



**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE DESARROLLO E INVESTIGACIÓN EDUCATIVOS**

TÍTULOS A OBTENER:

**LICENCIATURA EN PSICOPEDAGOGÍA
PROFESORADO EN PSICOPEDAGOGÍA**

TÍTULO DEL TRABAJO FINAL:

PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO

“Dr. DOMINGO CÚNEO” DE LA CIUDAD DE VICTORIA, ENTRE RÍOS.

MODALIDAD: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

ALUMNA: ALBORNOZ FLORENCIA EVANGELINA

DNI: 37.543.178

AÑO: 2016

*“Envejecer es como escalar una gran montaña,
mientras se sube las fuerzas disminuyen,
pero la mirada es más libre,
la vista más amplia y serena”.*

Ingmar Bergman (1918-2007).

RESUMEN

El siguiente trabajo final tuvo como principal objetivo diseñar un proyecto de intervención psicopedagógica en el Hospital Geriátrico “Dr. Domingo Cúneo”, de la ciudad de Victoria, Entre Ríos, sobre la base de un diagnóstico efectuado en 2016.

Los propósitos del mismo fueron indagar sobre el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores internados, para luego proponer un espacio innovador en el que se estimulen los procesos cognitivos.

En primer lugar, se realizó una entrevista al personal de dicho hospital para obtener información acerca de su estructura, forma de funcionamiento, recursos humanos y características de los pacientes.

Seguidamente, se administró el Mini Mental Test, que permitió obtener información pertinente sobre el funcionamiento cognitivo de los adultos internados.

Luego, en base a los resultados obtenidos, se confeccionó un proyecto, con el fin de dar respuesta a las problemáticas detectadas. El mismo, consistió en una serie de encuentros de estimulación cognitiva, que apuntaron a mejorar la calidad de vida de los pacientes, trabajando las habilidades cognitivas que están en riesgo de perderse y potenciando aquellas que aún se encuentran preservadas, ya que gracias a la plasticidad del cerebro, y a una adecuada intervención, las conexiones neuronales pueden seguir desarrollándose, mantenerse y reorganizarse.

Por último, se confeccionó el cronograma de trabajo, en el que se presentó el plan de actividades por etapas, y se explicitaron los resultados esperados en cuanto a la hipotética aplicación práctica de dicho taller.

Palabras claves: Vejez – Intervención Psicopedagógica – Funciones cognitivas – Estimulación cognitiva – Taller – Calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a mi familia, por el apoyo incondicional, por la educación y valores que me inculcaron, enseñándome que todo esfuerzo tiene su recompensa. A mis compañeras de estudio, por recorrer juntas esta carrera, ya que sin ellas, esto hubiera sido más difícil. A los directivos y docentes de la carrera de Psicopedagogía, que me brindaron las herramientas necesarias para poder desempeñarme como profesional a futuro. Al Hospital Geriátrico “Dr. Domingo Cúneo”, por abrirme las puertas para poder realizar mi trabajo final, y en especial a los adultos mayores, quienes me inspiraron para abordar esta temática, de quienes aprendí mucho y me llenaron de amor y alegría.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Agradecimientos.....	4
Introducción.....	8
Contexto de estudio.....	9
1: Descripción de la institución.....	9
2: Identificación de factores críticos.....	12
Planteo del problema.....	13
1: Tema.....	13
2: Objetivos generales.....	13
3: Objetivos específicos.....	13
4: Preguntas de investigación.....	13
Diagnóstico.....	14
1: Procedimiento de muestreo.....	14
2: Metodología aplicada.....	15
3: Resultados del diagnóstico.....	18
Marco de referencia.....	21
Capítulo 1: “Antecedentes internacionales y nacionales”.....	21
Capítulo 2: “Lineamiento teórico: Psicología Cognitiva”.....	23
Capítulo 3: “Adulto mayor”.....	27
3.1: Envejecimiento.....	27
3.2: Vejez.....	27
3.3: Cambios psicológicos.....	28
3.4: Cambios biológicos.....	29

3.5: Cambios cognitivos.....	30
3.6: Cambios sociales.....	31
3.7: Envejecimiento saludable.....	32
3.8: Envejecimiento poblacional en Argentina.....	32
Capítulo 4: “Envejecimiento cognitivo”.....	34
4.1: Funciones cognitivas.....	34
4.2: Funciones cognitivas en el adulto mayor.....	35
Capítulo 5: “Intervención psicopedagógica”.....	39
5.1: Principios de la acción psicopedagógica.....	39
5.2: Tipos de intervenciones.....	40
5.3: Indicadores para realizar una intervención.....	41
Capítulo 6: “Estimulación cognitiva”.....	42
6.1: Plasticidad cerebral.....	42
6.2: Reserva cognitiva.....	43
6.3: Objetivos de la estimulación cognitiva.....	44
6.4: Tipos de estimulación cognitiva.....	44
Capítulo 7: “El taller”.....	45
Capítulo 8: “Calidad de vida”.....	50
Propuesta de intervención a realizar.....	52
1: Justificación.....	52
2: Objetivos.....	52
3: Beneficiarios.....	53
4: Localización física.....	53
5: Metodología.....	53

Viabilidad	55
1: Cronograma de trabajo.....	56
Impacto	82
Resultados esperables	83
Conclusiones finales	84
Anexo	86
Referencias bibliográficas	104

INTRODUCCIÓN

La reducción de la mortalidad infantil, el descenso en los accidentes y muertes por lesiones, la posibilidad de acceso a los tratamientos contra diversas enfermedades, y las altas coberturas en vacunación, han contribuido al aumento de la esperanza de vida.

Esta prolongación de la vida en las personas, ha llevado a plantear nuevos desafíos en pro del mejoramiento de los servicios de salud, destinados a la tercera edad, ya que es la etapa en la que más se evidencian los efectos propios del envejecimiento, principalmente el deterioro cognitivo.

A raíz de lo expresado, surge la necesidad de realizar un proyecto pertinente que dé respuesta a las problemáticas detectadas en el Hospital Geriátrico “Dr. Domingo Cúneo”, con respecto al deterioro cognitivo observado en los residentes, ya que el psicopedagogo dentro de su amplio campo de actuación profesional, puede intervenir en la tercera edad a través de la estimulación cognitiva, entre otras.

De esta manera, en la primera parte del trabajo, se detalla el contexto de estudio, es decir, se describe la institución en la que se pretende llevar a cabo los encuentros bajo la modalidad de “taller”.

