



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL**

TITULO:

**ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA PARA MEJORAR ACTIVIDADES DE
LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO
LEVE**

AUTORES:

LLERENA RAMOS LESLIE NICOLE

PAREJA NAVARRO WLADIMIR LENIN

TUTOR:

LCDA. JANINA ISABEL GÓMEZ BLANCO

GUAYAQUIL - ECUADOR

2021



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL**

TITULO:

**ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA PARA MEJORAR ACTIVIDADES DE
LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO
LEVE**

AUTORES:

LLERENA RAMOS LESLIE NICOLE

PAREJA NAVARRO WLADIMIR LENIN

TUTOR:

LCDA. JANINA ISABEL GÓMEZ BLANCO

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021

CONTRAPORTADA

PORCENTAJE DE SIMILITUD



ANEXO VII.- CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **JANINA GÓMEZ BLANCO** tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **LESLIE NICOLE LLERENA RAMOS** y **WLADIMIR LENIN PAREJA NAVARRO**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **LICENCIADOS EN TERAPIA OCUPACIONAL**.

Se informa que el trabajo de titulación: **ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA PARA MEJORAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio URKUND quedando el **7 %** de coincidencia.



<https://secure.arkund.com/old/view/93060212-337794-599831#Dcg9CsJAEDhu2z9k12dn83kKpJCgkoK06QU7+4UDx7ft32utt47gnStlioRKZGyoslgDBTtqKC19YY6hnVMsMTxigchxCAW5mQxknQyyNxo1/E+i9exPB792>



JANINA ISABEL
GÓMEZ BLANCO

Lcda. Janina Gómez Blanco Mgs.
DOCENTE TUTOR

C.I. 0908244460
FECHA: 07-03-2021

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO: Entrenamiento de la Memoria para Mejorar Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve

AUTOR/ES:

Nicole Leslie Llerena Ramos
Wladimir Lenin Pareja Navarro

TUTOR:

Lcda. Janina Isabel Gómez Blanco

REVISOR:

Msc. Nissey Selee Reyes Lozano

INSTITUCIÓN:

Universidad de Guayaquil

FACULTAD:

Ciencias Médicas

CARRERA:

Terapia Ocupacional

FECHA DE PUBLICACIÓN:

No. DE PÁGS:

TÍTULO OBTENIDO:

Licenciatura

ÁREAS TEMÁTICAS:

Gerontológico – Rehabilitación desde Terapia Ocupacional

PALABRAS CLAVE:

Entrenamiento de la memoria - Adultos mayores - Actividades de la vida diaria básicas - Deterioro Cognitivo Leve.

RESUMEN: El presente proyecto de investigación tiene como objetivo emplear estrategias y técnicas para entrenamiento de la memoria con el propósito de disminuir aquellas complicaciones que causa el deterioro cognitivo y mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas (ABVD) en los adultos mayores de la Fundación La Casa del Hombre Doliente. **METODOLOGÍA:** descriptiva, exploratoria, observacional, cualitativa, ya que nos enfocaremos en medir con la mayor precisión posible la capacidad funcional y memoria, a fin de encontrar los procedimientos adecuados para la intervención. **RESULTADOS:** La edad más predominante de los adultos mayores fue de 65 a 70 años con 62%, el sexo masculino con 69%, 64% procedentes de Guayaquil, la patología sobresaliente fue la epilepsia con 39%, el 62% utiliza ayudas técnicas, 69% ejecutaban las ABVD de forma independiente, 77% mostró complicaciones en la memoria a corto plazo en la orientación temporo espacial y el 69% problemas acerca de información sobre el mundo circundante, el 61% demostró deterioro cognitivo leve y el 31% refiere depresión. **CONCLUSIÓN:** se determinó que la implementación de actividades para el entrenamiento de la memoria favorece el desempeño ocupacional del adulto mayor e influyen positivamente en el estado de ánimo.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

☐ SI

☐ NO

CONTACTO CON AUTOR/ES

Leslie Llerena Ramos
Lenin Pareja Navarro

Teléfono:

0979983170
0982803701

E-mail:

lesliellerena18@gmail.com
lenin-pareja@hotmail.es

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: Secretaría de la Facultad

Teléfono: 2-391049

E-mail: www.ug.edu.ec



**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Nosotros, Llerena Ramos Leslie Nicole con C.I. 0908244460 y Pareja Navarro Wladimir Lenin con C.I. 0930224167, certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA PARA MEJORAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE”** son de nuestra absoluta propiedad y responsabilidad, en conformidad al Artículo 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo/amo la utilización de una licencia gratuita intransferible, para el uso no comercial de la presente obra a favor de la Universidad de Guayaquil.

Leslie Nicole Llerena Ramos
C.I. 0908244460

Wladimir Lenin Pareja Navarro
C.I. 0930224167



**ANEXO VI. - CERTIFICADO DEL DOCENTE-TUTOR DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL**

Guayaquil, 07 marzo 2021

Dra. Ingrid Gurumendi España
DIRECTORA DE LA CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. -

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **“ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA PARA MEJORAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE”** del(los) estudiante (s) , **LLERENA RAMOS LESLIE NICOLE CON Y PAREJA NAVARRO WLADIMIR LENIN**, indicando que ha(n) cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) está (n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,



Lcda. Janina Gómez Blanco Mgs.
DOCENTE TUTOR

C.I. 0908244460
FECHA: 07-03-2021

ANEXO VIII.- INFORME DEL DOCENTE REVISOR

Guayaquil, 10 de marzo del 2021

Sra.

Dra. Ingrid Gurumendi España

DIRECTOR (A) DE LA CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad. -

De mis consideraciones:

Envío a Ud. El informe correspondiente a la REVISIÓN FINAL del Trabajo de Titulación **“ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA PARA MEJORAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE”** del(los) estudiante (s) **LLERENA RAMOS LESLIE NICOLE Y PAREJA NAVARRO WLADIMIR LENIN**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

El título tiene un máximo de _____ palabras.

La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.

El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.

La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.

Los soportes teóricos son de máximo _____ años.

La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

El trabajo es el resultado de una investigación.

El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.

El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.

El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,



FIRMA AUTENTICAADA POR
NISSEY SELE
REYES LOZANO

Leda. Nissey Sele Reyes Lozano

C.I. 0910864719

Fecha: 10/03/2021

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a mi madre LINDA LESLY RAMOS IBARRA quien siempre me estuvo apoyando en todo momento para poder culminar mis estudios y poder llegar a ser una profesional de la Patria.

A mi hermano EDGAR JOEL LLERENA RAMOS por ser un pilar fundamental en mi vida y apoyarme siempre moralmente y económicamente para que este proyecto fuese posible.

A mis demás familiares porque han estado ahí presentes siempre y más cuando más los he necesitado.

LESLIE NICOLE LLERENA RAMOS

A mi madre por todo el esfuerzo ya que sin su apoyo no habría logrado culminar uno de mis objetivos, gracias porque me ha impulsado a seguir aprendiendo inculcándome valores y sobre todo a ser razonable, responsable y haber confiado en mis capacidades. A mi hija que es un punto clave por la cual ante los obstáculos me inspiró para seguir adelante.

WLADIMIR LENIN PAREJA NAVARRO

AGRADECIMIENTO

Primordialmente queremos agradecer a Dios por darnos gran sabiduría, entendimiento y responsabilidad durante este largo proceso de poder culminar con éxitos la tesis.

A nuestra tutora, la Lcda. Janina Gómez que con su conocimiento y experiencia supo guiarnos en la estructura y desarrollo de la tesis, sin sus consejos y recomendaciones no habríamos podido llegar a la culminación de este de forma idónea.

Agradecemos a la Universidad de Guayaquil, por habernos brindado la oportunidad de forjarnos como profesionales, a los docentes de la carrera de Terapia Ocupacional por guiarnos, orientarnos y brindarnos sus conocimientos durante el desarrollo de nuestra carrera, debemos recalcar su dedicación y esfuerzo la cual tenía siempre como objetivo que aprendiéramos más.

A la institución La Casa del Hombre Doliente, por abrirnos las puertas y brindarnos la oportunidad de poder realizar este proyecto.

LLERENA RAMOS LESLIE NICOLE

PAREJA NAVARRO WLADIMIR LENIN

TABLA DE CONTENIDO

CONTRAPORTADA	I
PORCENTAJE DE SIMILITUD.....	II
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA.....	III
LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS.....	IV
CERTIFICADO DEL DOCENTE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION .V	
CERTIFICADO DEL DOCENTE REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACION	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO.....	VIII
TABLA DE CONTENIDO	IX
INDICE DE TABLAS	XIII
ÍNDICE DE GRAFICOS	XIV
INDICE DE FIGURAS	XV
RESUMEN	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCION.....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	7
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.5 JUSTIFICACIÓN	8
1.6 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.7 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.8 VARIABLES	9
1.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	10
CAPITULO II	14
MARCO TEORICO	14
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	14

2.1.1 ENVEJECIMIENTO	15
2.1.1.1 INCIDENCIA DEL ENVEJECIMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA	16
2.1.1.2 LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL	17
2.1.1.3 TIPOS DE ENVEJECIMIENTO	17
2.1.1.3.1 ENVEJECIMIENTO IDEAL:	17
2.1.1.3.2 ENVEJECIMIENTO ACTIVO:.....	18
2.1.1.3.3 ENVEJECIMIENTO HABITUAL:	18
2.1.1.3.4 ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO:	18
2.1.1.4 FUNCIONES DE LA MEMORIA QUE PERMANECEN RELATIVAMENTE ESTABLES Y AFECTADAS CON EL ENVEJECIMIENTO.....	18
2.1.2 DETERIOR COGNITIVO	18
2.1.3 DETERIORO COGNITIVO LEVE	19
2.1.3.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	20
2.1.3.2 DIAGNOSTICO.....	20
2.1.3.3 FACTORES DE RIESGOS	21
2.1.3.4 FACTORES DEMOGRÁFICOS	21
2.1.3.5 FACTORES GENÉTICOS	21
2.1.3.6 TIPOS.....	21
2.1.3.7 FUNCIONES COGNITIVAS	22
2.1.3.7.1 MEMORIA.....	22
2.1.3.7.2 ATENCION	23
2.1.3.7.2.1 CLASIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN	24
2.1.3.8 FUNCIONES EJECUTIVAS.....	25
2.1.4 INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ADULTO MAYOR.....	25
2.1.4.1 LA TERAPIA OCUPACIONAL.....	25
2.1.4.2 VALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR FUNCIONAL.....	26
2.1.4.2.1 ÁREA FUNCIONAL	26
2.1.4.2.2 ÁREA COGNITIVA.....	26
2.1.4.2.2.1 VALORACIÓN COGNOSCITIVA MINI MENTAL.....	26
2.1.4.2.2.2 ESCALA DE VALORACIÓN DE LA MEMORIA DE WECHSLER	26
2.1.4.2.3 ÁREA SOCIO - EMOCIONAL	26
2.1.4.2.3.1 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE	26

2.1.4.3 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES	27
2.1.4.4 AREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE	27
2.1.4.5 SITUACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.....	28
2.1.5 ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA.....	28
2.1.5.1 BENEFICIOS DEL ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA.....	29
2.1.5.2 TIPOS DE ENTRENAMINETO	29
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	30
2.3 MARCO CONTEXTUAL	32
2.4MARCO LEGAL.....	34
TÍTULO II.....	34
DERECHOS.....	34
SECCIÓN SÉPTIMA	34
Salud	34
CAPÍTULO TERCERO.....	35
SECCIÓN PRIMERA.....	35
Sección Sexta del derecho a la salud integral, física, mental, sexual y reproduct	
.....	37
CAPITULO III	38
MARCO METODOLÓGICO	38
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	38
INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA:	38
INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA:	38
INVESTIGACIÓN EXPLICATIVA	38
3.3 SELECCIÓN DEL ÁREA	38
3.4 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	39
3.4.1 Encuesta	39
3.4.2 Observación	39
3.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	39
3.5.1 MINI MENTAL EXAMEN COGNOSCITIVO	39
3.5.1.1CALIFICACIÓN:	39
3.5.1.2TIEMPO.....	40
3.5.1.3VALIDEZ.....	40
3.5.2 ESCALA DE MEMORIA DE WECHSLER (WMS).....	40
3.5.2.1CALIFICACIÓN.....	40

3.5.2.2 TIEMPO.....	41
3.5.2.3FIABILIDAD	41
3.5.3 ESCALA DE ÍNDICE DE BARTHEL	41
3.5.3.1 PUNTUACIÓN.....	41
3.5.3.2 FIABILIDAD	42
3.5.3.3 VALIDEZ.....	42
3.5.4 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.....	43
3.5.4.1 PUNTUACIÓN.....	43
3.5.4.2 TIEMPO.....	43
3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA	43
3.6.1 POBLACIÓN	43
3.6.2 MUESTRA.....	45
3.7.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	47
3.8 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	48
3.8.1 ANALISIS Y RESULTADO DE LA ENCUESTA APLICADA A LOS PROFESIONALES DE SALUD Y PERSONAL.	55
3.9 CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN	70
3.9.1 CONCLUSIÓN	70
3.9.2 RECOMENDACIÓN	71
CAPITULO IV	72
LA PROPUESTA.....	72
4.1 TEMA:	72
4.2 JUSTIFICACIÓN	72
4.3 IMPORTANCIA DE LA PROPUESTA	72
4.4 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	73
4.4.1 OBJETIVO GENERAL	73
4.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	73
4.5 ASPECTOS TEÓRICOS DE LA PROPUESTA.....	73
4.6 FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA	73
4.6.1 FACTIBILIDAD TÉCNICA.....	73
4.6.2 FACTIBILIDAD FINANCIERA.....	74
4.6.3 FACTIBILIDAD HUMANA.....	74
4.6.4 FACTIBILIDAD DEL RECURSO FÍSCO	74
4.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	75
4.7.1 FUNCIÓN:	75

4.7.2 POBLACIÓN.....	75
4.7.3 DETALLES DE LAS ACTIVIDADES DEL ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA.	75
ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR.....	76
PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES.....	84
4.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 ESCALA DE PUNTUACIÓN MINI EXAMEN COGNOSCITIVO	40
TABLA 2 GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN PUNTUACIÓN DE ESCALA	42
TABLA 3 GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE ESCALA.....	43
TABLA 4 POBLACION	44
TABLA 5 MUESTRA	45
TABLA 6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	46
TABLA 7 CUÁL ES EL RANGO DE EDAD	48
TABLA 8 ¿CUÁL ES EL SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES?.....	49
TABLA 9 ¿CUÁL ES EL GRADO DE INSTRUCCIÓN?	50
TABLA 10 LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS	51
TABLA 11 ¿CUÁL ES EL ESTADO CIVIL?	52
TABLA 12 ¿QUÉ PATOLOGÍAS PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES?	53
TABLA 13 LOS USUARIOS UTILIZAN AYUDAS TÉCNICAS.....	54
TABLA 14 FACTORES DE RIESGOS	55
TABLA 15 REALIZAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	56
TABLA 16 COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES	57
TABLA 17 DIFICULTAD EN APRENDER Y RETENER LA INFORMACIÓN NUEVA.....	58
TABLA 18 EJERCICIOS PARA LA MEMORIA.....	59
TABLA 19 BENEFICIOS DEL ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA.....	60
TABLA 20 BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES	61
TABLA 21 VALORACIÓN DE LAS ABVD. ÍNDICE DE BARTHEL	62

TABLA 22 VALORACIÓN DE MEMORIA CON LA ESCALA DE WECHSLER (WMS-IV). INFORMACIÓN DEL MUNDO CIRCUNDANTE	63
TABLA 23 VALORACIÓN DE MEMORIA CON LA ESCALA DE WECHSLER (WMS-IV). ORIENTACIÓN (TEMPORO-ESPACIAL).....	64
TABLA 24 VALORACIÓN DE MEMORIA CON LA ESCALA DE WECHSLER (WMS-IV). MEMORIA LÓGICA.....	65
TABLA 25 VALORACIÓN DE MEMORIA CON LA ESCALA DE WECHSLER (WMS-IV).....	66
TABLA 26 VALORACIÓN DE MEMORIA CON LA ESCALA DE WECHSLER (WMS-IV).....	67
TABLA 27 VALORACIÓN CON ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN YESAVAGE	68
TABLA 28 VALORACIÓN COGNITIVA MINIMENTAL.....	69
TABLA 29 RECURSOS.....	74
TABLA 30 PLANIFICACIÓN ACTIVIDADES.....	84

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1 POBLACIÓN	44
GRAFICO 2 MUESTRA	45
GRAFICO 3 RANGO DE EDAD.....	48
GRAFICO 4 SEXO DE ADULTOS MAYORES	49
GRAFICO 5 GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES	50
GRAFICO 6 LUGAR DE PROCEDENCIA.....	51
GRAFICO 7 ESTADO CIVIL	52
GRAFICO 8 PATOLOGÍAS.....	53
GRAFICO 9 AYUDAS TÉCNICAS	54
GRAFICO 10 FACTORES DE RIESGOS	55
GRAFICO 11 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	56
GRAFICO 12 COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES	57
GRAFICO 13 DIFICULTAD EN APRENDER Y RETENER LA INFORMACIÓN NUEVA.....	58

GRAFICO 14 EJERCICIOS PARA LA MEMORIA.....	59
GRAFICO 15 BENEFICIOS DEL ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA	60
GRAFICO 16 BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES	61
GRAFICO 17 ÍNDICE DE BARTHEL.....	62
GRAFICO 18 INFORMACIÓN DEL MUNDO CIRCUNDANTE.....	63
GRAFICO 19 ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL	64
GRAFICO 20 MEMORIA LÓGICA	65
GRAFICO 21 MEMORIA DE DÍGITOS.....	66
GRAFICO 22 REPRODUCCIÓN VISUAL	67
GRAFICO 23 VALORACIÓN CON ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN YESAVAGE	68
GRAFICO 24 VALORACIÓN COGNITIVA MINIMENTAL.....	69

INDICE DE FIGURAS

FOTOGRAFIA 1 ACTIVIDAD IMITACIÓN DE MODELO	77
FOTOGRAFÍA 2 ACTIVIDAD RODEA LAS COSAS DE COCINA.....	78
FOTOGRAFÍA 3 ACTIVIDAD IDENTIFICANDO LA ESTRELLA	79
FOTOGRAFÍA 4 ACTIVIDAD OBSERVA, OBSERVA	80
FOTOGRAFÍA 5 ACTIVIDAD ESCRIBE LA PALABRA CONTRARIA.....	82
FOTOGRAFÍA 6 ACTIVIDAD RECORDANDO, RECORDANDO	83



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL
UNIDAD DE TITULACIÓN

ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA PARA MEJORAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE

Autores: Llerena Ramos Leslie Nicole
Pareja Navarro Wladimir Lenin

Tutor: Lcda. Gómez Blanco Janina Isabel

RESUMEN

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo emplear estrategias y técnicas para entrenamiento de la memoria con el propósito de disminuir aquellas complicaciones que causa el deterioro cognitivo y mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas (ABVD) en los adultos mayores de la Fundación La Casa del Hombre Doliente. **METODOLOGÍA:** descriptiva, exploratoria, observacional, cualitativa, ya que nos enfocaremos en medir con la mayor precisión posible la capacidad funcional y memoria, a fin de encontrar los procedimientos adecuados para la intervención. **RESULTADOS:** La edad más predominante de los adultos mayores fue de 65 a 70 años con 62%, el sexo masculino con 69%, 64% procedentes de Guayaquil, la patología sobresaliente fue la epilepsia con 39%, el 62% utiliza ayudas técnicas, 69% ejecutaban las ABVD de forma independiente, 77% mostró complicaciones en la memoria a corto plazo en la orientación temporo espacial y el 69% problemas acerca de información sobre el mundo circundante, el 61% demostró deterioro cognitivo leve y el 31% refiere depresión. **CONCLUSIÓN:** se determinó que la implementación de actividades para el entrenamiento de la memoria favorece el desempeño ocupacional del adulto mayor e influyen positivamente en el estado de ánimo.

Palabras claves: Entrenamiento de la memoria - Adultos mayores - Actividades de la vida diaria básicas - Deterioro Cognitivo Leve.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL
UNIDAD DE TITULACIÓN

ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA PARA MEJORAR ACTIVIDADES DE
LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO
LEVE

Autores: Llerena Ramos Leslie Nicole
Pareja Navarro Wladimir Lenin
Tutor: Lcda. Gómez Blanco Janina Isabel

ABSTRACT

The present research project aims to use strategies and techniques for memory training in order to reduce those complications caused by cognitive impairment and improve the performance of basic activities of daily living (ABVD) in older adults of La Casa del Hombre Doliente Foundation. **METHODOLOGY:** descriptive, exploratory, observational, qualitative, since we will focus on measuring functional capacity and memory as accurately as possible, in order to find the appropriate procedures for the intervention. **RESULTS:** The most prevalent age of the elderly was from 65 to 70 years with 62%, the male sex with 69%, 64% from Guayaquil, the outstanding pathology was epilepsy with 39%, 62% used technical aids, 69% performed the ABVD independently, 77% showed complications in short-term memory in spatial temporal orientation and 69% problems about information about the surrounding world, 61% showed mild cognitive impairment and 31% reported depression. **CONCLUSION:** it was determined that the implementation of activities for memory training favors the occupational performance of the elderly and positively influences the state of mind.

Key words: Memory training - Older adults - Basic activities of daily living - Mild Cognitive Impairment.

INTRODUCCION

El envejecimiento va acompañado de cambios psicológicos, morfológicos, bioquímicos y fisiológicos. En los cambios morfológicos del cerebro prevalece la disminución del tamaño y pérdida de peso. El organismo padece el deterioro por el paso de los años que trae consecuencias desde el punto de vista cognitivo (Hernández, 2005)

Sin lugar a duda, el deterioro cognitivo leve es el síntoma evidente en la edad avanzada que indica una alteración o disminución de la capacidad neuronal, es un asunto de enorme trascendencia, que desemboca implícitamente una secuencia de restricciones en alusión a la autonomía y calidad de vida de los adultos mayores afectados. En los adultos mayores, la sensibilidad en sus receptores, la memoria y la percepción se ven afectados cuando se desarrolla un deterioro cognitivo leve y posteriormente puede avanzarse hasta tomar una enfermedad de Alzheimer, demencia. (Carrera, 2014)

El envejecimiento de una persona causa una ineludible declinación en sus capacidades y además mayor vulnerabilidad frente a cambios. Los inconvenientes con diferentes ocupaciones de la vida diaria, como es (traslado, vestidos, ingesta de alimentos, aseo personal, etcétera.) son indicios que se adquiere o desencadena deterioro cognitivo leve, estarían expuestos a mostrar patologías neurodegenerativas. (1) Las personas con demencia carecen de la capacidad de utilizar o manejar de manera factible sus finanzas debido a las dificultades que presentan en la memoria, el juicio, la percepción y el razonamiento. (Toso, 2009)

Por esta razón, desde el punto de vista rehabilitador de la Terapia Ocupacional se buscó conservar lo mayormente posible la autonomía de las Ocupaciones de la Vida Diaria, para de esta manera lograr optimizar la calidad de vida del usuario a través de actividades que estimulen la memoria (pictogramas, cartillas didácticas) en el adulto mayor.

