA.....	31
2.2	Posicionamiento teórico personal.....	32
2.3	Glosario de términos.....	34
2.4	Interrogantes de investigación .....	36
2.5	Matriz categorial .....	37
CAPÍTULO III .....		39
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION .....	39
3.1	Tipo de investigación .....	39
3.2	Métodos de investigación. ....	39
3.3	Técnicas e instrumentos de investigación.....	40
3.4	Población .....	43
3.5	Muestra .....	43
CAPITULO IV.....		44
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	44
4.1	Historia clínica:.....	44
4.2	Análisis e interpretación mini mental state:.....	48
4.3	Análisis e interpretación ficha de observación .....	56
4.4	Análisis e interpretación del post-test .....	62
4.5	Proceso de los resultados, pre, durante y post intervención. ....	69
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	72
5.1	Conclusiones.....	72
5.2	Recomendaciones.....	72
5.3	Respuestas a las interrogantes de investigación.....	73
6.	PROPUESTA ALTERNATIVA .....	75
6.1	Título de la propuesta .....	75

6.2	Justificación e importancia.....	75
6.3	Fundamentación.....	76
6.4	Objetivos.....	77
6.5	Ubicación sectorial y física.....	77
6.7	Impactos.....	117
6.8	Difusión.....	118
6.9	Bibliografía.....	119
	ANEXOS.....	126
	Matriz de coherencia.....	126
	Árbol de problemas.....	127
	MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE).....	128
	HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA BREVE.....	129
	FICHA DE OBSERVACIÓN.....	131
	FOTOGRAFIAS.....	132
	CERTIFICADOS.....	134

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Objetivos y actividades que promueve el IESS para el adulto mayor</i> .....	19
Tabla 2: <i>Objetivos de la estimulación cognitiva</i> .....	27
Tabla 3: <i>Frecuencia de edad</i> .....	44
Tabla 4: <i>Frecuencia de género</i> .....	45
Tabla 5: <i>Frecuencia de enfermedades</i> .....	46
Tabla 6: <i>Frecuencia de Instrucción académica</i> .....	47
Tabla 7: <i>Frecuencia de orientación temporal</i> .....	48
Tabla 8: <i>Frecuencia de fijación del recuerdo inmediato</i> .....	49
Tabla 9: <i>Frecuencia de fijación del recuerdo inmediato</i> .....	50
Tabla 10: <i>Frecuencia de atención y cálculo</i> .....	51
Tabla 11: <i>Frecuencia de recuerdo diferido</i> .....	52
Tabla 12: <i>Frecuencia de lenguaje</i> .....	53
Tabla 13: <i>Frecuencia y porcentaje Mini Examen del Estado Mental (MMSE)</i> .....	54
Tabla 14: <i>Frecuencia de Orientación temporal</i> .....	56
Tabla 15: <i>Frecuencia de Orientación espacial</i> .....	57
Tabla 16: <i>Frecuencia de Fijación-recuerdo</i> .....	58
Tabla 17: <i>Frecuencia de Atención-Cálculo</i> .....	59
Tabla 18: <i>Frecuencia de Recuerdo diferido</i> .....	60
Tabla 19: <i>Frecuencia de Lenguaje</i> .....	61
Tabla 20: <i>Frecuencia de orientación temporal</i> .....	62
Tabla 21: <i>Frecuencia de fijación del recuerdo inmediato</i> .....	63
Tabla 22: <i>Frecuencia de fijación del recuerdo inmediato</i> .....	64
Tabla 23: <i>Frecuencia de atención y cálculo</i> .....	65
Tabla 24: <i>Frecuencia de recuerdo diferido</i> .....	66
Tabla 25: <i>Frecuencia de lenguaje</i> .....	67
Tabla 26: <i>Frecuencia y porcentaje general de la aplicación del Mini Examen del Estado Mental</i> .....	68

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: <i>Porcentaje de Edad de participantes</i> .....	44
Gráfico 2: <i>Porcentaje de género de participantes</i> .....	45
Gráfico 3: <i>Frecuencia de enfermedades</i> .....	46
Gráfico 4: <i>Porcentaje de Instrucción académica</i> .....	47
Gráfico 5: <i>Porcentaje de orientación temporal</i> .....	48
Gráfico 6: <i>Porcentaje de orientación espacial</i> .....	49
Gráfico 7: <i>Porcentaje de recuerdo inmediato</i> .....	50
Gráfico 8: <i>Porcentaje atención – cálculo</i> .....	51
Gráfico 9: <i>Porcentaje de recuerdo diferido</i> .....	52
Gráfico 10: <i>Frecuencia y porcentaje de lenguaje</i> .....	53
Gráfico 11: <i>Porcentaje de estado mental</i> .....	54
Gráfico 12: <i>Frecuencia de orientación temporal</i> .....	56
Gráfico 13: <i>Frecuencia de orientación espacial</i> .....	57
Gráfico 14: <i>Frecuencia de fijación-recuerdo</i> .....	58
Gráfico 15: <i>Frecuencia de Atención-Cálculo</i> .....	59
Gráfico 16: <i>Frecuencia de Recuerdo diferido</i> .....	60
Gráfico 17: <i>Frecuencia de Lenguaje</i> .....	61
Gráfico 18: <i>Porcentaje de orientación temporal</i> .....	62
Gráfico 19: <i>Porcentaje de orientación espacial</i> .....	63
Gráfico 20: <i>Porcentaje de recuerdo inmediato</i> .....	64
Gráfico 21: <i>Porcentaje atención – cálculo</i> .....	65
Gráfico 22: <i>Porcentaje de recuerdo diferido</i> .....	66
Gráfico 23: <i>Frecuencia y porcentaje de lenguaje</i> .....	67
Gráfico 24: <i>Frecuencia de estado mental</i> .....	68
Gráfico 25: <i>Resultados del proceso de Orientación Temporal</i> .....	69
Gráfico 26: <i>Resultados del proceso de Orientación Espacial</i> .....	69
Gráfico 27: <i>Resultados del proceso de Recuerdo Inmediato</i> .....	70
Gráfico 28: <i>Resultados del proceso de Atención-Cálculo</i> .....	70
Gráfico 29: <i>Resultados del proceso de Recuerdo Diferido</i> .....	71
Gráfico 30: <i>Resultados del proceso de Lenguaje</i> .....	71

## RESUMEN

La presente investigación se ha realizado con el objetivo de establecer un programa de estimulación cognitiva, mediante terapia grupal, para adultos mayores jubilados, es decir personas mayores de 65 años, que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra, los mismos que presentan deterioro cognitivo normal. Para ello fue necesario la aplicación de un reactivo psicológico, en este caso se aplicó el Mini mental state basado en Folstein, para conocer el estado de sus funciones cognitivas antes de formar parte del grupo de intervención, pues era necesario constatar que quienes formarían parte de la muestra presentan deterioro en al menos una de las funciones cognitivas, para así aplicar un examen final y hacer un análisis de resultados. Todo el proceso investigativo, ha tenido la intención de implementar un programa de estimulación cognitiva, mismo que se basó en la aplicación de técnicas grupales y terapia de grupo con el fin de mejorar la atención, memoria, orientación personal, temporal y espacial. Dentro del programa se hizo uso de algunos tipos de terapia como: Terapia de Reminiscencia, Orientación a la Realidad y estimulación Cognitiva con el fin de incentivar todas las funciones a trabajarse dentro de los talleres. Las técnicas grupales y la terapia de grupo están centradas en el fortalecimiento mantenimiento o enlentecimiento del deterioro cognitivo del adulto mayor, esto se realizó con la finalidad de mejorar su calidad de vida. Además al ser un tratamiento que se manejó de manera grupal, se ha enfocado también en fortalecer sus relaciones sociales, pues estas con la jubilación y con la inactividad que se produce en esta etapa se ven afectadas de sobremanera. Cabe mencionar que en nuestra provincia no se han ejecutado, programas que promuevan este tipo de prácticas y que hoy en día debe tomarse en cuenta por el incremento que se ha venido dando de la población adulta mayor.

## **ABSTRACT**

This psychological research headed with the aim of implementing a program to improve the cognitive functions of the elderly, belonging to the group of retired Ecuadorian Institute of Social Security in the Ibarra city (IESS), the same as most presented difficulties in their memory and to a lesser degree in the different cognitive functions such as temporal and spatial orientation, attention, concentration, fixing, etc. Therefore, the application was necessary at the beginning of the mini mental state based on Folstein, to know what his mental state before joining the intervention group, in order to apply a final examination and a comparison of results in this research it took into account older adults who had normal cognitive impairment, that is to say people without any cognitive impairment. The intervention was made by using techniques such as therapy reality orientation, reminiscence therapy and therapy of cognitive stimulation, the same as were applied as a group in order to not only contribute to improving their cognitive functions, but also to strengthen their social relations, for you are with retirement and inactivity that occurs at this stage are affected greatly, this was done in order to optimize their lifestyle, promote their autonomy and improve their self-esteem. Thrown results were positive, as when applying the re-test the improvement of the various reinforced, especially memory areas was evident, hence the importance of implementing a program to this end, to include in our province they don't have been executed because it has not been given enough importance to this area, which today must take into account the increase that has been taking place of the older population and therefore it is important to search for strategies to improve the quality of life in this age group.

## **INTRODUCCIÓN**

Los adultos mayores pertenecientes al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra, no cuentan con programas que promuevan el mantenimiento, fortalecimiento y enlentecimiento del deterioro cognitivo, pues con el pasar de los años, por el envejecimiento normal sus funciones cognitivas se han visto comprometidas lo cual perjudica su estilo de vida y se evidencia en el desarrollo de sus actividades diarias

La formulación del problema, como lo demuestra su justificación, fueron razón suficiente para el desarrollo de la presente investigación, al encontrar la falta de un programa enfocado en la estimulación cognitiva de adultos mayores, por ello surgió la necesidad de desarrollar un programa para generar y desarrollar espacios para aquellas personas que presentan dificultades con alguna de las funciones cognitivas, con el fin de mejorar su calidad de vida, en donde cada objetivo específico es la ruta para lograr cumplir nuestro objetivo general, de esta manera queda conformado el Capítulo I.

En el Capítulo II se detalla toda información que fue utilizada para conformar el marco teórico en donde nos servimos de: historia, definiciones, artículos, investigaciones relacionadas con la problemática, que fue obtenida de distintas fuentes, para determinar más a fondo la metodología de la investigación.

La investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, no experimental, utilizando técnicas e instrumentos propios de la psicología, la muestra se obtuvo utilizando el método no probabilístico, mediante un proceso intencional, donde se estableció criterios de inclusión y exclusión, de esta manera quedando conformado el Capítulo III.

Se realizó la aplicación un reactivo psicológico con la finalidad de conocer cuál es el estado cognitivo actual de quienes conformaron el grupo, a

partir de ahí se dio paso a la realización del Capítulo IV, en el que se hace un análisis e interpretación de datos, de los resultados de la aplicación de primer test y de re-test, donde fácilmente se puede evidenciar los resultados obtenidos mediante las gráficas, y en su análisis podemos encontrar la información sustentada que facilita su interpretación.

La elaboración de las conclusiones y las recomendaciones se hicieron en base a los resultados obtenidos durante la intervención, las mismas han quedado fundamentadas en el Capítulo V.

La preparación de la propuesta fue parte fundamental de esta investigación por lo que todo lo anterior fue muy significativo y necesario a la hora de realizar el programa de actividades que fue desarrollado tomando en cuenta las necesidades que el grupo requería de manera individual y grupal, quedando en constancia en el capítulo VI, todo aquello que fue utilizado y aplicado durante la intervención psicológica.

## CAPÍTULO I

### 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Antecedentes

*“El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética de la persona y su medio ambiente”* (Cuellar, 2014, pág. 2). Es importante mencionar que esto afecta a todas las poblaciones del mundo, lo cual se define como envejecimiento demográfico, esto se produce por el aumento en la importancia concerniente que se da al grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia de los menores, todo ello como consecuencia de la caída de la natalidad (Gómez, Saiach, & Lecuna, 2010).

*“En América Latina y en Ecuador se está produciendo un cambio en el balance entre generaciones de una manera mucho más rápida que la ocurrida en países desarrollados, por ello Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países ricos”* (Durán, 2013). Y por ello el envejecimiento al ser un proceso multidimensional no interfiere solo con el adulto mayor, sino también se ve inmersa la familia, la comunidad y la sociedad, por eso este proceso, implica la puesta en marcha de acciones que nos conduzcan a generar una cultura educativa en la que se valore el rol de las personas adultas mayores en la sociedad. *“La acción a favor de las personas mayores es un desafío para el Estado en sus niveles nacional y local”* (MIES, 2012).

El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que: *“los adultos/as mayores en el 2010 representaron el 7% de la población y al 2050 representarán el 18% de la población”* (MIES, 2010).

*El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 60 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades. Se han invertido recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable (Coronel, 2015, pág. 36).*

Pero todo ha quedado escrito, pues en realidad son políticas que en la práctica no se cumplen, además se habla de estrategias para promover la salud mental, pero los programas enfocados a ello son escasos.

En la segunda mitad del siglo pasado, *“la población ecuatoriana mejoró su esperanza de vida, pues pasó de 48,3 años en 1950-1955 a 75,6 años en 2010-2015”* (CEPAL, 2012, pág. 15). Esto ha permitido que muchos ecuatorianos alcancen edades mayores, lo cual no significa precisamente un aumento de calidad de vida, así esto conlleva a que del mismo modo las personas deseen envejecer de manera positiva y el estado debe proveer alternativas y espacios que permitan mejorar su condición de vida, en donde ellos sean los protagonistas y su participación sea activa enmarcándolo dentro de proceso de inclusión con la familia y la sociedad.

Y por eso para: *“el periodo 2012-2013 se genera la prioridad de construir la Agenda de igualdad para Adultos Mayores, donde se presentan propuestas de estrategias que abarquen un mejoramiento de la calidad de vida en estas personas”* (MIES, 2015). Todo esto, debido a que el envejecimiento, es un proceso que no sólo afecta al grupo de adultos mayores, sino también a la población en general. La mayoría, de las personas que conforman este grupo no conocen o tienen acceso limitado a programas de envejecimiento activo que promueve el Estado, lo que no es muy

provechoso si no hay quienes puedan gozar o beneficiarse de estos programas.

En la actualidad los seres humanos hemos alcanzado un índice de vida mucho mayor, esto es un indicador muy positivo, dentro de lo que tiene que ver con el desarrollo humano que ha llegado a alcanzar un país. Para nuestro país esto se traduce en una oportunidad para generar estrategias, políticas, programas que ayuden a que nuestra población adulta mayor tenga un envejecimiento digno, en donde ellos puedan gozar de una atención médica, psicológica y social, siendo participes proactivos, en donde las leyes que protegen al adulto mayor no estén solo escritas, sino también sean palpables y estén a la vista de toda la población.

Existen algunas investigaciones realizadas a nivel las cuales tienen como objetivo principal estimular las funciones cognitivas de nuestros adultos mayores, como por ejemplo la titulada *“Rehabilitación neuropsicológica de la memoria en adultos mayores con alteración cognitiva leve”*, que tuvo como objetivo rehabilitar la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo leve, en donde se ha comprobado que la aplicación de un programa de rehabilitación de la memoria del adulto mayor con deterioro cognitivo leve, favorece su mantenimiento o recuperación. Este programa fue aplicado a 133 adultos mayores de Talleres Recreativos del IESS, en donde se evaluó los procesos cognitivos y la memoria, los resultados evidenciaron una disminución en el deterioro cognitivo de memoria; y se comprobó un significativo rendimiento cognitivo y mnémico (Echeverría, 2013, pág. 7). Investigación que contribuyo de gran manera a la investigación, puesto que la información recabada fue de gran importancia en el desarrollo del tema.

Otra investigación importante es en la que ha hecho una correlación entre el estado de ánimo y el deterioro cognitivo en el adulto mayor en

donde se manifiesta que el deterioro cognitivo consiste en el declive de las funciones cognitivas, particularmente la memoria, estos cambios pueden estar o no asociados a la edad y los mismos pueden influir en el estado de ánimo del adulto mayor, ya que este es un estado emocional afectivo duradero, el cual está vinculado con la percepción y cognición, en la propuesta se desarrolló actividades para fortalecer y mejorar el estado de ánimo del adulto mayor frente al deterioro cognitivo en un 80% mediante la estimulación cognitiva favoreciendo de esta manera las funciones como la memoria, percepción y atención (Villón, 2015).

Dentro de los estudios a nivel nacional la investigación titulada *“Videojuegos de entrenamiento cerebral como factores de estimulación de la esfera cognitiva en adultos mayores en el Centro Geriátrico Sagrado Corazón de Jesús”*, ha demostrado la utilidad de los videojuegos de entrenamiento cerebral, como una técnica de estimulación de la esfera cognitiva de adultos mayores, cuyos resultados superaron las expectativas, ya que existió una notable mejoría en sus funciones cognitivas (Pazán, 2015, pág. 78). Lo cual es importante mencionar ya que existen muchas herramientas que pueden utilizarse con el fin de estimular las funciones cognitivas, lo único indispensable es adecuar cada una de las herramientas a las características individuales que tiene cada persona para de esta manera obtener resultados positivos.

Respecto a las investigaciones realizadas fuera del país existen algunos artículos científicos que corroboran la efectividad de que un programa de estimulación cognitiva aplicado de manera grupal tiene efectos positivos dentro de las funciones cognitivas, entre las cuales se destaca la titulada: *“La estimulación cognitiva en personas adultas mayores”* la cual plantea la importancia de la psicoestimulación cognitiva en personas adultas mayores y la necesidad de hacer uso de intervenciones no farmacológicas en la población longeva. La persona

adulto mayor sufre de un envejecimiento cognitivo que requiere de la estimulación de las funciones cognitivas para prevenir el deterioro de éstas funciones (Jara, 2009).

Otro antecedente importante en el realizado en Madrid llamado *“Programa de entrenamiento cerebral en adultos mayores sin deterioro cognitivo: atención, memoria y funciones ejecutivas”*, la cual tuvo como objetivo principal evaluar el efecto de un programa de entrenamiento cerebral sobre el rendimiento cognitivo en adultos mayores que no presentan deterioro neuropsicológico significativo más de allá de la pérdida funcional propia de la edad, la cual concluyo con resultados positivos, mediante la intervenciones neuropsicológicas, basadas en la neuroplasticidad, rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo, haciendo énfasis en la prevención del deterioro cognitivo (Sanhueza, 2014). Este aporte fue indispensable en la investigación, ya que da una gran importancia al hecho de tomar medidas preventivas en cuanto al deterioro cognitivo que puede darse en el adulto mayor, mas no en tomar medidas cuando ya se tiene un deterioro cognitivo que puede ser progresivo e irreversible, es importante desarrollar una cultura preventiva que focalice su atención en todos los aspectos que conllevan la tercera edad, para manejarla desde un punto de vista multidisciplinario en donde el adulto mayor tenga acceso a la atención que requiera de acuerdo a sus necesidades específicas.

## **1.2 Planteamiento del problema**

Dentro de la vida de las sociedades, se presentan 2 aspectos que han interferido dentro de la dinámica social y cultural; el primero es que todos los cambios que pueden producirse en la capacidad biológica, psicológica y social están ligados con el envejecimiento, en segundo lugar, es que en un lapso de tiempo muy corto una gran porcentaje de la población alcanzara la etapa de adulto mayor (Mogollón, Una propuesta para el

mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral, 2014). Lamentablemente, este aumento de esperanza de vida va acompañado de diversos problemas de salud, social, económico y político, lo cual implica la necesidad de una transformación en la sociedad para enfrentar todas las necesidades que conlleva la vejez.

A medida que nuestra sociedad envejece, cambios en el desempeño cognitivo son evidentes, *“tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, y 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”* (Casanova, Casanova, & Casanova, 2004, pág. 1). Pero esto lo podemos señalar como un fenómeno normal en la población adulta mayor, debido al proceso de envejecimiento, de ahí que los adultos mayores sin enfermedad específica presentan con frecuencia alteraciones cognitivas en las áreas de atención, memoria, habilidad viso- espacial y en la inteligencia.

Además el inicio de la tercera edad se encuentra relacionado con la jubilación lo que supone una pérdida progresiva de roles, entre ellos, en el ámbito laboral lo que los obliga asumir un nuevo rol, esto representa un cambio importante en el ciclo vital, porque modifica la: *“estructura de funciones, hábitos, organización de la vida diaria y repercute intensamente sobre el sentido de eficacia y de competencia personal”* (Bueno & Buz, 2006).

Lamentablemente, algunos investigadores han encontrado que: *“gran parte de las actividades que realizan los adultos mayores son sedentarias, solitarias, y muy pocas actividades nuevas”* (Bound & Waidmann, 2007). Es por ello que el exceso de tiempo sin ninguna dedicación concreta, podría generar en la persona pensamientos negativos los que se tienden a mezclar, con otras sensaciones tales como aburrimiento, inutilidad, desmotivación, marginación o incluso la dependencia.

Existen suficientes investigación sobre intervenciones cognitivas que muestran beneficios en adultos mayores, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra, existen programas que promueven actividades para involucrar a los adultos mayores y así mantenerlos activos, pero ninguno se enfoca en esta área que es sumamente significativa a la hora de hablar de programas de envejecimiento activo, digno y saludable.

### **1.3 Formulación del problema**

¿Cómo mitigar el deterioro cognitivo de los adultos mayores pertenecientes al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra, mediante la aplicación de terapia de grupo?

### **1.4 Delimitación espacial y temporal del problema**

#### **1.4.1 Unidades de observación**

Las personas que fueron parte de la investigación tienen como característica principal ser de la tercera edad, es decir mayores de 65 años y jubilados, fueron personas de ambos géneros, su situación económica y nivel de instrucción son diversos, además se tomó en consideración el pertenecer al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra.

#### **1.4.2 Delimitación espacial**

El trabajo de investigación fue realizado en: la Parroquia el Sagrario, Barrio Ajaví, en la casa comunal, ubicada en la calle Luis Felipe Borja, diagonal al redondel de la panamericana, la misma que es utilizada para la realización de los diferentes talleres que brinda el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a los adultos mayores.

### **1.4.3 Delimitación temporal**

El trabajo se realizó en el período de marzo a julio del 2016. Las intervenciones fueron de manera grupal, 1 vez por semana, en horario de 8:30am a 11:00am, durante 3 meses.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 General**

Determinar la influencia de la Terapia de grupo en la estimulación de funciones cognitivas en los adultos mayores de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra.

### **1.5.2 Específicos**

- Evaluar a los participantes para conocer el estado actual de sus funciones cognitivas.
- Emplear la historia clínica breve, para obtener datos relevantes, con respecto a la vida personal de los adultos mayores.
- Analizar los resultados de la aplicación del reactivo psicológico pre y post intervención.
- Elaborar un programa de estimulación cognitiva, mediante la aplicación de terapia de grupo y técnicas grupales.

## **1.6 Justificación**

El aumento de la esperanza de vida ha obligado al ser humano y, específicamente a los profesionales del área de la salud mental, a proponer estrategias que ayuden a intervenir psicológicamente en pro de los adultos mayores. *“El aumento de la esperanza de vida supone un incremento de la demanda sanitaria en la población de edad avanzada, sobre todo en los casos de incapacidad y dependencia”* (López, López, & Ariño, 2009, págs. 18-21). Si bien el envejecimiento no es la causa de las

demencias, no es menos cierto que es uno de los factores de riesgo más importantes, según los datos arrojados por la Organización Mundial de la Salud: *“la prevalencia de las demencias aumenta de forma exponencial entre los 65 y los 85 años”* (OMS, 2016).

En la actualidad resulta sumamente importante encontrar desarrollar métodos accesibles, sencillos y con mayor alcance que faciliten la mejoría de la calidad de vida de los adultos mayores, concretando así un envejecimiento digno, mismo que se estipula en las leyes, reglamentos y el plan nacional del buen vivir de la República del Ecuador.

La ejercitación constante, a través de una práctica y una repetición sistematizada, permite que el cerebro pueda mejorar, mantener o modificar favorablemente su estructura y su funcionamiento, potencializando su actividad sináptica *“ofreciendo la posibilidad de optimizar el rendimiento y las capacidades cognitivas”* (García J. , 2009, pág. 8). Es decir, el adulto mayor puede aprender y también recordar lo aprendido. Así pues, se favorece la autonomía y seguridad en sí mismos, pensando además y de manera positiva, en la posibilidad de mejorar su integración y participación

Asimismo la aplicación de las diferentes técnicas dentro de la terapia grupal proporciona sentimientos de pertenencia, facilita el enriquecimiento de recursos para afrontar las distintas situaciones de la vida, permite el desarrollo afectivo y emocional al facilitar la construcción de lazos sociales y también se promueve el intercambio de normas, valores y reglas.

El grupo facilita el logro de una cosmovisión y universalidad en relación a la apreciación de los problemas, lo que permite que los sujetos estén menos centrados en sí mismos y dejen de verse como “víctimas”, lo más importante es que se potencia las posibilidades y habilidades para lograr el propósito perseguido (Nance, 2012).

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Fundamentación teórica

##### 2.1.1 Fundamentación psicológica

Esta investigación se ha guiado por la corriente psicológica cognitiva, la cual se encarga del estudio de la cognición; es decir, de los procesos mentales implicados en el conocimiento. Según Blasco (2016) esta corriente: *“Tiene como objeto de estudio los mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico”* (pág. 2). Es importante destacar los modelos en los que se rige esta corriente, la cual postula que: *“las emociones y conductas de las personas están influidas por la percepción de los eventos”* (Anrango, 2012). Lo que significa que la situación por sí misma no es la que determina lo que una persona siente, sino la forma en que la persona interpreta la situación y lo más importante es que las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su realidad.

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 la vez que sus funciones cognitivas se encuentren en constante actividad para evitar su deterioro.

### **2.1.2 Fundamentación legal**

El plan nacional del buen vivir, (2013) en su objetivo 3 refiere: “Mejorar la calidad de vida de la población”, objetivo que vincula con la creación de condiciones para satisfacer las necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas, en este caso el aporte psicológico para la mejora de la calidad de vida, mediante la aplicación de estrategias que promuevan un mejor estilo de vida. Todo esto es un que se el cual es un reto amplio que demanda la consolidación del cumplimiento en este caso de los derechos de los adultos mayores, grupo que es considerado como un vulnerable, el mismo que está determinado y reposa dentro de la constitución en el capítulo 4, de los derechos económicos sociales y culturales, sección cuarta en donde se manifiesta que:

*El Estado garantizará a las personas de la tercera edad y a los jubilados, el derecho a asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios. El Estado, la sociedad y la familia proveerán a las personas de la tercera edad y a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley regulará la aplicación y defensa de estos derechos y garantías (Asamblea Nacional, 2009).*

Esto significa que todos como sociedad en si tenemos una corresponsabilidad dentro de la promoción de prácticas, que fomenten una cultura en donde se tome precauciones en cuanto al deterioro cognitivo, provocando que esta práctica, genere cambios positivos dentro de la vida de los adultos mayores.

