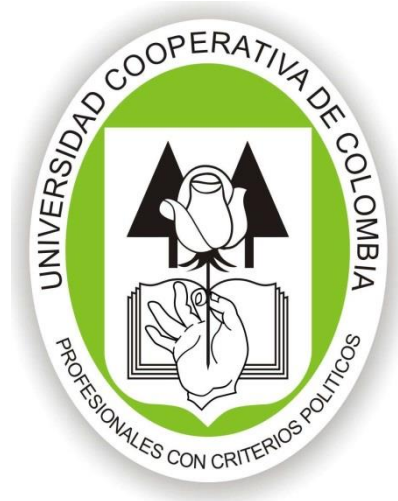


**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA DIMENSIÓN COGNITIVA EN
EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO**

INGRID JULIETH CELIS LARROTA

CINDY ADRIANA PABÓN RODRÍGUEZ

KAREN JULIETH VILLANOVA VILLANOVA



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE ENFERMERIA

BUCARAMANGA

2015

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA DIMENSIÓN COGNITIVA EN
EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO**

**INGRID JULIETH CELIS LARROTA
CINDY ADRIANA PABÓN RODRÍGUEZ
KAREN JULIETH VILLANOVA VILLANOVA**

Auxiliares de Investigación para optar al título de Enfermera Profesional

Docente Asesora:

ELVENY LAGUADO JAIMES

Enfermera profesional

Especialista en Salud Ocupacional y Docencia Universitaria



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

BUCARAMANGA

2015

INFORME FINAL PROYECTO
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA DIMENSIÓN COGNITIVA EN
EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

Cindy Adriana Pabón Rodríguez

Karen Julieth Villanova Villanova

Ingrid Julieth Celis Larrota

Directora de Proyecto:

Elveny Laguado Jaimes

Presentado a:

Comité de Investigación

Programa de Enfermería

Universidad Cooperativa de Colombia

Sede Bucaramanga

2015

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÒN	5
JUSTIFICACIÒN	8
OBJETIVOS	10
METODOLOGIA	11
MARCO REFERENCIAL.....	12
ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	12
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	12
ANTECEDENTES NACIONALES	18
ANTECEDENTES REGIONALES	20
MARCO LEGAL.....	20
MARCO TEÓRICO.....	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES.....	32
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXO 1 SESIONES EDUCATIVAS PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR.....	38
ANEXO 2 FORMATO PARA EVALUACIÒN DE LA SESIÒN EDUCATIVA	66

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bucaramanga.

RESUMEN

El envejecimiento es una etapa biológica de la vida del ser humano, se caracteriza por cambios a niveles físicos, mentales, individuales y colectivos que se dan a través del paso del tiempo. Esto se manifiesta en el adulto mayor sano como un descenso de funcionalidad en el área cognitiva, asociado a una disminución psicomotora y que pueden o no interferir en las actividades de la vida diaria. Por tal motivo el siguiente trabajo quiere mostrar a través de la evidencia científica el resultado de intervenir en el adulto mayor, donde se logran cambios mejorando notablemente su calidad de vida. En la revisión bibliográfica se encuentran artículos de estudios sobre las dimensiones afectadas en el adulto mayor, las intervenciones utilizadas, los resultados y sus avances que se han aplicado tanto a nivel internacional, nacional y regional donde se demuestra que si se trabaja en el adulto mayor su parte funcional, física y mental, se alcanza un estándar de calidad en las áreas afectadas por el envejecimiento, además de esto el adulto mayor aumenta la confianza en sí mismo, ya que al estar activo su percepción de ser una carga cambia, gracias a estas intervenciones siente que él puede valerse por sí mismo y ser responsable de su autocuidado. También se revisó la ley que contempla los derechos y deberes que tiene el adulto mayor, donde se destaca los principios rectores para poder aplicar la ley. Cabe resaltar que el estado, la familia, la sociedad y los medios de comunicación también tienen obligaciones respecto al trato y la dignificación del adulto mayor.

Por otro lado, se hace referencia a la teoría del Autocuidado de la teórica Dorothea Orem, donde considera “la funcionalidad como parte de la definición de salud, y el autocuidado, como una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y

bienestar”, enfocando su teoría hacia el autocuidado del adulto mayor. Orem se fundamenta en los planteamientos de Maslow quien sostiene “la capacidad que tiene el adulto mayor frente a la actividad física y cognoscitiva para aprender técnicas nuevas, practicarlas y transmitirlo a los demás, por lo anterior es correcto desmentir que los adultos mayores no pueden adoptar un estilo de vida saludable o participar en su propio autocuidado” (Parra, Salas, & Escobar. 2012).

PALABRAS CLAVES

Programa de entrenamiento cognitivo, tecnologías de comunicación para la estimulación de procesos cognitivos, Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor, estrategias de autocuidado, actividades psicomotoras en el desempeño funcional, Factores sociodemográficos y de salud asociados con la fragilidad en ancianos, Efectos de las conductas de autocuidado, actividades recreativas, calidad de vida, bienestar subjetivo y actividad social, reminiscencia, entrenamiento de la memoria, memoria audioverbal, deterioro cognitivo, demencia, dependencia, fragilidad, fluidez y orientación, nemotecnia.

ABSTRACT

Aging is a biological stage of the life of the human being, is characterized by changes to physical, mental, individual and collective levels occurring through the passage of time. This is manifested in the healthy elderly as functionality in cognitive decline, associated with a decrease in psychomotor and may or may not interfere with activities of daily living. For this reason the next job wants to show through scientific evidence and through work carried out to the adult greater changes have decreased greatly improving their quality of life. In the literature review articles for studies on the dimensions affected in the older adult, used interventions, outcomes and advances that have been implemented both nationally and

internationally where it is shown that if its functional part works in the older adult, physical and mental, is reached a standard of quality in the areas affected by the aging are In addition to this the elderly increases confidence in itself, since to be active changes their perception of being a burden, since thanks to these interventions, he feels he can fend for itself and be responsible for their self-care. Also reviewed the law that provides for the rights and duties that has older, which highlights the guiding principles for the implementation of the law. It should be noted that the State, the family, society and the media also have obligations with respect to the treatment and the dignity of the elderly.

On the other hand, refers to the theory of self-care of the theorist Dorothea Orem, where considered "functionality as part of the definition of health and self-care, as a regulatory human function that each individual should apply in deliberate and continuously over time, in order to keep his life, State of health, development and well-being" focusing on his theory to the self-care of the elderly. Orem is based on the approaches of Maslow who argues "the ability of the elderly with physical and cognitive activity to learn new techniques, practice them and pass it on to others, therefore is correct to deny that the elderly cannot adopt a healthy lifestyle or participate in your own self-care". (Parra, Salas, & Escobar. 2012).

Keywords: Cognitive training program, Communication technologies for stimulation of cognition, Family status , functionality and care of the elderly partner self-care strategies, psychomotor performance in functional activities, Sociodemographic and health factors Associated With frailty in the elderly, Effects of self-care behaviors , recreation, quality of life, subjective well-being and social activity, reminiscence, memory training, audioverbal memory, cognitive impairment, dementia, dependence, fragility, fluency and guidance, nemotecnia.

KEYWORD

Cognitive training program, Communication technologies for stimulation of cognition, Family status , functionality and care of the elderly partner self-care strategies, psychomotor performance in functional activities, Sociodemographic and health factors Associated With frailty in the elderly, Effects of self-care behaviors , recreation, quality of life, subjective well-being and social activity, reminiscence, memory training, audioverbal memory, cognitive impairment, dementia, dependence, fragility, fluency and guidance, nemotecnia.

INTRODUCCIÓN

El incremento progresivo de la población en general es un evento natural de todas las personas, aun así en las últimas décadas se viene presentando un fenómeno en el que se incrementa el número hacia el adulto mayor en comparación con la población joven, esto se evidencia en datos recolectados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), el cual muestra que de un total de 41.468.384 habitantes el 6,3% (2'612.508) corresponde a adultos mayores de 65 años, en los que el 54.6% pertenece al sexo femenino y el 45.4% a sexo masculino. En cuanto a la tasa de crecimiento poblacional mientras que la población en general incremental 1,9% promedio anual en el periodo comprendido entre 1990-2003 la población adulta mayor crece a una tasa promedio anual de 4%, por otra parte, es importante destacar que Colombia cuenta actualmente con 4450 personas de 99 y más años de edad, lo cual equivale al 0,011% de la población total (Minsalud, 2015).

Debido a esta problemática se quiere mostrar que mediante la elaboración de intervenciones que estimulen la dimensión cognitiva basadas en revisión de literatura, se contribuye a disminuir el deterioro cognitivo acelerado en el adulto mayor y mejoras en la calidad de vida del adulto mayor.

También se investiga la ley vigente en nuestro país enfocada en la protección del adulto mayor, donde resalta los principios por lo que está regida esta ley y las obligaciones que tiene tanto el estado, la sociedad, la familia y el adulto mayor, para el cumplimiento de la misma.

En este trabajo de investigación se presenta “Atención integral para la optimización de la funcionalidad del adulto mayor”, donde se estructuran una serie de intervenciones que van ayudar en el fortalecimiento de la dimensión cognitiva en el adulto mayor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es una etapa biológica de la vida del ser humano se caracteriza por cambios a niveles físicos, mentales, individuales y colectivos se da a través del paso del tiempo, conduce a pérdidas en la capacidad funcional quien aumenta en la niñez y llega a su máximo en la vejez, como lo es la destreza para realizar actividades en la vida, también se puede determinar los diferentes factores de riesgo como lo son: el tabaco, alcohol, sedentarismo, alimentación, situación económica, a nivel educativo, condiciones de trabajo a las que se ha expuesto, determinando esto si se tiene una vida saludable o no ; a medida que se envejece el cerebro y sistema nervioso pasan por unos cambios naturales donde el cerebro pierde peso y neuronas emiten la información con más lentitud; descomposición de los nervios que puede afectar los sentidos o producir una pérdida de reflejos de sensibilidad y la reducción del pensamiento memoria y capacidad cognitiva quienes afectan de diferente manera a las personas presentando cambios a nivel de los nervios y tejido cerebral.

La incidencia se estima entre 1-1.5 % anual, refiriéndose como factores de riesgo la edad, síntomas depresivos y bajo nivel educacional.

La prevalencia, del DECAE (deterioro cognitivo asociado con la edad) como categoría diagnóstica mayor varía desde un 15 % hasta un 30 %; el deterioro cognitivo leve, tiene un riesgo de presentar demencia en aproximadamente un 12% de la población por año, mientras que en las personas sanas, la tasa de conversión a demencia está entre el 1-2% anual; la demencia cognitiva leve varía de un estudio a otro, y se estima entre el 3-17% de la población mayor de 65 años y la prevalencia del DCL para 75 y más años en un 19 %; Encontramos una gran prevalencia en el deterioro cognitivo a nivel mundial poblacional se inclina unas cifras bastante elevadas donde las cifras de población de envejecimiento de la condición neuro psicológica deteriorada generalmente la memoria es quien predomina; reportando que un

10% de los adultos mayores de 65 años y un 50% con aquellos que tienen 85 años y más manejan algún tipo o forma de trastorno cognitivo.

Se plantea que para el año 2015, en Colombia se espera que 867.875 personas ingresen en la población de adultos mayores y en el 2050 habrá 15 millones de personas en esa edad. Un punto de partida de la estimación realizada sobre la prevalencia de enfermedades neurológicas, específicamente la demencia, es de 3 por cada 1.000 habitantes, donde se hace importante establecer la prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve en Colombia.

El Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad (DEMAE) es un trastorno relativamente benigno que puede ser bastante común por el hecho de estar vinculado con el envejecimiento normal y el evidente incremento de la expectativa de vida en el ámbito mundial y nacional, con una mayor población de personas de la tercera edad y el consecuente aumento de enfermedades crónicas, propias de este segmento poblacional.

Surge la importancia de realizar intervenciones para estimular la dimensión, puesto que él se garantiza una calidad de vida admisible durante el envejecimiento en estos adultos mayores, como lo son desempeño autónomo y funcional, reelaboración de habilidades, conocimientos, valores, tipificar procesos básicos como percepción atención y memoria, estructuras neurobiológicas para un óptimo funcionamiento como lenguaje, razonamiento, aprendizaje y control de la conducta

Por lo anterior este estudio se orienta a trabajar la dimensión cognitiva en el adulto mayor del asilo de ancianos señor de los milagros en un lapso de tiempo.