Luego, se explica el planteamiento del problema, en el que se pone énfasis en el diagnóstico realizado, detallándose los resultados obtenidos, se expresan los interrogantes que motivaron el trabajo y los objetivos.

En la tercera parte del trabajo se detalla el marco de referencia, en el que se desarrollan los conceptos y teorías que permiten encuadrar el tema escogido.

Seguidamente, se explicitan las intervenciones a realizar, en la que se describen los diversos encuentros, previamente contextualizados y orientados a una población específica.

En el siguiente ítem, se define el cronograma de trabajo, planteado por etapas y detallando los recursos materiales y humanos pertinentes.

Por último, se informa el impacto y resultados esperados tras la implementación de la presente propuesta, seguido por los anexos y las referencias bibliográficas.

CONTEXTO DE ESTUDIO.

1. Descripción de la institución.

El estudio presente se llevó a cabo en la ciudad de Victoria, provincia de Entre Ríos, Argentina.

Naturaleza de la organización.

La Institución escogida fue el Hospital Geriátrico “Dr. Domingo Cúneo”, de gestión pública provincial, ubicado en la zona urbana de la ciudad.

El mismo está situado en calle María Oberti de Basualdo 349, entre sus laterales calles Gobernador Sola, Boulevard. Rivadavia y Dr. G. Cúneo.

Origen y devenir histórico.

Stiechr (2010) postula que ante la grave situación operada por la llamada “crisis del 30” y a fin de paliar en algo ese afligente problema creando fuentes de trabajo, el entonces legislador nacional y gran benefactor del pueblo victoriense, el doctor Pedro Radío, impulsó la construcción de una serie de obras públicas de gran importancia, resultando Victoria beneficiada con varias de ellas, entre ellas, el Hogar de ancianos.

De esta manera, la finalización del edificio del Hogar de ancianos se produjo a mediados de 1946, cuando se hizo entrega de la obra, pero debe mencionarse que anteriormente en 1943, en ocasión del brote epidémico de parálisis infantil, fue ocupada su ala izquierda (hoy en día sección de varones).

Si bien, en ese tiempo estaba terminado el edificio, según Stiechr (2010), faltaba su equipamiento de muebles, útiles, camas y demás accesorios, habiéndose realizado los esfuerzos y pedidos para conseguirlos recién en la gestión de 1948.

Considera importante mencionar además que, antes de su inauguración, el edificio albergó a los evacuados de las islas por la creciente del río de la temporada 49-50. Ocasión en que la fundación Eva Perón envió un grupo de voluntarios, los que armaron varias carpas en el predio del asilo.

Su inauguración oficial fue el 28 de noviembre de 1951, con la presencia de su inspirador Dr. Pedro Radío.

Desde entonces ese hogar, que en un principio se denominó “Eva Perón” y desde

1955 lleva el nombre de un benemérito médico, el Dr. Domingo Cúneo, viene cumpliendo su importante función social, albergando en sus amplias y acogedoras instalaciones a tantos abuelos y abuelas provenientes de distintos puntos de la provincia de Entre Ríos, que encuentran allí el bienestar y calor humano tan necesario en esa etapa de su vida.

En 1952 se habilitó la capilla del Hogar bajo el nombre de San Pedro (Stiechr, 2010).

Estructura edilicia:

En cuanto a la estructura edilicia, la organización de la institución está diagramada por sectores:

Primero, se localiza el sector de varones, dentro del mismo, se puede apreciar:

- Tres habitaciones individuales con cuatro camas cada una.
- Una habitación de cuidados intensivos.
- Servicio de kinesiología.
- Servicio de odontología.
- Comedor compartido.
- Capilla del hogar.

Otro sector, es el de mujeres, el cual está compuesto por:

- Tres habitaciones individuales con cuatro camas cada una.
- Pabellón general.
- PAMI.
- Consultorio interno.
- División contable (en planta alta).
- Social y Estadística.
- Arancelamiento.
- Mesa de entrada.

- Administración.
- Dirección.
- Archivo y mantenimiento.
- Cocina.
- Despensa.
- Lavadero y costurero.
- Salón de usos múltiples (fuera del edificio).

Especialidades que se les brinda a los adultos mayores:

- Atención médica generalizada.
- Atención psiquiátrica.
- Odontología.
- Kinesiología.
- Podología.
- Actividades recreativas como; educación física, musicoterapia, bochas, laborterapia.

Servicios privados:

- Oftalmología.
- Psicología.

Situación de revista del personal:

- En planta permanente se encuentran 80 agentes.
- Siete agentes contratados.
- Cinco agentes suplentes extraordinarios.
- Diez agentes suplentes comunes.

Profesiones de los agentes:

- Dos kinesiólogos.
- Dos odontólogos.
- Tres médicos generalistas.
- Un nutricionista.
- Un asistente social y un suplente.
- Treinta enfermeros profesionales.

Demanda:

El Hospital cuenta con un total de 80 camas, actualmente la demanda se encuentra completa, es decir, la cantidad de adultos mayores internados es de 80.

2. Factores críticos.

Dentro de esta institución, se detectaron dos factores críticos que motivaron a la realización del presente proyecto: por un lado, los profesionales que trabajan en dicho lugar, han observado en los pacientes, dificultades cognitivas, y si bien han intentado dar solución a estos problemas a través de la realización de diversas actividades que estimulen las funciones cognitivas, sólo se ha logrado realizar de forma esporádica, sin ningún diagnóstico previo que revele el estado actual del funcionamiento cognitivo de los adultos mayores. Por otro lado, se detectó en la planta funcional, la ausencia de un Psicopedagogo, profesional capacitado para preservar y estimular las funciones cognitivas de los adultos mayores.

“PLANTEO DEL PROBLEMA”.

1. Tema.

El tema de este trabajo final se refiere al estado actual de los procesos cognitivos de los adultos mayores del geriátrico, y a la posibilidad de estimulación de dichos procesos desde un rol psicopedagógico. Busca determinar el grado de deterioro cognitivo que presentan dichos adultos, ante la falta de información diagnóstica que pueda describir dicha situación, a partir de que no existe el Psicopedagogo en la planta funcional.

2. Objetivo general.

Indagar respecto del estado de situación de los procesos cognitivos de los adultos mayores pertenecientes al Hospital “Dr. Domingo Cúneo” de la ciudad de Victoria, Entre Ríos, y realizar una propuesta de intervención psicopedagógica consecuente.

3. Objetivos específicos.

- Conocer el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores a partir de la aplicación del Mini Mental Test.
- Proponer un espacio innovador para la preservación y activación de los procesos cognitivos.
- Destacar la importancia de la intervención psicopedagógica, a partir de la estimulación cognitiva.