### **2.1.3 Fundamentación Pedagógica**

Es muy importante considerar, el ámbito educativo dentro del proceso investigativo pues:

*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 (Mogollón, 2012, pág. 2).*

En lo que refiere a nuestro país, aún hay mucho por hacer con respecto a la educación, ya que nuestra cultura aun no nos permite comprender que, el hecho de que una persona llegue a la tercera edad no significa que no cuenta con la capacidad para participar y beneficiarse de los programas educativos que se dan a nivel nacional, es importante promover una inclusión dentro del ámbito educativo para que este grupo se mantenga en una constante educación y capacitación.

#### **2.1.4 ASPECTOS DEL ENVEJECIMIENTO**

*“Desde tiempos remotos la humanidad siempre ha soñado con obtener el elixir de la inmortalidad, y a pesar de ser solo una ilusión, esta jamás había*

*cochado tanto sentido como en la actualidad, ya que las personas nunca antes habían alcanzado edades tan elevadas” (Sanhueza, 2014).*

La creciente población longeva y a su vez el descenso de la mortalidad, es uno de los cambios demográficos más significativos que ha experimentado la sociedad, desde la segunda mitad del siglo XX. Esta tendencia de envejecimiento de la población es casi irreversible, las Naciones Unidas, prevé que entre el año 2000 y 2050 la población mundial mayor de 60 años se triplicará, es decir, pasará de seiscientos millones a dos mil millones, y la mayor parte de este aumento se producirá en los países menos desarrollados, donde el número de personas mayores de cuatrocientos millones en el año 2000 aumentará a mil setecientos en el 2050 (Díaz, García, Linares, Rabelo, & Díaz, 2010).

### **2.1.5 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA**

*“La población actual de adultos mayores en el Ecuador empieza a superar el millón de personas” (CNII, 2014, pág. 10). Nuestro país tendrá: “una población de 23,4 millones de habitantes, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y, al igual que en el resto del mundo, sucederá un fenómeno dramático: por primera vez las personas mayores de 60 años serán mayoría frente a la población infantil” (Paredes, 2014).*

Esta es una preocupación que no debe involucrar solo al gobierno, sino también a los futuros ancianos y a toda la sociedad, pues el aumento de la esperanza de vida no necesariamente implica una mejor calidad de vida, son dos aspectos que deberían desarrollarse conjuntamente, pues el diario vivir de este grupo es adverso y todos tenemos una responsabilidad con respecto a lo que sucede con este grupo, pues somos quienes en algún momento llegaremos a esta etapa y debemos ser astutos a la hora de utilizar todo aquello que beneficie a la mejora de calidad de vida de los adultos mayores.

Tanto para la sociedad como para nuestro país los objetivos deben ser apuntados a nivel individual y colectivo, y para ello es sumamente sustancial la ejecución de políticas públicas, que tengan el fin de favorecer un ámbito en el que se dé una inclusión, participación e integración activa y efectiva de los adultos mayores, generando una nueva concepción de ocupaciones para aprovechar socialmente sus potencialidades, pues es hecho de que hayan envejecido, no es pauta para creer que no puedan seguir siendo productivos, para esto es necesario evaluar ampliamente sus capacidades para, crear espacios que les permitan seguir siendo útiles para la sociedad.

En Ecuador, las cifras propagadas por el INEC corroboran el envejecimiento de la población. El dato más reciente señala que: *“las personas mayores de 60 años suman 1’341.664. Esta cifra se ha incrementado si se compara con 2011, cuando eran 1’229.089 personas, localizadas principalmente en Sierra y Costa”* (Paredes, 2014, pág. 4).

Otro aspecto importante es la esperanza de vida de la población: *“en 2010 el promedio de edad fue de 75 años y para 2050 se estima que subirá a 80,5 años. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparado con los 77,6 años de los hombres”* (INEC, 2012).

#### **2.1.6 FACTORES Y ACTIVIDADES QUE INTERVIENEN EN EL ENVEJECIMIENTO**

Al ser el envejecimiento un proceso multifacético de maduración y declinación, este se lleva a cabo a lo largo de la vida de todas las personas, sin embargo, el envejecimiento está destinado a tratarse como la última etapa de la vida. Etapa que esta caracterizada por el deterioro que la persona suele atravesar durante esta etapa, además se generan cambios a nivel biológico, psicológico y socio cultural, lo en muchos casos puede producir tendencia a la dependencia, deterioro cognitivo,

dificultad de adaptación, disminución de relaciones interpersonales, etc (Hidalgo, 2011).

El envejecimiento es un proceso biológico y el cual sucede con el tiempo, se expresa por medio de diferentes variables y una de ellas es *“la interacción entre la carga genética y el medio ambiente de un individuo; estas dos condicionantes tienen relación con la forma en que se envejece y se vive este proceso”* (García & Torres, 1999, pág. 85). Así, se puede ultimar que la capacidad funcional del adulto es el resultado de dichos procesos biológicos y también se correlaciona con variables ambientales como: *“el sexo, el nivel de escolaridad, aspectos sociales y emocionales, ocupación laboral, estilo de hábitos, estado mental y nivel cognitivo, capacidad de autonomía, entre otras”* (Martínez & Pérez, 2006). Esto último ha llevado al concepto de “envejecer con o sin éxito”, pues *“lo esencial no es el transcurso del tiempo sino la calidad del tiempo transcurrido”* (García & Torres, 1999, pág. 89).

Se hace considerablemente dificultoso señalar cuándo inicia la vejez; concretar y delimitar el proceso de envejecimiento y sus características más esenciales es complejo, debido a las numerosas diferencias individuales que existen en el proceso de envejecer. Estudios muestran que tomar como parámetro la edad de inicio de envejecimiento no tiene mucho valor como medida del proceso (Mora, 2010).

La demografía ha fijado en los 65 años el comienzo que separa la población veterana de los adultos; cifra convencional que tiende a equiparar y relacionar el envejecimiento demográfico con el laboral. Ahora, desde la representación demográfica, probablemente el juicio más apropiado sería la cantidad que marca la media respecto de la expectativa de vida, aunque las diferencias en la misma, tanto en el tiempo como en el espacio, impedirían la comprensión de los procesos de envejecimiento y la comparación entre los diversos países del mundo (García, Ortiz, & Gómez, 2009).

### **2.1.6.1 La Jubilación y los efectos en vejez**

El envejecimiento supone una pérdida paulatina de roles, entre ellos, en el ámbito laboral. Es decir, comienza la etapa de la jubilación, que: *“es un estado al que se llega y que obliga asumir un nuevo rol”* (Bueno & Buz, 2006, pág. 5). Constituye un cambio importante en el ciclo vital porque modifica la: *“estructura de funciones, hábitos, organización de la vida diaria y repercute intensamente sobre el sentido de eficacia y de competencia personal”* (Bueno & Buz, 2006, pág. 4).

Esto significa que se pasa a un contexto de inactividad laboral, donde se percibe un salario como derecho adquirido por la vida laboral por parte del Estado o entidad privada, y con ello una depreciación de la capacidad económica, que a veces produce dependencia social y familiar (Peña, Terán, Moreno, & Bazán, 2009).

El proceso de jubilación, debido a su gran complicación y variedad de significados, es explicado de diversas formas por quienes lo experimentan. Presentando distintos ajustes, pueden ser positivos o negativos, incluso para un mismo individuo. Por ello, la disolución del mundo laboral requiere un proceso de adaptación, que no siempre resulta exitoso (Sanhueza, 2014).

La teoría de la continuidad señala que la jubilación es un proceso que comienza antes del retiro laboral y que las actitudes previas tendrían un impacto en los posteriores resultados, que inducirían hacia una mejor o peor ajuste a la jubilación (Bueno & Buz, 2006). Según esta teoría, el proyectar y adherirse a funciones alternativas después del retiro laboral, podría ser una situación ambicionada en la jubilación, ya que disminuiría los efectos negativos del bienestar personal. Mientras mayor sea el nivel de actividades y el apoyo social de los jubilados mejor será su bienestar psicológico (Salami, 2010).

Lamentablemente, algunos investigadores han encontrado que gran parte de las actividades que realizan los adultos mayores son sedentarias, solitarias, y muy pocas actividades nuevas (Bound & Waidmann, 2007). Es por ello que el exceso de tiempo sin ninguna dedicación concreta, podría generar en la persona pensamientos negativos los que se tienden a mezclar, con otras sensaciones tales como aburrimiento, inutilidad, desmotivación, marginación o incluso la dependencia.

Se destaca, que: *“el ajuste a la jubilación o bienestar psicológico va a depender del contexto que los individuos experimentan la transición de la jubilación. Principalmente, determinado por los recursos disponibles y las circunstancias en que se da el retiro laboral”* (Salami, 2010). Tales como el ingreso económico, el nivel de educación, el cargo laboral, el estado de salud y el estilo de vida anterior a la jubilación, que determinarán en el jubilado la ocupación del tiempo libre, la participación social, el disfrute del ocio y la calidad de vida en general (IMSERSO, 2001).

El ajuste y el bienestar psicológico de la jubilación tienden a ser más optimista en las mujeres que en los hombres, debido que no les presume un cese completo de *“la actividad productiva, sino un cambio de tipo de actividades (desempeño de tareas domésticas)”* (Bueno & Buz, 2006). Pero este mejor bienestar, podría verse empañado, si existe una disminución del estado salud y el nivel de ingresos económicos (Salami, 2010).

#### **2.1.6.2 Nivel académico**

El nivel educativo, así como el estatus socioeconómico, son factores socioculturales que influyen en las capacidades y posibilidades de la persona para desenvolverse y desarrollarse, principalmente en las habilidades cognitivas o mentales; en la vejez por ejemplo, como se mencionó anteriormente, intervienen en la posterior adaptación a la jubilación, en la independencia, en las actividades de ocio y tiempo libre

practicadas por los individuos, entre otras (Silva & Vivar, 2015). Parece que mientras mayor sea el nivel educativo, hay una mejor adaptación, evidentemente debido a que se tienen mejores herramientas para planificar esta nueva situación vital (Peña, Terán, Moreno, & Bazán, 2009).

### **2.1.6.3 Pasatiempo de los adultos mayores**

Es en la etapa de la jubilación y envejecimiento, cuando aparece más tiempo disponible, ya que las personas quedan alejadas de las actividades laborales y roles social. Al aumentar la población longeva en las últimas décadas, le ha correspondido a la sociedad y al estado llenar y planificar los tiempos de esta población. Las personas de edad avanzada prefieren vivir el día a día y no planificar el futuro, ya que éste se transforma en limitado e incierto, no existen expectativas en el porvenir (Gallegos & Palacios, 2008).

Los conceptos “tiempo libre” y “ocio” se asocian a actividades de libre elección. El ocio permite mejorar las condiciones de vida del ser humano, y en este sentido es una herramienta ideal como parte de su desarrollo sociopsicoemocional. Es un servicio social tan importante como la salud y la educación. La mejor fuente de recreación reside en la persona; las ofertas de ocio deben enfatizar la satisfacción personal, el desarrollo de las relaciones interpersonales, la integración familiar y social (Sanhueza, 2014).

En el Ecuador, El Ministerio de Salud Pública en el año 2007, dictó:

*Las “Políticas Integrales de Salud para el Adulto Mayor”, lo cual constituyó un hito en el área de la salud. Esta declaración de políticas del MSP se tradujo en el “Programa de Atención Integral a las personas Adultas Mayores” que está estructurado en tres sub-programas: Subprograma de atención comunitaria al Adulto Mayor, subprograma de*

*atención al Adulto Mayor en hospitales, subprograma de atención al Adulto Mayor en Instituciones Sociales (CNII, 2014, pág. 9).*

Y también el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a través del Programa del Adulto Mayor, ofrece talleres de: *“terapia ocupacional, socio-recreativas y de integración, orientados a la promoción, prevención y cuidado integral de la salud de los adultos mayores. El programa realiza actividades en todas las provincias del Ecuador y está destinado a los jubilados del IESS”* (IESS, 2013, pág. 1).

Los distintos programas que oferta el instituto ecuatoriano de seguridad social son los siguientes:

**Tabla 1:** *Objetivos y actividades que promueve el IESS para el adulto mayor*

<b>Objetivos y Actividades</b>
<b>Salud física y mental del Adulto Mayor:</b> Gimnasia, talleres de medicina alternativa, terapia física, cocina saludable.
<b>Educación y capacitación gerontológica:</b> Conferencias, cursos, seminarios, pasantías.
<b>Ocupación del tiempo libre:</b> Talleres de motivación, considerando la cosmovisión de los diferentes grupos.
<b>Integración y participación:</b> Turismo, actividades sociales, culturales y recreativas.
<b>Creación de redes:</b> Fomentar la participación de organizaciones de jubilados, propiciar convenios interinstitucionales.

Fuente: (CNII, 2014). Elaborado por: Marjory Calderón

#### **2.1.6.4 Calidad de vida en la tercera edad.**

La longevidad ha sido para toda la humanidad un ideal expresado de diversas maneras y desde tiempos inmemorables; sin embargo, no sólo es sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejores condiciones de calidad de vida. Estas pueden alcanzarse a través de influir en el ámbito

sociocultural, es decir, en la condición y estilo de vida, así como mayores conocimientos de los factores biológicos y avances científicos que aumenten la esperanza de vida y mantengan las capacidades funcionales del ser humano (Peña, Terán, Moreno, & Bazán, 2009).

Los estudios comparativos de edad y funcionamiento del organismo muestran que el proceso de envejecimiento de los individuos cambia de una manera significativa cuando se controla la ingesta de alimentos, se practica ejercicio físico e intelectual, se tiene una higiene adecuada, se desarrolla competencias para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, se cumplen y se siguen las prescripciones de salud, se disminuye el grado de hábitos sedentarios y el consumo de drogas (tabaco, alcohol, café, entre otras) (Mora, 2010).

El tipo de alimentación es uno de los factores que más influyen en el estado de salud de las personas. Se sabe que una mala dieta sumada a la falta de ejercicio físico conduce, entre otras cosas, a enfermedades cardíacas, cerebrovasculares, obesidad, diabetes, incluso algunos cánceres. No es, por tanto, exagerado afirmar que malos hábitos alimenticios pueden llevar, como consecuencia última, a la muerte (Yorde, 2014).

#### **2.1.6.5 Enfermedades mentales en adultos mayores**

Existen muchos factores que determinan el estado de salud mental de las personas, estos pueden ser sociales, psicológicos y biológicos. La vejez abarca un sin número de limitaciones que ya sea por cualquier tipo de deterioro su estilo de vida se ve afectado pues muchos, son incapaces de vivir independientemente ya sea por “dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo” (OMS, 2016). Entre otros aspectos que también se ven deteriorados son los afectivos y los adultos mayores son más vulnerables a sufrir experiencias de dolor, todo puede con llevar a

que el adulto mayor se aíse y por ende sus relaciones interpersonales se vuelven aún más pobres, generando, ansiedad, depresión, incluso estrés.

*Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que: “una de cada 10 personas mayores sufre maltrato” (Machado, 2016, pág. 5).*

Cabe indicar que el maltrato a los adultos mayores, no solo se encaja en el maltrato físico, también existe el maltrato psicológico, que genera aún más secuelas negativas, y hoy en día por el grado de vulnerabilidad se da también el abuso sexual, estos son problemas que deben ser tratados con prontitud.

De este modo hay que tomar muy en cuenta:

*El reconocimiento y tratamiento oportunos de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias psicotrópicas en los adultos mayores revisten una importancia decisiva. Se recomienda aplicar intervenciones psicosociales y farmacológicas, además es necesario que se preste “atención a las necesidades especiales de los grupos de población de edad mayor (OMS, 2016, pág. 6).*

Con la finalidad de elaborar prácticas de promoción de salud mental en el adulto mayor, como política pública aplicada en todo el país.

### **2.1.7 CONSECUENCIAS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO**

Junto al inminente crecimiento de la población mayor mundial, han aumentado también los problemas de salud (cuantitativa y cualitativamente las enfermedades crónicas, pérdida progresiva de las facultades físicas, intelectuales y cognitivas), sociales (pérdida de estatus, pérdida de seres queridos, soledad y aislamiento), económicos (carencias

económicas por jubilación, aumento económico de atención médica) y políticos. Es importante reconocer la fragilidad homeostática del anciano, la situación biológica y la inevitable declinación del vigor físico; la mayor dificultad para adaptarse al estrés, a los cambios y situaciones nuevas (Pérez, 2010).

El envejecimiento demográfico, que no existía pura y llanamente antes, aparece y se establece cada vez con más fuerza en las pirámides de edades y en las correspondientes sociedades. La sociedad no estaba acostumbrada a que un porcentaje tan alto de la población, cada día mayor, alcanzara una edad tan avanzada. Estos cambios demográficos son consecuencia directa e inevitable de la evolución social tanto en desarrollo económico, cultural y avances científicos tecnológicos para conseguir la prolongación de la vida (Hidalgo, 2011).

La Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas consideran al envejecimiento poblacional junto con el calentamiento global uno de los grandes desafíos que enfrentará la humanidad en el siglo XXI. En los países en vías de desarrollo el ritmo de envejecimiento de la población se ha acelerado y se atiende con menos recursos económicos. Ante esa realidad es imprescindible preguntarse: ¿El Estado está en capacidad de responder a la demanda de servicios y profesionales especializados para los adultos mayores? ¿Existe un entorno positivo y espacios de participación que permitan un envejecimiento activo, digno y saludable? (OMS, 2016).

La Agenda de Igualdad para los Adultos Mayores 2012-2013, elaborada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), ratifica la transición demográfica de Ecuador. Si en: *“2010 los adultos mayores representaban el 7% de la población total, para 2050 significarán el 18%”, de ahí que se considere al envejecimiento como uno de los fenómenos de mayor impacto en la humanidad*” (Paredes, 2014, pág. 4).

### **2.1.7.1 Un entorno hostil para los adultos mayores**

Los resultados obtenidos en el Censo de Población y Vivienda 2010, demuestra que las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores no son las mejores. Se estima que: *“537.421 personas (57,4%) están en condiciones de pobreza y extrema pobreza”* (INEC, 2011, pág. 6). Y si nos vamos a lo que es el área rural, también se evidencia que las condiciones de vida son mucho más alarmantes la condición de pobreza es significativamente mayor: *“8 de cada 10 adultos mayores padecen pobreza y extrema pobreza”* (Paredes, 2014, pág. 4). Esto se concluye y se argumenta la culpabilidad a que como familia y sociedad, poco o nada hemos asumido con nuestra corresponsabilidad, para generar políticas y circunstancias más justas con un grupo que llegada la edad de la vejez, tiene que aprender a sobre salir de situaciones que son propias del envejecimiento, pero sin una fuente de trabajo y sin leyes en las que pueda ampararen dentro del ámbito laboral.

Según la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (Enemdu), únicamente: *“el 13,6% de los adultos mayores tiene un empleo adecuado a su edad y sexo”*. Si en lo económico su realidad es adversa, en lo social y afectivo el panorama tampoco es alentador. Con respecto al total de adultos mayores que viven solos, la Encuesta de Salud, Bienestar del Adulto Mayor (SABE) 2009- 2010 revela que: *“132.365 ancianos viven en esa condición. De este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes”*, lo que evidencia la poca responsabilidad de la familia hacia ellos, considerados ‘poco útiles’ y los abandonan a su suerte (MIES, 2010) .

### **2.1.7.2 Mitos y estereotipos**

Los mitos y estereotipos que existen sobre el envejecimiento y la vejez son aprendidos y se van transmitiendo en nuestro proceso de socialización, por ello si dentro de la familia: *“existe un comportamiento*

*negativo hacia los adultos mayores, lo más seguro es que los demás asuman que es normal”* (El telégrafo, 2014).

Por lo general los adultos mayores son catalogados o tachados de: es el ‘viejo mal carácter. No existe un estudio que demuestre que ser gruñón, cascarrabias o iracundo esté asociado a la edad del ser humano. La presencia de una enfermedad puede exacerbar determinados comportamientos, como por ejemplo la ansiedad, pero no marca el carácter de una persona. Debemos entender cuáles son los mitos más frecuentes de nuestra sociedad para reconceptualizar lo que pensamos, decimos y hacemos. Depende de cada persona crear un entorno positivo para los adultos mayores. Quien aún es joven, no puede esperar a cumplir 60 años para comprender su realidad (El telégrafo, 2014)

Los últimos estudios arrojan que: *“las próximas décadas la pirámide poblacional perderá su forma triangular (con jóvenes en la base) para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las sociedades envejecidas”* (MIES, 2015, pág. 5).

Lamentablemente, este aumento de esperanza de vida va acompañado de diversos problemas de salud, social, económico y político. Todo esto implica la necesidad de una transformación en la sociedad para enfrentar todas las necesidades de la vejez, tales como legislaciones en materia laboral, salud, economía, bienestar social, y el máximo interés por el mantenimiento de los derechos ciudadanos de todas las personas a lo largo de sus vidas. Como también es importante mantener saludables estilos de vida, como una dieta alimenticia equilibrada durante toda la vida, actividad física constante y permanente, y bajo consumo de elementos tóxicos o nocivos, mayor actividad intelectual. Todo lo anterior, daría indicios de una vida saludable, planificada y protegida en términos generales, lo que se asociaría con una mejor calidad de vida en la etapa del envejecimiento.

### **2.1.8 PSICOBIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento es: *“un proceso irreversible que afecta de manera heterogénea a las moléculas, células, tejidos y órganos, que con el paso del tiempo se ven sometidos a un deterioro morfofuncional que puede conducir hasta la muerte”* (Peinado, y otros, 2000, pág. 85). Esta variabilidad no solo se manifiesta en la morfofisiología de un organismo, sino también en una misma especie, es decir, no todos los individuos envejecen por igual (Landinez, Contreras, & Castro, 2012). Estas desigualdades parece que pueden ser consecuencia de las diferencias genéticas entre los individuos pero también de un fuerte componente ambiental, todo lo cual influiría sobre las distintas capacidades de la vida y podrían marcar las pautas del proceso de envejecimiento (Moreno, 2015).

Por ello, es difícil establecer el comienzo de la vejez ya que el envejecimiento biológico no necesariamente se encuentra vinculado con el envejecimiento cronológico. Sin embargo, ha sido ampliamente comprobado que se produce un: *“encogimiento progresivo en el cerebro, es decir, el volumen y el peso disminuyen con la edad a un ritmo que oscila entre el 2 y el 5% por década después de los 40-50 años”* (Binipatia, 2010, pág. 87). Pero según otra investigación es aproximadamente a los 70 años cuando se produce la mayor disminución del peso y del volumen del cerebro. A partir de esa edad y hasta los 90 años aproximadamente el cerebro pierde unos 125 gramos de peso y se manifiestan claramente déficits y cambios en todos los niveles moleculares (Duque, 2009).

### **2.1.9 TERAPIA DE GRUPO**

La psicoterapia de grupo es una forma especial de terapia en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un/a psicoterapeuta profesional, para ayudarse individual y mutuamente. Esta forma de terapia es de uso muy extendido, y aceptada desde hace más de 50 años (Psicomed, 2010).

Si lo pensamos bien, todos nos hemos criado en grupos, ya sea en la vida familiar o escolar, como trabajadores o como ciudadanos. Nos desarrollamos como seres humanos siempre en ambientes grupales. No es diferente la psicoterapia de grupo ya que provee un contexto para compartir los problemas o preocupaciones, comprender mejor la propia situación, y aprender junto con las demás personas.

La psicoterapia de grupo ayuda a la persona a conocerse a sí misma, y también a mejorar sus relaciones interpersonales. Puede centrarse en los problemas de la soledad, depresión y ansiedad. Nos ayuda a realizar cambios importantes para mejorar la calidad de la vida.

#### **2.1.10 Características de la terapia de grupo**

Según Blasco (2016) principalmente existen dos tipos de grupos de terapia:

**Grupos de terapia heterogéneos:** *en los cuales los componentes del grupo son diferentes entre sí, en varios niveles, como son la edad, procedencia, problemática a tratar, formas de pensar, estilos de personalidad. Dando al grupo una gran diversidad de visiones y puntos de vista alternativos.*

**Grupos de terapia homogéneos:** *Son aquellos en los cuales se tiene especial cuidado a la hora de formar el grupo intentando que las personas como mínimo presenten la misma dificultad a nivel terapéutico, también se intenta que las edades de los participantes sean lo más cercanas posibles para que haya una mayor cohesión de grupo. Generalmente las personas se sienten mejor en grupo de "iguales" y tienden a confiar más y relajarse desde el principio (pág. 15).*

#### **2.1.11 TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS**

Las terapias no farmacológicas han demostrado su eficacia en la recuperación de las alteraciones cognitivas. Son útiles para el tratamiento

de las enfermedades neurodegenerativas, para pacientes que presentan quejas de memoria propias del envejecimiento normal y para las alteraciones cognitivas desencadenadas por daño cerebral de origen diverso. La lista de modalidades de terapia es amplia, incluyendo orientación a la realidad; la reminiscencia; la validación; la modificación de conducta; la psicomotricidad; la psicoestimulación integral; la musicoterapia, etc (Anrango, 2012).

Cada propuesta supone un apoyo a las demás, y en lugar de competir, cada una aporta un beneficio distinto al adulto mayor, todo depende de las diferencias e individualidades que posee cada persona por ello algunas técnicas pueden ser más aconsejables que otras, por lo que todas se complementan entre sí.

#### **2.1.11.1 El objetivo de las terapias no farmacológicas**

Su objetivo es mejorar la calidad de vida, promover la autonomía, detener el deterioro cognitivo en las enfermedades neurodegenerativas, e incluso, mejorar dicho rendimiento en el daño cerebral adquirido, en el deterioro cognoscitivo leve y en las demencias reversibles (Sardinero, 2010).

#### **2.1.11.2 Objetivos de estimulación cognitiva**

**Tabla 2:** *Objetivos de la estimulación cognitiva*

<b>ESTIMULACIÓN COGNITIVA</b>	Mantener las capacidades mentales
	Rehabilitar los procesos psicológicos
	Incrementar la capacidad funcional y el desempeño en las tareas cotidianas
	Evitar el aislamiento del entorno
	Potenciar las relaciones sociales
	Reducir el estrés
	Aumentar la independencia y autonomía personal

	Generar sentimientos de control sobre el entorno y reducir la indefensión
	Mejorar el sentimiento de bienestar emocional, psicológico y de salud general
	Mejorar la calidad de vida del paciente
	Mejorar la calidad de vida de los cuidadores

**Fuente:** Estimulación cognitiva para adultos (Sardinero, 2010) **Elaborado por:** Marjory Calderón

## 2.1.12 TIPOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

En la actualidad existe una gran gama de tipos de estimulación cognitiva utilizables en personas adultas mayores, los que escogí para aplicar en la investigación están detallados a continuación.

### 2.1.12.1 Terapia de orientación a la realidad

Esta terapia es un conjunto de técnicas que son utilizadas: *“con pérdida de memoria, desorientación temporal y espacial, y problemas de confusión, esto es, en trastornos cognitivos y demencias, mediante la estimulación y provisión estructurada de información acerca de sí mismo y de su entorno* (Egger, 2013, pág. 45).

Jara refiere a Leturia y Yanguas (2009) que las metas principales a alcanzar a través de los Grupos de Orientación a la Realidad son:

- Proporcionar información sistematizada y repetitiva básica a personas desorientadas o confusas, respecto a orientación en el tiempo (temporal), en el espacio y respecto a las personas.
- Conseguir una mejora de las conjuntas sociales y personales, con frecuencia desintegradas en casos de demencia.
- Estimular la comunicación y la interacción, como complemento de la modificación de conductas no apropiadas derivadas del tratamiento cognitivo.