JUSTIFICACIÓN

El proceso de envejecimiento cerebral afecta a todos los individuos, manifestándose en el anciano sano como un descenso de funcionalidad en el área cognitiva, asociado a una disminución psicomotor y que puede o no interferir en las actividades de la vida diaria.

La importancia de conocer identificar y manejar el deterioro cognitivo en los adultos mayores es porque puede brindarse una habilidad permanente por medio de ejercitación constante donde podemos generar una gran posibilidad al prolongar sus niveles de funcionalidad a lo largo del tiempo logrando que estas habilidades que se ejercitan sean incorporadas en las actividades cotidianas del adulto mayor.

Es importante que enfermeros podamos reconocer que el envejecimiento es una etapa del ciclo vital que conlleva a que haya un descenso y un deterioro en esta población donde el rol de nosotros es intervenir directamente proporcionando un conjunto de métodos donde la finalidad de readquisición de una actividad o función perdida o disminuida, es decir, volver a lograr o alcanzar algo perdido temporalmente, ya sea una cosa o una actividad o función que realizaba que les permita a esta población mantener o establecer unas ventajas que mejoren su calidad de vida durante esta etapa “envejecimiento”.

Esta población es parte fundamental de esta sociedad, donde esta población perciben que al llegar a la vejez hay diferentes expectativas frente a una serie de cambios físicos y sociales, lo cual lleva a asumir ideas estereotipadas como el fin de sus ciclos de crecimiento y anhelos, un cambio de su autopercepción para la adquisición de nuevos conocimientos, los roles sociales se van perdiendo por aislamiento, genera cambios en los roles que se mantenían en la

sociedad, el sentido de vida va al ritmo de la interpretación por parte del Adulto Mayor, donde las reacciones de su círculo social frente a los cambios que atraviesa son más angustiantes, la vivencia de estos cambios al ser más de cierta forma más negativos afecta su sistema de relaciones; de lo anterior debemos tener en cuenta cómo comportarnos frente a esta población de cómo manejarlos, como hablarles, como tratarlos, para que asumamos un rol de apoyo y ayuda que a estos les permita y se les facilite integrarse sin verse como un factor predisponente del uno frente al otro donde esta nueva perspectiva reivindica el rol del adulto mayor con mucha más participación y búsqueda de bienestar y salud, la comprensión desde esta postura va a llevar tiempo y esfuerzo, un trabajo por parte de la familia, escuela, sociedad en general. La aplicación de esta propuesta beneficia ya que ayuda a trascender un poco más de lo que se plantea a hacer, permite acompañar y ser testigos de un avance que se planteó por medio de los objetivos que orientan a favorecer, activar y ejercitar las funciones cognitivas especialmente en memoria, atención, habilidades constructivas, se seleccionan como prioridad para trabajar, debido a que son los que tienen una mayor tendencia al descenso en el transcurso de la vida y en la adultez. Todo lo anterior hace posible contribuir a evitar un deterioro cognitivo que promueva el envejecimiento patológico y la disminución en la calidad de vida de estos individuos al ver limitadas la independencia de sus actividades instrumentales y así saber manejar una situación según el paciente de la población del adulto mayor con deterioro cognitivo.

OBJETIVOS

Diseñar el Programa de Intervenciones que estimulen la dimensión cognitiva en el Adulto Mayor institucionalizado en un Centro de Bienestar en el área metropolitana de Bucaramanga en el segundo semestre de 2015

Objetivos Específicos:

- Revisar las intervenciones para el estímulo de la dimensión cognitiva en el Adulto mayor basados en la literatura científica.
- Establecer los lineamientos para el diseño del programa de intervenciones que estimulen la dimensión cognitiva en el Adulto Mayor institucionalizado en un Centro de Bienestar en el área metropolitana de Bucaramanga en el segundo semestre de 2015.

METODOLOGIA

Diseño de Intervención el cual se realiza en dos etapas: Inicia con una Revisión documental que corresponde a la exploración en la literatura científica, intervenciones a realizar, el análisis de las definiciones, investigaciones de autores que aplican las intervenciones y valoran resultados. Los temas claves para la revisión fueron:

- Estímulos de Memoria en Adulto Mayor.
- Técnicas para estimular memoria en el Adulto Mayor.
- Lecturas en el Adulto Mayor.
- Desarrollo intelectual en el Adulto Mayor.
- Técnicas de Orientación en Adulto Mayor.

Para el diseño de las intervenciones se realiza mediante las siguientes fases:

- a. Revisión de evidencia en relación a intervenciones basadas en el NIC.
- b. Clasificación de las Intervenciones
- c. Revisión de estudios relacionados con las intervenciones
- d. Elaboración de las sesiones

MARCO REFERENCIAL

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

El envejecimiento se relaciona con una disminución general de las funciones fisiológicas y mentales, que trae como consecuencia un deterioro cognitivo, que puede ir desde olvido senil benigno hasta un deterioro cognitivo profundo; este declive cognitivo estaría asociado a alteraciones en las propiedades funcionales del cerebro, o desconexiones anatómicas subyacentes entre regiones del cerebro que están funcionalmente interrelacionadas, posiblemente debido a una pérdida de sustancia blanca o desmielinización. (Elgier, A. M., Aruanno, Y., & Kamenetzky, G.2010), (Araujo, F., Ruiz, D., & Alemán, M. 2010).

Al realizar esta investigación se puede concluir que el envejecimiento ya no es únicamente un fenómeno predominante de los países desarrollados sino también de los países en vía de desarrollo, la mayoría de la sociedad experimenta actualmente, un aumento de la población mayor de 60 años y una disminución en el número de niños y adolescentes. (Araujo, F., Ruiz, D., & Alemán, M. 2010), (Amarís, G. V., & Arrieta, E. M. 2012). Además, hay estudios que expresan que con la edad se producen cambios en la autoevaluación del funcionamiento cognitivo como en la memoria, la atención, la velocidad mental, la planificación y la toma de decisiones; la disminución de estas capacidades aumenta constantemente con la edad, por lo tanto es importante estimular “Un adecuado funcionamiento cognitivo, al igual que una buena situación anímica, física y socio ambiental, son esenciales para la autonomía de la persona , La cognición se refleja con la capacidad de concentrarnos, recordar , reconocer, comprender, expresarnos, ejecutar tareas, razonar ante situaciones nuevas, juzgar, pensar en

abstracto y planificar”. (Cao, A. R., Lacruz, I. C., & Pais, M. I. T. 2011), (Vallejo Sánchez, J. M., & Rodríguez Palma, M. 2010).

Estudios realizados en México indicaron que los principales factores del envejecimiento son: en primer lugar, la caída de la fecundidad, en segundo lugar, el descenso de la mortalidad, sobre todo infantil y en tercer lugar, la migración de población joven activa; Por otra parte, otras investigaciones señalaron que el rendimiento funcional de las personas se puede ver involucrado por el rendimiento en las actividades motoras, la habilidad en la comunicación y aspectos cognitivos. (Araujo, F., Ruiz, D., & Alemán, M. 2010), (Ovando, L. M. K., & Cuoto, T.2010).

Ahora bien, con respecto a las sesiones educativas, se ha demostrado que las sesiones en grupo son beneficiosas, y proporcionan satisfacción vital a las personas mayores; al igual que la importancia del estado de ánimo y el humor, porque produce efectos psicológicos y fisiológicos semejantes al ejercicio aeróbico, muchas de las personas que deben vivir con dolor, pérdida de memoria, depresión y estrés son capaces de hacer frente a estas condiciones y encontrar alivio temporal utilizando el humor, por lo anterior es necesario que el adulto mayor se mantenga activo ya que ayuda a proteger la memoria y otras funciones cognitivas de la declinación propia del envejecimiento. (Elgier, A. M., Aruanno, Y., & Kamenetzky, G. 2010).

Asimismo, se encuentran estudios que demuestran el impacto de intervenciones encaminadas a la prevención del deterioro cognitivo que han sido efectivos y de gran utilidad, uno de ellos fue realizado en México por integrantes de medicina física y de rehabilitación , donde aplicaron un “programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva durante 20 sesiones con una duración de 60 minutos por sesión, las cuales se impartieron 2 veces por semana,

para determinar la eficacia del programa, utilizaron la Prueba de Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) y la Evaluación Neuropsicológica al comienzo y al final del programa; este consistía en 10 minutos de ejercicios de memoria (se trabajó la memoria a corto y largo plazo), 10 minutos de lenguaje (con ejercicios de comprensión, vocabulario, el léxico, la fluencia verbal, el lenguaje automático, la lectura y la escritura), 10 minutos de gnosis (donde se fomentó el reconocimiento táctil, auditivo, visual, espacial y la atención), 10 minutos de orientación (en donde se trabajó el entrenamiento en cuanto al conocimiento espacio, lugar y persona)”. Al término de las sesiones se realizó una comparación de las evaluaciones iniciales y finales; la evaluación final mostró que el entrenamiento cognitivo es efectivo para mejorar las habilidades mentales y el funcionamiento de la vida diaria en sujetos adultos mayores autosuficientes. (Araujo, F., Ruiz, D., & Alemán, M. 2010).

Teniendo en cuenta lo anterior, la vejez no debe ser reconocida como la etapa de la vida sedentaria y habitual al contrario se debe visualizar como una etapa con más vigor y vitalidad, la recreación es una herramienta en el mejoramiento de la calidad de vida por que ofrece un buen uso de tiempo libre, hace sentir al adulto mayor más comfortable consigo mismo y se siente útil en la vida, para llevar a cabo esta herramienta es necesario estimular entornos donde el adulto mayor sea capaz de desenvolverse y que favorezcan el aprendizaje continuo aportando así a un estilo de vida activo y productivo. (Marcos, G. 2015).

“Muchas organizaciones internacionales de salud y varios autores latinoamericanos, sugieren promover la práctica de la actividad física y la recreación en un espacio diferente, como es el medio natural, escenario donde la naturaleza juega un papel ineludible en el adulto mayor. Cuerpo, mente y alma como un todo reciben de un espacio como la naturaleza todos los beneficios mencionados, no solo por ser una zona diferente, sino porque existe una suma de

experiencias, retos y alegrías que, en conjunto, estimulan positivamente a estas personas” (Marcos, G. 2015).

Otra actividad importante a manejar con los adultos mayores es el entrenamiento y estimulación cognitiva; en Chile realizaron un taller de estimulación cognitiva el cual se llevó a cabo en ocho sesiones, una por semana, “el taller se enfocó en la estimulación de los procesos de atención y memoria; Las actividades seleccionadas trabajaron sobre procesamiento, aprendizajes nuevos y recuperación de información; solución de problemas y rapidez de respuestas; tareas que requirieron de manera individual y colaborativa, la atención dividida entre dos o más tareas, inversión de secuencias, codificación y organización de información mediante memoria de corto y mediano plazo en funciones ejecutivas. Se establece la pérdida de la memoria con el envejecimiento de carácter benigno, “que puede llegar a provocar en los individuos que la presentan ciertas dificultades para afrontar algunas tareas de la vida diaria. Este fenómeno ha recibido denominaciones diversas: Olvido benigno, Pérdida de Memoria Asociada a la Edad, Deterioro Cognitivo muy leve, Problemas de Memoria Asociadas a la Edad, o Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad”, debido a esta situación se incorporó un Programa de entrenamiento de la memoria y se observó que había mejora en los participantes, aunque de forma moderada, ya no se quejan de pérdida de memoria o que si suele pasar, pero de manera poco frecuente. (García-Sevilla, J., Fernández, P. J., Fuentes, L. J., López, J. J., & Moreno, M. J.2014).

Otro proyecto realizado en Chile fue acerca de una prueba de cribado de deterioro cognitivo en 5 minutos en el cual consiste en: Memoria, Fluidez y Orientación (MEFO) que incluye recuerdo libre diferido para la enfermedad de Alzheimer, fluencia fonética con la letra P para evaluar funciones ejecutivas y orientación témporo-espacial para demencias. (Derio, C. D., Bonnet, S. G., Ponce, M. T., Yanez, A. A., Chonchol, A. S., & Pellegrino, M. B. 2013).