4. Preguntas de investigación.

- ¿Cuál es el nivel de funcionamiento cognitivo de los adultos mayores que están internados en el Hospital Geriátrico “Dr. Cúneo”?
- ¿De qué manera es viable la preservación y estimulación de los procesos cognitivos?
- ¿Por qué es importante una intervención psicopedagógica a tal efecto?

DIAGNÓSTICO.

1. Procedimiento de muestreo.

Para el grupo en estudio, se seleccionaron los adultos mayores residentes del Hospital Geriátrico “Dr. Domingo Cúneo” de la ciudad de Victoria, Entre Ríos.

El geriátrico contaba con una población de 80 adultos, cuyo rango de edad rondaba entre los 58 y 98 años.

De dicha población, se seleccionó una muestra no probabilística, de tipo circunstancial, para llevar a cabo el diagnóstico. Esto significa que se trabajó con casos a los que se pudo tener acceso.

Los adultos mayores que conformaron esta muestra, contaron características diversas. Por un lado, hubo adultos auto-válidos, es decir, personas que eran capaces de desarrollar las actividades de la vida diaria por sí mismos, y por otro, personas que presentaron un grado leve de dependencia, necesitando ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.

La muestra estuvo compuesta por 30 adultos mayores.

Características socio-demográficas.

Los atributos que caracterizaron a esta población fueron: sexo, edad, estado civil, nivel educativo, y ocupación previa.

- Sexo

La distribución según el sexo evidenció un predominio de varones en relación a las mujeres.

- Edad.

Sus edades variaron entre un mínimo de 58 y un máximo de 92 años. La distribución marcó un predominio de personas con edades entre 70 y 79 años, seguido por adultos de 58 a 69 años, siendo menos predominante la edad entre 80-89, y mucho menos, más de 90 años.

- Estado civil.

El 53,30% de las personas resultaron ser solteras, mientras que el 23,30% estaban

separados. En menor proporción se registró un 16,70% de adultos mayores viudos, y en menor medida, el 6,7% de los mismos eran casados.

- **Nivel educativo.**

Se observó que el 50% de los adultos mayores alcanzaron un estudio primario incompleto, seguido por un 23,30% de estudios primarios completos.

En menor medida, un 20% de las personas, no presentaron ningún tipo de instrucción, y un 3.30% presentaron secundario incompleto y terciario.

No se observaron adultos mayores con el secundario completo ni estudios universitarios.

- **Ocupación previa.**

Se observó que un 36,70% de los adultos mayores, se dedicaron a ser empleados, en su mayoría desempeñándose en tareas rurales, en relación de dependencia. Por otro lado, un 36,70% más, se dedicó a trabajar de manera autónoma, como ser; costurera, arreglo de autos, pescador, etc.

En menor proporción, se observó la ocupación de ama de casa, en un 23,30%, y un 3,30% se dedicó a la docencia.

2. Metodología aplicada.

Por otra parte, resulta pertinente mencionar que como primer instrumento para recolectar información sobre el diagnóstico institucional, se utilizó la entrevista, entendiendo a la misma, según Muñoz (2011) como un sistema, mediante el cual se recopila información acerca de las opiniones personales, formas de pensar y emociones del entrevistado. Por otro lado, le permite al investigador realizar más adelante las interpretaciones pertinentes.

La misma permitió recolectar información pertinente para realizar el diagnóstico institucional.

Como segundo instrumento de recolección, se confeccionó una planilla de volcado, en la cual se registraron datos acerca de los adultos mayores, como ser; nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, nivel educativo y ocupación previa.

El tercer instrumento, utilizado para recolectar información referida al

funcionamiento de los procesos cognitivos de los adultos mayores, fue un test, que según la R.A.E. (Real Academia Española; 2014) es una prueba que se emplea para evaluar conocimientos, funciones o aptitudes, es decir, para determinar la capacidad y/o actividad de un individuo, mediante el cual se logró obtener información acerca del grado de deterioro cognitivo de los pacientes.

El test elegido fue el Mini-mental State Examination, también llamado Mini Examen del Estado Mental, el cual es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos (Ortega, 2014).

El cuestionario correspondiente se administró de forma individual a cada sujeto de la muestra.

Su práctica duró aproximadamente 10 minutos por persona, por lo que resultó ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria.

Según Ortega (2014), este test fue desarrollado por Marchal F. Folstein, Susan Folstein, y Paul R. McHugh en 1975, como un método para establecer el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium.

Dicho autor, expresa que el protocolo cuenta con un cuestionario de 30 preguntas, agrupadas en 10 secciones, las cuales permitieron evaluar las siguientes características:

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

Con respecto al formato del test, es el siguiente:

- Orientación en tiempo (5 puntos): se le preguntó el día de la semana, fecha, año y estación del año. Se le otorgó 1 punto por cada respuesta correcta. Se consideró correcta la fecha con diferencia de 2 días.
- Orientación en el lugar (5 puntos): se preguntó el lugar de la entrevista, hospital, ciudad, provincia y país. Se le otorgó 1 punto por cada respuesta correcta.

- Registro de 3 palabras (3 puntos): se le pidió al paciente que escuche atentamente 3 palabras que se le mencionaron (Pelota, bandera, árbol) y debía que repetirlos, se le avisó que más tarde se le preguntaría de nuevo. Se le otorgó 1 punto por cada respuesta correcta.
- Atención y cálculo (5 puntos): se le pidió al individuo que reste al número 100, el número 7 y continúe restando de su anterior respuesta hasta que el explorador lo detuviera. Por cada respuesta correcta se le otorgó 1 punto, y se lo detuvo después de 5 repeticiones correctas.
- Evocación (3 puntos): se pidió que repita objetos nombrados anteriormente. Se le otorgó 1 punto por cada repetición correcta.
- Nominación (2 puntos): se le mostró un lápiz y un reloj, el paciente tuvo que nombrarlos. Se le otorgó 1 punto por cada respuesta correcta.
- Repetición (1 punto): se le pidió al paciente que repita la siguiente oración: “tres perros en un trigal”. Se le otorgó un punto por cada acción realizada.
- Comprensión (3 puntos): se le indicó 3 órdenes simples que pudiera realizar. Se le indicó que tomara un papel con su mano derecha, que lo doble a la mitad y lo pusiera en el suelo. Se le otorgó 1 punto por cada respuesta correcta.
- Lectura (1 punto): se le solicitó al paciente que leyera la orden “cierra los ojos” (escrita previamente) y la obedeciera. No debía decirlo en voz alta y solo se le explicó una sola vez.
- Escritura (1 punto): se le pidió al paciente que escribiera una oración que debía tener sujeto y predicado. Se le otorgó 1 punto si tiene sentido.
- Dibujo: Debía dibujar un dibujo simple de 2 pentágonos cruzados. Se consideró correcto si su respuesta tenía 2 figuras de 5 lados y su cruce tenía 4 lados.