Leturia y Yanguas (1999) señalan que en la dinámica de los Grupos de Orientación a la Realidad se producen las interacciones personales se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Prevenir el aislamiento social.
- Inducir comunicación y participación de todo el grupo.
- Atender y utilizar el lenguaje no verbal.

Según Sardinero (2010) la persona recibe información de la realidad que se puede clasificar en tres tipos:

**a) Información temporal:** *El día de la semana, el día del mes, el mes, el año, la estación del año y la temperatura, el momento del día, y las festividades recientes. Además se incluyen aquí referencias a los hábitos diarios, rutinas y tareas pendientes de realizar en las próximas horas o días.*

**b) Información espacial:** *Sobre el lugar de residencia actual, las residencias anteriores, los lugares visitados con frecuencia, y los trayectos de desplazamiento diario. También se facilita información sobre la distribución de las estancias y habitaciones de su domicilio o del centro de terapia.*

**c) Información personal:** *sobre su nombre y apellidos completos, nombre de familiares y conocidos, datos familiares relevantes, ocupación laboral y formación académica recibida.*

#### **2.1.12.2 Terapia de reminiscencia**

La reminiscencia es: *“una técnica muy completa ya que utiliza la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento”* (Egger, 2013). Se pueden utilizar temas desde el recuerdo de hechos generales hasta recuerdos de experiencias personales, para ello es importante conocer las diferencias individuales en el momento de aplicar técnicas de reminiscencia, e incluso prever las posibles reacciones de las personas.

Menciona Laborda (2008) que: *“lo que se busca alcanzar a través de la técnica de reminiscencia es favorecer y dar oportunidad de expresión de vivencias pasadas con el fin de potenciar la identidad de la persona”* (pág.27). Por lo que se tiene que realizar sesiones grupales con personas de edad similar y afinidades parecidas, es decir, sean lo más homogéneas posibles. Utilizándose ciertos recursos prácticos como libros de historia de vida (se trata de realizar un libro donde se recogen los datos biográficos (escritos o fotográficos) de la persona, como la infancia, trabajo, matrimonio, hijos, nietos.

### **2.1.12.3 Terapia de estimulación cognitiva**

A la estimulación cognitiva Puig (2010) la define como: *“la ejecución de actividades programadas que han sido diseñadas para el mantenimiento y mejora de los procesos cognitivos básicos, como la memoria, la atención, el lenguaje, el razonamiento, la percepción, las praxias, el cálculo, la lectoescritura o la visoconstrucción”* (pág. 29). Estimular y mantener las capacidades mentales redundante en una mejoría de las habilidades funcionales de los pacientes en las tareas cotidianas.

Muchas veces se piensa que en los programas de estimulación cognitiva los pacientes juegan un papel pasivo dentro del taller pero esto es muy contrario ya que los participantes en talleres de estimulación cognitiva se enfrentan a tareas que requieren esfuerzo y actividad intelectual, con independencia de que el nivel de dificultad de la tarea que afrontan esté ajustado a sus capacidades.

Las actividades de estimulación cognitiva han sido desarrolladas atendiendo a un modelo teórico de partida, fundamentado científicamente, con el propósito de ejercitar algún proceso psicológico en particular (como por ejemplo puede ser la memoria visual inmediata) o varios procesos al mismo tiempo. Además de presentarle la actividad, el terapeuta enseña al paciente estrategias y técnicas de procesamiento de la información,

algunas más simples y otras de mayor nivel. Así, puede enseñarle estrategias mnemotécnicas para mejorar su capacidad de almacenamiento, estrategias de aprendizaje organizado, estrategias de síntesis, clasificación o agrupación de los datos, etc (Sardinero, 2010).

### **2.1.13 ÁREAS BÁSICAS QUE SE DEBEN REFORZAR EN LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

A continuación se describen las funciones que se deben estimular en un programa de estimulación cognitiva:

***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.

***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, & Uriarte, 2009, pág. 9)*

**Memoria:** Es una función cognitiva que permite al organismo codificar, almacenar y recuperar la información del pasado. Algunas teorías afirman que surge como resultado de las conexiones sinápticas repetitivas entre las neuronas, lo que crea redes neuronales (Feldman, 2011).

Señalan López, López y Ariño (2009) que:

*La mejoría del 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. El paciente con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse de estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida. Pretendiéndose 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 (pág. 29).*

## **2.2 Posicionamiento teórico personal**

Las concepciones actuales en la ciencia del comportamiento humano parten desde un abanico de opciones que permiten desenvolver la metodología de una corriente de pensamiento afín con los principios del

profesional, las necesidades de la sociedad y los avances científicos de la psicología. Esta investigación surge de la corriente psicológica cognitiva ya que esta rama de la psicología se: *“dedica al estudio de los procesos mentales como la percepción, la planificación o la extracción de inferencias, es decir, procesos que históricamente se han entendido como privados y fuera del alcance de los instrumentos de medición”* (Triglia, 2013, pág. 2).

Hoy en día gracias a los diferentes tipos de test estandarizados, se puede tener una idea clara del estado en el que se encuentran los diferentes procesos mentales y esta investigación se sirvió de uno de ellos para determinar cuál es el estado de las funciones cognitivas, para a partir de ello elaborar un programa para estimular dichas funciones.

La investigación está encaminada al aprendizaje de técnicas las mismas que conduzcan a las personas a romper conflictos, que pueden generarse a partir de las dificultades que los adultos mayores presentan a nivel cognitivo, rehabilitando o generando en ellos la utilización de mecanismos que por la inactividad, la jubilación, y los diferentes problemas que acarrea consigo el envejecimiento se han visto deteriorados, sobre todo las funciones cognitivas, indispensables para el desenvolvimiento adecuado del adulto mayor.

De esta manera el compromiso del profesional en psicología se basa en enfocar sus objetivos al uso de diferentes técnicas que son empleadas en situaciones de su labor diaria. La sociedad se encuentra en expectativa de nuevas propuestas que proporcionen soluciones a sus demandas, pues de una u otra forma todos y todas llegaremos a la etapa de la vejez y es indispensable generar herramientas y programas que estén enfocados en una cultura de prevención para así tener una mejor calidad de vida.

## 2.3 Glosario de términos

**Autonomía:** Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

**Calidad de vida:** Juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o un sentimiento de bienestar personal; se encuentra estrechamente vinculado a determinados indicadores “objetivos” (biológicos, psicológicos, conductuales y sociales).

**Conducta:** Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones. Toda conducta es una comunicación, que a su vez no puede sino provocar una respuesta, que consiste en otra conducta-comunicación.

**Depresión:** Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos.

**Deterioro cognitivo:** El deterioro cognitivo es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información, que se produce con el envejecimiento normal.

**Educación:** Proceso de socialización de un individuo, a través del cual éste asimila conocimientos; implica una concienciación cultural y conductual.

**Emoción:** Estado afectivo; reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa.

**Envejecimiento normal:** Es parte integrante y natural de la vida, pero no todo el mundo pasa por este proceso de la misma forma. La manera en que se envejece y cómo se vive este proceso, dependen tanto de la estructura genética como del ambiente que nos ha rodeado durante toda nuestra vida.

**Envejecimiento patológico:** Se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, y, que no forman parte del envejecimiento normal por ejemplo, cataratas, enfermedad de Alzheimer.

**Estrés:** Reacción fisiológica y psicológica del organismo frente a las demandas del medio.

**Funciones cognitivas:** Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea.

**Funciones ejecutivas:** Habilidades implicadas en la generación, la regulación, la ejecución efectiva y el reajuste de conductas dirigidas a objetivos.

**Jubilación:** Es el acto administrativo por el que un trabajador en activo, ya sea por cuenta propia o ajena, pasa a una situación pasiva o de inactividad laboral, tras haber alcanzado la edad máxima, o por enfermedad crónica grave o incapacidad.

**Praxias:** Habilidad para poner en marcha programas motores de manera voluntaria y, normalmente, aprendidos.

**Recuerdo:** Reproducción de algo vivido o aprendido anteriormente.

**Reminiscencia:** es un concepto que puede asociarse a evocaciones, memorias o recuerdos. Una reminiscencia es la representación mental de una situación, un hecho u otra cosa que tuvo lugar en el pasado.

#### **2.4 Interrogantes de investigación**

- ¿De qué manera se puede determinar el estado actual de las funciones cognitivas?
- ¿Cuál es la finalidad de emplear la historia clínica breve?
- ¿De qué manera contribuye el análisis de los resultados de la aplicación del pre y post-test?
- ¿Con que finalidad se elabora el programa de estimulación cognitiva, aplicando las técnicas y terapias grupales?

## 2.5 Matriz categorial

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems/ instrumentos
<b>Terapia grupal</b>	Es un tratamiento terapéutico de naturaleza psicológica que se proporciona a los pacientes que lo necesitan de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Orientación</li> <li>✓ Fijación-recuerdo</li> <li>✓ Atención- Calculo</li> <li>✓ Recuerdo diferido</li> <li>✓ Lenguaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capacidad de orientarse en tiempo y espacio</li> <li>✓ Capacidad de retener información</li> <li>✓ Capacidad de mantener la atención a determinados estímulos</li> <li>✓ Capacidad de realizar y resolver problemas matemáticos</li> <li>✓ Capacidad para evocar información reciente</li> <li>✓ Capacidad para expresarse, interpretar y escribir información</li> <li>✓ Habilidad para poner en marcha programas motores de manera voluntaria</li> </ul>	<p>Historia clínica</p> <p>Ficha de observación</p> <p>Re-Test Mini-mental</p>

<b>Funciones cognitivas</b>	<p>Son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Percepción</li> <li>✓ Atención</li> <li>✓ Concentración</li> <li>✓ Memoria</li> <li>✓ Pensamiento</li> <li>✓ Orientación</li> <li>✓ Lenguaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interpretación resultante de las sensaciones captadas por los órganos de los sentidos</li> <li>✓ Concentración selectiva en un aspecto</li> <li>✓ Nivel de focalización de atención en un determinado estímulo</li> <li>✓ Proceso mental superior mediante el cual se codifica, almacena y evoca la información adquirida.</li> <li>✓ Capacidad de generar asociaciones de ideas.</li> <li>✓ Capacidad de ubicarse en el tiempo y espacio.</li> <li>✓ Capacidad mental superior empleada para comprender y expresar información.</li> </ul>	<b>Test Mini-mental</b>
-----------------------------	---	--	--	-------------------------

Fuente: Investigación **Elaborado por:** Marjory Calderón

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1 Tipo de investigación**

##### **3.1.1 De campo.**

Constituye un proceso sistemático de recolección, tratamiento, análisis y presentación de datos, basado en una estrategia de recolección directa de la realidad de las informaciones necesarias para la investigación. Esta investigación fue aplicada desde que el grupo de adultos mayores estuvo conformado, hasta la finalización de los talleres.

##### **3.1.2 Participativa.**

Esta investigación surge a partir de un problema que se origina en la misma comunidad, con el objeto de que en la búsqueda de la solución se mejore el nivel de vida de las personas involucradas, esta fue utilizada durante la aplicación de la investigación, es decir cuando se realizaron los talleres con las personas.

##### **3.1.3 Bibliográfica**

Es una amplia búsqueda de información sobre una cuestión determinada, que debe realizarse de un modo sistemático. Al ser una excelente introducción en todos los tipos de investigación, esta se utilizó desde el inicio, para tener conocimiento sobre el tema a investigarse, puesto que esta proporciona información de investigaciones ya existentes.

#### **3.2 Métodos de investigación.**

##### **3.2.1 Método inductivo – deductivo**

El método inductivo es aquel método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. El método deductivo, es aquél que parte los datos generales aceptados como válidos, para deducir por medio del razonamiento lógico, varias

suposiciones. Este método se lo aplico desde la elaboración del capítulo I, para la elaboración de los objetivos, formulación del problema, justificación, y a lo largo del desarrollo y finalización de la investigación.

### **3.2.2 Método analítico – sintético**

El método analítico es aquel procedimiento de investigación que consiste en la separación de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El método sintético es un proceso de razonamiento que tiende a reconstruir un todo, a partir de los elementos distinguidos por el análisis. Desde su inicio se lo aplico para desglosar la problemática, revelando los factores que inciden en el problema y para finalizar se sintetizo todo ello en conclusiones, propuestas y recomendaciones.

### **3.2.3 Método psicométrico**

El método psicométrico es el conjunto de procedimientos que conducen a la valoración cuantitativa de los fenómenos psicológicos. Reuniendo el uso de técnicas de observación y aplicación en reactivos, este método fue aplicado en los adultos mayores de manera individual al inicio de la investigación y en el post-test al finalizarla.

## **3.3 Técnicas e instrumentos de investigación**

### **3.3.1 Test psicométrico.**

Los test psicométricos son una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta que nos permiten hacer descripciones y comparaciones de unas personas con otra y también de una misma persona en diferentes momentos de su vida. Esta técnica se utilizó con la finalidad de conocer el estado cognitivo de los participantes al inicio y al final para conocer los resultados obtenidos luego de la intervención.

### **3.3.2 Entrevista psicológica.**

Es una conversación y/o relación interpersonal entre dos o más personas, con objetivos determinados, en la que alguien solicita ayuda y otro la ofrece, lo que configura una diferencia explícita de roles en los intervinientes. El uso de esta técnica tuvo como objetivo el desarrollar una relación con cada uno de los miembros que son parte de la investigación y así conocer más a fondo y de manera personal el origen de su problemática, ya que cada uno tiene una perspectiva diferente en cuanto a su situación.

### **3.3.3 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 la intervención psicológica. En este caso se observó de manera directa el desempeño de los participantes, con el fin de obtener la información necesaria para el desarrollo de la misma.

### **3.3.4 Mini-mental state examination**

La Mini prueba del estado mental (también llamado Mini Examen del Estado Mental, en Inglés Mini-mental state examination (por sus siglas MMSE)), 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.

Consta de 30 preguntas donde se evalúan 4 aspectos principales:

- Orientación espacio temporal
- Capacidad de atención, concentración y memoria
- Capacidad de abstracción (cálculo)
- Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial
- Capacidad para seguir instrucciones básicas

Es recomendable aplicar el reactivo en un lugar libre de objetos que puedan interferir en las respuestas de o que de alguna forma sean un distractor para quienes al ser evaluado, de presencia un lugar confortable, durante la administración es importante no limitar el tiempo de respuesta del participante.

### **3.3.5 Historia clínica psicológica breve**

La elaboración de la historia clínica breve fue elaborada de manera personal con la finalidad de recabar información relevante, la cual fue utilizada de gran importancia en la investigación, se tomaron aspectos como:

- Edad
- Genero
- Estado civil
- Instrucción
- Enfermedades con diagnóstico medico
- Motivo de consulta
- Anamnesis personal, normal y patológica
- Anamnesis familiar normal y patológica
- Reactivo aplicado
- Diagnóstico psicológico presuntivo
- Recomendaciones
- Observaciones

### **3.3.6 Ficha de observación**

La ficha de observación se utilizó para la recopilar información, además sirvió para poder observar el progreso que han tenido los adultos mayores, a lo largo de los tres meses de intervención.

### **3.4 Población**

Las personas que fueron investigadas tienen como característica fundamental ser adultos mayores, es decir mayores de 65 años, fueron de ambos géneros, situación económica y nivel de instrucción diversa, además forman parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra.

### **3.5 Muestra**

La muestra se obtuvo utilizando el método no probabilístico, mediante un proceso intencional, estableciendo criterios de inclusión y exclusión

#### **Criterios de inclusión**

- Ser mayor de 65 años
- Ser jubilado y pertenecer al grupo de envejecimiento activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra.
- Tener algún problema en cuanto a funciones cognitivas.

#### **Criterios de exclusión**

- Persona que padezca de algún trastorno degenerativo progresivo.
- Persona que no sea capaz de cumplir con las actividades de la vida diaria.

## CAPITULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Historia clínica:

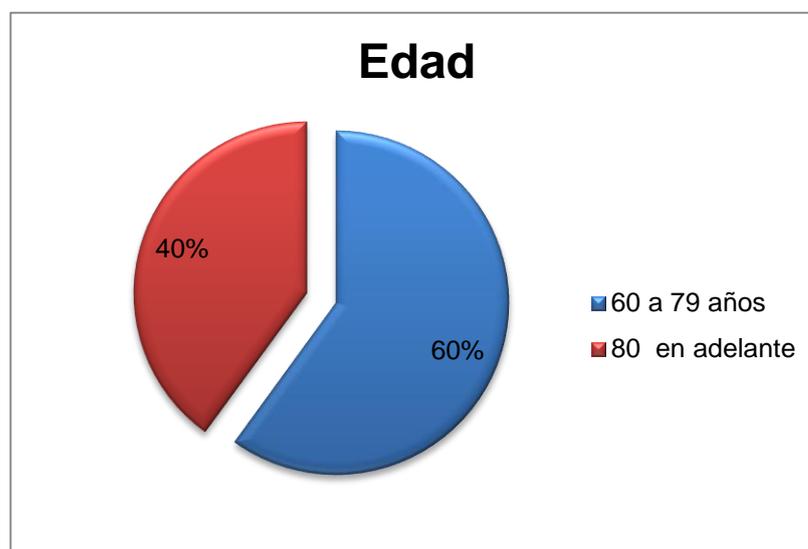
##### Ítem 1: Edad

Tabla 3: frecuencia de edad

Edad	<i>f</i>	%
65 a 79 años	9	60
80 en adelante	6	40
Total	15	100

Fuente: Historia clínica breve. Elaborado por: Marjory Calderón

Gráfico 1: Porcentaje de Edad de participantes



La mayoría de los investigados se ubican en la edad de 65 a 79 años, y en un menor número se ubican en edades de 80 años en adelante, todos los participantes son independientes y autónomos a la hora de realizar sus actividades, ya que durante las intervenciones no necesitaron de la asistencia de una tercera persona para desenvolverse apropiadamente.

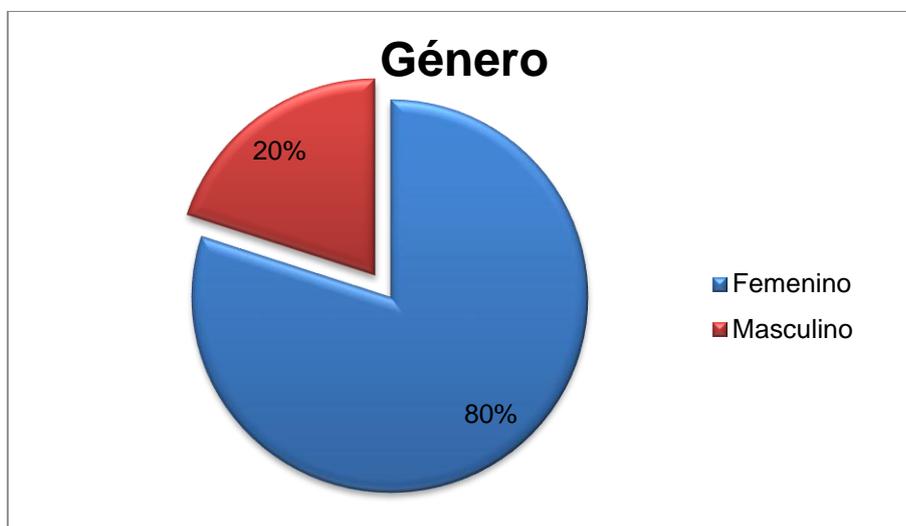
## Ítem 2: Género

Tabla 4: frecuencia de género

Genero	<i>f</i>	%
Femenino	12	80
Masculino	3	20
Total	15	100

Fuente: Historia clínica breve. Elaborado por: Marjory Calderón

Gráfico 2: porcentaje de género de participantes



Fuente: Historia clínica breve. Elaborado por: Marjory Calderón

La mayoría de los participantes fueron mujeres, y en una minoría hombres. Esto puede deberse a que la investigación se promocionó dentro de los talleres de coro, danza, gimnasia y manualidades que ofrece el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en los que se evidenció muy poca participación del grupo masculino y por ende se deduce que esa fue la razón de la poca asistencia de este grupo.

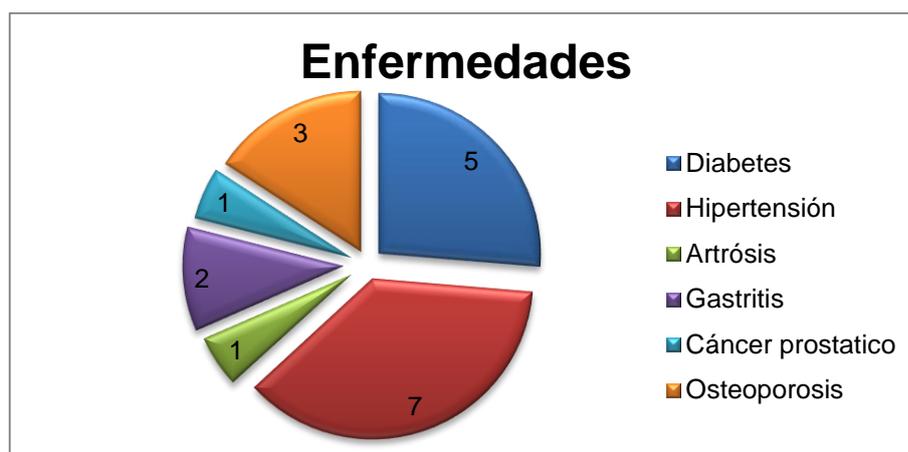
### Ítem 3: Enfermedades con diagnóstico médico

Tabla 5: frecuencia de enfermedades

Enfermedad	<i>f</i>	%
Diabetes	5	26
Hipertensión	7	37
Osteoporosis	3	16
Artrosis	1	5
Gastritis	2	11
Cáncer prostático	1	5
Total	15	100

Fuente: Historia clínica breve. Elaborado por: Marjory Calderón

Gráfico 3: frecuencia de enfermedades



Fuente: Historia clínica breve. Elaborado por: Marjory Calderón

Los pacientes que participaron en la investigación sufren de una o más de estas enfermedades, lo que de una u otra manera interfiere de manera negativa en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria, además de presentar dificultades en cuanto a las funciones cognitivas, fueron razón suficiente para ser parte del grupo que se conformó con la finalidad de mejorar su calidad de vida y sobre todo para generar redes sociales.

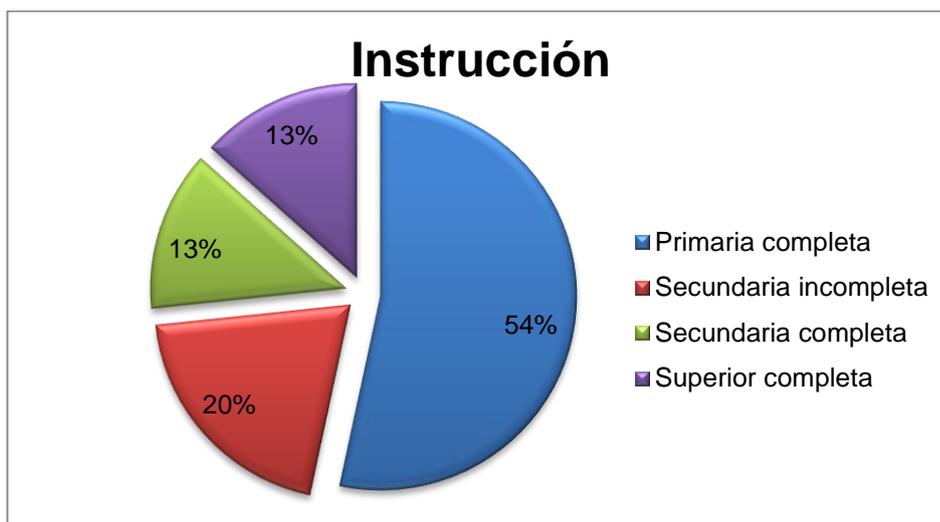
#### Ítem 4: Instrucción

Tabla 6: frecuencia de Instrucción académica

Instrucción	f	%
Primaria completa	8	54
Secundaria incompleta	3	20
Secundaria completa	2	13
Superior completa	2	7
Total	15	100

Fuente: Historia clínica breve. Elaborado por: Marjory Calderón

Gráfico 4: porcentaje de Instrucción académica



Fuente: Historia clínica breve. Elaborado por: Marjory Calderón

La mayoría de los participantes solo cuentan con educación primaria. Aquellos participantes que se ubican en un nivel de instrucción alto mantienen un mejor desenvolvimiento y además sus funciones cognitivas están mejor conservadas. Así lo corrobora Sanhueza (2014): *“El nivel educativo, y el estatus socioeconómico, son factores socioculturales que influyen en las capacidades y posibilidades de la persona para desenvolverse y desarrollarse, principalmente en las habilidades cognitivas o mentales”* (pág. 75). Mientras mayor sea el nivel educativo mayor es la posibilidad de mantener conservada la esfera cognitiva.

## 4.2 Análisis e interpretación mini mental state:

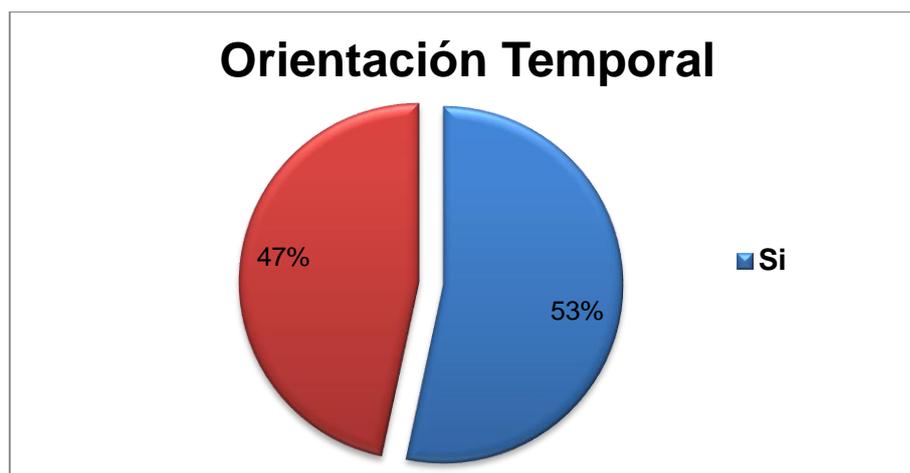
### Ítem 1: Orientación temporal

Tabla 7: Frecuencia de orientación temporal

Orientación temporal	<i>f</i>	%
Si	8	53
No	7	47
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 5: Porcentaje de orientación temporal



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

La subescala orientación temporal, evidencia que, un poco menos de la mitad de la muestra presentó dificultad, la pregunta en la que se dió mayor confusión fue en el día de la semana. Así Peláez (2016) refiere que las capacidades cognitivas que están implicadas en esta función son “la atención y vigilancia, la memoria reciente, el conocimiento autobiográfico y la proyección en el futuro”, (pág. 2). Cabe recalcar que se puede considerar correcta la fecha con diferencia de 2 días, aquellas personas que no respondieron acertadamente lo hicieron de esa manera, es por ello que sus respuestas se encuentran en el rango de “normalidad”.