Para la mejor comprensión del presente trabajo de investigación se lo ha clasificado en cuatro capítulos:

Capítulo I: El planteamiento del problema, formulación del problema, preguntas de investigación, objetivos de la investigación, justificación, delimitación del problema y operacionalización de variables.

Capítulo II: Abordaje de los antecedentes de la investigación, marco teórico, marco conceptual, marco contextual y marco legal.

Capítulo III: Está conformado por la metodología que se emplea en el trabajo de investigación, el análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo IV: Hace referencia al desarrollo de la propuesta de investigación, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el informe de la Organización de las Naciones Unidas (OMS, 2015) sobre el envejecimiento de la población mundial, para 2050, el número de personas de 65 años o más aumentará de 901 millones a 1.400 millones, un aumento del 56%. La población mundial de ancianos aumentará a más del doble desde 2015, alrededor de 2.100 millones de personas. En los próximos 15 años, se espera que el crecimiento de la población anciana en América Latina y el Caribe sea del 71%, el más alto del mundo, seguido de Asia (66%), África (64%), Oceanía (47%) y América del Norte (41%). Y Europa (23%)

(2) El aumento de la población de adulto mayor significa inevitablemente cambios sociales, económicos y políticos, y algunos de estos cambios obviamente recaen sobre el sistema de salud. Algunos no necesariamente requieren una gran inversión en tecnología y dinero, pero prestan más atención a prevenir las condiciones patológicas de los ancianos Y el manejo básico del concepto de anciano sano; esta definición incluye la supervivencia a una determinada edad, la autonomía en las actividades de la vida diaria, el bienestar, la participación social, no enfermedad crónica, no deterioro funcional o cognitivo o solo deterioro leve.

En el Ecuador según el censo INEC (2009) el deterioro cognitivo afecta alrededor del 10% de los adultos mayores que viven en el país, entre el 15% y el 35%, de adultos mayores viven en centros geriátricos, entre el 10% y el 20% se encuentran hospitalizados en unidades de psiquiatría y hospitales generales, por lo tanto, es escasa la población de adultos mayores que se encuentre habitando en su hogar con sus familiares. El deterioro cognitivo se presenta en adultos mayores de los que se menciona, en Quito se presenta un 8, 1% en hombres, 23,7 % en mujeres, luego en la ciudad de Guayaquil encontramos que en un 13,7% se presenta en los hombres, en cambio en las mujeres se presenta en un 20,3%. (3)

En Guayaquil en sus instalaciones ubicadas en Samanes 7, norte, destaca una fundación que se caracteriza por brindar atención humana integral a pacientes adultos en estado de abandono y ancianos en fase terminal de su enfermedad, “La casa del hombre

doliente”. En ella existe un índice de porcentaje muy alto de adultos mayores con deterioro cognitivo, vulnerables en tema de aumentar su cronicidad la cual los conllevaría a ser dependientes en sus actividades cotidianas. El principal objetivo de esta institución de la Arquidiócesis que en la actualidad alberga a 50 pacientes es brindarles la oportunidad de combatir sus enfermedades y tener una mejor calidad de vida. Hay internados indigentes, enfermos terminales y personas abandonadas, además de un grupo por el que sus familias entregan una pequeña mensualidad. Entre los albergados están personas con demencia senil, hemiplejía, hemiparesia, epilepsia y trastornos mentales y deterioro cognitivo.

Con el envejecimiento se muestran en el cerebro de manera habitual cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funcionalidades cerebrales tienen la posibilidad de llevar a exponer alteraciones cognitivas o seguir su funcionalidad regular; ciertos de los cambios morfológicos que se muestran son pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal que tiene un funcionamiento importante en la atención y funcionalidades ejecutivas; disminución del volumen neuronal el cual no es uniforme, cambios sinápticos y en las extensiones dendríticas de las células piramidales que reducen en número y tamaño; disminución en neurotransmisores y disminución del número de receptores más que nada en patologías neurodegenerativas.

Sin embargo, el deterioro cognitivo definido como la pérdida de funciones cognitivas, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual, el mantenimiento de la cognición del paciente mayor está ligado a variables como las patologías del paciente, el soporte social, el estado anímico y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia, de manera que atribuir las alteraciones cognitivas que se presentan en los adultos mayores sólo al aspecto del envejecimiento neurológico sería un error; en el estudio de (Zamora-Mocorra) y colaboradores sobre el efecto del soporte social en el deterioro cognitivo de adultos mexicanos mayores de 50 años se encontró correlación con el estudio de Feng y colaboradores realizado en adultos chinos mayores, observándose que el soporte social es importante para el mantenimiento cognitivo en los adultos mayores con edades por encima de 70 años en promedio y las variables que tuvieron impacto en el deterioro

cognitivo, aparte de la edad, fueron el estado económico, soporte social, nivel educativo y lugar de residencia.

Uno de los principales factores cognitivos que se ve afectada es la pérdida de memoria, que puede llegar a derivar a enfermedades severas. Por lo tanto, la memoria es un factor muy importante del ser humano. Es la identidad del yo, de la consciencia de existir, de lo que hemos vivido, de quiénes somos. Específicamente hablaremos sobre la memoria de trabajo la cual puede definirse como la capacidad para mantener temporalmente activa la información para su utilización en diferentes actividades cognitivas como comprender o pensar Baddeley (2010). (1) Esta capacidad es importante en tanto que se relaciona con el éxito de la persona en muchas actividades y tareas cognitivas.

En relación con una perspectiva de declive cognitivo, se esperaría alguna influencia de una edad madura como la adultez mayor sobre el desempeño evaluado en la memoria de trabajo, pues en la evaluación de dominios cognitivos se plantean factores influyentes como: el nivel de escolaridad y la edad del evaluado; incluso, se han considerado desde los 50 años aproximadamente, cambios cognitivos asociados a fallas discretas en la memoria: mínima disminución en el volumen (Craik, 1977, citado por Ardila & Roselli, 1994; Crook et al., 1986, citado por Román & Sánchez, 1998) lentificación en la respuesta como reflejo de la afectación en la velocidad de procesamiento cognitivo (Junqué & Jódar, 1990; Salthouse, 1996, citado por Román & Sánchez, 1998) y dificultades en la selección atencional o en la inhibición de estímulos irrelevantes (Burin & Duarte, 2005; Pousada, 1998).

Este estudio se centra en la identificación del deterioro de la memoria como una de las patologías más frecuentes en este grupo de edad con efectos muy importantes desde el punto de vista de calidad de vida y en las actividades de la vida diaria del usuario mayor.

Cuestionamientos que involucran el interés por abordar la memoria de trabajo en una muestra particular, teniendo en cuenta las condiciones cognitivas, asociadas a fallas discretas en la memoria partir de los 65 años y la evaluación mediante las baterías: Examen Cognoscitivo Mini mental, Índice de Barthel, Escala de memoria de Wechsler y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué impacto tiene el entrenamiento de la memoria de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve para mejorar sus actividades cotidianas?

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgos que aceleran el deterioro de las capacidades funcionales y funciones cognitivas en el adulto mayor?

¿Cuáles son las complicaciones más usuales que se generan en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve que no han recibido tratamientos terapéuticos cognitivos?

¿Cuál es la importancia de la terapia ocupacional en el abordaje de adultos mayores con deterioro cognitivo leve?

¿Qué beneficios nos ofrece el entrenamiento de tareas de memoria para mejorar el desempeño en las AVD?

¿Cuál es el efecto que tiene el entrenamiento de la memoria en adultos con deterioro cognitivo leve?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad del entrenamiento de la memoria y los beneficios que ofrece para mejorar su desempeño en las AVD y calidad de vida, en los adultos mayores de la Fundación “La Casa del Hombre Doliente”.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la capacidad de memoria y desempeño ocupacional del usuario por medio de instrumentos de valoración como Barthel, Mini mental y Escala de Wechsler.
2. Analizar resultados de instrumentos de evaluación aplicados, para la selección de actividades de memoria acorde a los requerimientos de adultos mayores con deterioro cognitivo leve.
3. Aplicar actividades y tareas para el entrenamiento y estimulación de la memoria del adulto.
4. Mantener las capacidades cognitivas del usuario, mediante talleres y actividades de memoria de trabajo.
5. Determinar la influencia de la aplicación de tareas para la memoria que mejoren las actividades de autocuidado.
6. Establecer los beneficios que mediante el entrenamiento de la memoria pueden mejorar la capacidad funcional y las actividades cotidianas del adulto mayor.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El deterioro cognitivo es uno de los principales problemas que altera las funciones cognitivas que puede estar presente o no en el envejecimiento en el transcurso de los 65 años tanto en hombres y en mujeres se toma en consideración una entidad que se halla en un punto intermedio entre los llamados cambios normales que se adjuntan a la vejez y el inicio de la demencia. (Robalino, 2012).

Esta investigación tiene como objetivo dar importancia al diagnóstico precoz de deterioro cognitivo leve de las personas a través de herramientas de evaluación, las cuales están diseñadas para evaluar con mayor profundidad aspectos relacionados con la memoria o la orientación temporal y espacial, subestimando la exploración de la función. Lenguaje superior o función ejecutiva

El propósito de esta revisión es comprobar la efectividad a través del entrenamiento de la memoria. Durante las sesiones, realizaremos las siguientes actividades: entrenamiento de la memoria topográfica: (Orientarnos en el espacio) memoria a corto plazo: (Funcional o de trabajo) memoria episódica (explícita): (Hechos personales) memoria semántica: (Hechos del mundo) memoria selectiva y, además, evitar causar actividades que provocan enojo, ansiedad o alejan a los ancianos.

En los últimos años se han realizado diversos estudios sobre la eficacia de las intervenciones de terapia ocupacional para el deterioro cognitivo leve como un método alternativo eficaz para que los ancianos puedan mantener su independencia funcional en las actividades de la vida durante el mayor tiempo posible.

La información recopilada promoverá un amplio conocimiento del estado de las personas mayores, de manera que un mismo colectivo cuente con los elementos para orientar sus futuras acciones anti envejecimiento.

1.6 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Lugar: Fundación “La Casa del Hombre Doliente”.

Campo: Salud

Área de investigación: Gerontológico

Aspecto: Rehabilitador desde Terapia Ocupacional -Social – Cognitivo – Psicológico-Gerontológico.

Tema: Entrenamiento de la memoria para mejorar actividades de la vida diaria en adultos mayores con deterioro cognitivo leve.

Propuesta: Entrenamiento de la memoria para mejorar las actividades de la vida diaria.

1.7 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

El entrenamiento de la memoria mediante la estimulación cognitiva mejora el funcionamiento de esta capacidad en los adultos mayores, destacándose como un nuevo método para el uso y aplicación en terapia ocupacional.

Los ejercicios para la memoria desde terapia ocupacional enfocados a mejorar las actividades de la vida diaria en los adultos mayores promueven el bienestar general.

Uno entrenamiento constante de la memoria en Adultos Mayores contribuyen a mantener capacidades, habilidades y por ende un mejor desempeño en las actividades cotidianas de los usuarios de la Fundación “La Casa del Hombre Doliente”.

1.8 VARIABLES

Variable Dependiente: Entrenamiento de la memoria

Variable Independiente: Adultos mayores con deterioro cognitivo leve

1.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Adultos mayores con deterioro cognitivo leve	El deterioro cognitivo leve se define como el declive de las funciones cognitivas en grado leve, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores	Envejecimiento Factores de riesgo Estado Cognitivo Actividades básicas de la vida diaria	Concepto Tipos Causas Memoria Atención Orientación tiempo, espacio, persona. Comprensión-ejecución Denominación - repetición Cálculo - escritura a. Alimentación b. Aseo c. Vestido d. Arreglo e. Deposición f. Micción g. Ir al retrete h. Traslado/cama/silla i. Deambulaci3n j. Subir y bajar escaleras	<u>Valoraci3n del adulto mayor con deterioro cognitivo leve:</u> Mini Examen Cognoscitivo Índice de Barthel

		Valoración de la Memoria	Información (acerca del mundo circundante) Orientación (temporo-espacial) Control mental (información interiorizada) Memoria lógica Memoria de dígitos Reproducción visual Aprendizaje asociado	Escala de wechsler
		Depresión en el adulto mayor	En general, ¿está satisfecho/a con su vida? ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? ¿Siente que su vida está vacía? ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a? ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Escala de Depresión de Yesaveg

			¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo? ¿Actualmente se siente un/a inútil? ¿Se siente lleno/a de energía? ¿Se siente sin esperanza en este momento? ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	
--	--	--	---	--

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Entrenamiento de la memoria	Consiste en la enseñanza de técnicas y la práctica de ejercicios para mejorar su rendimiento y solucionar los olvidos cotidianos.	Mejorar la memoria Retener información a corto plazo Técnicas y métodos para entrenamiento.	Concepto Beneficios Características Actividades para el entrenamiento de la memoria Conceptos Tipos	Láminas de Entrenamiento Materiales Terapéuticos Cuaderno de Entrenamiento de Memoria

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Se realizó un estudio en Argentina en la Ciudad de Córdoba, cuyo objetivo es investigar la prevalencia del Deterioro Cognitivo Leve y factores sociodemográficos relacionados en personas mayores de 55 años. Para ello, el servicio de evaluación neuropsicológica organizado por la Cátedra de Neuropsicología de la Universidad Nacional de Córdoba, el servicio de psicopatología del Hospital Clínico Nacional, el servicio de Neurología del Hospital de Córdoba y la Neuropsicología del Instituto de Ciencias Cognitivas. Según (Allegri et al 2006), la importancia de estudiar esta entidad radica en que los sujetos con esta entidad evolucionan al 8% al 15% de las personas con enfermedad Deterioro Cognitivo Leve cada año. Mientras que, en la población general, la longitud del paso es solo del 1-2%. Por otro lado, el diagnóstico precoz tiene una mayor eficacia en el tratamiento de los trastornos cognitivos en los campos de la farmacología, la neurocognición y la conducta. Esto es especialmente importante si se considera tanto la extensión de la vida en el adulto mayor como su impacto familiar y el presupuesto en salud. (2)

Un estudio realizado en Colombia en un grupo de personas mayores con deterioro cognitivo leve utilizó una prueba de reloj para determinar la prevalencia del deterioro cognitivo leve. El experimento se evaluó entre noviembre de 2011 y agosto de 2012, a 803 personas. Utilizando los criterios de Cacho para detectar el reloj del deterioro cognitivo leve, se puede determinar que el 40% de la población adulto mayor incluida en el estudio sugiere deterioro cognitivo leve. En el grupo de reloj calificado, el rango de edad más afectado por el deterioro cognitivo leve es de 70 a 79 años (46,1%), seguido de 80 a 89 años (31,8%). La prevalencia de deterioro cognitivo leve en el grupo de edad de 60 a 69 años fue del 19,6%. Los resultados sugieren que el 57,6% de las personas con deterioro cognitivo leve padecen hipertensión. El 14,3% de los ancianos evaluados refirió haber sido diagnosticado de diabetes y el 48,7% de ellos presentó deterioro cognitivo leve subjetivo (17,4% de la población total con deterioro cognitivo leve). Se ha observado en investigaciones que los resultados que sugieren un deterioro cognitivo leve indican una relación directa con el analfabetismo, el nivel educativo y la edad. Finalmente, podemos sugerir que la prueba del reloj es una herramienta útil para el cribado de la atención primaria y la demencia clínica en el contexto de los adultos mayores colombianos que viven en la comunidad. (Acta Med Colomb 2014; 39: 264-271) (3)

Un estudio realizado en la provincia de Pichincha, Ecuador en adultos mayores de 65 años donde se aplicó el test psicométrico AD8, calificando a los sujetos como personas con resultado positivo compatible con deterioro cognitivo leve/demencia (AD8 de 3 o más puntos) y personas sin demencia (AD8 menor a 3). Como resultado en este estudio se obtuvo de los 402 participantes de los cuales el 55.9% representaba a mujeres, en total 146 de los participantes que reflejaban un 36.3% tuvieron un resultado positivo compatible con deterioro cognitivo leve a demencia. La edad comprendida entre 78 años vs 74 años; y una educación escolar menor a seis años reflejo un 85.6%, los cuales fueron hallazgos estadísticamente significativos respecto a las personas sin el deterioro cognitivo leve. “El género, etnicidad y localidad rural vs. No rural, no fueron diferentes estadísticamente en la población investigada”. (Salazar, 2012) (6 p50)

Existe otro estudio realizado en Ecuador en el que se incluyeron a pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía con una edad comprendida entre 50 años durante 1999-2000. Se tuvieron en cuenta los criterios de Petersen et al., para el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y se aplicaron pruebas neuropsicológicas (CERAD), considerando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales IV edición (DSMIV) y los criterios del The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association (NINCDS/ADRA). Se incluyeron 239 sujetos que se evaluaron de forma anual por un periodo de 8 años. El porcentaje de conversión de Deterioro Cognitivo a demencia anual fue de 25.5% y al término del seguimiento fue 56.4%. (Velásquez L., 2008) (4)

2.1.1 ENVEJECIMIENTO

Este es un proceso separado, gradual, dinámico e irreversible que implica reducir la capacidad de diferentes órganos y sistemas para responder a cambios ambientales o ambientales internos; involucra una variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales, y no existe una causa única. Explica por qué una persona se envejece, pero un conjunto de factores interrelacionados (Finch Caleb E. *The Biology of Human Longevity*, Ed. Elsevier, USA. 2007:1-92.), esta diferencia significativa en la tasa y el número de envejecimiento entre y dentro de los individuos se debe a la compleja interacción entre la genética, el entorno y los factores aleatorios y es por ello por lo que el envejecimiento de la población constituye uno de los principales logros de la humanidad, pero a su vez conlleva un importante desafío. Con el aumento de la edad se observa un descenso parcial de las funciones cognitivas y aunque no es

un hecho generalizado, existe un porcentaje relativamente alto de personas que experimentan cambios cognitivos, especialmente problemas de memoria (Deary et al., 2009).

La Organización Mundial de la salud (OMS) define el envejecimiento como un proceso fisiológico que se inicia desde la concepción, con el paso de la edad se producen cambios característicos a lo largo del ciclo de vida, lo que limita la adaptabilidad de los organismos. (5)

Andrade Fabre F., (2006) “expresa que el envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal, que con el tiempo ocurre en todo ser vivo. Es el resultado de la interacción de la genética del individuo, el medio ambiente y lo histórico cultural. Se caracteriza por los cambios que denotan el declive, las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y conducen a la disminución y pérdida funcional hasta llegar a la muerte.” (José Rivadeneira, 2013, p.12, párr.6).

Según (Delgado Silveira, y otros, 2015) definen el envejecimiento, como un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable, en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social, que repercuten indiscutiblemente en el estado funcional y físico de las personas, que además transcurre en el tiempo y está delimitado por éste.

2.1.1.1 INCIDENCIA DEL ENVEJECIMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA

Según (Tuesca Molina, 2012). La calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar”

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno

La calidad de vida es un concepto más amplio que el de salud y contempla el bienestar en distintas dimensiones: (6)

- ✓ De salud percibida.

- ✓ Afectiva.
- ✓ Cognitiva.
- ✓ Social.
- ✓ Económica.
- ✓ De funcionamiento físico.

2.1.1.2 LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Se ha venido consolidando como un instrumento que, junto con la historia clínica del adulto mayor, permitiendo asemejar las necesidades de atención, tanto de problemas de salud usuales como de esos donde se ve involucrado el aspecto psicológico, de capacidad de la mente, la nutrición, puntos sociales y peligros de dependencia, lo que posibilita diseñar tácticas de participación.

Asimismo, nos hace recordar que la atención multidisciplinaria es un camino centrado en el defender, donde las actividades que se realizan están orientadas a mantener la salud, controlar los elementos de riesgo presentes; tienden a conservar la autonomía del sujeto, y a mantener y mejorar la funcionalidad física, psicológica, social y familiar.

Se ha visto que a medida que más temprano, en el proceso de envejecimiento, se haga una valoración geriátrica integral y siendo de esta forma tienen la posibilidad de hacer planes multidisciplinarios para mantener la calidad de vida en forma universal, los éxitos de las intervenciones son más grandes. (3) Se ha determinado que un paciente geriátrico es aquel que reúne 3 o más de los siguientes criterios:

- Edad superior a los 60 años.
- Presencia de múltiples patologías relevantes.
- Presencia de enfermedad que posee características incapacitantes.
- Existencia de enfermedad o proceso patológico de tipo mental.
- Problemática social relacionada con su condición de salud.

2.1.1.3 TIPOS DE EVEJECIMIENTO

Según la construcción de indicadores de salud (enfermedad crónica, capacidad funcional, deterioro cognitivo, autopercepción del estado de salud) e indicadores de factores de riesgo (consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo), se pueden definir cuatro tipos de envejecimiento:

2.1.1.3.1 ENVEJECIMIENTO IDEAL: cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos. El individuo es absolutamente capaz de realizar actividades de la vida

diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no tiene deterioro cognitivo, percibe su salud como buena, no fuma y no bebe.

2.1.1.3.2 ENVEJECIMIENTO ACTIVO: Envejecimiento ideal: buena salud y factores de riesgo bajo. Los individuos son absolutamente capaces de realizar actividades de la vida diaria, sí autosuficiencia, sin enfermedades crónicas, sin deterioro cognitivo, percepción. Sea saludable, no fume, no beba alcohol.

2.1.1.3.3 ENVEJECIMIENTO HABITUAL: cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, deterioro cognitivo leve o ninguno.

2.1.1.3.4 ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO: En estado de salud regular con riesgos altos, o bien, un estado de salud malo sin importar los factores de riesgo. La persona tiene enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros

2.1.1.4 FUNCIONES DE LA MEMORIA QUE PERMANECEN RELATIVAMENTE ESTABLES Y AFECTADAS CON EL ENVEJECIMIENTO

Estables: Memoria semántica, memoria de procedimiento.

Afectadas: Memoria de trabajo, Memoria Episódica, Memoria prospectiva

2.1.2 DETERIOR COGNITIVO

El deterioro cognitivo leve se describe inicialmente en 1980 por Reisberg y colaboradores quienes buscaban clasificar a las personas con deterioro global mayor a grado tres. Más adelante en 1990, se habla de este como un deterioro a nivel de la memoria que está más allá del deterioro de la vejez, evolucionando en algunos casos a Enfermedad de Alzheimer. Los mismos autores expresan que el DCL ha recibido más atención justamente por su progresión a EA. (Jurado, Mataró y Pueyo; 2013) (7)

La verdad clínica plantea que varias personas en edad geriátrica, sin consumir los criterios diagnósticos de demencia, se quejan de su memoria y en algunas ocasiones se puede objetivar en ellas un leve deterioro cognitivo en los exámenes de memoria y capacidades hechos por un especialista. Este caso obtiene, entre diversos nombres, la designación de deterioro cognitivo leve.