En cuanto a la interpretación del test, la puntuación determinó la normalidad o el grado de deterioro que pudiera sufrir una persona. Al calificarse se le puntuó cada respuesta de acuerdo al protocolo y se le sumó el puntaje obtenido por todas las respuestas, es decir, se obtuvo un puntaje total.

Cuando el paciente no pudo responder una pregunta por una causa no atribuible a enfermedad relacionada con el estado mental (el paciente no sabía leer y se le pidió que

lo haga) se eliminó y se obtuvo la relación proporcional al resultado máximo posible.

El puntaje máximo del test es de 30 puntos, mientras que la puntuación normal es de 24 puntos o más, y con respecto a los adultos mayores no alfabetizados que presentan una limitación por no saber leer ni escribir, el puntaje total proporcional al resultado máximo posible es de 23, cuyo puntaje normal equivale a 18 puntos o más.

En cuanto a las limitaciones del test, esta prueba está limitada por situaciones como las siguientes, donde no se considera la existencia de un estado demencial:

- Depresión.
- Ingestión de algún fármaco como el etanol.
- Problemas metabólicos.
- Deprivaciones ambientales.
- Alcoholismo.
- Infecciones: meningitis, encefalitis.
- Problemas de nutrición.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Niveles de minusvalía.
- Población sin habilidad lecto-escritora (Ortega, 2014).

Para esta intervención resultó factible, ya que permitió una evaluación rápida y detectar la presencia de déficit cognitivo, en el caso que hubiere.

Por otro lado, permitió obtener información sobre fortalezas y debilidades del funcionamiento cognitivo en general de los adultos mayores internados en el geriátrico.

3. Resultados del diagnóstico.

En primer lugar, como se pudo observar que el 80% de los adultos mayores estaban alfabetizados, mientras que el 20% restante eran analfabetos, se dividió al grupo de estudio en dos para el análisis de los resultados obtenidos en las pruebas administradas.

Con respecto a los adultos mayores alfabetizados, se observó que sólo un 4,20% no presentó ningún tipo de deterioro, mientras que el porcentaje restante evidenció un

deterioro cognitivo tanto leve como moderado.

En relación a las funciones cognitivas evaluadas, se concluye que: más del 60% de los pacientes se orientaron en el tiempo, mientras que el 40% restante presenta dificultades en dicha área. En cuanto a la orientación espacial, más del 80% se ubica en el espacio, sin embargo, el 20% restante no lo pudo hacer, observándose mayores dificultades en el ítem de nombrar la calle en donde se encuentra el geriátrico.

Con respecto a la memoria inmediata, se observó que más del 87% de los adultos poseyeron conservada dicha función, mientras que el porcentaje restante presentó dificultades.

En relación a la atención y el cálculo, se evidenció que más del 90% de los pacientes poseyeron dificultades en dichos procesos, sólo un 4,20% presentó conservada las mismas.

En recuerdo diferido, una minoría poseyó conservada la función, mientras que más del 50% de los adultos presentaron dificultades al recordar palabras expresadas con anterioridad.

En cuanto al lenguaje y construcción, se observó que más del 90% de los adultos mayores no presentó dificultades al momento de nombrar objetos señalados, repetir frases y seguir órdenes, sólo un 10% mostró descendidas estas habilidades.

Al momento de la lectura, se determinó que el 83% de los pacientes tuvieron conservada esta habilidad, mientras que el resto presentó dificultades, y con respecto a la escritura, sólo un 35% la tuvo conservada, al igual que la capacidad de copiar una figura, mientras que el porcentaje restante, el cual es mayor, poseyó descendidas dichas funciones.

Por otra parte, los resultados de los adultos mayores no alfabetizados difieren de los anteriormente mencionados, ya que se evidenció que el total de los evaluados presentaron deterioro cognitivo, ya sea leve o moderado.

En cuanto a las funciones cognitivas evaluadas se determinó que: en relación a la orientación temporal, más del 80% de los adultos se ubicaron en el día y mes en el que viven, mientras que el porcentaje restante no. Más del 80% no reconoció la fecha y el año en el que estaban situados, sólo un 20% logró reconocerlo, y en relación a la estación del año, sólo el 50% logró reconocerla.

En cuanto a la orientación espacial se observó que más del 60% se orientaron en relación al lugar en el que se encontraban y el nombre de la ciudad en la que viven, mientras que sólo un 17% de los adultos mayores reconocieron la calle en donde se encuentra el geriátrico, como así también la habitación en la habitan y el nombre del país. De esta manera se infiere que la mayoría de los adultos mayores no alfabetizados presentaron dificultades en la orientación espacial.

Con respecto a memoria inmediata y recuerdo diferido, se observó que menos del 33% de los pacientes poseyeron conservada dichas funciones, mientras que el porcentaje restante presentó dificultades.

En cuanto al lenguaje y construcción, el 50% poseyó conservada la habilidad de nombrar objetos señalados y seguir órdenes, mientras que el 50% restante presentó dificultades.

Por otro lado, se infiere que el total de los pacientes no alfabetizados poseían conservada la habilidad de repetir una frase, pero presentaron dificultades al momento de copiar una figura.

A raíz de estos resultados, se concluye que la mayoría de los adultos mayores residentes del Hospital Geriátrico “Dr. Domingo Cúneo” presentan algún grado de deterioro cognitivo, por lo que resulta pertinente realizar intervenciones dirigidas principalmente a potenciar aquellas funciones más descendidas, pero sin dejar de lado las que se encuentran conservadas, ya que de esta manera se compensan los déficits.

Las intervenciones deben apuntar a mejorar la orientación témporo-espacial, atención, razonamiento, memoria y praxias.

MARCO DE REFERENCIA.

CAPÍTULO 1: “Antecedentes internacionales y nacionales”.

Para comenzar, resulta de gran importancia remitirse a investigaciones realizadas que validan este proyecto de intervención.

Como antecedentes internacionales, se pueden observar a continuación varias investigaciones, en las cuales la estimulación cognitiva resulta eficiente para mejorar los procesos cognitivos en los adultos mayores.