## Ítem 2: Orientación Espacial

Tabla 8: Frecuencia de fijación del recuerdo inmediato

Orientación espacial	<i>f</i>	%
Si	9	60
No	6	40
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 6: Porcentaje de orientación espacial



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

En la subescala orientación espacial menos de la mitad tuvo dificultad al orientarse en el espacio. Jarque (2012) menciona que: “La orientación espacial es una función cognitiva implicada en la percepción y procesamiento de estímulos relacionados con su posición y distribución en el espacio” (pág. 1). Por ello se puede deducir que este resultado se debe a que el lugar en el que se realizaron los talleres fue nuevo y por ende no existió una adecuada orientación del yo en el espacio. Las demás preguntas tuvieron que ver con conocimientos ya establecidos y por ende con la memoria a largo plazo, por ello pues no se evidenció ninguna dificultad en ellas.

### Ítem 3: Recuerdo Inmediato

Tabla 9: Frecuencia de fijación del recuerdo inmediato

Fijación-Recuerdo	<i>f</i>	%
Si	11	73
No	4	27
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 7: Porcentaje de recuerdo inmediato



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

En esta subescala la mayoría realizó el registro adecuado de las 3 palabras, alrededor de la cuarta parte no lo logró, esta subescala se encuentra totalmente ligada a la memoria a corto plazo, la cual “es transitoria y dura pocos minutos; a veces, sólo segundos” (Ecu Red, 2016). El recuerdo, por lo tanto, es una función cognitiva que resulta de las conexiones sinápticas entre las neuronas y de la capacidad para retener el pasado inmediato, en este caso el resultado obtenido denota que no existe mayor dificultad en esta área, es decir la fijación del recuerdo fue inmediata.

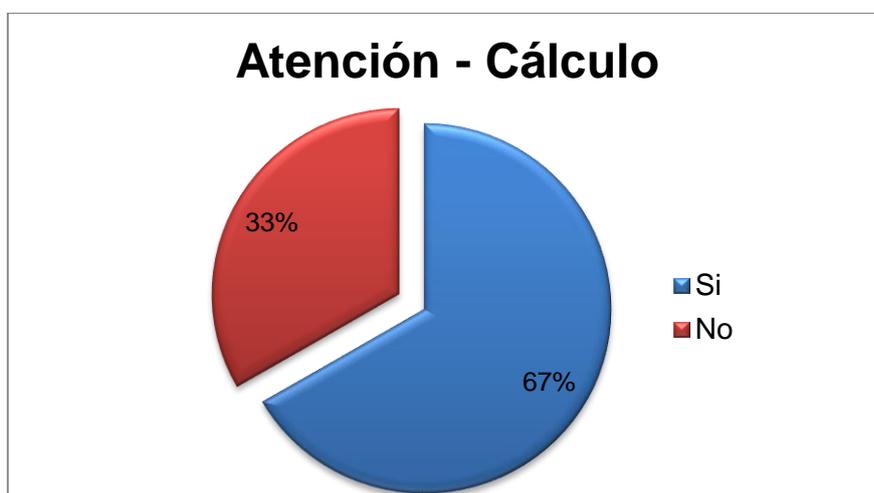
#### Ítem 4: Atención Cálculo

Tabla 10: Frecuencia de atención y cálculo

Atención - Cálculo	<i>f</i>	%
Si	10	67
No	5	33
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 8: Porcentaje atención – cálculo.



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

En la subescala atención – cálculo, una tercera parte de las personas tuvieron dificultad en esta actividad. Sánchez & Pérez (2010) indican que: “La atención es una función cognitiva que sirve como un mecanismo de activación, para el funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje” (pág. 4). Por ello hay que reconocer la importancia de ejercitar esta función, el no hacerlo podría significar la afectación de las funciones nombradas anteriormente. La mayoría no presentó dificultad, pero sin lugar a duda desarrollar actividades de prevención, mantenimiento o mejoramiento, pueden contribuir a que su calidad de vida mejore.

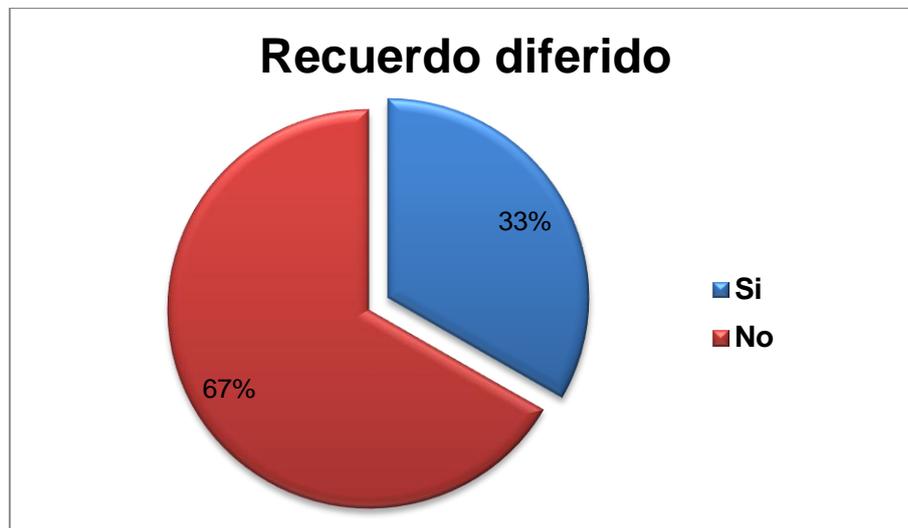
## Ítem 5: Recuerdo diferido

Tabla 11: Frecuencia de recuerdo diferido

Recuerdo diferido	<i>f</i>	%
Si	5	33
No	10	67
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 9: Porcentaje de recuerdo diferido



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

La mayoría de la muestra, tuvo dificultad en esta subescala. Estudios demuestran que: “entre los 50 o 60 años la capacidad de recuerdo se deteriora, a partir de los 70 años estas quejas se tornan mucho más frecuentes” (Gramunt, 2011, pág. 15). Esto muchas de las veces es producto del envejecimiento normal, como sucede con la mitad de quienes presentaron dificultad y tenían una edad entre 65 y 79 años, la otra mitad tiene una edad mayor a 80 años lo que sugiere que por este factor esta función se ve aún más deteriorada.

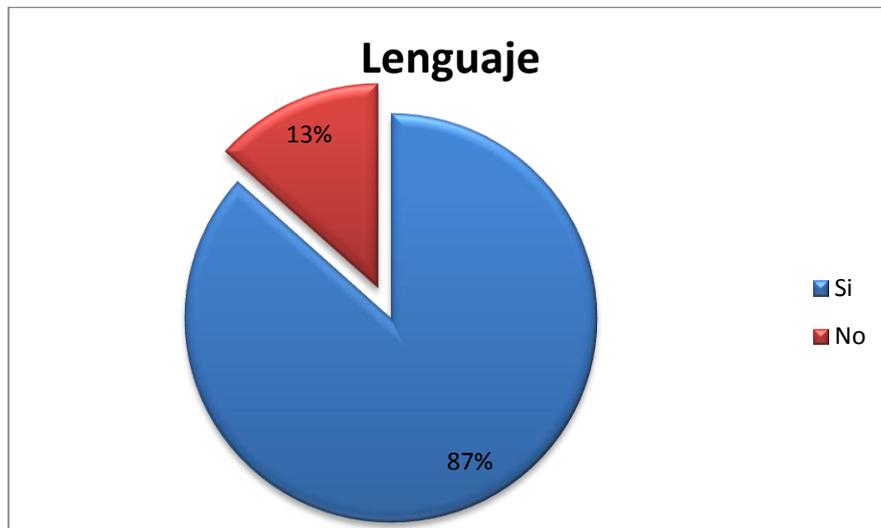
## Ítem 5: Lenguaje

Tabla 12: Frecuencia de lenguaje

Lenguaje	<i>f</i>	%
Si	13	87
No	2	13
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 10: Frecuencia y porcentaje de lenguaje



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

La escala de lenguaje se divide en 6 subescalas y en 5 de ellas todos los participantes contestaron adecuadamente, por lo que no presentan ninguna dificultad, solo en la subescala copia hubo cierta dificultad, en una minoría que no obtuvo un puntaje positivo, lo que quiere decir que no lograron dibujar los pentágonos de manera que sus vértices sean identificados, esto podría deberse a la enfermedad que las dos personas presentan, lo cual dificulta su motricidad, pero en general la comunicación esta conservada en los participantes.

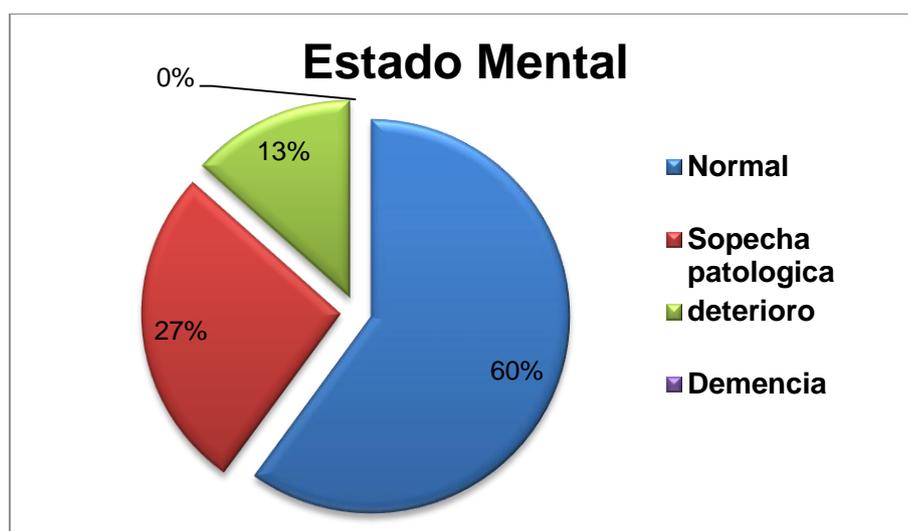
## Ítem 6: Estado mental

Tabla 13: Frecuencia y porcentaje Mini Examen del Estado Mental (MMSE).

Estado mental	<i>f</i>	%
Normal	9	60
Sospecha patológica	4	27
Deterioro	2	13
Demencia	0	0
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 11: Porcentaje de estado mental



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

En cuánto a los resultados que ofrece el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), los resultados obtenidos en la muestra fueron los siguientes: alrededor de la mitad de la muestra se encuentran en un estado mental normal y un poco menos de la mitad obtuvieron como resultado sospecha patológica y deterioro. Las funciones cognitivas como la atención, orientación, percepción, fijación, memoria, lenguaje, “establecen procesos por los que el individuo recibe, almacena y utiliza la información de la realidad y de sí mismo” (Egger, 2013, pág. 11).

Es importante mencionar que hasta hace poco un proceso de deterioro era irreversible, pero hoy en día existen diferentes técnicas y programas de intervención que hacen posible, al menos en algunos casos, frenar, mantener y/o modificar estos procesos.

A pesar de que la mayoría de la muestra califica con el mini mental, como normal en cuanto al estado de sus funciones cognitivas, es importante mencionar que todos los participantes presentaron deterioro en al menos una de las funciones, por ello fueron sujetos de intervención y calificaron como participantes para conformar el grupo de intervención.

### 4.3 Análisis e interpretación ficha de observación

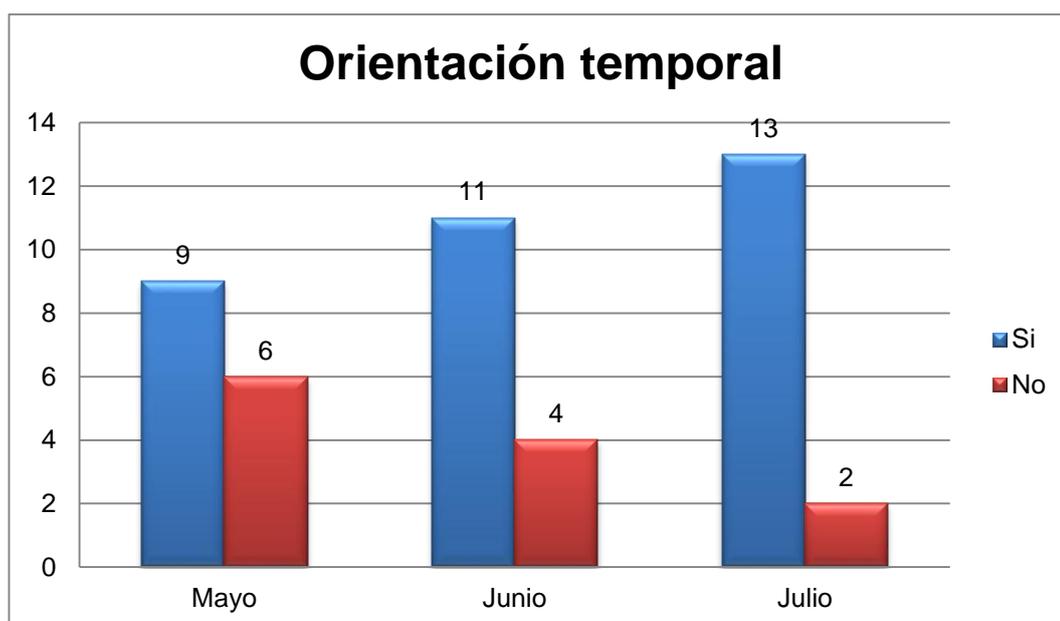
#### Ítem 1: Orientación temporal

Tabla 14: frecuencia de Orientación temporal

Orientación temporal	Mayo		Junio		Julio	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	9	60	11	73	13	87
No	6	40	4	27	2	13

Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 12: Frecuencia de orientación temporal



Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

En relación a la orientación temporal se puede evidenciar que, el avance de esta escala es progresivo, al ser una función que se relaciona con otras funciones como, la atención, vigilancia, memoria reciente, durante la intervención, todas estas funciones fueron estimuladas, para poder obtener resultados positivos.

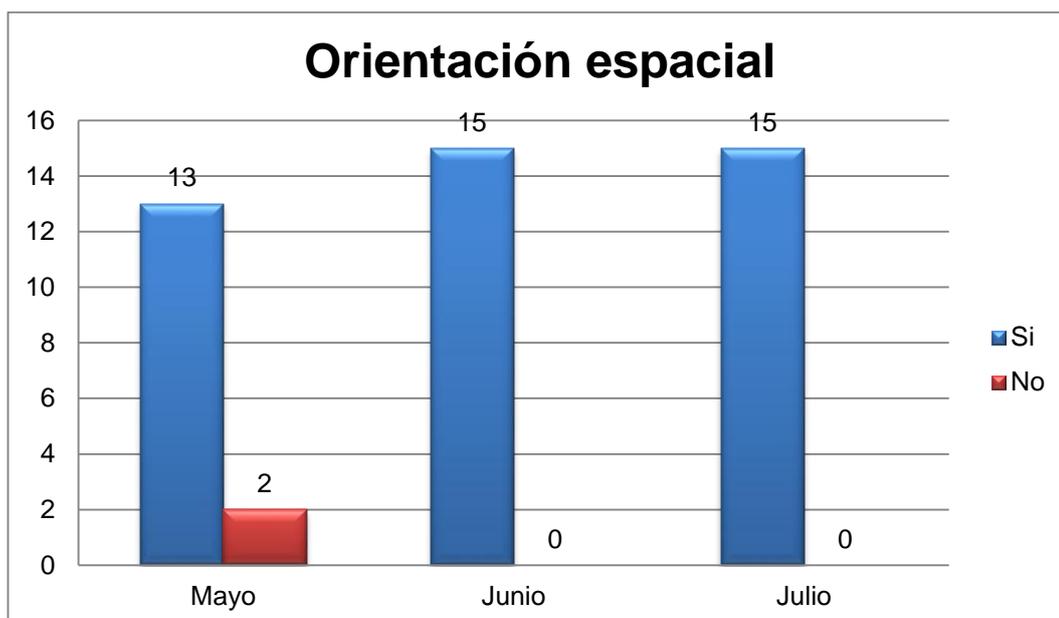
## Ítem 2: Orientación espacial

Tabla 15: frecuencia de Orientación espacial

Orientación espacial	Mayo		Junio		Julio	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	13	87	15	100	15	100
No	2	13	0	0	0	0
Total	15	100	15	100	15	100

Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 13: Frecuencia de orientación espacial



Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Con respecto a la orientación espacial, no hubo mayor dificultad, solo bastó con que los participantes asistieran regularmente para poder identificar el lugar, las referencias, las calles, el nombre del barrio. Todos los participantes tuvieron una adecuada orientación del yo en el espacio al finalizar la intervención.

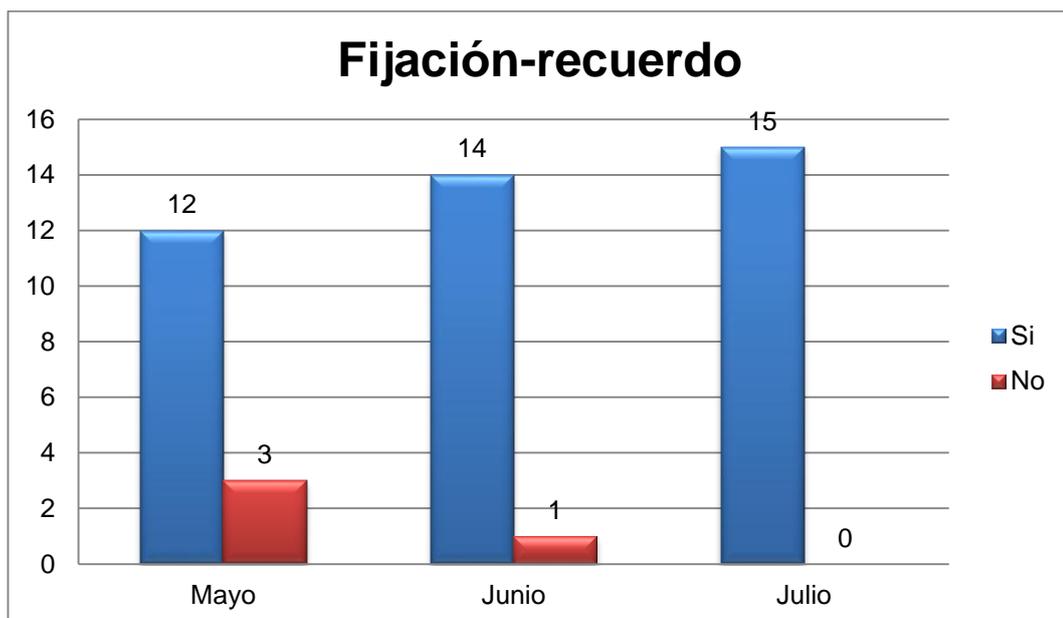
### Ítem 3: Fijación-recuerdo

Tabla 16: frecuencia de Fijación-recuerdo

Fijación-recuerdo	Mayo		Junio		Julio	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	12	73	14	93	15	100
No	3	27	1	7	0	0
Total	15	100	15	100	15	100

Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón

Gráfico 14: Frecuencia de fijación-recuerdo



Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Del mismo modo se puede apreciar que durante los tres meses de intervención se dieron cambios significativos; al finalizar la intervención todos los participantes lograron hacer el registro de las 3 palabras, sin sobrepasar el límite de repeticiones que es máximo de 3.

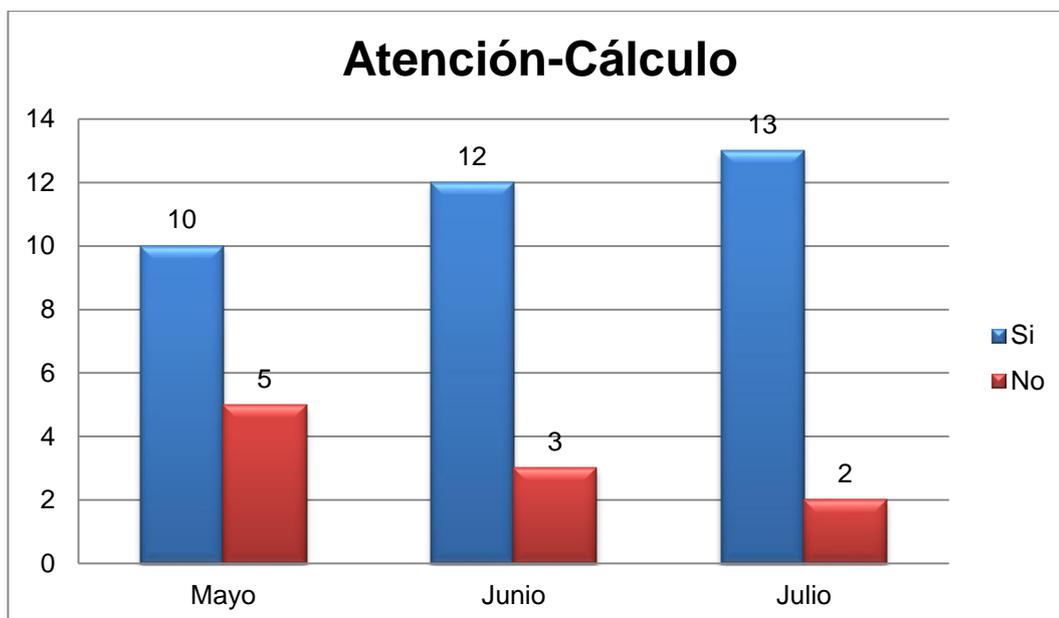
#### Ítem 4: Atención-Cálculo

Tabla 17: frecuencia de Atención-Cálculo

Atención-Cálculo	Mayo		Junio		Julio	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	10	66	12	80	13	87
No	5	34	3	20	2	13
Total	15	100	15	100	15	100

Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 15: Frecuencia de Atención-Cálculo



Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Dentro de esta función también se han evidenciado cambios positivos durante la intervención, al finalizar el programa la mayoría logro pasar esta escala, es importante recalcar que quienes no lo lograron realizaron adecuadamente las 3 primeras operaciones, se evidenció dificultad en la 4 y 5 operación, esto debido a que los ejercicios en este grado son de mayor dificultad.

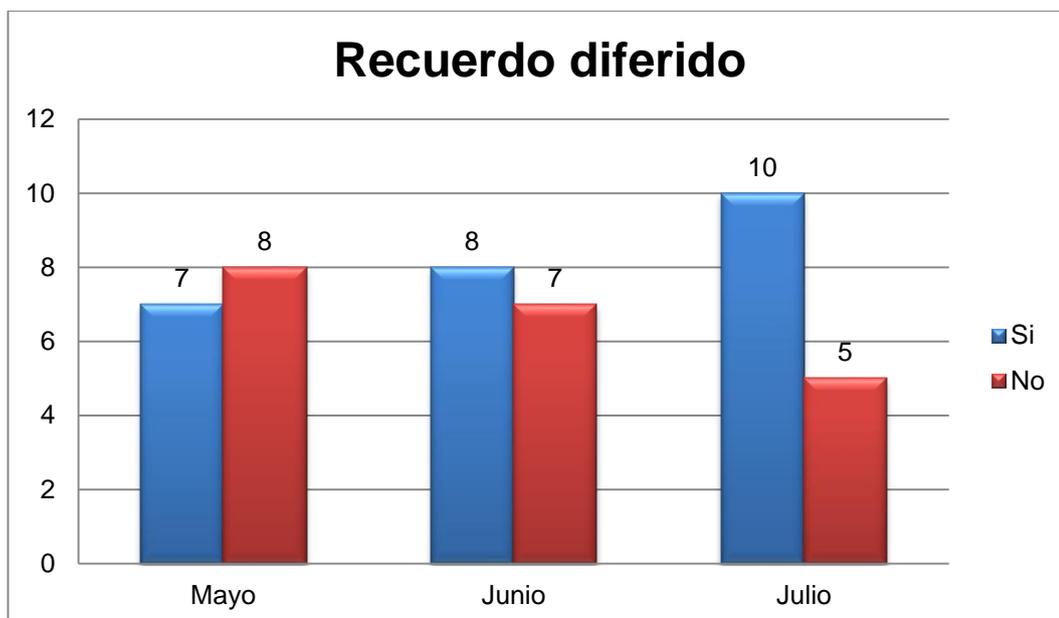
## Ítem 5: Recuerdo diferido

Tabla 18: frecuencia de Recuerdo diferido

Recuerdo diferido	Mayo		Junio		Julio	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	7	46	8	54	10	66
No	8	54	7	46	5	34
Total	15	100	15	100	15	100

Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 16: Frecuencia de Recuerdo diferido



Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Después de la primera intervención ya se evidenciaron cambios, pero al finalizar el programa, no todos los participantes lograron recordar las palabras, esto podría relacionarse con la edad de los participantes, ya que quienes no pasaron esta escala, tiene una edad mayor a los 80 años, a excepción de una persona que tiene 93 años y no tuvo dificultad en esta escala, esto debido a su alto nivel académico y a las actividades que realiza diariamente.

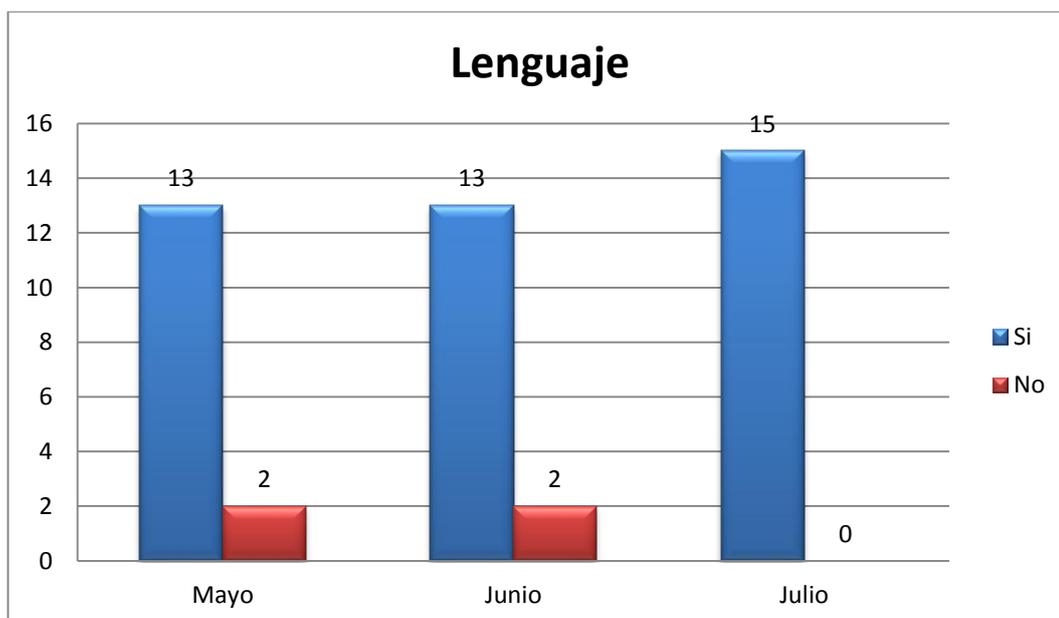
## Ítem 6: Lenguaje

Tabla 19: frecuencia de Lenguaje

Lenguaje	Mayo		Junio		Julio	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	13	87	13	87	15	100
No	2	13	2	13	0	0
Total	15	100	15	100	15	100

Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 17: Frecuencia de Lenguaje



Fuente: ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

En esta escala los participantes no tuvieron mayor problema, quienes manifestaron dificultad, fue en la sub-escala dibujo, esto debido a una enfermedad que les impidió realizar esta actividad, pero mediante los ejercicios realizados durante la intervención al finalizar el programa, lograron realizar la representación del dibujo, aunque con un poco de dificultad.