Por otra parte en España se realizó un estudio entrelazando el entrenamiento cognitivo y físico demostrando un resultado positivo, se fundamentan en que el entrenamiento cognitivo mejora las funciones cognitivas, además la práctica de ejercicio físico hace su contribución a mejoras cognitivas, físicas y perceptivo-motrices; Para llevar a cabo su estudio realizaron una revisión y encontraron que algunas intervenciones integran el entrenamiento cognitivo y físico como es el caso de “Motricidad y memoria”, que compara los efectos de un entrenamiento aeróbico y un entrenamiento mental sobre las funciones cognitivas, como resultado de esta combinación, se encontró que aumenta los efectos cognitivos que si se hicieran por separado, además los efectos positivos del ejercicio físico sobre la cognición son mayores si los procesos implicados requieren un elevado control ejecutivo ya que no solo implementan aeróbicos sino que incorporan tareas operativas cognitivas que deben realizarse para su solución; se establece que una intervención sistematizada puede ayudar a contrarrestar el deterioro cognitivo asociado a la edad, otra intervención realizada también en España por educación y deporte, Expresión musical, plástica y corporal, es el de Memoria en movimiento en este las tareas se efectúan a través de actividades con implicación motriz, de esta forma, al mismo tiempo que se desarrollan las habilidades cognitivas de la atención y la memoria, se trabaja conjuntamente la coordinación, la orientación espacial y temporal, la conciencia corporal y capacidades físicas. (Cao, A. R., Lacruz, I. C., & Pais, M. I. T. 2011), Cao, A. R., & Lacruz, I. C. 2012).

Se encontró que en Argentina también implementan un programa de entrenamiento que consiste en cuatro fases: la primera focaliza en enseñar al paciente los objetivos y las metas del programa, se continúa con la lectura de bibliografía específica acerca de lo que es la memoria y su relación con el cerebro, se enseñan los factores que llevan a los déficits de

memoria; en la segunda fase se focaliza en recomendar al paciente la importancia del uso de ayudas externas como agendas, anotadores, alarmas, calendarios entre otras; en las fases 3 y 4, se entrena al paciente en el uso de habilidades (categorización, realización de historias, imaginería visual, asociación, movimiento y recuperación espacial) y se le da tareas entre semanas, como lectura de artículos y aprendizaje de nombres. (Elgier, A. M., Aruanno, Y., & Kamenetzky, G. 2010).

Por otro lado un tema importante a trabajar con los adultos mayores es la reminiscencia esta se basa en los recuerdos, tiene influencia sobre el estado de ánimo, y funciona como terapia para el tratamiento de la depresión en la vejez; la autobiografía es parte importante de la reminiscencia y está dividido en tres niveles, el primero está determinado por periodos de vida, es el nivel más alto y representa largos periodos de tiempo; el segundo se relaciona con acontecimientos generales, y se encuentra en un nivel intermedio y se refiere a acontecimientos repetitivos o únicos y el tercer nivel constituye el conocimiento de acontecimientos específicos; es así que la sobregeneralización o autobiografía es un mecanismo dinámico de afrontamiento de aspectos negativos y funciona como regulador de emociones, con relación a lo mencionado se propone la reminiscencia como estrategia de intervención ya que es eficaz en la reforma de los recuerdos autobiográficos en personas mayores de edad.(Afonso, R., & Bueno, B. 2010).

De igual manera, la orientación permite que el adulto mayor conozca en qué situación se encuentra tanto espacial como temporalmente, facilitando su ubicación en el contexto temporal y organización de tareas y, su ubicación en lugares conocidos y desconocidos; la presencia de desorientación temporal suele preceder a la espacial en demencias (no recuerdan donde dejaron los objetos y se pierden en lugares conocidos); es por esto que el proceso de Orientación se lleva a cabo en la medida en que se confrontan las capacidades individuales

con las oportunidades de desarrollo que ofrece el medio; esto, para que el individuo pueda desarrollarse en un proceso continuo de crecimiento. (Ministerio de Salud 2015).

También es importante mencionar la fragilidad en el anciano que se ha relacionado con una disminución en la fuerza, la energía y el rendimiento, “Los principales problemas están relacionados con la nutrición, las condiciones de salud, los factores psicológicos, la acumulación de déficit y el nivel de actividad física”, por otra parte el nivel de educación no se involucra directamente, pero si interfiere con el estilo y calidad de vida, además se ha demostrado que la función cognitiva no tiene ninguna relación con la fragilidad. (Mello, A. C., Engstrom, E. M., & Alves, L. C. 2014), (Rodríguez Díaz, M. T., Pérez-Marfil, M. N., & Cruz-Quintana, F. 2014).

Del mismo modo se involucra la mnemotecnia ya que es una estrategia a nivel memorístico que consta de dos pasos: el primero verbal, elaborar una palabra clave, lo más específica posible y con un sonido semejante a la palabra que se debe aprender y el segundo visual consiste de recrear una imagen visual que relacione la palabra clave con el significado de la palabra que se desea aprender. (García, A. C., & Estévez, L. A. 2011).

ANTECEDENTES NACIONALES

El deterioro cognitivo genera una pérdida de autonomía, donde los parientes, familiares y amigos se consideran fuentes de apoyo directo, esta red social es de vital importancia; se ha observado que los adultos mayores sin soporte familiar tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellos que sí lo

tienen; la vejez no es vista como una enfermedad, pero si una etapa de la vida donde aumentan los riesgos, y por ende, requiere de mucha atención y cuidado. (Muñoz, C. M. 2013).

En Colombia- Sincelejo se realizó una investigación para conocer la condición de salud mental, valorada a través de la Escala Minimental, la cual muestra un adulto mayor con algún grado de deterioro cognitivo: leve en un 52,6%, moderado en el 39.6% y solo el 7.8% presenta un deterioro severo; entre las áreas más afectadas fueron el área de atención y el área de evocación, en las que, aproximadamente, el 80% de la población presentó dificultad para realizar las actividades, estos aspectos están directamente relacionados con la calidad de vida. (Amarís, G. V., & Arrieta, E. M. 2012).

Por otra parte en Cali realizaron una investigación acerca del deterioro cognitivo leve (DCL) y lo destacaron como un nivel de deterioro cognitivo que no interrumpe con las actividades diarias de las personas, también es utilizado para distinguir un estado de deterioro cognitivo asociado al envejecimiento normal y una demencia temprana; para que una persona sea catalogada con DCL relacionado con el deterioro de la memoria o DCL de tipo amnésico, debe cumplir con “características como son: queja de déficit de memoria corroborado por un familiar, déficit de memoria observado mediante test cognitivos, la cognición general debe ser normal y las actividades de la vida diaria deben estar conservadas”. (Sánchez, A. M., Arévalo, K., Vallecilla, M., Cristina, M., & Quijano, J. A. B. 2014).

Se resalta que el trastorno cognitivo puede corresponder a la disminución de habilidades mentales que se relaciona al envejecimiento, estados depresivos y deterioro cognitivo leve; en Manizales realizaron un estudio mediante una entrevista domiciliaria a personas mayores de 65 años, al analizar los resultados, observaron que el trastorno cognitivo estaba mayor influenciado en personas analfabetas, bajo nivel de escolaridad, la edad y el bajo nivel

educativo, por otro lado el género no tiene ninguna relación. (Cabezas, R. D., Mejía, F. M., & Arias, M. H. M. 2013).

ANTECEDENTES REGIONALES

En Bucaramanga y Girón realizaron un estudio donde quisieron resaltar la importancia de abordar a los adultos mayores que estaban internados en una cárcel ya que estos también pasan por cambios cognitivos, mentales, de comportamiento y salud física.

Identificaron la población la población reclusa que estaba distribuida en 449 en la cárcel de mujeres de Bucaramanga, 1619 en la cárcel de alta y mediana seguridad de Girón, 2960 en la cárcel de mediana seguridad en Bucaramanga, con estos datos, tomaron como muestra 99 personas y le realizaron un cuestionario de soporte mental el cual valora 4 ítems: memoria a corto y largo plazo, orientación e información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo, se pudo observar como resultado que un 2.0% presenta deterioro cognitivo moderado, 12.1% deterioro leve y 85,9% está intacto, por lo anterior cabe resaltar que los adultos mayores no presentan una relevancia ante el deterioro cognitivo a lo contrario tienen una muy buena memoria debido realizan cálculos matemáticos, cuentan acerca de lo que vivieron y la mayoría está realizando sus estudios educativos para poder disminuir tiempo de condena . (Anaya, M. R., & Sepúlveda Buitrago, M. J. 2015).

MARCO LEGAL

En la parte legal con referencia a la protección del adulto mayor encontramos en Colombia la ley 1251 de 2008 (noviembre 27), Por la cual se dictan “Normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.”

Encontramos que el artículo 2 nos dice cuáles son los fines de la ley. “La presente ley tiene como finalidad lograr que los adultos mayores sean partícipes en el desarrollo de la sociedad, teniendo en cuenta sus experiencias de vida, mediante la promoción, respeto, restablecimiento, asistencia y ejercicio de sus derechos.”

Teniendo en cuenta la finalidad de la ley se establece en el artículo 4 los principios rectores, para poder aplicar la ley, los cuales son:

a) Participación Activa: El Estado debe proveer los mecanismos de participación necesarios para que los adultos mayores participen en el diseño, elaboración y ejecución de programas y proyectos que traten sobre él, con valoración especial sobre sus vivencias y conocimientos en el desarrollo social, económico, cultural y político del Estado;

b) Corresponsabilidad: El Estado, la familia, la sociedad civil y los adultos mayores de manera conjunta deben promover, asistir y fortalecer la participación activa e integración de los adultos mayores en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, planes y acciones que desarrollen para su inclusión en la vida política, económica, social y cultural de la Nación.

c) Igualdad de oportunidades: Todos los adultos mayores deben gozar de una protección especial de sus derechos y las libertades proclamados en la Constitución Política, Declaraciones y Convenios Internacionales ratificados por Colombia, respetando siempre la diversidad cultural, étnica y de valores de esta población.

d) Acceso a beneficios: El Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a los adultos mayores el acceso a beneficios con el fin de eliminar las desigualdades sociales y territoriales.

e) Atención: En todas las entidades de carácter público y privado es un deber aplicar medidas tendientes a otorgar una atención especial, acorde con las necesidades.

f) Equidad: Es el trato justo y proporcional que se da al adulto mayor sin distinción del género, cultura, etnia, religión, condición económica, legal, física, síquica o social, dentro del reconocimiento de la pluralidad constitucional.

g) Independencia y autorrealización: El adulto mayor tiene derecho para decidir libre, responsable y conscientemente sobre su participación en el desarrollo social del país. Se le brindará las garantías necesarias para el provecho y acceso de las oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas de la sociedad, así como el perfeccionamiento de sus habilidades y competencias.

h) Solidaridad: Es deber del Estado, la sociedad y la familia frente al adulto mayor, brindar apoyo y ayuda de manera preferente cuando esté en condición de vulnerabilidad.

i) Dignidad: Todas las personas tienen derecho a una vida digna y segura; los adultos mayores se constituyen en el objetivo fundamental de las acciones emprendidas en cumplimiento del Estado Social de Derecho a través de la eliminación de cualquier forma de explotación, maltrato o abuso de los adultos mayores.

j) Descentralización. Las entidades territoriales y descentralizadas por servicios prestarán y cumplirán los cometidos de la presente ley en procura de la defensa de los derechos del adulto mayor.

K) Formación Permanente. Aprovechando oportunidades que desarrollen plenamente su potencial mediante el acceso a los recursos educativos, de productividad, culturales y recreativos de la sociedad.

l) No discriminación. Supresión de todo trato discriminatorio en razón de la raza, la edad, el sexo, la condición económica o la discapacidad.

m) Universalidad. Los derechos consagrados en la presente ley son de carácter universal y se aplican a todas las personas residentes en el territorio nacional sin distinción alguna y sin ningún tipo de exclusión social. Sin embargo, el Estado podrá focalizar las políticas públicas en las poblaciones más pobres y vulnerables para reducir las brechas económicas, sociales y culturales que caracterizan el país.

n) Eficiencia. Es el criterio económico que revela la capacidad de producir resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.