Una de ellas corresponde a la investigación realizada por Araujo, Ruiz & Alemán (2010), tuvo como objetivo demostrar que a través de un programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva mejora el deterioro cognitivo en adultos mayores. Es así que en los pacientes que presentaron deterioro cognitivo, se les aplicó un programa de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva y al final se evaluaron nuevamente. Los datos obtenidos fueron analizados y los resultados fueron los siguientes: los adultos mayores mostraron un porcentaje de mejoría con diferencia estadística significativa comparando datos iniciales y finales. Como conclusión, se determinó que el deterioro cognitivo si mejora con la aplicación de programas de ejercicios prácticos de estimulación cognitiva en adultos mayores.

Además, se cuenta con la tesis: Intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores, cuyas autoras Cabello & Porras (2009) tuvieron como principal objetivo diseñar, aplicar y evaluar una intervención psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores. Para ello, seleccionaron el test NEUROPSI, el cual recoge datos sobre los procesos cognitivos. Fueron evaluados 37 adultos mayores antes y después de la intervención; ésta estuvo compuesta por los siguientes contenidos: atención, concentración, fluidez verbal, memoria sensorial, de corto plazo y de largo plazo; distribuidos en 15 sesiones. Finalmente los resultados obtenidos permitieron aseverar que la implementación de una intervención psicopedagógica para estimular la memoria puede tener éxito si las técnicas diseñadas atienden las necesidades y diferencias de cada individuo.

Otro antecedente a nivel internacional que resulta importante destacar, es el artículo

sobre el rol psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de pacientes con Demencia tipo Alzheimer, cuyos autores Davicino, Muñoz, Barrera & Donolo (2009), realizaron una descripción del rol psicopedagógico en los procesos de estimulación cognitiva de pacientes con demencia tipo alzheimer. El aporte de este trabajo apunta a destacar que el psicopedagogo resulta un profesional apto para realizar tareas específicas dirigidas a preservar y potenciar las capacidades conservadas del paciente y lograr la lentificación de los deterioros.

En cuanto a los antecedentes a nivel nacional, es importante destacar el artículo sobre los efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento, cuyas autoras Bentosela & Mustaca (2005), presentaron una recopilación de investigaciones acerca de los tratamientos aplicados para mejorar la calidad de vida, realizadas por quienes se valieron de estudios básicos para desarrollarlos. Concluyeron que las intervenciones conductuales son las más efectivas para atenuar los efectos del envejecimiento e incluyen el mantenimiento y cuidado general de la salud, pero lo más importante es un entrenamiento específico y continuado de las funciones cognitivas.

Por otra parte, se cuenta con una investigación acerca del trabajo Psicopedagógico en adultos mayores con deterioro cognitivo, cuya autora Figueroa (2014) indaga acerca de las técnicas, intervenciones y metodologías utilizadas en el trabajo psicopedagógico con adultos mayores que presentan deterioro cognitivo. Sus conclusiones arriban a que, si bien en los últimos años el trabajo psicopedagógico con adultos mayores se ha ampliado, todavía resulta escaso.

Por último, una Investigación exploratoria-descriptiva acerca del rendimiento en la memoria reciente modal específica visual y auditiva en los adultos mayores sanos que viven en el hogar Español de la ciudad de Rosario en el año 2011, en la cual su autora Leoni (2011), tuvo como objetivo aportar información para una mayor comprensión de la tercera edad. Trabajó con los siguientes tests: Figura compleja de Rey-Osterrieth y Rey verbal, que le permitieron recolectar información acerca del rendimiento de la memoria en los residentes del hogar mencionado. Las conclusiones de su investigación no encontraron dificultades en la memoria reciente/modal específica visual y auditivo-verbal en los adultos mayores. Sin embargo, observó que cuanto mayor es el número de encuentros en los talleres implementados y según el tipo, los rendimientos mejoran. En lo que sigue, se presenta la profundización teórica sobre conceptos claves que hacen al encuadre del proyecto de intervención.

CAPÍTULO 2: “Lineamiento teórico: Psicología cognitiva”.

El proyecto presente se encuadra en la Psicología cognitiva.

La misma surge como corriente psicológica en las décadas del 60 y 70 del siglo XX, como reacción al Conductismo. En estas décadas, se evidenció un gran desarrollo de un conjunto variado de teorías, que permitieron designar a la misma como una corriente que intentaba explicar el comportamiento.

Esta corriente concibe al ser humano como un constructor activo de su experiencia con carácter intencional, y lo considera como un procesador activo de información, y no como un reactor de estímulos ambientales, como plantea el Conductismo, o “como resultado de fuerzas organísticas biológicas”, como expresa el Psicoanálisis (Feijoo Portero, 2007, p. 1).

La psicología cognitiva se caracteriza por considerar factores internos en el fenómeno conducta, es decir, que tiene en cuenta los procesos cognitivos y la forma en cómo éstos actúan sobre representaciones mentales (Meza, 2005).

La misma, ha sido definida como “el análisis científico de las estructuras y los procesos mentales, con el propósito de comprender la conducta humana” (Mayer, 1985; citado en Meza, 2005, p. 153).

Meza (2005) en su investigación utiliza el término “mente” como sinónimo de “funcionamiento cognitivo”, por lo que resulta válido en este proyecto, llamar de ambas maneras al objeto de estudio de la Psicología Cognitiva.

Con respecto al término “mente” o “cognición”, Neisser (1976 citado en Meza, 2005) lo conceptualiza como a “todos los procesos mediante los cuales el ingreso sensorial es transformado, reducido, elaborado, almacenado, recobrado o utilizado” (p. 153).

En consecuencia, dicho autor, expresa que la “cognición” puede ser entendida en dos sentidos: en un sentido restringido, como saber o conocimiento; y en sentido amplio, se la considera como toda transformación que sufre la información desde su ingreso por receptores, hasta su salida como respuesta.