#### 4.4 Análisis e interpretación del post-test

##### Ítem 1: Orientación temporal

Tabla 20: Frecuencia de orientación temporal

Orientación temporal	<i>f</i>	%
Si	13	87
No	2	13
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 18: Porcentaje de orientación temporal



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Después de 3 meses de la intervención y de la aplicación específica de terapia de orientación a la realidad, es evidente el impacto positivo obtenido puesto que en este caso la mayoría de los participantes respondieron adecuadamente. La terapia aplicada tuvo un enfoque que pretendió reducir la desorientación espacial, temporal y personal, por ello se suministró constantemente al paciente información sobre su entorno, el día de la semana, el día del mes, el mes, el año, el momento del día, y las festividades recientes, aquí también se incluyó referencias sobre los hábitos diarios, rutinas y tareas pendientes de realizar.

## Ítem 2: Orientación espacial

Tabla 21: Frecuencia de fijación del recuerdo inmediato

Orientación espacial	<i>f</i>	%
Si	15	100
No	0	0
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 19: Porcentaje de orientación espacial



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

En esta subescala al tomar el re-test se evidenció que toda la muestra respondió adecuadamente y como en el caso anterior la terapia obtuvo un resultado positivo, en este caso la información suministrada fue sobre el lugar de residencia actual, las residencias anteriores, los lugares visitados con frecuencia, y los trayectos de desplazamiento diario, además de la información sobre el centro donde se realizaba la terapia, puesto que en la primera aplicación se dedujo que las personas respondieron erróneamente porque el lugar donde se aplicó la terapia era nuevo para la mayoría, la información que se proporcionó fue sistematizada y repetitiva, además con esta intervención se buscó estimular la comunicación y la interacción entre los participantes.

### Ítem 3: Recuerdo Inmediato

Tabla 22: Frecuencia de fijación del recuerdo inmediato

Fijación	Recuerdo inmediato	
	<i>f</i>	%
Si	15	100
No	0	0
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 20: Porcentaje de recuerdo inmediato



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

En esta subescala todos los participantes lograron hacer el registro de las 3 palabras, aunque en la primera aplicación la cuarta parte de la muestra no logró el registro. Este resultado nos demuestra que mejoró extensamente la capacidad de fijación, lo cual es muy positivo ya que su memoria a corto plazo, funciona adecuadamente, para mantener esta función se realizó una explicación acerca del proceso que cumple la memoria, además se implementó un calendario diario donde se hizo un registro de actividades, con la finalidad de que los pacientes pongan mayor atención a las tareas que desempeñan diariamente.

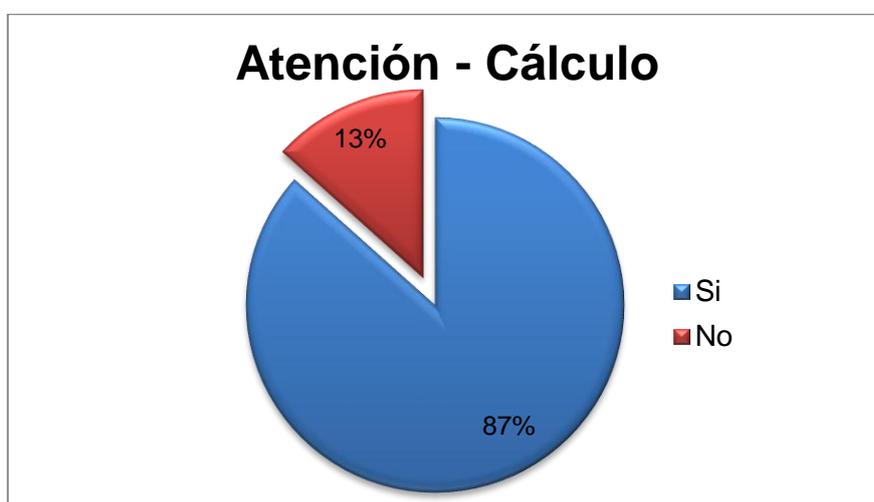
#### Ítem 4: Atención y cálculo

Tabla 23: Frecuencia de atención y cálculo

Atención - Cálculo	<i>f</i>	%
Si	13	87
No	2	13
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 21: Porcentaje atención – cálculo.



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

En la subescala atención – cálculo, los resultados obtenidos manifestaron que la mayoría de los participantes llevaron a cabo sin dificultad la actividad. Para el mantenimiento y la mejora de esta función fue necesaria la aplicación sistemática y progresiva de ejercicios planteados en la terapia de estimulación cognitiva, los ejercicios fueron distribuidos durante los tres meses de intervención y la dificultad fue aumentando progresivamente. Un número mínimo presentó dificultad pero en la 4ta operación, lo cual no representa una alteración significativa en esta área.

## Ítem 5: Recuerdo diferido

Tabla 24: Frecuencia de recuerdo diferido

Recuerdo diferido	<i>f</i>	%
Si	11	73
No	4	27
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 22: Porcentaje de recuerdo diferido



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

En este caso la mayoría de la muestra, logro pasar la subescala sin mayor dificultad, al estar el recuerdo ligado primordialmente con la memoria, durante la intervención se proporcionó a los participantes técnicas de asociación para potenciar su memoria, además se hizo la utilización de un calendario y el desarrollo de actividades durante la intervención que fueron diseñadas de acuerdo a las edades de los participantes. Las 5 personas que tuvieron dificultad, tienen una edad mayor a los 80 años.

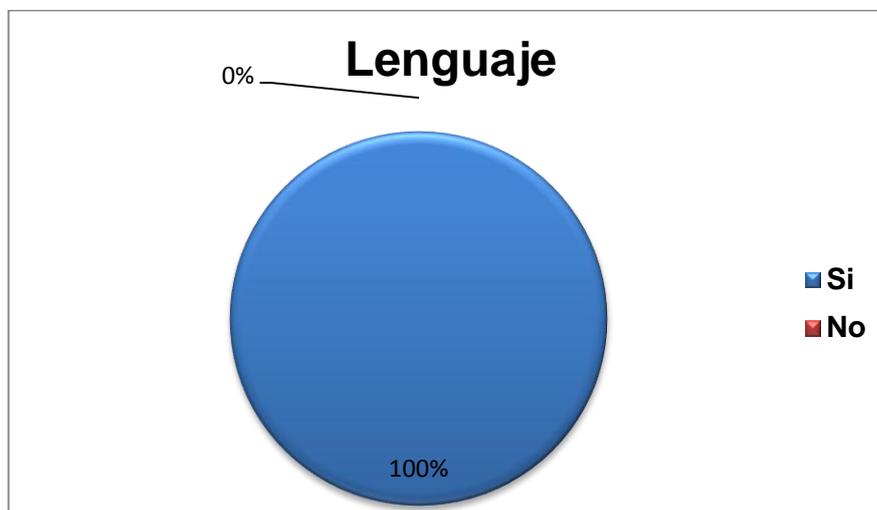
## Ítem 6: Lenguaje

Tabla 25: Frecuencia de lenguaje

Lenguaje	<i>f</i>	%
Si	15	100
No		0
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 23: Frecuencia y porcentaje de lenguaje



Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

En este caso las 6 subescalas fueron contestadas acertadamente, para mantener y mejorar este resultado se realizó la ejecución de actividades programadas que fueron diseñadas para el mantenimiento y mejora de los procesos cognitivos básicos lo que además se tradujo en una mejoría de las habilidades funcionales en las tareas cotidianas. En este caso se trabajó en mejorar la comunicación dentro de los miembros del grupo, mediante actividades de lectura, reflexión y charlas de interés, en donde se compartieron diferentes puntos de vista y cada uno de los miembros participó de forma activa.

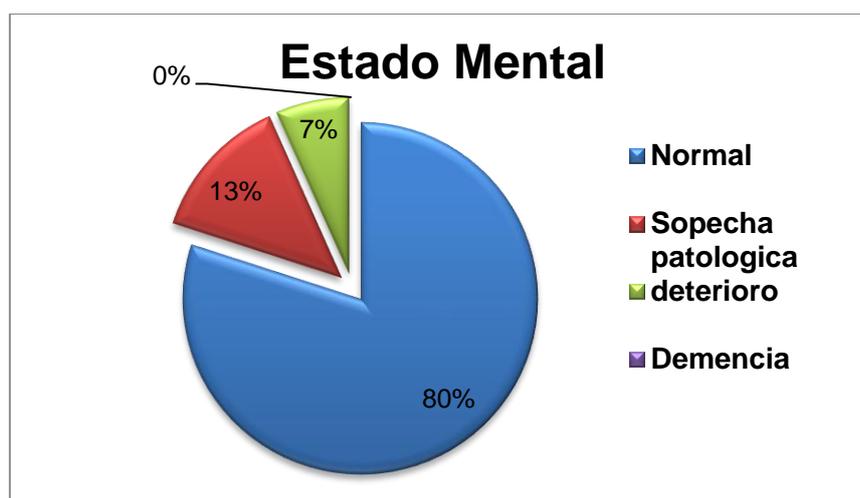
## Ítem 7: Estado mental

Tabla 26: Frecuencia y porcentaje general de la aplicación del Mini Examen del Estado Mental

Estado mental	<i>f</i>	%
Normal	12	93
Sospecha patológica	2	7
Deterioro	1	0
Demencia	0	0
Total	15	100

Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Gráfico 24: Frecuencia de estado mental



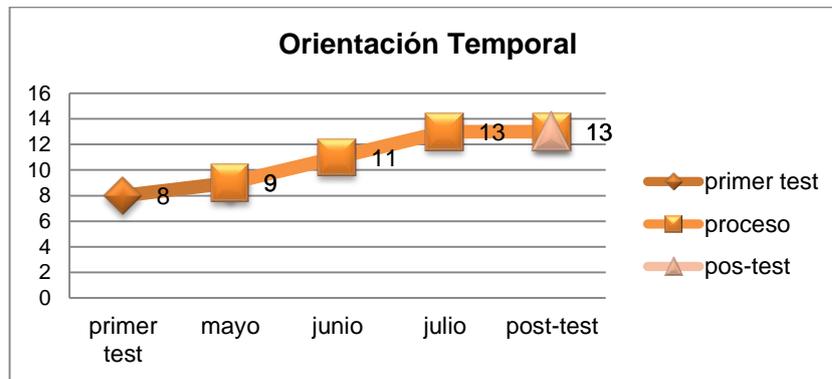
Fuente: Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Elaborado por: Marjory Calderón.

Cerca de la totalidad de los participantes obtuvieron una puntuación en el rango de normalidad he ahí la importancia y la evidencia que la intervención mediante entrenamiento cerebral en personas mayores sin deterioro cognitivo significativo, mantiene su rendimiento cognitivo en tareas de atención, memoria y funcionamiento ejecutivo. En cuanto a minoría de personas que se ubican en sospecha patológica y deterioro, han mantenido su puntuación, lo cual es positivo ya que no se generó un deterioro cognitivo, que podría en muchos casos interferir en su calidad de vida.

#### 4.5 Proceso de los resultados, pre, durante y post intervención.

##### Ítem 1: Orientación espacial

Gráfico 25: Resultados del proceso de Orientación Temporal

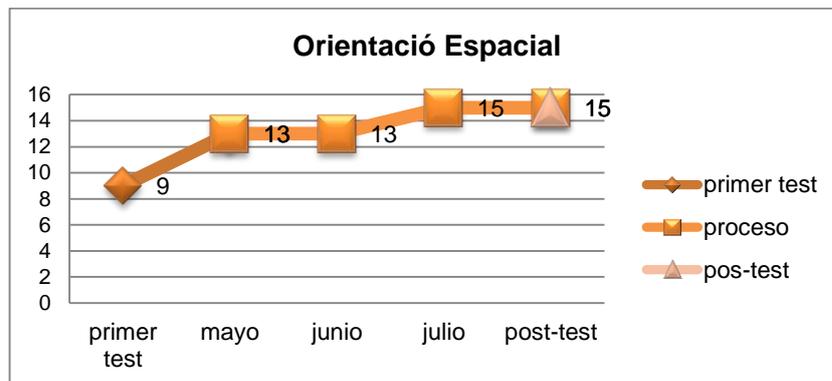


Fuente: Mini Mental y ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Durante el proceso de intervención se puede evidenciar el progreso que se obtuvo al trabajar esta función.

##### Ítem 2: Orientación espacial.

Gráfico 26: Resultados del proceso de Orientación Espacial

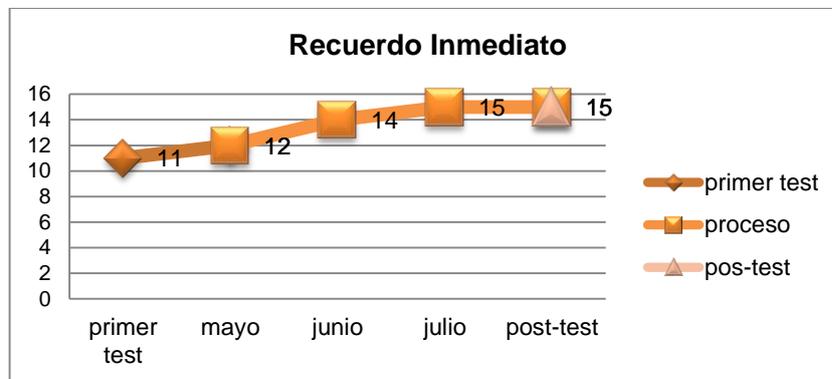


Fuente: Mini Mental y ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

En esta función durante el proceso se evidenciaron cambios positivos y tangibles y al finalizar todos superaron la escala positivamente.

### Ítem3: Recuerdo Inmediato

Gráfico 27: Resultados del proceso de Recuerdo Inmediato

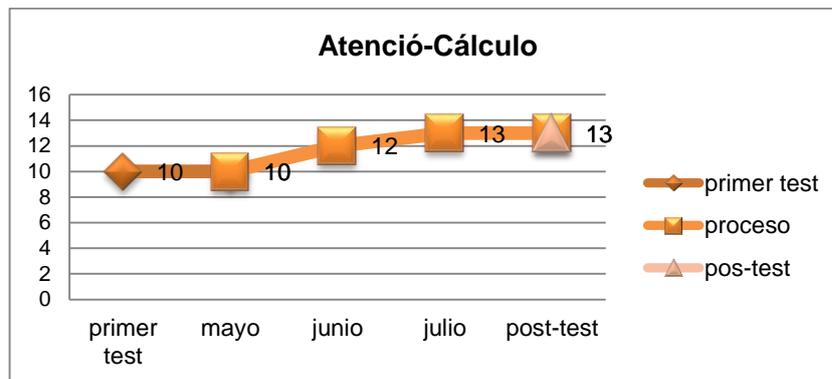


Fuente: Mini Menta y ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

En cuanto a esta función, el progreso es sustancial, pues en el transcurso de intervención los resultados fueron los esperados, ya que al finalizar todos pasaron esta escala sin ninguna dificultad.

### Ítem 4: Atención-cálculo

Gráfico 28: Resultados del proceso de Atención-Cálculo.

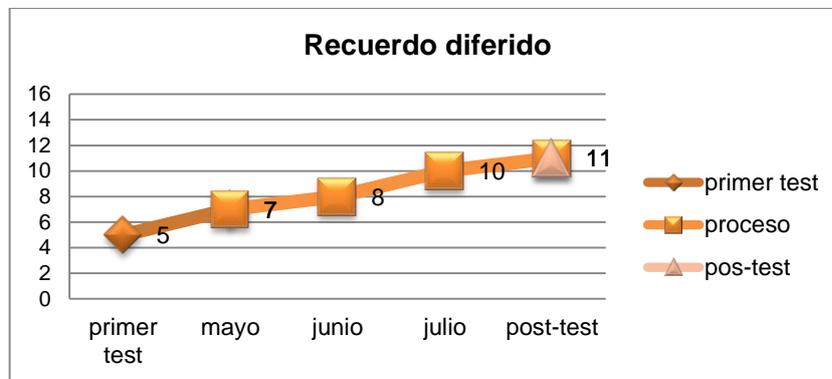


Fuente: Mini Menta y ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

A pesar de que no todos lograron superar esta escala de manera acertada, es evidente que en el proceso si se evidenciaron cambios los mismos que han sido satisfactorios para la investigación.

### Ítem 5: Recuerdo Diferido

Gráfico 29: Resultados del proceso de Recuerdo Diferido

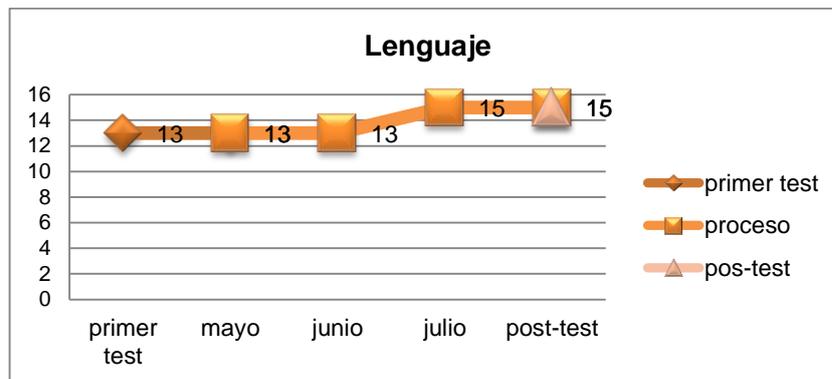


Fuente: Mini Menta y ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

De los resultados obtenidos en la aplicación del primer test, durante el proceso y el post-test, se evidencia el progreso y sobre todo el mantenimiento de esta función, la cual es la que más dificultad presentó.

### Ítem 6: Lenguaje

Gráfico 30: Resultados del proceso de Lenguaje.



Fuente: Mini Menta y ficha de observación. Elaborado por: Marjory Calderón.

Esta es una escala en la que no hubo mayor dificultad, es positivo que en la mayoría de los casos se mantuvo y en otros se potenció esta función, y se superó en los que se presentó dificultad.

## **CAPÍTULO V**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

**5.1.1** La aplicación de la terapia Grupal y técnicas grupales influyó positivamente sobre la esfera cognitiva; en algunos casos se logró el mantenimiento, fortalecimiento de las funciones cognitivas y en otros el enlentecimiento del deterioro cognitivo.

**5.1.2** Durante el proceso de estimulación, se pudo observar una buena aceptación en cuanto a la aplicación de reactivos psicológicos, lo cual facilitó la toma del mini mental, por lo que se obtuvo sin ningún problema la información que ha sido de vital importancia dentro de la investigación.

**5.1.3** En esta investigación se ha podido conocer que determinadas características sociodemográficas y el estilo de vida que llevan los adultos mayores influye sobre su rendimiento cognitivo y al analizar los resultados es importante recalcar que los efectos manifestados luego de la intervención han demostrado que la terapia y técnicas aplicadas obtuvieron resultados positivos.

**5.1.4** La elaboración del programa, ha contribuido de manera positiva dentro de toda la intervención, pues las actividades aplicadas, han generado resultados efectivos y tangibles, por lo que puede ser utilizada para investigaciones, encaminadas al mismo fin.

#### **5.2 Recomendaciones**

**5.2.1** La aceptación que tuvo el programa de estimulación cognitiva conduce a sugerir al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a generar un programa continuo y a mayor escala de estimulación cognitiva mediante la utilización de técnicas psicológicas individuales y grupales, con el fin de reducir los índices de procesos y trastornos demenciales en los adultos mayores, para

así incluirlo dentro de los distintos programas de envejecimiento activo que ofrece esta entidad.

- 5.2.2** Es importante tomar conciencia de los diferentes problemas que conlleva el envejecimiento, por ello es trascendental manejar una cultura de prevención. Se recomienda a las familias y a la sociedad, que sean partícipes y promuevan prácticas que mejoren la calidad de vida de este grupo vulnerable, el mismo que necesita del apoyo y de la colaboración de todos.
- 5.2.3** En cuanto a los investigadores y estudiantes de Psicología se propone investigar el impacto que la estimulación cognitiva, tiene sobre la vida afectiva, que de igual modo, en la tercera edad se ve afectada por múltiples factores, pues existen investigaciones que apuntan a que esta técnica genera un impacto positivo dentro de las emociones.
- 5.2.4** También a las instituciones y centros geriátricos, se sugiere crear espacios adecuados e idóneos para promover la estimulación cognitiva mediante la aplicación terapia y técnicas grupales.

### **5.3 Respuestas a las interrogantes de investigación**

#### **5.3.1 ¿Cómo se puede evaluar las funciones cognitivas y cuál es su finalidad?**

Las funciones cognitivas son evaluadas mediante la utilización de reactivos psicológicos en este caso, se realizó la aplicación del mini mental state, con lo cual se pudo determinar el nivel de deterioro cognitivo que presentaron los participantes, con el fin de tener una pauta de cuáles eran las funciones cognitivas que debían ser tratadas y reforzadas dentro de la intervención psicológica, para posteriormente aplicar un post-test con el que se pudo constatar los resultados de la intervención.

### **5.3.2 ¿Cuál es la finalidad de emplear la historia clínica breve?**

Existen antecedentes de los participantes que no pueden ser determinados mediante la utilización de un reactivo psicológico, por ello fue necesario el empleo de la historia clínica, con la cual se pudo conocer más acerca de la vida de los participantes, como por ejemplo, la edad, el estado civil, la instrucción, anamnesis personal normal y patológica, anamnesis familiar normal y patológica, aspectos que muy importantes, pues con ellos fue posible conocer factores que de una u otra forma han influido en su deterioro cognitivo.

### **5.3.3 ¿De qué manera contribuye el análisis de los resultados de la aplicación del pre y post-test?**

Es de vital importancia el análisis de la aplicación del primer testeo con el re-test puesto que es la única manera de conocer el impacto que la aplicación de la intervención tuvo durante los 3 meses, con ello se pudo constatar que la terapia de estimulación cognitiva y sobre todo aplicadas de manera grupal, contribuyen de manera efectiva dentro de las funciones cognitivas en los adultos mayores.

### **5.3.4 ¿Con que finalidad se elabora el programa de estimulación cognitiva, aplicando terapia y técnicas grupales?**

La finalidad, fue crear una herramienta que fue aplicada dentro del grupo, para estimular la funciones cognitivas, mediante la utilización y aplicación de terapia y técnicas grupales. Este programa al ser de fácil aplicación puede ser utilizado en otras intervenciones que manejen un fin semejante.

## **CAPÍTULO VI**

### **6. PROPUESTA ALTERNATIVA**

#### **6.1 Título de la propuesta**

“MENTES ACTIVAS, PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA,  
MEDIANTE TÉCNICAS GRUPALES Y TERAPIA DE GRUPO, PARA  
ADULTOS MAYORES”

#### **6.2 Justificación e importancia**

La presente propuesta de intervención psicológica tiene fundamental importancia dentro de varios ámbitos, y se justifica ya que de forma directa e indirecta los beneficios aportados se detallan y se explican a continuación:

**Beneficiarios directos:** personas adultas mayores

**Beneficiarios indirectos:** el instituto ecuatoriano de seguridad social, familiares.

Los beneficiarios directos son las personas adultas mayores, ya que al ser los protagonistas de la intervención, se favorecen con el aprendizaje de las distintas técnicas aplicadas, enriqueciendo su personalidad, su autonomía, su autoestima y sobre todo, potenciando sus funciones cognitivas o en menor grado enlenteciendo el deterioro cognitivo, lo que genera una mejor calidad de vida.

Los beneficiarios indirectos es el Instituto Ecuatoriano de seguridad social Ibarra, puesto que al ser una nueva alternativa, en cuanto al trabajo que se efectuó, la investigación puede ser utilizada para la instauración de un nuevo taller, enfocado en las funciones ejecutivas superiores. Otro beneficiario indirecto es la familia porque al mejorar las funciones cognitivas de los adultos mayores, de manera evidente su desenvolvimiento dentro de la dinámica familiar será positivo por lo que

las relaciones familiares mejoran y se fortalecen, instaurando corresponsabilidad y compromiso del grupo familiar, generando así una práctica de prevención del deterioro cognitivo.

Es importante recalcar la importancia de esta intervención ya que las personas que atraviesan la etapa de envejecimiento normal, pueden presentar disfunciones en uno o algunos de los procesos cognitivos, por ello es necesaria la estimulación cognitiva, para mejorar su calidad de vida y dentro de todo ello las relaciones familiares e interpersonales.

### **6.3 Fundamentación**

Las concepciones actuales en la ciencia del comportamiento humano parten desde un abanico de opciones que permiten desenvolver la metodología de una corriente de pensamiento afín con los principios del profesional, las necesidades de la sociedad y los avances científicos de la psicología. Esta investigación surge de la corriente psicológica cognitiva ya que esta rama de la psicología se: *“dedica al estudio de los procesos mentales como la percepción, la planificación o la extracción de inferencias, es decir, procesos que históricamente se han entendido como privados y fuera del alcance de los instrumentos de medición”* (Triglia, 2013, pág. 2).

Hoy en día gracias a los diferentes tipos de test estandarizados, se puede tener una idea clara del estado en el que se encuentran los diferentes procesos mentales y esta investigación se sirvió de uno de ellos para determinar cuál es el estado de las funciones cognitivas, para a partir de ello elaborar un programa para estimular dichas funciones.

La investigación está encaminada al aprendizaje de técnicas las mismas que conduzcan a las personas a romper conflictos, que pueden generarse a partir de las dificultades que los adultos mayores presentan a nivel cognitivo, rehabilitando o generando en ellos la utilización de mecanismos que por la inactividad, la jubilación, y los diferentes problemas que acarrea consigo el envejecimiento se han visto

deteriorados, sobre todo las funciones cognitivas, indispensables para el desenvolvimiento adecuado del adulto mayor.

De esta manera el compromiso del profesional en psicología se basa en enfocar sus objetivos al uso de diferentes técnicas que son empleadas en situaciones de su labor diaria. La sociedad se encuentra en expectativa de nuevas propuestas que proporcionen soluciones a sus demandas, pues de una u otra forma todos y todas llegaremos a la etapa de la vejez y es indispensable generar herramientas y programas que estén enfocados en una cultura de prevención para así tener una mejor calidad de vida.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 General**

Potenciar las funciones cognitivas, en los adultos mayores, a través de la aplicación de terapia y técnicas grupales, para así mejorar su calidad de vida.

### **6.4.2 Específicos**

- Establecer condiciones de vida más saludables para los adultos mayores con la aplicación de técnicas de estimulación cognitiva.
- Mitigar el deterioro de la memoria y fomentar el interés sobre la importancia de prevenir el deterioro cognitivo.

## **6.5 Ubicación sectorial y física**

La propuesta a desarrollarse tiene una macro localización en la provincia de Imbabura y de manera específica en la ciudad de Ibarra.

Desde el punto de vista de micro localización la propuesta se desarrollara en la parroquia urbana el Sagrario; en la casa comunal del barrio Ajaví, la cual es punto de encuentro y desarrollo de varios talleres ofrecidos por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra, los

talleres son parte del “Programa de envejecimiento activo”, que se realizan a nivel nacional, esta casa comunal se encuentra en la calle Luis Felipe Borja, diagonal al redondel de la Avenida Cristóbal de Troya.

