



1859

ÁREA DE EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

Título:

“TIPOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO QUE INCIDEN EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE LUDOTERAPIA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA CASA HOGAR BETANIA DE LA CIUDAD DE ZAMORA CHINCHIPE DURANTE EL PERIODO 2009-2010”

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE LICENCIADAS EN PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

AUTORAS:

Gloria Antonieta Carrillo Encarnación
Jenny Rosalva Zapata Miranda

DIRECTORA:

Dra. Flora Cevallos Carrión

LOJA - ECUADOR

2009 - 2010

Dra. Flora Cevallos Carrión, DOCENTE DE LA CARRERA DE
PSICORREHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL.

C E R T I F I C O:

Haber revisado y asesorado la tesis de grado titulada: **“TIPOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO QUE INCIDEN EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE LUDOTERAPIA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA CASA HOGAR BETANIA DE LA CIUDAD DE ZAMORA CHINCHIPE DURANTE EL PERIODO 2009-2010”**; de las egresadas Señoritas Gloria Antonieta Carrillo Encarnación y Jenny Rosalva Zapata Miranda; quienes una vez cumplido con las observaciones sugeridas guarda pertinencia en su estructura, por tanto autorizo su presentación para la calificación y posterior sustentación pública, previa a la obtención de Licenciatura en Psicorrehabilitación y Educación Especial.

Atentamente,

Dra. Flora Cevallos Carrión

DIRECTORA DE TESIS

A U T O R I A

Las ideas, conceptos, metodología, conclusiones y recomendaciones expuestos en el presente proyecto de tesis previo a la obtención del grado de Licenciadas en Psicorrehabilitación y Educación Especial son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Gloria Antonieta Carrillo Encarnación

Jenny Rosalva Zapata Miranda

Autoras

AGRADECIMIENTO

Dejamos constancia de nuestro sincero agradecimiento al principal inspirador de esta meta, sin duda alguna Dios, él que siempre ha estado en nuestro caminar dándonos la sabiduría y la fortaleza para cumplir nuestro propósito.

Agradecemos a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Educación, el Arte y la Comunicación en la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial noble institución que nos acogió y contribuyó a nuestra formación académica, a los señores docentes: Dra. Lucía Iñiguez, Dra. Flora Cevallos, Dr. Oscar Cabrera, Dra. Rita Collahuazo, Dra. Mayra Rivas, Dra. Lourdes Ordóñez, quienes fueron maestros y amigos a la vez; que nos instruyeron en conocimientos teóricos de la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial.

Además expresamos nuestros sinceros agradecimientos a los directivos, empleados y adultos mayores de la Casa Hogar Betania de la Ciudad de Zamora Chinchipe, quienes fueron nuestra inspiración para la ejecución del proyecto de desarrollo comunitario; de igual manera hacemos extensible el agradecimiento a la comunidad del cantón Zamora por su apoyo incondicional en la presente investigación, quienes nos brindaron información necesaria para cumplir nuestros objetivos.

Las Autoras

DEDICATORIA

El esfuerzo y la dedicación, la perseverancia y al hacerlo con fe, vence cualquier adversidad de la vida, desde el sentimiento profundo de mi corazón expreso mi gratitud a Dios, a la familia Carrillo Encarnación y Morocho Guamo; por su apoyo fraterno y afable en la realización de mi meta profesional; a mis amigos Jenny Zapata, Susana Jumbo, Anita Arciniega, Milena Vega y a todos mis compañeros con los/as que he compartido las responsabilidades y anhelos de nuevas metas, que el dador de dones los colme me muchas felicidades.

Gloria Antonieta

Siendo Dios el impulsor del éxito y la superación, dedico a Él este esfuerzo, a mis queridos padres Luis Zapata y Deici Miranda, a mis hermanos Luis y Saúl, a mi mejor amigo Marco Celi quienes me motivaron siempre para que culmine con éxitos mi carrera. A todos los niños especiales y adultos mayores que son la razón e inspiración para la culminación del presente.

Jenny Rosalva

ESQUEMA DE TESIS

I CARATULA

II CERTIFICACIÓN

III AUTORÍA

IV AGRADECIMIENTO

V DEDICATORIA

VI ESQUEMA DE TESIS

1.- TEMA

2.- RESUMEN

3.- INTRODUCCIÓN

4.- REVISIÓN LITERARIA

5.- MATERIALES Y MÉTODOS

6.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

7.- DISCUSIÓN

8.- CONCLUSIONES

9.- RECOMENDACIONES

10.- BIBLIOGRAFÍA

11.- ANEXOS

1. TEMA

“TIPOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO QUE INCIDEN EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE LUDOTERAPIA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA CASA HOGAR BETANIA DE LA CIUDAD DE ZAMORA CHINCHIPE DURANTE EL PERIODO 2009-2010”



RESUMEN

2. RESUMEN

La evaluación del estado mental de los adultos mayores es la primera esfera y dependerá en gran medida de la memoria de la persona evaluada. El deterioro cognoscitivo es una realidad que se incrementa conforme una persona avanza en edad cuya frecuencia es tan alta que amerita ser detectada a tiempo, por lo que la presente investigación se realizó con la finalidad de mejorar el estado cognoscitivo encaminado a contribuir y generar bienestar físico y psicológico para los Adultos Mayores los que presentan olvidos cotidianos, dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, marcha y balance, sedentarismo, de ahí que nace la necesidad de investigar el tema denominado: **“TIPOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO QUE INCIDEN EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE LUDOTERAPIA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA CASA HOGAR BETANIA DE LA CIUDAD DE ZAMORA CHINCHIPE DURANTE EL PERIODO 2009-2010”**. El mismo que se efectuó mediante el Convenio de Cooperación Interinstitucional firmado entre la Universidad Nacional de Loja y la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial y el Vicariato Apostólico de la provincia de Zamora Chinchipe.

Para ello fue necesario plantear un objetivo general: Conocer los tipos de deterioro cognoscitivo y su incidencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que presentan los adultos mayores de la “Casa Hogar Betania” de la provincia de Zamora Chinchipe durante el periodo 2009; y varios específicos: valorar y diagnosticar los tipos de deterioro cognoscitivo mediante la aplicación del Exámen Mínimo Cognoscitivo y test de Fotos; evaluar el grado de dependencia para la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, evaluar el tipo de marcha y balance. Aplicar técnicas de ludoterapia que mejorará la independencia en la realización de las actividades, la marcha, el balance.

Para cumplir con el último objetivo se realizó una planificación individual y grupal para la intervención terapéutica, a través de una atención multidisciplinaria y finalmente se socializó los resultados obtenidos.

Se seleccionó la población de 180 Adultos Mayores y la muestra de diez adultos mayores internos de la Casa Hogar Betania comprendida en las edades de 65 a 95 años, a continuación se realizó una investigación analítica–descriptiva y se utilizó métodos como: el método científico que permitió el estudio sistemático de la problemática basadas en técnicas como la observación directa de la cual surgió el planteamiento del problema a averiguar; el método estadístico que concretó la investigación de campo para la descripción y visualización de los resultados y conclusiones de la investigación se comprueba que el 80% de los adultos mayores se encuentra afectada las áreas cognitiva y lenguaje, 60 % el área motora.

En la aplicación del Mini Exámen Cognoscitivo se concluye que el 10% se encuentra con un deterioro limítrofe, el 10% con un deterioro leve, 20% con deterioro moderado y el 60% deterioro severo, ninguno de los adultos mayores presente un normal funcionamiento.

También se evidenció que el 80% de los adultos mayores internos son independientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, 10% son semidependientes y el 10% dependientes, lo que no sucede en las actividades instrumentales de la vida diaria en el que el 80% son dependientes en la mismas. Lo mismo sucede en la marcha y el balance el 50% presenta una marcha normal, 30% anormal y el 20% gravemente anormal.

Finalmente la propuesta denominada Aplicación de técnicas de ludoterapia para los adultos mayores internos de la casa hogar Betania de la ciudad de Zamora Chinchipe, tiene un papel primordial tanto a nivel individual como grupal, ayuda a mantener el estado cognoscitivo, la independencia, la creatividad y la sociabilidad, se realizó a toda la muestra, se planificó cada actividad de acuerdo a objetivos que debían lograrse.

SUMMARY

The mental status of older adults is the first area and will depend heavily on the memory of the person. Cognitive impairment is a fact that increases as a person gets older whose frequency is so high that deserves to be caught early, so this research was conducted with the aim of improving mental status and aims to help create physical and psychological Seniors who have forgotten the everyday reliance on performing basic activities of daily living, gait and balance, physical inactivity, and hence arises the need to investigate the topic called "TYPES OF COGNITIVE IMPAIRMENT AFFECTING BASIC ACTIVITIES IN DAILY LIFE AND APPLICATION OF TECHNIQUES FOR THE ELDERLY Play Therapy INTERNAL HOUSE BETHANY HOME CITY ZAMORA CHINCHIPE DURING THE PERIOD 2009-2010. " The same was done by the Interagency Cooperation Agreement signed between the University National of Loja Psicorrehabilitación Race and Special Education, and the Vicariate Apostolic of the province of Zamora Chinchipe.

It was necessary to raise a general objective: To determine the types of cognitive impairment and its impact on the conduct of basic and instrumental activities of daily living that have the elderly in the "Casa Hogar Betania" in the province of Zamora Chinchipe during the period 2009 and more specific: to assess and diagnose cognitive impairment rates by applying the Minimum Mental State Examination and testing of photos, assessing the degree of dependence to perform basic and instrumental activities of daily living, assessing the nature walking and balance. Implement play therapy techniques that enhance independence in the conduct of activities, gait, balance.

To meet the ultimate goal was individual and group planning for therapeutic intervention, through a multidisciplinary and eventually socialized results.

Was selected population of 180 older adults and the elderly sample of ten inmates at Casa Hogar Betania fall within the ages of 65 to 95 years, then an investigation was descriptive and analytic methods were used as the scientific method allowed the systematic study of the problem based on techniques such as direct observation of which came out the problem to find out, the method statistic what completed the field research to describe and display the results and conclusions of the investigation it is found that 80% of older adults is affected the cognitive and language, 60% motor area.

In implementing the Mini Mental State Examination concluded that 10% is a borderline impairment, 10% with mild impairment, 20% with moderate impairment and 60% severe impairment, none of the seniors this normal operation.

Also showed that 80% of older inmates are independent in performing basic activities of daily living, 10% are semi-dependent and 10% dependent, which does not happen in instrumental activities of daily living in that 80% are dependent on them. The same happens in gait and balance 50% have a normal gait, 30% abnormal and 20% were severely abnormal. Finally, the proposal called Application of play therapy techniques for older inmates of the Bethany orphanage in the city of Zamora Chinchipe, plays a key role both individually and in groups, helps maintain mental status, independence, creativity and sociability, made the entire sample, each activity was planned according to objectives to be achieved.



INTRODUCCIÓN

3. INTRODUCCIÓN

Envejecer significa adaptarse a cambios en la estructura y funcionamiento del cuerpo humano por un lado y cambios en el ambiente social donde para lograr una vejez exitosa se debe mantener una participación activa en roles sociales y comunitarios para una vida adecuada y satisfactoria.

La vejez es una etapa de la vida cargada de temores, inquietudes, angustias, creencias y mitos; en donde la comunicación cumple un papel fundamental en las relaciones con el entorno; por tal motivo es una buena oportunidad la realización de actividades lúdicas que tiene como objetivo mejorar el estado cognoscitivo y la independencia para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la provincia de Zamora Chinchipe tiene una población de 103.233 habitantes; y de adultos mayores 3.911 que equivale al 5.11% de la población total¹. Por consiguiente el presente proyecto de investigación realizado en la Casa Hogar Betania de la Ciudad de Zamora Chinchipe durante el periodo Septiembre del 2009 a Febrero del 2010; se identificó que existe deterioro cognoscitivo y motor incrementado la dependencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

¹Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (INEC/CEPAL/CELADE), Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población.

Por tal razón hemos tomado como problema **“TIPOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO QUE INCIDEN EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE LUDOTERAPIA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA CASA HOGAR BETANIA DE LA CIUDAD DE ZAMORA CHINCHIPE DURANTE EL PERIODO 2009-2010”**.

La categoría que se trabajó fueron adultos mayores; cada uno tiene sus propias particularidades y diferencias, han mostrado deterioros cognoscitivos los principales son: deterioro limítrofe, deterioro leve, deterioro moderado , deterioro severo y deterioro profundo relacionados con la memoria retrospectiva como perder objetos de uso cotidiano: la peinilla, apagar la luz, cerrar la puerta, guardar objetos y olvidar en donde los colocó, números de teléfonos, caras, nombre de personas, nombres de objetos; olvidos de memoria prospectiva: es decir recordar cosas que hay que hacer: dar un recado, olvidar lo que iba a buscar en la habitación, olvidar hacia donde se dirigía; olvidos relacionados al presente: comprensión y recuerdo de un juego, recuerdo del tema de conversación; siendo estas algunas de las causas directas que afectan en la realización de ciertas actividades básicas e instrumentales de la vida diaria como vestirse, movilizarse, control de esfínteres marcha, cuidados de la habitación.

Para poder guiar el proceso de investigación se realizó un sondeo previo a través de la observación directa, investigación bibliográfica que facilitó el trabajo, lo que permitió plantear los siguientes objetivos.

Objetivo General:

Indagar los tipos de deterioros cognoscitivos y su incidencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que presentan los Adultos Mayores de la “Casa Hogar Betania” de la provincia de Zamora Chinchipe durante el periodo 2009.

Objetivo Específicos:

- ✦ Valorar y diagnosticar los tipos deterioros cognoscitivos mediante la aplicación del Exámen Mínimo Cognoscitivo y Test de Fotos.
- ✦ Evaluar el grado de dependencia para la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria y el tipo de marcha y balance.
- ✦ Aplicar técnicas de ludoterapia mediante la planificación individual y grupal.

Para el cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados fue necesario realizar un acercamiento, fomentar un estado de empatía con cada uno de los adultos mayores internos.

Luego procedimos a valorar, diagnosticar los deterioros cognoscitivos mediante la utilización de test e instrumentos psicológicos tales como: Mínimo Exámen Cognoscitivo, test de fotos, evaluamos la independencia y el desempeño mediante las fichas de evaluación para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, marcha y balance, se puede concluir que presentan deterioro limítrofe el 10%, deterioro leve el 10%, deterioro moderado el 20% y el 60% deterioro severo. Se concluye que el 80% de los adultos mayores son independientes para el desempeño de la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como: asearse, transferencia, control de esfínteres y

alimentación; en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el 80% son dependientes en la realización de actividades como: contestar el teléfono, realizar compras, cocinar, cuidado del hogar, medicación y finanzas que son actividades que requieren un mayor grado de funcionalidad y de atención.

El desarrollo de la presente investigación es de carácter descriptiva, se utilizó métodos como son: método científico, método analítico-sintético y método estadístico; las técnicas utilizadas son: la ficha de observación de los problemas relevantes en cada área, test y fichas de evaluación.



**REVISIÓN
LITERARIA**

4. REVISIÓN LITERARIA

4.1 MEMORIA

4.1.1 Concepto.-

Es el proceso psicofisiológico localizado en el sistema nervioso que permite registrar, almacenar y evocar sensaciones, informaciones, ideas, imágenes etc.

La memoria puede ser estructurada en distintas entidades de acuerdo con diferentes criterios:

a. Según parámetros temporales.- La memoria no es un fenómeno transitorio sino que nos permite reutilizar experiencias pasadas. Estas son:

- Memoria a corto plazo o memoria inmediata que concierne con el análisis de la información sensorial en áreas cerebrales específicas y en un tiempo breve de veinte segundos.
- Memoria a largo plazo es el recuerdo de la información, el sujeto ha localizado su atención lejos del estímulo presentado. Permite la conservación duradera de la información gracias a la codificación y almacenamiento de la información. La consolidación de la información depende de su importancia emocional y de la repetición, está dura semanas, meses, años o toda la vida.

b. Según su contenido.- En el contexto de los procesos de memoria a largo plazo podemos diferenciar entre:

- Memoria declarativa o explícita, se refiere a todo aquello que puede ser recordado y expresada por el lenguaje, precisa una recuperación intencional mediante un esfuerzo consciente y depende de los procesos cognitivos.
- Memoria implícita, también llamada memoria no declarativa, es la que recuerda de manera inconsciente y aparece normalmente en el entrenamiento de capacidades reflejas motoras o perceptivas.²

4.1.2 Patologías de la Memoria

Las alteraciones más comunes de la memoria son las amnesias u olvidos. Estos términos son usados para categorizar síntomas, no para indicar una particular causa de etiología. Ambas categorías de amnesia pueden ocurrir al mismo tiempo en el paciente, y son un resultado del daño a regiones del cerebro asociadas cercanamente con la memoria episódica/declarativa: los lóbulos temporales medios y especialmente el hipocampo.

Amnesia anterógrada: imposibilidad para asimilar nueva información.

Amnesia Retrógrada: Incapacidad para evocar hechos previamente almacenados.

Muchas veces el defecto de memoria no es total, sino parcial, se evidencia dificultad para recordar, no imposibilidad de hacerlo.

Es común que las amnesias se acompañen de confabulaciones es decir, completar los espacios vacíos de memoria con recuerdos ficticios o inexactos.

²<http://www.iqb.es/diccio/m/me2.htm>

También se puede presentar intrusiones, es decir recuerdos falsos dentro de recuerdos verdaderos.

La amnesia en individuos jóvenes es usualmente causada por traumatismos craneanos, en personas de mayor edad puede acompañar al síndrome de demencia cuya forma más común es la enfermedad de Alzheimer también se presenta en la enfermedad de Huntington.³

4.2 MEMORIA EN EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento conlleva una serie de cambios neuroanatómicos neurofisiológicos a nivel macroscópico, microscópico y en los sistemas de neurotransmisión, que se manifiestan en las alteraciones de los procesos cognitivos especialmente de la memoria, enlentecimiento en la velocidad del procesamiento de la información, déficits en las habilidades psicomotoras y en las capacidades perceptivas.⁴

Según Montenegro, 1998; el funcionamiento de la memoria de los mayores es diferente en los distintos tipos o subsistemas de memoria. Mientras unos se encuentran preservados, otros manifiestan alteraciones.

Los mayores tienen algunos problemas de memoria en la vida cotidiana, estos problemas son menores de lo que habría que admitir dados los cambios que se producen en el cerebro; provocando distorsión, malestar y un sentimiento de minusvalía que llega a extenderse a toda la vida psíquica. Las causas de estas alteraciones de la memoria son: biológicas, psicológicas y de tipo social.

³<http://www.iqb.es/diccio/m/me2.htm>

⁴Craik, FIM (2002) Cambios en la memoria humana relacionados con la edad. En Envejecimiento cognitivo, Eds. Park D y Schwartz N., Madrid: Interamericana.

Igualmente, estas alteraciones son un indicador de trastornos de tipo cognitivo, afectando el desempeño de las actividades cotidianas esenciales como son: autocuidado, toma de decisiones, comunicación, relaciones sociales e independencia.

4.3 MEMORIA COTIDIANA

Es el recuerdo de los hechos que tienen lugar en el medio diario del sujeto, por ejemplo, el recuerdo de los nombres de las personas, el recuerdo de dónde se ponen las cosas.

Según Klatzky 1991; la memoria cotidiana comprende por lo tanto los llamados olvidos de la vida cotidiana.

4.4 OLVIDOS COTIDIANOS

4.4.1 Concepto

Es una acción involuntaria que consiste en dejar de recordar, o de guardar en la memoria, información adquirida. Fuera del olvido normal (por aprendizaje interferente), existen otros tres tipos de olvido, que se pueden clasificar en tres grandes grupos (serían cuatro con el olvido normal): olvido traumático, psicológico y fisiológico.⁵

4.4.2 Tipos de olvidos cotidianos

Una clasificación de estos olvidos es la que toma como referencia el tiempo:

⁵<http://es.wikipedia.org/wiki/Olvido>

- Olvidos relacionados con la memoria retrospectiva, es decir; recordar las cosas que hemos hecho o aprendido.
 - Perder objetos de uso cotidiano: las llaves, las gafas.
 - Acciones automáticas: apagar el gas o la luz, cerrar la puerta.
 - Guardar objetos y olvidar donde están: una prenda de vestir, documentos.
 - Nombre de personas
 - Caras
 - Números de teléfono
- Olvidos relacionados con la memoria prospectiva, es decir; recordar cosas que hay que hacer:
 - ¿Qué he venido a buscar a esta habitación?
 - Tarea para hacer: dar un recado, acudir a una cita.
 - Lista de compras: recordar los objetos que tengo que comprar
 - Seguir la dirección correcta
- Olvidos relacionados con el presente:
 - Comprensión y recuerdo de textos
 - Tener una palabra en la punta de la lengua
 - Escucha atenta: recuerdo del tema de conversación inmediato,
 - Comprensión de un argumento.
 - Comprensión y recuerdo inmediato de un episodio: historia de cine, TV.

4.5 Alteraciones en la memoria cotidiana

Algunos de los olvidos de la vida cotidiana están influenciados por factores afectivos, estado de ánimo, ansiedad, frustración, motivaciones especiales.

Revisaremos algunos de los aspectos de la memoria cotidiana en los adultos mayores: acciones automáticas, memoria prospectiva, espacial, de textos, de caras, de nombres, la palabra “en la punta de la lengua”.

4.5.1. Aspectos de la memoria cotidiana: Acciones automáticas

Son los olvidos que realizamos sin necesitar de pensar, controlar y dirigir cada movimiento que hacemos; generalmente se han ejecutado muchas veces y después del inicio voluntario y dirigido de la acción, ésta sigue ya de modo automático y los recursos de atención que precisa son menores.

En la realización y recuerdo de las acciones automáticas interviene la llamada atención dividida que consiste en dividir la atención entre varias tareas que realizan de modo simultáneo.

4.5.2. La memoria espacial

El recuerdo espacial es un recuerdo de memoria a largo plazo, y puede ser tanto semántico como episódico.

Esta disminuye durante la vida. Se ha comprobado que los adultos mayores son menos organizados y tiene un conocimiento de la configuración espacial menos organizado.⁶

4.5.3. La memoria de caras

La memoria de caras es una operación compleja en la que intervienen varias regiones cerebrales: la corteza visual occipital para el acceso e interpretación de

⁶West, R.L. (1986). Everyday memory and aging. *Developmental Neuropsychology*, 2, 323-344. Consultado 22-05-2010, hora:19:15

la imagen, regiones fronto-temporales para la organización e identificación de rasgos, el hipocampo para acceder a los recuerdos relativos a las personas que vemos y los polos temporales para acceder al nombre. Dada la importancia que tiene el recuerdo de las caras desde el principio de la vida social del hombre, la evolución asegurado que estas funciones estén bien consolidadas. En la memoria de las caras intervienen también aspectos de tipo emotivo: se recordarán más unas caras que otras; donde intervienen factores raciales.

La memoria de cara se ha estudiado habitualmente con tareas de reconocimiento.

Este tipo de memoria parece mantenerse en los adultos mayores y en la vida cotidiana se manejan de modo completamente normal. Si hubiera alteraciones en el reconocimiento de caras pudiera deberse a un problema neurológico asociado.⁷

4.5.4. El recuerdo de textos

Con frecuencia nos sucede que estamos leyendo un artículo de un libro o una revista y al cabo de leer unas líneas nos damos cuenta de que ya lo habíamos leído antes.

El recuerdo de textos se ha estudiado en las últimas décadas como medida de la memoria episódica. El entrevistador lee un texto breve que habitualmente contiene una historia y se le dice al paciente o usuario que nos diga todo lo que pueda recordar; esto se hace para valorar la memoria reciente; al cabo de unos

⁷ Bartlett, J.C. y Leslie, J.E. (1986). Aging and memory for faces versus single views of faces. *Memory and Cognition*, 14, 371-381.
Benedet, M.J. & Seisdedos, N. (1996). Evaluación clínica. Consultado 22-05-2010, hora:20:00

20 o 30 minutos se le indica que nos cuente de nuevo lo que recuerde de la historia y así se mide la memoria demorada.