ñ) Efectividad. Es el criterio institucional que revela la capacidad administrativa y política para alcanzar las metas o resultados propuestos, ocupándose fundamentalmente en los objetivos planteados que connotan la capacidad administrativa para satisfacer las demandas planteadas en la comunidad y que se refleja en la capacidad de respuesta a las exigencias de la sociedad.

Basado en lo anterior, la ley dictamina que: “Se brindará especial protección a los adultos mayores que en virtud a su condición económica, física o mental se encuentran marginados y bajo circunstancias de debilidad y vulnerabilidad manifiesta, dando con ello aplicación al Estado Social de Derecho. Para tal efecto, se crearán planes, programas y acciones que promuevan condiciones de igualdad real y efectiva, así como el cumplimiento de los derechos

consagrados para los adultos mayores en la Declaración de los Derechos del Hombre y Humanos de 1948, los consagrados en la Constitución Nacional y demás reconocidos por Colombia en Convenios o Tratados Internacionales”.

También resalta los deberes que tiene el estado, la familia, la sociedad y los medios de comunicación con el adulto mayor, entre los cuales están:

Del Estado: a) Garantizar y hacer efectivos los derechos del adulto mayor;

b) Proteger y restablecer los derechos de los adultos mayores cuando estos han sido vulnerados o menguados;

c) Asegurar la adopción de planes, políticas y proyectos para el adulto mayor;

d) Generar espacios de concertación, participación y socialización de las necesidades, experiencias y fortalezas del adulto mayor;

e) Establecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control de las distintas entidades públicas y privadas que prestan servicios asistenciales al adulto mayor;

f) Elaborar políticas, planes, proyectos y programas para el adulto mayor, teniendo en cuenta las necesidades básicas insatisfechas de los más vulnerables;

g) Fomentar la formación de la población en el proceso de envejecimiento;

h) Establecer acciones, programas y proyectos que den un trato especial y preferencial al adulto mayor;

i) Promover una cultura de solidaridad hacia el adulto mayor;

- j) Eliminar toda forma de discriminación, maltrato, abuso y violencia sobre los adultos mayores;
- k) Proveer la asistencia alimentaria necesaria a los adultos mayores que se encuentren en estado de abandono e indigencia;
- l) Generar acciones y sanciones que exijan el cumplimiento de las obligaciones alimentarias a las familias que desprotejan a los adultos mayores sin perjuicio de lo establecido en la normatividad vigente;
- m) Los Gobiernos Nacional, Departamental, Distrital y Municipal, adelantarán programas de promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores conforme a las necesidades de atención que presente esta población;
- n) En el otorgamiento de subsidios por parte de la Nación y sus entidades territoriales, se dará prioridad a los adultos mayores a fin de que accedan a los programas sociales de salud, vivienda, alimentación, recreación, deporte, agua potable y saneamiento básico;
- ñ) Promover campañas que sensibilicen a los profesionales en salud y al público en general sobre las formas de abandono, abuso y violencia contra los adultos mayores, estableciendo servicios para las víctimas de malos tratos y procedimientos de rehabilitación para quienes los cometen;
- o) Promover estilos de vida saludables desde la primera infancia para fomentar hábitos y comportamientos saludables relacionados con el autocuidado, la alimentación sana y saludable, el cuidado del entorno y el fomento de la actividad física para lograr un envejecimiento activo y crear un imaginario positivo de la vejez.

- De la Sociedad Civil:**
- a) Dar un trato especial y preferencial al adulto mayor;
 - b) Generar espacios de reconocimiento del saber, de las habilidades, competencias y destrezas de los adultos mayores;
 - c) Propiciar la participación del adulto mayor;
 - d) Reconocer y respetar los derechos del adulto mayor;
 - e) Denunciar cualquier acto que atente o vulnere los derechos del adulto mayor;
 - f) Participar de manera activa en la discusión, elaboración de planes, proyectos y acciones en pro del adulto mayor;
 - g) Contribuir en la vigilancia y control de las acciones dirigidas para el adulto mayor;
 - h) Generar acciones de solidaridad hacia los adultos mayores que se encuentran en estado de vulnerabilidad;
 - i) Desarrollar actividades que fomenten el envejecimiento saludable y la participación de los adultos mayores en estas actividades.
 - j) Definir estrategias y servicios que beneficien a los adultos mayores con calidad, calidez y eficiencia;
 - k) No aplicar criterios de discriminación y exclusión social en las acciones que adelanten;

l) Cumplir con los estándares de calidad que estén establecidos para la prestación de los servicios sociales, de salud, educación y cultura que se encuentren establecidos teniendo en cuenta que sean accesibles a los adultos mayores;

m) Proteger a los adultos mayores de eventos negativos que los puedan afectar o poner en riesgo su vida y su integridad personal y apoyarlos en circunstancias especialmente difíciles.

Entre otros.

De la Familia: a) Reconocer y fortalecer las habilidades, competencias, destrezas y conocimientos del adulto mayor;

b) Respetar y generar espacios donde se promuevan los derechos de los adultos mayores;

c) Propiciar al adulto mayor de un ambiente de amor, respeto, reconocimiento y ayuda;

d) Brindar un entorno que satisfaga las necesidades básicas para mantener una adecuada nutrición, salud, desarrollo físico, psíquico, psicomotor, emocional y afectivo;

e) Establecer espacios de relación intergeneracional entre los miembros de la familia;

f) Proteger al adulto mayor de todo acto o hecho que atente o vulnere los derechos, vida, integridad, honra y bienes;

g) Vincular al adulto mayor en los servicios de seguridad social y sistema de salud;

h) Proporcionar al adulto mayor espacios de recreación, cultura y deporte;

i) Brindar apoyo y ayuda especial al adulto mayor en estado de discapacidad; Entre otros.

De los medios de Comunicación: a) Conocer, promover y respetar los derechos de los adultos mayores;

b) Sensibilizar a la sociedad sobre el cumplimiento de los mismos, en especial por parte de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, contribuyendo a la generación de una cultura del envejecimiento y el respeto por el adulto mayor;

c) Denunciar las situaciones de maltrato y la violencia de los Derechos Humanos de los adultos mayores;

d) Contribuir a la protección de los adultos mayores que se encuentran en situación de extrema pobreza y vulnerabilidad social.

Y los adultos mayores también tiene una serie de deberes que deben cumplir, tales como:

a) Desarrollar actividades de autocuidado de su cuerpo, mente y del entorno;

b) Integrar a su vida hábitos saludables y de actividad física;

c) Hacer uso racional de los medicamentos siguiendo las recomendaciones médicas prescritas;

d) Participar activamente en las actividades deportivas, recreativas y culturales que le permitan envejecer sanamente, de planeación de políticas públicas y programas que se diseñen a favor de este grupo de población en lo local;

e) Promover la participación en redes de apoyo social que beneficien a la población, en especial aquellas que se encuentran en condiciones de extrema pobreza y de vulnerabilidad

social, así como vigilar el cumplimiento de las políticas sociales y de asistencia social que se desarrollen en su identidad territorial;

f) Propender por su propio bienestar y crear condiciones que le permitan reducir su nivel de dependencia familiar y estatal, haciéndolo autosuficiente y desarrollando sus capacidades y potencialidades;

g) Proporcionar información verídica y legal de sus condiciones sociales y económicas.

La ley 1251 busca proteger los derechos del adulto mayor a nivel de estado, sociedad, y familia, pero también que este se comprometa con su autocuidado, y promueva su calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

“Dorothea Orem, en su teoría del déficit de autocuidado, considera la funcionalidad como parte de la definición de salud, y el autocuidado, como una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar”

El autocuidado ayuda a validar la participación de los adultos mayores, siendo personas libres de tomar decisiones para mejorar su salud, Orem también se fundamenta en los planteamientos de Maslow quien sostiene la capacidad que tiene el adulto mayor frente a la actividad física y cognoscitiva para aprender técnicas nuevas, practicarlas y transmitirlo a los demás, por lo anterior es correcto desmentir que los adultos mayores no pueden adoptar un estilo de vida saludable o participar en su propio autocuidado .

En la disminución natural del rendimiento cognitivo que caracteriza al adulto mayor es importante tener un entrenamiento, el cual permite la conservación de la capacidad mental de rendimiento e incluso la corrección de la misma, si es reforzado en un entorno estimulante, “otras actividades que ayudan con esta causa es la práctica de buenos hábitos alimentarios que permitan el normal desarrollo de sus capacidades , las actividades realizadas en el tiempo libre y las relaciones que se mantienen con otros, que faciliten el intercambio de apoyo afectivo, mejorando indirectamente su autoestima, auto percibiendo de mejor manera su estado de salud”. (Isabel, M., Parra, P. S., Salas, M. C., & Escobar, J. M. M. 2012).

El estudio que se realizó en Chile (Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado) es un método que se basa en “La unidad del ser humano permite no solo actuar sobre su cuerpo a través de la mente sino también sobre su mente a través de su cuerpo”; son actividades en las que el adulto mayor demuestra sus destrezas en el tiempo libre, tiempo personal dedicado a actividades de descanso , compensación y creación de ideas, que dan sentido a la vida y aumentan de la autoconfianza y el autoestima.

De esta manera el incorporar un programa de actividades sistémicas con “sesiones de autocuidado en salud, memoria, canto, baile, manualidades, relajación y ejercicio mejoran la autopercepción del estado de salud, influyendo en lo que los adultos mayores hacen o creen que pueden hacer, adquiriendo mayor protagonismo en la satisfacción de sus necesidades funcionales básicas, aumentando de esta manera su funcionalidad”. Isabel, M., Parra, P. S., Salas, M. C., & Escobar, J. M. M. (2012).

CONCLUSIONES

- En la revisión bibliográfica destacan que el entrenamiento cognitivo en el adulto mayor es de gran beneficio, ya que mantiene activa su capacidad mental y se disminuye el deterioro cognitivo al que están expuestos.
- Gracias a la investigación rigurosa que se realizó sobre el deterioro cognitivo en el adulto mayor y la problemática al que este se enfrenta, se logró construir y diseñar una serie de intervenciones con el fin de minimizar el deterioro progresivo, buscando una mejoría en su calidad de vida.
- En los estudios revisados se resalta la teoría de Autocuidado de Dorothea Orem ya que se evidencia el beneficio que tiene darles herramientas funcionales al adulto mayor en su etapa de envejecimiento por que promueven en ellos la capacidad de ser autónomos en sus decisiones y se les da la opción de tener un estilo de vida más saludable y de convencerse de que el significado de vejez no es igual a incapacidad, lo anterior se constituyen en parte fundamental para las intervenciones propuestas.

RECOMENDACIONES

- Establecer un encuentro con las personas que finalizan la primera etapa con las que inician la segunda , para hacer un empalme sobre el tema a trabajar e identifiquen los lineamientos fundamentales para continuar con la investigación
- El desarrollo de las intervenciones requiere el conocimiento de aspectos que orientan la forma de relacionarse con los adultos mayores, para así motivarlos a participar activamente en el desarrollo de las diferentes sesiones.
- El desarrollo de pruebas piloto con cada sesión, es requerido para verificar la viabilidad de cada actividad y ajustar variantes como tiempo, ejecución y claridad de la información.

BIBLIOGRAFÍA

Araujo, F., Ruiz, D., & Alemán, M. (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22, 26-31.

Amarís, G. V., & Arrieta, E. M. (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*, 28(1), 75-87.

Isabel, M., Parra, P. S., Salas, M. C., & Escobar, J. M. M. (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances en Enfermería*, 30(1).

Ovando, L. M. K., & Cuoto, T. (2010). Actividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *Mundo Saúde*, 34(2), 176-182.

Mello, A. C., Engstrom, E. M., & Alves, L. C. (2014). Factores sociodemográficos e de saúde asociados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. *Cad Saúde Pública*, 30(6), 1143-68.

Marcos, G. (2015). Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 67-76.

Cao, A. R., Lacruz, I. C., & Pais, M. I. T. (2011). Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad «Memoria en movimiento». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(2), 74-80.