A continuación, se detallan características propias de la Psicología Cognitiva, planteadas por Riviere (1987, citado en Meza, 2005):

- El surgimiento de la misma supuso una redefinición de concepto conducta, ya que no se usa para referirse a cambios observables en el organismo, sino que implica el interjuego de los planos afectivo-emocional, ejecutivo, social, biológico y cognitivo, que están integrados al realizar una actividad.
- Se caracteriza por ser breve y reciente, porque comienza a configurarse con nitidez a finales de los 50 a constituirse en prevalencia hacia el 60.
- Gracias a ella, se produce un resurgimiento de temas de la Psicología clásica, que habían sido erradicados a raíz de la prevalencia de la psicología conductista, como ser el retorno de los procesos mentales.
- Se la considera una corriente centralista, ya que manifiesta interés por todo acontecimiento que ocurre en el interior del organismo, es decir, la mente.
- Es holística y molar, porque considera a toda la actividad humana, ya que muchos fenómenos cognitivos no son posibles comprenderlos de no considerarse como aspectos afectivos, cognitivos, ejecutivos, sociales y biológicos. Sólo en la Psicología Cognitiva, estos aspectos se asumen como variables independientes.
- Es intencionista y propositiva, puesto que asume que toda conducta responde a ciertos criterios o intenciones.
- Asume el presupuesto mentalista, al considerar que la actividad humana no puede ser explicada científicamente sin recurrir a constructos mentales.
- Se considera funcionalista, expresando la idea que la mente es un estado funcional del cerebro.
- Asume el presupuesto computacional, ya que describe los fenómenos mentales con fines explicativos y se los considera como procesos de cómputo, y por otro lado, plantea a la mente como un sistema que procesa símbolos con intención de interactuar con el mundo externo.
- Es restrictiva: ya que afirma que “la capacidad de información de la mente está sometida a restricciones estructurales resultando ser un sistema de capacidad

limitada” (p. 155).

Por otro lado, la Psicología Cognitiva, como área de investigación, se refiere a:

Todos aquellos esfuerzos orientados a la investigación de las estructuras y procesos implicados en la adquisición, recuperación y uso del conocimiento y en general en las estructuras y procesos ligados a la recepción, extracción, almacenamiento, búsqueda y recuperación de información (Meza, 2005, p. 156).

Con el término “estructuras” y “procesos”, se hace referencia a los eventos cognitivos, los cuales se pueden categorizar de la siguiente forma, según Meza (2005):

Por un lado, se encuentran los procesos cognitivos básicos, cuya función es recepcionar, registrar y almacenar información. Éstos se encuentran presente tanto en el hombre como en los animales, y están compuestos por la atención, la percepción y la memoria.

Por otro lado, los procesos cognitivos superiores, que permiten un manejo simbólico de la información y resolución de problemas, los mismos son características de los seres humanos. Compuestos por el lenguaje y el pensamiento.

También, dicho autor, denomina a las funciones cognitivas como aquella función que permite la adaptación mediante el uso de recursos algorítmicos o heurísticos, expresándose en la inteligencia y creatividad.

Por último, se encuentran los procesos cognitivos complejos, que permiten el cambio en los desempeños cognitivos, tanto en el desarrollo como en el aprendizaje cognitivo.

De esta manera, según el autor citado previamente, la Psicología Cognitiva explica el funcionamiento del cerebro de la siguiente forma:

Cada una de las personas está rodeada por una gran cantidad de cambios ambientales, denominados estímulos, que están pugnando por ser atendidos y procesados.

Estos estímulos inciden en los registros sensoriales y son almacenados en la memoria sensorial, que funciona como una especie de retén en la cual queda la huella del estímulo por unos segundos, y de esta manera le da tiempo a otros procesos cognitivos para que intervengan en el tratamiento de la información, dejando que se pierda o pasándola a la memoria de corto plazo. Cabe mencionar que sólo pasan aquellos estímulos a los que se han atendido.

Plantea que la atención está involucrada en la selección de la información, pero también en otras tareas y depende a su vez de un proceso de control llamado “control ejecutivo”. Los estímulos atendidos pasan a una memoria transitoria llamada memoria de corto plazo, en la que la información permanece unos segundos para luego pasar a una memoria permanente llamada memoria de largo plazo. Esta memoria resulta de gran importancia en el sistema cognitivo, porque es la base del conocimiento y central para el funcionamiento de sistema cognitivo.

La percepción es concebida como un “proceso de extracción e interpretación de información, que opera mediante la aplicación de patrones que permiten el reconocimiento. Esos patrones están almacenados en la memoria de largo plazo” (p. 157).

El pensamiento es considerado como un proceso cognitivo superior que se manifiesta en cuatro circunstancias muy específicas: cuando se forman conceptos, en la resolución de problemas, cuando se utiliza el razonamiento y cuando se toman decisiones.

Por último, el lenguaje, según el autor anteriormente citado, debe ser entendido como “una capacidad biológica que hace posible el manejo de símbolos con propósitos de comunicación” (p. 157).

El enfoque de la Psicología Cognitiva resulta adecuado para orientar la intervención psicopedagógica en los adultos mayores, porque explica la actividad cerebral y los componentes necesarios para un funcionamiento normal.

A continuación, se detallan en el capítulo siguiente, conceptos que hacen y caracterizan al adulto mayor, quien resulta ser el principal beneficiario en este proyecto.

CAPÍTULO 3: “Adulto mayor”.

3.1. Envejecimiento.

Según la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos de los adultos mayores (2015), el envejecimiento es “un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de la vida” (art.2), y de acuerdo a la OMS, es “un proceso fisiológico que ocasiona cambios – positivos, negativos o neutros - característicos de la especie durante el ciclo de la vida” (Sevilla & Ortega, 2011, p. 2).

De acuerdo a estas definiciones se desprende que el envejecimiento es un proceso normal que no solo concierne al adulto mayor, entendiendo al mismo como toda aquella persona que tenga 60 años o más, sino al individuo en todas las épocas de su vida y que, aunque se acentúa en los últimos años, comienza en el momento del nacimiento.

Este proceso no es uniforme, sino que se caracteriza por la diversidad. Si bien todos llegamos a ser viejos, “cada persona envejece de modo diferente por las características físicas y fisiológicas, por su estructura de personalidad e historia de vida, y por el contexto socioeconómico en el que se desarrolla” (Larrinaga, 1999 citado en Barrera, Binotti, Donolo & Spina, 2009, p. 120), es decir, la manera de cómo se envejece y la calidad de vida en la vejez está condicionada por los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales disponibles, que se han ido acumulando durante el ciclo vital, en ellos, a su vez, intervienen diferentes factores, entre los más significativos se encuentran: la herencia genética, el estado de salud, el status socio-económico, las influencias sociales, la educación, la ocupación laboral desempeñada, las diferencias generacionales y la personalidad (Aguirre, Martínez & Mitchell, 2013).

3.2. Vejez

En cuanto al concepto de vejez, resulta importante primero destacar que desde la Psicología Evolutiva se ha establecido el concepto de Ciclo de vida o Ciclo vital, cuyo concepto implica una segmentación de la vida en fases sucesivas, en la cual la vejez se presenta como una etapa más de dicho ciclo (Daza, 2011).