La memoria de textos suele medirse por la puntuación en las ideas globales y parciales. Algunos autores encontraron que los adultos mayores procesan más el sentido general integrándolo gracias a la comprensión lógica y emocional.⁸

4.6. ADULTO MAYOR

4.6.1. Historia

En la historia de las civilizaciones se demuestra que el anciano casi siempre ha sido despreciado, o al menos soportado oficialmente y criticado en práctica. Nuestros primeros antepasados en las tribus remotas la supervivencia diaria estaban por encima de todo. Las duras condiciones del hábitat comportaban la subsistencia de los más fuertes; así, la vejez era un estadio que pocos alcanzaban. A los viejos, por su debilitamiento físico, les resultaba mucho más penoso hacerse con los requerimientos vitales. En un grupo en competencia constante con la naturaleza para la supervivencia diaria, tanto colectiva como individual, es lógico pensar que el cuidado de los ancianos no fuese prioritario y que, en caso de existir, fuera una cuestión familiar o individual.

“La Edad Media representó un retroceso en la evolución social de la humanidad y ello repercutió en la situación de la ancianidad. Los castigos pecuniarios por dar muerte a una persona anciana eran tres veces menores que los equivalentes por

⁸ Labouvie-Vief, G. y Schell, D.A. (1982). Learning and memory in later life. En B.B. Wolman (Ed). Handbook of Developmental Psychology (pp 826-846). Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall. Levy R. (1994). Aging-Associated. Consultado 25-05-2010, hora:21:08

dar muerte a un hombre en la plenitud de la vida. Las difíciles condiciones de vida no permitían a muchos llegar a viejos.

En el renacimiento y edad moderna; en estas épocas existieron dos tendencias: una religiosa y espiritualista, y otra materialista y burlesca. Dante (prerrenacentista) metafORIZABA y decía que la principal preocupación del anciano debía ser “bajar velas”, para llegar apaciblemente a puerto. La vejez era el momento de asegurar la salvación. Esto generó una corriente de austeridad, seguida incluso por el papado, y empezaron a ser elegidos papas ancianos. La edad ayudaba a imprimir una imagen de sacralidad.

La visión materialista, representada por Bocaccio, criticaba a los viejos que se enriquecían y acaparaban poder, dinero y mujeres; la sexualidad del viejo era comentada con cierta repugnancia. Para los ancianos, pobres, la invalidez, la dependencia, la pasividad, la decadencia y la miseria económica eran su alimento habitual. En este tiempo aparecieron dos comunidades religiosas destacadas por su labor en pro de los ancianos: Las Hijas de la Caridad y los Hermanos de San Juan de Dios.

La revolución industrial. Siglos XVIII y XIX.; en estos siglos aumentó la población mundial gracias a factores como la higiene, la medicina y una mejor alimentación. Esta afirmación es cierta a medias ya que se refiere preferentemente a las clases adineradas, las cuales, a pesar de las enfermedades que causaban los excesos de la buena mesa, la falta de actividad y el vicio, vivían diez años más que las personas de clases bajas. Éstas sufrían un mayor desgaste por el trabajo, la miseria y la fatiga, y porque su pobreza les impedía procurarse lo que necesitaban para su subsistencia. Las órdenes religiosas o filantrópicas eran las que se

ocupaban de las personas ancianas y enfermas dentro de planteamientos caritativos, a pesar de los avances metodológicos.⁹

4.6.2. Definiciones

Múltiples las denominaciones: ancianos, seguida por tercera edad y luego en proporción descendente: viejos, adultos mayores, personas mayores (personas viejas, personas ancianas, personas de edad), gerontes, senescentes, abuelos, abuelitos, población geriátrica, pacientes geriátricos, envejeciente. En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad, esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios.¹⁰

Ante los conceptos mencionados las autoras de esta investigación definimos como Adulto Mayor a “Toda persona con una edad cronológica comprendida entre 60 años y más, y que se encuentran en su último ciclo de vida; en el que sufren cambios Bio-psico-sociales donde sus capacidades se van deteriorando con el pasar del tiempo.”

⁹CRISTINA CASTANEDO PFEIFFER. Enfermera. Profesora Titular Enfermería Geriátrica.E.U.E. “Casa de Salud Valdecilla”.

¹⁰<http://www.espaciovisual.org/fundacion/id16.html>

4.6.3. Cambios en el Adulto Mayor

La consideración biopsicosocial del hombre y la influencia que el paso del tiempo tiene sobre él nos llevan a plantear los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento desde tres perspectivas: cambios biológicos, cambios psíquicos y cambios sociales; éstos en su conjunto caracterizarán el perfil del anciano. Por ello, el proceso seguido para abordar el tema parte de la explicación rápida de tales cambios así tenemos:

- **Cambios biológicos.-** Desde esta perspectiva se analizan los cambios en la estructura anatomofisiológica del organismo: el envejecimiento de las capacidades físicas y sus limitaciones asociadas (ser viejo).
- **Cambios psíquicos.-** Incluyen los cambios de comportamiento, la auto percepción y las reacciones frente al fenómeno del envejecer propio y ajeno, los problemas de la relación con los demás y los conflictos, creencias y valores del propio individuo y de su visión de la vida y de la muerte (sentirse viejo).
- **Cambios sociales.-** Estudia la dimensión del rol del anciano en la sociedad, desde la concepción individual hasta el papel del grupo de ancianos en la propia comunidad (ser considerado viejo).

Los cambios biológicos, psíquicos y sociales que se producen en los individuos a lo largo del proceso de envejecimiento influyen de forma directa en la resolución de las necesidades del anciano, condicionando en su satisfacción la dependencia o la independencia. La rehabilitación en el Adulto mayor implica de factores de índole biopsicosocial remitiéndonos a los conceptos desarrollados con anterioridad, se considera que los:

4.6.3.1. Cambios físicos en el adulto mayor

Si bien pueden distinguirse algunos cambios visibles como el cabello canoso, la piel arrugada y la espalda encorvada, Stuart-Hamilton dice que “Uno puede pensar en las personas de 70 años que se parecen al estereotipo de persona mayor cabello gris, piel arrugada, pero puede recordar también a los individuos “bien conservados” que carecen de estos rasgos (agerasia).” Con ello, el autor mencionado se refiere a las diferencias individuales que puede haber en el proceso de envejecimiento y que deberán tenerse en cuenta para no generalizar.

Algunos de los cambios biológicos internos que se encuentran en la teoría se refieren a que el sistema urinario se vuelve más lento y menos eficaz en la eliminación de toxina y otros productos de desecho; el sistema gastrointestinal es menos eficaz en la extracción de nutrientes; hay una disminución en la masa muscular y la fuerza del músculo que se conserva; el sistema respiratorio se puede abastecer de menos oxígeno y el sistema cardiovascular recibe un golpe doble: la fuerza del corazón disminuye mientras que simultáneamente un endurecimiento y encogimiento de las arterias hace que el bombeo de sangre en todo el cuerpo consuma más energía.

En cuanto a los cambios en los procesos sensoriales, puede considerarse en primer lugar a la visión. Según Kalish (1996), la capacidad del ojo para ajustarse a la cantidad de cambios de luz disminuye con la edad, al igual que la eficiencia para adaptarse a la luz y la oscuridad, la visión de la profundidad y la percepción del color. Adicionalmente, puede haber deterioros visuales severos que llegan a la ceguera.

“Las cataratas y el glaucoma son causas comunes de estos problemas visuales, estando a menudo interrelacionados.”

En segundo lugar, están los problemas de audición, que llevan a la disminución gradual durante la vida adulta, de forma que a los 50 ya muchas personas tienen algún grado de deficiencia auditiva. También es importante mencionar que las condiciones ambientales pueden exacerbar la velocidad de la pérdida auditiva. (Stuart-Hamilton, 2002).

En otros procesos sensoriales se muestran cambios como por ejemplo la disminución de la sensibilidad a sabores, el aumento de los umbrales para el tacto y la disminución del umbral del dolor (Stuart-Hamilton, 2002). Además, Kalish (1996) agrega que el vértigo se produce de manera más común y hay una disminución en la capacidad para realizar con efectividad las tareas cotidianas, en términos de habilidad psicomotriz. Esto último puede relacionarse a la dificultad para pronunciar, considerando además la disminución del calcio que puede llevar a la caída de dientes y afectar a la habilidad mencionada.

Otros cambios funcionales se refieren a la habilidad para el movimiento y el entusiasmo para realizar actividades. Kalish (1996) plantea que puede haber un aumento en la dificultad para moverse con rapidez, la fatiga aumenta y pueden surgir problemas de atención. Además, las pérdidas en cuanto a los otros procesos sensoriales llevan a una progresiva falta de ejercicio y movimiento que, llevado al extremo, puede ocasionar depresión.

En este aspecto puede observarse también la pérdida de apetito y el uso de medicamentos. Lo primero responde al decaimiento de procesos sensoriales como el gusto y los cambios en el metabolismo que señalaba Stuart-Hamilton. Asimismo, el uso de medicamentos se debe a la necesidad de equilibrar ciertas deficiencias en el organismo pero también debido a la ansiedad que podría provocar el proceso de envejecimiento.¹¹

Se produce también cambios en la ejecución psicomotora, se da un enlentecimiento en dicha ejecución, pero no se puede unir a un déficit específico, pues son muchos los mecanismos que están implicados.

Mecanismo para los cambios en la ejecución psicomotora

a) Tiempo de movimiento.- Es el intervalo de tiempo que transcurre entre el inicio y la terminación del movimiento y aumenta a medida que envejecemos.

Aparecen discapacidades para subir escaleras, correr, a partir de los 55 años pueden afectar también a actividades como alcanzar objetos, agarrarlos, poderse estirar, agacharse para recogerlos.

b) Fuerza muscular.

Es la máxima fuerza o tensión generadas por un músculo cuando realiza su contracción máxima y disminuye con la edad. Por un deterioro de la masa muscular provocado por una disminución en el tamaño y en el número de fibras musculares.

¹¹<http://es.shvoong.com/medicine-and-health/1915637-cambios-f%C3%ADsicos-en-el-adulto>

Las disminuciones están relacionadas también con el tipo de actividad que realizamos y el número de músculos que participan.

Si la persona se mantiene activa los cambios son más pequeños y se puede decir que a un nivel preventivo un aumento de la actividad física con suficiente intensidad, duración y frecuencia debilita el proceso de discapacidad.

Como implicaciones para nuestra vida diaria debemos tener en cuenta que mantenernos en buena forma física puede ayudar a prevenir discapacidades y mantener nuestra fuerza y tono muscular.

En la ejecución psicomotora están implicados también aspectos como la atención, el aprendizaje, la memoria, el lenguaje y la inteligencia.

c) Equilibrio.

El sistema vestibular proporciona información sobre la posición de la cabeza, lo que permite detectar la cantidad y dirección del movimiento corporal cuando envejecemos. Se produce una experiencia de vértigo y de pérdida de la capacidad para mantener el equilibrio mientras se camina o estando de pie que puede deberse a una pérdida de células sensoriales en las estructuras vestibulares.

Al faltarnos el equilibrio más fácilmente o sufrir de vértigos pueden darse con mayor frecuencia caídas cuando somos viejos. Ante esto debemos utilizar en

puestos desplazamientos ayudas técnicas como bastones o pasamanos en los corredores o pasillos por ejemplo.¹²

4.6.3.2. Cambios Psicológicos en el Adulto Mayor

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento y un enlentecimiento debido a que el tamaño y peso del cerebro va a disminuir produciéndose una disminución en las funciones psíquicas superiores como: en las sensaciones, la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, el lenguaje y la imaginación.

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se va acelerando con la vejez. En la vejez hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas, esta se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suele estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan; existen alteraciones en la memoria y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo carácter y personalidad no suelen alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.¹³

➤ Inteligencia.

La inteligencia es una función psíquica multifactorial en la que existen factores que mejoran con la edad y por lo tanto en el envejecimiento.

¹²<http://www.psicogerontologia.com/monografias/cambios.htm>

¹³http://club.telepolis.com/torrefdz/enfermero_y_licenciado6.htm

Horn (1982) sostiene que la inteligencia cristalizada es producto del aprendizaje y se mantenía en el envejecimiento, mientras que se deterioraba la inteligencia fluida. Además entran en juego las diferencias individuales derivadas de las trayectorias profesionales, sociales, familiares que generan diferentes experiencias de vida e inciden en distintas habilidades. Igualmente influyen los factores genéticos y los ambientales. El considerar esto nos lleva a trabajar más unos aspectos que otros para lentizar el proceso de pérdida de estas capacidades y habilidades.

➤ **Memoria**

La memoria es una de las funciones cerebrales centrales de la actividad intelectual; la memoria es la permanencia del aprendizaje para poder ser usado con posterioridad; se ha descrito a la memoria como un desarrollo en tres fases:

- a) La adquisición de la información (Codificación).
- b) Almacenamiento o proceso de conservación y
- c) Evocación o recuperación de la información.

Las alteraciones de la memoria son comunes a partir de los 50 años y son fuente de angustia muchas veces justificada para la rehabilitación de la memoria se dará de acuerdo al tipo y considerando que esta función este ligada a la percepción, la atención, la inteligencia y la imaginación.

Psicológicamente, la memoria es tributaria de la motivación, de la afectividad, de la emotividad y del estado de inhibición de cada persona.

Factores que influyen en la memoria “Carlos d’Hyver de las Deses”

➤ **Lenguaje**

Conviene precisar a la hora de hablar sobre el lenguaje, que entendemos por fonología, léxico, semántica y sintaxis; es así que fonología se refiere a la capacidad de utilizar y combinar los diferentes sonidos del lenguaje, durante el envejecimiento esa capacidad queda preservado.

Cuando representamos un objeto dándole un nombre convencional estamos utilizando la capacidad del léxico, la cual la adquirimos a través de la lengua. Salvo la velocidad de respuesta no existen diferencias cualitativas en dicha capacidad durante el envejecimiento.

La representación semántica de una palabra se refiere al mismo significado de esa palabra. Cuando envejecemos aparecen dificultades en lo referente a los aspectos como la evocación de palabras y la fluidez verbal.

La sintaxis se refiere a la capacidad de combinar palabras para que adquieran un significado. No aparecen efectos en función de una mayor edad, las estructuras complicadas lo son tanto para los jóvenes como para los mayores.

Los cambios que ocurren en el lenguaje durante el proceso de envejecimiento se reducen a la dificultad en la denominación o evocación de palabras y en una reducción de la fluidez verbal, y aspectos como el vocabulario o la expresión verbal mejoran en este proceso por las experiencias acumuladas.¹⁴

¹⁴[http://www.enplenitud.com/Autor: Adriana Saldaña Lozano, Gloria Molina Pérez](http://www.enplenitud.com/Autor:AdrianaSaldañaLozano,GloriaMolinaPérez)

➤ **Atención**

La atención obedece de lo motivados o estimulados, si es algo que nos interesa indudablemente le prestaremos toda la atención de la que seamos capaces.

➤ **Aprendizaje.**

El aprendizaje puede ser definido como la adquisición de asociaciones estímulo – respuesta. Para mejorar la capacidad de aprendizaje de los adultos mayores se deberá seguir una serie de pautas:

- Tiempo para aprender, lo cual va a permitir organizar, buscar y recuperar la información.
- Compensar determinadas deficiencias sensoriales y perceptivas a través de técnicas auxiliares como por ejemplo material audiovisual.
- Establecer un ambiente de aprendizaje positivo, en el que nos encontremos estimulados para usar ayudas didácticas y metodológicas.
- Entender las instrucciones que se dan perfectamente o preguntar en caso de dudas.
- Tal como apunta Rubio Herrera R. Podemos desarrollar nuestro potencial de aprendizaje en esta etapa de nuestra vida fundamentalmente en dos áreas:
 - Las habilidades intelectuales como la interacción social y la sabiduría.
 - Las habilidades relacionadas con aspectos del sistema de conocimiento y experiencia que pueden verse facilitadas por el medio ambiente en el que nos desenvolvemos y sus demandas hacia nosotros.

4.6.3.3. Cambio Social en el Adulto Mayor.

Podríamos decir que en nuestra cultura la vejez se asocia con un papel pasivo, no se le reconoce su utilidad, produce una sensación de soledad y con frecuencia les toca dejar sus actividades productivas por el fenómeno de la jubilación, hasta el extremo de precipitar la muerte debido a esta situación marginal.

Hay que tener en cuenta también el enfrentamiento de generaciones, facilitado y popularizado por los medios de comunicación de masas, determinando dos únicas categorías contrapuestas: vejez y juventud.

Las fortalezas y cualidades por las que tiene prestigio la vejez dejan de tener valor para una cultura que pone sus ideales y sus fines única y exclusivamente en lo nuevo, lo cambiante, lo intuitivo, lo inacabado, dando la espalda a los valores de tradición, estabilidad y prudencia política.

El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, etc.) Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión

emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.¹⁵

4.7 ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (A.B.V.D.) MARCHA Y BALANCE

4.7.1 Actividades Básicas de la Vida Diaria (A.B.V.D.)

4.7.1.1 Definición

Son actividades básicas relacionadas con el cuidado personal de uno mismo (vestirse, arreglo personal, comer, control de esfínteres, uso del servicio comer) y con el funcionamiento físico (andar, movilidad en el interior del domicilio) y mental básico, que se ejecutan de forma cotidiana y cuya realización es imprescindible para que la persona viva de forma autónoma y adaptada a su entorno.

4.7.2 Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (A.I.V.D.)

4.7.2.1 Definición

Son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, coger un autobús, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir,

¹⁵<http://www.microcaos.net/salud/el-proceso-del-envejecimiento-papel-de-la-enfermera/>

realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras.¹⁶

4.7.3 La marcha y el balance

El movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, puesto que todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo, La pérdida de la capacidad de marcha y equilibrio es indicador de alto riesgo para la salud del individuo. La inactividad y la inmovilidad resultan problemas relativamente comunes en la población anciana de edad más avanzada.

4.7.3.1 Movilidad

La capacidad de las personas de edad para preservar su funcionalidad depende en buena medida de su motricidad. La detección temprana funde incapacidades en el área motriz posibilita la intervención rehabilitadora.¹⁷

4.8 DEPENDENCIA

4.8.1 Definición

Es "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", o, más concretamente, como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin

¹⁶http://www.plusesmas.com/diccionario/palabra/actividades_instrumentales_de_la_vida_diaria

¹⁷ D'HYVER, Carlos. Geriátría. . Ed. Mnuál Moderno, S.A. de C.V., 2006

de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".

4.8.2 Tipos de dependencia

- Dependencia económica: tiene lugar cuando una persona pasa de ser un miembro "activo" económica y laboralmente, a formar parte de la población "inactiva", "pasiva" o "dependiente".

- Dependencia física: pérdida del control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente.

Dependencia social: asociada a la pérdida de personas y relaciones significativas para el individuo.

- Dependencia mental o cognitiva: cuando el individuo pierde su capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias.¹⁸

4.8.3. Factores que influyen para la dependencia

Factores Físicos:

Deterioro de los sistemas biológicos orgánicos

Problemas físicos relacionados con la movilidad y la ausencia de fuerzas que pueden desencadenar accidentes y caídas.

Limitaciones sensoriales:

¹⁸<http://www.imsersomayores.csic.es/salud/psicologia/autonomia/pyr.html>

- ✿ Enfermedades crónicas (p.ej., la osteoporosis).
- ✿ Uso de fármacos (polifarmacia).
- ✿ Edad.
- ✿ Factores psicológicos:
- ✿ Trastornos mentales (p.ej., depresión, Alzheimer).
- ✿ Factores de personalidad.
- ✿ Nivel educativo.
- ✿ Factores económicos.
- ✿ Factores contextuales



**MATERIALES Y
MÉTODOS**

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Es una investigación de carácter descriptiva basado en el análisis y síntesis, se utilizó algunos de los métodos de investigación como:

Método Científico, este método permitió adquirir los conocimientos científicos para llevar a cabo la investigación de campo, lo que sirvió para constituir todo el proceso investigativo que parte desde la contextualización del marco teórico de las dos principales variables como son: tipos de olvidos cotidianos y su incidencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, marcha y balance.

Método Analítico-Sintético, este método sirvió en la investigación de campo para tener una mejor identificación de la muestra seleccionada y para analizar la información obtenida de la ficha de observación directa y sintetizar de acuerdo a lo evidenciado para dar a conocer las conclusiones y recomendaciones.

Método Estadístico, esto constituyó un apoyo fundamental para la descripción de la investigación de campo con lo que se visualiza mediante la representación gráfica los datos obtenidos de la ficha de observación directa, Mínimo Exámen Cognoscitivo, ficha de la Evaluación de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida, Marcha y Balance aplicada a toda la muestra de los adultos mayores para realizar el análisis e interpretación respectivo, dando a conocer las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Mínimo Exámen Cognoscitivo o test de MEC (Anexo N° 1)) sirvió para evaluar el deterioro cognoscitivo.

El Test de las Fotos (Anexo N° 2)) es una prueba que evaluó directamente memoria (recuerdo libre y recuerdo facilitado), capacidad ejecutiva (fluidez verbal) y denominación (lenguaje), elementos esenciales cuya afectación se exige para el diagnóstico de deterioro cognitivo.

Evaluación de Actividades Instrumentales y Básicas de la vida Diaria (ABVD) (Anexo N°3) que tiene como fin la valoración del desempeño para la realización de las actividades básicas como: bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia, aseo.

Evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (Anexo N° 4) las cuales son necesarias para la supervivencia e incluyen tres áreas principales: labores de casa como cocinar, lavar ropa, limpieza del hogar; actividades relacionadas con la utilización de transporte y compras; actividades cognoscitivas que incluyen manejo de dinero y cuentas, emplear el teléfono y administración de fármacos.

Evaluación de Marcha y Balance (Anexo N° 5) esta ficha tuvo como finalidad evaluar la capacidad de la movilidad, balance, habilidad para subir y bajar escaleras, fuerza y resistencia muscular.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total que se atenderá durante el trabajo investigativo es de 18 adultos mayores internos y 60 adultos mayores externos; de los cuales se seleccionó una muestra de diez adultos mayores seis mujeres y cuatro varones en edades aproximadas entre 65 – 94 años

TABULACIÓN DE DATOS

Luego de haber aplicado el Test de MEC, Test de las Fotos, Evaluación de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Evaluación de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), se elaboró los cuadros estadísticos que revelaron la información con frecuencias y porcentajes.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA Y ANÁLISIS DE DATOS

La presentación gráfica está dibujada a través de barras rectangulares donde se especifica la información por porcentajes, el análisis e interpretación se lo realizó con la estadística descriptiva y crítica sintetizada durante la investigación e intervención.

FORMULACIÓN DE CONCLUSIONES

La enunciación de las conclusiones es de forma descriptiva, las cuales se dan en base a los resultados obtenidos, considerando las técnicas e instrumentos aplicados.



**ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN**

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO:

- ✦ Valorar y diagnosticar los tipos de deterioro cognoscitivo mediante la aplicación del Exámen Mínimo Cognoscitivo y Test de Fotos.

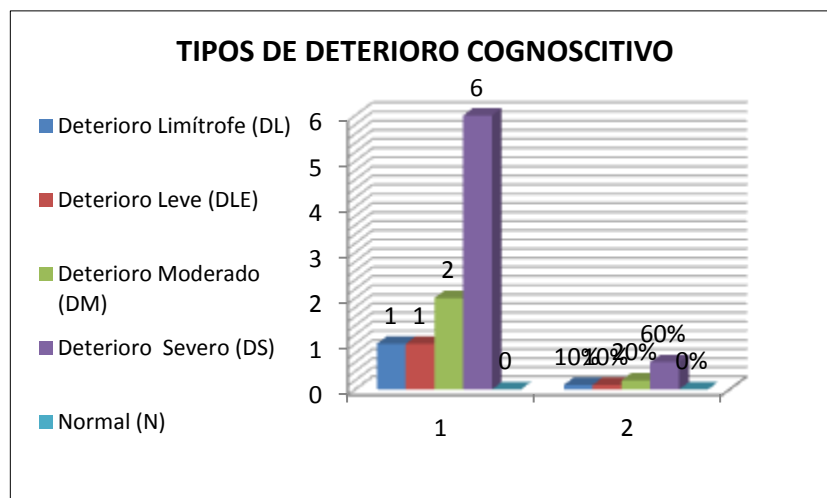
INSTRUMENTO

Para la consecución del objetivo se utilizó el Mini-examen cognoscitivo **(MEC)**, diseñado por Folstein y cols. (1975) y adaptada por Lobo y cols., (1979) del “Mini-Mental State Examination” (MMSE) para valorar de forma breve el estado cognoscitivo general del paciente; explora la orientación temporal y espacial, la memoria de fijación y reciente, la atención y concentración, el cálculo, la comprensión y expresión del lenguaje la praxis constructiva.