Muñoz, C. M. (2013). BIENESTAR SUBJETIVO Y ACTIVIDAD SOCIAL CON SENTIDO HISTÓRICO EN ADULTOS MAYORES. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 18(2), 13-26.

Afonso, R., & Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Psicothema*, 22(2), 213-220.

- Cao, A. R., & Lacruz, I. C. (2012). Mejoras cognitivas y perceptivo-motrices en personas mayores participantes en un programa de estimulación integral cognitivo-motriz. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 15(1), 27-39.
- Elgier, A. M., Aruanno, Y., & Kamenetzky, G. (2010). Efecto de la edad y el entrenamiento sobre la memoria. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(2), 77-80.
- Sánchez, A. M., Arévalo, K., Vallecilla, M., Cristina, M., & Quijano, J. A. B. (2014). La memoria audio-verbal en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y un grupo control. *Revista CES Psicología ISSN*, 7(1), 35-47.
- García-Sevilla, J., Fernández, P. J., Fuentes, L. J., López, J. J., & Moreno, M. J. (2014). Estudio comparativo de dos programas de entrenamiento de la memoria en personas mayores con quejas subjetivas de memoria: un análisis preliminar. *anales de psicología*, 30(1), 337-345.
- Cabezas, R. D., Mejía, F. M., & Arias, M. H. M. (2013). Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. *Acta Neurol Colomb*, 29(3).
- Rodríguez Díaz, M. T., Pérez-Marfil, M. N., & Cruz-Quintana, F. (2014). Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. *Gerokomos*, 25(4), 137-143.
- Derio, C. D., Bonnet, S. G., Ponce, M. T., Yanez, A. A., Chonchol, A. S., & Pellegrino, M. B. (2013). Memoria, fluidez y orientación: prueba de cribado de deterioro cognitivo en 5 minutos. *Neurología*, 28(7), 400-407.
- Vallejo Sánchez, J. M., & Rodríguez Palma, M. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 21(4), 153-157.
- Anaya, M. R., & Sepúlveda Buitrago, M. J. (2015). Deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en los adultos mayores recluidos en los establecimientos penitenciarios de Bucaramanga y Girón. Recuperado de:http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/2105/1/digital_24723.pdf

Henao-Arboleda, E., Aguirre-Acevedo, D. C., Muñoz, C., Pineda, D. A., & Lopera, F. (2008). Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. *Revista de neurología*, 46(12), 709-713. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4612/z120709.pdf>

Claridad Ivette Fernández Verdecí, M. C. (2009). Deterioro ligero como predictor de envejecimiento exitoso. GEROINFO. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/deterioro_cognitivo_ligero.pdf

Colombia, Congreso de la República. Ley 1251 de 2008, por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Bogotá: El Congreso; 2008. Recuperado de: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticlas/Politiclas20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Normatividad/Derechos%20del%20%20Adulto%20Mayor.%20Ley%201251%20de%202008..pdf>

Ministerio de Salud, S. D. (2015). Orientación técnica programa más adultos mayores autovalentes. Obtenido de http://ssmaule.redsalud.gob.cl/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=4358&Itemid=123

Sardinero, A. (2010). Presentación y Guía Didáctica. Colección: Estimulación Cognitiva para Adultos. Talleres Cognitiva. Disponible en: <http://www.tallerescognitiva.com/descargas/guia.pdf>

SharifahMunirah Syed Elias. Christine Neville. Theresa Scott. *Reminiscence Therapy for Older People Suffering from Loneliness, Anxiety and Depression: A Literature Review*. Disponible en: http://iafor.org/archives/proceedings/ACP/ACP2015_proceedings.pdf

Gardette, V., Coley, N., & Andrieu, S. (2010). Non-pharmacologic therapies: a different approach to AD. *Can Rev of Alz Dis & Other Dem*, 13(3), 13-22.

Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. ElsevierHealthSciences.

NANDA International. (2009). *NANDA International, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. Elsevier España.

Bulechek, G. M. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. ElsevierHealthSciences.

Olave-Sepúlveda, C., & Ubilla-Bustamante, P. (2011). Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría*, 3(4), 173-6. DISPONIBLE EN:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Programa%20de%20activaci%C3%B3n%20psicomotriz%20en%20adultos%20mayores.pdf

ROZO, F. A. V. (2012). Estimulación cognitiva en adultos mayores con envejecimiento normal residentes en Bogotá. (Proyecto de grado). Recuperado de:
<http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/69215.pdf>

Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Primera edición. Madrid-España: McGraw-Hill.

Guillén, F., Pérez del Molino, J., & Petidier, R. (2008). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*.

Artavia Aguilar, C., & Fallas Vargas, M. A. (2012). La orientación en la calidad de vida de las personas adultas mayores: Creando espacios de acción. *Revista Electrónica Educare*.
Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194124704006.pdf>

Peña, A. S. (2010). "ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS. Obtenido de <http://tallerescognitiva.com/descargas/guia.pdf>

Herrera, A. A. (2014). Proyecto de intervención con pacientes de Alzheimer mediante terapia de Orientación a la Realidad. (U. d. Social, Ed.) Obtenido de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/7325>

Rodríguez Daza, K. D. (2011). Vejez y envejecimiento. Borradores de Investigación: Serie documentos escuela de medicina y ciencias de la salud, ISSN 2145-4744, No. 12 (Enero de 2011).

Vallejo Sánchez, J. M., & Rodríguez Palma, M. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 21(4), 153-157.

Estimular la remembranza de situaciones vividas por el adulto mayor.	Mediante imágenes la cuáles se distribuyen a los adultos mayores, se les pide que las observen y que seleccionen aquellas que les permite identificar situaciones vividas anteriormente.	20 minutos	Reproductor de CD, Álbum de recortes, Material recordado de imágenes,
Reforzar los sentidos mediante exposición a estímulos sensoriales	Para esta actividad se iniciara con la exposición a diferentes estímulos como: esencias florales, sabores y texturas, con los ojos cerrados las van a identificar.	15 minutos	Esencias florales, alimentos(limón, café y mandarina), papel craf, marcadores, material de diferente textura
Proporcionar una retroalimentación positiva en los adultos mayores en relación a los recuerdos vivenciados.	Posterior a la exposición de estos estímulos se hará la indagación de cómo se sintieron ante la actividad.	10 minutos	
Despedida y agradecimiento por su participación		5 minutos	

TEMA:

Terapia de Reminiscencia: Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales. (*Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*).código: 4860).

La estructura general de la Reminiscencia requiere dos pasos. Primero, se le enseña al paciente un material, como una fotografía o el relato de un suceso histórico, vinculados con su propia experiencia o con los acontecimientos experimentados por su generación. Segundo, a partir de ese material, el paciente evocará una serie de recuerdos asociados y hará comentarios personales (Sardinero 2010). La Terapia de Reminiscencia puede realizarse individualmente o en grupos de pacientes que tienen aproximadamente la misma edad. En esta terapia se pretende potenciar la memoria episódica autobiográfica (los recuerdos personales) y la memoria semántica (que contiene los conocimientos sobre datos históricos relevantes). Pretende también que se rememoren los sucesos personales y hechos históricos con toda la claridad que sea posible, experimentando las emociones vinculadas a esos recuerdos. No se trata de realizar juicios de valor sobre el significado de las experiencias ni de realizar una “revisión de vida” psicoterapéutica. Ha sido comprobado en diversos estudios que el recuerdo sobre acontecimiento en los años medios de la vida está más empobrecido que el recuerdo sobre la infancia, adolescencia y primera etapa de la vida adulta. Por ello, esta intervención intenta superar estos escollos de la memoria y facilitar la recuperación amnésica para todo el ciclo vital. (Sardinero, 2010).

La reminiscencia, que se basa en la influencia de los recuerdos sobre el estado de ánimo, presenta un elevado potencial terapéutico para el tratamiento de la sintomatología depresiva en la vejez. Las potencialidades de la reminiscencia como estrategia de reducción de la sintomatología depresiva se pueden relacionar con la tendencia de las personas con depresión hacia recuerdos de valencia negativa congruentes con su estado de ánimo y hacia un estilo sobre generalizado de recuperación autobiográfica. Entendiendo la reminiscencia como una estrategia para promover un estilo de recordar episodios autobiográficos opuesto a las tendencias de recuerdo desadaptativos que se relacionan con la depresión. O sea, se plantea

como una estrategia de intervención a partir de la cual se puede promover y entrenar la producción de recuerdos autobiográficos de tipo específico y de carácter positivo (Afonso R. 2010).

La Terapia de reminiscencia se usa generalmente para el tratamiento de problemas de salud mental. Se utiliza la terapia de reminiscencia del recuerdo de eventos pasados, sentimientos y pensamientos para facilitar placer, calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2008). Proporciona numerosos beneficios a las personas mayores, especialmente aquellos con soledad, la ansiedad y depresión. (Sharifah Munirah Syed Elias, Christine Neville, Theresa Scott.)

La Terapia de reminiscencia (TR) es una de las terapias psicosocial más populares en la atención de la demencia. Fue introducido en la década de 1980, y se basa en la evocación y la discusión con otra persona o un grupo sobre actividades pasadas, eventos y experiencias, utilizando una variedad de material de apoyo. Este tratamiento es basado en que ese remoto recuerdo permanece intacto en la memoria. La TR incluye recordar de pasado eventos con el uso de música, fotografías y otros materiales, a menudo preparado con la participación de cuidadores. (Gardette, V., Coley, N., & Andrieu, S. 2010)

Guion de la Sesión: E: enfermera

E: Buenos días, como amanecieron hoy. Somos auxiliares de investigación del proyecto de Adulto Mayor, vamos a realizar con ustedes una serie de actividades y es importante que participen.

E: Nos organizamos en un círculo con las sillas.

E: El propósito de la actividad de hoy consiste en ayudarles a recordar sucesos de sus vivencias y reforzar un poco sus 5 sentidos como oler, ver, escuchar, sentir y degustar.

E: Les vamos a repartir imágenes y cada uno de ustedes escoge una que represente algo significativo en sus vidas, como su niñez, su familia, sus gustos o sueños. Luego en este cartel vamos a pegar las imágenes que cada uno de ustedes escogió y así armaremos el cartel de los recuerdos.

E: Bueno ahora nos van a contar como se sintieron durante realizan el cartel de los recuerdos.

E: En caso de presentarse situaciones en la que los adultos mayores se muestren muy emotivos por el ejercicio, se brindará acompañamiento.

E: Ahora vamos a reforzar los sentidos, empecemos con el del tacto, cierran los ojos y vamos a pasar por cada uno de ustedes objetos y ustedes nos van a decir que forma y textura (blanda, dura, lisa y áspera) tiene cada uno de ellos. Abran los ojos y nos expresan como se sienten y observan si la figura corresponde a lo que dijeron.

E: A continuación, vamos a cerrar nuevamente los ojos y van a sentir diferentes aromas que ustedes identificaran que tipo de olor es. Luego les daremos a degustar ciertos sabores para que los identifiquen y nos expresen que sintieron.

E: Bueno en esta cartelera hay diferentes figuras y solo 3 figuras son iguales, ustedes las van a identificar y las van a cubrir las que para ustedes son iguales. Por ultimo escucharan diferentes tipos de canciones y expresaran sus sentimientos hacia dicha canción.

E: Finalizamos la actividad preguntando como se sintieron en la actividad, que parte les gusto y que les incomodó.

E: Como compromiso para el próximo encuentro se asigna la tarea del día, la cual consiste en que van a realizar un dibujo o un escrito sobre el hecho especial de su vida.

E: Les agradecemos su colaboración y acompañamiento en esta actividad y esperamos verlos en la próxima sesión. Un aplauso para todos.

Bibliografía

- Sardinero, A. (2010). Presentación y Guía Didáctica. Colección: Estimulación Cognitiva para Adultos. Talleres Cognitiva. Disponible en:
<http://www.tallerescognitiva.com/descargas/guia.pdf>
- Afonso, R., & Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Psicothema*, 22(2), 213-220. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/727/72712496007.pdf>
- SharifahMunirah Syed Elias. Christine Neville. Theresa Scott. *Reminiscence Therapy for Older People Suffering from Loneliness, Anxiety and Depression: A Literature Review*. Disponible en:
http://iafor.org/archives/proceedings/ACP/ACP2015_proceedings.pdf
- Gardette, V., Coley, N., & Andrieu, S. (2010). Non-pharmacologic therapies: a different approach to AD. *Can Rev of Alz Dis & Other Dem*, 13(3), 13-22.
- Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). ElsevierHealthSciences.
- NANDA International. (2009). *NANDA International, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. Elsevier España.