Por otra parte, si se busca en el diccionario la palabra “vejez”, se puede observar que

se utiliza para referirse a la última etapa de la vida del hombre, es decir, solo a una más dentro de tantas que conforman el proceso de desarrollo vital (Diccionario Enciclopédico Universal Aula, 1994).

Entonces, de acuerdo a estas definiciones, se puede decir que la vejez no es más que el estadio final del ciclo vital normal y como parte del proceso mismo del envejecimiento.

Sin embargo, de por sí denota una mayor diferenciación y distancia del resto de la sociedad que la observada en otros estadios, cosa que no ocurre en la niñez o la juventud (Moraga, 1991), ya que a cierta edad se llega a un estado biológico, psicológico y social irreversible, que varía según lugares, épocas e incluso individuos (Aguirre, Martínez & Mitchell, 2013), en la cual las personas poseen menos control de lo que le ocurre que en otras etapas del desarrollo, y en la cual afrontan una serie de eventos, que pueden verse como positivos o negativos, dependiendo de muchos factores (Gerrini, 2010).

Como plantean Bursztyn & Viale (2007), se piensa a la vejez como un tiempo particular en el que se genera una percepción diferente del cuerpo, la temporalidad y la identidad. Lo más importante, es resaltar que el adulto mayor va a vivir la vejez de acuerdo a como reciba los efectos del envejecimiento, es decir, dependiendo de cómo se adapte a los cambios sufridos.

Según Salvarezza (2002, p. 68), en el proceso de envejecimiento los distintos factores, "deben ser observados en la totalidad de su interacción y en las resultantes, entendiendo por esto último el envejecimiento individual".

En cuando a las generalizaciones, expresa que "es necesario que tengamos presente que sólo sirven como telón de fondo de un escenario donde se desarrolla la verdadera escena: nuestro propio envejecimiento" (p. 69):

3.3. Cambios psicológicos

Para poder responder a los cambios que se dan en la vejez, Salvarezza (2002), en su libro recurre a lo planteado por Ajuriaguerra, quien expresa que "cada uno envejece de acuerdo a cómo ha vivido". Sin embargo, esta explicación no resulta suficiente para "entender cómo se ha vivido y qué es lo que determina los cambios de dirección en el ciclo vital" (p.60).

Es por ello que recurre al Psicoanálisis, quien siempre privilegió un encuadre histórico individual, en el cual, "la historia es una explicación del presente adulto por el pasado infantil" (p. 61).

Es así, que plantea que para comprender la "operatividad" del concepto anterior, es necesario recurrir a la "formulación de las series complementarias" planteadas por Freud en 1916. Las series complementarias son tres series que actúan de acuerdo a la resultante de su interacción.

La primera de ellas, está constituida por factores hereditarios y congénitos, denominada "componente constitucional".

La segunda serie está constituida por las experiencias infantiles, que resultan fundamentalmente importantes, ya que ocurren en los primeros momentos de la formación de la persona.

Por último, la tercera serie la componen los factores actuales o desencadenantes," éstos actúan sobre la disposición, es decir, sobre el resultado de la interacción de la primera con la segunda serie"(p. 61).

Es así, que Salvarezza (2002) utiliza estos conceptos para comprender que a partir del resultado de esta interacción es posible explicar el desarrollo psicológico de los seres humanos, sobre todo comprender que las particularidades de cada proceso de envejecimiento es resultante de la estructura de personalidad de cada uno, es decir, la suma entre lo constitucional y lo disposicional, y por la acción de los factores actuales que inciden sobre ella.

Si bien dicho autor, sostiene que cada cultura produce su propio envejecimiento, "dentro de cada una de ellas cada viejo es el producto de sus propias series complementarias" (p. 62).

3.4. Cambios Biológicos.

Según estudios realizados, el conjunto de aptitudes corporales se sitúan alrededor de los 30 años, luego de esa edad es cuando comienza un deterioro progresivo fisiológico (Salvarezza, 2002).

Es así, que en la vejez, el envejecimiento se ve reflejado a través del aspecto general, la silueta se pone pesada, la piel se arruga, las venas sobresalen, los cabellos encanecen

y se hacen escasos. A esto se le suman las alteraciones autoperceptibles de las funciones auditivas y oculares, la presencia de fatiga muscular y cambios en la velocidad de respuesta adaptativa a ciertos estímulos.

Sin embargo, plantea que todas estas modificaciones, "tendrán repercusiones personales y serán vividas de manera totalmente distinta por los individuos que las padecen y que dependerá de la personalidad previa de cada uno y del rol socioeconómico que desempeñe", por lo que resulta sumamente difícil la pretensión de establecer generalidades acerca del envejecimiento, ya que como recientemente se dijo, las combinaciones de profesiones, personalidades y roles sociales son diversas (p. 63).

Por último, expresa que estas modificaciones, ya sean biológicas, fisiológicas o patológicas, "entran a formar parte de las series complementarias como el factor actual o desencadenante que, al obrar sobre los factores constitucionales y disposicionales, determinará el tipo de envejecimiento de cada persona" (p. 63).

3.5. Cambios cognitivos.

Según Craig (2001), los cambios cognitivos en la edad avanzada se producen en la rapidez, en el desempeño, en la memoria y en la adquisición de conocimientos.

Con respecto a la rapidez, el mismo autor expresa que los ancianos muestran mayor lentitud en los tiempos de reacción, en los procesos perceptuales y en los procesos cognoscitivos en general. Si bien estas consecuencias se atribuyen mayoritariamente al envejecimiento, en parte puede deberse a que los adultos mayores dan a la exactitud mayor importancia, es así que cuando realizan alguna actividad, tratan de realizarla sin errores y correctamente, sin embargo, los errores que pueden llegar a cometer, pueden deberse a que no se encuentren familiarizados con algunas actividades en las situaciones de prueba.

Por otra parte, en relación a la memoria, plantea que los ancianos pueden captar y mantener información ligeramente menos tiempo que los jóvenes. En promedio tienen un alcance perceptual un poco más corto, sobre todo cuando ocurren dos cosas al mismo tiempo, sin embargo, esta insuficiencia no afecta en la vida diaria, ya que se puede compensar observando o escuchando algo más tiempo.

Aunque la memoria de corto plazo cambia poco, hay claras diferencias en el caso de la memoria de largo plazo, por lo que los ancianos frente a esta dificultad tienden a ser

más selectivos con lo que retienen. Por otro lado, en cuando a la memoria terciaria o memoria de hechos muy remotos, parece relativamente intacta en el anciano.