CUADRO DE REFERENCIA Nº 1

TIPOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Deterioro Limítrofe (DL)	1	10%
Deterioro Leve (DLE)	1	10%
Deterioro Moderado (DM)	2	20%
Deterioro Severo (DS)	6	60%
Normal (N)	0	0%
TOTAL	10	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA Nº 1



FUENTE: Test de MEC aplicados a los Adultos Mayores de la Casa Hogar Betania de la Provincia de Zamora Chinchipe
ELABORACIÓN: Las Investigadoras.

INTERPRETACION

El 10% de los Adultos Mayores que representa a un caso con deterioro limítrofe (DL) por que tuvieron la calificación de 25 a 29 aciertos de los 35 ítems, el 10% que constituye a un casos con deterioro leve (DLE) por que la calificaron de 20 a 24 aciertos, el 20% que representa a dos casos presentan deterioro moderado (DM) con 15 a 19 aciertos y el 60% que representa a seis casos con deterioro severo (DS) con 14 aciertos y el 0% normal (N) que es de 30 a 35 aciertos.

Cabe mencionar que el instrumento utilizado sirvió para medir el estado cognoscitivo del paciente en donde uno de los ítems evalúa el deterioro de la memoria tanto de fijación como reciente, cuyos deterioros son el motivo de la investigación. Realizando el análisis específico podemos observar que existe un deterioro significativo lo que se relaciona con los datos generales del deterioro cognoscitivo analizado en las tablas y gráficos.

INSTRUMENTO

El Test de las Fotos está especialmente indicado para la detección de sujetos con deterioro cognitivo y demencia, asegura una adecuada validez de contenido al evaluar directamente memoria (recuerdo libre y recuerdo facilitado), capacidad ejecutiva (fluidez verbal) y denominación (lenguaje), elementos esenciales cuya afectación se exige para el diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia. La validez ecológica también está asegurada, pues se manejan conceptos y materiales muy familiares incluso para sujetos analfabetos o con nivel educativo bajo.

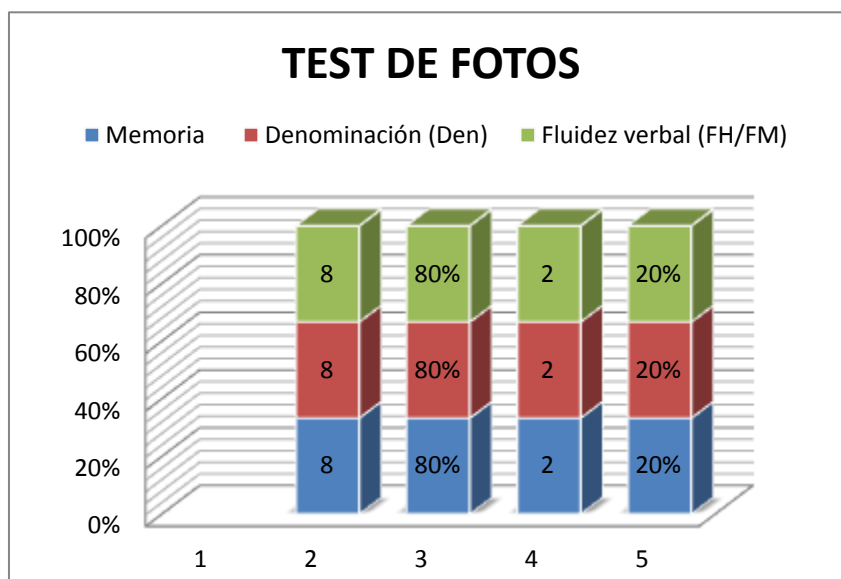
Es un test breve, utilizable en sujetos analfabetos y con bajo o nulo nivel educativo, que no contiene tareas de "papel y lápiz" y aplicable en personas con escaso conocimiento del idioma en el que se practica.

La validez discriminativa del Test de las Fotos es buena, igual o superior a la de los test de empleo generalizado en nuestro medio, con la ventaja de que no está influida por el nivel educativo de los sujetos.

CUADRO DE REFERENCIA Nº 2

EVALÚA	FRECUENCIA				TOTAL PORCENTAJE
	SI		NO		
	Fr.	% SI	Fr.	% NO	
Memoria	8	80%	2	20%	100%
Denominación (Den)	8	80%	2	20%	100%
Fluidez verbal (FH/FM)	8	80%	2	20%	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA Nº 2



FUENTE: Test de fotos aplicadas a los Adultos Mayores de la Casa Hogar Betania de la Provincia de Zamora Chinchipe
ELABORACIÓN: Las Investigadoras.

INTERPRETACION

El 80% que representan a ocho adultos mayores demuestran problema en su memoria, en la denominación de imágenes, dificultad en la fluidez verbal; es decir no pudieron nombrar objetos en un máximo de 20 segundos en donde el recuerdo fue facilitado reiteradamente; en la denominación de las láminas mostradas no supieron indicar el correcto por la dificultad en su fluidez verbal.

El otro 20% que representan a dos adultos mayores que representan a dos casos presentan un recuerdo libre buena denominación de las láminas mostradas y buena fluidez verbal.

Frente a este resultado podemos señalar que existe deterioro cognoscitivo especialmente en su memoria ya es una de las funciones cerebrales centrales de la actividad intelectual que tiene como finalidad adquirir, almacenar y recuperar la información.

SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✦ Evaluar el grado de dependencia para la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria y el tipo de marcha y balance.

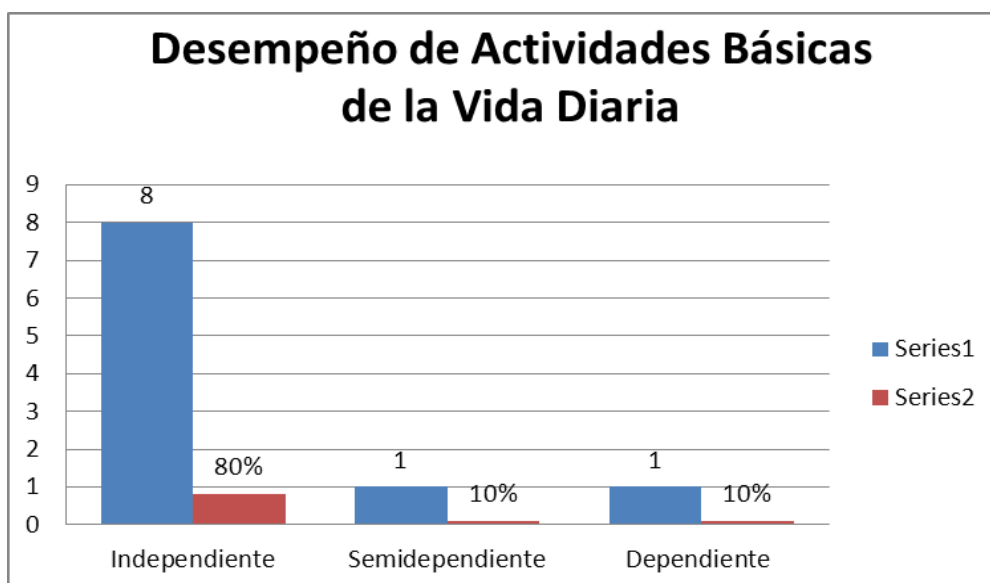
INSTRUMENTO:

Evaluación de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), es un instrumento apropiado para evaluar la capacidad de desempeño que tiene el Adulto Mayor para la realización de actividades de la vida diaria en forma independiente. El índice clasifica la capacidad del desempeño en las seis funciones: bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación.

CUADRO DE REFERENCIA Nº 3

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
DESEMPEÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente	8	80%
Semidependiente	1	10%
Dependiente	1	10%
TOTAL	10	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 3



FUENTE: Actividades Básicas de la Vida Diaria en los Adultos Mayores de la Casa Hogar Betania dela Provincia de Zamora Chinchipe
ELABORACION: Las Investigadoras.

INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos del índice para evaluar las actividades básicas de la vida diaria aplicada a una muestra de 10 adultos mayores internos podemos decir que el 80% de los evaluados que equivale a 8 adultos internos son independientes para el desempeño para la realización de sus necesidades básicas hablamos de: asearse, transferencia, continencia y alimentación, esto quiere decir que no necesitan ayuda para realizarlas, excepto para bañarse y vestirse.

El 10% que equivale a un adulto mayor es semiindependiente que quiere decir que dos de las actividades básicas como bañarse y vestirse las realiza con ayuda de otra persona.

El otro 10% que equivale a 1 adulto mayor es dependiente, significa que no realiza ninguna actividad básica por iniciativa propia, sino que deben ser realizadas por una tercera persona.

La prevalencia de las condiciones de alta dependencia funcional, como el deterioro en al menos dos funciones básicas o con tres o más incapacidades, varía en las distintas enfermedades, edad y se incrementa al envejecer.

Es por ello que el 80% de la población es independiente y se encuentra en una edad de intervalo comprendida entre los 72-74 años de edad lo podemos constatar con el cuadro N° 2 que nos detalla las edades de la población tomada.

Por tanto, de la población evaluada en la casa hogar se puede decir que el 80% de los evaluados se encuentra entre los parámetros normales del envejecimiento, ya que si tienen un buen desempeño en la realización de dichas actividades lo que no se puede decir del otro 20% que se presentan semidependientes y dependientes por el mismo hecho de presentar enfermedades degenerativas como el párkinson y hemiplejía.

- Valorar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

INSTRUMENTO:

Escala de actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

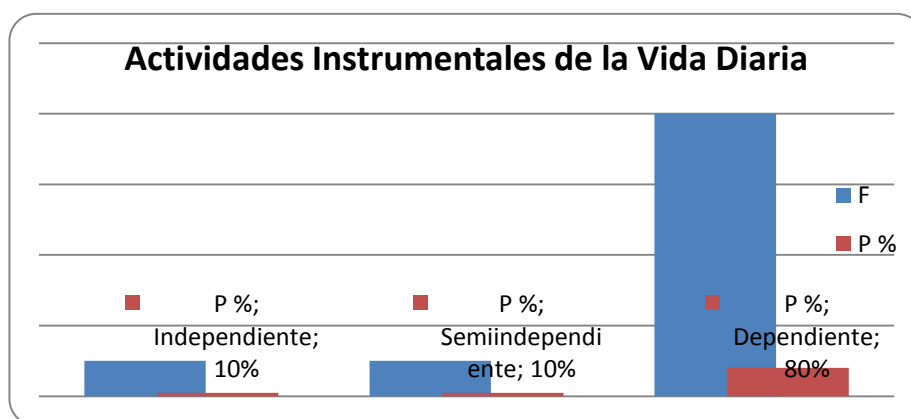
Esta escala consta de 8 parámetros: uso del teléfono, realización de compras, preparación de comidas, cuidado de la casa, lavado de la ropa, empleo de medio de transporte, manejo de medicación y de asuntos económicos.

Es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los adultos mayores que viven en la casa hogar Betania, recomendada para evaluar al adulto mayor que se considera en un nivel de fragilidad ya sea por una enfermedad.

CUADRO DE REFERENCIA Nº 4

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA		
CALIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente	1	10%
Semidependiente	1	10%
Dependiente	8	80%
TOTAL	10	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA Nº 4



FUENTE: Test de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria aplicado a los Adultos Mayores de la Casa Hogar Betania de la Provincia de Zamora Chinchipe
ELABORACION: Las Investigadoras

INTERPRETACIÓN

En cuanto a los datos obtenidos de la aplicación de la escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria AIVD señalan que el 80% que representa a 8 adultos mayores indican una dependencia en los distintos parámetros como: la capacidad de usar el teléfono, solamente contestan llamadas pero no marcan los

números, así mismo en la capacidad de realizar compras, el mismo hecho de ser internos rara vez salen a realizarlas, al igual que son dependiente en lo referente a la preparación de los alimentos ya que existe personal encargada de realizar estas actividades y las del lavado de ropa, el trasportarse fuera de la casa hogar y la medicación es dada por las auxiliares encargadas del mismo centro.

El 10% que equivale a un adulto mayor es semiindependiente ya que dos de las actividades instrumentales de la vida diaria las realiza con ayuda de terceras personas, el otro 10% que equivale a un adulto mayor es independiente ya que realiza todas las actividades instrumentales de la vida diaria.

Las AIVD incluyen actos más complejos que requieren un mayor grado de funcionalidad y de atención; en el adulto mayor con el pasar de los años presenta cambios tanto físicos, como psicológicos, es por ello que sus funciones cognitivas se ven afectadas provocando perdida de la memoria, de atención, capacidad para lógica y cálculo, falta de orientación, lateralidad, equilibrio, convirtiéndolos en seres dependientes de terceras personas para la realización de dichas actividades.

Todo lo expuesto lo podemos relacionar con los datos adquiridos en esta evaluación y se indica que el 80% de los adultos presenta dependencia en la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria; el 10% es semidependiente esto significa que realiza ciertas actividades como realización de compras, empleo de medio de transporte, con ayuda de una tercera persona y el otro 10% restante es independiente ejecuta todas las actividades instrumentales sin ayuda alguna.

Evaluar la marcha y el balance de los Adultos Mayores

CUADRO DE REFERENCIA Nº 5

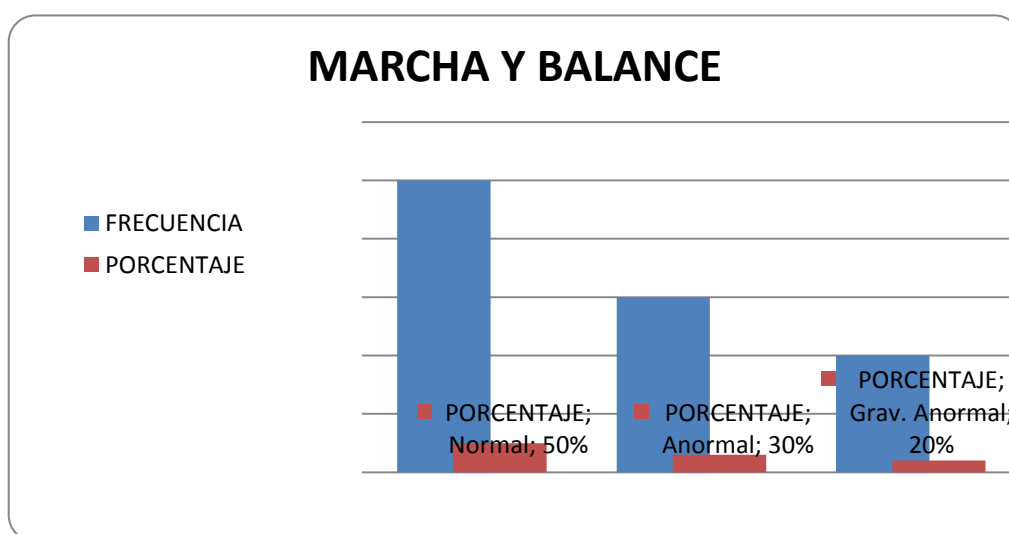
MARCHA Y BALANCE		
CALIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	5	50%
Anormal	3	30%
Gravemente anormal	2	20%
TOTAL	10	100%

INSTRUMENTO:

Test de Mathias (Evaluación de la marcha y el balance).

Es un instrumento nos permite evaluar la capacidad de movilidad y equilibrio, en esta área se evalúa la marcha, el balance de pie y sentado, habilidad para trasladarse, subir escalones, se incluye la fuerza y la resistencia muscular.

REPRESENTACIÓN GRAFICA Nº 5



FUENTE: Marcha y Balance en los Adultos Mayores de la casa hogar Betania de la Provincia de Zamora Ch.
ELABORACIÓN: Las Investigadoras.

INTERPRETACIÓN

Con los datos adquiridos del índice para evaluar la marcha y el balance el 50% que equivale a 5 Adultos Mayores tienen una marcha y un balance normal esto significa que se mantienen estables y equilibrados a la hora de sentarse, que pueden estar de pie, cruzar los brazos, cerrar los ojos, buen equilibrio, al caminar lo hacen con pasos regulares, simétricos y levantando los pies del suelo y no usan ningún apoyo para caminar.

El 30% que representa a 3 adultos mayores su marcha y balance es anormal, quiere decir que presenta una lentitud excesiva para la marcha, maniobras inseguras para caminar o sostenerse, excesivo balance del tronco, busca de apoyos y tiende a tropezar.

El 20% que representa a 2 adultos mayores su marcha y balance están gravemente alterado, el paciente se encuentra en riesgo de caer al levantarse de su silla habitual o del andador, por ello es muy dependiente del cuidado y atención de las auxiliares.

El movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La pérdida de la capacidad de marcha y equilibrio es indicador de alto riesgo para la salud del individuo.

La inactividad y la inmovilidad son problemas relativamente comunes en la población anciana; en relación con los adultos mayores evaluados el 20% se encuentran en riesgo de salud, posibles caídas, incapacidad para la marcha y

equilibrio, esta inactividad e inmovilidad trae consigo problemas de sedentarismo, aislamiento social, depresión, angustia y soledad.

El 30% de casos es anormal; presentan problemas al caminar, y en la realización de actividades físicas, lo que se ve afectada su integridad y sus relaciones interpersonales.

El otro 50% tienen una marcha y balance normal, en lo que se ve reflejada la capacidad que posibilita al sujeto a realizar de manera más activa y fiable actividades indispensables como la marcha, equilibrio, seguridad, que le permite una mejor adaptación en el medio.

La utilización de estos instrumentos fue de gran ayuda ya que nos permitieron obtener mayor información de los adultos mayores y brindar un diagnóstico de los casos atendidos; la ficha de inscripción, ficha de observación, test de MEC,

Test de las fotos, evaluación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, escala de marcha y balance.



DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

7.1. OBJETIVO N° 1

Enunciado

Valorar y diagnosticar los tipos de deterioro cognoscitivo mediante la aplicación del Exámen Mínimo Cognoscitivo, Test de Fotos,

Justificación

El objetivo permitió clasificar el tipo de deterioro del Mini-Examen Cognoscitivo que evaluó parámetros de la memoria de los Adultos Mayores Internos de la Casa Hogar “Betania” estos deterioros son limítrofe, moderado y severo, provocando así el olvido cotidiano en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria la marcha y el balance; en la aplicación del Test de Fotos se determinó que hay problemas en la retención de largo plazo y para que los adultos mayores respondan fue necesaria de ayuda mediante una pista para el recuerdo facilitado.

Ante los resultados señalamos que existe un deterioro severo en la memoria de los adultos mayores de la Casa Hogar “Betania”

7.2. OBJETIVO N° 2

Enunciado

Evaluar el grado de dependencia para la realización de las actividades instrumentales - básicas de la vida diaria, marcha y balance.

Justificación

Este objetivo nos sirvió para evaluar el grado de dependencia en la realización de las actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria, la marcha y el balance, de los adultos mayores que necesitan de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana que por la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

Se puede concluir que en su mayoría son independientes para la realización de sus necesidades básicas hablamos de: asearse, transferencia, continencia y alimentación, esto quiere decir que no necesitan ayuda para realizarlas, excepto para bañarse y vestirse.

En cuanto a los datos obtenidos de la aplicación de la escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria AIVD son dependientes porque son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal.

7.3. OBJETIVO N° 3

Enunciado

Aplicar técnicas de ludoterapia que mejorará la independencia en la realización de las actividades, la marcha, el balance y preservación de la memoria.

Justificación

Este objetivo sirvió para brindar atención oportuna a las necesidades de los adultos mayores, preservando la funcionalidad de la memoria y la dependencia en la realización de las actividades Básicas e Instrumentales una mejor atención en los adultos mayores

Se observó que al aplicar las técnicas de ludoterapia y actividades de la memoria los adultos mayores demostraron satisfacción, interés y felicidad ya que se sintieron motivados e importantes al ser tomados en cuenta y la aplicación de esta propuesta fue exitosa ya que se lo realizó de forma grupal e individual.



CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

Luego del desarrollo del presente proyecto y considerando los resultados llegamos a las siguientes conclusiones.

- Durante el desarrollo del proyecto realizado a los adultos mayores de la Casa Hogar Betania de la Provincia de Zamora Chinchipe se identificaron problemas cognoscitivos: deterioro límite 10%, deterioro leve 10%, deterioro moderado 20%, deterioro severo 60% en determinadas actividades como memoria de fijación, cálculo lenguaje y construcción.
- El 80% de los Adultos Mayores de la Casa Hogar Betania presenta dependencia significativa en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, las que requieren un mayor grado de funcionalidad y atención como: contestar el teléfono, realizar compras, cocinar, cuidados del hogar administración de medicamentos; en el balance y marcha el 30% de los adultos mayores es anormal, por la lentitud excesiva, maniobras inseguras, excesivo balance del tronco, búsqueda de apoyo y tropiezos. lo que no sucede en la realización de actividades básicas de la vida diaria que para su realización son independientes estas son: bañarse, vestirse, ir al baño, transferencia y alimentarse.



RECOMENDACIONES

9. RECOMENDACIONES

Al finalizar el proyecto del deterioro mantenimiento cognoscitivo en los adultos mayores se considera las siguientes recomendaciones.

- Se recomienda a los que constituyen la “Casa Hogar Betania” continúe promoviendo la rehabilitación más aún en las áreas cognoscitiva y motora de los adultos mayores internos para mantener el buen funcionamiento y minimizar el deterioro cognoscitivo y dependencia.
- Los profesionales de la Casa Hogar Betania de Zamora deben ser capacitadas para ayudar a la independencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, marcha y balance de los adultos mayores mediante actividades de ludoterapia.



BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (INEC/CEPAL/CELADE), Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población.
- Craik, FIM (2002) Cambios en la memoria humana relacionados con la edad. En Envejecimiento cognitivo, Eds. Park D y Schwartz N., Madrid: Interamericana.
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Olvido>
- West, R.L.. (1986). Everyday memory and aging. *Developmental Neuropsychology*, 2, 323-344. Consultado 22-05-2010, hora:19:15
- Bartlett, J.C. y Leslie, J.E. (1986). Aging and memory for faces versus single views of faces. *Memory and Cognition*, 14, 371-381.
- Benedet, M.J. & Seisdedos, N. (1996). Evaluación clínica. Consultado 22-05-2010, hora:20:00
- Labouvie-Vief, G. y Schell, D.A. (1982). Learning and memory in later life. En B.B. Wolman (Ed). *Handbook of Developmental Psychology* (pp 826-846). Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall. Levy R. (1994). Aging-Associated. Consultado 25-05-2010, hora:21:08
- CRISTINA CASTANEDO PFEIFFER. Enfermera. Profesora Titular Enfermería Geriátrica. E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla".
- <http://www.espaciovisual.org/fundacion/id16.html>

- Stuart-Hamilton, 2002, p. 21
- Stuart-Hamilton, 2002
- Kalish, 1996, p.48
- <http://es.shvoong.com/medicine-and-health/1915637-cambios-f%C3%ADsicos-en-el-adulto>
- <http://www.psicogerontologia.com/monografias/cambios.htm>
- http://club.telepolis.com/torrefdz/enfermero_y_licenciado6.htm
- [http://www.enplenitud.com/Autor: Adriana Saldaña Lozano, Gloria Molina Pérez](http://www.enplenitud.com/Autor:AdrianaSalda%C3%B1aLozano,GloriaMolinaP%C3%A9rez)
- <http://www.microcaos.net/salud/el-proceso-del-envejecimiento-papel-de-la-enfermera/>
- http://www.plusesmas.com/diccionario/palabra/actividades_instrumentales_de_la_vida_diaria



PROPUESTA

11. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

11.1 INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno demográfico de alcance mundial, prácticamente todas las sociedades experimentan un aumento de la población mayor de 60 años, se asocia a una declinación general de las funciones fisiológicas, entre las cuales no se hallan exentas las funciones mentales, que trae como consecuencia un deterioro cognitivo, el cual es un declinar, brusco o continuo en una o varias de las funciones intelectuales del individuo previamente desarrolladas.