2.1.3 DETERIORO COGNITIVO LEVE

El deterioro cognitivo se define como una disminución de la función cognitiva, que puede deberse a cambios provocados por el proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores. Se ha considerado el DCL como un síndrome caracterizado por la presencia de un déficit en el rendimiento de la memoria más acentuado al que cabría esperar como consecuencia de la edad, no repercutiendo en las actividades de la vida diaria (S. Mora-Simón, et al Rev Neurol 2012)

En una publicación realizada por el (INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS, 2016) de la junta de beneficencia de Guayaquil, certifica que “el deterioro cognitivo sin enfermedad específica es la alteración de una o varias funciones intelectuales que no llega a distorsionar notablemente la capacidad mental y de relaciones sociofamiliares, ni tampoco laborales”.

Para algunos autores, el DCL es considerado un posible precursor de las demencias, colocándolo como una etapa intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia, más específicamente, de la demencia de tipo Alzheimer (Donoso y Vásquez, 2002). (8)

Por su parte Petersen, uno de los autores vastamente citados en este ámbito, se refiere al deterioro cognitivo leve como un síndrome que puede presentar déficits cognitivos por sobre lo que se espera a una cierta edad en una determinada cultura (Petersen y Morris, 2005).

El término deterioro cognitivo leve fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker como una situación de disfunción cognitiva, que no alcanza el grado de demencia en el contexto clínico inicial de la enfermedad de Alzheimer (EA)

En 1999, Petersen publica los criterios originales de la Clínica Mayo y lo define como un síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las actividades de la vida diaria (AVD) y sin que se cumplan criterios de demencia. Así mismo, establece que la alteración de la memoria es el problema principal y que el resto de las funciones mentales superiores pueden estar preservadas.

En el año 2000, la Sociedad Española de Neurología propone criterios para la alteración cognitiva (cualquier queja refrendada por un informador) y el deterioro cognitivo ligero (si se constata, además, una disminución en el rendimiento cognitivo).

En 2003 se organiza una conferencia internacional para llegar a un consenso sobre el constructor de DCL. Son propuestos los criterios ampliados de la Clínica Mayo, que dejaban

de estar enfocados únicamente en la alteración de la memoria y ampliaban el espectro al posible deterioro en otras áreas cognitivas.

En el 2011, el National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA) reevaluaron los criterios de DCL dentro del espectro de la EA. Coincidiendo con los criterios del Grupo Internacional de Trabajo en DCL, incluyen la posible existencia de alteraciones en las AVD que no precisan de ayuda/supervisión de tercera persona y que permiten al sujeto realizar una vida independiente en la sociedad (9)

2.1.3.1 EPIDEMIOLOGÍA

La valoración epidemiológica del DCL es compleja, sin embargo, se han diseñado numerosos estudios poblacionales para estimar la frecuencia del DCL con metodología variada y con diferentes definiciones de DCL. Según estudios longitudinales en la población general de individuos mayores de 70 años la tasa de prevalencia de DCL converge en 14 al 18% con un rango que va del 3 al 20% según la definición de DCL utilizada, siendo los más frecuentes el subtipo DCL amnésico vs el DCL no amnésico en una proporción 2:1. Las cifras de incidencia varían del 8 a 77/1000 personas por año.

El riesgo de desarrollar demencia en los pacientes con DCL también presenta una enorme variabilidad según el estudio realizado y la fuente de donde provienen los pacientes. Es posible que fuentes tales como clínicas de memoria o centros especializados presenten tasas de progresión a demencia, particularmente a enfermedad de Alzheimer, del 10 al 15% por año a diferencia de los estudios epidemiológicos realizados en la población general donde las tasas varían del 6 al 10% por año. Es importante destacar que más allá de las diferencias tipos de estudios según las fuentes utilizadas, la tasa de progresión a demencia es mucho más elevada que la calculada en individuos mayores de 65 años sin deterioro cognitivo, estimada entre 1 a 2% por año. El DCL amnésico multidominio sería el subtipo con tasa más elevada de conversión a demencia (10)

2.1.3.2 DIAGNOSTICO

Es de suma importante enfatizar que, si bien las pruebas cognitivas son una herramienta indispensable en la evaluación de estos pacientes, el DCL no es simplemente una entidad neuropsicológica y el diagnóstico final involucra mucho más que una batería de pruebas cognitivas. El clínico debe usar información de la historia clínica, la opinión de los familiares del paciente, los datos de la evaluación neuropsicológica, y las neuroimágenes para determinar el diagnóstico de DCL. Basado en todos los datos el clínico puede decidir que el deterioro

cognitivo no es normal pero tampoco cumple criterios de demencia y clasificar al sujeto como DCL. Es decisión del clínico si éste cree que el paciente está funcionando normalmente o ha alcanzado el umbral de demencia. El proceso diagnóstico se inicia con la queja cognitiva del paciente, en lo posible confirmada por un informante. Esta queja deberá ser confirmada mediante una evaluación neuropsicológica formal. (10)

Según (petersen et al. 2014) (11) existen varios criterios para el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve que son:

- Pérdida de memoria, referida por el paciente o por un informador fiable.
- Facultad de memoria inferior en 1.5 SD (desviaciones estándar) o más por debajo de la media para su edad.
- Cognición general normal.
- Normalidad en las actividades de la vida diaria.
- Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

2.1.3.3 FACTORES DE RIESGOS

La mayor parte de estudios sobre Factores de Riesgos en deterioro cognitivo leve poseen restricciones, puesto que la mayor parte de cohortes se hallan contaminadas por pacientes que cumplen criterios de demencia en etapas bastante iniciales.

Estos elementos pueden ser utilizados para valorar el riesgo de desarrollar la enfermedad, no obstante, comúnmente no tienen la suficiente sensibilidad ni especificidad para ser utilizados como marcadores diagnósticos.

2.1.3.4 FACTORES DEMOGRÁFICOS

La influencia del género en el desarrollo de DCL no está totalmente clara, ciertos estudios no han encontrado diferencias, otros lo hicieron a favor del sexo masculino y otros a favor del sexo femenino.

2.1.3.5 FACTORES GENÉTICOS

En un análisis no se ha encontrado ni una sociedad en la situación del DCL, más que nada en adultos mayores de 65 años. En otro estudio encontraron que la frecuencia de APOE4 era 10 veces mayor en pacientes comparados con controles, aunque la frecuencia absoluta era solo del 20 %. (9)

2.1.3.6 TIPOS

Recientemente se diferencian tres subgrupos según la función afectada:

- ✓ **TIPO AMNÉSICO:** con afectación exclusiva de la memoria, es el más conocido, estudiado y mejor definido.
- ✓ **TIPO AMNÉSICO MULTIDOMINIO:** en el que la alteración de la memoria se acompaña de alteración en otra área cognitiva, habitualmente la función ejecutiva.
- ✓ **TIPO NO AMNÉSICO:** que cursa con alteración de la función ejecutiva, el área visoespacial el lenguaje.

2.1.3.7 FUNCIONES COGNITIVAS

Los procesos cognitivos incluyen una variedad de funciones mentales tales como atención, memoria, percepción, lenguaje y capacidad para solucionar problemas. Cada una de estas tiene una secuencia continua de desarrollo que se correlaciona con la maduración del sistema nervioso central (SNC) (Ardila, Matute & Rosselli, 2010).

Se llama funciones cognitivas a los procesos mentales que nos permiten realizar cualquier labor. Hacen efectivo que el individuo mantenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, preparación y recuperación de la información, lo cual le posibilita desempeñarse en el habitat que lo rodea.

Según San Juan (2008) define las funciones cognitivas básicas como procesos fundamentales en la actividad cognitiva-conductual tales procesos son: Atención, gnosis, praxias (coordinación de movimientos de alto nivel), memoria, lenguaje y funciones ejecutivas (razonamiento, flexibilidad mental, etc.).

2.1.3.7.1 MEMORIA

La memoria es un proceso psicológico que permite el almacenaje, la codificación y el registro de la información, con la particularidad de que podría ser evocada o recuperada para llevar a cabo una acción siguiente, ofrecer una contestación, etcétera. Es un proceso característico de las personas (aunque no exclusivo), sin el cual no se puede realizar ningún aprendizaje. Memoria y aprendizaje son procesos que se acostumbran a aprender conjuntamente. (8)

La memoria no es una capacidad exclusiva, sino que tenemos la posibilidad de dialogar de un grupo de procesos que ocurren desde la percepción de la información, sea consciente o inconscientemente:

- Codificación, como requisito anterior al almacenamiento, que se basa en acomodar la información de manera que se le logre ofrecer un sentido para lograr recordarla (anotar

las ideas principales de un texto, utilizar imágenes mentales, construir reglas mnemotécnicas, etc.).

- Almacenamiento, mediante el cual se retiene la información codificada por un tiempo determinado.
- Recuperación, consistente en localizar una información concreta de entre toda la almacenada.

Los diferentes tipos de memoria se distribuyen en los siguientes tipos:

- ✓ **MEMORIA EPISÓDICA:** verbal (no tienen la posibilidad de recordar las comidas del día como por ejemplo el desayuno, también los lugares donde se encontraba el día anterior), visual (la capacidad de recordar se encuentra afectada es por ello por lo que se le dificulta saber dónde están ubicados los objetos de la cocina o el lugar de la despensa cerca de su calle).
- ✓ **MEMORIA SEMÁNTICA:** Es una memoria de significados, de modo que la relación entre los conceptos se organiza en función de su significado (12). No son capaces de recordar el número de semanas de un año, no recuerdan nombres de alimentos, llaman a la mayoría de los objetos como “cosas”.
- ✓ **MEMORIA DE TRABAJO:** se les dificulta el recordar los números de teléfono que se le acaban de proporcionar, imposibilitan el recordar tareas del hogar.
- ✓ **MEMORIA PROCEDIMENTAL:** participa en el recuerdo de las habilidades motoras y ejecutivas necesarias para realizar una tarea, como andar en una bicicleta, manejar un carro o también poder tocar algún instrumento.

La memoria es la funcionalidad cognitiva que se altera de manera más temprana y esta variación surge en todos los criterios de EA en etapa prodrómica o DCL. Los inconvenientes acostumbran a producirse en la memoria episódica o en la de trabajo. Hay otros tipos de memoria que se mantienen como la semántica o la procedimental. El individuo con deterioro cognitivo leve rendirá de manera aceptable en la primera actividad, sin embargo, va a tener complejidad para ir aprendiendo en presentaciones continuas y va a tener un recuerdo deficiente, aun cuando se le esté ayudando. (9)

2.1.3.7.2 ATENCION

La atención es una funcionalidad neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y manejo de otros procesos mentales más complicados como la percepción, la memoria o el

lenguaje, por medio de operaciones de selección, repartición y mantenimiento de la actividad psicológica.

Luria (como se citó en Hernández, 2012) afirma que el proceso de atención consiste en un tipo de selección y organización de la información que le llega al sujeto a través de diferentes estímulos y fuentes para posteriormente organizarla en pensamientos estructurados y ordenados.

2.1.3.7.2.1 CLASIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN

A lo largo del tiempo se ha producido evidente que la atención no era un proceso unitario, sino que se podía fragmentar en diferentes “sub-procesos atencionales” o tipos de atención. De esta modalidad, se fueron ofreciendo diferentes modelos para describir de la forma más fiel viable todos estos tipos de atención.

“El modelo que más se ha utilizado y aceptado sería el Modelo jerárquico de Sohlberg y Mateer (1987, 1989), basado en los casos clínicos de la neuropsicología experimental. Según este modelo, la atención se descompone en” (11 p87):

- ✓ **ATENCIÓN ABIERTA:** Está acompañada de respuestas motoras, que en este caso nos facilitarán la acción de atender, por ejemplo, girar la cabeza y mirar a una persona cuando nos habla.
- ✓ **ATENCIÓN ENCUBIERTA:** Esta capacidad nos permite prestar atención a estímulos sin que aparentemente de la sensación de estar llevando a cabo esa acción.
- ✓ **ATENCIÓN FOCALIZADA:** Es la capacidad que tiene nuestro cerebro para centrar nuestro foco atencional en un estímulo objetivo, independientemente del tiempo que dure dicha fijación. Este tipo de atención es el que permite detectar rápidamente un estímulo relevante.
- ✓ **ATENCIÓN SOSTENIDA:** Se trata de la capacidad de atender a un estímulo o actividad durante un largo periodo de tiempo.
- ✓ **ATENCIÓN SELECTIVA:** Es la capacidad de atender a un estímulo o actividad en concreto en presencia de otros estímulos distractores.
- ✓ **AROUSAL:** Hace referencia a nuestro nivel de activación y al nivel de alerta, a si estamos adormilados o enérgicos.
- ✓ **ATENCIÓN ALTERNANTE:** Consiste en la capacidad de cambiar el foco atencional entre dos o más estímulos.

- ✓ **ATENCIÓN DIVIDIDA:** Se puede definir como la capacidad que tiene nuestro cerebro para atender a diferentes estímulos o actividades al mismo tiempo.

2.1.3.8 FUNCIONES EJECUTIVAS

Grupo de capacidades cognitivas implicadas en el entendimiento, y en la resolución de situaciones nuevas o variables de una manera positiva. Tenemos la posibilidad de decir que las funcionalidades ejecutivas son la sucesión de ocupaciones que nos conducen a lograr un objetivo.

Otros autores (Bolla et al., 1991) hacen referencia a una alteración en la habilidad para desarrollar estrategias de resolución. Esta dificultad en la planificación de una estrategia para llevar a cabo una determinada tarea permite, no sólo explicar los déficits anteriormente descritos (Weschler, 1997; según criterio del manual adaptado al castellano por Seisdedos, Corral, Cordero, Cruz, y cols., 1999), sino también otros a los que hacíamos referencia al hablar de la memoria, ya que, las personas de edad avanzada tienen dificultades para planificar una buena estrategia de memorización, hecho que repercute en la cantidad de información que puede ser retenida y posteriormente evocada (Buendía, 1994).

2.1.4 INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ADULTO MAYOR

2.1.4.1 LA TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional es una disciplina cuyo objetivo es la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. La Terapia Ocupacional fomenta la capacidad de las personas para participar en las actividades de la vida diaria, productivas y de ocio.

A partir de la Terapia Ocupacional se estima que la colaboración puede estar proporcionada o restringida por espacios físico, sociales, actitudinales y legislativos. Por consiguiente, la práctica de la Terapia Ocupacional debería estar dirigida además a esos puntos del entorno para mejorar la participación. (13)

La OMS define la Terapia Ocupacional como: “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social” (17 p04).

2.1.4.2 VALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR FUNCIONAL

2.1.4.2.1 ÁREA FUNCIONAL

2.1.4.2.1.1 ESCALA ÍNDICE DE BARTHEL

Creado por Mahoney y Barthel (1955) que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual consta de diez parámetros y una puntuación de 100 según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (14)

2.1.4.2.2 ÁREA COGNITIVA

2.1.4.2.2.1 VALORACIÓN COGNOSCITIVA MINI MENTAL

Creado por Folstein y McHugh en 1975. Valoración que permite evaluar el comportamiento, orientación, actitud, percepción, juicio, abstracción y cognición del individuo, utilizada más frecuente en demencia y en adultos mayores sanos, para determinar la disminución cognitiva.

(15)Presenta una escala de puntuación que va del 0 a los 30 puntos para detectar si presenta deterioro cognitivo o no.

2.1.4.2.2.2 ESCALA DE VALORACIÓN DE LA MEMORIA DE WECHSLER

Desarrollada por David Wechsler (1945) es una escala de aplicación individual que permite evaluar diferentes capacidades mnésica. Puede ser utilizada entre los 16 años y los 89 años y 11 meses. Esta escala consta por siete pruebas: Memoria lógica, Pares de palabras, Diseños, Reproducción visual, Suma espacial, Span de símbolos y Test breve para la evaluación del estado cognitivo (Brief cognitive status exam, BCSE). (16)

2.1.4.2.3 ÁREA SOCIO - EMOCIONAL

2.1.4.2.3.1 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE

Desarrollada por Brink y Yesavage en 1982, especializada en el cribado del estado depresivo de las personas adultas mayores, consta de treinta preguntas. Años después, en 1986, Sheikh y Yesavage resumieron la escala con 15 preguntas, si dejar a un lado la eficacia de la escala, se responden de manera afirmativa o negativa, tiempo de duración de la prueba es de 5 minutos.

Interpretación:

0 a 5 puntos: nivel de depresión normal

5 a 10 puntos: nivel de depresión leve

10 o más puntos: nivel de depresión grave

2.1.4.3 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES

Las actividades de la vida diaria (AVD) en los adultos mayores, es la mejor manera de medir la calidad de vida. Las actividades de la vida diaria principales son aquellas ocupaciones que permanecen orientadas al cuidado del propio cuerpo humano, como puede ser: vestido, alimentación, aseo personal, traslado, etcétera. La evolución del ser humano explica cómo a partir de la temprana edad se va creando y adquiriendo entendimiento de las cosas, preparando al ser humano para ser libre. Por esta razón, la etapa de la infancia se prolonga ya que en ella el sujeto adquiere, internaliza y acumula muchas representaciones y conocimientos transmitidos por otros (Moruno y Romero, 2006).

Acosta, (2009) define que las AVD son elementos claves para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los Adultos Mayores.

En las (AVD) interviene la funcionabilidad para la ejecución de las tareas, debido a que es un factor importante para determinar la calidad de vida y bienestar del adulto mayor. La funcionabilidad se entiende como la capacidad que tiene una persona de hacer las actividades de la vida diaria, que permitan la supervivencia del adulto mayor debido a que, permite hacer las ocupaciones de autocuidado más importantes, las cuales se piensan las primeras y las últimas en perderse, una vez que puede surgir cualquier tipo de deterioro servible, como puede ser en el caso de los adultos mayores que sufren demencia, deterioro cognitivo, éstas se van perdiendo a medida que evoluciona la enfermedad (Lara, López, Espinoza, Lavozy y Pinto 2012).

2.1.4.4 AREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Se agrupan en esta área los programas y ocupaciones cuyo fin es lograr el más alto nivel de confort y satisfacción de la persona por medio del recreo y goce de una amplia gama de ocupaciones lúdica recreativas y conseguir que la época sea transformada en tiempo de goce, de creatividad y de juego.

Los tipos de ocupaciones que desempeñan los adultos mayores para el tiempo libre son varios, dependiendo del dinero, la salud, la función de desplazarse y las preferencias individuales del sujeto. “Algunas de las actividades más populares para ocupar el tiempo libre en la vejez son practicar la jardinería y la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades sociales, visitar amigos y familiares, pasear y poner interés en sucesos educacionales y creativos” (Horgas y cols., 1998).

La participación de la terapia ocupacional en esta área va a ser distinta conforme con la población a la que se dirija. En la situación de sujetos autónomos y que vivan en la sociedad la línea de acción va a ser dirigir e informar sobre los diversos recursos de descanso en su ámbito próximo y capacitar al individuo para que haga uso de dichos.

Su principal objetivo de la terapia ocupacional en esta área es brindar a los participantes una serie de alternativas y posibilidades con diferentes actividades lúdicas y recreativas con fin terapéutico para alcanzar de esta forma el máximo disfrute y aprovechamiento de su tiempo libre y ocio. (13)

2.1.4.5 SITUACIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

- Tamaño y estructura de la población por sexo y edad.
- El envejecimiento interno.
- Los roles de las personas mayores en el hogar.
- Las personas mayores en las ciudades.
- Discapacidad y limitaciones funcionales.

2.1.5 ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA

Durante las últimas décadas, diversos estudios se han planteado como objetivo mejorar el funcionamiento de la memoria en personas de edades avanzadas, lo que ha promovido el desarrollo de diferentes entrenamientos cognitivos tratando de alcanzar dicho objetivo. Estos entrenamientos suelen fundamentarse en el concepto de plasticidad cerebral, considerada la capacidad que posee el cerebro para reorganizarse como respuesta a la actividad mental (Caleroy Navarro, 2006; Li et al., 2008).

Según (Farina et al., 2006) “El entrenamiento cognitivo (EC) sostiene que cuando se ejerce una función, se obtiene una mejora general” (20 p06). Esta práctica usa un grupo de tareas y simula ocupaciones cotidianas mediante diversos recursos. Estas labores se conducen a cabo de una forma en la que el paciente usa sus funcionalidades cognitivas (como el lenguaje, la memoria, la atención) al realizarlas. Las tareas tienen la posibilidad de hacer de manera personal o en equipos, en el hogar con el núcleo familiar o gracias a un profesional. Esta formación tiene labores dirigidas a puntos específicos de la cognición, como funcionalidades de la atención o ejecutivas, con diferentes grados de complejidad.

Un estudio de Mas, Jiménez, Munar y Rosselló (2004) prueba la necesidad de tener en cuenta, en la preparación y evaluación de programas de entrenamiento de la memoria para adultos mayores, cambiantes como el rendimiento percibido, las expectativas de autoeficacia,

las atribuciones y otros componentes de tipo motivacional o emocional que tienen la posibilidad de influir en estas personas al hacer labores cognitivas y al apreciar su manejo cognitivo. (17)

2.1.5.1 BENEFICIOS DEL ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA

Todas las intervenciones multidisciplinarias que están dirigidas al funcionamiento de la memoria tienen múltiples beneficios para estimular y mejorar las potencialidades de las personas de la tercera edad. (18)

- ✓ Mejora la calidad de vida
- ✓ Retrasa evolución de enfermedades
- ✓ Mejora los niveles de plasticidad neuronal
- ✓ Incrementa las funciones cerebrales
- ✓ Previene pérdida de la memoria.
- ✓ Potencia la autonomía en los quehaceres diarios y la autoestima.
- ✓ Mejora la interacción con el entorno y evita el aislamiento.
- ✓ Disminuye la ansiedad, estrés y confusión.

2.1.5.2 TIPOS DE ENTRENAMIENTO

Los tipos de entrenamiento cognitivo y envejecimiento activo persiguen mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas a medida envejecen, favoreciendo las oportunidades de desarrollar una vida autónoma y saludable en la tercera edad.