- Bulechek, G. M. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. ElsevierHealthSciences.

SEGUNDA SESION EDUCATIVA

TITULO: Estimulación Cognoscitiva. Código: 4720

Fecha: Hora de Inicio: 15:00 Hora de finalización: 16:00

Lugar: Centro de Bienestar Señor de los Milagros N° de participantes:

Responsable: Ingrid Celis, Cindy Pabón, Karen Villanova. Tiempo: 1 Hora

Objetivos:

1. El adulto mayor aumentara su capacidad de reconocer ideas o contextos, evidenciado por utilización de imágenes como una forma abstracta de información visual y utilización del pensamiento creativo.
2. El adulto mayor fortalecerá su desarrollo evidenciado por mantenimiento de la función cognitivo, habilidades del lenguaje, habilidad para resolver problemas.

Actividades	Estrategia Metodológica	Tiempo	Recursos
Bienvenida a los adultos mayores	Bienvenida a los participantes mediante la presentación de cada una de las personas que desarrollaran la segunda actividad ya antes programada, se invita a los participantes a sentarse en las sillas.	5 minutos	
Introducción al tema y actividades a realizar	Para hacer una breve introducción e identificar a los participantes se les pedirá que se presenten y posteriormente se les	5 minutos	

	explica que la actividad durará máximo una hora.		
Estimular las funciones de lenguaje y Memoria, a través de un ejercicio práctico de habilidad para ordenar frases.	Para esta actividad vamos a repetir una serie de frases y después los adultos mayores con las palabras que les vamos a dar van a organizar cómo va la frase que les acabamos de decir y en un cartel van a pegar en el orden que ellos creen va la frase.	20 minutos	Carteles con diferentes palabras y cinta.
Ejercitar lenguaje espontáneo y la fluidez verbal, expresando palabras que empiecen por una letra determinada.	Para esta actividad los adultos mayores van a observar diversas letras y cada uno de ellos va a escoger la que más les guste, y va a tener 5 minutos para pensar que palabras puede decirnos con la letra que escogió. La persona que más palabras diga es el ganador y el que tenga menos palabras paga penitencia. (Cantar, bailar o decir una copla.)	15 minutos	Cartel con letras del abecedario y cinta.
Realizar una retroalimentación positiva en los adultos mayores en relación a las actividades realizadas y que nos expresen las dificultades que se les presentaron al momento de realizarlas.	Se pedirá la tarea de la actividad pasada, a ver quiénes fueron los juiciosos y los que no, nos van a explicar por qué no la realizaron. Posterior a la exposición de estos estímulos se hará la indagación de cómo se sintieron ante la actividad.	10 minutos	

Despedida y agradecimiento por su participación		5 minutos	
---	--	-----------	--

TEMA:

Estimulación Cognoscitiva: Favorecer la conciencia comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados. (*Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. código: 4720)

El siglo XX está marcado por un aumento sin precedentes de la población mayor de 60 años, relacionado básicamente con una buena calidad de vida, consecuencia de los avances tecnológicos y las políticas de salud orientadas al tratamiento de los adultos mayores, entre otras causas. Gran parte de los trastornos degenerativos tanto físicos como mentales, atribuidos generalmente a la vejez, no son derivación directa de la edad, sino el producto de una serie de factores que se centran dentro de una mala ‘utilización’ del cuerpo y de la mente. El envejecimiento es un proceso inevitable que en muchas ocasiones se ve apresurado por diversas causas relacionadas con el estilo de vida. El sedentarismo y la falta de actividad física del sujeto son factores de riesgo para el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas y el declive orgánico que limitan la funcionalidad. Los adultos mayores presentan variedad de patologías entre las cuales este deterioro cognitivo, trastornos afectivos como depresión y deterioro en el área psicomotriz, que se incrementa por la conjunción de secuelas funcionales de enfermedades agudas o crónicas, las cuales repercuten en el estado físico del individuo de edad avanzada y también en sus capacidades mentales (juicio, raciocinio, conducta...); ello se acentúa en el adulto institucionalizado. El adulto mayor se ve afectado de manera individual, en su entorno y sociedad; es necesario la creación de nuevas políticas de salud, lo que se

traduce en la necesidad de considerarlo como un ser integral desde el punto de vista biopsicosocial. (Carmen Olave Sepúlveda & Pía Ubilla Bustamante, Psicogeriatría 2011).

En efecto, la evidencia científica sugiere que a medida que el ser humano envejece, los procesos mentales son menos eficientes al descender la velocidad de procesamiento de información y la memoria operativa, trayendo como consecuencia la aparición a largo plazo pero no en todos los casos, de diferentes síndromes que se pueden englobar bajo el término “deterioro cognitivo”, entendido como una alteración de las funciones cognitivas superiores involucrados en el procesamiento de la información y el aprendizaje, es decir, la memoria, la atención, la orientación, la percepción, la capacidad de comprensión y expresión del lenguaje, del pensamiento, del juicio, de las habilidades visuoespaciales y constructivas, del cálculo y de las denominadas funciones ejecutivas, producido por un trastorno orgánico o funcional (Guillén y Pérez, 2008).

Siendo las funciones ejecutivas, entendidas como el conjunto de habilidades mentales más complejas, las que ejercen el control y regulación de estas funciones cognitivas, las cuales facilitan la adaptación del sujeto a las demandas de su entorno o a situaciones nuevas y poco habituales (ROZO, F. A. V. 2012).

La aplicación de ésta propuesta, que evalúa:

Memoria: Según Portellano (2005), es una función neurocognitiva que permite registrar, codificar, consolidar, retener, almacenar, recuperar y evocar la información previamente almacenada.

Atención: Sistema funcional complejo, dinámico, multimodal y jerárquico que facilita el procesamiento de la información, seleccionando los estímulos pertinentes para realizar una

determinada, actividad sensorial, cognitiva o motora. La atención, por tanto, consiste en la focalización selectiva hacia un determinado estímulo, filtrando, desechando e inhibiendo las informaciones no deseadas (Portellano, 2005).

Praxias: Acciones motoras coordinadas que se realizan para la consecución de un fin (Portellano, 2005).

Funciones ejecutivas: Conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio para obtener resultados eficaces en la resolución de problemas. Beneficiando la permanencia y la protección de las habilidades cognitivas en el adulto mayor a través de la ejercitación constante, generando así la posibilidad de prolongar sus niveles de funcionalidad a través del tiempo y logrando que las habilidades que se ejerciten sean generalizadas a las actividades cotidianas del adulto mayor. Pues es bien sabido que la ejercitación constante, a través de una práctica y una repetición sistematizadas, permite que el cerebro pueda modificar favorablemente su estructura y su funcionamiento, potencializando su actividad sináptica y ofreciendo la posibilidad de optimizar el rendimiento y las capacidades cognitivas, es decir, puede aprender. Favoreciendo la autonomía y seguridad en los mismos, pensando además y de manera ambiciosa, en la posibilidad de su aplicación en distintas instancias donde se pueda estimular cada proceso, adaptándolo según las necesidades del grupo a quien se aplique. El entrenamiento cognitivo favorece las funciones cognitivas, siendo del mismo modo, la práctica de ejercicio físico se asocia a mejoras cognitivas, físicas y perceptivo-motrices.

Algunas intervenciones integran el entrenamiento cognitivo y físico. Es el caso de “Motricidad y memoria”, “MemoryWorkoutProgram”, “Vivir con vitalidad” y el programa mental y aeróbico de Fabre et al. Concretamente, la investigación de Fabre et al. Compara los efectos de un entrenamiento aeróbico, un entrenamiento mental y la combinación de ambos sobre las funciones cognitivas. Concluye que su combinación consigue mayores efectos cognitivos que cualquiera de los entrenamientos por sí solos. Pilar Pont aplica una intervención que integra tareas perceptivo-motrices y de trabajo aeróbico para el entrenamiento de la memoria a partir de la vivencia corporal del movimiento. Esta investigadora demuestra que el trabajo cognitivo psicomotriz integrado en una única intervención es más efectivo que su trabajo por separado. Dado que el envejecimiento sensoriomotor y cognitivo están relacionados y son funcionalmente interdependientes, la combinación de trabajo perceptivo-motriz y cognitivo en tareas que requieren elevado control ejecutivo podría tener mutuas transferencias positivas. Además los efectos positivos del ejercicio físico sobre la cognición son mayores si los procesos implicados requieren un elevado control ejecutivo. El componente motriz de los programas de entrenamiento cognitivo-motriz integrado no está centrado en el trabajo físico-condicional, como es el caso de las investigaciones que evalúan fundamentalmente la relación entre el ejercicio físico y la mejora cognitiva utilizando métodos básicamente aeróbicos y/o calistenias, sino que incorporan tareas perceptivo-motrices en las que lo importante son las operaciones cognitivas que deben realizarse para su resolución. (Cao, A. R., & La cruz, I. C. (2012).

La Organización Mundial de la Salud recomienda la práctica de ejercicio para mantener la funcionalidad física y mental como parte del autocuidado del adulto mayor. Se resalta la psicomotricidad como una forma de trabajo integrador integra diversas fuentes y campos del conocimiento, como el movimiento y el área cognitiva, esenciales para el tratamiento de un

adulto mayor, con el fin de optimizar la capacidad funcional, su bienestar mental y su autonomía.

Guion de la Sesión: E: Enfermera

E: Buenos días, como amanecieron hoy. Somos auxiliares de investigación del proyecto de Adulto Mayor, vamos a realizar con ustedes la segunda actividad programada, esperamos que las disfruten. E: Nos organizamos en un círculo con las sillas.

E: El propósito de la actividad de hoy consiste en Desarrollar con ustedes la capacidad de crear palabras y ordenar frases para continuar con su proceso como persona autónoma en esta etapa de la vida.

E: Les vamos a repetir una serie de frases y después ustedes con las palabras que les vamos a dar van a organizar cómo va la frase que les acabamos de decir y en este cartel van a pegar en el orden que ustedes creen va la frase.

E: Bueno ahora vamos a revisar quien fue el más acertado con el orden de la frase.

E: Ahora vamos a observar diversas letras y cada uno de ustedes va a escoger la que más les guste, y va a tener 5 minutos para pensar que palabras puede decirnos con la letra que escogió. La persona que más palabras diga es el ganador y el que tenga menos palabras paga penitencia. (Cantar, bailar o decir una copla.)

E: Vamos a pedir la tarea de la actividad pasada, a ver quiénes fueron los juiciosos y los que no, nos van a explicar por qué no la realizaron.

E: Finalizamos la actividad preguntando como se sintieron en la actividad y que actividad desearían realizar en la próximo encuentro.

E: Les agradecemos su colaboración y acompañamiento en esta actividad y esperamos verlos en la próxima sesión. Un aplauso para todos.

Bibliografía:

- Olave-Sepúlveda, C., & Ubilla-Bustamante, P. (2011). Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría*, 3(4), 173-6. DISPONIBLE EN: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Programa%20de%20activaci%C3%B3n%20psicomotriz%20en%20adultos%20mayores.pdf
- ROZO, F. A. V. (2012). Estimulación cognitiva en adultos mayores con envejecimiento normal residentes en Bogotá. (Proyecto de grado). Recuperado de: <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/69215.pdf>
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Primera edición. Madrid-España: McGraw-Hill.
- Guillén, F., Pérez del Molino, J., & Petidier, R. (2008). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*.
- Cao, A. R., & Lacruz, I. C. (2012). Mejoras cognitivas y perceptivo-motrices en personas mayores participantes en un programa de estimulación integral cognitivo-motriz. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 15(1), 27-39.
- Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. ElsevierHealthSciences.
- NANDA International. (2009). *NANDA International, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. Elsevier. España.

- Bulechek, G. M. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. ElsevierHealthSciences.