Según Erikson los que envejecen deben por un lado producir, crear y por otro relacionarse con los demás y sentirse responsable de ellos esto implica orientarse a tareas a cumplir con causas a las cuales se sirve, relacionarse con otros a través de la comunicación y solidaridad social.

Una forma de tratamiento es que los terapeutas al jugar usan un tipo de metodología de desensibilización o terapia de volver a aprender a cambiar el comportamiento perturbador, bien sistemáticamente o bien en la vida social.

La actividad mental es un requisito para una vejez satisfactoria diversos estudios han llegado a la conclusión prácticamente unánime de que las personas mentalmente activas, con mayor gama de intereses, mayor perspectivas del futuro y mayores contactos sociales, llegan a la tercera edad con una sensación más profunda de bienestar psicofísico. Las experiencias que se viven en la terapia de juego provocan nuevas respuestas y estimula nuevos retos, mejorando la aceptación de sí mismo y de los demás; produce un buen desarrollo físico,

psicológico y social donde le permite al adulto mayor actuar de forma libre, voluntad y espontaneidad; participando de todo aquello que el terapeuta le ordene siendo el actor directo de los juegos y actividades realizadas.

Por todas estas indicaciones se ha considerado los siguientes objetivos para el desarrollo de esta propuesta que le permitirá al adulto mayor conservar la memoria y a la vez independencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, marcha y balance.

11.2 OBJETIVOS

Objetivo General

- ✓ Estimular en los adultos mayores internos de la Casa Hogar Betania de la ciudad de Zamora actividades de juegos y memoria que contribuyan al mejoramiento de la misma a la independencia para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, marcha y balance.

Objetivo Específicos

- ✓ Lograr que las actividades lúdicas permitan disminuir los tipos de deterioro cognoscitivos que influyen en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, marcha y balance.
- ✓ Crear expectativas de interés e innovación en el personal encargado del cuidado de los adultos mayores internos para la reorganización del plan de trabajo y la aplicación de la propuesta para que se mantengan activas las funciones de los internos.

11.3 CONTENIDOS

11.3.1 LUDOTERAPIA

La Ludoterapia es una técnica de tratamiento que utiliza el juego como medio de expresión y comunicación entre paciente y terapeuta, también es utilizada a menudo como una herramienta de diagnóstico; donde el terapeuta observa jugar un cliente con los juguetes como: casas, animales domésticos, muñecas; para determinar la causa de la conducta perturbada. Los objetos y los patrones de juego, así como la voluntad de relacionarse con el terapeuta, se pueden utilizar para comprender la lógica subyacente de la conducta tanto dentro como fuera de la sesión

De esta manera, la terapia del juego puede ser utilizado como un mecanismo de auto-ayuda, siempre y cuando se les permite tiempo para "juego libre" o "el juego no estructurado". Desde el punto de vista del desarrollo.

Muchos adultos maduros encontrar que "un juego de niños" es tan difícil y tabú, que los trabajadores más experimentados del grupo necesitan especialmente adaptados "jugar" las estrategias para alcanzarlos. Competente grupo de trabajadores de los adultos se utilizan estas estrategias de juego para permitir que la espontaneidad sin vigilancia más a desarrollar en el estudiante no-infantil.

Para las investigadoras la ludoterapia es una herramienta que ayuda a comprender desarrollar con espontaneidad el poder de comunicarse, relacionarse e integrarse a un grupo social, es una terapia que permite volver aprender o cambiar comportamientos perturbadores disfrutando del juego.

11.3.2 Funciones de la terapia de juego

✓ **Biológicas**

Aprender habilidades básicas, relajarse, liberar energías excesivas y realizar ejercicio físico.

✓ **Intrapersonales**

Deseo de funcionar, dominio de situaciones, exploración desarrollo la comprensión de funciones de la mente, cuerpo y del mundo, desarrollo cognitivo, dominio de conflictos, satisfacción de simbolismo y deseo.

✓ **Interpersonales**

Desarrollo de habilidades sociales, sirve como una distracción cuando las personas significativas se encuentran ausentes.

✓ **Sociocultural**

Imitar papeles deseados de los adultos.

11.4 APLICACIÓN DE LA PRUPUESTA DE ACTIVIDADES LÚDICAS Y MEMORIA

Durante el desarrollo de la propuesta se trabajó con una población de 10 adultos mayores internos, primeramente se realizaron charlas de motivación para ganar la empatía y de esta manera realizar las actividades de juego y para la memoria; se trabajó en actividades de juego que ayudaban a la movilidad de los participantes y actividades de memoria que requerían de la atención y concentración de los

adultos, las actividades se las realizó dependiendo del estado físico en que se encuentran los participante.

11.3.2 Funciones de la terapia de juego

✓ **Biológicas**

Aprender habilidades básicas, relajarse, liberar energías excesivas y realizar ejercicio físico.

✓ **Intrapersonales**

Deseo de funcionar, dominio de situaciones, exploración desarrollo la comprensión de funciones de la mente, cuerpo y del mundo, desarrollo cognitivo, dominio de conflictos, satisfacción de simbolismo y deseo.

✓ **Interpersonales**

Desarrollo de habilidades sociales, sirve como una distracción cuando las personas significativas se encuentran ausentes.

✓ **Sociocultural**

Imitar papeles deseados de los adultos.

11.4 APLICACIÓN DE LA PRUPUESTA DE ACTIVIDADES LÚDICAS Y MEMORIA

Durante el desarrollo de la propuesta se trabajó con una población de 10 adultos mayores internos, primeramente se realizaron charlas de motivación para ganar la empatía y de esta manera realizar las actividades de juego y para la memoria; se

trabajó en actividades de juego que ayudaban a la movilidad de los participantes y actividades de memoria que requerían de la atención y concentración de los adultos, las actividades se las realizó dependiendo del estado físico en que se encuentran los participante.

Al realizar las actividades se puede observar la participación y la dependencia para realizar dichas actividades más aun las que requieren la movilización del cuerpo, la caminata y el balance.

11.5 TALLERES PARAMANTENIMIENTO MEMORIA

a) Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva, engloba todas aquellas actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención, concentración, razonamiento, abstracción, operaciones aritméticas y praxias) por medio de programas de estimulación.

Consiste en estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes, con la intención de mejorar o mantener el funcionamiento cognitivo y disminuir la dependencia del enfermo.

Lo más importante, es que al trabajar sobre las capacidades residuales (las que aún conservan) de la persona (y no las que ya ha perdido), lograrán evitar la frustración del enfermo.

b) Activando la atención

Objetivos: Fomentar la atención y la concentración. Potenciar la memoria, prevenir la aparición y desarrollo de trastornos cognitivos y fomentar la comunicación verbal.

Suele ser normal, que la mayoría de los asistentes a las actividades nos digan que su memoria ha disminuido mucho o que la han perdido. Pero esto es verídico solo parcialmente. Por ello, para los ejercicios siguientes, es recomendable recordarles primero, que cuando los mayores decimos que hemos perdido la memoria, en realidad lo que más hemos perdido es la atención y alertarlos de que con los siguientes ejercicios podremos comprobar como prestando atención a lo que se dice, tenemos muchas más posibilidades de recordarlo.

Para la actividad de hoy, tendremos de tener preparados algunos textos cortos que aparezcan en cada uno, fechas y datos en un número superior al de participantes. Suelen funcionar bien las biografías cortas de personajes famosos que les sean próximos a ellos: Franco, Charlot, Carrillo, Felipe Gonzáles, el Rey o la Reina, cuentos cortos populares, con una duración que su lectura no exceda los tres minutos.

Primer ejercicio: Después de pedirles que presten toda su atención en escuchar lo que se va a leer, especialmente los datos (Año de nacimiento o de boda, número de hijos, nombres, etc.) que irán apareciendo, empezamos la lectura. Esta será lenta, bien pronunciada y remarcando cada uno de los datos factibles de ser recordado.

Cuando terminamos la lectura, empezaremos a preguntar cosas sobre lo leído.

Esto podemos hacerlo de dos maneras diferentes:

- Dirigiéndonos a cada uno con una pregunta concreta, sobre algo concreto: ¿dónde nació? ¿Cómo se llamaba?
- Pidiéndoles en general y a cada uno que diga algún dato que recuerden.

Segundo ejercicio: En este caso se sustituye la lectura, por la propia narración de cada uno de los asistentes. El protagonista tendrá de decirnos tantos datos de su vida, como compañeros estén en el grupo: Donde nació, año, nombre del marido, número de hijos, nombres, profesión, edad actual, etc.

Cuando termine, los demás deberán recordar cada uno, un mínimo de tres datos. Y pasamos a otro narrador.

c) Jugando con las palabras

Objetivos: Potenciar la memoria al tiempo que prevenir la aparición y desarrollo de trastornos de la misma. Favorecer el pensamiento y el razonamiento lógico.

Como todas las actividades realizadas en grupo, si queremos obtener de ellas los máximas beneficios “colaterales”, además de los objetivos propios de cada actividad, deberemos tener en cuenta tres cosas:

1. Colocar cada vez a los asistentes en lugares distintos, cambiándoles los compañeros de al lado en cada jornada.
2. Una vez sentados en el semicírculo, saludar a cada uno por su nombre con energía y buen humor y repetir su nombre cada vez que nos dirijamos a un participante en concreto.

3. No olvidar nunca que la actividad tiene que tener un marcado aspecto lúdico y esto implica entre otras cosas saber el momento justo en que es necesario cambiar de tema.

Aclarados estos consejos generales y válidos para toda actividad grupal, pasemos a la actividad de hoy. El juego consiste en aportar, inicialmente una letra y pedir a cada uno, que digan palabras que empiecen con esta letra: Palabras que empiecen con la letra B Baltasar, Bastón, Barítono, Baloncesto, Burro.

- Podemos subir el listón si limitamos las respuestas: Cosas de comer que empiecen con la letra M Manzana, membrillo, morcilla, mantequilla

- Si queremos complicarlo un poco más podemos pedir: Palabras que empiecen con las letras (silaba) CAN: Canción, canica, cántaro, canario.

- Cuando todo esto ya está dominado, podemos pedir palabras que empiecen con las dos letras con que termina la palabra dicha por el participante anterior: camisa, sábado, domino, novedad, administrador, organizar, articulo.

Para terminar podemos intentar que se numeren con sus nombres propios por orden alfabético o en su defecto que diga cada uno el nombre de los compañeros que tiene a su lado.

d) Juego toca – toca –

Objetivos: Estimular el léxico y la memoria a través del tacto. Fomentar la atención y la concentración. Prevenir trastornos de memoria y fomentar la comunicación verbal.

Para esta actividad necesitaremos un número igual o mayor al número de participante, de objetos de pequeño y mediano tamaño (ejemplos): un encendedor, una grapadora, una pulsera, una llave de las antiguas, figuras de plástico, una caja de cerillas (vacía), en fin, cualquier objeto no mayor que nuestro puño puede servir siempre que no sea punzante, cortante o que se pueda romperse.

También necesitaremos una bolsa, mejor de tela, en la que podamos poner todos los objetos.

En la actividad de hoy, como insinúa su nombre, trabajaremos el tacto y la memoria inmediata relacionada con este sentido.

Para empezar, después del saludo y la charla, repartiremos un objeto a cada uno de los participantes, que como siempre estarán sentados en un semi-círculo.

Pediremos y explicaremos a cada uno de ellos, que toquen y palpen muy bien el objeto con el fin de memorizar su forma y su textura, ya que después los introduciremos todos en la bolsa y cada uno de ellos tendrá de encontrar dentro de la bolsa y sin mirar, el objeto que ha tenido en sus manos.

Una vez tenga cada participante el objeto en las manos, se repartirán teniendo en cuenta el grado de dificultad de identificación del objeto, con el grado de capacidad de cada participante, se les pedirá que mientras tocan y examinan el objeto entre sus manos, cada uno por turno, nos explique sus sensaciones: fino, rugoso, esférico, cuadrado, frío, etc. Y que recuerdos le trae en su cabeza el objeto que tiene entre sus manos.

Cuando todos y cada uno de los participantes terminen de darnos sus explicaciones, procederemos a recoger los objetos y uno a uno los iremos introduciendo en la bolsa.

Con todos los objetos dentro de la bolsa, Los removemos con gran alarde para aumentar la dificultad de encontrarlos. Después depositaremos la bolsa en el regazo del primer participante, quien metiendo la mano en la bolsa y SIN MIRAR DENTRO, ira palpando. Cuando crea que ya ha encontrado “su” objeto, lo sacará y mostrará a los demás, que lo obsequiarán con un aplauso.

Introduciremos de nuevo el objeto de la bolsa y entregándola al siguiente participante, repetiremos la misma acción, y así con cada uno de los asistentes.

Es conveniente que cada participante “logre” sacar su objeto, aunque para ello, tengamos que ofrecerle a más de uno, una disimulada ayuda.

e) Método del entrenamiento de la memoria

El método del entrenamiento de la memoria pretende ayudar a conservar la autonomía de las personas haciéndoles conscientes de cómo funciona la misma a través de ejercicios, refuerza la autoestima la confianza en sí mismos, así como la creación de actividades fortaleciendo la atención que favorece la receptividad y vuelve a la persona más disponible a trabajar.

Este se basa en el registro, fijación y evocación de los datos, para lo cual se trata de mejorar la agudeza sensorial, atención, asociación, estructuración intelectual, lenguaje, referencias espaciales temporales e integración asociativa.

f) Estrategias para los olvidos de la memoria prospectiva y retrospectiva

Son estrategias que intervienen en la fase de registro de la acción (la atención) y en la fase de retención o almacenamiento para que la acción sea codificada y grabada en nuestra memoria (verbalización y visualización-asociación).

Hay además otras estrategias para recordar posteriormente que esta acción se ha realizado y actúan en la fase de evocación del recuerdo.

- Para que no se produzca el olvido (por ejemplo: apagar la llave del gas)
 - ✓ Atención: Se centra la atención exclusivamente en lo que se está haciendo
 - ✓ Verbalización: Se repite en voz alta lo que se está haciendo, por ejemplo

"Estoy cerrando la llave del gas"
 - ✓ Visualización-asociación: Se visualiza la escena, incluso la ropa que se lleva puesta, los objetos de alrededor y se asocia la acción a estas imágenes.
- Para recordarlo después "Puedo estar en la calle y pensar si he cerrado la llave o no".

Repensar: Se trata de traer a la memoria la escena, "cómo iba vestido (para saber si se trata de hoy o de otro día), si lo he repetido en voz alta"

- ✓ En algunos olvidos: Volver al último lugar: Por ejemplo, "En último caso repito las acciones que estaba realizando cuando tuve en mis manos las llaves por última vez"

g) Técnicas para recuerdo de nombres

En el recuerdo de nombres se pueden distinguir dos fenómenos que son parcialmente diferentes:

- ✓ El recuerdo del nombre cuando tenemos presente el rostro o la persona.
- ✓ El recuerdo del nombre sin que la cara esté presente.

Recordar las caras es más fácil que recordar los nombres por:

- Las imágenes (caras); el test de reconocimiento de caras de Benton y Van Allen (1968) evalúa la discriminación de caras de personas que se presentan en fotos.
- Identificar las caras es una tarea de reconocimiento más sencilla que recordar el nombre.
- Los nombres son más difíciles de recordar que otras palabras.

Hay factores que pueden favorecer el recuerdo de un nombre como recordar el contexto o lugar donde se ve frecuentemente a la persona o cuándo se la ha visto por última vez.

Para solucionar este olvido se pueden utilizar *varias técnicas*:

- Atender realmente al nombre de la persona en cuestión en el momento en que nos la presentan sin distraernos.
- Repetir el nombre varias veces en la conversación, por ejemplo "¿Me ha dicho Vd. que se llama?", y en la despedida.

- Buscar una asociación del nombre que queremos recordar con el nombre de alguna persona conocida.
- Atender a algún rasgo característico de la persona: aspecto físico, rostro, cualidades, aficiones y asociarlo con el nombre o apellido.
- Buscar un significado al nombre y apellido y así facilitar su recuerdo.

h) Técnicas para recuerdo de textos

Se han elaborado numerosos métodos de mejora de las habilidades de comprensión y recuerdo de textos, uno de los más conocidos es el **PQRST**. Es un sistema ideado por FP. Robinson en 1970. Se ha empleado como técnica de estudio, como forma de mejorar la lectura y para pacientes con accidentes cerebrales en Rehabilitación de memoria.

Consta de cinco pasos (revisar, preguntar, leer, responder y comprobar) pero resulta complejo para usuarios mayores de 65 años; debido a su dificultad ha sido necesario simplificarlo y la Unidad de Memoria ha diseñado el método "3R".

Método de comprensión y recuerdo de textos "3 R".- Este método, mantiene las estrategias esenciales para lograr una buena comprensión y recuerdo de textos:

1º R "**Revisar**" el texto. Fijarse de forma general en lo que más destaca del artículo: títulos, negrilla o cursiva, imágenes, apartados, etc. Hacerse preguntas sobre aquello que le interese.

2º.- R "**Releer**". Leer detenidamente todo el texto, intentando prestar mayor atención a los apartados y datos que le resulten más interesantes.

3º.- R "**Resumir**". Hacer mentalmente o por escrito un resumen de lo leído. Se trata de un repaso que ayuda a comprender y grabar en la memoria lo fundamental del texto leído.¹⁹

11.6 TALLERES DE FOMENTO DEL EJERCICIO FÍSICO Y LA RECREACIÓN

Consideraciones en el ejercicio para los adultos mayores

- Calentamientos y pausas más prolongados.
- Progresión en ejercicios de bajo a moderado (55% al 75% de esfuerzo).
No utilizar pesos con problemas de artritis, solo movilidad articular.
- Recordarles que escuchen a su cuerpo y no exagere la fuerza.
- Limitar el número de repeticiones de un determinado grupo muscular, y sobre todo en las articulaciones de hombros y rodillas.
- Prestar atención a los alumnos con problemas de vista y oído.
- Darle importancia a los descansos para la hidratación y el recupero.
- Evitar ejercicios que agraven problemas de cadera, columna y rodilla.
- Deben trabajar a un nivel cómodo, sin esforzarse mucho.

¹⁹ montejoj@munimadrid.es.creación:28-07-2006.

a) Ejercicios de cabeza y cuello

Objetivos: Aumentar la movilidad y potenciar la musculatura del cuello. Mejorar el sentido del equilibrio, paliar la sensación de mareos y evitar caídas.

Esta actividad debe realizarse en una secuencia lenta, suave y progresiva, para evitar mareos.

Para trabajar con las personas mayores este tipo de ejercicios y considerando que muchos de ellos no habían realizado anteriormente ejercicios gimnásticos, es conveniente además de mostrarles los movimientos haciéndolos nosotros mismos, “bautizarlos” con sugerentes nombres para que en próximas sesiones, les resulte más y fácil de recordar. Así pues no les extrañe si en la descripción de los ejercicios se emplean expresiones menos técnicas y más llanas o “familiares”

Sentados en las sillas en semi-círculo, les pediremos que para estos movimientos de cabeza y cuello, dejen de recostarse en sus asientos por un momento, echando sus “culos” hacia atrás y manteniendo la espalda recta, sin apoyarla en el respaldo.

Después de cada tanda de movimientos, tendremos de recordarles esta actitud de mantener la espalda recta.

- Primer movimiento: Con la cara levantada, mirando al frente, girar la cabeza hacia la derecha como si quisiéramos ver lo que hay detrás.. Mantenerla aquí tres segundos y volver la cabeza en su posición inicial. Hacer el mismo movimiento

hacia la izquierda. Repetirlo cinco veces a cada lado y descansar. (Pueden reclinar su espalda).

- Segundo movimiento: Todo es exactamente como el anterior, pero ahora en vez de girar la cabeza, la inclinamos como si quisiéramos tocar el hombro con la oreja, pero sin levantar el hombro. Cinco veces a la derecha y cinco a la izquierda y descansar.

- Tercer movimiento: Sentados, el “culito” hacia atrás y la espalda recta, Giramos un poco la cabeza hacia la derecha y en esta posición, bajamos la barbilla hasta tocar la clavícula. Sin levantar la cabeza, giramos lentamente el cuello como si quisiéramos ver el techo con el ojo izquierdo. Lentamente pero forzando el giro. Descansar y repetir lo mismo en el lado izquierdo y mirando hacia la derecha. Podemos hacerlo tres veces a cada lado.

b) Ejercicios de hombros

Objetivos: Aumentar/mantener la movilidad de la articulación escapular y potenciar la musculatura de los hombros y la parte troncal del cuerpo.

Al igual que en anteriores ejercicios, sentaremos a los participantes, colocando las sillas en semi-circulo.

Primer ejercicio: “El saludo”. Primero estiramos el brazo derecho hacia adelante como si quisiéramos coger alguna cosa que está lejos. Después lentamente vamos levantado este brazo estirado hasta ponerlo vertical, una vez arriba saludamos con la mano abierta y girando la muñeca, (Como lo hace el Rey de

España), durante tres segundos; después bajamos el brazo despacio y repetimos el mismo movimiento con el brazo izquierdo. Cinco veces con cada brazo.

Segundo ejercicio: “A mi qué”. Emulando el movimiento de hombros de cuando decimos “a mí que”, subimos los hombros y los mantenemos subidos durante tres segundos y los bajamos relajándolos. Repetimos el mismo movimiento seis veces, descansando diez segundos entre cada subida de hombros.

Tercer ejercicio: Colocamos las manos detrás de la nuca y con suavidad llevamos los codos hacia atrás y después hacia delante, repitiendo este movimiento seis veces seguidas. Para quienes tengan dificultad en poner las manos detrás de la nuca, pueden ponerlas tapándose las orejas.

Cuarto ejercicio: Con las manos tocándose los hombros, haremos círculos con los codos. Cinco veces girando hacia adentro y cinco girando hacia fuera.

Quinto ejercicio: “Hombros seductores”. Colocaremos ambas manos sobre nuestro estomago con los dedos entrelazados. Con la espalda recta, iniciaremos un movimiento de rotación hacia delante con el hombro derecho cinco veces e invirtiendo el sentido de rotación rotaremos cinco veces más. Descansamos y repetiremos lo mismo con el hombro izquierdo.

En estos ejercicios, como en muchos otros, deberemos valorar las limitaciones de cada uno de los participantes.

c) Ejercicios de piernas

Una vez más, nos sentaremos en círculo o semi-círculo y después de saludar por su nombre a cada uno del participante e interesarnos por su estado,

mantendremos una pequeña charla de conversaciones distendidas e informales, intentando que participen todos los presentes, dominando a los más parlanchines e interrogando a los menos habladores. Es importante introducir alguna...

Continuar leyendo

d) Ejercicios de los pies

Objetivos: Prevenir rigideces y bloqueos articulares en los tobillos. Mejorar la coordinación y amplitud de movimientos. Aumentar la independencia funcional.

Quisiera aclarar aquí, que con los ejercicios de este Grupo, no se trata de suplantar el trabajo del fisioterapeuta, que es quien verdaderamente cuida de las facultades físicas de los residentes. Aquí estos ejercicios los utilizamos como vehículo para mantener una actividad grupal, de dinamización social, en un ambiente predominantemente lúdico.

Así pues, sentados los participantes en semi círculo, con los dos pies en el suelo, después del saludo y la charla inicial, empezaremos los siguientes ejercicios:

Primero: Levantaremos las puntas de los pies, sin levantar los tacones del suelo. Aguantaremos cinco segundos en esta posición y descansaremos los pies en el suelo para repetir el mismo ejercicio entre cinco y diez veces.

Segundo: Emulando el antiguo baile “con la punta y el tacón”, levantaremos sucesivamente el tacón (punta en el suelo) y la punta (tacón en el suelo). Con movimiento lento repetiremos la acción diez veces.

Tercero: Con los pies en el suelo, juntos, abriremos las puntas sin separar los tacones (imitando a Charlot) y cerraremos de nuevo las puntas. Repetimos el movimiento diez veces.

Cuarto: “Escondemos” la pierna izquierda debajo la silla y con la derecha sin levantarla del suelo, describimos un círculo, cuanto más grande mejor, rodando cinco veces hacia fuera y cinco veces hacia adentro. Descansamos y repetimos lo mismo con la pierna izquierda, “escondiendo” la derecha debajo de la silla.