Estos programas de intervención, que se fundamentan en los principios de neuroplasticidad cerebral, reserva cognitiva y en la capacidad de aprendizaje (Calero & Navarro, 2006b; FernándezBallesteros, 2009), suelen incluir contenidos muy diversos, y se centran en dos estrategias de entrenamiento (para una revisión más amplia sobre el tema, véase Montejo, Montenegro, Reinoso, de Andres, & Claver, 2001): a) entrenar tan sólo alguno de los factores implicados en el buen funcionamiento de la memoria (atención, registro, recuperación, etc.), o una estrategia o técnica concreta (visualización, asociación, método Loci, etc.), o un olvido cotidiano concreto (el recuerdo de nombres, de textos, etc.); b) entrenar varios de los factores que influyen en la memoria y/o

Según (Montejo et al., 2001) Módulos de un Taller de entrenamiento de la memoria:

- ✓ Entrenamiento de procesos cognitivos básicos: atención, percepción, lenguaje.
- ✓ Entrenamiento de estrategias de memoria: asociación, visualización, categorización.
- ✓ Entrenamiento en la utilización de Ayudas externas.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Terapia Ocupacional: Según la Organización Mundial De La Salud (OMS) “es conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”.

Capacidades cognitivas: son aquellas que se refieren a lo relacionado con el procesamiento de la información, esto es la atención, percepción, memoria, resolución de problemas, comprensión, establecimientos de analogías entre otras. Capacidades cognitivas son habilidades que tiene nuestro cerebro para funcionar y trabajar con la información que adquirimos de nuestro ambiente.

Memoria: es la capacidad mental que posibilita a un sujeto registrar, conservar y evocar las experiencias (ideas, imágenes, acontecimientos, sentimientos, etc.).

Deterioro cognitivo: es la pérdida de las funciones cognitivas tales como la memoria, atención y la velocidad de procesamiento de la información, aparece en el envejecimiento normal y depende de factores fisiológicos, ambientales y sociales.

Geriatría: Es una especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades presentes en las personas adultas mayores.

Gerontología: es la ciencia que se dedica a estudiar los diversos aspectos de la vejez y envejecimiento de una población, donde encajan los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son el conjunto de actividades estrechamente vinculadas a los cuidados personales: (asearse, vestirse, ir al aseo, comer...) Son actividades que realizamos todos los días y que responden a una "rutina" personal que cada uno de nosotros ha creado a lo largo de los años.

Mantenimiento: Conservación de determinadas características evitando si deterioro

Rutina: costumbre o hábito adquirido de hacer algo de un modo determinado que no requiere tener que reflexionar o decidir.

Habilidades: Capacidad de una persona para ejecutar una acción fácil y correctamente

Destrezas: Experticia en la realización de una actividad.

Estimulación: Actividad que se le ofrece al ser humano para un óptimo desarrollo y funcionamiento general.

Desempeño ocupacional: Es el actuar del individuo en entornos específicos donde realiza determinadas ocupaciones en base a sus capacidades, destrezas, habilidades y demandas del ambiente.

Independencia: en el campo de la medicina significa la capacidad de realizar un acto o actividad de forma unánime que a su vez está acompañada de satisfacción.

Calidad de vida: Según OMS (1994) define la calidad de vida como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”.

Valoración: Evaluación que se le otorga al individuo en sus aptitudes, actitudes y conocimientos.

Recuerdo: es la memoria que se hace de algo que ya ha pasado o de lo que ya se habló, también se usa para nombrar al aviso o comentario sobre lo pasado.

Adulto mayor: Se denomina a la persona que tiene 65 años o más.

Usuario: persona que habitualmente utiliza los servicios de un profesional de la medicina y se somete a una valoración e intervención o tratamiento.

2.3 MARCO CONTEXTUAL

La fundación donde se realizó la investigación lleva el nombre de "La casa del hombre doliente" y fue creada el 18 de julio de 1988 por un grupo liderado por el cardenal SE Cardenal Bernardino Echeverría Ruiz y el SE Monseñor Juan Ignacio Larrea Holguín. En abril de 1993, "La casa del hombre doliente" abrió oficialmente sus puertas en Samanes 7 a las personas más necesitadas de Guayaquil, brindándoles la oportunidad de combatir sus enfermedades y tener una mejor calidad de vida. La fundación es ahora una de las fundaciones más reconocidas de la ciudad, institución que pertenece a la Arquidiócesis de Guayaquil.

La casa del hombre doliente es una fundación que se caracteriza por brindar atención humana integral a pacientes adultos en estado de abandono y ancianos en fase terminal de su enfermedad, ese es el principal objetivo de esta institución de la Arquidiócesis que en la actualidad alberga a 50 pacientes en sus instalaciones ubicadas en Samanes 7, norte de Guayaquil. Hay internados indigentes, enfermos terminales y personas abandonadas, además de un grupo por el que sus familias entregan una pequeña mensualidad. Entre los albergados están personas con demencia senil, hemiplejía, hemiparesia, epilepsia y trastornos mentales.

“La Casa del Hombre Doliente no tiene fines de lucro, a lo largo de sus 32 años ha venido trabajando arduamente en beneficio de las personas desamparadas y con enfermedades brindándoles una mejor calidad de vida durante su constante lucha”.

Casa del Hombre Doliente mantiene la fundación con donaciones y esfuerzos voluntarios, realizando actividades para obtener más fondos, por ejemplo, "El clásico de la solidaridad", que es un evento famoso en Guayaquil, También realizan anualmente una actividad a la que denominan “Consomé caliente para el alma”. Durante 21 años se ha realizado este evento que cuenta con la participación de varias artistas nacionales y el apoyo de las empresas que junto a su aporte generoso permiten continuar con esta obra de la Iglesia.

La fundación también cuenta con el apoyo del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), que aporta con el 40 % del presupuesto, y del Municipio de Guayaquil, que entrega el 4 % y la ayuda de la Junta de Beneficencia.

La fundación ahora está a cargo del Padre César León.

Misión

La misión de la fundación es convertir este centro en un lugar donde las personas considerablemente enfermas y necesitadas tengan un lugar donde consigan ser tratados con

dignidad y hacer que la vida de esta gente sea un poco mejor en todos los sentidos y esperando que este lugar de acogida sea para esta población la sala de espera del cielo.

Trabajo

Se enfocan en el cuidado de pacientes indigentes que afrontan enfermedades terminales como cáncer, diabetes, distrofia muscular, enfermedades cardíacas y VIH. Los pacientes se distribuyen según su patología con atención las 24 horas y reciben:

- Alojamiento
- Medicamentos
- Comidas
- Traslado a hospitales para ver especialistas o para utilizar equipos sofisticados si es necesario.
- Exámenes de laboratorio
- Orientación y ayuda psicológica para amigos y familiares.

La fundación cuenta con áreas amplias donde se llevará a cabo la aplicación del plan de tratamiento, consta con una población de adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve, cabe destacar que el centro cuenta con un servicio de terapia ocupacional, pero es necesario establecer de forma más continua la realización de actividades para el entrenamiento de la memoria para brindar un tratamiento integral con el objetivo de contrarrestar el progreso del deterioro de las funciones cognitivas mediante la reeducación de una ocupación. Existen diversos estudios que mediante la aplicación de métodos, técnicas y actividades encaminadas desde la terapia ocupacional han resultado muy eficaces para el tratamiento de adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado y otras patologías relacionadas.

2.4MARCO LEGAL

TÍTULO II

DERECHOS

Capítulo primero Principios de aplicación de los derechos

Art. 10.- Las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos son titulares y gozarán de los derechos garantizados en la Constitución y en los instrumentos internacionales. La naturaleza será sujeto de aquellos derechos que le reconozca la Constitución.

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

1. Los derechos se podrán ejercer, promover y exigir de forma individual o colectiva ante las autoridades competentes; estas autoridades garantizarán su cumplimiento.
2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.
3. Los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de directa e inmediata aplicación por y ante cualquier servidora o servidor público, administrativo o judicial, de oficio o a petición de parte.

SECCIÓN SÉPTIMA

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud

reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

CAPÍTULO TERCERO

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

SECCIÓN PRIMERA

Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales,

las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

Sección Sexta del derecho a la salud integral, física, mental, sexual y reproductiva.

Art. 42.- Del derecho a la salud integral. El Estado garantizará a las personas adultas mayores el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegurará el acceso universal, solidario, equitativo y oportuno a los servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, prioritarios, funcionales e integrales, en las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, con enfoque de género, generacional e intercultural. El Estado desarrollará acciones que optimicen las capacidades intrínsecas y funcionales de las personas mayores, con especial énfasis en actividades de promoción de la salud mental, salud sexual y salud reproductiva, nutrición, actividad física y recreativa en la población adulto mayor. De conformidad con la Ley Orgánica que Regula a las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica se prohíbe a dichas empresas negar el servicio a las personas adultas mayores, a quienes deberá darse atención preferencial y especializada. En caso de incumplimiento, se procederá conforme a los procedimientos y sanciones establecidos en la mencionada ley.

Art. 47.- Servicios Especializados en atención Geriátrica. La autoridad sanitaria nacional implementará, desarrollará y fortalecerá los servicios especializados en geriatría, desde el nivel que lo determine el Reglamento en concordancia con la normativa aplicable a la materia; y, controlará el cumplimiento de las disposiciones señaladas en esta sección.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación es descriptivo ya que nos enfocaremos en medir con la mayor precisión posible la memoria.

Según Cerda (1997); diseño “es el conjunto de decisiones, pasos, esquemas y actividades a realizar en el curso de la investigación. Está más asociado a las estrategias específicas” (19).

En otras palabras, el diseño puede ayudarnos a localizar investigaciones a través de técnicas y procedimientos diseñados para determinar las condiciones del problema.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Sampieri, Fernández y Baptista (2006), existen cuatro tipos de investigación. A continuación, se explicarán los casos o situaciones en las que se emplean, así como las características que las conforman, para poder determinar el tipo de investigación que se llevará a cabo en el presente proyecto de tesis. (20)

INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA: Es aquella que se realiza con el propósito de destacar los aspectos fundamentales de una problemática determinada y encontrar los procedimientos adecuados para elaborar una investigación posterior.

INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA: Se logra caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus particularidades y propiedades. Sirve para ordenar, agrupar o sistematizar los objetos involucrados en el trabajo indagatorio. Esta forma de investigación requiere la combinación de los métodos analítico y sintético, en conjugación con el deductivo y el inductivo, con el fin de responder los cuestionamientos del objeto que se investiga.

INVESTIGACIÓN EXPLICATIVA: Pretende establecer las causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian. Van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos físicos o sociales.

3.3 SELECCIÓN DEL ÁREA

El presente proyecto de investigación se realizará con el grupo de adultos mayores que asisten a la fundación “La casa del Hombre Doliente” perteneciente a la provincia del Guayas Cantón Guayaquil parroquia Tarqui

3.4 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.4.1 Encuesta

“Las encuestas son entrevistas con un gran número de personas utilizando un cuestionario prediseñado, dicho cuestionario está diseñado para obtener información específica.”. (21)

La encuesta está dirigida al personal de apoyo y profesional de salud y que asiste a la fundación la casa del Hombre Doliente, seleccionado en base a los criterios de inclusión con el objetivo de recabar información específica para el desarrollo de nuestra propuesta.

3.4.2 Observación

Roberto Hernández Sampieri y colaboradores (2000) definen que la observación se fundamenta en la búsqueda del realismo y la interpretación del medio. Es decir, a través de ella se puede conocer más acerca del tema que se estudia basándose en actos individuales o grupales como gestos, acciones y posturas. Es una eficaz herramienta de investigación social para juntar información, si se orienta y enfoca a un objetivo específico. .

3.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron en esta investigación fueron los siguientes:

- Mini Mental Examen Cognoscitivo.
- Escala de Wechsler
- Índice de Barthel
- Escala de depresión Yasavage

3.5.1 MINI MENTAL EXAMEN COGNOSCITIVO

Es una herramienta de cribado se utiliza principalmente para pacientes ancianos con funciones cognitivas alteradas, como deterioro cognitivo, demencia, etc. Esta prueba debe realizarse al mismo tiempo que otras evaluaciones para obtener el mejor diagnóstico y poder utilizarla en un entorno adecuado o sin factores de interferencia.

3.5.1.1 CALIFICACIÓN:

Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada, e intervienen 18 ítems a través de eso se podrá tener una investigación exhaustiva acerca de las funciones intelectuales básicas como: orientación (temporal y espacial), memoria de fijación, atención y cálculo, memoria a corto plazo, lenguaje y construcción. Tiene una puntuación máxima de 35 puntos, teniendo en cuenta ciertos aspectos como son la cultura, escolaridad y limitaciones físicas y una puntuación inferior de 24 puntos equivale como un indicador de deterioro cognitivo. (Álvarez, 2009).

3.5.1.2 TIEMPO

La prueba cognitivo MEC se lo aplica en un tiempo estimado de 5 a 10 minutos según la capacidad y entrenamiento de la persona que lo esté aplicando.

TABLA 1 ESCALA DE PUNTUACIÓN MINI EXAMEN COGNOSCITIVO

PUNTAJE	NIVEL DE DETERIORO
30 a 35	Normal
25 a 29	Posible Deterioro
20 a 24	Deterioro cognitivo leve
15 a 19	Deterioro cognitivo moderado
0 a 14	Deterioro cognitivo severo

3.5.1.3 VALIDEZ

Esta prueba mantiene una excelente correlación con diferentes pruebas de inteligencia. También encontró una correlación entre escala y daño biológico, puede ser ampliamente utilizado en varias poblaciones, por lo que se considera más eficaz y enorme. La razón de la escalabilidad. Para realizar el análisis estadístico de los resultados se calculó la media y media de cada grupo de personas según la desviación estándar y el nivel educativo.

3.5.2 ESCALA DE MEMORIA DE WECHSLER (WMS).

Según (Wechsler, 2008) Esta prueba mide el funcionamiento de la memoria, y para ello evalúa la memoria declarativa episódica, que es la capacidad de almacenar y recuperar información referida a una situación concreta de manera consciente; y la memoria de trabajo, que es la capacidad de almacenar información y utilizarla para realizar distintas tareas

3.5.2.1 CALIFICACIÓN

Este instrumento de evaluación está compuesto por siete subtests que permite evaluar cinco factores tales como: memoria visual, memoria demorada, memoria inmediata, memoria auditiva y memoria de trabajo visual. Dentro de esta prueba existen pruebas que lo componen como son: Pares de palabras(1y2), Memoria lógica(1y2), Diseños(1y2), Reproducción visual(1y2), Spam de símbolos, Suma espacial, y Test breve para la evaluación del estado cognitivo y no menos importante tres puntuaciones de comparación entre índices:

- Puntuación de comparación entre el Índice de memoria auditiva y el Índice de memoria visual.
- Puntuación de comparación entre el Índice de memoria inmediata y el Índice de memoria demorada.
- Puntuación de comparación entre el Índice de memoria de trabajo visual y el Índice de memoria visual.

3.5.2.2 TIEMPO

La aplicación de esta escala es individual y puede dividirse en dos sesiones y tiene una duración de 60 a 90 minutos.

3.5.2.3 FIABILIDAD

Evaluar los aspectos principales del funcionamiento de la memoria, con una excelente fiabilidad, convirtiendo a esta escala en un instrumento de referencia para el diagnóstico clínico que fue determinada a través del método de dos mitades y la consistencia interna, y de la de reconocimiento, que se aplicó el método test-retest y la consistencia interna de la decisión. Se obtuvo una fiabilidad entre 0,72 (Recuerdo de palabras (2)) y 0,96 (Recuerdo visual (2)) para la Batería de mayores. La fiabilidad media de los factores que mide se encuentra entre 0,93 (memoria demorada) y 0,98 (memoria visual).

3.5.3 ESCALA DE ÍNDICE DE BARTHEL

El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original.

3.5.3.1 PUNTUACIÓN

El rango de posibles valores del IB está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia. El IB puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías (las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, 3 ó 4 puntos) resultando un rango global entre 0 y 20. De este modo se evita la pseudoprecisión implícita en la escala original de 0 a 100.

TABLA 2 GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN PUNTUACIÓN DE ESCALA

RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
30 a 35	Normal
25 a 29	Posible Deterioro
20 a 24	Deterioro cognitivo leve
15 a 19	Deterioro cognitivo moderado
0 a 14	Deterioro cognitivo severo

3.5.3.2 FIABILIDAD

No fue determinada cuando se desarrolló originalmente. Loewen y Anderson hicieron el primer estudio en este punto. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de video de pacientes, calificaron la realización de las actividades. El IB resultó con buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00, y con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 para la versión original y de 0.90-0.92 para la de Shah et al. Collin et al. (1988) estudiaron la concordancia entre cuatro maneras de administrar la escala: el autoinforme, la observación clínica, la prueba de una enfermera, y la prueba de un fisioterapeuta. El grado de concordancia entre los cuatro métodos era de 0.93; es decir, ningún desacuerdo importante para el 60% de pacientes, desacuerdo en 1 grado para el 28% y el 12% tenía más discrepancias. El autoinforme concordó mejor con los otros métodos; la concordancia era la más baja para las actividades de traslado, alimentación, vestido, aseo personal y uso del retrete.

3.5.3.3 VALIDEZ

La validez de constructo o de concepto es el grado en que una medida es compatible con otras con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada. Por ejemplo, el IB es un buen predictor de la mortalidad pues mide la discapacidad y esta última está asociada fuertemente con la mortalidad. También está relacionada con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación, aquellos pacientes con mayores puntuaciones (menor grado de discapacidad), presentan mejor respuesta a la rehabilitación. En la versión de 10 actividades, Vadee (1987) divulga la validez correlacional entre 0.73 y 0.77 con un índice de la capacidad motora para 976 pacientes con accidente vascular cerebral. Un análisis factorial identificó dos factores que

relacionan la movilidad y del cuidado personal. En la validez de constructo, Granger et al (1979) encontraron la versión de 15 actividades correlacionada con el perfil de PULSES (-0.74 a -0.90). Wylie y White (1964) y Wylie (1967) encontraron que el índice de Barthel correlacionó bien con el juicio clínico y fue demostrada su utilidad para predecir mortalidad y capacidad de ser reinsertado a un ambiente menos restrictivo.

3.5.4 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Fue desarrollado por Yesavage et al en 1982 y se consideró como una medida básica de detección de la depresión en adultos mayores. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es una herramienta de evaluación para diagnosticar la depresión de los adultos mayores y expresa el grado de satisfacción, calidad de vida y sentimientos. (Yesavage, Jerome A.; Brink, T. L.; Rose, Terence L.; Lum, Owen; Huang, Virginia; Adey, Michael; Leirer, Von Otto (1 de enero de 1982). (22)

3.5.4.1 PUNTUACIÓN

En esta versión se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos. Valores que van entre 6 y 10 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más de depresión establecida.

TABLA 3 GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE ESCALA

PUNTUACION	GRADO DE DEPRESIÓN
0 – 5 puntos	Normal
6 – 10 puntos	Probable depresión
> 10 puntos	Depresión establecida

3.5.4.2 TIEMPO

El tiempo de aplicación de esta escala tiene una duración aproximadamente de 5-10 minutos.

3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.6.1 POBLACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), la población es: “el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (p.174).

Se refiere a los usuarios que se encuentran en la Fundación la Casa del Hombre doliente en la ciudad de Guayaquil

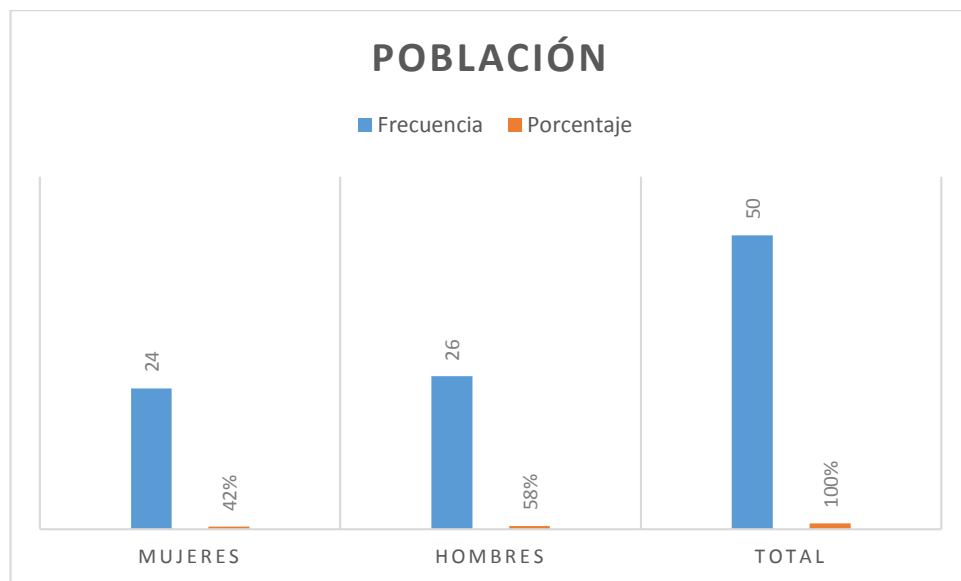
TABLA 4 POBLACION

ÍTEMS	GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Mujeres	24	42%
2	Hombres	26	58%
3	Total	50	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin.

GRAFICO 1 POBLACIÓN



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin.

Análisis: La población que se consignó para el progreso de este trabajo de investigación, es de 50 usuarios que son residentes de la Fundación la Casa del Hombre Doliente de la ciudad de Guayaquil, en el periodo comprendido entre diciembre del 2020 y marzo del 2021, de esta cantidad 26 personas son hombres que simboliza el 58 % de la población y 24 son mujeres que simboliza el 42 % de la población.

3.6.2 MUESTRA

Tamayo y Tamayo (2006), define la muestra como: "el conjunto de operaciones que se realizan para estudiar la distribución de determinados caracteres en totalidad de una población universo, o colectivo partiendo de la observación de una fracción de la población considerada" (p.176).

La muestra por la que se optó en este trabajo de investigación es de trece adultos mayores tanto hombres como mujeres con deterioro Cognitivo leve de la Fundación La Casa del Hombre Doliente quienes fueron seleccionados como muestra para participar en este estudio.

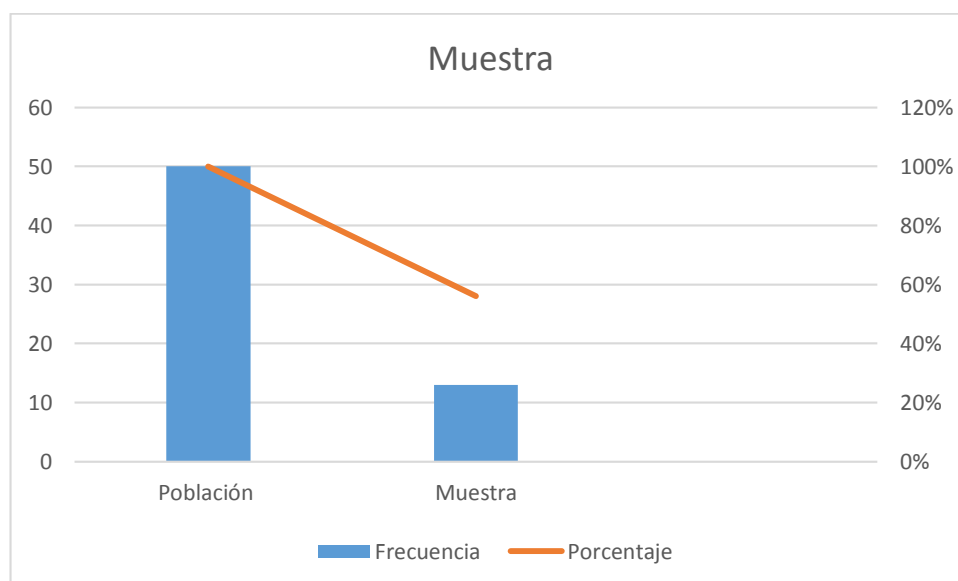
TABLA 5 MUESTRA

Items	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Población	50	100%
2	Muestra	13	26%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin.