TERCERA SESION EDUCATIVA

TITULO: Entrenamiento de memoria

Fecha: Hora de Inicio: 15:00 Hora de finalización: 16:00

Lugar: Centro de Bienestar Señor de los Milagros N° de participantes:

Responsable: Ingrid Celis, Cindy Pabón, Karen Villanova. Tiempo: 1 Hora

Objetivos:

1. El Adulto mayor aumentara su capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada, evidenciado por el recuerdo de información inmediata, reciente y remota de forma precisa en un lapso de tres meses.

Actividades	Estrategia Metodológica	Tiempo	Recursos
Bienvenida a los adultos mayores	Bienvenida a los participantes mediante la presentación de cada una de las personas que desarrollaran la tercera actividad ya antes programada se invita a los participantes a sentarse en las sillas	5 minutos	
Introducción al tema y actividades a realizar	Para hacer una breve introducción e identificar a los participantes se les pedirá que se presenten y posteriormente se les explica que la actividad durará máximo una hora.	5 minutos	

Ejercitar su memoria por medio de imágenes iguales para reconocer su capacidad de retención de memoria	Por medio de imágenes X2 iguales se les da a ver, luego de esto se pondrán en un cartel en el cual se pondrán volteadas y con un número atrás de tal manera que habrá un 6 pares de imágenes cada una con un número diferente donde cada participante dirá un dos números con el fin de armarse las parejas de imágenes iguales con el fin de que según el número que vayan sacando lo reconozcan y hallar los 6 parejas	20 minutos	Cartel, imágenes de a par (X6), cinta
Reconocer su capacidad de recuerdos o memoria por medio de datos específicos como (edad, anécdota específica de su primera travesura, tipo de consecuencia y responsable de la consecuencia); y reconocimiento de canciones con datos específicos (autor, año en que salió, momento en el que la escucharon por primera vez y que recuerdos le traen	Consiste en que algunos de los participantes nos contara alguna anécdota de su vida en la cual haya sido muy marcada para su vida en el cual nos cuente la edad que tenía como fue esa esa vivencia y de qué manera fue una moraleja que marco su vida	15 minutos	Narrativa de los participantes para con sus compañeros y facilitadores
Realizar una retroalimentación positiva en los adultos mayores en relación a las actividades realizadas y que nos expresen las dificultades que se les presentaron al momento de realizarlas.	Se invitaran a todos los participantes a que nos cuenten un poco acerca de la actividad donde puedan manifestarnos su agrado o desagrado de esta actividad y si se les dificulto la información proporcionada o al contrario todo estuvo muy bien para la realización de la actividad	10 minutos	
Despedida y agradecimiento por su participación		5	

Entrenamiento de la memoria: mejorar la memoria (*Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*.código: 4760)

La vejez es una etapa con una serie de cambios psicológicos, especialmente en el ámbito de la cognición; la edad suele tener una serie de efectos en el funcionamiento y en el rendimiento cognitivo tales como un enlentecimiento en el procesamiento de la memoria, una alteración de componentes atencionales como la capacidad atencional, red de alerta, y de los mecanismos de control inhibitorio, un descenso en las funciones ejecutivas y dificultades de acceso al léxico en el procesamiento sintáctico y en la organización del discurso; todos estos posibles cambios que se producen en las distintas áreas neurocognitivas, lo que han dado lugar a un campo amplio de investigación relacionada con la memoria. Una de las aportaciones teóricas más interesantes en este sentido ha sido el establecimiento de una pérdida de memoria asociada al envejecimiento, de carácter benigno, que puede provocar en las personas que la presentan algunas dificultades para afrontar ciertas tareas de la vida diaria; este fenómeno podría llamarse de formas diversas: Olvido benigno, Pérdida de Memoria Asociada a la Edad, Deterioro Cognitivo muy leve, Problemas de Memoria Asociadas a la Edad, o Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad. (García, S., Fernández. P., Fuentes. L., López. J., & Moreno. M. 2014)

La habilidad para recordar nuestras propias experiencias, es denominada memoria episódica, la cual disminuye significativamente con la edad, donde una de las principales hipótesis que se han propuesto para explicar este deterioro es la que plantea que este es producto de la reducción de los recursos de atención o de la incapacidad para asignar estos recursos eficientemente durante la adquisición (codificación) o recuperación de información episódica. La atención se define como el esfuerzo mental o una cantidad de recursos disponibles para poder realizar una tarea cognoscitiva. Esta propuesta sustenta estudios que han empleado el paradigma de atención dividida, consiste en solicitar a las personas que atiendan y procesen dos tareas simultáneamente o que cambien su atención entre ellas de manera alterna. El paradigma de atención dividida es un procedimiento eficaz para poder evaluar numerosos procesos cognoscitivos de recursos de atención limitados, donde también, permite evaluar efectos de dividir la atención por separado tanto en la codificación como recuperación. Lo anterior es útil en el estudio de la memoria episódica, por lo que se desconoce si la disminución de este tipo de memoria durante el envejecimiento se debe a una adquisición de la información ineficiente o superficial, o una incapacidad para buscar y recuperar la

información exitosamente. Algunos estudios que han evaluado los efectos de dividir la atención en la codificación y la recuperación de información episódica entre los adultos jóvenes y los adultos mayores se han encontrado que la eficiencia de este tipo de memoria se ve afectada más cuando los recursos de la atención se limitan durante el transcurso de la codificación que cuando esto sucede durante la recuperación en los dos grupos de edad, independientemente del procedimiento que se es empleado para evaluar la memoria episódica: el recuerdo, el recuerdo con claves o el reconocimiento. Sin embargo, algunos de estos estudios en el desempeño de los adultos mayores en la actividad de memoria episódica fue menor que en el de los adultos jóvenes cuando la atención se dividió, mientras que en otros estudios no se identificó esta diferencia ni en la codificación o ni en la recuperación (Trejo-Morales. P., & Cansino. S. 2011).

Podemos decir que la memoria prospectiva, nombrada coloquialmente como “acordarse de recordar”, es un componente particular de la memoria episódica la cual incluye la formación, el mantenimiento, y la ejecución de intenciones a futuro y también tiene una implicancia significativa para el funcionamiento diario en la vida cotidiana de los adultos mayores en general. En otros términos, se refiere a la capacidad de recuperar una información, en el tiempo y lugar precisos, relativa a un plan formado previamente. Este subtipo de memoria quien interviene en el recuerdo y en la recuperación de información anticipada en un futuro inmediato o un futuro demorado. Para un desempeño en la memoria cotidiana se requiere retener una información referida a hacia una tarea a ser ejecutada en el momento más oportuno, mediante una recuperación asociada a una clave específica. Es, por esto, un tipo de memoria de intención de tarea lenta. Su uso en la vida día a día permite autonomía y desempeño independiente del adulto mayor. Algunos ejemplos de memoria cotidiana surgen al comprar insumos, tomar medicamentos a la hora correcta, cumplir citas previamente agendadas, coger un abrigo anticipado al cambio climático antes de salir de casa. La memoria retrospectiva, donde se recupera el recuerdo surge a partir de instrucciones recibidas y que ya ha sido vivido en el pasado (lo que ha sido hecho), en la memoria prospectiva la recuperación del recuerdo reposa en la identificación de claves internas o externas del sujeto, y una iniciativa propia de activación del recuerdo en presencia de las claves, pero recuperándose el recuerdo a una situación no vivida aún (lo que se deberá hacer). (Serrani. D. 2010)

Existen dos tipos básicos de memoria: de procedimiento o implícita permite el aprendizaje sin reflexión consciente (p. ej., capacidad para conducir), y la declarativa o explícita que depende de la reflexión. Las cuales se dividen en memoria a corto plazo y memoria a largo plazo. La memoria a corto plazo (de aprendizaje anterógrada o de trabajo) puede ser verbal y no verbal. La verbal explora repitiéndose un nombre y una dirección pasado 5 minutos, recordando textos leídos o una lista de palabras. La memoria a corto plazo no verbal se explora recordando figuras geométricas complejas (rey), recordando el recorrido por la habitación o reconociendo caras en las fotos. Las personas con una alteración de la memoria anterógrada repiten continuamente unas preguntas, usar una lista y pedir las cosas. La memoria a largo plazo que es el recuerdo puede ser semántica o episódica. La semántica se ocupa de almacenamiento del conocimiento general del mundo: vocabulario, hechos y conceptos. La episódica se ocupa de la codificación de las experiencias y los sucesos específicos vividos por el paciente y relacionados en el espacio y tiempo que se explora a través del recuerdo y de episodios de la biografía del paciente como lo son domicilios, lugar de trabajo, fecha de celebraciones de familiares y acontecimientos o personajes públicos (nombres de personajes famosos, fechas de sucesos históricos). (Dierckx., E., Engelborghs, S. 2009).

La intervención de recuerdos para llenar lagunas de memoria se llama fabulación es característica del síndrome de Wernicke-korsakov. El Alzheimer es la pérdida inicial de memoria la cual afecta más a la memoria a corto plazo, con una relativa conservación de la memoria a largo plazo hasta etapas avanzadas. En las demencias froto temporales los pacientes recuerdan más lo aprendido recientemente, si se le ofrecen pistas semánticas o se ofrece una elección de varias respuestas. (Guillen. F., Pérez. J., Petidier R. 2010).

GUIÓN DE LA SESIÓN: E: Enfermera

E: Buenos días como se encuentran el día de hoy, esperamos que muy bien, Somos auxiliares de investigación del proyecto de Adulto Mayor, vamos a realizar con ustedes la tercera actividad programada el día de hoy

E: nos organizaremos todos en un círculo junto con las sillas

E: la actividad del día de hoy se llama entrenamiento de la memoria y el propósito de esta es que cada uno de ustedes pueda realizar los ejercicios.

E: Aquí tenemos estas imágenes, ustedes las van a observar.

E: Aquí en este cartel en blanco ubico las imágenes en diferente orden y las cubro con números.

E: Ahora se reparten pelotas de colores, la que saque el color rojo inicia el juego concéntrese el cual consiste en que va amar parejas de la misma imagen, seleccionando dos números.

E: Terminado este juego, vamos a pasar a la siguiente actividad: Ustedes van a recordar el momento más significativo de su vida, a qué edad sucedió, cuál fue el resultado de éste momento.

E: Ahora vamos a escuchar la siguiente canción, después de haber empezado se les dice lo siguiente: Cuál es el autor de esta canción, en que momento la escuchó o que recuerdos le trae la melodía; se deja sonar otros minutos y se pide a los participantes que respondan las preguntas.

E: Finalmente cuéntenos como se sintieron en la actividad y cuál momento fue más significativo para ustedes.

E: Se agradece su colaboración y acompañamiento en esta actividad y esperamos verlos en la próxima sesión. Un aplauso para todos.

BIBLIOGRAFIA

- García, S., Fernández. P., Fuentes. L., López. J., & Moreno. M. (2014) Estudio comparativo de dos programas de entrenamiento de la memoria en personas mayores con quejas subjetivas de memoria: un análisis preliminar. Anales de Psicología. 0212-9728 Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000100036&script=sci_arttext

- Serrani. D. (2010), Memoria cotidiana en población de adultos mayores: un estudio longitudinal de 10 años. *Acta Colombiana de Psicología*. 0123-9155 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79819279009>
- Guillen. F., Pérez. J., Petidier R. (2010). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. ELSEIVER MASSON. Pág. 247-248-249. 978-84-458-1799-5
- Trejo-Morales. P., & Cansino. S. (2011). Efectos de la Atención Dividida sobre la Memoria Episódica en Adultos Jóvenes y Mayores. *Revista Colombiana de Psicología*. 0121-5469 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80421265003>
- Dierckx., E., Engelborghs, S., De Raedt, R., Van Buggenhout, M., De Deyn, P.P., Verté, D. & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2009). Efectos de un entrenamiento cognitivo de la atención en el funcionamiento de la memoria de trabajo durante el envejecimiento. *Acta Neurológica Colombiana*, 25, 244 – 251. Disponible <http://www.acnweb.org/es/acta-neurologica/volumen-252009/72-volumen-25-numero-4-diciembre-2009/203-efectos-de-un-entrenamiento-cognitivo-de-la-atencion-en-el-funcionamiento-de-la-memoria-de-trabajo-durante-el-envejecimiento.html>
- Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). ElsevierHealthSciences.
- NANDA International. (2009). *NANDA International, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. Elsevier España.
- Bulechek, G. M. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. ElsevierHealthSciences.