La cuenta de las repeticiones,(una, dos, tres, cuatro, cinco...) la van a hacer en voz alta y de forma sucesiva, cada uno de los participantes. Una vez de menor a mayor y otra de mayor a menor, (...cinco, cuatro, tres, dos, una).

e) Ejercicios de manos y muñecas

Objetivos: Prevenir rigideces y bloqueos articulares en muñecas y dedos de las manos. Mantener y mejorar la coordinación de movimientos y aumentar la independencia funcional.

Sentados todos los participantes en un semicírculo, después de saludarlos y una breve charla, explicaremos en qué consisten los ejercicios y los objetivos que perseguimos.

Primer ejercicio: No es tan fácil como parece, por ello lo realizaremos a modo de juego a la vez que despertando toda la atención. Colocamos la mano derecha sobre la rodilla derecha, con la palma hacia abajo y la mano izquierda sobre la rodilla izquierda, con la palma hacia arriba. A partir de esta posición contaremos uno, dos y tres: Y giraremos las dos manos al mismo tiempo (La derecha palma

arriba y la izquierda palma abajo). Así sucesivamente diez o doce veces, rectificando cada vez a los que se equivocan.

Segundo ejercicio: Con los antebrazos pegados al cuerpo, nos cogemos las manos entrelazando los dedos. Las manos deben quedar un poco por debajo de la barbilla. Sin mover los brazos, inclinamos las manos hacia la derecha primero y luego hacia la izquierda. Diez veces a cada lado.

Después de descansar, con los brazos y manos en la misma posición anterior; sin mover los brazos, giramos las manos hacia abajo y luego hacia el pecho, repitiendo el movimiento diez veces en cada sentido.

Por último y después de descansar, colocamos brazos y manos en la misma posición e imprimimos a las manos, girando las muñecas un sentido de rotación: derecha, abajo, izquierda y hacia el pecho. Hacemos diez giros hacia la derecha y diez hacia la izquierda.

Tercer ejercicio: (Contar con los dedos) Mostrando las palmas de ambas manos y siguiendo la voz del terapeuta, tocaremos el pulpejo del dedo pulgar con el del dedo índice, luego el pulgar con el dedo corazón, luego el pulgar con el dedo anular y finalmente el pulgar con el dedo meñique. Y así vamos repitiendo, con ambas manos a la vez, mientras el terapeuta va diciendo en voz alta: Índice, corazón, anular y meñique.

Después de una docena de repeticiones, invertiremos el sentido ordenando con la voz: meñique, anular, corazón e índice. (A veces resulta conveniente remarcar los nombres de cada dedo. Podemos hacerlo explicando un motivo para cada nombre, en tono de humor: Meñique porque es el pequeño, anular porque

ponemos el anillo, corazón porque está en el medio, índice porque es el que indicamos o señalamos y pulgar porque se utilizaba para matar pulgas).

Cuarto ejercicio: Mostramos las manos con las palmas hacia abajo. Separamos los dedos entre sí lo máximo posible durante tres segundos y cerramos el puño

- Modificación (incluso prevención) de determinadas enfermedades crónicas: cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, osteoporosis, artrosis, diabetes, deterioro cognitivo...
- Disminución de caídas y fracturas.
- Mejora de la ansiedad, del insomnio y de la depresión.
- Potenciación de la capacidad de autocuidado.
- Promoción de actividades sociales.
- Mejoría de la calidad de vida.
- Ayuda a prevenir y controlar la presión arterial alta.
- Reduce el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares.
- Reduce el riesgo de padecer la diabetes de adulto.
- Ayuda a controlar el peso.
- Previene la osteoporosis.
- Mejora la forma física, la flexibilidad y el tono muscular.
- Mejora la movilidad de las articulaciones y la fuerza muscular.

- Ayuda a relajarse.²⁰

f) La recreación

La vejez es una etapa de la vida cargada de temores, inquietudes, angustias, creencias y mitos; en donde la comunicación con el otro cumple un papel fundamental en las relaciones con el entorno que los rodea. Por tal motivo es una buena oportunidad la realización de actividades recreativas cuyo objetivo es el de brindar, además de una mejor calidad de vida, un espacio propicio para la satisfacción de los ideales de expresión y de socializa

El envejecimiento es un proceso que está rodeado de muchas concepciones falsas, de temores, creencias y mitos. Envejecer significa adaptarse a cambios en la estructura y funcionamiento del cuerpo humano por un lado y cambios en el ambiente social por el otro. Entonces, para lograr una vejez exitosa se debe mantener una participación activa en roles sociales y comunitarios para una satisfacción de vida adecuada.

La organización de la personalidad y los estilos de manejo son factores principales en el ajuste de vida del individuo según envejece. Esto tiene que ver con la manera en que el individuo se maneja en las diversas situaciones de su vida, algunas de ellas sociales y otras biológicas. Por consecuencia el sujeto debe adaptarse continuamente a las condiciones de vida.

²⁰<http://www.muscularmente.com/cuerpo/terceraedad.html>, miércoles 12-05-2010; 16:30

Para definir el concepto de calidad de vida para personas ancianas, se deberían formular cinco categorías generales:

- Bienestar físico: refiriéndose a la comodidad en términos materiales, de higiene, salud y seguridad.
- Relaciones interpersonales: en cuanto a las relaciones familiares, y el involucramiento comunal.
- Desarrollo personal: relacionado con las oportunidades de desarrollo intelectual, autoexpresión, actividad lucrativa y autoconciencia.
- Actividades recreativas: para socializar y buscar una recreación pasiva y activa.
- Actividades espirituales.

La recreación es una alternativa de adaptación a los cambios y pérdidas sociales de la vejez. La palabra recreación nos da la idea de crear nuevamente, motivar y establecerse nuevas metas, nuevos intereses y estilos de vida. Se trata de mejorar la calidad de vida mediante un involucramiento en actividades estimulantes, creativas y de mucho significado.

Pero ¿por qué el hecho de jugar en tercera edad?

Ya sabemos que el juego es una actividad libre (sin obligaciones de tipo alguno), restringida (limitada en el espacio y en el tiempo), incierta (dependiendo tanto de la suerte como de las cualidades del participante), improductiva (sin un fin lucrativo), codificada (estando reglada de antemano), ficticia (más o menos alejada de la realidad) y espontánea.

El deseo de jugar nos acompaña durante toda la vida. A todos nos gusta hacerlo, a pesar de los prejuicios que marca la sociedad. Jugando logramos:

- Canalizar nuestra creatividad.
- Liberar tensiones y/o emociones.
- Orientar positivamente las angustias cotidianas.
- Reflexionar.
- Divertirnos.
- Aumentar el número de amistades.
- Acrecentar el acervo cultural.
- Comprometernos colectivamente.
- Integrarnos y predisponernos a otros quehaceres de la vida.

Mediante el juego se efectúa, en muchas oportunidades, la transmisión cultural de generación en generación, favoreciendo con su práctica el entendimiento intergeneracional cuando se crean los espacios de participación de padre – hijo – abuelo.

El juego en tercera edad cumple una función social y cultural, ya que permite sentir el placer de compartir juntos una actividad común, satisfacer los ideales de expresión y de socialización. También nos lleva a la obtención de placer y bienestar corporal y mental.

Además la actividad física – recreativa se ha identificado constantemente como una de las intervenciones de salud más significativas de las personas de edad avanzada. Dentro de sus beneficios inmediatos en el aspecto físico se pueden citar: mayores niveles de auto – eficacia, control interno, mejoría en los patrones de sueño, relajación muscular entre otros.

Las personas que se mantienen físicamente activos tienden a tener actitudes más positivas en el trabajo, están en mejor estado de salud y tienen mayor habilidad para lidiar tensiones.

Para la programación de las actividades debemos tener en cuenta la formulación de ciertos criterios, éstos son:

Respetar la heterogeneidad de los grupos.

Tener en cuenta la falta de tradición deportiva.

Tener en cuenta la progresiva pérdida de identificación con la imagen corporal.

Los objetivos del plan deben responder a las necesidades y motivaciones de las personas a las cuales va dirigido.

Dar un tratamiento global a los objetivos del plan. Tratar conjuntamente los aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

Permitir que cada participante escoja los medios y la manera de desarrollar cualquier situación o tareas, habiendo explorado el abanico de posibilidades.

Motivar para conseguir una buena dinámica de grupo. A través de elementos lúdicos y recreativos, que potencien la integración entre las personas. La propia actitud del profesor, el trabajo en parejas, en pequeños grupos, la variabilidad del material, la música, etc. van a contribuir a la motivación de los mismos.

La actividad a desarrollar debe ser coherente con las actividades propuestas manteniendo una continuidad y progresión dentro del programa.

La evaluación es la herramienta fundamental con el fin de llevar a cabo el seguimiento de todo el programa. Es el medio que nos permite revisar constantemente todas las situaciones que se presentan, tanto técnico como pedagógicas, a fin de examinar y rectificar, nuestro trabajo para seguir con el programa.

A modo de conclusión podría decir que el juego, en la tercera edad, es un importante agente socializador, que permite la interacción con los otros, disfrutar de actividades grupales y motivar el actuar de cada uno. Como docentes debemos presentar a la recreación como una alternativa en la adaptación del proceso de envejecimiento teniendo en cuenta las necesidades e intereses de la población anciana y respetando los cambios que puedan darse en el ámbito biológico, psicológico y social para una vejez feliz y productiva.



ANEXOS

1. TEMA

“TIPOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO QUE INCIDEN EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE LUDOTERAPIA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA CASA HOGAR BETANIA DE LA CIUDAD DE ZAMORA CHINCHIPE DURANTE EL PERIODO 2009-2010”

2. PROBLEMATIZACIÓN

Durante la primera etapa de la humanidad, el adulto mayor era considerado como puente y mediador entre el mundo de los vivos y el de los espíritus. Se le atribuían poderes sobrenaturales y eran los que dirigían los ritos y ceremonias en las comunidades.

El “anciano” era valorado, respetado por los conocimientos y experiencias acumuladas; oradores portadores de las costumbres y tradiciones de su comunidad.

En esa época el Adulto Mayor, tenía autoridad, bienes, poder y prestigio social en su calidad de chamanes, caciques de tribu o jefes de familia; eran tiempos en los cuales se valoraba toda la riqueza, en cuanto a conocimiento que se había adquirido durante la vida, ocupaba el lugar privilegiado dentro de su núcleo.

También en esta época los ancianos hombres eran más valorados que las ancianas mujeres, las cuales eran relegadas a un segundo plano. Actualmente en muchos lugares del mundo se viven condiciones similares; sólo por citar en las selvas del Amazona y del Congo, viven grupos, como los jibaros, que mantienen muchas de las costumbres antes descritas.

En la Cultura Oriental, el Continente Asiático reúne más de la mitad (58%) de la población mundial. Es reconocido como cuna de grandes civilizaciones por el respeto y consideración que tiene con los ancianos. En países como China, India, Japón, Korea, Líbano, Irán, Irak, Israel, y muchos otros de los 42 países que integran este Continente, existe una tradición de respeto al conocimiento

acumulado por los años y un fuerte sentido de responsabilidad entre padres e hijos.²¹

En los países de Occidente coexiste el estilo de vida tradicional característico de las zonas rurales, y el estilo de vida moderna, característico de las ciudades o metrópolis. En las comunidades rurales tradicionales, las personas mayores están integradas familiar y socialmente. La situación del Adulto Mayor es más favorable en comunidades campesinas y de artesanos, que en comunidades de pescadores artesanales y de mineros.

En los centros urbanos la familia sigue siendo la principal fuente de atención y apoyo para las personas mayores. Paulatinamente se están creando alternativas y servicios para evitar la institucionalización de los ancianos.²²

En América Latina ha empezado a experimentar un proceso de envejecimiento. Si bien en 1975 la población mayor de 60 años en esta parte de la Región era de 21 millones de personas (6,5% de la población total), en solo 25 años este grupo de población ascendió a 41 millones de personas (8,1% de la población). Según proyecciones demográficas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en las próximas décadas aumentarán aún más las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad, de manera que en 2025 este grupo de edad será de alrededor de 100 millones de personas y en 2050 de cerca de 200 millones.²³

²¹http://www.portalfitness.com/articulos/educacion_fisica/actividadfisica_adultomayor.htm

²²http://www.portalfitness.com/articulos/educacion_fisica/actividadfisica_adultomayor.htm

²³<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26279.pdf>

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) el Ecuador consta de 14.163.715 habitantes , las personas mayores de 65 años consideradas según la ley del anciano como de tercera edad alcanza 813.624 que representa el 6.7% de la población total del Ecuador. La Sierra es la región más envejecida con un 7.9%, la Costa con un promedio nacional de 6.7%, las Islas Galápagos con un 5.5%, Amazonía con un 4.4% personas.²⁴

Las cifras de los adultos mayores en el Ecuador es alarmante es así que en la provincia de Zamora Chinchipe con una población de 3.911 habitantes de adultos mayores que equivale al 5.11% de la población total que es de 103.233 habitantes. Zamora Chinchipe se encuentra ubicada en la zona sur - oriental del Ecuador, limita al norte con la provincia de Morona Santiago, al sur y este con la República de Perú, y al oeste con la Provincia de Loja. Cuenta con una extensión aproximada de 10.578 kilómetro cuadrados, políticamente se halla dividida en nueve cantones y treinta parroquias entre urbanas y rurales.

La producción está determinada por la ganadería, agricultura, ricultura, piscicultura, recursos forestales, la explotación minera (oro) y otros. La fuerza laboral no calificada, excedente de las actividades productivas es aprovechada en la construcción.

En lo que se refiere a la población de Adultos Mayores en los últimos años ha tenido un incremento en su expectativa de vida y es que nuestros mayores están viviendo cada día más y se evidencia su presencia en nuestra sociedad y todo el mundo.

²⁴<http://www.INEC/CEPAL/CELADE.Ecuador>.

A medida que una persona envejece es probable que sufra de enfermedades, discapacidad y efectos colaterales, lo cual combinado con las reservas fisiológicas hace que la persona de edad avanzada sea vulnerable a cualquier alteración física como psicológica entre ellas tenemos: endocrinológicas como disfunción de la tiroides, obesidad; cardiológicas.- insuficiencia cardiaca, cardiopatías, hipertensión arterial; enfermedades musculo-esqueléticas.- osteoartritis, osteoporosis, fracturas; neuropsiquiátricas.- cefaleas, delirium, depresión, ansiedad, demencias; trastornos de la marcha y balance, dolores articulares persistentes, mareos y problemas comunes en la relación familiar o el cuidador.²⁵

Ante esta realidad la Pastoral Social del Vicariato Apostólico de Zamora en febrero del 2002 realiza acciones tendientes a la protección de estas personas mediante la construcción e implementación del Asilo de Ancianos Casa Hogar Betanía para unificar y reunir a algunos Adultos Mayores que pululaban en el parque central, centro comercial y terminal terrestre, para darles una vida: digna y confortable, sana, física, mental y espiritualmente.

Esta obra se ha proyectado para dar una cabida de 70 personas en la residencia y 60 flotantes o externas este centro gerontológico cuenta con 30 habitaciones, comedor, sala de juegos, salón de actividades, talleres, capilla, servicios de salud, sala de fisioterapia, biblioteca y farmacia; la edificación es de estructura de hormigón armado, con paredes de bloque y ladrillo, la cubierta con recubrimiento de cubic y estructura de madera y perfil, la implementaciones hidrosanitarias eléctricas. Prestando servicios según sus requerimientos y para cumplir las diferentes

²⁵ Carlos d'Hyver, Luis Miguel Gutierrez Robleado. 2006. Manual Moderno de Geriátrica.

actividades a beneficio de las personas asiladas, dentro de las áreas que se presta servicio son: nutrición, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia, lavandería, mantenimiento.

Generalmente observamos que las actitudes más comunes que toman los Adultos Mayores al ingresar a un asilo son: sentimientos de inutilidad, abandono, melancolía, soledad, aislamiento, deterioro cognoscitivo, que desencadenan una serie de problemas psicológicos que combinados con los físicos imposibilitan su desenvolvimiento personal y de adaptación social.

En consideración a esta problemática y la necesidad de atender el deterioro cognoscitivo que inciden en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria a los Adultos Mayores Internos en la “Casa Hogar Betania” de la Ciudad y Provincia de Zamora Chinchipe durante el periodo Septiembre del 2009 a Febrero del 2010; se planificará ejercicios de ludoterapia a fin de fortalecer y estabilizar las posibilidades de vida de cada uno de ellos.

3. JUSTIFICACION

La Universidad Nacional de Loja en el cumplimiento de su quehacer, se ha preocupado por fomentar carreras acordes con las actuales necesidades de nuestra sociedad. De este modo entre otras ha creado la carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial, para proveer de profesionales debidamente capacitados, cuya práctica está orientada al estudio, tratamiento y rehabilitación de algún tipo de discapacidad o necesidades Educativas Especiales de las personas; y por otra parte en la vinculación con la colectividad, ha creado a través de los proyectos de desarrollo este vínculo necesario para que los egresados de las carreras y de manera especial de Psicorrehabilitación y Educación Especial realicen pasantías en diferentes centros de la ciudad y provincia de Loja, cuyos trabajos les sean útiles para su graduación dentro de esta modalidad de proyectos de desarrollo.

En tal virtud realiza un **CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL** con el “Vicariato Apostólico de Zamora Chinchipe”, para brindar atención a los Adultos Mayores Internos de la “Casa Hogar Betania” para contribuir en el mejoramiento de su calidad de vida, la preservación de sus funciones psíquicas básicas superiores como la memoria, atención, lenguaje, sentimientos, pensamientos, coordinación, movimientos y estados de ánimo entre otras.

El egresado de la Carrera de Psicorrehabilitación y Educación Especial cuenta con la formación científica técnica para solucionar o hacerle frente a problemas sociales como el planteado; es de interés de las mismas contribuir en el mejoramiento de calidad de vida de este grupo poblacional, como son los Adultos

Mayores, la misma que nos permitirá llevar a feliz término el proyecto de Tesis a fin de obtener el título de Licenciadas.

Por lo tanto se justifica la presente investigación por ser única y no contar con datos estadísticos de otros trabajos investigativos que permitan precisar datos claves; por lo tanto se ha considerado investigar el presente tema: **“TIPOS DE DETERIORO COGNOSCITIVO QUE INCIDEN EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE LUDOTERAPIA EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS DE LA CASA HOGAR BETANIA DE LA CIUDAD DE ZAMORA CHINCHIPE DURANTE EL PERIODO 2009-2010”**

4. OBJETIVOS

- **Objetivo General:**

Indagar los tipos de deterioro cognoscitivo que inciden en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que presentan los Adultos Mayores de la “Casa Hogar Betania” de la provincia de Zamora Chinchipe durante el periodo 2009-2010.

- **Objetivo Específico:**

- Valorar y diagnosticar los tipos de deterioros cognoscitivos mediante la aplicación del Exámen Mínimo Cognoscitivo (Anexo 1) y Test de Fotos (Anexo 2)
- Evaluar el grado de dependencia para la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria y el tipo de marcha y balance (Anexos 3, 4,5).
- Aplicar técnicas de ludoterapia mediante la planificación individual y grupal.
- Realizar una Planificación *de Trabajo* para la intervención en técnicas de ludoterapia (Anexo 6)
- Socializar los resultados con las instituciones participantes, observando el cumplimiento de los objetivos que orientaron las actividades.

5. ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

5.1 ADULTO MAYOR

5.1.1. Historia

5.1.2. Definiciones

5.1.3. Cambios en el Adulto Mayor

5.1.3.1. Cambios físicos en el adulto mayor

5.1.3.1.1. Mecanismo para los cambios en la ejecución

Psicomotora

5.1.3.2. Cambios Psicológicos

5.1.3.3. Cambio Social en el Adulto Mayor.

5.2. MEMORIA EN EL ADULTO

5.2.1 La memoria

5.2.2 Tipos de memoria

5.2.3. Memoria cotidiana

5.2.3.1. Tipos de olvidos cotidianos

5.2.3.2. Alteraciones en la memoria cotidiana

5.2.3.3. Aspectos de la memoria cotidiana

5.3. ACTIVIDADES PARA MANTENER LA MEMORIA

5.3.1. Método del entrenamiento de la memoria

5.3.2. Estrategias para los olvidos de la memoria prospectiva y retrospectiva

5.3.3. Técnicas para recuerdo de nombres

5.3.4. Técnicas para recuerdo de textos

5.4. LUDOTERAPIA

5.4.1. Concepto

5.4.2. Historia y Eficacia de la Terapia de Juego

5.4.3. Talleres

5.4.3.1. Talleres de desarrollo de habilidades manuales y motrices:

5.4.3.2. Talleres de fomento del ejercicio físico y la recreación

5.4.3.3 Talleres para mantenimiento cognitivo.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. ADULTO MAYOR

5.1.1. Historia

En la historia de las civilizaciones se demuestra que el anciano casi siempre ha sido despreciado, o al menos soportado oficialmente y criticado en práctica. Nuestros primeros antepasados en las tribus remotas la supervivencia diaria estaban por encima de todo. Las duras condiciones del hábitat comportaban la subsistencia de los más fuertes; así, la vejez era un estadio que pocos alcanzaban. A los viejos, por su debilitamiento físico, les resultaba mucho más penoso hacerse con los requerimientos vitales. En un grupo en competencia constante con la naturaleza para la supervivencia diaria, tanto colectiva como individual, es lógico pensar que el cuidado de los ancianos no fuese prioritario y que, en caso de existir, fuera una cuestión familiar o individual.

“La Edad Media representó un retroceso en la evolución social de la humanidad y ello repercutió en la situación de la ancianidad. Los castigos pecuniarios por dar muerte a una persona anciana eran tres veces menores que los equivalentes por dar muerte a un hombre en la plenitud de la vida. Las difíciles condiciones de vida no permitían a muchos llegar a viejos.

En el renacimiento y edad moderna; en estas épocas existieron dos tendencias: una religiosa y espiritualista, y otra materialista y burlesca. Dante (prerrenacentista) metafORIZABA y decía que la principal preocupación del anciano debía ser “bajar velas”, para llegar apaciblemente a puerto. La vejez era el

momento de asegurar la salvación. Esto generó una corriente de austeridad, seguida incluso por el papado, y empezaron a ser elegidos papas ancianos. La edad ayudaba a imprimir una imagen de sacralidad.

La visión materialista, representada por Bocaccio, criticaba a los viejos que se enriquecían y acaparaban poder, dinero y mujeres; la sexualidad del viejo era comentada con cierta repugnancia. Para los ancianos, pobres, la invalidez, la dependencia, la pasividad, la decadencia y la miseria económica eran su alimento habitual. En este tiempo aparecieron dos comunidades religiosas destacadas por su labor en pro de los ancianos: Las Hijas de la Caridad y los Hermanos de San Juan de Dios.

La revolución industrial. Siglos XVIII y XIX.; en estos siglos aumentó la población mundial gracias a factores como la higiene, la medicina y una mejor alimentación. Esta afirmación es cierta a medias ya que se refiere preferentemente a las clases adineradas, las cuales, a pesar de las enfermedades que causaban los excesos de la buena mesa, la falta de actividad y el vicio, vivían diez años más que las personas de clases bajas. Éstas sufrían un mayor desgaste por el trabajo, la miseria y la fatiga, y porque su pobreza les impedía procurarse lo que necesitaban para su subsistencia. Las órdenes religiosas o filantrópicas eran las que se ocupaban de las personas ancianas y enfermas dentro de planteamientos caritativos, a pesar de los avances metodológicos.²⁶

²⁶ **CRISTINA CASTANEDO PFEIFFER**
Enfermera. Profesora Titular Enfermería Geriátrica.E.U.E. “Casa de Salud Valdecilla”.

5.1.2. Definiciones

A continuación se citan algunos términos que se identifican con la tercera edad y adulto mayor.

Una de las palabras más conocidas es viejo que se define de la siguiente manera de acuerdo con el diccionario terminológico de ciencias médicas: edad senil, senectud, periodo de la vida humana, cuyo comienzo se fija comúnmente a los sesenta años, caracterizado por la declinación de todas las facultades.