GRAFICO 2 MUESTRA



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: La muestra que se consignó para el progreso de este trabajo de investigación, es de 13 usuarios de acuerdo con los criterios de inclusión y simboliza el 26% de la población.

3.7 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION
TABLA 6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Adultos mayores con deterioro cognitivo leve.	Adultos mayores que no residen en la Fundación la Casa del Hombre Doliente
Adultos mayores a partir de 65 años.	Usuarios con edad menor de 65
Adultos mayores funcionales asilados	Usuarios encamados y totalmente dependientes

AUTORES: Llerena Leslie, Pareja Wladimir.

3.7.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión

- ✓ Adultos mayores con deterioro cognitivo leve.
- ✓ Adultos mayores a partir de 65 años.
- ✓ Adultos mayores funcionales asilados

Criterios de exclusión

- ✓ Adultos mayores que no residen en la Fundación la Casa del Hombre Doliente
- ✓ Usuarios con edad menor de 65
- ✓ Usuarios encamados y totalmente dependientes

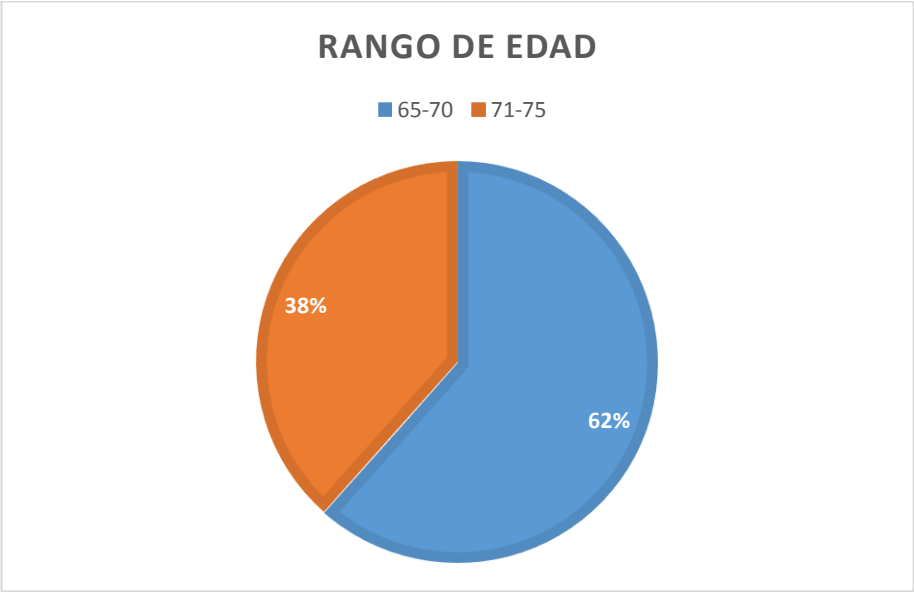
3.8 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS
TABLA 7 CUÁL ES EL RANGO DE EDAD

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
65-70	8	62%
71-75	5	38%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 3 RANGO DE EDAD



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: En el siguiente resultado el 62% de los adultos mayores que reside en la fundación pertenece a un rango de edad 65 a 70 años y el 32% de 70 a 75 años.

TABLA 8 ¿CUÁL ES EL SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES?

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	4	31%
Masculino	9	69%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 4 SEXO DE ADULTOS MAYORES



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: Según los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, se puede apreciar que la población de adulto mayor en su mayoría está representada por hombres en un 69 %. Mientras que las mujeres están representadas por un 31 %. Dando lugar a que el sexo masculino sea el porcentaje más alto en la fundación donde se realizó la presente entrevista.

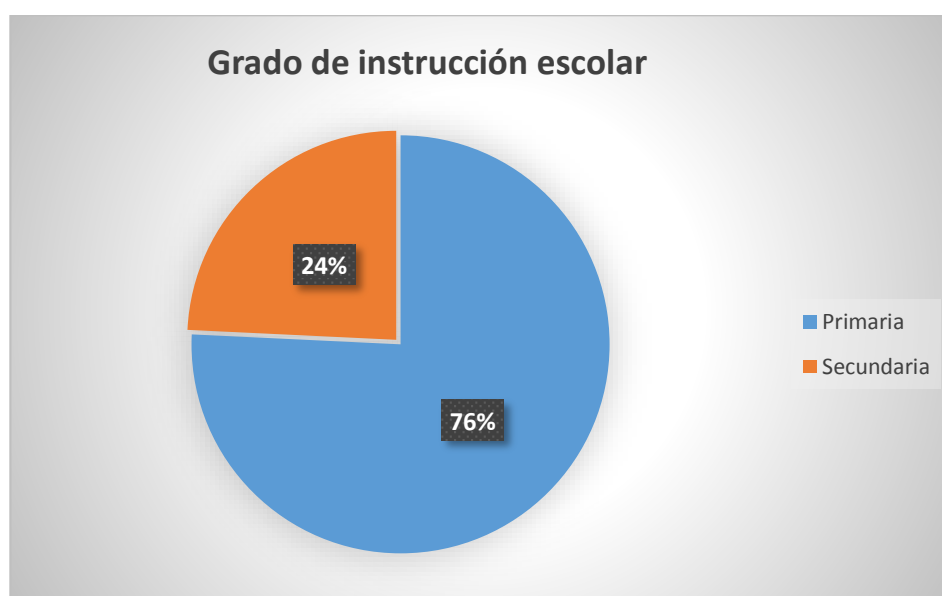
TABLA 9 ¿CUÁL ES EL GRADO DE INSTRUCCIÓN?

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	10	76%
Secundaria	3	24%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 5 GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: De acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, se puede apreciar que la población de adulto mayor en su mayoría representa un grado de escolaridad de primaria con un 76 % y un grado de escolaridad de secundaria con un 24%, demostrando los resultados que los residentes de la fundación tiene conocimientos académicos básicos de primaria.

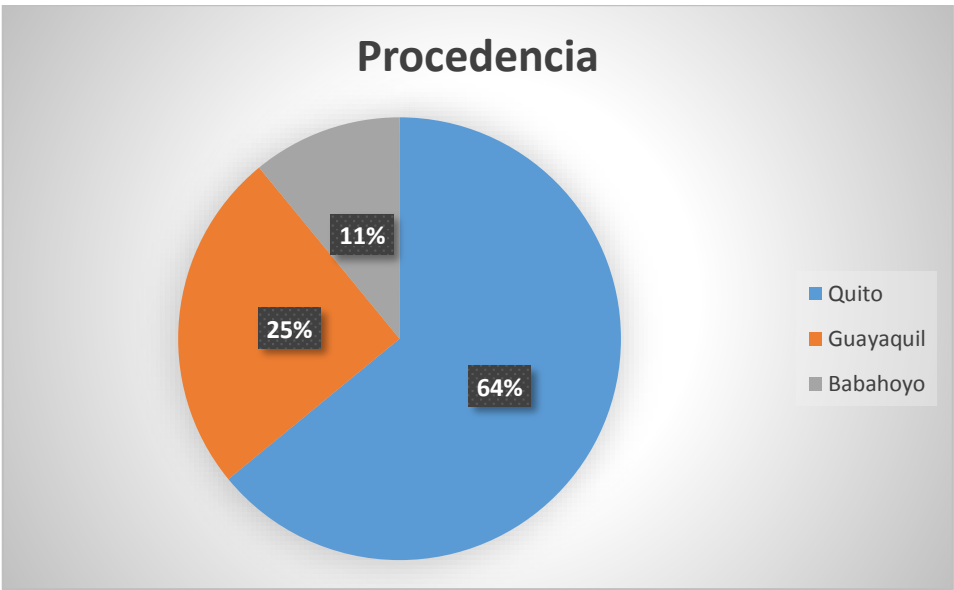
TABLA 10 LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Quito	2	11%
Guayaquil	7	64%
Babahoyo	4	25%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 6 LUGAR DE PROCEDENCIA



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: De acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, se evidencia que la muestra escogida de la población de adulto mayor procede en su mayor cantidad de Guayaquil con un 64 %, en menor cantidad proceden de Babahoyo con 25% y finalmente de Quito con el 11%.

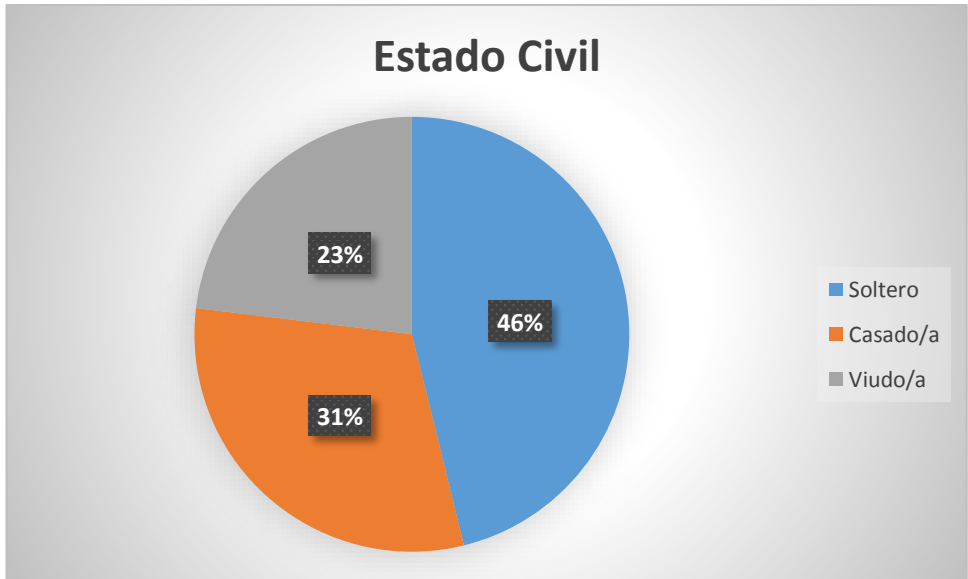
TABLA 11 ¿CUÁL ES EL ESTADO CIVIL?

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	6	46%
Casado/a	4	30%
VIUDO/A	3	24%
TOTAL	13	100%

FUENTE: Fundación La Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 7 ESTADO CIVIL



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: Concorde con los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, se evidencia que la muestra escogida de la población de adultos mayores es soltera con un 46% entre hombres y mujeres, un 31% son casados y en una menor cantidad con 23% son viudos.

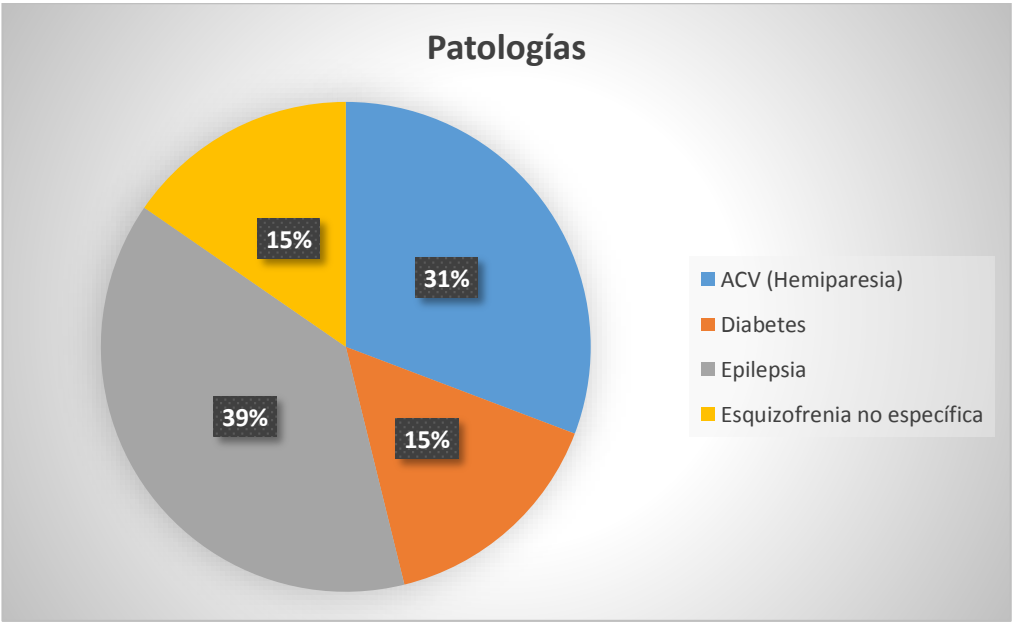
TABLA 12 ¿QUÉ PATOLOGÍAS PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES?

Patologías	Frecuencia	Porcentaje
ACV (Hemiparesia)	4	31%
Diabetes	2	15%
Epilepsia	5	39%
Esquizofrenia no específica	2	15%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 8 PATOLOGÍAS



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: Según los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, se puede apreciar que la mayor cantidad de usuarios escogidos padece episodios de epilepsia con un 39%, un 31% ha padecido ACV dejando como consecuencia hemiparesia, mientras que un 15% padece de diabetes y por último un 15% padece de esquizofrenia no específica.

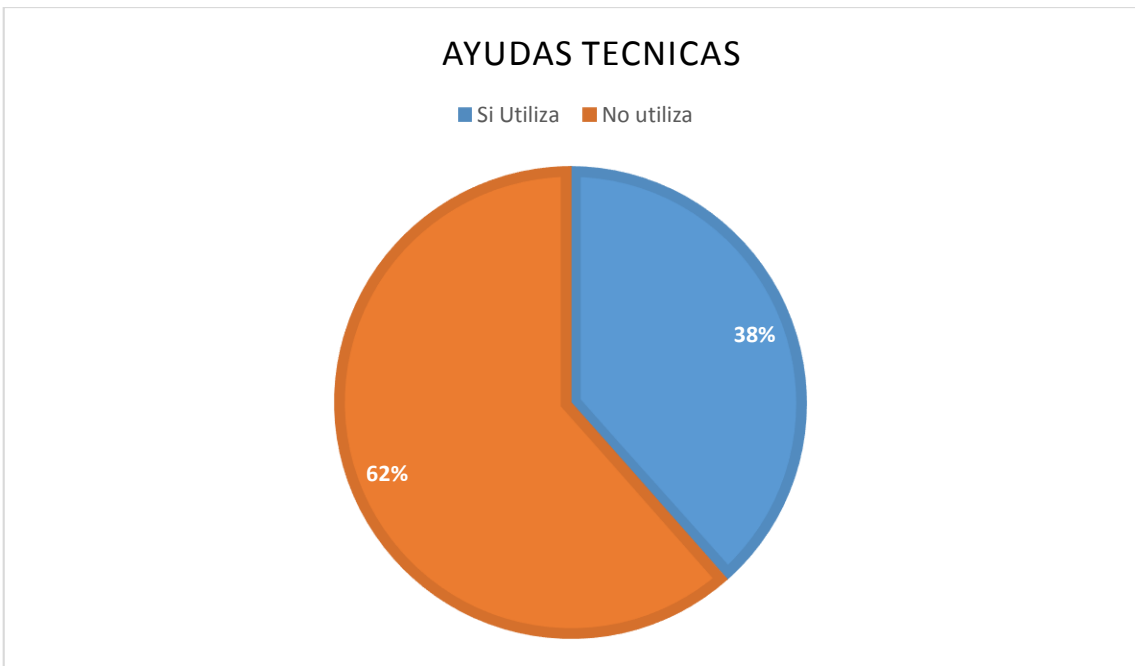
TABLA 13 LOS USUARIOS UTILIZAN AYUDAS TÉCNICAS

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si utiliza	5	38%
No utiliza	8	62%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 9 AYUDAS TÉCNICAS



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: Concorde con los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, se evidencia que la muestra escogida de la población de adultos mayores un 38% si utiliza ayudas técnicas y en su mayor cantidad con 62% no utilizas ningún tipo de ayuda técnica.

3.8.1 ANALISIS Y RESULTADO DE LA ENCUESTA APLICADA A LOS PROFESIONALES DE SALUD Y PERSONAL.

Pregunta 1. ¿Conoce cuáles son los factores de riesgos que aceleran el deterioro de las capacidades funcionales y funciones cognitivas en el adulto mayor?

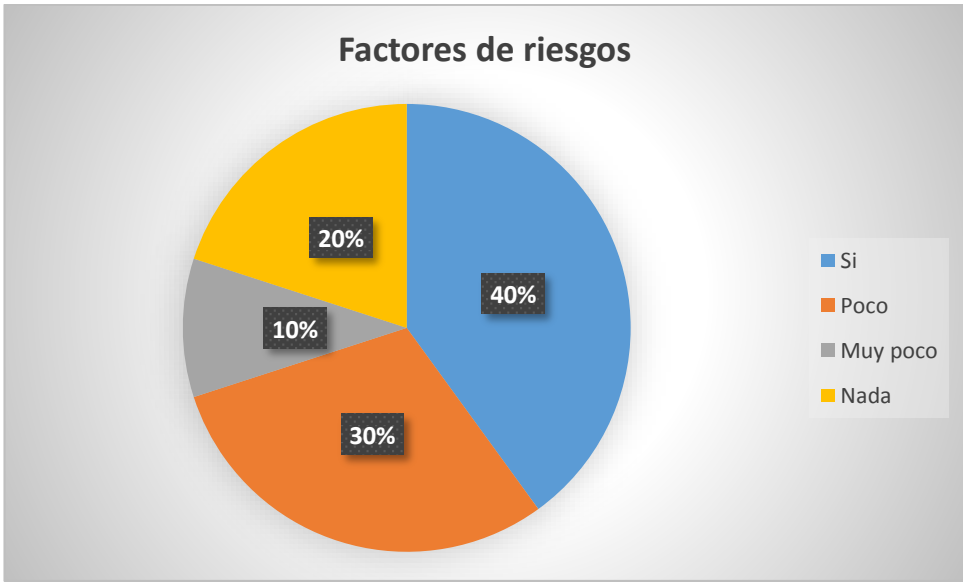
TABLA 14 FACTORES DE RIESGOS

Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	40%
Poco	3	30%
Muy poco	1	10%
Nada	2	20%
Total	10	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 10 FACTORES DE RIESGOS



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANALISIS: Con respecto a los parámetros que se detallan en la tabla 20 se demuestra que el 40% de los profesionales encuestados refieren que conocen cuáles son los factores de riesgos que aceleran el deterioro de las capacidades funcionales y funciones cognitivas en el adulto mayor, mientras que el 30% mencionó que conoce poco, el 10% conoce muy poco y el 20% de los profesionales mencionan no conocer sobre los factores que deteriora las capacidades funcionales del adulto mayor.

Pregunta 2. ¿Considera usted que los adultos mayores pueden realizar las actividades Básicas de la Vida Diaria con óptimo desempeño?

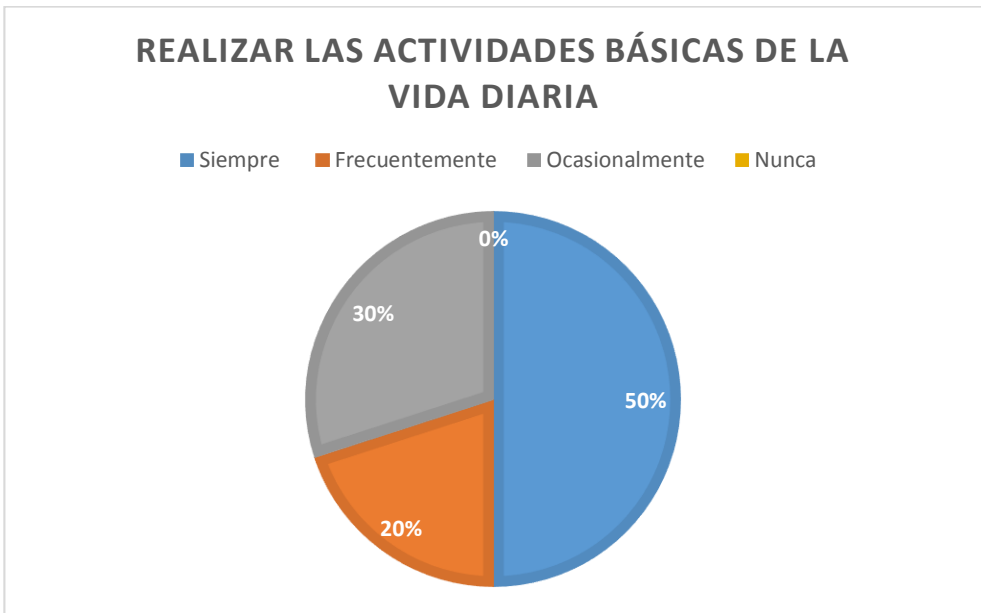
TABLA 15 REALIZAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	50%
Frecuentemente	2	20%
Ocasionalmente	3	30%
Nunca	0	0%
Total	10	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 11 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: En un 100% de los profesionales que fueron encuestados el 50% refiere que los adultos mayores si pueden realizar las actividades de la vida diaria sin complicaciones, sin embargo, el 30% menciona que si pueden hacerlas pero que requieren de ayuda y supervisión y el 20% menciona que los adultos mayores pueden realizar las actividades de la vida diaria, pero con supervisión.

Pregunta 3. ¿Conoce cuáles son las complicaciones más frecuentes que se generan en usuarios adultos mayores con deterioro cognitivo leve que no han recibido procedimientos terapéuticos cognitivos?