## **6.6 Desarrollo de la propuesta**

Los talleres presentados a continuación han sido propuestos por Andrés Sardinero Peña, en su guía didáctica “Estimulación cognitiva para adultos”, estos talleres han sido modificada de acuerdo a las necesidades particulares que el grupo de intervención ha presentado.

Los ejercicios y actividades incluidos en este programa se trabajan con la siguiente organización:

- **Saludo con todos los integrantes**

(Tiempo estimado para la realización de esta actividad: 10 min)

- **Terapia de grupo y técnicas grupales**

(Tiempo estimado para la realización de esta actividad: 90 min)

- **Receso:** se comparte algún alimento y se realiza actividad física

(Tiempo estimado para la realización de estas actividades: 10 minutos)

- **Actividades relacionadas a estimular diferentes funciones cognitivas como:** atención, percepción, concentración, gnosis, praxias, memoria, calculo, funciones ejecutivas.

(Tiempo estimado para la realización de estas actividades: 30min)

- **Conclusión del taller:** (Tiempo estimado para la realización de esta actividad: 10 minutos)

Los talleres de estimulación cognitiva tienen como objetivo motivar a los adultos mayores en el transcurso de la terapia y a la vez adaptar y

facilitar al participante a que pueda ejecutar las actividades programadas según sus capacidades. También se pretende que el participante logre establecer, incrementar, mantener o facilitar conductas relacionadas con la memoria, y las funciones ejecutivas y por la naturaleza de aplicación grupal, concede una mejora en cuanto a su capacidad para adaptarse y relacionarse con el grupo social.

Al aplicar este programa se debe de tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Adaptar cada tarea al nivel de deterioro del participante
- Respetar los intereses personales y hábitos culturales
- Tomar en cuenta el nivel educativo
- Frente a la imposición la estrategia es motivar
- Leer cada sesión con anticipación y conocer las actividades con las que se va trabajar.
- No todas las actividades podrán ser realizadas por todos los participantes.

A continuación se presenta la guía de los talleres y las actividades que se utilizan en este programa de intervención. Está enfocado y realizado para que sea utilizado con los pacientes adultos mayores pertenecientes al grupo de jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad social Ibarra.

## **TALLER 1: TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD Y MEMORIA AUTOBIOGRAFICA**

Al ser el primer taller trabajaremos enfocándonos en generar confianza y en cuanto a funciones cognitivas nos centraremos en trabajar la orientación.

### **OBJETIVOS**

- Conseguir que los integrantes del grupo se conozcan entre sí, con aceptación y cariño a través de ejercicios de presentación.
- Lograr un clima de confianza y calidez en el grupo mediante ejercicios de reconocimiento personal.
- Mejorar la orientación temporal y espacial
- Potenciar la memoria autobiográfica
- Expresar y comunicar a través de la pintura.

**A continuación se procede con las siguientes actividades:**

### **TÉCNICA GRUPAL: (tiempo estimado 70 a 90 min)**

- **Presentación:** Para que el grupo se presente de una manera más formal se realiza una presentación cruzada, esto quiere decir una presentación en parejas, en donde cada uno hablará de sí mismo y se presentará a su compañero durante cinco minutos, el que escucha lo hará en un silencio absoluto y solamente le hablará a su pareja para avisarle que los cinco minutos se cumplieron (sin preguntas, sin interrupciones). Luego cada uno de los participantes presenta a su pareja ante el grupo, desde lo que su compañero le dijo.
- **Exposición participativa:** Desde la experiencia de los participantes, desarrollamos una aproximación a lo que son las funciones cognitivas, se lo realiza de este modo para que sea de mayor comprensión el definir cada uno de los términos que son

desconocidos para el grupo. Para esta actividad es importante elaborar una presentación del tema en diapositivas para captar la atención de los adultos mayores y generar mayor interés en el tema.

- Una vez finalizada la presentación se pide a cada uno de los participantes comenten acerca de las dificultades que presentan a nivel cognitivo y como estas influyen en su diario vivir, para conocer un poco más acerca de la problemática de cada uno de los participantes.
- Para finalizar esta actividad cada uno, se compromete a asistir a las sesiones y a realizar todas las actividades que se proponen con la finalidad de mejorar o potenciar sus funciones cognitivas, pues en todo el proceso de intervención, la predisposición y el empeño que pongan para lograr superar su problema dependerá exclusivamente de su desempeño.

**A continuación se procede a la realización de las siguientes actividades:**

**ORIENTACIÓN Y MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA (tiempo estimado 30 min):**

**Orientación personal y autobiográfica:**

- Se procede con cada uno de los participantes a incentivar el recuerdo y repaso de información personal: nombre, edad, fecha y lugar de nacimiento, estado civil, datos familiares.

**Orientación temporal:**

Es importante que cada uno de los participantes estén orientados en tiempo para ello se procede con las siguientes actividades:

- Reconocer: la fecha, el día, el mes y la hora.

- Situar y reconocer la hora indicada en el reloj

### **Orientación espacial:**

- Al ser el primer taller se debe dar información acerca del lugar en donde se desarrollan las actividades para que en las posteriores sesiones los participantes puedan reconocer la situación de su yo en el espacio.

### **ACTIVIDADES DE LENGUAJE**

#### **Repetición verbal:**

- Repetir palabras y frases que se le indiquen. Por ejemplo:

- Astronauta
- Paradójicamente
- Tengo un perro
- Hablo tres idiomas
- Estrés post traumático
- En el garaje hay treinta coches
- La mantequilla se compra en el supermercado
- El domingo es el cumpleaños de Leonora
- Estanislao era un asiduo visitante al hipódromo

**Elaborado por:** Marjory Calderón

**Nota:** Deben proponerse frases con diferente número de palabras y distinto nivel de dificultad, dependiendo del desempeño del participante.

**Denominación oral de imágenes:**

- Presentar imágenes y objetos los cuales debe nominar



Elaborado por: Marjory Calderón

**Fluidez verbal:**

- Escribir palabras que empiecen por una letra determinada, por una sílaba o una categoría.

**Escriba nombres de utensilios y productos de limpieza.**

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

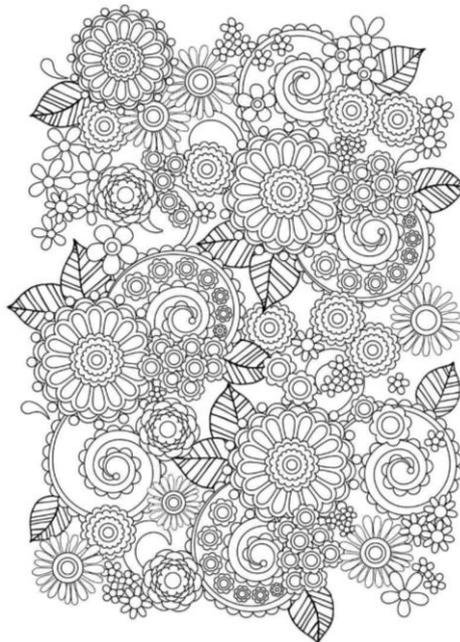
Elaborado por: Marjory Calderón

## ACTIVIDADES DE PINTURA

- Pintar imágenes que se asignan durante cada clase, la cual debe ser pintada como el participante desee.



<http://www.upsocl.com/creatividad/13-alucinantes-dibujos-para-colorear-para-manejar-el-estres/>



[http://articulo.mercadolibre.com.co/MCO-429550551-libro-para-colorear-mandala-para-adultoenvio-gratis-\\_JM#redirectedFromParent](http://articulo.mercadolibre.com.co/MCO-429550551-libro-para-colorear-mandala-para-adultoenvio-gratis-_JM#redirectedFromParent)

## **TALLER 2: PERCEPCIÓN Y GNOSIAS**

### **OBJETIVOS**

- Construir buenas relaciones en el grupo
- Motivar a los participantes a hablar acerca de sus dificultades
- Ejercitar la discriminación y percepción visual.
- Mejorar la atención.
- Estimular el reconocimiento corporal.

**A continuación se procede con las siguientes actividades:**

### **TÉCNICA GRUPAL: (tiempo estimado 70 a 90 min)**

- **¿Cómo te sientes hoy?":** Por décadas, cada terapeuta ha adaptado su manera de hacer que las personas expresen la respuesta a esta pregunta. Por ejemplo, se pueden dibujar expresiones faciales para "feliz, triste, enojado, asustado", etc. Existe también otra herramienta la cual utilizaremos en este taller, donde se entrega al participante un dibujo de un cuerpo humano, y se le entrega lápices de colores, recortes de revistas, lápices para que representen, en el cuerpo, sus emociones. También se puede, simplemente, pedir al participante que use colores, formas, líneas o imágenes para expresar sus sentimientos.
- Una vez que los participantes culminen con la representación de sus emociones, se procede a la expresión verbal de lo plasmado en el dibujo. A continuación se procede a dar respuesta a las siguientes preguntas ¿Cuál es el motivo para sentirse de ese modo? ¿Puedo hacer algo para cambiar el sentimiento? (si este es negativo) ¿En qué situaciones me siento así?
- Para finalizar todos los participantes deben dar un punto de vista u opinión acerca de la actividad realizada.

A continuación se procede a la realización de las siguientes actividades:

**PERCEPCIÓN Y GNOSIAS (tiempo estimado 30 min):**

**Discriminación visual:**

- Reconocer y señalar los diferentes estímulos que se indiquen (números, letras o formas).

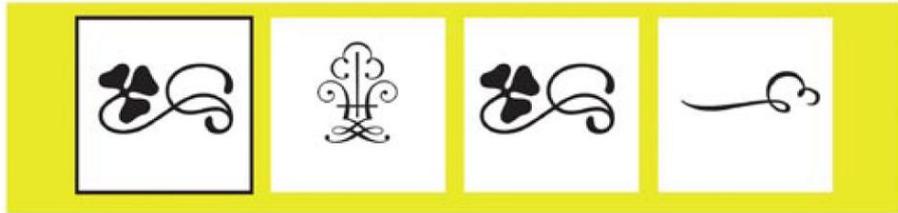
82325	82545	82735	82325	83325
91348	91358	92348	74625	91348
12712	12212	12712	12812	74512
32684	32644	31684	47512	32684
29435	29445	29434	29435	29935

Elaborado por: Marjory Calderón



### Identificación y reconocimiento de imágenes:

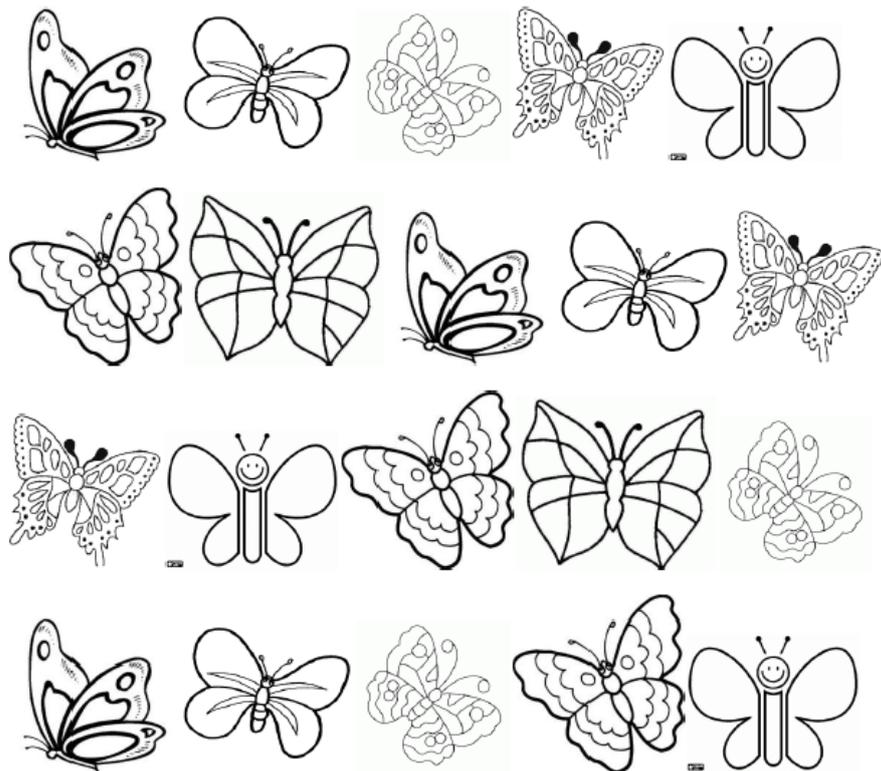
- identificar una imagen dentro de un conjunto de imágenes.



[http://www.apega.org/attachments/article/1007/laminas\\_estimulacion.pdf](http://www.apega.org/attachments/article/1007/laminas_estimulacion.pdf)

- Buscar las parejas de imágenes

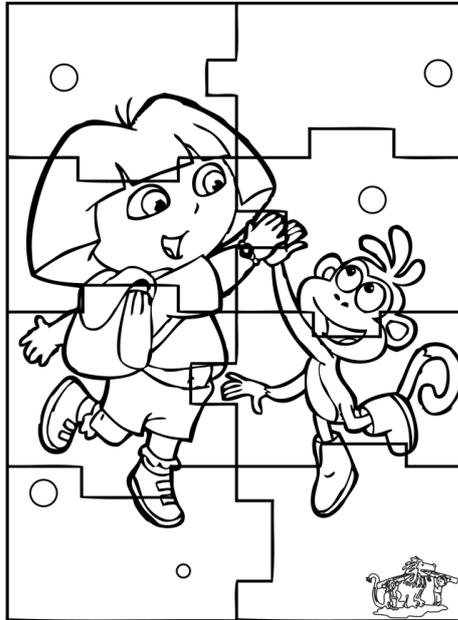
COLOREAR LAS MARIPOSAS. LAS IGUALES CON LOS MISMOS COLORES



[http://www.apega.org/attachments/article/1007/laminas\\_estimulacion.pdf](http://www.apega.org/attachments/article/1007/laminas_estimulacion.pdf)

### Encajes:

- Colocar las piezas la representación tenga lógica.



<http://azcolorear.com/dibujo/133838>

### Clasificación por grupos:

- Agrupar elementos ya sea por color, forma, tamaño etc.

Colorea las estrellas según su tamaño y color



<http://marcela-gomez4.webnode.es/preescolar/>

### Identificación de errores:

- Encontrar diferencias en dibujos semejantes.

Observe los siguientes cuadros.

Encuentre las 10 diferencias que hay entre ellos y márkuelas.



[http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=mostrar\\_archivo.jsp&div=est](http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=mostrar_archivo.jsp&div=est)

- Encontrar que parte le hace falta a una imagen o dibujo y dibujarla.

### Dibujamos lo que falta...



<http://elrincondelasmelli.blogspot.com/2013/08/para-los-mas-chiquitos-dibujamos-lo-que.html>

### **TALLER 3: PRAXIAS Y MOTRICIDAD FINA**

#### **OBJETIVOS:**

- Favorecer la mejora de la memoria.
- Promover la expresión de sentimientos
- Coordinar movimiento viso motriz
- Dominar movimientos finos de la mano
- Favorecer las habilidades visoconstructivas.

**A continuación se procede con las siguientes actividades:**

#### **TERAPIA DE GRUPO: (tiempo estimado 70 a 90 min)**

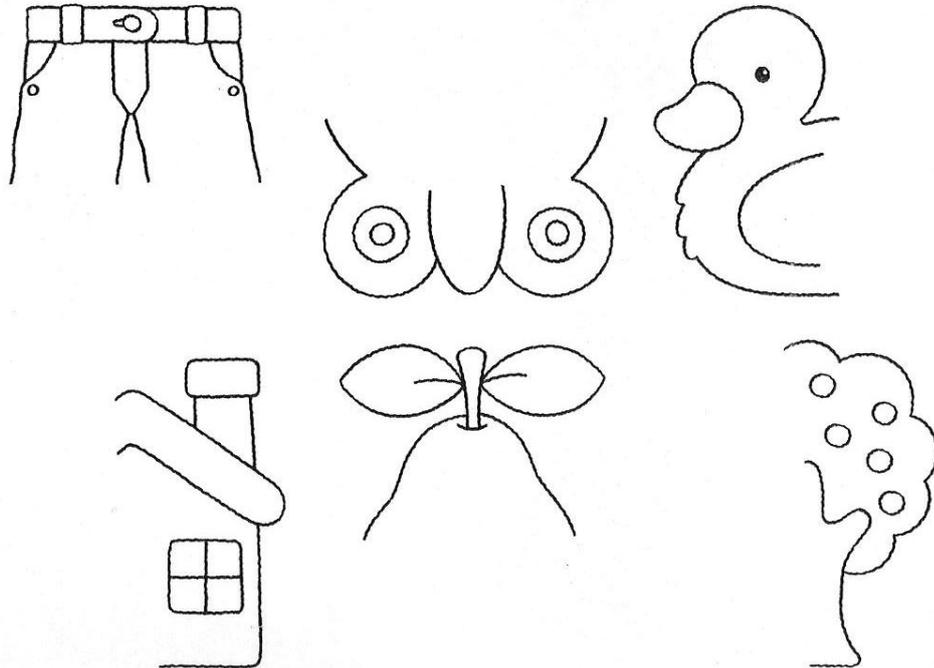
- **TERAPIA DE REMINISCENCIA:** para este taller previamente se debe pedir a los participantes que lleven, fotografías, libros, revistas u otros artículos que representen su vida en el pasado. A continuación se procede a la elaboración de un libro de historia de vida, en este libro hacemos que los pacientes hagan contar todos sus datos biográficos (escritos o fotográficos). Es importante que en este libro queden plasmados aspectos de la infancia, trabajo, matrimonio, hijos, nietos.
- Una vez culminado el libro de historia de vida cada participante, debe pararse y hablar sobre lo que pone en su libro y debe manifestar que sensaciones, emociones, pensamientos y sentimientos se generan al recordar situaciones de su pasado.
- Al concluir con la actividad todos los participantes deben manifestar los momentos que fueron más difíciles de recordar, hay que motivar a que los participantes respondan cuales pueden ser las razones por las que tuvieron dificultad en ciertos aspectos, para lograr establecer que sentimientos les produce dicho recuerdo.

A continuación se procede a la realización de las siguientes actividades:

**PRÁXIAS (tiempo estimado 30 min):**

**Dibujo:**

- Completar dibujos incompletos.



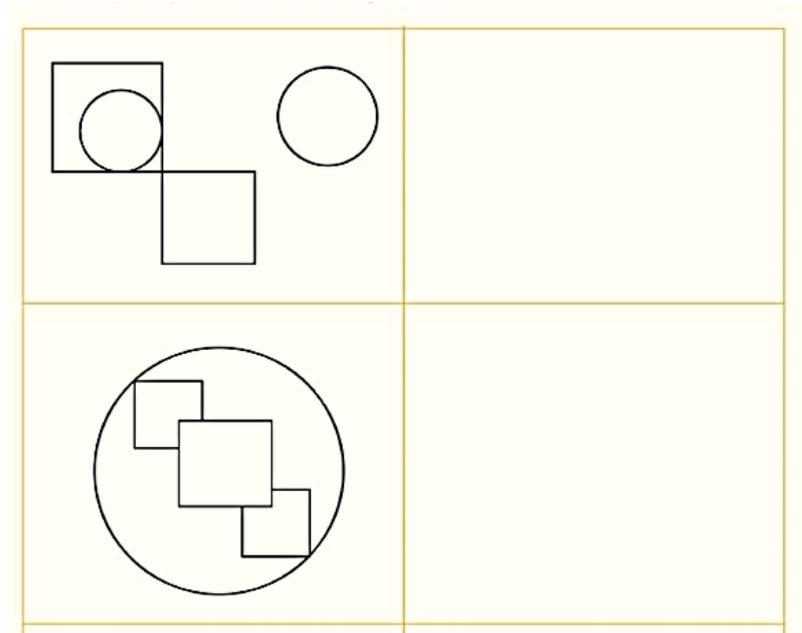
<http://atividades-escolares1.blogspot.com/2015/01/atividades-de-coordenacao-motora.html>

- Completar dibujos o figuras simétricos.



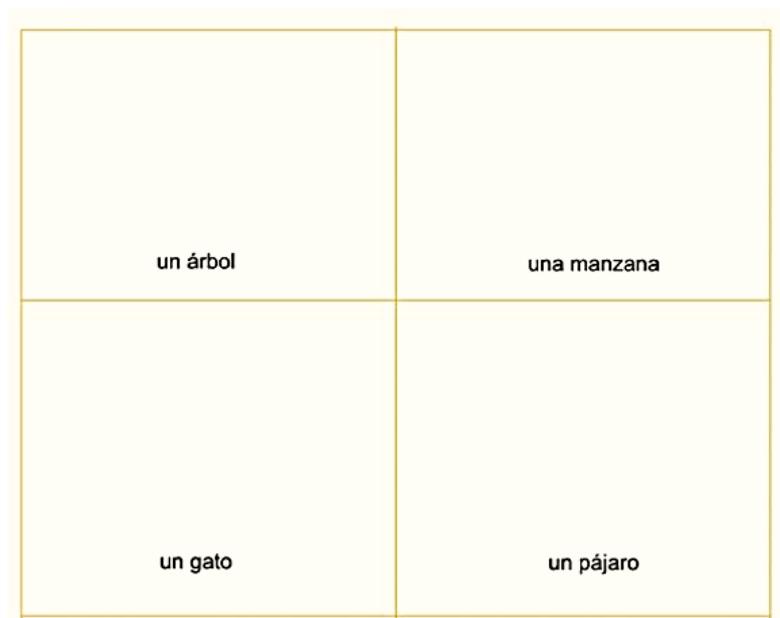
<http://www.orientacionandujar.es/2009/02/13/fichas-atencion-y-memoria/>

- Copiar dibujos



[http://www.apega.org/attachments/article/1007/laminas\\_estimulacion.pdf](http://www.apega.org/attachments/article/1007/laminas_estimulacion.pdf)

- Dibujar los elementos que se piden



[http://www.apega.org/attachments/article/1007/laminas\\_estimulacion.pdf](http://www.apega.org/attachments/article/1007/laminas_estimulacion.pdf)

## **MOTRICIDAD FINA:**

### **Ejercicios de prensión:**

- Rasgar papel, ensartar bolas o cuentas en un cordón, enhebrar hilo o cordón.

### **Ejercicios de desarrollo digital:**

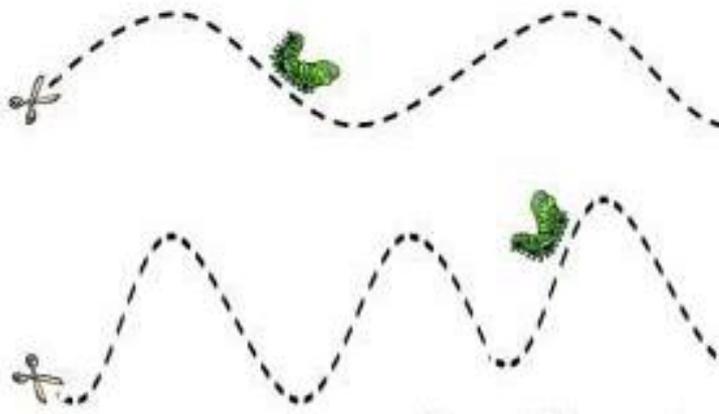
- Modelar plastilina, hacer bolas de diferentes tamaños para realizar un collage, retorcer papeles.

### **Ejercicios de pinza:**

- Trasladar de un recipiente a otro materiales de diversos tamaños (se recomienda empezar de más fácil a más difícil) algunos de los materiales que se pueden usar son monedas, garbanzos, lentejas, fichas de dómينو y diversos juegos de mesa.

### **Ejercicios para recortar:**

- Recortar secuencias con diferentes formas (se recomienda empezar con secuencias de poca dificultad e ir aumentando progresivamente)



<http://ampalavina.blogspot.com/2013/05/plantillas-para-recortar.html>

## **TALLER 4: MEMORIA Y LENGUAJE**

### **OBJETIVO:**

- Incentivar a cada participante a la búsqueda de virtudes y defectos.
- Ejercitar diferentes tipos y procesos de la memoria.
- Mejorar la comunicación, la socialización y el entretenimiento.
- Ejercitar la lectoescritura.
- Ejercitar lenguaje automático.
- Ejercitar lenguaje por medio de la abstracción, razonamiento, juicio crítico y memoria semántica.

**A continuación se procede con las siguientes actividades:**

### **TÉCNICA GRUPAL: (tiempo estimado 70 a 90 min)**

- **Reemplazando expresiones, “Tengo que, y elijo que”:** Formar parejas y cada participante debe sentarse frente a esa persona. A lo largo de todos los ejercicios se miran la cara del compañero y hablarle directamente. En una primera dinámica, alternamos diciendo frases que comiencen con las palabras "Tengo que...". para ello los participantes deben hacer una larga lista de las cosas que tienen que hacer. No hace falta escribir solo se debe ir hablando al compañero.
- Ahora se vuelve a las frases que se dijo y se reemplaza el "Tengo que..." por "Elijo..." y se alterna con el compañero la expresión de estas frases. Uno dice una frase, y el otro otra. Es importante decir exactamente lo que se dijo antes, salvo en dicha palabra.
- Es necesario hacer notar a los participantes que tienen el poder de tomar una decisión, aún en el caso de que esa elección sea entre alternativas poco atractivas e incluso indeseables.
- Los participantes deben tomarse el tiempo para darse cuenta de experimentar la sensación que les produce cada frase que

comienza con "Elijo..." Luego se repite esta frase e inmediatamente se agrega cualquier frase que se les ocurra a continuación. Por ejemplo, "Elijo conservar mi empleo. Me siento protegido y seguro".

- Después contar a los compañeros lo que se ha experimentado haciendo esto. ¿Has experimentado en este ejercicio de forma real que asumes una o varias responsabilidades o tomas estas decisiones por una autentica elección propia? ¿Descubres quizás que tienes más poder en tu toma de decisión y más posibilidades de elección en cada aspecto de tu vida?