Asimismo Séneca (1990), tenía una opinión más equilibrada de la vejez, describiéndola como la edad avanzada llena de satisfacciones, señalando que la verdadera vejez no se relaciona con los años y sí con la sabiduría.

Ortiz (2003) menciona que la vejez es un concepto ambiguo, que es el último estadio en el proceso vital de un individuo, este concepto define a un grupo de edad o generación que comprende a un segmento de los individuos más viejos de una población.

Para Galeno, la vejez era de naturaleza intrínseca y se encontraba en el mismo proceso generativo, vinculando así el desarrollo y la decadencia de la persona humana.

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad Padilla, (2002), esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios

demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios.²⁷

Ante los conceptos mencionados las autoras de esta investigación definimos como Adulto Mayor a “Toda persona con una edad cronológica comprendida entre 60 años y más, y que se encuentran en su último ciclo de vida; en el que sufren cambios Bio-psico-sociales donde sus capacidades se van deteriorando con el pasar del tiempo.”

5.1.3. Cambios en el Adulto Mayor

La consideración biopsicosocial del hombre y la influencia que el paso del tiempo tiene sobre él nos llevan a plantear los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento desde tres perspectivas: cambios biológicos, cambios psíquicos y cambios sociales; a continuación la explicación:

Cambios biológicos. Desde esta perspectiva se analizan los cambios en la estructura anatomofisiológica del organismo: el envejecimiento de las capacidades físicas y sus limitaciones asociadas (*ser viejo*).

Cambios psíquicos. Incluyen los cambios de comportamiento, la auto percepción y las reacciones frente al fenómeno del envejecer propio y ajeno, los problemas de la relación con los demás y los conflictos, creencias y valores del propio individuo y de su visión de la vida y de la muerte (*sentirse viejo*).

²⁷ <http://www.espaciovisual.org/fundacion/id16.html>

Cambios sociales. Estudia la dimensión del rol del anciano en la sociedad, desde la concepción individual hasta el papel del grupo de ancianos en la propia comunidad (*ser considerado viejo*).

Los cambios biológicos, psíquicos y sociales que se producen en los individuos a lo largo del proceso de envejecimiento influyen de forma directa en la resolución de las necesidades del anciano, condicionando en su satisfacción la dependencia o la independencia. La rehabilitación en el Adulto mayor implica de factores de índole biopsicosocial remitiéndonos a los conceptos desarrollados con anterioridad, se considera que los:

5.1.3.1. Cambios físicos en el adulto mayor

Son cambios visibles como el cabello canoso, la piel arrugada y la espalda encorvada, Stuart-Hamilton dice que “Uno puede pensar en las personas de 70 años que se parecen al estereotipo de persona mayor cabello gris, piel arrugada, pero puede recordar también a los individuos bien conservados que carecen de estos rasgos (agerasia).”²⁸ Con ello, el autor mencionado se refiere a las diferencias individuales que puede haber en el proceso de envejecimiento y que deberán tenerse en cuenta para no generalizar.

Algunos de los cambios biológicos internos que se encuentran en la teoría se refieren a que el sistema urinario se vuelve más lento y menos eficaz en la eliminación de toxina y otros productos de desecho; el sistema gastrointestinal es menos eficaz en la extracción de nutrientes; hay una disminución en la masa muscular y la fuerza del músculo que se conserva; el sistema respiratorio se

²⁸ Stuart-Hamilton, 2002, p. 21

puede abastecer de menos oxígeno y el sistema cardiovascular recibe un golpe doble: la fuerza del corazón disminuye mientras que simultáneamente un endurecimiento y encogimiento de las arterias hace que el bombeo de sangre en todo el cuerpo consuma más energía.²⁹

En cuanto a los cambios en los procesos sensoriales, puede considerarse en primer lugar a la visión. Según Kalish (1996), la capacidad del ojo para ajustarse a la cantidad de cambios de luz disminuye con la edad, al igual que la eficiencia para adaptarse a la luz y la oscuridad, la visión de la profundidad y la percepción del color. Adicionalmente, puede haber deterioros visuales severos que llegan a la ceguera. “Las cataratas y el glaucoma son causas comunes de estos problemas visuales, estando a menudo interrelacionados.”³⁰

En segundo lugar, están los problemas de audición, que llevan a la disminución gradual durante la vida adulta, de forma que a los 50 ya muchas personas tienen algún grado de deficiencia auditiva. También es importante mencionar que las condiciones ambientales pueden exacerbar la velocidad de la pérdida auditiva. (Stuart-Hamilton, 2002).

En otros procesos sensoriales se muestran cambios como por ejemplo la disminución de la sensibilidad a sabores, el aumento de los umbrales para el tacto y la disminución del umbral del dolor (Stuart-Hamilton, 2002). Además, Kalish (1996) agrega que el vértigo se produce de manera más común y hay una disminución en la capacidad para realizar con efectividad las tareas cotidianas, en términos de habilidad psicomotriz. Esto último puede relacionarse a la dificultad

²⁹ Stuart-Hamilton, 2002

³⁰ Kalish, 1996, p.48

para pronunciar, considerando además la disminución del calcio que puede llevar a la caída de dientes y afectar a la habilidad mencionada.

Otros cambios funcionales se refieren a la habilidad para el movimiento y el entusiasmo para realizar actividades. Kalish (1996) plantea que puede haber un aumento en la dificultad para moverse con rapidez, la fatiga aumenta y pueden surgir problemas de atención. Además, las pérdidas en cuanto a los otros procesos sensoriales llevan a una progresiva falta de ejercicio y movimiento que, llevado al extremo, puede ocasionar depresión.

En este aspecto puede observarse también la pérdida de apetito y el uso de medicamentos. Lo primero responde al decaimiento de procesos sensoriales como el gusto y los cambios en el metabolismo que señalaba Stuart-Hamilton. Asimismo, el uso de medicamentos se debe a la necesidad de equilibrar ciertas deficiencias en el organismo pero también debido a la ansiedad que podría provocar el proceso de envejecimiento.³¹

Se produce también Cambios en la ejecución psicomotora se da un enlentecimiento en dicha ejecución pero no se puede unir a un déficit específico, pues son muchos los mecanismos que están implicados.

5.1.3.1.1. Mecanismo para los cambios en la ejecución Psicomotora

Tiempo de movimiento.

³¹ <http://es.shvoong.com/medicine-and-health/1915637-cambios-f%C3%ADsicos-en-el-adulto>

Es el intervalo de tiempo que transcurre entre el inicio y la terminación del movimiento y aumenta a medida que envejecemos. Aparecen discapacidades para subir escaleras, correr, a partir de los 55 años pueden afectar también a actividades como alcanzar objetos, agarrarlos, poderse estirar, agacharse para recogerlos.

Fuerza muscular.

Es la máxima fuerza o tensión generadas por un músculo cuando realiza su contracción máxima y disminuye con la edad. Por un deterioro de la masa muscular provocado por una disminución en el tamaño y en el número de fibras musculares. Las disminuciones están relacionadas también con el tipo de actividad que realizamos y el número de músculos que participan. Si la persona se mantiene activa los cambios son más pequeños y se puede decir que a un nivel preventivo un aumento de la actividad física con suficiente intensidad, duración y frecuencia debilita el proceso de discapacidad.

Como implicaciones para nuestra vida diaria debemos tener en cuenta que mantenernos en buena forma física puede ayudar a prevenir discapacidades y mantener nuestra fuerza y tono muscular.

En la ejecución psicomotora están implicados también aspectos como la atención, el aprendizaje, la memoria, el lenguaje y la inteligencia.

Equilibrio.

El sistema vestibular proporciona información sobre la posición de la cabeza, lo que permite detectar la cantidad y dirección del movimiento corporal cuando

envejecemos. Se produce una experiencia de vértigo y de pérdida de la capacidad para mantener el equilibrio mientras se camina o estando de pie que puede deberse a una pérdida de células sensoriales en las estructuras vestibulares.

Al faltarnos el equilibrio más fácilmente o sufrir de vértigos pueden darse con mayor frecuencia caídas cuando somos viejos. Ante esto debemos utilizar en nuestros desplazamientos ayudas técnicas como bastones o pasamanos en los corredores o pasillos por ejemplo.³²

5.1.3.2. Cambios Psicológicos

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento y un enlentecimiento debido a que el tamaño y peso del cerebro va a disminuir produciéndose una disminución en las funciones psíquicas superiores como: en las sensaciones, la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, el lenguaje y la imaginación.

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se va acelerando con la vejez. En la vejez hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas, esta se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suele estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan; existen alteraciones en la memoria y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo carácter y personalidad no suelen alterarse, a menos que se produzcan alteraciones

³² <http://www.psicogerontologia.com/monografias/cambios.htm>

patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.³³

❖ **Inteligencia.-** Horn (1982) sostiene que la inteligencia cristalizada (la que es producto del aprendizaje) se mantenía en el envejecimiento, mientras que se deterioraba la inteligencia fluida. La inteligencia es una función psíquica multifactorial en la que existen factores que mejoran con la edad y por lo tanto en el envejecimiento como la inteligencia cristalizada, es decir, la comprensión verbal y el razonamiento aritmético y otros factores como la inteligencia fluida es decir, la capacidad perceptual, razonamiento inductivo y simbolización que disminuyen con la edad. Además entran en juego las diferencias individuales derivadas de las trayectorias profesionales, sociales, familiares; que generan diferentes experiencias de vida e inciden en distintas habilidades. Igualmente influyen los factores genéticos y los ambientales. El tener todo esto en cuenta nos lleva a trabajar más unos aspectos que otros para ralentizar el proceso de pérdida de estas capacidades y habilidades.

❖ **Lenguaje.-** Conviene precisar a la hora de hablar sobre el lenguaje, que entendemos por fonología, léxico, semántica y sintaxis.

Fonología se refiere a la capacidad de utilizar y combinar los diferentes sonidos del lenguaje. Durante el envejecimiento esa capacidad queda preservada.

Cuando representamos un objeto dándole un nombre convencional estamos utilizando la capacidad del *léxico*, la cual la adquirimos a través de la lengua. Salvo la velocidad de respuesta no existen diferencias cualitativas en dicha

³³ http://club.telepolis.com/torrefdz/enfermero_y_licenciado6.htm

capacidad durante el envejecimiento. La representación *semántica* de una palabra se refiere al mismo significado de esa palabra. Cuando envejecemos aparecen dificultades en lo referente a los aspectos como la evocación de palabras y la fluidez verbal.

La *sintaxis* se refiere a la capacidad de combinar palabras para que adquieran un significado. No aparecen efectos en función de una mayor edad, las estructuras complicadas lo son tanto para los jóvenes como para los mayores.

Los cambios que ocurren en el lenguaje durante el proceso de envejecimiento se reducen a la dificultad en la denominación o evocación de palabras y en una reducción de la fluidez verbal, y aspectos como el vocabulario o la expresión verbal mejoran en este proceso por las experiencias acumuladas.³⁴

❖ **Atención.-** La atención obedece de lo motivados o estimulados, si es algo que nos interesa indudablemente le prestaremos toda la atención de la que seamos capaces.

❖ **Aprendizaje.-**El aprendizaje puede ser definido como la adquisición de asociaciones estímulo –respuesta. Para mejorar la capacidad de aprendizaje de los adultos mayores se deberá seguir una serie de pautas:

- Tiempo para aprender, lo cual va a permitir organizar, buscar y recuperar la información.

³⁴ <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloID=6891>. Adriana Saldaña Lozano, Gloria Molina Pérez

- Compensar determinadas deficiencias sensoriales y perceptivas a través de técnicas auxiliares como por ejemplo material audiovisual.
- Establecer un ambiente de aprendizaje positivo, en el que nos encontremos estimulados para usar ayudas didácticas y metodológicas.
- Entender las instrucciones que se dan perfectamente o preguntar en caso de dudas.
- Tal como apunta Rubio Herrera R. Podemos desarrollar nuestro potencial de aprendizaje en esta etapa de nuestra vida fundamentalmente en dos áreas:
 - ✦ Las habilidades intelectuales como la interacción social y la sabiduría
 - ✦ Las habilidades relacionadas con aspectos del sistema de conocimiento y experiencia que pueden verse facilitadas por el medio ambiente y sus demandas hacia nosotros.

5.1.3.3. Cambio Social en el Adulto Mayor.

Podríamos decir que en nuestra cultura la vejez se asocia con un papel pasivo, no se le reconoce su utilidad, produce una sensación de soledad y con frecuencia les toca dejar sus actividades productivas por el fenómeno de la jubilación, hasta el extremo de precipitar la muerte debido a esta situación marginal.

Las fortalezas y cualidades por las que tiene prestigio la vejez dejan de tener valor para una cultura que pone sus ideales y sus fines única y exclusivamente en lo nuevo, lo cambiante, lo intuitivo, lo inacabado, dando la espalda a los valores de tradición, estabilidad y prudencia política.

El anciano como integrante del grupo familiar sus relaciones cambian y pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, donde afrontan las pérdidas en sus facultades: físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, etc. Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad difícil de superar.³⁵ Y las relaciones se invierten donde la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia o casa de cuidado.

5.2. MEMORIA EN EL ADULTO

5.2.1 La memoria

La memoria es una de las funciones cerebrales centrales de la actividad intelectual; se ha descrito a la memoria como un desarrollo en tres fases:

- ⤴ La adquisición de la información (Codificación)
- ⤴ Almacenamiento o proceso de conservación y
- ⤴ Evocación o recuperación de la información

5.2.2 Tipos de memoria

Para diferenciar los tipos de memoria nos basamos en la existencia de interferencias, en la adquisición de información. Atkinson y Shiffrin en 1968 postularon la existencia de tres estadios:

- Memoria sensorial: la información que ingresa se retiene durante un breve periodo, en el lugar específico de cada modalidad sensorial visual, auditiva,

³⁵ <http://www.microcaos.net/salud/el-proceso-del-envejecimiento-papel-de-la-enfermera/>

táctil; se ha dudado si estamos frente a una función amnésica o simplemente ante una capacidad perceptiva.

- Memoria a corto plazo: desde la región sensorial se envía la información a la segunda región involucrada, al archivo de corto plazo, este tipo de memoria es muy sensible al efecto de la interferencia es decir es volátil. Ej, recordar un número de teléfono.
- Memoria a largo plazo: está encargada de guardar la información por minutos y hasta años más tarde es decir es la que pasa a un "archivo duradero", por necesidad de almacenamiento permanente. La memoria a largo plazo se propone que se puede dividir en la memoria visual o verbal y en la memoria semántica o episódica.

Sabemos que la memorización de imágenes es mejor que la verbal, por lo que se ha postulado dos la existencia de dos sistemas diferentes. El sistema episódico es el archivo que se relaciona con nuestra propia historia individual, así como el contexto en que sucede. La memoria semántica corresponde a la adquisición de la cultura; son conocimientos conceptuales lingüísticos.

El envejecimiento conlleva una serie de cambios neuroanatómicos neurofisiológicos a nivel macroscópico, microscópico y en los sistemas de neurotransmisión, que se manifiestan en las alteraciones de los procesos cognitivos especialmente de la memoria, enlentecimiento en la velocidad del

procesamiento de la información, déficits en las habilidades psicomotoras y en las capacidades perceptivas³⁶

Según Montenegro, 1998; el funcionamiento de la memoria de los mayores es diferente en los distintos tipos o subsistemas de memoria. Mientras unos se encuentran preservados, otros manifiestan alteraciones.

Los mayores tienen algunos problemas de memoria en la vida cotidiana, estos problemas son menores de lo que habría que suponer dados los cambios que se producen en el cerebro de la persona mayor; produciendo distorsión, malestar y un sentimiento de minusvalía que llega a extenderse a toda la vida psíquica.

Además, estas alteraciones pueden ser a veces un indicador de mayores trastornos de tipo cognitivo, afectando al desempeño de diversas actividades cotidianas esenciales como son: autocuidado, toma de decisiones, comunicación, relaciones sociales e independencia.

5.2.5. Memoria cotidiana

Es el recuerdo de los hechos que tienen lugar en el medio diario del sujeto, por ejemplo, el recuerdo de los nombres de las personas, el recuerdo de dónde se ponen las cosas.

Según Klatzky 1991; la memoria cotidiana comprende por lo tanto los llamados olvidos de la vida cotidiana.

³⁶ Craik, FIM (2002) Cambios en la memoria humana relacionados con la edad. En Envejecimiento cognitivo, Eds. Park D y Schwarz N., Madrid: Interamericana.

5.2.3.1. Tipos de olvidos cotidianos

Una clasificación de estos olvidos es la que toma como referencia el tiempo:

- Olvidos relacionados con la memoria *retrospectiva*, es decir; recordar las cosas que hemos hecho o aprendido.
 - Perder objetos de uso cotidiano: las llaves, las gafas.
 - Acciones automáticas: apagar el gas o la luz, cerrar la puerta.
 - Guardar objetos y olvidar donde están: una prenda de vestir, documentos.
 - Nombre de personas
 - Caras
 - Números de teléfono
- Olvidos relacionados con la memoria *prospectiva*, es decir; recordar cosas que hay que hacer:
 - ¿Qué he venido a buscar a esta habitación?
 - Tarea para hacer: dar un recado, acudir a una cita.
 - Lista de compras: recordar los objetos que tengo que comprar
 - Seguir la dirección correcta
- Olvidos relacionados con el presente:

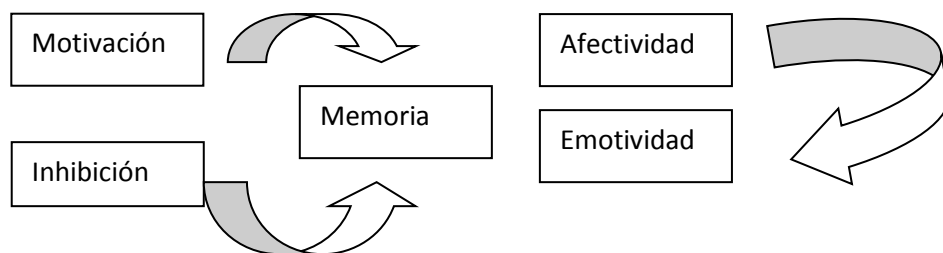
- Comprensión y recuerdo de textos
- Tener una palabra en la punta de la lengua
- Escucha atenta: recuerdo del tema de conversación inmediato,
- comprensión de un argumento.
- Comprensión y recuerdo inmediato de un episodio: historia de cine, TV.

5.2.3.2. Alteraciones en la memoria cotidiana

Las alteraciones de la memoria son comunes a partir de los 50 años; y son fuente de angustia muchas veces justificada. La rehabilitación de la memoria se dará de acuerdo al tipo y considerando que esta función que está ligada a la percepción, la atención, la inteligencia y la imaginación.

Obviamente en la medicina encontramos enfermedades de generativas de etiología desconocida y que cursan con déficit de la memoria, entre otras manifestaciones como lo es lo de la demencia senil tipo Alzheimer o como muchos cuadros demenciales.

Psicológicamente, la memoria es tributaria de la motivación, de la afectividad, de la emotividad y del estado de inhibición de cada persona



Factores que influyen en la memoria “Carlos d’Hyver de las Deses”

Entre los aspectos de la memoria cotidiana a considerar en los adultos mayores están: las acciones automáticas, espacial, de textos, de caras.

5.2.3.3.1. Aspectos de la memoria cotidiana

✦ **Acciones automáticas.-** Son los olvidos que realizamos sin necesitar de pensar, controlar y dirigir cada movimiento que hacemos. Generalmente se han ejecutado muchas veces y después del inicio voluntario y dirigido de la acción, ésta sigue ya de modo automático y los recursos de atención que precisa son menores.

En la realización y recuerdo de las acciones automáticas interviene la llamada atención dividida que consiste en dividir la atención entre varias tareas que realizan de modo simultáneo.

✦ **La memoria espacial.-** El recuerdo espacial puede ser tanto semántico como episódico, esta disminuye durante la vida. Se ha comprobado que los adultos mayores son menos organizados y tiene un conocimiento de la configuración espacial menos organizado.³⁷

✦ **La memoria de caras.-** Es una operación compleja en la que intervienen varias regiones cerebrales: la corteza visual occipital para el acceso e interpretación de la imagen, regiones fronto-temporales para la organización e identificación de rasgos, el hipocampo para acceder a los recuerdos relativos a las

³⁷ West, R.L.. (1986). Everyday memory and aging. *Developmental Neuropsychology*, 2, 323-344. Consultado 22-05-2010, hora:19:15

personas que vemos y los polos temporales para acceder al nombre. Dada la importancia que tiene el recuerdo de las caras desde el principio de la vida social del hombre, la evolución asegurado que estas funciones estén bien consolidadas.

En la memoria de las caras intervienen aspectos de tipo emotivo, se recordarán más unas caras que otras; donde intervienen factores raciales, este tipo de memoria parece mantenerse en los adultos mayores en su vida cotidiana se manejan de modo completamente normal. Si hubiera alteraciones en el reconocimiento de caras pudiera deberse a un problema neurológico asociado.³⁸

^ **El recuerdo de textos.-** El recuerdo de textos se ha estudiado en las últimas décadas como medida de la *memoria episódica*. El entrevistador lee un texto breve que, habitualmente, contiene una historia, y se le dice al paciente o usuario que nos diga todo lo que pueda recordar; esto se hace para valorar la memoria reciente; al cabo de unos 20 o 30 minutos se le indica que nos cuente de nuevo lo que recuerde de la historia y así se mide la memoria demorada. La memoria de textos suele medirse por la puntuación en las ideas globales y parciales. Algunos autores encontraron que los adultos mayores procesan más el sentido general integrándolo gracias a la comprensión lógica y emocional.³⁹

5.3. ACTIVIDADES PARA MANTENER LA MEMORIA

5.3.1. Método del entrenamiento de la memoria

El método del entrenamiento de la memoria pretende ayudar a conservar la autonomía de las personas, haciéndoles conscientes de cómo funciona la misma

³⁸ Bartlett, J.C. y Leslie, J.E. (1986). Aging and memory for faces versus single views of faces. *Memory and Cognition*, 14, 371-381.
Benedet, M.J. & Seisdedos, N. (1996). Evaluación clínica. Consultado 22-05-2010, hora:20:00

³⁹ Labouvie-Vief, G. y Schell, D.A. (1982). Learning and memory in later life. En B.B. Wolman (Ed). *Handbook of Developmental Psychology* (pp 826-846). Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall. Levy R. (1994). Aging-Associated. Consultado 25-05-2010, hora:21:08

a través de ejercicios, refuerza la autoestima y la confianza en sí mismos, así como la creación de actividades fortaleciendo la atención que favorece la receptividad y vuelve a la persona más disponible a trabajar.

Este se basa en el registro, fijación y evocación de los datos, para lo cual se trata de mejorar la agudeza sensorial, atención, asociación, estructuración intelectual, lenguaje, referencias espaciales temporales e integración asociativa.

5.3.2. Estrategias para los olvidos de la memoria prospectiva y retrospectiva

Son estrategias que intervienen en la fase de registro de la acción (la atención) y en la fase de retención o almacenamiento para que la acción sea codificada y grabada en nuestra memoria (verbalización y visualización-asociación).

Hay además otras estrategias para recordar posteriormente que esta acción se ha realizado y actúan en la fase de evocación del recuerdo.

- Para que no se produzca el olvido por ejemplo: apagar el televisor
 - ✓ Verbalización: Se repite en voz alta lo que se está haciendo, por ejemplo "Estoy apagando el televisor"
 - ✓ Visualización-asociación: Se visualiza la escena, incluso la ropa que se lleva puesta, los objetos de alrededor y se asocia la acción a estas imágenes.
- Para recordarlo después "Puedo estar en la calle y pensar si he apagado el televisor o no".

- ✓ Repensar: Se trata de traer a la memoria la escena, "cómo iba vestido para saber si se trata de hoy o de otro día, si lo he repetido en voz alta"
- ✓ En algunos olvidos: Volver al último lugar: Por ejemplo, "En último caso repito las acciones que estaba realizando antes de apagar el televisor por última vez".

5.3.3.1. Técnicas para recuerdo de nombres

En el recuerdo de nombres se pueden distinguir dos fenómenos que son parcialmente diferentes:

- ✓ El recuerdo del nombre cuando tenemos presente el rostro o la persona.
- ✓ El recuerdo del nombre sin que la cara esté presente.