CUARTA SESION EDUCATIVA.

TITULO: Orientación de la realidad

Fecha: Hora de Inicio: 15:00 Hora de finalización: 16:00

Lugar: Centro de Bienestar Señor de los Milagros N° de participantes:

Responsable: Ingrid Celis, Cindy Pabón, Karen Villanova. Tiempo: 1 Hora

Objetivos:

1. El adulto mayor aumentara la capacidad para identificar lugares y tiempo con exactitud, evidenciado por identificación de año, mes, día y lugares y eventos significativos.

Actividades	Estrategia Metodológica	Tiempo	Recursos
Bienvenida a los adultos mayores	Bienvenida a los participantes mediante la presentación de cada una de las personas que desarrollaran la actividad	5 minutos	
Introducción al tema y actividades a realizar	Se realizara una breve introducción del tema y se les pedirá a los participantes que se presenten y posteriormente se les explica que la actividad durará máximo una hora.	5 minutos	
Utilizar imágenes de objetos para que relacionen con acciones de la cotidianidad.	Mediante imágenes y frases, la cuáles se distribuyen a los adultos mayores, se les pide que las observen y que seleccione la imagen y la frase que se relaciona ejemplo: la imagen de una escoba con barrer.	20 minutos	Imágenes de objetos y frases de acciones
Utilizar un calendario para recordar las fechas especiales del año.	Mediante un calendario grande los adultos mayores recordaran fechas importantes, luego se entregaran imágenes ilustres a una festividad como navidad, fiesta de disfraces entre otras y los participantes seleccionaran el día y el mes en que estas se celebran.	15 minutos	Calendario, imágenes ilustres a festividades
Realizar una retroalimentación positiva en los adultos mayores en relación a las actividades realizadas.	Los participantes escogerán la fecha más representativa y explicara por qué, o contara una anécdota relacionada a esta. Posterior a la actividad, se preguntara cómo se sintieron ante la actividad.	10 minutos	

Despedida y agradecimiento por su participación		5 minutos	
---	--	-----------	--

Fundamentación Orientación a la Realidad.

Fomento de la conciencia del paciente acerca de la identidad personal tiempo y ambiente.

Esto según cual autor (4820 – NIC)

La orientación permite que el adulto mayor conozca en qué situación se encuentra tanto espacial como temporalmente, facilitando su ubicación en el contexto temporal y organización de tareas y, su ubicación en lugares conocidos y desconocidos. La presencia de desorientación temporal suele preceder a la espacial en demencias (no recuerdan donde dejaron los objetos y se pierden en lugares conocidos). (Ministerio de Salud 2015).

La Orientación se fundamenta en el principio de las diferencias individuales. Es decir, en el reconocimiento de que los individuos tienen capacidades diferentes para realizar, con distintos grados de facilidad, las mismas o diversas actividades. Se trata, principalmente, de identificar y ayudar a desarrollar esas capacidades latentes o expresas de cada persona. Partir de este supuesto, lleva a plantearse la necesidad de conocer el medio en que se desarrolla la persona adulta mayor, con el fin de mejorar las condiciones existentes o hacerlas explícitas, para la potencialización de sus capacidades, su realización como persona y su aporte a la sociedad. (Artavia Aguilar, C., & Fallas Vargas, M. A. 2012).

El proceso de Orientación se lleva a cabo en la medida en que se confrontan las capacidades individuales con las oportunidades de desarrollo que ofrece el medio; esto, para que el individuo pueda desarrollarse en un proceso continuo de crecimiento.

El proceso educativo mediante el cual se desarrollan las capacidades y habilidades de los seres humanos es uno de los medios para asegurar a la sociedad una vida mejor. En este accionar educativo, la Orientación, como disciplina, puede considerarse fundamental en los procesos gerontológicos, al facilitar las elecciones y decisiones prudentes de las personas adultas mayores, así como al promover la adaptación y la salud mental desde los procesos de orientación gerontológica. Por tal motivo, se reitera la necesidad de realizar procesos de orientación que intervengan de forma directa en los factores sociales y en la calidad de vida de la persona adulta mayor, para así establecer prioridades de atención y proponer acciones que ayuden a mejorar sus condiciones de vida.

La orientación temporal-espacial, puede presentar alteraciones en el adulto mayor, y se afectarán directamente en las posibilidades de mantenerse independiente y autónomo, ya se modificarían el reconocimiento de los espacios y los tiempos requeridos para ejecutar su rutina diaria. Se recomienda utilizar dentro del trabajo fechas importantes para cada adulto mayor y otras fechas conmemorativas que pueden ir desde el contexto nacional al local, junto con el reforzamiento de la rutina en base a patrones establecidos por los adultos mayores. (Guillén, Pérez & Petidier 2008).

Además, diversas actividades que fomenten el uso del cuerpo, utilizando temáticas como orientación, posición, dirección y dimensión. Cabe destacar que estas acciones no se deben quedar sólo en el trabajo corporal en un solo lugar, si no que se deben aplicar tanto al entorno físico próximo como más lejano, donde se mueve el adulto mayor, de esta forma tratar se favorece la habilidad de movilizarse tanto dentro y fuera del hogar en forma orientada. (Ministerio de Salud, S. D. 2015)

La terapia de Orientación a la Realidad (OR) es un conjunto de técnicas con las que se pretende conseguir que una persona con problemas de deterioro cognitivo sea consciente de

tu orientación tanto espacial como temporal, sin dejar atrás la importancia de la orientación personal. Su finalidad es que la persona comprenda el entorno que le rodea, proporcionándole seguridad y autoestima.

(Herrera, 2014)

La persona recibe información de la realidad que se puede clasificar en tres tipos: (Peña, A. S. 2010).

- Información temporal. El día de la semana, el día del mes, el mes, el año, la estación del año y la temperatura, el momento del día, y las festividades recientes. Además se incluyen aquí referencias a los hábitos diarios, rutinas y tareas pendientes de realizar en las próximas horas o días.
- Información espacial. Sobre el lugar de residencia actual, las residencias anteriores, los lugares visitados con frecuencia, y los trayectos de desplazamiento diario. También se facilita información sobre la distribución de las estancias y habitaciones de su domicilio.
- Información personal. Sobre su nombre y apellidos completos, nombre de familiares y conocidos, datos familiares relevantes, ocupación laboral y formación académica recibida.

Existen dos modalidades de Terapia de Orientación a la Realidad: (Peña, A. S. 2010).

Primero, la terapia 24 horas de OR, que es de una naturaleza informal pero muy constante en el tiempo, en ella, el familiar o cuidador se encarga de recordar los datos de orientación en cada situación de interacción que lo permite. Por ejemplo, recuerda al paciente datos sobre el momento del día, las tareas que van a realizar o sobre la temperatura en el exterior.

Segundo, la OR formal se desarrolla en sesiones dirigidas por un terapeuta especializado, con unas actividades programadas que propician la orientación. Emplean materiales y referencias externas que ayudan a ese fin, como relojes, calendarios, etc. Se discuten en grupo temáticas, como las festividades recientes o las ropas apropiadas para cada estación del año.

Los efectos positivos de la OR son conductuales y cognitivos, se reduce la confusión y se evita la desconexión del entorno.(Peña, 2010)

Guion de la Sesión: E: enfermera

E: Buenos días, como están; como se han sentido el día de hoy. Somos auxiliares de investigación del proyecto de Adulto Mayor, vamos a continuar realizando con ustedes una serie de actividades y es importante que participen.

E: Nos organizamos en un círculo con las sillas.

E: El propósito de la actividad de hoy consiste en fortalecer la orientación en tiempo y lugar.

E: a continuación vamos a repartir una serie de imágenes, como una escoba, una olla, un barco, entre otras, y unas palabras como barrer, cocinar, navegar, pero en forma desordenada, lo que va a tratar de hacer es relacionarlas entre si y las va a pegar en este cartel blanco.

E: ya terminada la actividad preguntaremos si fue fácil relacionar las imágenes con las frases y cuál fue la más difícil de relacionar y porqué. Aplausos al final y pasamos a la otra actividad.

E: Se muestra un calendario en un cartel grande, primero preguntaremos cuales fechas recuerdan importantes como día de la madre, fiesta de disfraces, navidad, cumpleaños y en qué día se celebran estas fechas.

E: después explicaremos que se celebra en cada una de los días con fechas especiales, mientras estamos explicando rotaremos imágenes diferentes relacionadas con fecha que se está mostrando, al finalizar la explicación los participantes escogerán la fecha más representativa y explicara por qué, o contara una anécdota relacionada a esta.

E: Finalizamos la actividad preguntando como se sintieron en la actividad.

E: Les agradecemos su colaboración y acompañamiento en esta actividad y esperamos verlos en la próxima sesión. Un aplauso para todos.

Bibliografía:

- Artavia Aguilar, C., & Fallas Vargas, M. A. (2012). La orientación en la calidad de vida de las personas adultas mayores: Creando espacios de acción. Revista Electrónica Educare. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194124704006.pdf>
- Ministerio de Salud, S. D. (2015). Orientación técnica programa más adultos mayores autovalentes. Obtenido de http://ssmaule.redsalud.gob.cl/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=4358&Itemid=123
- Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). ElsevierHealthSciences.

- Guillén, F., Pérez del Molino, J., & Petidier, R. (2008). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico.
- Peña, A. S. (2010). “ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ADULTOS. Obtenido de <http://tallerescognitiva.com/descargas/guia.pdf>
- NANDA International. (2009). *NANDA International, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011*. El sevier España.
- Bulechek, G. M. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. El sevier Health Sciences.
- Herrera, A. A. (2014). Proyecto de intervención con pacientes de Alzheimer mediante terapia de Orientación a la Realidad. (U. d. Social, Ed.) Obtenido de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/7325>

ANEXO 2

FORMATO PARA EVALUACIÓN DE LA SESIÓN EDUCATIVA

**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BUCARAMANGA**

Evaluador número: _____

Sesión educativa a evaluar: _____

Fecha de la evaluación: _____

Hora de inicio _____ Hora de finalización: _____

Edad en años: _____ Género: Femenino _____ Masculino _____

Ocupación del evaluador: _____ Escolaridad: _____

PAUTA PARA EVALUACIÓN DE MATERIAL IMPRESO

En una escala de 1 a 5, califique de acuerdo al grado de cumplimiento: 5 corresponde a un cumplimiento total y 1 indica incumplimiento. Sume los puntos de cada columna y obtenga el puntaje total.

Criterios específicos	1	2	3	4	5
1. Presenta un tema específico en forma completa					
2. El contenido o mensaje es fácilmente comprensible					
3. Las ilustraciones aclaran o complementan lo escrito					
4. El tamaño de la letra facilita la lectura					
5. Consta de elementos de síntesis del mensaje o contenido					
6. Existen elementos para resaltar ideas importantes, por ejemplo, tipo, tamaño, marcación de letras, colores, etc.					
7. La calidad de la ortografía, gramática, puntuación y redacción es apropiada					
8. No está recargado de información escrita					
9. Usa lenguaje que la comunidad entiende					

Totales parciales: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ Puntaje total: _____

Decisión: Usar como está (40-50 puntos) _____

Necesita reformas (21-39 puntos) _____

Rechazado (menos de 20 puntos) _____

Comentarios:

PAUTA PARA EVALUACIÓN DE LA SESIÓN EDUCATIVA

En una escala de 1 a 5, califique de acuerdo al grado de cumplimiento: 5 corresponde a un cumplimiento total y 1 indica incumplimiento. Sume los puntos de cada columna y obtenga el puntaje total.

Criterios específicos	1	2	3	4	5
1. ¿Existió participación activa de los adultos mayores en la sesión educativa realizada?					
2. ¿La respuesta dada a los adultos mayores por parte de los facilitadores fue oportuna, clara y precisa?					
3. ¿Existió interacción del/los facilitador/es con el/los adulto/s mayores?					

4. ¿El tiempo en que se llevó a cabo la sesión educativa fue el adecuado?

Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

Observaciones:

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (1984). Evaluación de material educativo. *En: Guía para el diseño, utilización y evaluación de material educativo en salud.* (Nº 10. p.65). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

¡Gracias por su colaboración!