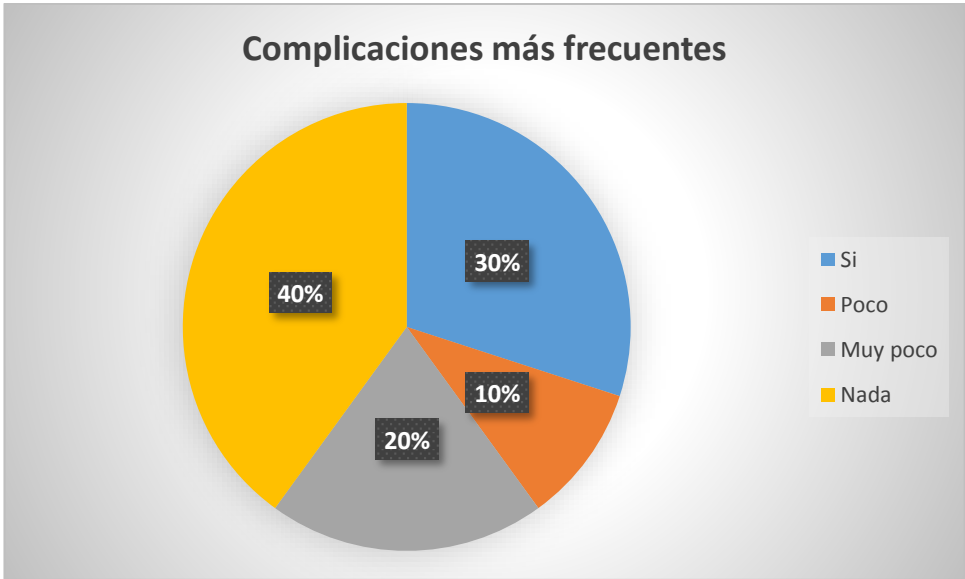
TABLA 16 COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	30%
Poco	1	10%
Muy poco	2	20%
Nada	4	40%
Total	10	100

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 12 COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

Análisis: De acuerdo con los profesionales que se les aplicó la encuesta el 40% mencionó no conocer cuáles son las complicaciones más frecuentes que se generan en usuarios adultos mayores con deterioro cognitivo leve, mientras un 30% de los encuestados refirieron conocer las complicaciones que se presentan más en el adulto mayor, el 20% indicó conocer muy poco sobre las complicaciones del deterioro cognitivo leve, y el 10% refirió conocer poco sobre dichas complicaciones.

Pregunta 4. ¿Cree usted que los adultos mayores con deterioro cognitivo leve poseen dificultad en aprender y retener información nueva?

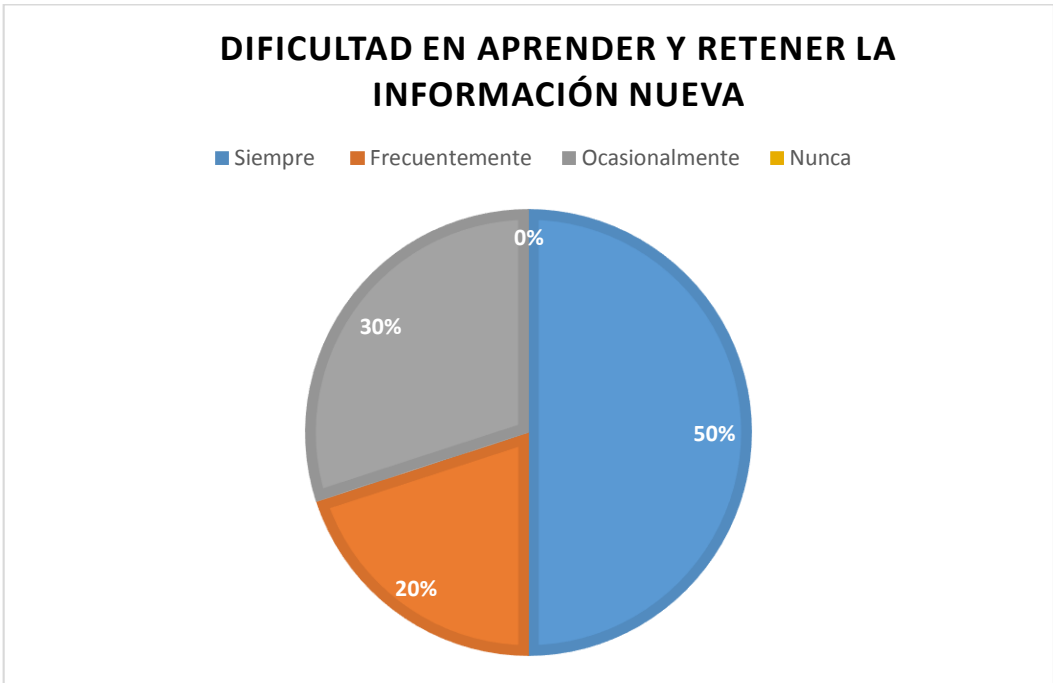
TABLA 17 DIFICULTAD EN APRENDER Y RETENER LA INFORMACIÓN NUEVA

Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	50%
Frecuentemente	2	20%
Ocasionalmente	3	30%
Nunca	0	0%
Total	10	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 13 DIFICULTAD EN APRENDER Y RETENER LA INFORMACIÓN NUEVA



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

Análisis: En el gráfico se deduce que 5 profesionales representado el 50% creen que los adultos mayores con deterioro cognitivo leve poseen dificultad en aprender y retener la información nueva, y 3 profesionales representado por el 30% mencionó que ocasionalmente tienen dificultades para retener información nueva, seguido del 20% expresan no conocer a fondo si los usuarios mayores pueden retener información nueva por un periodo largo.

Pregunta 5 ¿Usted considera que los ejercicios para la memoria mejoran el desempeño en las actividades de la vida diaria?

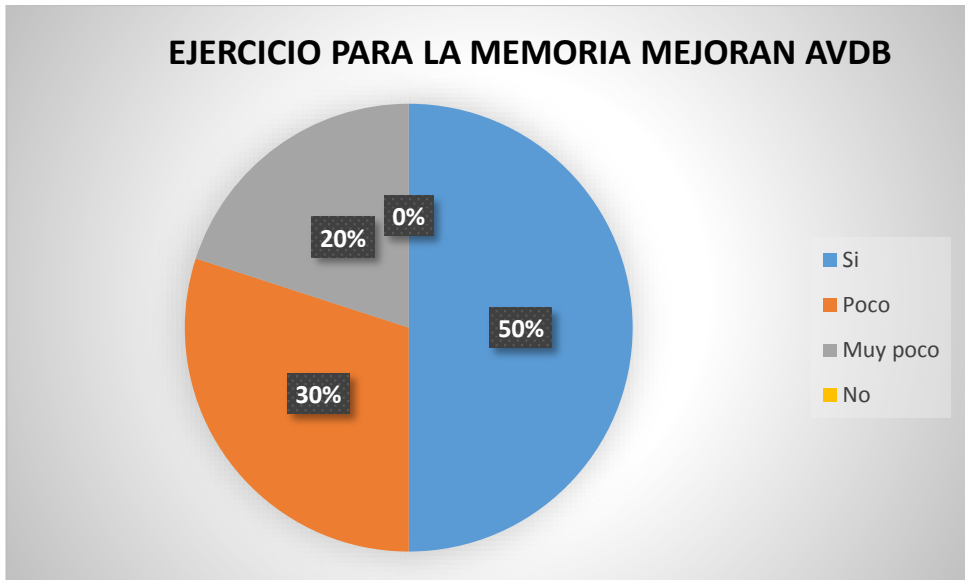
TABLA 18 EJERCICIOS PARA LA MEMORIA

Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	50%
Poco	3	30%
Muy poco	2	20%
No	0	0%
Total	10	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 14 EJERCICIOS PARA LA MEMORIA



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: El 100% de los encuestados según el gráfico muestra que el 50% de los profesionales consideran que los ejercicios para la memoria mejoran el desempeño en las actividades de la vida diaria, permitiéndoles aumentar su propia autonomía, mientras que el 30% postuló que los ejercicios de la memoria mejorarían el desempeño en las actividades de la vida diaria pero poco, y el 20% refirió que mejorarían su desempeño muy poco con las actividades para la memoria.

Pregunta 6. ¿Conoce usted acerca de los beneficios del entrenamiento de la memoria en adultos mayores?

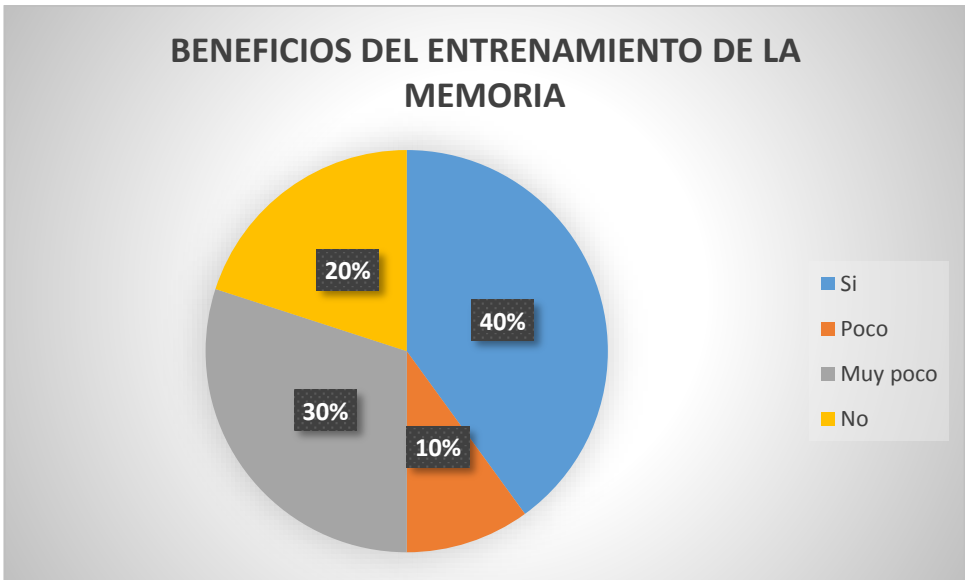
TABLA 19 BENEFICIOS DEL ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA

Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	40%
Poco	1	10%
Muy poco	3	30%
No	2	20%
Total	10	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 15 BENEFICIOS DEL ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: Con respecto a los parámetros que se detallan en la tabla número 25, se demuestra que el 40% de profesionales refieren conocer los beneficios que brinda el entrenamiento de la memoria en los adultos mayores, sin embargo, el 30% mencionó conocer muy poco sobre los beneficios, el 10% conoce poco acerca de los beneficios que proporciona el entrenamiento de la memoria, por otra parte, el 20% mencionó no saber sobre los beneficios del entrenamiento de la memoria.

Pregunta 7 ¿Cree usted que la implementación continua de actividades para la memoria ayudaría al bienestar de los adultos mayores?

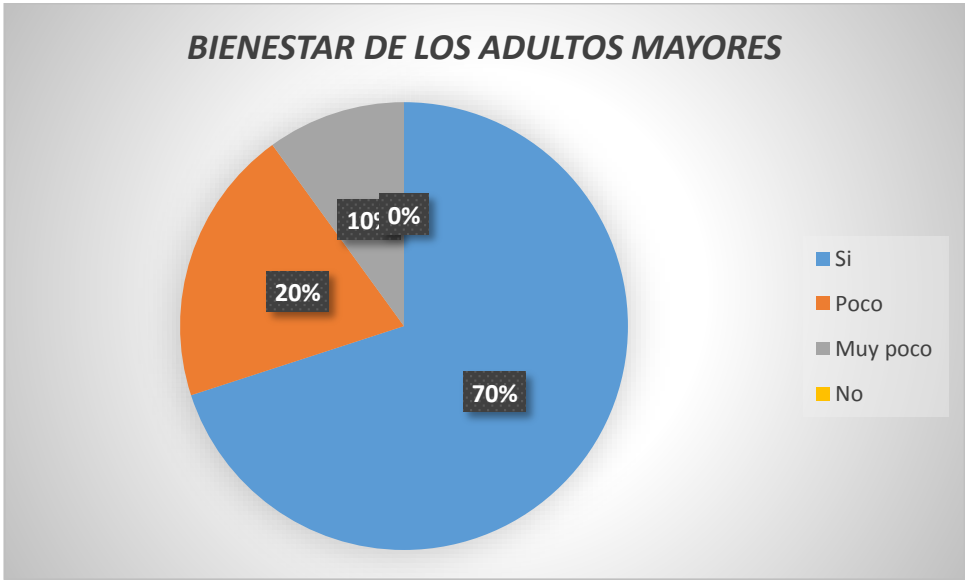
TABLA 20 BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES

Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	70%
Poco	2	20%
Muy poco	1	10%
No	0	0%
Total	10	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 16 BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: El 100% de los encuestados según el gráfico muestra que el 70% de los profesionales expresan que es muy importante la implementación continua de actividades para la memoria ya que ayudaría al bienestar de los adultos mayores, el 20% refieren que poco ayudaría mencionan que no es tan importante una implementación de actividades para la memoria en el adulto mayor, el 10% mencionó que muy poco ayudaría al bienestar del adulto mayor.

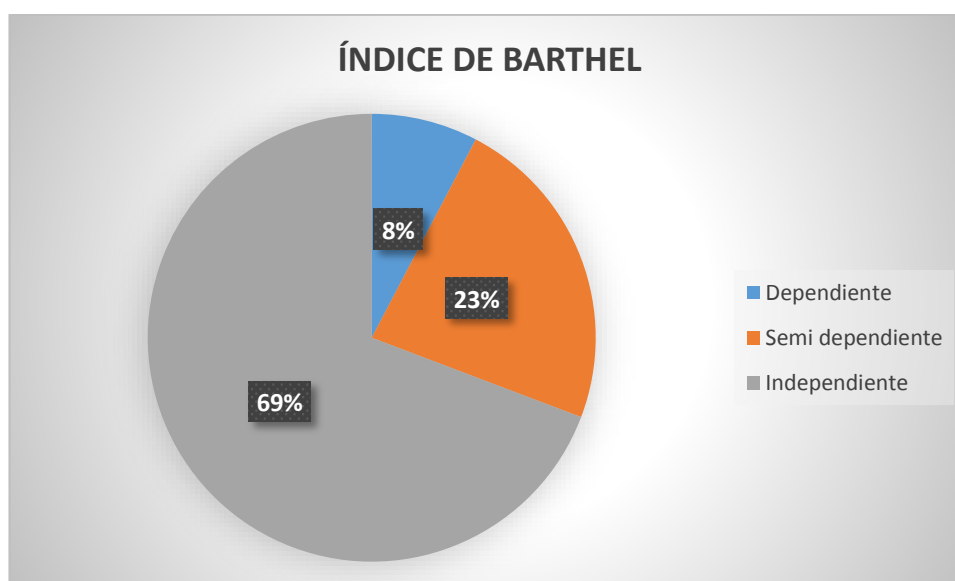
TABLA 21 VALORACIÓN DE LAS ABVD. ÍNDICE DE BARTHEL

Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	1	8%
Semi dependiente	3	23%
Independiente	9	69%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 17 ÍNDICE DE BARTHEL



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

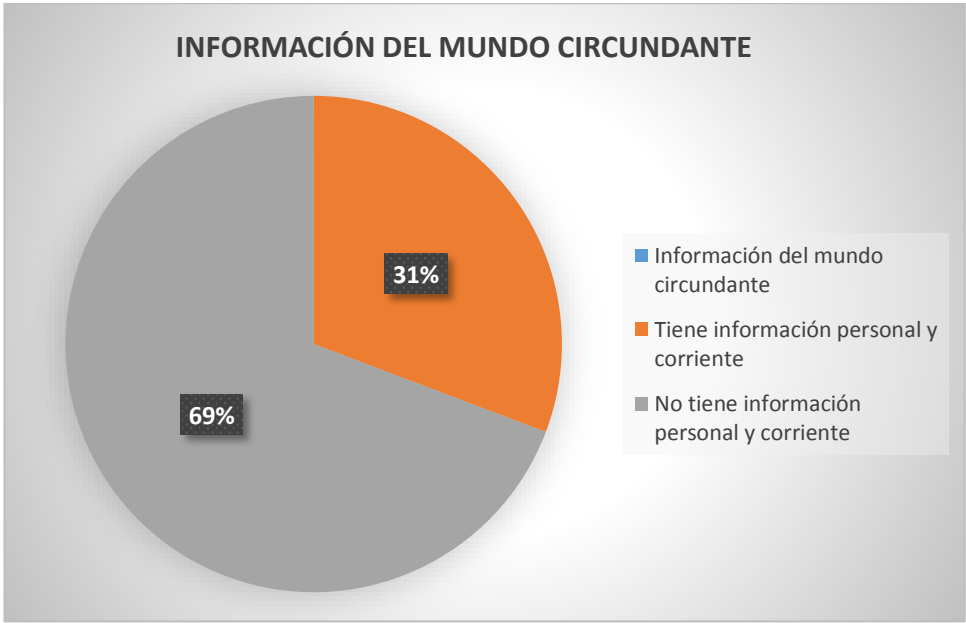
ANÁLISIS: Concorde al análisis en función del total de la muestra selecta, determina que la valoración de las actividades básicas de la vida diaria, conseguimos evidenciar que los resultados sobre los adultos mayores que ejecutan las ABVD de forma independiente son representados por 9 usuarios con porcentaje del 69% , de forma menos proporcional con representación de 3 usuarios con porcentaje del 23% ejecutan las ABVD de forma semindependiente con asistencia del auxiliar y terapeuta a cargo, por otra parte un usuario con porcentaje del 8% también realiza la ABVD de manera dependiente debido a su estado de salud física y mental que compromete la ejecución autónoma de las ABVD.

TABLA 22 VALORACIÓN DE MEMORIA CON LA ESCALA DE WECHSLER (WMS-IV). INFORMACIÓN DEL MUNDO CIRCUNDANTE

(Detalle) Información del mundo circundante	Frecuencia	Porcentaje
Tiene información personal y corriente	4	31%
No tiene información personal y corriente	9	69%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente
 AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 18 INFORMACIÓN DEL MUNDO CIRCUNDANTE



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente
 AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: De acuerdo con el análisis de la escala de valoración de la memoria que fue aplicada a los usuarios adultos mayores determina que 4 de los usuarios contestaron de forma apropiada acerca de la información del mundo circundante la cual representa el 31% de la muestra, por otra parte 9 de los usuarios que representa el 69%, contestaron de forma errónea debido a la poca comunicación que existe sobre el entorno exterior.

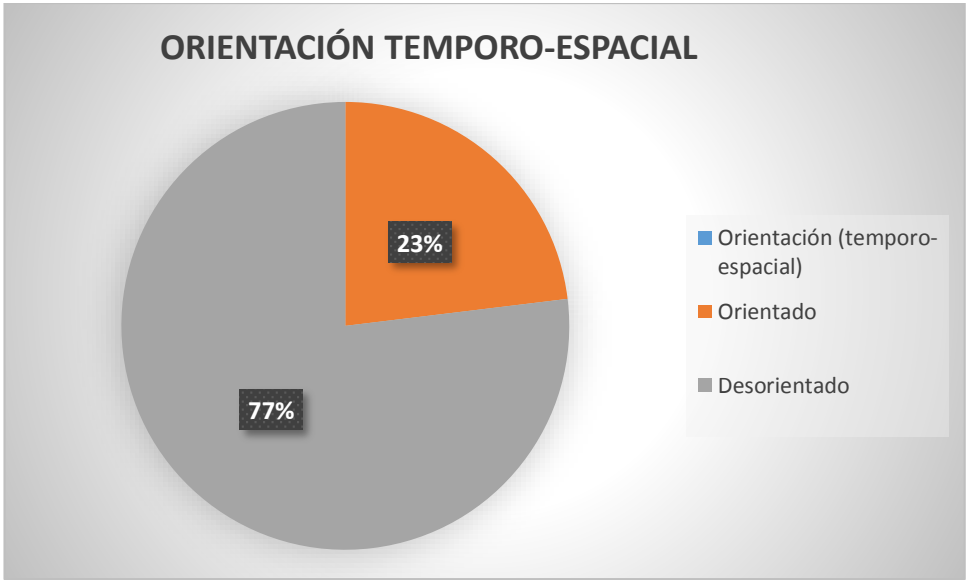
TABLA 23 VALORACIÓN DE MEMORIA CON LA ESCALA DE WECHSLER (WMS-IV). ORIENTACIÓN (TEMPORO-ESPACIAL)

(Detalle) Orientación (temporo-espacial)	Frecuencia	Porcentaje
Orientado	3	23%
Desorientado	10	77%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 19 ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: De acuerdo con el análisis de la escala de valoración de la memoria que fue aplicada a los usuarios adultos mayores establece que 3 de los usuarios contestaron de forma adecuada acerca de la orientación tiempo-espacio la cual simboliza el 23% de la muestra. Por otra parte 10 de los usuarios que representa el 77%, contestaron de forma equívoca debido a la escasa estimulación que existe sobre orientación en general.

TABLA 24 VALORACIÓN DE MEMORIA CON LA ESCALA DE WECHSLER (WMS-IV).

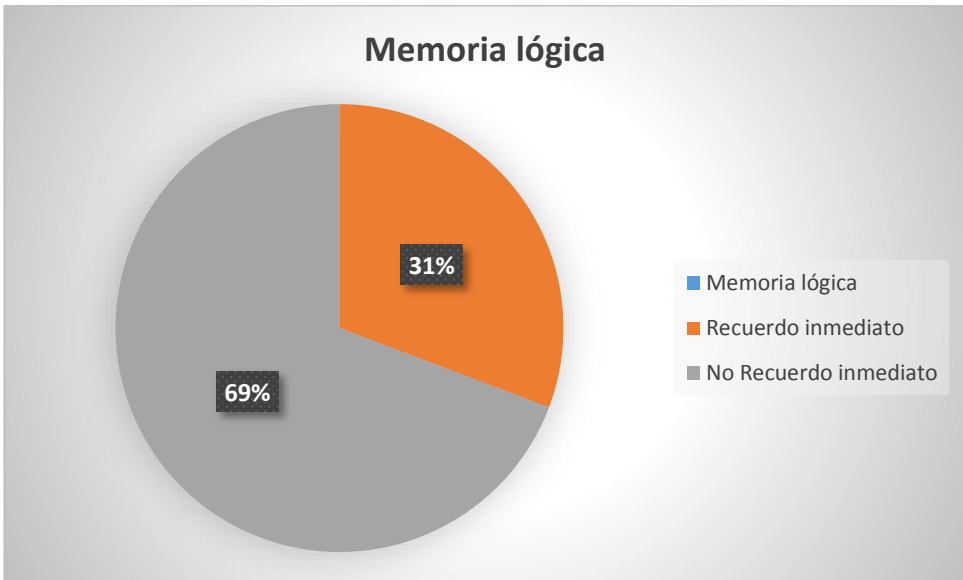
(Detalle) Memoria lógica	Frecuencia	Porcentaje
Recuerdo inmediato	4	31%
No Recuerdo inmediato	9	69%
Total	13	100%

MEMORIA LÓGICA

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 20 MEMORIA LÓGICA



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: Este análisis en función del total de la muestra seleccionada, determina que, de la valoración de la capacidad de memoria lógica, los resultados menos prevalentes recaen sobre los adultos mayores que hicieron la actividad de forma adecuada la cual es representada por 4 usuarios que simboliza el 31%, en relación con los 9 usuarios que representan el 69% de la muestra que hicieron la actividad de forma inadecuada.