Para solucionar este olvido se pueden utilizar *varias técnicas*:

- Atender realmente al nombre de la persona en cuestión en el momento en que nos la presentan sin distraernos.
- Repetir el nombre varias veces en la conversación, por ejemplo "¿Me ha dicho Vd. que se llama?", y en la despedida.
- Buscar una asociación del nombre que queremos recordar con el nombre de alguna persona conocida.
- Atender a algún rasgo característico de la persona: aspecto físico, rostro, cualidades, aficiones y asociarlo con el nombre o apellido.
- Buscar un significado al nombre y apellido y así facilitar su recuerdo.

5.3.4. Técnicas para recuerdo de textos

Se han elaborado numerosos métodos de mejora de las habilidades de comprensión y recuerdo de textos, uno de los más conocidos es el **PQRST**. Es un sistema ideado por FP. Robinson en 1970. Se ha empleado como técnica de estudio, como forma de mejorar la lectura y para pacientes con accidentes cerebrales en Rehabilitación de memoria; consta de cinco pasos (revisar, preguntar, leer, responder y comprobar) pero resulta complejo para usuarios mayores de 65 años; debido a su dificultad ha sido necesario simplificarlo y la Unidad de Memoria ha diseñado el método "3R".

Método de comprensión y recuerdo de textos "3 R". Este método, mantiene las estrategias esenciales para lograr una buena comprensión y recuerdo de textos:

1º R "**Revisar**" el texto.- Fijarse de forma general en lo que más destaca del artículo: títulos, negrilla o cursiva, imágenes, apartados, etc. Hacerse preguntas sobre aquello que le interese.

2º.- R "**Releer**". - Leer detenidamente todo el texto, intentando prestar mayor atención a los apartados y datos que le resulten más interesantes.

3º.- R "**Resumir**". - Hacer mentalmente o por escrito un resumen de lo leído. Se trata de un repaso que ayuda a comprender y grabar en la memoria lo fundamental del texto leído.⁴⁰

⁴⁰ montejoj@munimadrid.es.creación:28-07-2006.

5.4. LUDOTERAPIA

4.4.1. Concepto

Terapia de Juego se utiliza a menudo como una herramienta de diagnóstico. Un terapeuta observa jugar un cliente jugando con los juguetes como: casas, animales domésticos, muñecas; para determinar la causa de la conducta perturbada. Los objetos y los patrones de juego, así como la voluntad de relacionarse con el terapeuta, se pueden utilizar para comprender la lógica subyacente de la conducta tanto dentro como fuera de la sesión.

De esta manera, la terapia del juego puede ser utilizado como un mecanismo de auto-ayuda, siempre y cuando se les permite tiempo para "juego libre" o "el juego no estructurado". Desde el punto de vista del desarrollo.

Una forma de tratamiento es que los terapeutas usan un tipo de desensibilización sistemática o terapia de volver a aprender a cambiar el comportamiento perturbador, estos procesos se utilizan normalmente con los niños, pero también se aplica con otros pre-verbal, las personas no verbal, o verbalmente con dificultades de visión, como la lentitud-alumnos, o con lesiones cerebrales o de las personas afectadas por la droga. Los adultos maduros generalmente necesitan mucho "permiso del grupo" antes de disfrutar de la espontaneidad relajado de la terapia de juego, así que un grupo de trabajadores cualificados es muy necesaria para hacer frente a tales personas protegidas.

Muchos adultos maduros encontrar que "un juego de niños" es tan difícil y tabú, que los trabajadores más experimentados del grupo necesitan especialmente adaptados "jugar" las estrategias para alcanzarlos. Competente grupo de

trabajadores de los adultos se utilizan estas estrategias de juego para permitir que la espontaneidad sin vigilancia más a desarrollar en el estudiante no-infantil.

Para las investigadoras la ludoterapia es una herramienta que ayuda a comprender desarrollar con espontaneidad el poder de comunicarse, relacionarse e integrarse a un grupo social, es una terapia que permite volver aprender o cambiar comportamientos perturbadores disfrutando del juego.

5.4.2. Historia y Eficacia de la Terapia de Juego

Un extenso cuerpo de literatura ha documentado la eficacia de la terapia de juego, como un modelo de consejería, en el trabajo con niños y adolescentes. Desde la década de 1940 los investigadores han estudiado la terapia del juego y documentado su eficacia relacionada con los trastornos de conducta, agresión.⁴¹

5.4.3. Talleres

5.4.3.1. Talleres de desarrollo de habilidades manuales y motrices:

a) Taller de manualidades

Se trata de realizar un pequeño árbol de navidad, para ser utilizado como centro en las mesas del comedor.

Objetivos: Activar los mecanismos de aprendizaje, mejorar la coordinación visual y manual, potenciar la concentración y la creatividad. Aumentar la autoestima y la sensación ser útil. Promover la interrelación y trabajo en grupo.

⁴¹ http://en.wikipedia.org/wiki/Play_therapy

Para esta actividad sería buena, reunir en cada mesa de trabajo a los mismos compañeros que se sientan en la mesa del comedor, de esta forma podrá trabajar juntos y realizar su propio árbol, aparte de hacer algún otro para las mesas de quienes no están con aptitudes de hacerse el propio.

Lo primero será sacar el patrón del abeto. Para ello cogeremos un folio de papel y lo doblamos por la mitad a lo largo. De esta forma solo tenemos de dibujar la mitad derecha o izquierda del abeto, luego lo recortamos y al abrirlo ya tenemos un abeto totalmente simétrico. Luego con la ayuda del patrón dibujaremos en una cartulina de color verde, dos abetos y con el mismo sistema y la ayuda de un CD, dibujamos un círculo que nos servirá de base.

Una vez dibujadas las tres figuras en la cartulina, procederemos a recortarlas. Después a uno de los abetos, practicaremos un corte vertical en el centro que vaya desde la punta superior hasta la mitad, y en el otro haremos el mismo corte pero desde el final inferior del tronco hasta la mitad del abeto. Para montar el abeto, introduciremos la parte con el corte inferior dentro del corte superior de la otra parte, formando, visto desde arriba, una cruz.

Doblabamos el tronco un centímetro para poderlo pegar sobre la base circular y ya tendremos montado el abeto. A partir de aquí, la decoración del árbol navideño ya depende de los gustos personales de los participantes: Podemos poner una estrella culminando el árbol, podemos pegarle algodón si lo queremos nevado, bolitas de papel de colores, estrellitas o simular cajitas de regalos.

b) Taller de reciclaje

Si en el anterior insistíamos en trabajar con buenos materiales para resaltar la importancia del trabajo, en este, la importancia reside en el hecho de conseguir un bonito regalo, aprovechando algo tan abundante en la residencia como son las cajas de guantes vacías.

Objetivos: Activar los mecanismos de aprendizaje, mejorar la coordinación visual y manual, potenciar la concentración y la creatividad. Aumentar la autoestima y la sensación ser útil. Promover la interrelación y trabajo en grupo.

La actividad se realizará sentados alrededor de una mesa grande y necesitaremos haber guardado con anterioridad una caja de guantes vacía para cada participante. Además, necesitaremos algunos rollos de papel higiénico, cola blanca y pinceles.

Primer día: Cada participante forrará su caja con papel higiénico, procediendo de la forma siguiente: se pinta de cola una parte de la caja y a continuación se le van pegando trozos de papel higiénico, procurando que estos trozos sobresalgan tanto por la parte de debajo de la caja como por la parte del agujero superior, para finalmente encolar, doblar y pegar las partes que sobresalen, hacia debajo y hacia dentro del agujero.

Terminada esta primera capa, repetiremos la misma operación pero esta vez procuraremos que al pegar el papel higiénico vaya formando arrugas desiguales. Por último pegaremos una tercera capa, arrugando el papel hasta conseguir una superficie extremadamente rugosa. Después tendremos de esperar que se seque.

Segundo día: Para este día necesitaremos, los pinceles, pintura acrílica, algunos trozos de esponja y un poco de purpurina dorada.

Una vez seco el forro rugoso de la caja, se pintará toda ella del color elegido y cuando esta pintura ya esté secándose (20 minutos), pasaremos un trocito de esponja untada con purpurina, rozando las partes más salientes de la superficie arrugada.

Si terminada esta tarea, nos quedan ganas de darle a la caja un toque de distinción, podemos pegarle en forma de pequeño centro floral, algún detalle, con hojas secas, briznas de paja o florcillas artificiales, como hicimos en la que aparece en la foto.

La caja una vez terminada, se le pueden dar utilidades muy variadas que en nuestra experiencia van desde servilletero, hasta caja para guardar los tiques mensuales de la compra.

Nota: En algunos casos puede ser conveniente utilizar guantes para no untarse las manos de cola o pintura.

5.4.3.2. Talleres de fomento del ejercicio físico y la recreación

Consideraciones en el ejercicio para los adultos mayores

- Explicar la postura correcta de cada ejercicio.
- Calentamientos y pausas más prolongados.
- Progresión en ejercicios de bajo a moderado (55% al 75% de esfuerzo).

No utilizar pesos con problemas de artritis, solo movilidad articular.

- Animarlos a que realicen progresiones y retrocesos a su propio ritmo.
- Recordarles que escuchen a su cuerpo y no exagere la fuerza.
- Limitar el número de repeticiones de un determinado grupo muscular, y sobre todo en las articulaciones de hombros y rodillas.
- Prestar atención a los alumnos con problemas de vista y oído.
- Darle importancia a los descansos para la hidratación y el recupero.
- Evitar ejercicios que agraven problemas de cadera, columna y rodilla.
- Deben trabajar a un nivel cómodo, sin esforzarse mucho.

c) Ejercicios de cabeza y cuello

Objetivos: Aumentar la movilidad y potenciar la musculatura del cuello. Mejorar el sentido del equilibrio, paliar la sensación de mareos y evitar caídas.

Esta actividad debe realizarse en una secuencia lenta, suave y progresiva, para evitar mareos.

Para trabajar con las personas mayores este tipo de ejercicios y considerando que muchos de ellos no habían realizado anteriormente ejercicios gimnásticos, es conveniente además de mostrarles los movimientos haciéndolos nosotros mismos, “bautizarlos” con sugerentes nombres para que en próximas sesiones, les resulte más y fácil de recordar. Así pues no les extrañe si en la descripción de los ejercicios se emplean expresiones menos técnicas y más llanas o “familiares”

Sentados en las sillas en semi-circulo, les pediremos que para estos movimientos de cabeza y cuello, dejen de recostarse en sus asientos por un momento, echando sus “culos” hacia atrás y manteniendo la espalda recta, sin apoyarla en el respaldo.

Después de cada tanda de movimientos, tendremos de recordarles esta actitud de mantener la espalda recta.

- Primer movimiento: Con la cara levantada, mirando al frente, girar la cabeza hacia la derecha como si quisiéramos ver lo que hay detrás.. Mantenerla aquí tres segundos y volver la cabeza en su posición inicial. Hacer el mismo movimiento hacia la izquierda. Repetirlo cinco veces a cada lado y descansar. (Pueden reclinar su espalda).

- Segundo movimiento: Todo es exactamente como el anterior, pero ahora en vez de girar la cabeza, la inclinamos como si quisiéramos tocar el hombro con la oreja, pero sin levantar el hombro. Cinco veces a la derecha y cinco a la izquierda y descansar.

- Tercer movimiento: Sentados, el “culito” hacia atrás y la espalda recta, Giramos un poco la cabeza hacia la derecha y en esta posición, bajamos la barbilla hasta tocar la clavícula. Sin levantar la cabeza, giramos lentamente el cuello como si quisiéramos ver el techo con el ojo izquierdo. Lentamente pero forzando el giro. Descansar y repetir lo mismo en el lado izquierdo y mirando hacia la derecha. Podemos hacerlo tres veces a cada lado.

d) Ejercicios de hombros

Objetivos: Aumentar/mantener la movilidad de la articulación escapular y potenciar la musculatura de los hombros y la parte troncal del cuerpo.

Al igual que en anteriores ejercicios, sentaremos a los participantes, colocando las sillas en semi-círculo.

Primer ejercicio: “El saludo”. Primero estiramos el brazo derecho hacia adelante como si quisiéramos coger alguna cosa que está lejos. Después lentamente vamos levantando este brazo estirado hasta ponerlo vertical, una vez arriba saludamos con la mano abierta y girando la muñeca, (Como lo hace el Rey de España), durante tres segundos; después bajamos el brazo despacio y repetimos el mismo movimiento con el brazo izquierdo. Cinco veces con cada brazo.

Segundo ejercicio: “A mi qué”. Emulando el movimiento de hombros de cuando decimos “a mí que”, subimos los hombros y los mantenemos subidos durante tres segundos y los bajamos relajándolos. Repetimos el mismo movimiento seis veces, descansando diez segundos entre cada subida de hombros.

Tercer ejercicio: Colocamos las manos detrás de la nuca y con suavidad llevamos los codos hacia atrás y después hacia delante, repitiendo este movimiento seis veces seguidas. Para quienes tengan dificultad en poner las manos detrás de la nuca, pueden ponerlas tapándose las orejas.

Cuarto ejercicio: Con las manos tocándose los hombros, haremos círculos con los codos. Cinco veces girando hacia adentro y cinco girando hacia fuera.

Quinto ejercicio: “Hombros seductores” . Colocaremos ambas manos sobre nuestro estomago con los dedos entrelazados. Con la espalda recta, iniciaremos un movimiento de rotación hacia delante con el hombro derecho cinco veces e invirtiendo el sentido de rotación rotaremos cinco veces más. Descansamos y repetiremos lo mismo con el hombro izquierdo.

En estos ejercicios, como en muchos otros, deberemos valorar las limitaciones de cada uno de los participantes.

e) Ejercicios de piernas

Una vez más, nos sentaremos en círculo o semi-círculo y después de saludar por su nombre a cada uno del participante e interesarnos por su estado, mantendremos una pequeña charla de conversaciones distendidas e informales, intentando que participen todos los presentes, dominando a los más parlanchines e interrogando a los menos habladores. Es importante introducir alguna...
Continuar leyendo

f) Ejercicios de los pies

Objetivos: Prevenir rigideces y bloqueos articulares en los tobillos. Mejorar la coordinación y amplitud de movimientos. Aumentar la independencia funcional.

Quisiera aclarar aquí, que con los ejercicios de este Grupo, no se trata de suplantar el trabajo del fisioterapeuta, que es quien verdaderamente cuida de las facultades físicas de los residentes. Aquí estos ejercicios los utilizamos como vehículo para mantener una actividad grupal, de dinamización social, en un ambiente predominantemente lúdico.

Así pues, sentados los participantes en semi círculo, con los dos pies en el suelo, después del saludo y la charla inicial, empezaremos los siguientes ejercicios:

Primero: Levantaremos las puntas de los pies, sin levantar los tacones del suelo. Aguantaremos cinco segundos en esta posición y descansaremos los pies en el suelo para repetir el mismo ejercicio entre cinco y diez veces.

Segundo: Emulando el antiguo baile “con la punta y el tacón”, levantaremos sucesivamente el tacón (punta en el suelo) y la punta (tacón en el suelo). Con movimiento lento repetiremos la acción diez veces.

Tercero: Con los pies en el suelo, juntos abriremos las puntas sin separar los tacones (imitando a Charlot) y cerraremos de nuevo las puntas. Repetimos el movimiento diez veces.

Cuarto: “Escondemos” la pierna izquierda debajo la silla y con la derecha sin levantarla del suelo, describimos un círculo, cuanto más grande mejor, rodando cinco veces hacia fuera y cinco veces hacia adentro. Descansamos y repetimos lo mismo con la pierna izquierda, “escondiendo” la derecha debajo de la silla.

La cuenta de las repeticiones,(una, dos, tres, cuatro, cinco...) la van a hacer en voz alta y de forma sucesiva, cada uno de los participantes. Una vez de menor a mayor y otra de mayor a menor, (...cinco, cuatro, tres, dos, una).

g) Ejercicios de manos y muñecas

Objetivos: Prevenir rigideces y bloqueos articulares en muñecas y dedos de las manos. Mantener y mejorar la coordinación de movimientos y aumentar la independencia funcional.

Sentados todos los participantes en un semicírculo, después de saludarlos y una breve charla, explicaremos en qué consisten los ejercicios y los objetivos que perseguimos.

Primer ejercicio: No es tan fácil como parece, por ello lo realizaremos a modo de juego a la vez que despertando toda la atención. Colocamos la mano derecha sobre la rodilla derecha, con la palma hacia abajo y la mano izquierda sobre la rodilla izquierda, con la palma hacia arriba. A partir de esta posición contaremos uno, dos y tres: Y giraremos las dos manos al mismo tiempo (La derecha palma arriba y la izquierda palma abajo). Así sucesivamente diez o doce veces, rectificando cada vez a los que se equivocan.

Segundo ejercicio: Con los antebrazos pegados al cuerpo, nos cogemos las manos entrelazando los dedos. Las manos deben quedar un poco por debajo de la barbilla. Sin mover los brazos, inclinamos las manos hacia la derecha primero y luego hacia la izquierda. Diez veces a cada lado.

Después de descansar, con los brazos y manos en la misma posición anterior; sin mover los brazos, giramos las manos hacia abajo y luego hacia el pecho, repitiendo el movimiento diez veces en cada sentido.

Por último y después de descansar, colocamos brazos y manos en la misma posición e imprimimos a las manos, girando las muñecas un sentido de rotación: derecha, abajo, izquierda y hacia el pecho. Hacemos diez giros hacia la derecha y diez hacia la izquierda.

Tercer ejercicio: (Contar con los dedos) Mostrando las palmas de ambas manos y siguiendo la voz del terapeuta, tocaremos el pulpejo del dedo pulgar con el del

dedo índice, luego el pulgar con el dedo corazón, luego el pulgar con el dedo anular y finalmente el pulgar con el dedo meñique. Y así vamos repitiendo, con ambas manos a la vez, mientras el terapeuta va diciendo en voz alta: Índice, corazón, anular y meñique.

Después de una docena de repeticiones, invertiremos el sentido ordenando con la voz: meñique, anular, corazón e índice. (A veces resulta conveniente remarcar los nombres de cada dedo. Podemos hacerlo explicando un motivo para cada nombre, en tono de humor: Meñique porque es el pequeño, anular porque ponemos el anillo, corazón porque está en el medio, índice porque es el que indicamos o señalamos y pulgar porque se utilizaba para matar pulgas).

Cuarto ejercicio: Mostramos las manos con las palmas hacia abajo. Separamos los dedos entre sí lo máximo posible durante tres segundos y cerramos el puño

- Modificación (incluso prevención) de determinadas enfermedades crónicas: cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, osteoporosis, artrosis, diabetes, deterioro cognitivo...
- Disminución de caídas y fracturas.
- Mejora de la ansiedad, del insomnio y de la depresión.
- Potenciación de la capacidad de autocuidado.
- Promoción de actividades sociales.
- Mejoría de la calidad de vida.

5. Ayuda a prevenir y controlar la presión arterial alta.

6. Reduce el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares.
7. Reduce el riesgo de padecer la diabetes de adulto.
8. Ayuda a controlar el peso.
9. Previene la osteoporosis.
10. Mejora la forma física, la flexibilidad y el tono muscular.
11. Mejora la movilidad de las articulaciones y la fuerza muscular.
12. Ayuda a relajarse.⁴²

h) La recreación

La vejez es una etapa de la vida cargada de temores, inquietudes, angustias, creencias y mitos; en donde la comunicación con el otro cumple un papel fundamental en las relaciones con el entorno que los rodea. Por tal motivo es una buena oportunidad la realización de actividades recreativas cuyo objetivo es el de brindar, además de una mejor calidad de vida, un espacio propicio para la satisfacción de los ideales de expresión y de socializa

El envejecimiento es un proceso que está rodeado de muchas concepciones falsas, de temores, creencias y mitos. Envejecer significa adaptarse a cambios en la estructura y funcionamiento del cuerpo humano por un lado y cambios en el ambiente social por el otro. Entonces, para lograr una vejez exitosa se debe

⁴² <http://www.muscularmente.com/cuerpo/terceraedad.html>, miércoles 12-05-2010; 16:30

mantener una participación activa en roles sociales y comunitarios para una satisfacción de vida adecuada.

La organización de la personalidad y los estilos de manejo son factores principales en el ajuste de vida del individuo según envejece. Esto tiene que ver con la manera en que el individuo se maneja en las diversas situaciones de su vida, algunas de ellas sociales y otras biológicas. Por consecuencia el sujeto debe adaptarse continuamente a las condiciones de vida.

Para definir el concepto de calidad de vida para personas ancianas, se deberían formular cinco categorías generales:

- Bienestar físico: refiriéndose a la comodidad en términos materiales, de higiene,
- Relaciones interpersonales: en cuanto a las relaciones familiares, y el involucramiento comunal.
- Desarrollo personal: relacionado con las oportunidades de desarrollo intelectual, autoexpresión, actividad lucrativa y autoconciencia.
- Actividades recreativas: para socializar y buscar una recreación pasiva y activa.
- Actividades espirituales.

La recreación es una alternativa de adaptación a los cambios y pérdidas sociales de la vejez. La palabra recreación nos da la idea de crear nuevamente, motivar y establecerse nuevas metas, nuevos intereses y estilos de vida. Se trata de mejorar la calidad de vida mediante un involucramiento en actividades estimulantes, creativas y de mucho significado.

Pero ¿por qué el hecho de jugar en tercera edad?

Ya sabemos que el juego es una actividad libre (sin obligaciones de tipo alguno), restringida (limitada en el espacio y en el tiempo), incierta (dependiendo tanto de la suerte como de las cualidades del participante), improductiva (sin un fin lucrativo), codificada (estando reglada de antemano), ficticia (más o menos alejada de la realidad) y espontánea.

El deseo de jugar nos acompaña durante toda la vida. A todos nos gusta hacerlo, a pesar de los prejuicios que marca la sociedad. Jugando logramos:

- Canalizar nuestra creatividad.
- Liberar tensiones y/o emociones.
- Orientar positivamente las angustias cotidianas.
- Reflexionar.
- Divertirnos.
- Aumentar el número de amistades.
- Acrecentar el acervo cultural.
- Comprometernos colectivamente.
- Integrarnos y predisponernos a otros quehaceres de la vida.

Mediante el juego se efectúa, en muchas oportunidades, la transmisión cultural de generación en generación, favoreciendo con su práctica el entendimiento

intergeneracional cuando se crean los espacios de participación de padre – hijo – abuelo.

El juego en tercera edad cumple una función social y cultural, ya que permite sentir el placer de compartir juntos una actividad común, satisfacer los ideales de expresión y de socialización. También nos lleva a la obtención de placer y bienestar corporal y mental.

Además la actividad física – recreativa se ha identificado constantemente como una de las intervenciones de salud más significativas de las personas de edad avanzada. Dentro de sus beneficios inmediatos en el aspecto físico se pueden citar: mayores niveles de auto – eficacia, control interno, mejoría en los patrones de sueño, relajación muscular entre otros.

Las personas que se mantienen físicamente activos tienden a tener actitudes más positivas en el trabajo, están en mejor estado de salud y tienen mayor habilidad para lidiar tensiones.

Para la programación de las actividades debemos tener en cuenta la formulación de ciertos criterios, éstos son:

Respetar la heterogeneidad de los grupos.

Tener en cuenta la falta de tradición deportiva.

Tener en cuenta la progresiva pérdida de identificación con la imagen corporal.

Los objetivos del plan deben responder a las necesidades y motivaciones de las personas a las cuales va dirigido.

Dar un tratamiento global a los objetivos del plan. Tratar conjuntamente los aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

Permitir que cada participante escoja los medios y la manera de desarrollar cualquier situación o tareas, habiendo explorado el abanico de posibilidades.

Motivar para conseguir una buena dinámica de grupo. A través de elementos lúdicos y recreativos, que potencien la integración entre las personas. La propia actitud del profesor, el trabajo en parejas, en pequeños grupos, la variabilidad del material, la música, etc. van a contribuir a la motivación de los mismos.

La actividad a desarrollar debe ser coherente con las actividades propuestas manteniendo una continuidad y progresión dentro del programa.