**A continuación se procede a la realización de las siguientes actividades:**

**MEMORIA (tiempo estimado 30 min):**

**Repetición inmediata:**

- Repetición oral de dígitos, palabras, datos biográficos

236	pelota	corazón
5698	lazo	vergüenza
58971	casa	plátano
325479	sombrilla	escritorio

Elaborado por: Marjory Calderón

**Recuerdo diferido:**

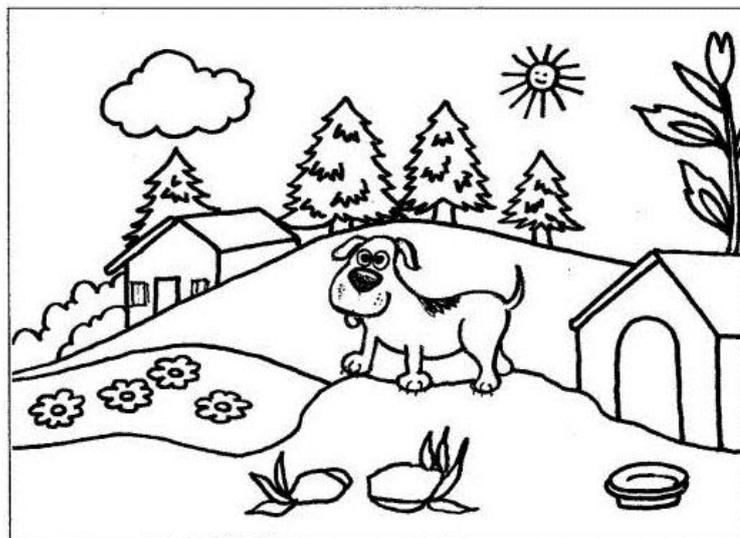
- Listado de palabras, recordar las palabras (preguntar si recuerda las palabras dichas en la anterior actividad).
- Recuerdo de imágenes mostradas (se procede a mostrar 7 imágenes y luego, se pide al participante que diga cuales son las imágenes que recuerda)



Elaborado por: Marjory Calderón

- Recuerdo guiado de historias breves a través de preguntas

“Pipo encuentra un amigo”



Pipo encuentra un amigo

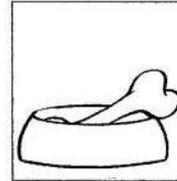
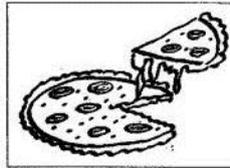
Pipo era un perrito blanco que no tenía dueño. Vivía solo en la calle y comía restos de basura. Algunas veces Pipo se sentía muy triste por no tener un amigo. Un día, un niño llamado Pablito recogió a Pipo y se lo llevó a vivir a su casa, en el campo. Pipo y Pablito jugaban todos los días y eran muy felices juntos. Ahora Pipo tiene un collar, comida y una linda casita para dormir, porque su amigo lo quiere mucho.

Marca la respuesta correcta encerrando el dibujo que corresponde

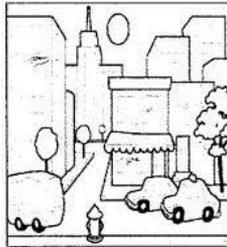
1. Pipo era un.....



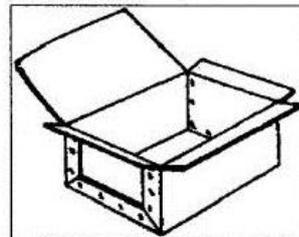
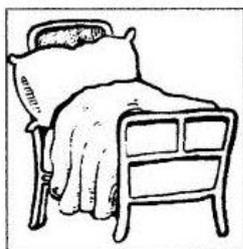
2. Cuando Pipo vivía solo en la calle comía.....



3. Pablito llevó a su amigo Pipo a vivir a.....



4. ahora Pipo duerme en una.....



<http://elangeldelaspalabrasinfantil.blogspot.com/2014/12/compreesion-lectora-pipo-encuentra-un.html>

## **TALLER 5: LENGUAJE**

### **OBJETIVOS:**

- Ejercitar lenguaje expresivo y la fluidez verbal.
- Ejercitar capacidad de repetición oral.
- Mejorar la velocidad de los procesos mentales.

**A continuación se procede con las siguientes actividades:**

### **TÉCNICA GRUPAL: (tiempo estimado 70 a 90 min)**

- **Reemplazando expresiones, “No puedo y No quiero”:** Los participantes deben intercambiar frases que comiencen con las palabras "no puedo. Deben hacer una lista amplia de cosas que no pueden hacer turnándose en la expresión de cada frase.
- Después deben coger todas esas frases que acaban de decir y deben cambiar el "No puedo" por "No quiero", del mismo modo deben alternarse con su compañero en la formulación de estas frases.
- Deben decir exactamente lo que antes dijeron, salvo en las dos palabras iniciales.
- Luego es importante tomarse el tiempo para recapacitar sobre cómo se han sentido diciendo cada frase. ¿Es algo realmente imposible o es algo posible que te niegas a hacer?
- Los participantes deben darse cuenta de su capacidad y poder de negación. Luego deben repetir cada frase que comienza con "No quiero" y agregarle cualquier otra frase que se les ocurra a continuación.
- Tomarse un tiempo para contar a los compañeros qué es lo que han experimentado haciendo esto.

**A continuación se procede a la realización de las siguientes actividades:**

**ACTIVIDADES DE LENGUAJE (tiempo estimado 30 min):**

**Descripciones:**

- Describir estímulos presentes (imágenes, láminas, objetos, personas, todo lo que se puede observar en el lugar donde se desarrollan las sesiones).
- Describir estímulos ausentes (se le puede pedir al participante que describa a algún familiar, amigo o que describa un lugar, su casa, etc.).

**Tareas de fluidez verbal:**

- Escribir palabras que empiecen por una letra o por una sílaba fijada.

- Escriba **12** palabras que empiecen con la letra **O**:

.....

.....

.....

.....

**Elaborado por:** Marjory Calderón

**Denominación oral de imágenes:**

- Presentar al participante imágenes que debe nominar.

**Tareas de lenguaje:**

- Decir series de números, letras, días de la semana, meses del año.

- Decir refranes.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• A cada capilla le llega su fiestecita.</li> <li>• A la fuerza ni los zapatos entran.</li> <li>• A la vejez viruela.</li> <li>• Al mal paso darle prisa.</li> <li>• A palo dado ni dios lo quita.</li> <li>• A quien dios no le dio hijos, el diablo le dio sobrinos.</li> </ul>
--

Elaborado por: Marjory Calderón

### Tareas de escritura:

- El participante debe escribir brevemente sobre algo que él desee.
- Se le pide que copie un texto o una noticia
- Completar palabras.

<b>CAMP...NA</b>	<b>TEL...VIS...ÓN</b>
<b>CORA...ÓN</b>	<b>AM...POL...</b>
<b>PAL...MA</b>	<b>CAF...TER...A</b>
<b>C...GÜEÑA</b>	<b>PI...IENT...</b>
<b>PAR...GUAYA</b>	<b>TER...ÓME...RO</b>

[http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=mostrar\\_archivo.jsp&div=est](http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=mostrar_archivo.jsp&div=est)

- Completar frases.

El ..... es AMARILLO.

La ..... es NARANJA.

El ..... es VERDE.

La ..... es BLANCA.

El ..... es AZUL.

La ..... es ROJA.

[http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=mostrar\\_archivo.jsp&div=est](http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=mostrar_archivo.jsp&div=est)

## Ejercicios de categorías

- Realizar conjuntos, de acuerdo a las categorías sugeridas y las palabras presentadas.

### 1. Haga grupos con las siguientes palabras

ROSA  
MOSCA  
ATUNTAQUI  
LORO  
OTAVALO  
CLAVEL  
LIRIO

COTACACHI  
DALIA  
ROSA  
SILLA  
SOFA  
IBARRA  
MONO

CANGURO  
COMODA  
MESA  
CAMARON  
CUNA  
URCUQUI

FLORES	ANIMALES	CIUDADES	MUEBLES

Elaborado por: Marjory Calderón

## TALLER 6: CÁLCULO

### OBJETIVOS:

- Promover la expresión de los sentimientos, de manera gestual.
- Mejorar la interacción entre los miembros del grupo.
- Conservar el concepto de número.
- Ejercitar habilidades de razonamiento y resolución de problemas.

**A continuación se procede con las siguientes actividades:**

### TERAPIA GRUPAL: (tiempo estimado 70 a 90 min)

- **La máscara:** uno de los participantes debe dirigirse a la persona situada a su derecha y hacer de su cara una "máscara", algún tipo de expresión fija. Se debe mantener esa máscara lo suficiente como para que la persona a su derecha la imite. Esa persona tiene que copiar su máscara y cuando lo haya hecho, conservando el gesto, se vuelve rápidamente a su derecha.
- Sin embargo, algo antes de que su cabeza encare a la persona de su derecha, debe cambiar su rostro en una nueva máscara diferente. No piense qué máscara creará, simplemente vuelva su cabeza y vea qué sucede. (Demuéstrelo.)
- Luego la persona a su derecha debe imitar su máscara, volver su cabeza y pasar una máscara diferente y así hasta completar el círculo.
- Los participantes no deben hablar mientras lo hacen y no deben usar sus manos para alterar su expresión facial: háganlo con sus músculos faciales solamente.
- Después deben cerrar los ojos y sentarse tranquilamente, y absorber lo que han experimentado.
- Es importante que los participantes recuerden las máscaras que han creado. ¿Qué expresaban? ¿Eran todas ellas diferentes o

muchas de ellas expresaban el mismo tipo de sentimiento o actitud? ¿Tiene eso algún sentido para usted? ¿Qué expresan esas máscaras de usted mismo?

- A continuación deben tomar conciencia de las máscaras que realizaron las otras personas del grupo. ¿Cómo eran sus máscaras y qué expresaban sobre ellos?
- Después deben abrir los ojos y en silencio deben mirar a las personas a su alrededor. Los participantes deben tomarse cierto tiempo en recordar las máscaras que hicieron y lo que pueden expresar acerca de ellos. Cada participante describe con palabras su darse cuenta de sus propias máscaras y de lo que expresan y luego, una vez que cada persona haya hecho esto, prosiguen diciendo qué notaron respecto de las máscaras que crearon los otros.
- Después deben cerrar nuevamente los ojos y hacer una máscara que sea la más característica de las máscaras hechas por ellos mismo anteriormente. Deben mantener esta máscara durante un rato y tomar conciencia realmente de cómo es esa máscara y qué expresa respecto a usted.
- Después pedir a los participantes que se conviertan en lo que expresa esa máscara. Si su máscara es feroz, vuélvase feroces, si su máscara es ridícula, vuélvase ridículos. Una vez que expresen y tomen conciencia de cómo se sienten mientras lo hacen, deben empezar a hacer pequeños ruidos que expresen cómo se sienten en ese momento.
- Noten si su atención se desvía hacia el ruido de otros o si quieren adaptarse a algunos de esos ruidos. Si eso ocurre tomen conciencia de ello y luego dirijan su atención a sus propios sentimientos y a su propio sonido que es el que expresa esos sentimientos.

- Permita ahora que esos sonidos se vuelvan más fuertes. Dentro de un momento se les pedirá que abran los ojos e interactúen con los otros miembros del grupo. Continúen manteniendo sus máscaras y haciendo ruidos. Permanezcan en contacto con sus caras mientras abren los ojos e interactúan con los otros miembros del grupo durante algunos minutos.
- Al finalizar es necesario emplear unos pocos minutos para compartir las experiencias de hacer esta actividad, ¿Qué sentiste al realizar la máscara? ¿fue fácil realizar la máscara? ¿pudiste identificar que significa la máscara en tu vida?

**A continuación se procede a la realización de las siguientes actividades:**

**ACTIVIDADES DE CÁLCULO Y FUNCIONES EJECUTIVAS (tiempo estimado 30 min):**

**Identificación de números y conteo:**

- Contar imágenes

6- Debajo del  ponga un 1 y debajo de  ponga un 2

									
	2	1							
									
									

7- Cuente el número de figuras:

Total  :

Total  :

- Contar piezas.

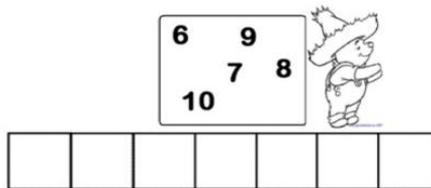
6- Cuente el número de  que hay en cada fila y después sume el total:

					Hay _____
					Hay _____
					Hay _____
					Hay _____
<b>TOTAL</b>					<input type="text"/>

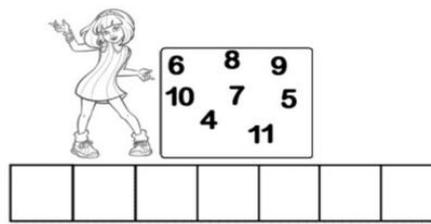
[http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=mostrar\\_archivo.jsp&div=est](http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=mostrar_archivo.jsp&div=est)

### Orden:

- Ordenar elementos de mayor a menor y al revés



<http://trinfantill.blogspot.com/2014/01/ordena-los-numeros.html>



<http://trinfantill.blogspot.com/2014/01/ordena-los-numeros.html>

### Cálculo aritmético:

- Realizar problemas y resolver operaciones, simulando actividades de compras.

Escriba las operaciones y los resultados

A. Si paga con 10 dólares y le devuelven 3 dólares y 20 centavos  
¿cuánto se gastó?

\_\_\_\_\_

B. ¿Cuántas monedas de 50 centavos necesita para pagar 5 dólares  
con 50 centavos?

\_\_\_\_\_

C. ¿Cuánto dinero tiene si dispone de 1 billete de 10 dólares, 5  
monedas de 10 centavos, 4 monedas de 1 dólar, 3 de 25 centavos y  
7 de 50 centavos?

\_\_\_\_\_

Elaborado por: Marjory Calderón

- Realizar ejercicios de cálculo mental.

a.  $1 + 3 + 4 + 5 + 4 =$

b.  $7 + 4 + 5 + 7 =$

c.  $14 + 6 + 12 + 7 + 5 + 3 =$

d.  $38 - 3 - 9 - 6 =$

e.  $15 - 7 - 4 - 2 =$

f.  $27 - 6 - 9 =$

g.  $17 - 5 - 5 + 1 =$

h.  $15 + 10 - 2 + 8 - 4 =$

i.  $12 + 6 - 3 + 3 =$

j.  $14 - 4 + 7 + 8 + 2 =$

k.  $25 - 9 + 2 - 3 =$

l.  $10 + 9 - 3 =$

Elaborado por: Marjory Calderón

## **ACTIVIDADES DE FUNCIONES EJECUTIVAS**

### **Ejercicios de planificación:**

- Describir los pasos que hay que hacer para pintar una casa, para lavar la ropa, para bañarse, etc.

### **Ejercicios de memoria:**

- Resumen de una noticia, título de la noticia, fecha de la noticia, indicar la idea principal de la noticia
- Recordar información utilizando estrategias de relación y luego responder preguntas relacionadas a la información.
- Recordar objetos presentados en una imagen y luego nombrar lo que sean posibles recordar.

## **TALLER 7: FUNCIONES EJECUTIVAS**

### **OBJETIVOS:**

- Fomentar el sentido de empatía entre los miembros del grupo
- Ejercitar las funciones superiores como planificación, secuenciación.
- Favorecer la capacidad de concentrarse.

**A continuación se procede con las siguientes actividades:**

### **TÉCNICA GRUPAL: (tiempo estimado 70 a 90 min)**

- **Un deseo desconocido:** se pide a los participantes que escriban sus deseos / y los pongan en una caja sin necesidad de escribir sus nombres.
- Una vez que todos los deseos se recojan, dígame a cada participante que lea cualquier deseo al azar.
- Es importante mencionar que cada deseo debe ser leído como si fuera su propio deseo, a continuación se debe preguntar: ¿Cómo se siente? ¿cree que es un deseo que puede cumplirse o no? ¿de qué manera haría posible este deseo?
- Esta actividad permite a todos los participantes expresar sus deseos ocultos y también ver cómo otros reaccionan y lo más importante fomenta el sentido de empatía hacia los demás.

**A continuación se procede a la realización de las siguientes actividades:**

**ACTIVIDADES DE FUNCIONES EJECUTIVAS (tiempo estimado 30 min):**

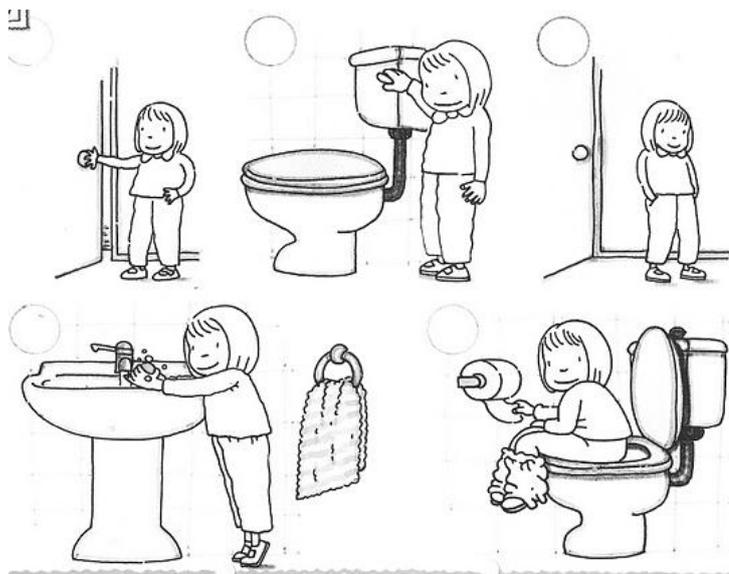
**Orden y seguimiento de series:**

- Ordenar elementos según el orden que se indique.

**1 2 4 8 ...**

**Elaborado por:** Marjory Calderón

- Ordenar los pasos que se deben realizar en actividades diarias ( como vestirse, como bañarse, como lavarse las manos)



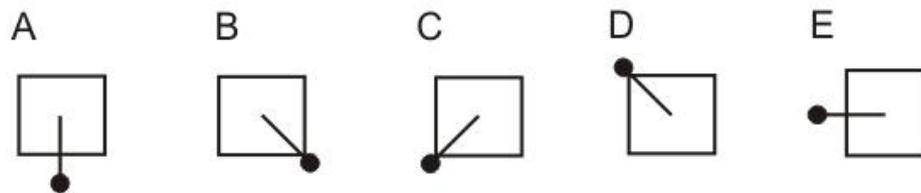
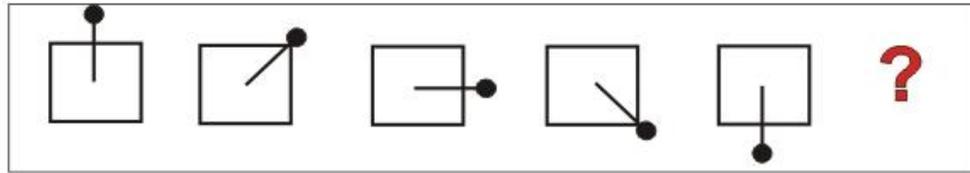
<http://actividadespreescolar-guidilip.blogspot.com/2014/06/actividades-de-lenguaje-y-comunicacion.html>

- Seguir series propuestas (de colores, números, letras o figuras).



[http://4.bp.blogspot.com/\\_fE11jqBA0qU/SxMDeMQOYUI/AAAAAAAAAVo/P-GC1MAZk00/s1600/continua-la-serie-con-formas-y-colores-11.jpg](http://4.bp.blogspot.com/_fE11jqBA0qU/SxMDeMQOYUI/AAAAAAAAAVo/P-GC1MAZk00/s1600/continua-la-serie-con-formas-y-colores-11.jpg)

- Encontrar y ordenar la secuencia lógica de una serie de imágenes.



[http://logopediayeducacion.blogspot.com/2016\\_01\\_31\\_archive.html](http://logopediayeducacion.blogspot.com/2016_01_31_archive.html)

### Ordenación inversa:

- Pedir al participante que ordene en forma inversa una secuencia de imágenes o números.
- Del mismo modo en orden inverso deletrear de palabras.

agua	padre
árbol	pan
bebé	pies
estrellas	reir
familia	reyes
hijos	tienda
lavar	visitantes

Elaborado por: Marjory Calderón

**Nota:** las palabras deber ir desde un nivel de baja dificultad, e ir ascendiendo progresivamente, tomando en cuenta las capacidades de cada participante.

## Ordenar una imagen

- Ordenar una imagen y luego responder a preguntas, referentes a la imagen ordenada.



1

2

3

4

Orden 


Elaborado por: Marjory Calderón

- ✓ ¿Qué monumento es? \_\_\_\_\_
- ✓ ¿Dónde está ubicado? \_\_\_\_\_
- ✓ Recuerdo sobre el monumento o que es lo que representa \_\_\_\_\_

## **TALLER 8: PERCEPCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS**

### **OBJETIVOS:**

- Fomentar lazos de amistad dentro de los miembros del grupo
- Entrenar la percepción visual, auditiva, táctil y las funciones cognitivas.
- Favorecer la organización visual y espacial.

**A continuación se procede con las siguientes actividades:**

### **TERAPIA DE GRUPO: (tiempo estimado 70 a 90 min)**

- **Dar y recibir aprecio:** se pide a los participantes que expresen lo que les gusta de los otros integrantes del grupo y se toma mayor conciencia de cómo se sienten mientras se da y se recibe este tipo de mensajes. Una persona por vez se sentará en el centro, y en tanto permanezca en el centro, debe guardar silencio. Se da tiempo para la discusión, y la respuesta más adelante.
- La persona ubicada a la izquierda del espacio vacío ocupado por quien ahora está en el centro del círculo comenzará a decirle tres o cuatro cosas que aprecia en él o ella. Es necesario pedir sinceridad. Los participantes deben ser honestos y sinceros y expresar aquello que realmente valoran. Deben mirar a la persona ubicada en el centro y hablarle directamente a él (o ella) y ser muy específico y detallado.
- Una vez que la persona haya dicho las tres o cuatro cosas que valora, dice: "paso" y luego la persona ubicada a su izquierda dice tres o cuatro cosas que le gusten acerca de la persona ubicada en el centro del círculo, hay que completar el círculo de modo que todos expresen el aprecio a la persona ubicada en el centro.
- Luego esta persona regresará a su sitio y quien esté sentado a su izquierda se ubicará en el centro. Continuar de este modo hasta

que todos hayan ocupado el centro del círculo y recibido la apreciación de todos los demás.

- Cuando hayan terminado, deben sentarse tan juntos como puedan y como les resulte cómodo, y compartir su experiencia. Decir cualquier cosa que hayan querido decir antes y no dijeron. Hay que pedir que particularmente cuenten las sensaciones físicas mientras dan y reciben estos mensajes de aprecio.
- Realizar estas preguntas: ¿Es sencillo para ti el expresar tu apreciación hacia alguien o sientes mucha incomodidad? ¿Puedes realmente aceptar y disfrutar de lo que los otros te dicen?

**A continuación se procede a la realización de las siguientes actividades:**

**PERCEPCIÓN (tiempo estimado 30 min):**

**Nociones espaciales:**

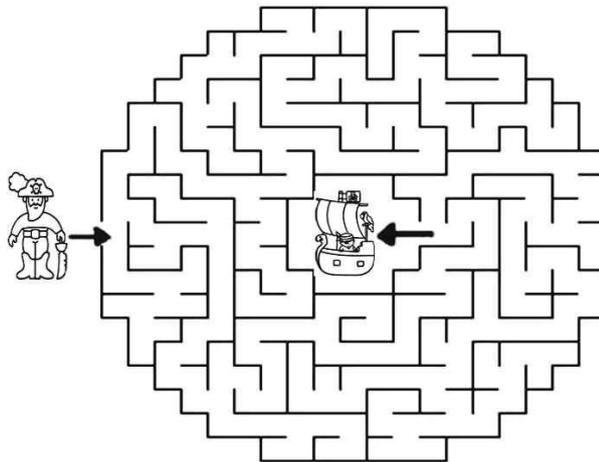
- Situar o señalar arriba-abajo; dentro/fuera; derecha-izquierda.

ORIENTACION ESPACIAL				
				
				
				
				

<http://www.esuelaenlanube.com/wp-content/uploads/2013/01/Orientacion-espacial-03.jpg>

### Recorridos visomotores:

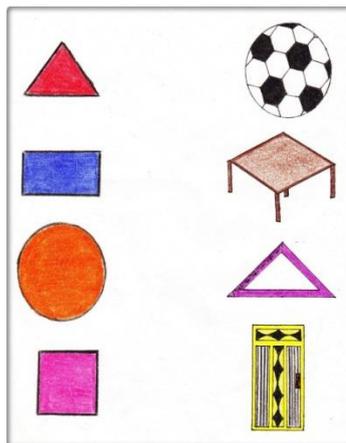
- Se le pide al participante que complete recorridos diferentes ya sean laberintos o seguimiento de flechas.



<http://www.dibujalia.com/dibujos-el-pirata-y-su-barco-5772.htm>

### Reconocer superficies, formas, objetos:

- Se le presenta al participante figuras que debe asociar con objetos de la realidad.



[http://habilidadesdelpensamiento123.blogspot.com/2015\\_05\\_01\\_archive.html](http://habilidadesdelpensamiento123.blogspot.com/2015_05_01_archive.html)

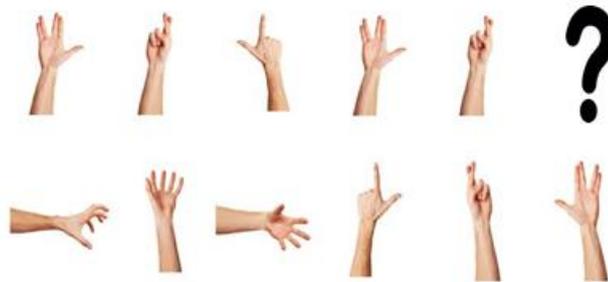
**Reconocimiento auditivo:**

- Hacemos que el participante reconozca sonidos ya sea de animales o cosas.

**FUNCIONES EJECUTIVAS**

**Series alternantes:**

- Secuencias alternantes de posturas con las manos.



Elaborado por: Marjory Calderón

- Reproducciones rítmicas (hacer golpes con las manos).

**Clave de números.**

- En esta actividad se asocia números a diferentes símbolos.

ESTUDIAR UNOS MINUTOS LA PLANTILLA. MEMORIZAR EL SÍMBOLO QUE CORRESPONDE A CADA NÚMERO

12	34	56	78	90	111	112	113	114	115
$\Delta$	$\Omega$	$\partial$	$\sqrt{\quad}$	$\approx$	$\neq$	$\diamond$	$\tilde{o}$	$\emptyset$	$\text{œ}$

TAPAR LA PLANTILLA Y COMPLETAR EL CUADRO PONIENDO DEBAJO DE CADA NÚMERO O SÍMBOLO, EL QUE LE CORRESPONDÍA SEGÚN LA PLANTILLA. LOS DOS PRIMEROS SON EJEMPLO.

34	78	90	$\Delta$	111	$\Omega$	115	34	90
$\Omega$	$\sqrt{\quad}$							
$\partial$	$\sqrt{\quad}$	12	$\approx$	$\Omega$	$\neq$	78	$\partial$	34
34	$\neq$	$\diamond$	12	90	78	56	$\approx$	$\Delta$

[http://www.apega.org/attachments/article/1007/laminas\\_estimulacion.pdf](http://www.apega.org/attachments/article/1007/laminas_estimulacion.pdf)

## Sopa de letras

- Encontrar palabras escondidas dentro de la sopa de letras.

Encuentre los siguientes **números**:

- CUATRO
- DIEZ
- DOS
- NUEVE
- OCHO
- ONCE
- QUINCE
- SEIS
- TRECE
- TRES
- VEINTE

D	I	E	Z	T	R	E	S
E	W	E	T	N	I	E	V
S	C	O	T	R	E	C	E
E	X	C	O	N	C	E	G
I	Q	H	D	F	S	O	D
S	X	O	N	U	E	V	E
X	Z	E	C	N	I	U	Q
T	O	R	T	A	U	C	G

[http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=mostrar\\_archivo.jsp&div=est](http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=mostrar_archivo.jsp&div=est)

## Rompecabezas

- Armar rompecabezas.

## **6.7 Impactos**

### **6.7.1 Impacto educativo**

La propuesta planteada genera un impacto en el ámbito educativo pues sirve como fuente de consulta para estudiantes, docentes e investigadores. Además es importante recalcar que los datos obtenidos en el diagnóstico y en post-test pueden servir desde el punto de vista académico para la redacción de artículos científicos.