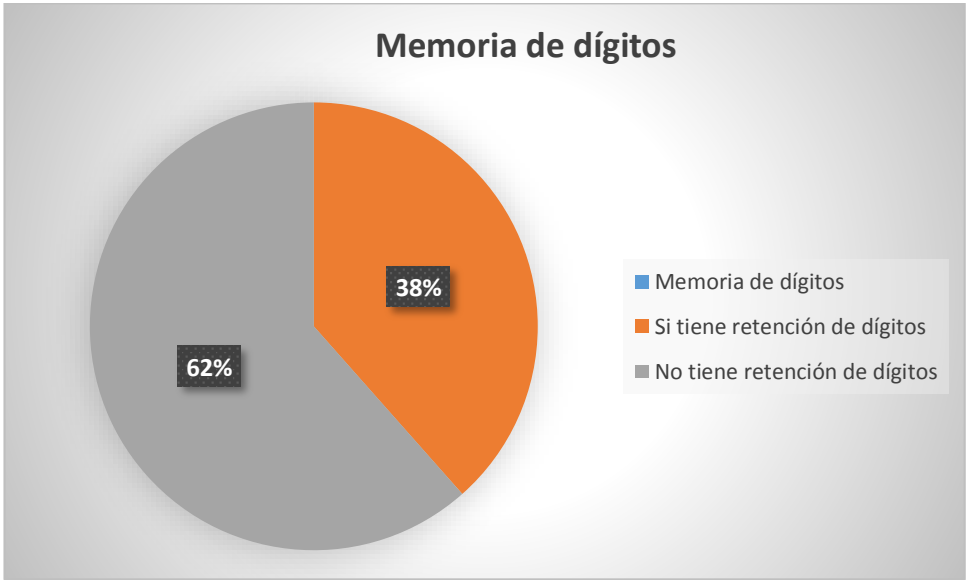
TABLA 25 VALORACIÓN DE MEMORIA CON LA ESCALA DE WECHSLER (WMS-IV).

(Detalle) Memoria de dígitos	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene retención de dígitos	5	38%
No tiene retención de dígitos	8	62%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 21 MEMORIA DE DÍGITOS



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: Este análisis en función del total de la muestra seleccionada, se determina que, de la valoración de la capacidad de memoria de dígitos, los resultados menos prevalentes recaen sobre los adultos mayores que hicieron la actividad de forma adecuada la cual son representados por 5 que simboliza el 38%, en relación con los 8 usuarios que representan el 62% de la muestra que manifestaron dificultades en la actividad de retención de dígitos la realizaron de forma inadecuada.

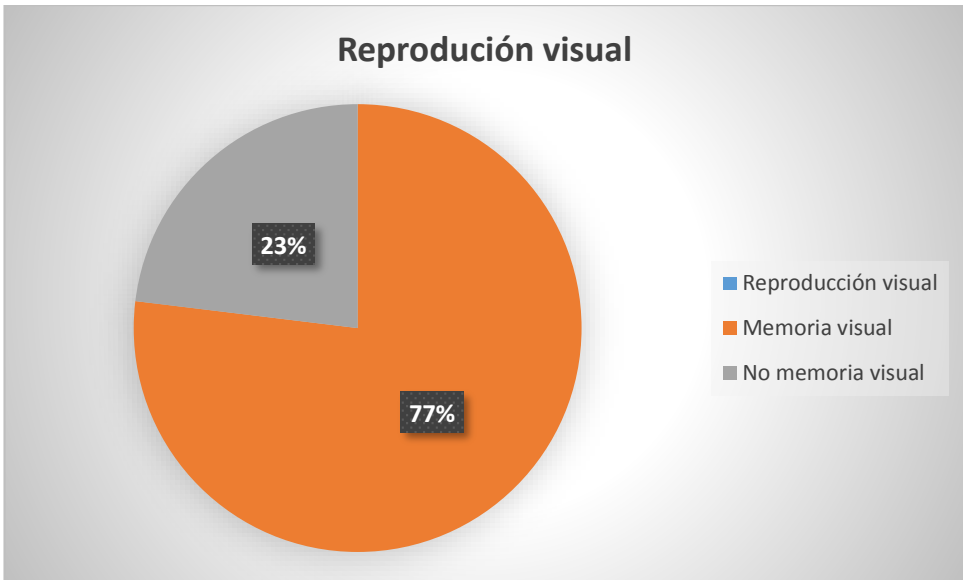
TABLA 26 VALORACIÓN DE MEMORIA CON LA ESCALA DE WECHSLER (WMS-IV).

(Detalle) Reproducción visual	Frecuencia	Porcentaje
Memoria visual	10	77%
No memoria visual	3	23%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 22 REPRODUCCIÓN VISUAL



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: Se evidenció en función del total de la muestra seleccionada, se determina que, de la valoración de la capacidad de reproducción visual, los resultados más prevalentes recaen sobre los adultos mayores que hicieron la actividad de forma adecuada la cual son representados por 10 que simboliza el 77%, con relación a los 3 usuarios que representan el 23% de la muestra que manifestaron dificultades en la actividad y la realizaron de forma inadecuada.

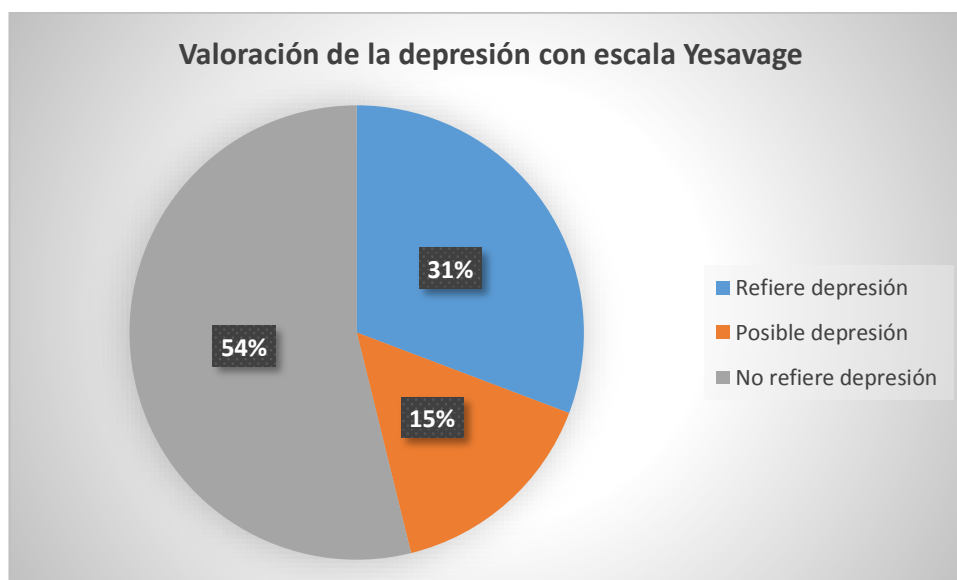
Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Refiere depresión	4	31%
Posible depresión	2	15%
No refiere depresión	7	54%
Total	13	100%

TABLA 27 VALORACIÓN CON ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN YESAVAGE

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 23 VALORACIÓN CON ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN YESAVAGE



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: De acuerdo con el análisis de la escala de valoración de la depresión que fue aplicada a los usuarios adultos mayores se evidenció que representados por 54% de ellos, no refiere depresión, no obstante, en menor cantidad con representación de 31% de usuarios si presentó depresión debido al estado emocional obtenido producto del abandono de sus familiares e incomunicación, por otra parte, el 15% mostró posible depresión a causa de la situación de vulnerabilidad de su estado anímico.

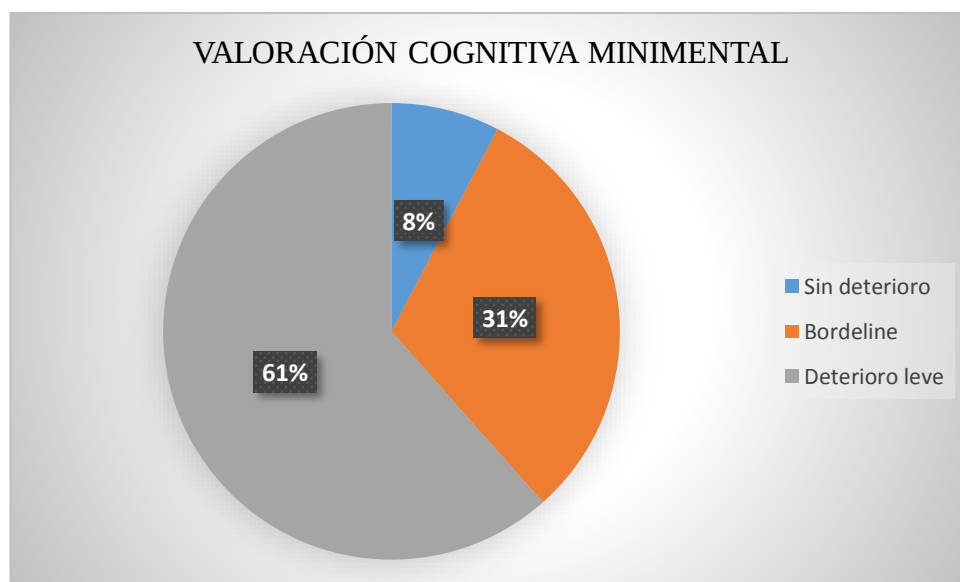
TABLA 28 VALORACIÓN COGNITIVA MINIMENTAL

Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Sin deterioro	1	8%
Bordeline (posible deterioro)	4	31%
Deterioro leve	8	61%
Total	13	100%

FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

GRAFICO 24 VALORACIÓN COGNITIVA MINIMENTAL



FUENTE: Fundación la Casa del Hombre Doliente

AUTORES: Llerena Ramos Leslie Nicole, Pareja Navarro Wladimir Lenin

ANÁLISIS: De acuerdo con el análisis de la escala de valoración cognitiva mini mental que fue aplicada a los usuarios adultos mayores se comprobó que 8 de ellos representados por 61% tiene deterioro cognitivo leve, en relación con un grupo de 4 usuarios con el 31% que presentan vulnerabilidad al deterioro debido a alteración de la memoria, por otra parte, representado por 1 usuario que equivale al 8% de la muestra no presenta deterioro cognitivo.

3.9 CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

3.9.1 CONCLUSIÓN

En el proceso de ejecución de este trabajo, con base en, la implementación de instrumentos de valoración y análisis de los resultados obtenidos sobre el “Deterioro Cognitivo Leve” se establece que:

- Según los datos obtenidos del instrumento de evaluación de las ABVD índice de Barthel determinamos que la mayoría de los usuarios realiza las actividades cotidianas de manera independiente, sin embargo, refieren que olvidan frecuentemente realizar actividades de aseo personal como: cepillarse los dientes, lavar su cara y manos, peinarse.
- De acuerdo con la valoración de la memoria con la escala de Wechsler se determinó que los adultos mayores en mayor porcentaje presentan dificultades en recordar información personal y corriente, en la orientación temporo-espacial, esto es debido a la situación de aislamiento y poca comunicación con el entorno exterior de donde residen.
- En la aplicación del test de Minimental reflejó que la mayoría de los usuarios selectos para este trabajo tienen deterioro cognitivo leve incidiendo la escasa realización de actividades cognitivas.
- De acuerdo con la valoración de la Escala Geriátrica de depresión Yasavage, se concluye que, la mayoría de los usuarios no muestran estados depresivos, no obstante, describen que en ciertos momentos sienten estados de decaimiento y aburrimiento.

3.9.2 RECOMENDACIÓN

- Es preciso aplicar ayudas como señaléticas en el baño y en las áreas necesarias con información adecuada, para estimular la memoria del adulto mayor con el objetivo de facilitar que recuerde las actividades cotidianas que debe realizar.
- Es importante realizar periódicamente actividades que favorezcan la memoria, específicamente actividades sobre información personal y orientación en tiempo y espacio, para mejorar la capacidad de manejar información relativa al día.
- Se recomienda efectuar actividades que estimulen y/o mejoren el área cognitiva de los adultos mayores, aportará beneficios relevantes para mantener habilidades y destrezas, conservar la funcionalidad y por tanto favorecer la independencia y autonomía en la vida cotidiana de los usuarios.
- Se sugiere que, se realice actividades grupales que favorezcan la participación social, fomentando lazos interpersonales, para conseguir evitar estados de depresión en los adultos mayores.

CAPITULO IV

LA PROPUESTA

4.1 TEMA: Entrenamiento de la memoria para mejorar las actividades de la vida diaria.

4.2 JUSTIFICACIÓN

A lo largo de los años, la población de adultos mayores ha tratado de cambiar pensamientos sobre el envejecimiento, llegando a un punto de haber sido personas excluidas por sus delimitaciones a hacer personas activas demostrado sus capacidades para participar en varios programas, técnicas entre otras que ofrecen diferentes actividades para promover el bienestar general de esta población, incluidas las actividades de entrenamiento de memoria y que ofrecen beneficios como mejorar la calidad de vida, retraso de evolución de enfermedades, potencia la autonomía, etc.

Es por ello por lo que se pensó en las dificultades que presentan las personas mayores y se aplicó una serie de actividades del entrenamiento de la memoria para mejorar actividades de la vida diaria ya que esto resulta favorecedor para ellos permitiendo mantener sus habilidades y destrezas; favoreciendo la independencia y autonomía en la vida diaria de los adultos mayores

Tristemente, llegar a la tercera edad puede significar la disminución del protagonismo en el desarrollo de actividades cotidianas, debido a eso el abordaje desde la terapia ocupacional en adultos mayores es muy importante ya que se centra en actividades que le permitirá al usuario, favorecer el desarrollo de hábitos y autonomía, promover su salud física, generar bienestar psicológico a través de la aceptación optimista del entorno y la situación, también ayuda a mejorar la memoria, la atención y la comunicación.

4.3 IMPORTANCIA DE LA PROPUESTA

Es efectivo conocer sobre los beneficios que contribuye el entrenamiento de la memoria como instrumento para mejorar las actividades de la vida diaria en los adultos mayores, puesto que las actividades para la memoria nos permite intervenir de forma integral con respecto al área cognitiva, mejorando la autonomía e independencia en las personas mayores, por esta razón se implementó una serie de actividades que se realizó en el conjunto de adultos mayores de la fundación La Casa del Hombre Doliente, por lo tanto esta propuesta queda como herramienta para futuras investigaciones.

4.4 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

4.4.1 OBJETIVO GENERAL

Optimizar el desempeño funcional de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve mediante el entrenamiento de la memoria para mejorar actividades de la vida diaria manteniendo habilidades y capacidades cognitivas.

4.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Mantener activos a los adultos mayores de 65 a 85 años a nivel cognitivo, social, sensorial y funcional.
- Mejorar el desempeño en las actividades cotidianas básicas.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios.
- Mejorar el estado de ánimo y la autoestima.
- Frenar el deterioro cognitivo a niveles más crónicos que conlleven a la limitación de la autonomía y cuidado personal.

4.5 ASPECTOS TEÓRICOS DE LA PROPUESTA

4.5.1 ASPECTO PSICOLÓGICO

La memoria es una función cerebral que participa en todos los procesos de aprendizaje del ser humano es vital para la supervivencia del individuo. En el transcurso de los años se ha conseguido un progreso hacia la prolongación de la vida del ser humano, modificando tanto entornos como condiciones de salud con base en las necesidades de los individuos.

Concretamente al adulto mayor, ser participe en actividades con propósitos le ofrece diversos beneficios como: salud física, psicológica, bienestar general, minimiza el riesgo a estrés, depresión, ayudando así, a mantener una vida autónoma y satisfactoria, por tanto, es acertado presentar alternativas de actividades o talleres que consigan brindar beneficios a esta población.

4.6 FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA

En la presente investigación se emplean las factibilidades técnicas, financiera, y humana, cada una respectivamente aporta a la aplicación de actividades para el entrenamiento de la memoria.

4.6.1 FACTIBILIDAD TÉCNICA

La aplicación de actividades para el entrenamiento de la memoria para mejorar actividades de la vida diaria en los adultos mayores cuenta con los recursos necesarios e instrumentos a utilizar.

4.6.2 FACTIBILIDAD FINANCIERA

TABLA 29 RECURSOS

MATERIALES	TOTAL, UNITARIO	SUBTOTAL
Impresiones	0.25ctvs.	20\$
Copias	0.15ctvs.	10\$
Transporte	3,30ctvs.	60\$
Materiales de actividades	10\$	20\$
Total	13,70ctvs.	110\$

Elaborada: Leslie Nicole Llerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro

4.6.3 FACTIBILIDAD HUMANA

- Director de la Fundación
- Terapeuta Ocupacional
- Personal de apoyo y profesionales de Salud
- Usuarios

4.6.4 FACTIBILIDAD DEL RECURSO FÍSCO

Instalaciones de la Fundación de la Casa del Hombre Doliente

4.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

4.7.1 FUNCIÓN: Implementación de actividades para la memoria en el adulto mayor, que optimicen el desempeño ocupacional para mantener al máximo su nivel de autonomía e independencia.

4.7.2 POBLACIÓN: Adultos mayores funcionales de 65 a 85 años en la fundación La Casa del hombre doliente de Guayaquil.

4.7.3 DETALLES DE LAS ACTIVIDADES DEL ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA.

Con el objetivo de favorecer el desempeño ocupacional de los usuarios de la fundación “La Casa del Hombre Doliente”, las actividades propuestas para el entrenamiento de la memoria son muy diversas:

- Actividades para la memoria topográfica: (Orientarnos en el espacio).
- Actividades para la memoria a corto plazo: (Funcional o de trabajo).
- Actividades para la memoria episódica (explícita): (Hechos personales).
- Actividades para la memoria semántica: (Hechos del mundo).
- Actividades para la memoria selectiva: (selecciona información útil)

ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR

ACTIVIDADES MEMORIA TOPOGRÁFICA

Actividad #1 Imitación de modelo

Objetivo: Proporcionar al adulto mayor una mejor comprensión y ubicación de aquello que le rodea, mediante actividades didácticas potenciando un aumento en la sensación de control y en la autoestima del usuario.

Procedimiento:

- Se lleva a cabo la adecuación del área a trabajar
- Se situará sobre la mesa de trabajo los materiales a emplear.
- Posterior a ello se dará una breve explicación sobre la dinámica de la actividad a realizar.
- Se le entregará al usuario los materiales para que pueda realizar la actividad brevemente explicada.
- En la cual la actividad consiste en donde el adulto mayor deberá observar detalladamente la imagen de lado derecho de la hoja, luego en el lado izquierdo tendrá que imitar la misma imagen con lápiz de colores o pegatinas.
- El Terapeuta Ocupacional realizará el seguimiento del desarrollo correcto de la actividad por parte del adulto mayor y en caso de evidenciar dificultades volverá a dar una breve explicación para la realización correcta de la misma.

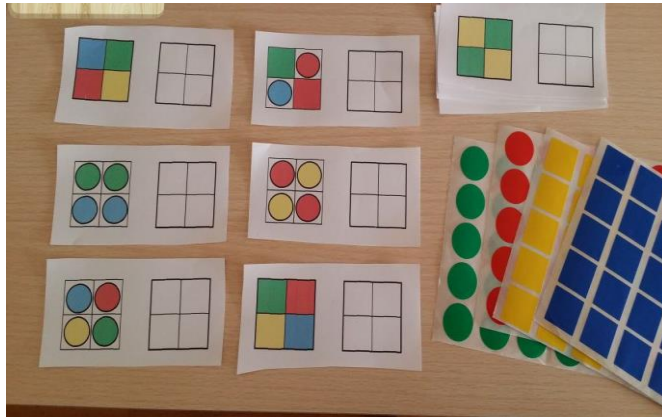
Materiales

- Hija con ilustración
- Pegatinas
- Lápiz de colores

Tiempo

25 minutos

Fotografía 1 Actividad imitación de modelo



Fuente: Leslie Nicole Lerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro

ACTIVIDADES PARA LA MEMORIA SELECTIVA

Actividad #2 Rodea cosas de la cocina

Objetivo: Facilitar la retención de información importante y de utilidad y omitir contenido irrelevante.

Procedimiento:

- Se lleva a cabo la adecuación del área a trabajar
- Se situará sobre la mesa de trabajo los materiales a utilizar
- Posterior a ello se dará una breve explicación sobre la dinámica de la actividad a realizar.
- Se le entregará al usuario los materiales para que pueda realizar la actividad brevemente explicada.
- Consiste en que el usuario deberá observar la imagen detenidamente e identificar y seleccionar cuáles son los objetos que forman parte de la cocina, una vez que los haya identificado procederá a encerrarlos con un círculo o tacharlos.

Materiales

Hoja papel bond con Ilustración

Lápiz

Tiempo

25-30 minutos

Fotografía 2 Actividad Rodea las cosas de cocina



Fuente: Leslie Nicole Lerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro

Actividad # 3 Identifica la estrella

Objetivo: Potenciar la plasticidad neuronal, mediante la estimulación de las funciones cognitivas a través de actividades de memoria selectiva.

Procedimiento:

- Se lleva a cabo la adecuación del área a trabajar
- Se situará sobre la mesa de trabajo los materiales a utilizar
- Posterior a ello se dará una breve explicación sobre la dinámica de la actividad a realizar.
- Se le entregará al usuario los materiales para que pueda realizar la actividad brevemente explicada.

- Donde el usuario deberá mirar cada aspecto de la ilustración y buscar la estrella similar de la muestra modelo que se encuentra en la parte superior de la hoja y procederá a encerrar con un círculo.
- El Terapeuta Ocupacional observará al usuario cuando esté realizando la actividad y si presenta alguna dificultad o se le olvida el proceso de realización se le volverá a dar una breve explicación.

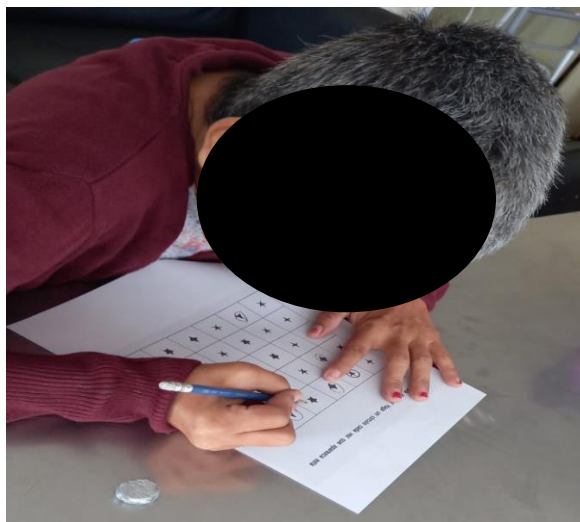
Materiales:

- Hoja de Ilustración
- lápices de colores o lápiz.

Tiempo:

25 minutos

Fotografía 3 Actividad Identificando la estrella



Fuente: Leslie Nicole Lerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro

Actividad para memoria visual (corto plazo)

Actividad #4 Observa, Observa

Objetivo: Fortalecer la discriminación visual y la retención de una pequeña cantidad de información en periodos de tiempos cortos.