La evaluación es la herramienta fundamental con el fin de llevar a cabo el seguimiento de todo el programa. Es el medio que nos a permitir revisar constantemente todas las situaciones que se presentan, tanto técnico como pedagógicas, a fin de examinar y rectificar, nuestro trabajo para seguir con el programa.

A modo de conclusión podríamos decir que el juego, en la tercera edad es un importante agente socializador, que permite la interacción con los otros, disfrutar de actividades grupales y motivar el actuar de cada uno. Como docentes debemos presentar a la recreación como una alternativa en la adaptación del proceso de envejecimiento teniendo en cuenta las necesidades e intereses de la población anciana y respetando los cambios que puedan darse en el ámbito biológico, psicológico y social para una vejez feliz y productiva.

5.4.3.3. Talleres para mantenimiento cognitivo.

a) Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva, engloba todas aquellas actividades que se dirigen a mejorar el funcionamiento cognitivo en general (memoria, lenguaje, atención, concentración, razonamiento, abstracción, operaciones aritméticas y praxias) por medio de programas de estimulación.

Consiste en estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes, con la intención de mejorar o mantener el funcionamiento cognitivo y disminuir la dependencia del enfermo.

Lo más importante, es que al trabajar sobre las capacidades residuales (las que aún conservan) de la persona (y no las que ya ha perdido), lograrán evitar la frustración del enfermo. Todo esto contribuirá a una mejora global de la conducta y estado de ánimo como consecuencia de una mejora de autoeficacia y autoestima por parte del enfermo.

b) Activando la atención

Objetivos: Fomentar la atención y la concentración. Potenciar la memoria, prevenir la aparición y desarrollo de trastornos cognitivos y fomentar la comunicación verbal.

Suele ser normal, que la mayoría de los asistentes a las actividades nos digan que su memoria ha disminuido mucho o que la han perdido. Pero esto es verídico solo parcialmente. Por ello, para los ejercicios siguientes, es recomendable recordarles primero, que cuando los mayores decimos que hemos perdido la

memoria, en realidad lo que más hemos perdido es la atención y alertarlos de que con los siguientes ejercicios podremos comprobar como prestando atención a lo que se dice, tenemos muchas más posibilidades de recordarlo.

Para la actividad de hoy, tendremos de tener preparados algunos textos cortos que aparezcan en cada uno, fechas y datos en un número superior al de participantes. Suelen funcionar bien las biografías cortas de personajes famosos que les sean próximos a ellos: la creación del hombre, Atahualpa, el Tahuantinsuyo, la guerra del cuarenta y uno... o cuentos cortos populares, con una duración que su lectura no exceda los tres minutos.

Primer ejercicio: Después de pedirles que presten toda su atención en escuchar lo que se va a leer, especialmente los datos (Año de nacimiento o de boda, número de hijos, nombres, etc.) que irán apareciendo, empezamos la lectura. Esta será lenta, bien pronunciada y remarcando cada uno de los datos factibles de ser recordado.

Cuando terminamos la lectura, empezaremos a preguntar cosas sobre lo leído.

Esto podemos hacerlo de dos maneras diferentes:

- Dirigiéndonos a cada uno con una pregunta concreta, sobre algo concreto: ¿dónde nació? ¿Cómo se llamaba?
- Pidiéndoles en general y a cada uno que diga algún dato que recuerden.

Segundo ejercicio: En este caso se sustituye la lectura, por la propia narración de cada uno de los asistentes. El protagonista tendrá de decirnos tantos datos de su

vida, como compañeros estén en el grupo: Donde nació, año, nombre del marido, número de hijos, nombres, profesión, edad actual, etc.

Cuando termine, los demás deberán recordar cada uno, un mínimo de tres datos. Y pasamos a otro narrador.

c) Jugando con las palabras

Objetivos: Potenciar la memoria al tiempo que prevenir la aparición y desarrollo de trastornos de la misma. Favorecer el pensamiento y el razonamiento lógico.

Como todas las actividades realizadas en grupo, si queremos obtener de ellas los máximas beneficios “colaterales”, además de los objetivos propios de cada actividad, deberemos tener en cuenta tres cosas:

1. Colocar cada vez a los asistentes en lugares distintos, cambiándoles los compañeros de al lado en cada jornada.
2. Una vez sentados en el semicírculo, saludar a cada uno por su nombre con energía y buen humor y repetir su nombre cada vez que nos dirijamos a un participante en concreto.
3. No olvidar nunca que la actividad tiene que tener un marcado aspecto lúdico y esto implica entre otras cosas saber el momento justo en que es necesario cambiar de tema.

Aclarados estos consejos generales y válidos para toda actividad grupal, pasemos a la actividad de hoy. El juego consiste en aportar, inicialmente una letra y pedir

a cada uno, que digan palabras que empiecen con esta letra: Palabras que empiecen con la letra B Baltasar, Bastón, Barítono, Baloncesto, Burro.

- Podemos subir el listón si limitamos las respuestas: Cosas de comer que empiecen con la letra M Manzana, membrillo, morcilla, mantequilla

- Si queremos complicarlo un poco más podemos pedir: Palabras que empiecen con las letras (silaba) CAN Canción, canica, cántaro, canario.

- Cuando todo esto ya está dominado, podemos pedir palabras que empiecen con las dos letras con que termina la palabra dicha por el participante anterior: camisa, sábado, domino, novedad, administrador, organizar, articulo.

Para terminar podemos intentar que se numeren con sus nombres propios por orden alfabético o en su defecto que diga cada uno el nombre de los compañeros que tiene a su lado.

d) Juego toca – toca –

Objetivos: Estimular el léxico y la memoria a través del tacto. Fomentar la atención y la concentración. Prevenir trastornos de memoria y fomentar la comunicación verbal.

Para esta actividad necesitaremos un número igual o mayor al número de participante, de objetos de pequeño y mediano tamaño (ejemplos): un encendedor, una grapadora, una pulsera, una llave de las antiguas, figuras de plástico, una caja de cerillas (vacía), en fin, cualquier objeto no mayor que nuestro puño puede servir siempre que no sea punzante, cortante o que se pueda romperse. También necesitaremos una bolsa, mejor de tela, en la que podamos

poner todos los objetos. En la actividad de hoy, como insinúa su nombre, trabajaremos el tacto y la memoria inmediata relacionada con este sentido.

Para empezar, después del saludo y la charla, repartiremos un objeto a cada uno de los participantes, que como siempre estarán sentados en un semi-círculo.

Pediremos y explicaremos a cada uno de ellos, que toquen y palpen muy bien el objeto con el fin de memorizar su forma y su textura, ya que después los introduciremos todos en la bolsa y cada uno de ellos tendrá de encontrar dentro de la bolsa y sin mirar, el objeto que ha tenido en sus manos.

Una vez tenga cada participante el objeto en las manos, se repartirán teniendo en cuenta el grado de dificultad de identificación del objeto, con el grado de capacidad de cada participante, se les pedirá que mientras tocan y examinan el objeto entre sus manos, cada uno por turno, nos explique sus sensaciones: fino, rugoso, esférico, cuadrado, frío, etc. Y que recuerdos le trae en su cabeza el objeto que tiene entre sus manos.

Cuando todos y cada uno de los participantes terminen de darnos sus explicaciones, procederemos a recoger los objetos y uno a uno los iremos introduciendo en la bolsa.

Con todos los objetos dentro la bolsa, los removemos con gran alarde para aumentar la dificultad de encontrarlos. Después depositaremos la bolsa en el regazo del primer participante, quien metiendo la mano en la bolsa y sin mirar dentro, irá palpando. Cuando crea que ya ha encontrado su objeto, lo sacará y mostrará a los demás, que lo obsequiarán con un aplauso.

Introduciremos de nuevo el objeto de la bolsa y entregándola al siguiente participante, repetiremos la misma acción, y así con cada uno de los asistentes.

Es conveniente que cada participante “logre” sacar su objeto, aunque para ello, tengamos que ofrecerle a más de uno, una disimulada ayuda.

7. METODOLOGÍA

Es una investigación de carácter descriptiva basado en el análisis y síntesis que parte de lo simple a lo compuesto, de lo concreto a lo abstracto, de lo general a lo particular o viceversa. Dependiendo de la temática a trabajar con los adultos mayores. Para ello, se utilizará algunos de los métodos de investigación como:

Método Científico, este método permitirá adquirir los conocimientos científicos para llevar a cabo la investigación de campo, constituirá todo el proceso investigativo que parte desde la contextualización del marco teórico de las dos principales variables como son: tipos de olvidos cotidianos y su incidencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, marcha y balance.

Método Analítico-Sintético, permitirá en la investigación de campo procesar de mejor manera la identificación de la muestra seleccionada y analizar la información obtenida de la ficha de observación directa y sintetizar de acuerdo a lo evidenciado para dar a conocer las conclusiones y recomendaciones.

Método Estadístico, esto constituirá un apoyo importante para la descripción de la investigación de campo con lo que se visualizará de mejor manera los datos obtenidos de la ficha de observación directa, Mínimo Exámen Cognoscitivo, ficha de la Evaluación de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida, Marcha y Balance aplicada a toda la muestra de los adultos mayores, lo que servirá para plasmar los cuadros de tabulación e interpretar los mismos para dar a conocer las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Mínimo Exámen Cognoscitivo o test de MEC (Anexo N° 1)) servirá para evaluar áreas cognitivas como: memoria, atención, concentración, orientación, lenguaje.

El Test de las Fotos creado por el Doctor Cristóbal Carnero Pardo (Anexo N° 2)) evaluará la capacidad de recordar seis elementos que previamente se le mostraban al paciente y se le pedirá que nombre. Entre denominación y recuerdo se insertará una tarea de fluidez verbal en la que el sujeto deberá evocar nombres.

Evaluación de Actividades Instrumentales y Básicas de la vida Diaria (ABVD) (Anexo N°3) se valorara el desempeño para la realización de las actividades básicas como: bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia, aseo.

Evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (Anexo N° 4) comprende tres áreas principales: labores de casa como cocinar, lavar ropa, limpieza del hogar; actividades relacionadas con la utilización de transporte y compras; actividades cognoscitivas que incluyen manejo de dinero y cuentas, emplear el teléfono y administración de fármacos.

Evaluación de Marcha y Balance (Anexo N° 5) esta ficha evaluara la capacidad de movilidad, balance, habilidad para subir y bajar escaleras, fuerza y resistencia muscular.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total que se atenderá durante el trabajo investigativo será de 18 adultos mayores Internos y 60 adultos mayores externos; de los cuales se seleccionará una muestra de diez adultos mayores seis mujeres y cuatro varones en edades aproximadas entre 68 – 94 años.

8. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO DEL PROYECTO RECURSOS MATERIALES		
MATERIALES	CANTIDAD	VALOR
1. Materiales de Oficina		
Hojas de papel boom A 4	2 resmas	\$ 9.00
Lápices	4 Unidades	\$ 0.60
Pinturas	2 cajas	\$ 2.00
Borradores	4 unidades	\$ 1.00
Impresiones	800 unidades	\$ 8.00
Marcadores	2 cajas	\$ 3.00
2. Material Didáctico		
Témperas	4 cajas	\$ 6.00
Goma	3 unidades	\$ 1.80
Fómix	8 unidades	\$ 12.00
Tijeras	6 unidades	\$ 3.00
Cartulina	6 pliegos	\$ 2.40
Cerámicas por pintar	24 unidades	\$ 60.00
Pintura acrílica	6 cajas	\$ 21.00
Pinceles	24 unidades	\$ 14.40
3. Material de intervención terapéutica		
Balón terapéutico	1 unidad	\$ 30.00
Colchonetas	2 unidades	\$ 60.00
Sheillom	2 unidades	\$ 120.00
Rodillo terapéutico	1 unidad	\$ 70.00

Espejo	1 unidad	\$ 15.00
Escalera	1 unidad	\$ 40.00
Paralelas	1 Unidad	\$ 150.00
Aceite de vaselina	6 frascos	\$ 25.50
Mermeladas	2 latas	\$ 3.40
Goma de mascar	12 unidades	\$ 1.20
Velas	3 unidades	\$0.75
Algodón	1 funda	\$0.60
baja lenguas	24 unidades	\$2.40
Paletas	1 funda	\$0.50
Fósforos	1 caja	\$0.80
Frutas	5 de cada una	\$12.00
Flores	10 unidades	\$2.50
Balón	2 unidades	\$4.00
4. Viáticos		
Alimentación	5 meses	\$750.00
Transporte	5 meses	\$200.00
Vivienda	5 meses	\$150.00
TOTAL		1781.85

9. BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (INEC/CEPAL/CELADE), Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población.
- Craik, FIM (2002) Cambios en la memoria humana relacionados con la edad. En Envejecimiento cognitivo, Eds. Park D y Schwartz N., Madrid: Interamericana.
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Olvido>
- West, R.L.. (1986). Everyday memory and aging. *Developmental Neuropsychology*, 2, 323-344. Consultado 22-05-2010, hora:19:15
- Bartlett, J.C. y Leslie, J.E. (1986). Aging and memory for faces versus single views of faces. *Memory and Cognition*, 14, 371-381.
- Benedet, M.J. & Seisdedos, N. (1996). Evaluación clínica. Consultado 22-05-2010, hora:20:00
- Labouvie-Vief, G. y Schell, D.A. (1982). Learning and memory in later life. En B.B. Wolman (Ed). *Handbook of Developmental Psychology* (pp 826-846). Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall. Levy R. (1994). Aging-Associated. Consultado 25-05-2010, hora:21:08
- CRISTINA CASTANEDO PFEIFFER. Enfermera. Profesora Titular Enfermería Geriátrica. E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla".
- <http://www.espaciovisual.org/fundacion/id16.html>

- Stuart-Hamilton, 2002, p. 21
- Stuart-Hamilton, 2002
- Kalish, 1996, p.48
- <http://es.shvoong.com/medicine-and-health/1915637-cambios-f%C3%ADsicos-en-el-adulto>
- <http://www.psicogerontologia.com/monografias/cambios.htm>
- http://club.telepolis.com/torrefdz/enfermero_y_licenciado6.htm
- [http://www.enplenitud.com/Autor: Adriana Saldaña Lozano, Gloria Molina Pérez](http://www.enplenitud.com/Autor:AdrianaSalda%C3%B1aLozano,GloriaMolinaP%C3%A9rez)
- <http://www.microcaos.net/salud/el-proceso-del-envejecimiento-papel-de-la-enfermera/>
- http://www.plusesmas.com/diccionario/palabra/actividades_instrumentales_de_la_vida_diaria

9. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	2 0 1 0																												2 0 1 1															
	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				SEPTIEMBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Visita al Vicariato Apostólico de Zamora Chinchipe y entrevista		X																																										
Observación de los Adultos Mayores de la casa Hogar "Betania"		X	X																																									
Construcción del tema de investigación				X																																								
Recopilación bibliográfica para la construcción del Marco Teórico					X	X	X																																					
Construcción de la problematización y la justificación								X	X																																			
Elaboración de los objetivos y la Metodología									X	X																																		
Presentación del primer Borrador del proyecto para la Aprobación											X	X																																
Investigación de campo: Análisis e interpretación de resultados													X	X				X	X			X					X																	
Presentación de la Tesis																											X		X	X		X												
Disertación Pública																																				X								

ANEXO 1

VICARIATO APOSTÓLICO DE ZAMORA CH.
CASA HOGAR BETANIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PROGRAMA DE PSICORREHABILITACIÓN COMUNITARIA
Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)

Paciente:.....**fecha:**.....

Orientación

Dígame el día _____ fecha _____ mes _____ estación _____ año____ (5)

Dígame el hospital (o el lugar) _____ planta _____ ciudad _____
provincia _____ nación _____ (5)

Memoria de fijación

Repita estas 3 palabras: peseta – caballo – manzana (repetirlas hasta que las aprenda) (3)

Concentración y cálculo

Si tiene 30 euros y me va dando de 3 en 3:

¿Cuántas le van quedando?: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ (5)

Repita estos números: 5 – 9 – 2 (hasta que los aprenda).

Ahora hacia atrás: _____ - _____ - _____ (3)

Memoria

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?: _____ - _____ - _____ (3)

Lenguaje y construcción

Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj (2)

Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros» (1)

Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?

¿Qué son el rojo y el verde? _____ ¿Qué son un perro y un gato? _____ (2)

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo, y póngalo encima de la mesa (3)

Lea esto y haga lo que dice: **CIERRE LOS OJOS** (1)

Escriba una frase _____ (1)

Copie este dibujo el dibujo consiste en dos pentágonos, uno de los cuales tiene la base en el plano horizontal, y el otro con la base en el plano vertical. Ambos interseccionan entre sí los dos lados que forman el ángulo superior dicho del primero, con los dos lados que forman el ángulo inferior izquierdo del segundo.

Instrucciones del Test de Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)

1. Orientación: Un punto por cada acierto; enumerar cada ítem y esperar la respuesta

2. Fijación: Decir las tres palabras seguidas y repetirlas tantas veces como sea necesario hasta que el paciente las diga correctamente; se da un punto por cada palabra que diga correctamente en el primer intento

3. Concentración y cálculo: Se da un punto por cada respuesta correcta. Se da un punto por cada cifra correcta y en el orden correcto.

4. Memoria: Se da un punto por cada palabra recordada, independientemente del orden.

5. Lenguaje y construcción: Se da un punto por cada nombre correcto. Un punto si repite la misma frase, que ha de citarse una sola vez. Un punto por cada respuesta correcta (colores, animales).

Un punto por cada parte de la orden correctamente realizada. Un punto si lee, interpreta y ejecuta la orden escrita. Un punto si escribe una frase con sujeto, verbo y predicado y con sentido (no se valora la caligrafía ni la ortografía). Un punto si dibuja dos pentágonos con intersección de uno de sus ángulos.

Consta de 35 ítems, el cual valora, para construcción de la calificación con punto de corte de 30 a 35 normal (N), límite 25-29, deterioro leve (DL) 20-24, deterioro moderado (DM) 15-19 y deterioro severo (DS) 14-0.

TEST de las FOTOS

1.- Denominación (Den)

Enséñele la lámina con las fotos y pídale que las nombre; dé **1 punto** por cada respuesta correcta; en caso de error o no respuesta, indíquele el nombre correcto y no le dé ningún punto. (Una vez concluya esta tarea, retire la lámina y apártela de la vista del sujeto)

2.- Fluidez Verbal (FH / FM)

a.- “Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres que recuerde” (comience siempre por el sexo contrario)

(No dé ejemplos, conceda **30 segundos** y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé **1 punto** por cada nombre correcto, no puntúe los nombres similares (Mari-María; Pepe-José, Dolores-Lola, etc))

b.- “Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres (mismo sexo) que recuerde” (termine preguntando por el mismo sexo)

(No de ejemplos, conceda **30 segundos** y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé **1 punto** por cada nombre correcto, no puntúe los nombres similares (Mari-María; Pepe-José, etc))

3.- Recuerdo

a.- Recuerdo Libre (RL): “Recuerda qué fotos había en la lámina que le enseñé antes”. (**Máximo 20 segundos**); dé **2 puntos** por cada respuesta correcta.

b.- Recuerdo Facilitado (RF): Ofrecerle como pista y ayuda la “categoría” de las imágenes que **NO** haya recordado espontáneamente anteriormente, diciéndole por ejemplo: “También había una fruta, ¿la recuerda?”. Dé **1 punto** por cada respuesta correcta.

* 2 puntos por respuesta correcta

ANEXO 2

TEST de las FOTOS

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Categoría	Fotos	Den	RL*	RF	Fluidez Hombres (FH)	Fluidez Mujeres (FM)
Juego	Cartas					
Vehículo	Coche					
Fruta	Pera					
Inst. Musical	Trompeta					
Prenda vestir	Zapatos					
Cubierto	Cuchara					
Sub-Totales						
Total de Test de las fotos(Den+RL+RF+FH+FM)						

*2 puntos por cada respuesta correcta

OBSERVACIONES.-

ANEXO 2



**VICARIATO APOSTÓLICO DE ZAMORA CH.
CASA HOGAR BETANIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA**

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Nombres y Apellidos:.....Edad.....

1. Baño: esponja regadera o tina		
No necesita asistencia, (puede entrar y salir de la tina por si mismo si la tina es su medio usual de baño) [] [] [] []	Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (como espalda o pierna) [] [] [] []	Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte. [] [] [] []
2. VESTIDO: Que puede tomar del closet o de los cajones la ropa, incluyendo la ropa interior, vestido y que se puede abrochar.		
Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia [] [] [] []	Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia [] [] [] []	Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse. [] [] [] []
3. IR AL BAÑO: Ir al baño, limpieza y arreglar su ropa		
Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que puede arreglar su ropa o en el uso del pañal o cómodo) [] [] [] []	Que reciba asistencia para ir al baño, en limpiarse y manejar por si mismo el pañal o cómodo vaciándolo. [] [] [] []	Que vaya al baño el mismo. [] [] [] []
4. TRANSFERENCIAS		
Que se mueva dentro y fuera de la cama o silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un objeto de soporte) [] [] [] []	Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. [] [] [] []	Que pueda salir de la cama [] [] [] []
5. CONTINENCIA		
Control total de esfínteres. [] [] [] []	Que tenga accidentes ocasionales. [] [] [] []	Necesita ayuda para la supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o incontinente. [] [] [] []
6. ALIMENTACIÓN		
Que se alimente por sí sólo sin asistencia alguna. [] [] [] []	Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. [] [] [] []	Que reciba asistencia en alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parental [] [] [] []

**VICARIATO APOSTÓLICO DE ZAMORA CH.
CASA HOGAR BETANIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA**

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Nombres y Apellidos:.....**Edad:**.....

	1a	2a	3a
A. Capacidad para usar el teléfono			
1. Lo opera por iniciativa propia, marca sin problema
2. Marca unos cuantos números bien conocidos.
3. Contesta el teléfono pero no llama
4. No usa el teléfono
B. Compras			
1. Vigila sus necesidades independientemente
2. Hace independientemente sólo pequeñas compras
3. Necesita compañía para cualquier compra
4. Incapaz de cualquier compra
C. Cocina			
1. Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente
2. Prepara los alimentos, sólo si se le provee de lo necesario
3. Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada
4. Necesitan que le prepare los alimentos
D. Cuidado del hogar			
1. Mantiene la casa sólo o con ayuda mínima
2. Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente
3. Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia
4. Necesita ayuda en todas las actividades
5. No participa
E. Lavandería			
1. Se ocupa de sus ropas independientemente
2. Lava sólo pequeñas cosas
3. Todo se lo tiene que lavar
F. Transporte			
1. Se transporta sólo
2. Se transporta sólo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos
3. Viaja en transporte colectivo acompañado
4. Viaja en taxi o en auto y acompañado
5. No sale
G. Medicación			
1. Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas
2. Se hace responsable sólo si le prepara por adelantado
3. Es incapaz de hacerse cargo
H. Finanzas			
1. Maneja sus asuntos independientemente
2. Solo puede manejar lo necesario para pequeñas compras
3. Es incapaz de manejar el dinero

ANEXO 5

VICARIATO APOSTÓLICO DE ZAMORA CH.
CASA HOGAR BETANIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA

EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y BALANCE

Nombres y Apellidos:.....Edad.....

Observaciones de la evaluación de seguimiento	
La persona al sentarse erguida, ¿se mantiene estable y equilibrada?	SI () NO ()
¿Puede la persona estar de pie con los brazos cruzados?	SI () NO ()
Al ponerse de pie, la persona ¿ puede permanecer en posición firme?	SI () NO ()
La persona con los ojos cerrados ¿mantiene el equilibrio?	SI () NO ()
Cuando se empuja a la persona con suavidad, ¿puede recuperarse sin ? dificultad?	SI () NO ()
Cuando la persona comienza a caminar, ¿lo hace sin vacilar?	SI () NO ()
Al caminar, ¿levanta bien los pies del suelo?	SI () NO ()
Existe simetría de los pasos, con pasos regulares y parejos en longitud?	SI () NO ()
¿Da la persona pasos regulares y continuos?	SI () NO ()
¿Camina la persona derecha sin ningún apoya para caminar?	SI () NO ()
La persona ¿se mantiene de pie con los talones juntos?	SI () NO ()
¿Puede la persona sentarse con seguridad y calcular distancias correctamente?	SI () NO ()