Desde otra perspectiva ligada a la educación de la sociedad el mayor impacto es el generar conciencia acerca del deterioro cognitivo que se produce en la vejez, conduciendo así a la implantación de una cultura preventiva y formativa, puesto que el aumento de la esperanza de vida ha obligado al ser humano y, específicamente a los profesionales del área de la salud, a buscar nuevas formas de intervenir en favor de las personas de la tercera edad

### **6.7.2 Impacto psicológico**

Con seguridad el impacto más relevante que se ha generado con la propuesta es el psicológico, pues indistintamente el programa permitió, potenciar, mejorar y fortalecer las funciones cognitivas y en otros casos se atenúo el deterioro cognitivo, todo esto ha contribuido a estimular en el grupo de participantes la implantación de estrategias que han conducido a manejar la salud mental como algo primordial dentro de sus vidas; en donde cada uno de los participantes fue participe y testigo de sus propios resultados, el impacto psicológico fue mucho más allá de la cognición, a pesar de no haber sido objeto de estudio la esfera afectiva, fue evidente la correlación que las 2 esferas tiene dentro de la vida de una persona, por ello se concluye que todo favoreció al hecho de mejorar la calidad de vida de los participantes.

## **6.8 Difusión**

La propuesta diseñada previa a su aplicación e intervención ha sido necesario, socializarla con el grupo de adultos mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra, por lo tanto a continuación se detalla el proceso de difusión que se manejó:

- 1.** Acuerdo con la institución donde se realizará la investigación.
- 2.** Presentación del plan de intervención
- 3.** Difusión del taller
- 4.** Registro de las personas que se integran al taller
- 5.** Reunión con los integrantes del grupo
- 6.** Explicación de los beneficios de asistir al taller
- 7.** Determinación de un cronograma de trabajo
- 8.** Aplicación del test
- 9.** Diagnóstico situacional
- 10.** Aplicación de técnicas de estimulación cognitiva
- 11.** Aplicación de re-test
- 12.** Socialización de los resultados
- 13.** Presentación de un informe final

## 6.9 Bibliografía

- Alfaro, G., & Castro, V. (2010). Grupo de estimulación cognitiva para el adulto mayor. San José: Universidad de Iberoamérica.
- Alonso, P., Sansó, F., Díaz, A., Carrasco, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2.
- Anrango, J. (2012). Rehabilitación Neuropsicológica. Mexico: Manual Moderno.
- Arízaga, E. (24 de septiembre de 2014). *Asamblea Nacional*. Recuperado el 15 de mayo de 2016, de <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/en-ecuador-mas-de-100-mil-personas-sufren-de-alzheimer-y>
- Asamblea Nacional. (20 de octubre de 2009). *Asamblea Nacional*. Recuperado el 2 de julio de 2016, de [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- Binipatia. (2010). Síndrome degenerativo y progresivo del cerebro. *Binipatia Higienismo*, 2.
- Blasco, R. (27 de enero de 2016). Y y B. Recuperado el 16 de agosto de 2016, de <http://psicologo-especialista-barcelona.com/blog/terapia-de-grupo-beneficios/>
- Bound, J., & Waidmann, T. (2007). Estimating the Health Effects of Retirement. *Prepared for the 9th Annual Joint Conference of the Retirement Research Consortium "Challenges and Solutions for Retirement Security"*. Washington: Madisson.
- Bueno, B., & Buz, J. (16 de octubre de 2006). *Jubilación y tiempo libre en la vejez*. Recuperado el 20 de abril de 2016, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/bueno-jubilacion-01.pdf>
- Casanova, P., Casanova, P., & Casanova, C. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1.

- CEPAL. (2012). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Quito: CELADE.
- CNII. (29 de septiembre de 2014). *Adulto mayor: Cuántos son?* Recuperado el 28 de abril de 2016, de <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
- Consejo Nacional de Planificación. (1 de octubre de 2012). *Planificación*. Recuperado el 1 de julio de 2016, de [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf)
- Coronel, M. (2015). Análisis de la inclusión social de los adultos mayores en la ciudad de Guayaquil. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Cuellar, D. (11 de noviembre de 2014). *Prezi*. Recuperado el 20 de diciembre de 2015, de <https://prezi.com/76d0mkvwj53j/estimulacion-cognitiva/>
- Díaz, W., García, Y., Linares, T., Rabelo, G., & Díaz, H. (2010). Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 2.
- Duque, J. (2009). Relaciones neurobiológicas y envejecimiento. *Neurología*, 4.
- Durán, M. (2013). Incidencia de fractura de cuello de fémur secundario a osteoporosis en el adulto Mayor, en pacientes hospitalizados en la Clínica Durán de la ciudad de Ambato año 2011. Ambato: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
- Echeverría, W. (2013). Rehabilitación neuropsicológica de la memoria. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Ecu Red. (15 de junio de 2016). *Ecu Red*. Recuperado el 20 de junio de 2016, de [http://www.ecured.cu/La\\_memoria\\_en\\_la\\_tercera\\_edad](http://www.ecured.cu/La_memoria_en_la_tercera_edad)
- Egger, S. (2013). Protocolo de tratamiento neuropsicológico a pacientes adultos mayores, diagnosticados con deterioro cognitivo que asisten a consulta externa de adultos del departamento de neurociencias del hospital general San Juan de Dios. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.

- El telégrafo. (17 de mayo de 2014). Comprender los mitos y estereotipos cambiará la mirada del envejecimiento y la vejez. *El telégrafo*, pág. 3.
- Etxebeste, A., Padierna, A., & Salazar, M. (2009). Terapia grupal con ancianos deprimidos en una residencia. *Dialnet*, 5.
- Feldman, R. (2011). Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana. México: McGraw Hill.
- Gallegos, M., & Palacios, N. (2008). Ocio en ancianos de una localidad suburbana de Taba. *Horizonte Sanitario*, 19-27.
- García, A., Ortiz, M., & Gómez, M. (2009). El envejecimiento de las poblaciones: los casos de España y México. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 6.
- García, J. (23 de octubre de 2009). *Introducción a la estimulación cognitiva*. Recuperado el 09 de junio de 2016, de <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/estimulacion-cognitiva/material-de-clase-1/tema-1-texto.pdf>
- García, M., & Torres, P. (1999). Temas de enfermería Gerontológica. Logroño: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.
- Gómez, J., Saiach, S., & Lecuna, N. (2010). Envejecimienyo. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina*, 21.
- González, J. (2010). Teorías de Envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 45.
- Gramunt, N. (2011). *Normalización y validación de un test de memoria en envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Universidad Ramon Llull.
- Hidalgo, J. (2011). El Envejecimiento: Aspectos Sociales. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- IESS. (28 de octubre de 2013). *Programa del adulto mayor*. Recuperado el 30 de abril de 2016, de <https://www.iess.gob.ec/es/web/pensionados/programa-del-adulto-mayor>

- IMSERSO. (2001). La soledad en las personas mayores. Influencia personales, familiares y sociales. Madrid: Ministerio de sanidad y politica social, Madrid.
- INEC. (2011). *Perfil epidemiológico en el adulto mayor ecuatoriano*. Recuperado el 23 de abril de 2016, de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios\\_Socio-demograficos/Perfil\\_Epidemiologico\\_Adul\\_Mayor\\_2006.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Perfil_Epidemiologico_Adul_Mayor_2006.pdf)
- INEC. (11 de octubre de 2012). *En el 2050 seremos 23,4 millones de ecuatorianos*. Recuperado el 15 de abril de 2016, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/en-el-2050-seremos-234-millones-de-ecuatorianos/>
- Jara, M. (2009). La estimulación cognitiva en adultos mayores. *Cúpula*, 8.
- Jarque, J. (24 de junio de 2012). *Jesús Jarque*. Recuperado el 20 de junio de 2016, de <https://jesusjarque.com/orientacion-espacial/>
- La hora. (29 de agosto de 2011). Las enfermedades son más comunes en ancianos urbanos. pág. 3.
- Laborda, A. (2012). Terapia ocupacional en una Unidad de Demencias Avanzadas. *Geriátrika*, 3.
- Landinez, N., Contreras, K., & Castro, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Bvs Cuba*, 9.
- Lapiente, F., & Sánchez, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, 8.
- Leturia, F., & Yanguas, J. (1999). Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI. *Gizartekintza*, 20.
- Leturia, F., Yanguas, J., Arriola, E., & Uriarte, A. (2009). La valoración de las personas mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir. Madrid: Caritas.
- López, A., López, B., & Ariño, C. (2009). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programas de rehabilitación psicofuncional en Centros de Día GERISER. *Geriátrika*, 19.

- Machado, F. (14 de Mayo de 2016). Salud mental: adultos mayores vulnerables. *El telégrafo*, pág. 4.
- Martínez, C., & Pérez, V. (2006). Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 3.
- MIES. (15 de enero de 2010). *Ciudadanía activa y envejecimiento activo*. Recuperado el 1 de mayo de 2016, de <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%ABblica.pdf>
- MIES. (2012). *Agenda de igualdad para adultos mayores*. Recuperado el 8 de diciembre de 2015, de [http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)
- MIES. (16 de septiembre de 2015). *Agenda de igualdad para adultos mayores*. Recuperado el 20 de diciembre de 2015, de [http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)
- Mogollón, E. (2012). Una perspectiva integral del adulto mayor en el contexto de la educación. *Revista Interamericana de Educacion de Adultos* , 2.
- Mogollón, E. (2 de abril de 2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Scielo*.
- Mora, F. (2010). El sueño de la inmortalidad: Envejecimiento cerebral, dogmas y esperanzas. Madrid: Alianza.
- Moreno, M. (2015). La determinación genética del comportamiento humano. Una revisión crítica desde la filosofía y la genética de la conducta. *Gazeta de Antropología*, 4.
- Moya, W. (29 de agosto de 2011). Las enfermedades son más comunes en ancianos urbanos. *La hora*, pág. 4.
- Nance, D. (2012). Terapia grupal con adultos. *Rev Enferm Inst Mex Seguro So*, 140.

- OMS. (11 de abril de 2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado el 30 de abril de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Organización Panamericana de la salud. (2010). Aspectos clínicos en la atención del envejecimiento. Washington, D. C: Organización mundial de la salud.
- Paredes, K. (22 de Marzo de 2014). Ecuador dejaría de ser un 'país joven' en 2050. *El Telégrafo*, pág. 1.
- Pazán, L. (2015). Videojuegos de entrenamiento cerebral como factores de estimulación de la esfera cognitiva en adultos mayores en el Centro Geriátrico Sagrado Corazón de Jesús. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Peinado, M., Moral, M., Esteban, F., Martínez, E., Siles, E., Jiménez, E., y otros. (2000). Envejecimiento y neurodegeneración: bases moleculares y celulares. *Researchgate*, 6.
- Peláez, A. (19 de junio de 2016). *Almudena Peláez*. Recuperado el 21 de junio de 2016, de <http://psicologamadrid-psicogeriatría.blogspot.com/2010/01/ejercicios-de-orientacion-espacial.html>
- Peña, B., Terán, M., Moreno, F., & Bazán, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 6.
- Pérez, J. (15 de junio de 2010). *Consecuencias del envejecimiento demográfico*. Recuperado el 30 de abril de 2016, de <https://apuntesdedemografia.com/envejecimiento-demografico/ques-consecuencias-del-envejecimiento-demografico/>
- Psicomed. (25 de diciembre de 2010). *Psicomed*. Recuperado el 15 de junio de 2016, de [http://www.psicomed.net/t\\_grupo.html](http://www.psicomed.net/t_grupo.html)
- Puig, A. (2010). Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP). Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizado. Madrid: CCS.
- Robalino, J. (09 de julio de 2012). <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093h.pdf>. *Revista*

médica de nuestros hospitales, junta de beneficencia de Guayaquil, 1.

Salami, S. (2010). Retirement context and psychological factors as predictors of well-being among retired teachers. *Europe's Journal of Psychology*, 5.

Salgado, M. (29 de agosto de 2011). Las enfermedades son más comunes en ancianos urbanos. *La hora*, pág. 15.

Sánchez, I., & Pérez, V. (2010). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revistas MGI*, 4.

Sanhueza, C. (2014). Programa de entrenamiento cerebral en adultos mayores sin deterioro cognitivo: atención, memoria y funciones ejecutivas. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Sardinero, A. (2010). Estimulación para Adultos. España: Grupo Gesfomedia.

Senplades. (7 de agosto de 2013). *Objetivos del plan Nacional del Buen Vivir*. Recuperado el 15 de diciembre de 2015, de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

Silva, M., & Vivar, V. (2015). Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Cuenca: Universidad de Cuenca.

Tafur, J. (2011). Estimulación Cognitiva. Lima: Universidad de Murcia.

Triglia, A. (23 de febrero de 2013). *Psicología y mente*. Recuperado el 20 de julio de 2016, de <https://psicologiaymente.net/psicologia/psicologia-cognitiva#!>

Villón, W. (2015). Deterioro cognitivo y su incidencia en el estado de ánimo del adulto mayor de la parroquia Chanduy, cantón Santa Elena, provincia de Santa Elena, periodo 2014-2015. Santa Elena: Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Yanguas, J., Sancho, M., & Leturia, F. (2004). Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. En *Apectos psicológicos del envejecimiento*. (pág. 89). Barcelona: Masson.

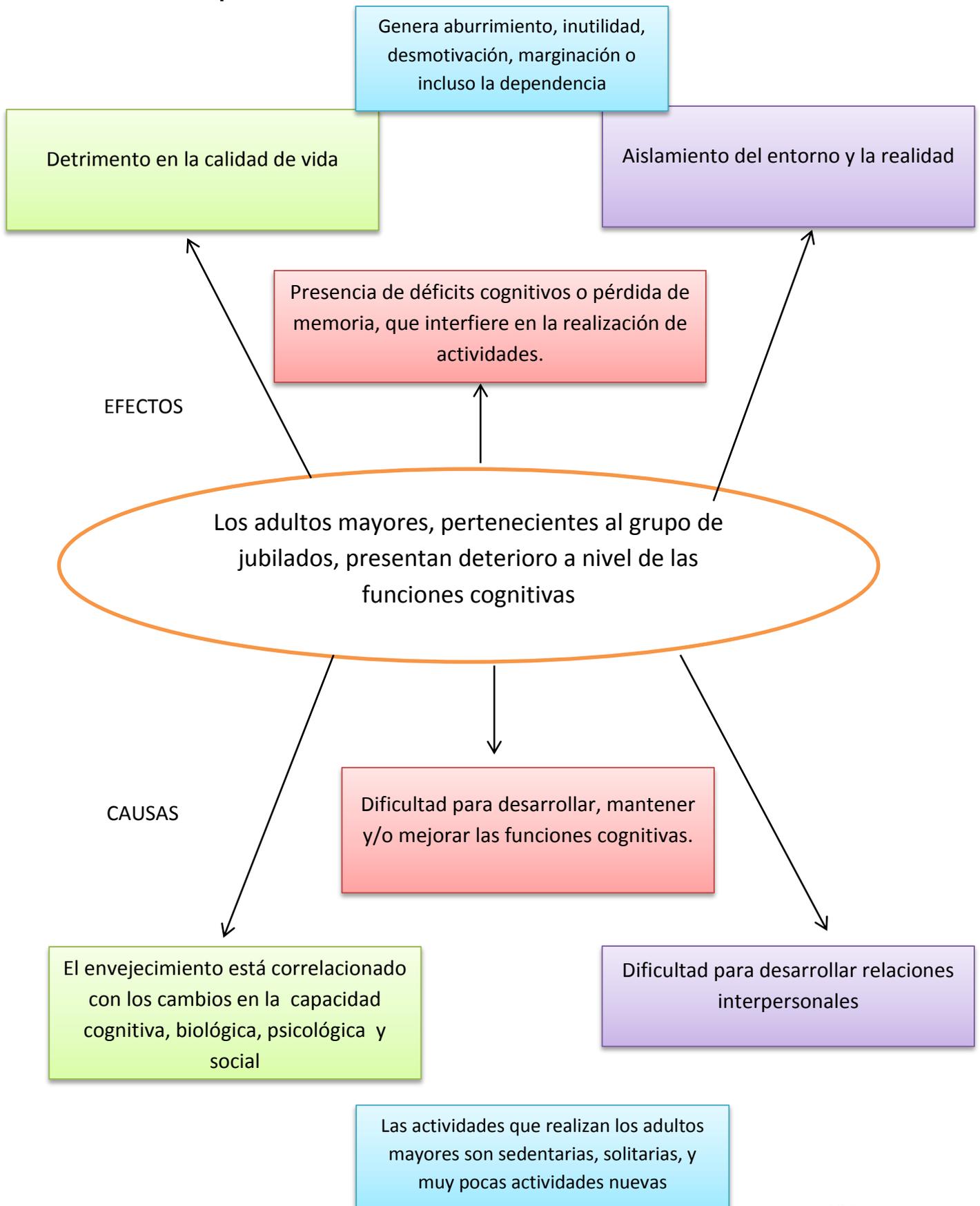
Yorde, S. (2014). Cómo lograr una vida saludable. *Scielo*, 2.

## ANEXOS

### Matriz de coherencia

<b>Formulación del problema</b>	<b>Objetivo general</b>
¿Cómo mitigar el deterioro cognitivo de los adultos mayores pertenecientes al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra, mediante la aplicación de terapia de grupo?	Determinar la influencia de la Terapia de grupo en la estimulación de funciones cognitivas en los adultos mayores de Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ibarra.
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Preguntas de investigación</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar a los participantes para conocer el estado actual de sus funciones cognitivas.</li><li>• Emplear la historia clínica breve, para obtener datos relevantes, con respecto a la vida personal de los adultos mayores.</li><li>• Analizar los resultados de la aplicación del reactivo psicológico pre y post intervención.</li><li>• Elaborar un programa de estimulación cognitiva, mediante la aplicación de terapia de grupo y técnicas grupales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿De qué manera se puede determinar el estado actual de las funciones cognitivas?</li><li>• ¿Cuál es la finalidad de emplear la historia clínica breve?</li> <li>• ¿De qué manera contribuye el análisis de los resultados de la aplicación del pre y post-test?</li> <li>• ¿Con que finalidad se elabora el programa de estimulación cognitiva, aplicando terapia grupo técnicas grupales?</li></ul>

## Árbol de problemas





**MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)**  
*Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)*

MAX.	PUNT.	
5	_____	<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b> ¿En qué año estamos? ¿En qué estación? ¿En qué día (fecha)? ¿En qué mes? ¿En qué día de la semana?
5	_____	<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL</b> ¿En qué hospital (o lugar) estamos? ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? ¿En qué pueblo (ciudad)? ¿En qué provincia estamos? ¿En qué país (o nación, autonomía)?
3	_____	<b>FIJACIÓN RECUERDO</b> Nombre tres palabras Dólares-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera - Árbol) a razón de 1 por segundo.
5	_____	<b>ATENCIÓN - CÁLCULO</b> Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones.
3	_____	<b>RECUERDO DIFERIDO</b> Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.
2	_____	<b>DENOMINACIÓN:</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera
1	_____	<b>REPETICIÓN:</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros")
3	_____	<b>ÓRDENES:</b> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".
1	_____	<b>LECTURA:</b> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos".
1	_____	Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase
1	_____	<b>ESCRITURA:</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado)
1	_____	<b>COPIA:</b> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.



## HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA BREVE

Nro..... H.Cl.....

Nombre.....Edad.....

Fecha.....Género..... Estado civil.....

Instrucción.....

### Motivo de Consulta

.....  
 .....  
 .....

### Anamnesis Personal Normal y Patológica

.....  
 .....  
 .....

### Anamnesis Familiar Normal y Patológica

.....  
 .....  
 .....

### Examen de funciones

Funciones	Poner X en el casillero que corresponda			
<b>Orientación personal</b>	Orientado		Desorientado	
<b>Orientación temporal</b>	Orientado		Desorientado	
<b>Orientación espacial</b>	Orientado		Desorientado	
<b>Memoria de Fijación</b>	Conservada		No conservada	
<b>Atención</b>	Conservada		No conservada	
<b>Memoria a corto plazo</b>	Conservada		No conservada	

<b>Lenguaje</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Denominación</li> <li>• Repetición</li> <li>• Ordenes</li> <li>• Lectura</li> <li>• Escritura</li> <li>• Copia</li> </ul>	Conservada		No conservada	
--	------------	--	---------------	--

**Reactivo Aplicado**

.....  
.....

**Diagnóstico Psicológico Presuntivo**

.....  
.....

**Recomendaciones.....**

**Observaciones:**

.....



### FICHA DE OBSERVACIÓN

**Objetivo:** Estimular las funciones cognitivas, mediante terapia grupal.

**Valoración:** se pone un ✓ al participante que logre cumplir con las actividades designadas y una X a quien no.

Funciones cognitivas Nro. participante	ORIENTACIÓN		FIJACIÓN RECUERDO	ATENCIÓN - CÁLCULO	RECUERDO DIFERIDO	LENGUAJE					
	Temporal	Espacial				Denominación	Repetición	Ordenes	Lectura	Escritura	Copia
Participante 1											
Participante 2											
Participante 3											
Participante 4											
Participante 5											
Participante 6											
Participante 7											
Participante 8											
Participante 9											
Participante 10											
Participante 11											
Participante 12											
Participante 13											
Participante 14											
Participante 15											

## FOTOGRAFIAS



Fuente: Investigación. Elaborado por: Marjory Calderón



Fuente: Investigación. Elaborado por: Marjory Calderón



**Fuente:** Investigación. **Elaborado por:** Marjory Calderón



**Fuente:** Investigación. **Elaborado por:** Marjory Calderón



# UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE

## FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### DECANATO

Oficio 190-D  
03 de agosto de 2016

Doctor  
Franklin Valencia Cisneros  
DIRECTOR PROVINCIAL DEL IESS DE IMBABURA

Señor Director:

Me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle de la manera más comedida, se brinde las facilidades necesarias a la señorita CALDERÓN ZUMÁRRAGA MARJORY VERÓNICA, egresada de la carrera de Psicología General, para que desarrolle todas las actividades referentes al trabajo de grado: "ESTIMULA COGNITIVA, MEDIANTE TERAPIA DE GRUPO EN ADULTOS MAYORES DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL – IBARRA, EN EL PERÍODO DE MARZO A JULIO DEL 2016".

Por su favorable atención, le agradezco.

Atentamente,  
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO

  
**CERTIFICADOS**  
MSc. Raimundo López  
DECANO DE LA FECYT





# INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

## DIRECCIÓN PROVINCIAL DE IMBABURA

Ibarra, 17 de octubre de 2016

### CERTIFICACIÓN

En atención a la petición verbal de la Interesada Srta. Marjory Verónica Calderón Zumárraga, portadora de Cédula de Ciudadanía Nro. 1003499843, de la Carrera de Psicología General de La Universidad Técnica del Norte, la Dirección Provincial del IESS Imbabura Certifica que la Srta. Calderón Marjory elaboró el Plan de Trabajo de Grado con el tema *“Estimulación de Funciones Cognitivas, mediante terapia de grupo, en adultos mayores, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ibarra, en el periodo de marzo a julio de 2016”* el cual fue aprobado y desarrollado en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Imbabura Hospital del IESS Ibarra, bajo la coordinación de la Sra. Psicóloga Silvia Paola Arias Salina, Psicóloga Clínica Hospital de Ibarra.

Es todo cuanto podemos certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

Mgs. Franklin Valencia Cisneros

DIRECTOR PROVINCIAL DEL IESS IMBABURA





## INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HO. IBARRA

A petición verbal de la estudiante Marjory Verónica Calderón Zumárraga portadora de la cedula de identidad N°: 100349984-3.

### **Certifico:**

Que se SOCIALIZÓ el tema de trabajo de grado titulado: "ESTIMULACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS, MEDIANTE TERAPIA DE GRUPO, EN ADULTOS MAYORES, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE IBARRA, EN EL PERÍODO DE MARZO A JULIO DE 2016", en el Auditorio del IESS.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Autorizo a la Srta. Marjory Calderón hacer uso del presente documento según amerite, dentro del marco legal pertinente.

Ibarra, 18 de Octubre del 2016.

Atentamente,

  
IESS HOSPITAL DE IBARRA  
Paola Arias Salinas  
PSICÓLOGA CLÍNICA  
C.E. L.1 P.9 N.25  
IESS SEERECYT 1.54-13-1345

**Sra. Psc. Cl. Paola Arias Salinas.**

**COORDINADORA DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR (CAMM)  
HOSPITAL IESS IBARRA**



Av. Víctor Manuel Guzmán s/n y José Miguel Vaca. Telf: 2958275 FAX 062 958193

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IBARRA.**

Ibarra 18 de noviembre de 2016

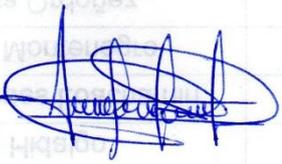
Por medio del presente y en calidad de Lectora-Traductora,

**CERTIFICO:**

Que el Abstract del trabajo de grado titulado: **“ESTIMULACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS, MEDIANTE TERAPIA DE GRUPO, EN ADULTOS MAYORES, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE IBARRA, EN EL PERÍODO DE MARZO A JULIO DE 2016”**, realizado por la señorita Marjory Verónica Calderón Zumárraga, fue revisado y traducido al idioma inglés de acuerdo a las normas y reglas ortográficas vigentes del habla inglés.

La interesada puede hacer uso del presente certificado en la forma que estime pertinentes.

Atentamente,



---

MSc. Andrea Vallejos.

**LECTORA TRADUCTORA**

**CI:** 100368934-4

**Nro. De registro Senescyt:** 1027-2016-1748844



**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:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	100349984-3		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Calderón Zumárraga Marjory Verónica		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Atuntaqui, parroquia de Andrade Marín, calle Junín y Jorge Montalvo, Diagonal a la Unidad Educativa "Antonio Ante"		
<b>EMAIL:</b>	veritocalderon91@gmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	(06)2 530-829	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0986585218

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	"ESTIMULACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS, MEDIANTE TERAPIA DE GRUPO, EN ADULTOS MAYORES, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE IBARRA, EN EL PERÍODO DE MARZO A JULIO DE 2016"
<b>AUTORA:</b>	Calderón Zumárraga Marjory Verónica
<b>FECHA: AAAAMMDD</b>	2016/11/23

<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
<b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b>	Título de Psicóloga
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	Dr. Santiago Andrade

## **2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD**

Yo, Marjory Verónica Calderón Zumárraga, con cédula de identidad Nro. 100349984-3, en calidad de autora 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 de los derechos patrimoniales, 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 23 días del mes noviembre de 2016.

**LA AUTORA:**

---

Marjory Verónica Calderón Zumárraga

C.I: 100349984-3



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, **Marjory Verónica Calderón Zumárraga**, con cédula de identidad **Nro. 100349984-3**, 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 autora de la obra o trabajo de grado titulado: **“ESTIMULACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS, MEDIANTE TERAPIA DE GRUPO, EN ADULTOS MAYORES, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE IBARRA, EN EL PERÍODO DE MARZO A JULIO DE 2016”**; que ha sido desarrollada para optar por el Título de Psicóloga 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.

Ibarra, a los 23 días del mes de noviembre de 2016.

Marjory Verónica Calderón Zumárraga

C.I: 100349984-3