Procedimiento:

- Se lleva a cabo la adecuación del área a trabajar
- Se situará sobre la mesa de trabajo los materiales a utilizar
- Posterior a ello se dará una breve explicación sobre la dinámica de la actividad a realizar.
- Se le entregará al usuario los materiales para que pueda realizar la actividad brevemente explicada.
- En la cual consiste que el usuario deberá analizar cada aspecto de la ilustración y tratar de recordar, luego se le quitará la imagen y se le harán unas pequeñas preguntas sobre la Ilustración en donde el adulto mayor deberá recordar y tratar de contestar con claridad.
- El Terapeuta Ocupacional realizará el seguimiento del desarrollo correcto de la actividad por parte del adulto mayor y en caso de evidenciar dificultades volverá a dar una breve explicación para la realización correcta de la misma.

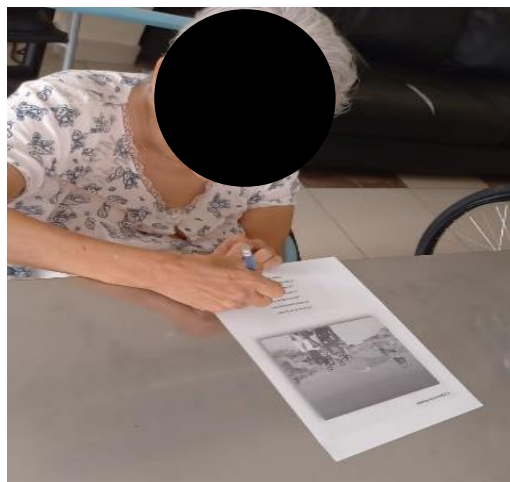
Materiales:

- Hoja de Ilustración
- Bolígrafo azul, rojo y negro

Tiempo:

30 minutos

Fotografía 4 Actividad Observa, observa



Fuente: Leslie Nicole Lerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro

Actividad #5 Escribe la palabra contraria

Objetivo: Evocar, o acceder a la información que, en su momento, fue registrada y almacenada, con el fin de recordar hechos, ideas, sensaciones o relaciones afectuosas.

Procedimiento:

- Se lleva a cabo la adecuación del área a trabajar
- Se situará sobre la mesa de trabajo los materiales a utilizar
- Posterior a ello se dará una breve explicación sobre la dinámica de la actividad a realizar.
- Se le entregará al usuario los materiales para que pueda realizar la actividad brevemente explicada.
- La actividad consiste en que el usuario deberá ver la palabra que se encuentra en el lado derecho de la hoja y al lado izquierdo deberá poner lo contrario de dicha palabra escrita.
- El Terapeuta Ocupacional observará al usuario cuando esté realizando la actividad y si presenta alguna dificultad o se le olvida el proceso de realización se le volverá a dar una breve explicación.
- El terapeuta realizará el seguimiento del desarrollo correcto de la actividad por parte del usuario y en caso de evidenciar dificultades dará instrucciones para la realización correcta de la misma.

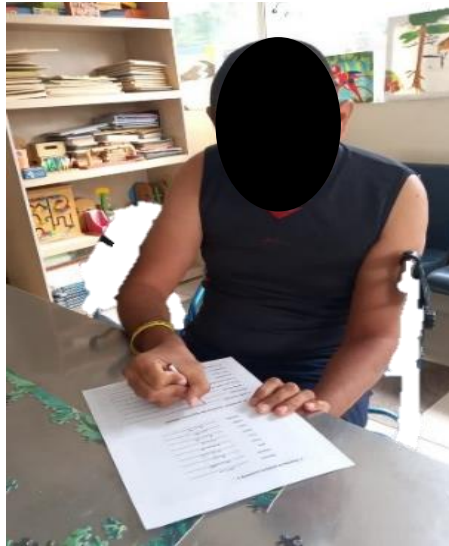
Materiales:

- Hoja de Ilustración
- Bolígrafo

Tiempo:

20-25 minutos

Fotografía 5 Actividad escribe la palabra contraria



Fuente: Leslie Nicole Lerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro

Actividad #6 Recordando, recordando

Objetivo: Fortalecer la discriminación visual y la retención de una pequeña cantidad de información en periodos de tiempos cortos.

Procedimiento:

- Se lleva en efecto la adecuación del área de trabajo.
- Se situará sobre la mesa de trabajo los materiales a utilizar.
- Se procederá a dar una breve explicación de la actividad y se brindará pautas necesarias para la ejecución del trabajo, tomando en cuenta los obstáculos que puedan interferir en la misma.
- Se les proporcionará a los usuarios los materiales para iniciar la actividad.
- La metodología de trabajo se basa en donde el usuario deberá observar detalladamente cada imagen que se encuentra en la parte superior de la ilustración, una vez que ya haya visualizado cada una de ellas el Terapeuta Ocupacional deberá doblarle la hoja por la mitad quedando solo la parte inferior de la hoja y se le pedirá que recuerde cual eran las imágenes de arriba y marcarlas en la parte de abajo.

Materiales

- Hoja con ilustración

- Lápiz

Tiempo:

35 a 30 minutos

Fotografía 6 Actividad recordando, recordando



Fuente: Leslie Nicole Lerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro

PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

TABLA 30 Planificación actividades

Encuesta y evaluaciones	Se implementó una serie de preguntas a los profesionales que laboran en la Institución. Se aplicó los instrumentos de valoración para medir el grado de independencia, el nivel de deterioro cognitivo y las complicaciones de la memoria específica de los usuarios.
Actividades desarrolladas	Actividades cognitivas con periodos de receso y participación grupal: Para la memoria procedimental: (Destrezas) Para la memoria topográfica: (Orientarnos en el espacio). Para la memoria a corto plazo: (Funcional o de trabajo). Para la memoria episódica (explícita): (Hechos personales). Para la memoria semántica: (Hechos del mundo). Para la memoria selectiva: (selecciona información útil)
Jornadas de sesión	Dos veces por semana: jueves y viernes. Una hora por día, 2 horas a la semana. 8 horas mensuales, 24 horas en todo el periodo.
Usuarios seleccionados	Adultos mayores con deterioro cognitivo leve de la Fundación La Casa del Hombre Doliente, de Guayaquil- Samanes que residen.
Terapeutas	Las actividades que se realizaron estuvieron a cargo de los terapeutas ocupacionales y Lcdo. Terapeuta Ocupacional de la institución, que mediante la propuesta de actividades para la memoria se aplicarían a los adultos mayores.

4.8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cancino Margarita RL. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Terapia psicológica. 2016 Dic.; 34(3).
2. C.D. Míasa MSMEMAQRK. Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. Revista de Neurología. 2015 Junio.
3. Camilo Alvarado JFGEECEGAPET. Estudio poblacional de deterioro cognitivo en población. Acta Médica Colombiana. 2014 julio-septiembre; 39(3).
4. Pérez et. al.. Conversión de Deterioro Cognitivo Leve a Demencia. [Online].; 2018 [cited 2021 Marzo Martes. Available from: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Conversion.pdf>.
5. Salud OMdl. El envejecimiento y la salud. OMS, Organización Mundial de la Salud ed. Ginebra; 2015.
6. Elvia PM. Calidad de vida en adultos mayores. Universidad y Salud. 2019 May-Agos; 15(21).
7. José SM. Deterioro cognitivo en la vejez Montevideo: Psicology; 2016.
8. Cascudo Barral Niurka VGDGBHL. Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y Comorbilidad. GeroInfo Gerontología y Geratría. 2017 marzo; 11(02).
9. Arriola Manchola Enrique CPCFPALMRLTJA. DETERIORO COGNITIVO LEVE EN EL ADULTO MAYOR Alberto A, editor. Madrid: International marketing & Communication , S.A.; 2019.
10. Manes Facundo P. Deterioro cognitivo leve Mild cognitive impairment. Acta Neurol Colomb. 2018 Septiembre; 26(03).
11. De la Vega RyZA. Deterioro cognitivo leve, Criterios de diagnóstico. Circunvalación del Hipocampo. 2018 Enero; 10(07).

12. LUPON MARTA TAQL. PROCESOS COGNITIVOS BÁSICOS. In Francisco Z, editor. QUEJAS DE MEMORIA Y DETERIORO COGNITIVO LEVE CONCEPTO EVALUACION PREVENCIÓN. Argentina: Encuentro; 2017. p. 44.
13. Barrueta Luis OJTA. Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología. Revista TOG. 2009 Jul; 6(4).
14. Cid-Ruzafa Javier DMJ. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica. 1997 Mar; 71(02).
15. Alejandra CA, DSC, ÁOGD, M. Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores. CES Psicología. 2017 Julio; 10(02).
16. Amador JA. La Escala de memoria de Wechsler cuarta. [Online].; 2015 [cited 2021 enero 15. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/62353/1/La%20Escala%20de%20memoria%20de%20Wechsler%20cuarta%20edici%C3%B3n%20%28WMS-IV%29.pdf>.
17. Mas Tous C. Mejora de la Memoria en Personas Mayores: Variables a tener en cuenta. Papeles del Psicólogo. 2018 Mayo- Agosto; 29(02).
18. Arriagada V. LOS BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA. [Online].; 2017 [cited 2021 Enero 17. Available from: <http://www.liv-up.cl/beneficios-estimulacion-cognitiva-adultos-mayores/>.
19. J G. Técnicas de Investigación de Campo. Unidades de Apoyo para el Aprendizaje. [Online].; 2019 [cited 2021 enero 02. Available from: <https://uapa.cuaieed.unam.mx/sites/default/files/minisite/static/0fec888-6a3f-4b31-b704-a2d94e3eed72/U000308176506/index.html>.
20. Rojas Cairampoma M. Tipos de investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. [Online].; 2016 [cited 2020 diciembre 22. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63638739004>.
21. Fachelli PLRS. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Barcelona; 2015.

22. Yesavage JA. Desarrollo y validación de una escala de detección de depresión geriátrica: Un informe preliminar. Revista de Investigación Psiquiátrica. 1982 mayo; 17(1).
23. Nilton Custodio ,EHDLRMuLLB. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? SciELO Perú. 2012 Octubre-Diciembre; 73(4).
24. Carlos DdlD. Valoración geriátrica integral. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2017 mayo-junio; 0.60(3).
25. Rojo Aladro Jose LRAGRJRMAMPVM. Protocolo de diagnostico del deterioro cognitivo Networking G, editor. Canarias: Networking, S.A.; 2019.
26. Adriana H. Procesos psicológicos básicos Valdivieso ED, editor. Ciudad de México.: RED TERCER MILENIO S.C.; 2016.
27. Salud OMdl. ENVEJECIMIENTO Y CAMBIOS DEMOGRÁFICOS. Salud en las Américas. 2018 August; 10(06).
28. Victor M. LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE QUITO ESTUDIO DE LA SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA SIilverio Chisaguano LG, editor. Quito; 2008.
29. Espinosa del Pozo P ea. Factores de riesgo y prevalencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en Pichincha – Ecuador. Rev Fac Cien Med. 2012 Abril; 37(49).

ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL



Guayaquil, 22 de Enero del 2021

Fundación "La Casa del Hombre Doliente".

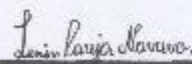
De mis consideraciones

Por medio de la presente yo **Llerena Ramos Leslie Nicole** con **C.I 0952560035** y **Pareja Navarro Wladimir Lenin** con **C.I 0930224167**, estudiantes de **Nóveno semestre** de la carrera **Terapia Ocupacional** de la **Universidad de Guayaquil** solicito a usted de manera respetuosa nos permita realizar las prácticas de la tesis denominada **Entrenamiento de la memoria para mejorar actividades de la vida diaria en adultos mayores con deterioro cognitivo leve**

De antemano, quedamos agradecidas.

FUNDACIÓN
"CASA DEL HOMBRE DOLIENTE"
Dr. Francisco García León
Reg. No. 2897/122160


Llerena Leslie
CI:0952560035


Pareja Wladimir
CI: 0930224167

Anexo 2. Hoja de Ficha de Registro

FICHA DE REGISTRO			
Institución:		Área:	
Terapeuta Ocupacional Responsable:			
Fecha de Registro:			
1.DATOS PERSONALES			
Nombre y Apellido del usuario:			
Lugar y Fecha de Nacimiento:			
Grado de instrucción			
Edad:	Sexo:	C.I:	Estado Civil:
2.DATOS CLINICOS			
Diagnóstico:			
Motivo de Ingreso:			
Patologías Asociadas:			
Tratamientos Farmacológicos:			

Antecedentes Clínicos Personales:							
3.AYUDAS TECNICAS							
Ortesis:		Prótesis:		Muletas:		Silla de Ruedas:	
Otros:							

Anexo 3. Formato Escala de Valoración Índice de Barthel

PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES

ÍNDICE DE BARTHEL

TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

ALIMENTACIÓN	– Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). – Necesita ayuda. – Necesita ser alimentado.	10 5 0
BAÑO	– Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. – Necesita cualquier ayuda.	5 0
VESTIDO	– Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... – NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. – DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.	10 5 0
ASEO	– INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... – NECESITA ALGUNA AYUDA.	5 0
USO DE RETRETE	– Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. – NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo. – DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	10 5 0
DEFECACIÓN	– Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema. – Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. – INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.	10 5 0
MICCIÓN	– Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. – Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. – INCONTINENTE.	10 5 0
DEAMBULACIÓN	– Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros. – NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. – INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas. – DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	15 10 5 0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	– Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. – NECESITA AYUDA física o verbal. – INCAPAZ de manejarse sin asistencia.	10 5 0
TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	– Es INDEPENDIENTE. – NECESITA MÍNIMA o Poca AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal). – NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. – Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.	15 10 5 0
TOTAL		

Anexo4. Formato de Escala de valoración Cognoscitivo Minimental

ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO, MEC

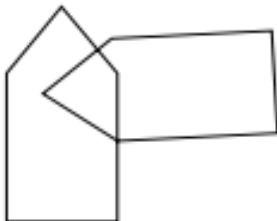
ORIENTACIÓN	Puntos
¿En qué día de la semana estamos?	1
¿Qué día (nº) es hoy?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué estación del año estamos?	1
¿En qué año estamos?	1
¿Dónde estamos?	1
Provincia	1
País	1
Ciudad o pueblo	1
Lugar, centro	1
Planta, piso	1

FIJACIÓN	Puntos
Repita estas tres palabras: peseta – caballo- manzana	3

Repetirlas hasta que las aprenda

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	Puntos
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?. Hasta 5	5
Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás	3

MEMORIA	Puntos
¿Recuerda las tres palabras (objetos) que le he dicho antes?	3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Puntos
Señalar un bolígrafo y que el paciente lo nombre. Repetirlo con el reloj.	2
Que repita: "En un trigal había cinco perros"	1
"Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?" ¿Qué son el rojo y el verde?	1
¿Qué son un perro y un gato?	1
Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa	3
"Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS"	1
"Escriba una frase cualquiera"	1
Copie este dibujo. 	

Valoración

35 puntos máximo. 30-35: normal. De 24-29 puntos: borderline. Por debajo de 24 puntos en mayores de 65 años sugiere deterioro cognitivo. Por debajo de 29 puntos en Φ de 65 años sugiere deterioro cognitivo.

Anexo 5. Escala de Depresión Geriátrica- Test de Yesavage

Nombre

Unidad/Centro

Fecha

No Historia

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Anexo 6. Valoración de memoria con la escala de wechsler (wms-iv)

ESCALA DE MEMORIA WECHSLER

- **INFORMACIÓN.-** Información acerca del mundo circundante.
- **ORIENTACIÓN.-** Orientación temporo – especial.
- **CONTROL MENTAL.-** Habilidad para reproducir de manera automática información interiorizada previamente. Es sensible a los síndromes orgánicos cerebrales
- **MEMORIA LOGICA.-** Habilidad para evocar material verbal de contenido lógico
- **MEMORA DE DÍGITOS.-** Atención pasiva, es decir para evocar dígitos.
- **REPRODUCCIÓN VISUAL.-** Habilidades para fijar, evocar y reproducir estímulos visuales presentados con antelación.
- **APRENDIZAJE ASOCIADO.-** Aprendizaje auditivo, es decir para reproducir pares de palabras (sencillas y/o complejas).

ESCALA DE MEMORIA DE WECHSLER

Conversión a Rangos

C.M	RANGO
Mayor ó =130	Muy Superior
120 -----129	Superior
110 -----119	Normal Brillante
90 ----- 109	Promedio
80 -----89	Normal Torpe
70 ----- 79	Fronterizo
Menor ó =69	Deficiente

Escala de Memoria de Wechsler

NOMBRE.....**EDAD**.....**SEXO**.....
PEDIDO POR.....**FECHA**.....**EXAMIDOR**.....

I. INFORMACIÓN

	PUNTAJE
1. Edad.....	_____
2. Cuando nació.....	_____
3. Presidente.....	_____
4. Anterior.....	_____
5. Premier.....	_____
6. Alcalde.....	_____
TOTAL	_____

II. ORIENTACIÓN

	PUNTAJE
1. Año.....	_____
2. Mes.....	_____
3. Día.....	_____
1. Dónde.....	_____
2. Ciudad.....	_____
TOTAL	_____

III. CONTROL MENTAL (Un círculo en las omisiones y un aspa en los errores)

- (30") 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
- (30") A B C D E F G H I J K L L L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z
- (45") 1 4 7 10 13 16 19 22 25 28 31 34 37 40

TIEMPO	ERRORES	PUNTAJE	PUNTAJE TOTAL
.....			
.....			
.....			

IV. MEMORIA LÓGICA

(A) Carlos / había ganado una gran reputación/ como acróbata/ en la cuerda floja/ en su país / Francia / sus actuaciones más famosas / fueron durante un viaje/ que hizo los EE.UU/ así por ejemplo en 1895 / atravesó las cataratas del Niágara/ de orilla a orilla / sobre una cuerda /salvando una distancia de más de 300 metros / ante una muchedumbre de 25,000 almas/ el día 4 del mes de julio/ realizó de nuevo su proeza / pero est vez con los ojos vendados y empujando una carretilla/ cuando se estaba balanceando/sobre el vacío a más de cien metros.

Ptje: _____

(B) El día 20/de diciembre/todos los alumnos/ de los colegios/y escuelas/ de la ciudad/ se reunieron/ en el paraninfo/ de la Universidad para celebrar un gran concierto/ cada uno de ellos/ tenía que actuar/ en una u otra parte del programa/ este programa/ consistió en coros escolares/ bailes regionales/ fantasías musicales/ y finalmente/ representación de Autosacramental / la venta de entradas/ proporcionó más de 800 soles.

Ptje. _____

PUNTAJE TOTAL (A+B) : _____

V. MEMORIA DE DÍGITOS

(A) DÍGITOS HACIA DELANTE

6-4-3-9	4
7-2-8-6	4
4-2-7-3-1	5
7-5-8-3-6	5
6-1-9-4-7-3	6
3-9-2-4-8-6	6
5-9-1-7-4-2-8	7
4-1-7-9-3-8-6	7
5-8-1-9-2-6-4-7	8
3-8-2-9-5-1-7-4	8

PUNTAJE : _____

(B) DÍGITOS HACIA ATRÁS

2-8-3	3
4-1-5	3
3-2-7-9	4
4-9-6-8	4
1-5-2-8-6	5
6-1-8-4-3	5
5-3-9-4-1-8	6
7-2-4-8-5-6	6
8-2-1-9-3-6-5	7
4-7-3-9-1-2-8	7

PUNTAJE : _____ TOTAL : _____

VI. REPRODUCCIÓN VISUAL

A

B

VII. APRENDIZAJE ASOCIADO

1era. Presentación	2da. Presentación	3ra. Presentación
Metal - Fierro	Rosa - Flor	Bebé - Lloro
Bebé - Lloro	Obedecer - Pulgada	Obedecer - Pulgada
Choque - Oscuridad	Norte - Sur	Norte - Sur
Colegio - Tienda	Col - Lapicero	Colegio - Tienda
Rosa - Flor	Arriba - Abajo	Rosa - Flor
Arriba - Abajo	Fruta - Manzana	Col - Lapicero
Obedecer - Pulgada	Colegio - Tienda	Arriba - Abajo
Fruta - Manzana	Metal - Fierro	Fruta - Manzana
Norte - Sur	Choque - Oscuridad	Choque - Oscuridad
Col - Lapicero	Bebé - Lloro	Metal - Fierro

1. Recuerdo F D	2. Recuerdo F D	3. Recuerdo F D
Norte _____	Col _____	Obedecer _____
Fruta _____	Bebé _____	Fruta _____
Obedecer _____	Metal _____	Bebé _____
Rosa _____	Colegio _____	Metal _____
Bebé _____	Arriba _____	Choque _____
Arriba _____	Rosa _____	Colegio _____
Col _____	Obedecer _____	Rosa _____
Metal _____	Fruta _____	Norte _____
Colegio _____	Choque _____	Col _____
Choque _____	Norte _____	Arriba _____
TOTAL _____	TOTAL _____	TOTAL _____

FÁCIL

1. _____
2. _____
3. _____

(A) TOTAL _____

RESULTADOS

DIFÍCIL

1. _____
2. _____
3. _____

(B) TOTAL _____

PUNTAJE A + B

1. _____
2. _____
3. _____

INFORMACIÓN _____

ORIENTACIÓN _____

CONTROL MENTAL _____

MEMORIA LÓGICA _____

MEMORIA DE DÍGITOS _____

REPRODUCCIÓN VISUAL _____

APRENDIZAJE ASOCIADO _____

TOTAL: _____

Anexo #7: Rubrica de Evaluación de trabajo de Titulación del docente-tutor



ANEXO V.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: _____		
Autor(s): _____		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALIFICACIÓN
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	4.5	
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad/Facultad/Carrera.	0.4	0.4
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	1
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV.	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión.	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social y tecnológico.	0.4	0.4
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.4
RIGOR CIENTÍFICO	4.5	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación.	1	1
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	1
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.8
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica.	0.7	0.7
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	
Pertinencia de la investigación.	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional.	0.5	0.5
CALIFICACIÓN TOTAL *10		10
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.		
**El estudiante que obtiene una calificación menor a 7/10 en la fase de tutoría de titulación, no podrá continuar a las siguientes fases (revisión, sustentación).		



JANINA ISABEL
GOMEZ BLANCO

Lcd. Janina Gomez Blanco Mgs.

C.I. 0908244460

FECHA: 07-03-2021

Anexos Fotográficos

Fotografía #1: Fundación la Casa Del Hombre Doliente



Fuente: Leslie Nicole Llerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro

Fotografía #2: Aplicación de los instrumentos de evaluación



Fuente: Leslie Nicole Llerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro

Fotografía #3: Aplicación de los instrumentos de evaluación



Fuente: Leslie Nicole Llerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro

Fotografía #4: Área de aplicación para la realización de las actividades



Fuente: Leslie Nicole Llerena Ramos, Wladimir Lenin Pareja Navarro