Por último, expresa que la sabiduría aumenta con la edad y que existen dos razones que pueden dar una explicación al porqué. En primer lugar, se necesitan largos años de experiencia en varias circunstancias de la vida para comprender con plenitud los factores que mejoran la sabiduría y trabajarlos, y esto se comprende con la edad. En segundo lugar, plantea que al envejecer se pueden adquirir atributos que favorecen la obtención de la sabiduría, estos atributos corresponden al crecimiento cognoscitivo y de la personalidad. Y para concluir plantea que la sabiduría se trata de un proceso irreversible.

3.6. Cambios sociales.

Salvarezza, en cuanto a los cambios sociales en la vejez, expone que se tiende a ver a los viejos como diferentes, a no considerarlos seres humanos con iguales derechos y muchas veces, en nuestra sociedad son discriminados por su edad. Esto se llama "Viejismo", y su definición alude a los prejuicios y discriminación consecuente que se lleva a cabo contra los viejos (p. 64).

Si bien son prejuicios, muchas de estas manifestaciones son inconscientes o no registradas como tales por sus portadores, ya que como dice dicho autor, forman parte de "nuestra manera de ser" (p. 64).

Es así, que las víctimas del viejismo se consideran desde el punto de vista social como personas enfermas, deprimidas, seniles, pasadas de moda, asexuadas, etc. esto lleva a los jóvenes a ver a los viejos como diferentes, y a no poder identificarse con ellos, y como resultado se tiende a ver a la vejez como algo lejano, que no nos pertenece, y por lo tanto, esto impide prepararse para enfrentar el propio envejecimiento, ya que el viejo siempre es el otro y no se comprende que "el otro somos nosotros mismos más adelante" (p. 64).

Por otro lado, plantea que este distanciamiento social está conectado con la falta de oportunidades que brinda la sociedad a los viejos para que puedan seguir ejerciendo sus roles sociales con un buen grado de compromiso, es decir, hay escaso interés por las contribuciones de los viejos a la sociedad.

3.7. Envejecimiento saludable.

El adulto mayor debe reconfigurar la percepción acerca de si mismo, debe reconfigurar por lo tanto, la propia representación de su condición como sujeto aprendiente. Es decir, aceptar y elaborar también los cambios que vayan ocurriendo o sucediéndose en su proceso de aprendizaje.

Esto implica adaptarse a la disminución de su rendimiento físico, poder encontrar medios en el presente para recomponer su autoestima, contar con un proyecto diario, ser responsable de su salud y ser capaz de autocuidarse y poder conectarse con el medio de lo rodea, es decir, plantearse un envejecimiento saludable (Zarebski, 1999).

Entendiendo al envejecimiento saludable como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones (Convención interamericana sobre la protección de los derechos de los adultos mayores, 2015).

3.8. Envejecimiento poblacional en Argentina.

De acuerdo al Censo realizado por el INDEC en 2010, se plantea que hace años en Argentina por razones culturales viene disminuyendo la tasa de natalidad, por lo que la edad media del total de la población es aproximadamente de 29 años, convirtiéndose Argentina en el tercer país más envejecido de la región (Franco, 2011).

Es así, que la esperanza de vida en Argentina aumentó un promedio de 3 años, considerado esperable para los países más desarrollados, según un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud, presentado en Ginebra, Suiza, en el que se recopilaron datos mundiales correspondientes al periodo comprendido entre 1990 y 2012. (Abud, 2016).

Estos informes mundiales comparativos, que siempre son buenos y estimulantes, se relacionan con el desarrollo del país, la calidad de vida de las personas, las mejoras en el servicio de salud y en las estrategias de prevención de enfermedades llevadas a cabo por los ministerios, no sólo en vacunas, sino también en la promoción de los hábitos

saludables (Abud, 2016).

Según el actual viceministro de Salud de la Nación, Jaime Lazovski, el mayor impacto en el aumento se dio por la reducción en la mortalidad infantil, el descenso en los accidentes y en las muertes por lesiones, la posibilidad de acceso a los tratamientos contra el cáncer y las enfermedades infecciosas, las altas coberturas en vacunación y la prevención de la diarrea en niños (2016, citado en Abud, 2016).

Por otra parte, Franco (2011) plantea que de seguir esta tendencia, los especialistas estiman que para el 2050, 1 de cada 5 argentinos tendría más de 64 años de edad.

Expresa que la proporción de adultos mayores de más de 65 años, ya supera el 10,2% a nivel total del país, siendo la capital la que concentra más adultos mayores, con un 16,2%.

A pesar que ya se contabilizaban 3.500 personas que tienen más de 100 años, la autora plantea que el país no está tan desarrollado en este mercado potencial con servicios específicos para la tercera edad.

Las provincias Buenos Aires, Santa Fe, La Pampa, Córdoba, Entre Ríos y Mendoza, superan en población adulta a todo el país, mientras que en Tierra del Fuego, Misiones y Santa Cruz, son las que tienen menos proporción de adultos mayores.

Por otra parte, se observa que la Argentina no alcanza la tasa de reposición poblacional de 2,1% anual, de modo que si no cambia, es probable que siempre exista la misma población.

Como se puede apreciar en párrafos anteriores, el adulto mayor sufre diversos cambios en la vejez, entre ellos, a nivel cognitivo. En este sentido, estos cambios se van tratar en el próximo capítulo, ya que resulta ser una variable importante para este trabajo final.

CAPÍTULO 4: “Envejecimiento cognitivo”.

4.1. Funciones cognitivas.

Las funciones cognitivas se definen como toda actividad mental que ocurre en el individuo, que le posibilita llevar a cabo cualquier tarea. A través de estos procesos, la persona capta, almacena, analiza y organiza información del mundo externo e interno, transformándola en conocimiento, lo cual le permite relacionarse con el medio que lo rodea y adaptarse al mismo, desarrollando estrategias, planificando el futuro y a su vez, evaluar consecuencias.

Dentro de las funciones cognitivas se aprecian diversos procesos, como ser: funciones ejecutivas, praxias, gnosias, lenguaje, memoria, atención, cognición (pensamiento), orientación témporo-espacial, percepción y razonamiento.

A continuación se detalla cada una de ellas:

Funciones ejecutivas: entendidas como “los procesos que asocian ideas, movimientos y acciones simples y los orienta a la resolución de conductas complejas” (Shallice, 1982, citado en Muñoz-Céspedes, Pelegrín-Valero & Tirapu-Ustarroz, 2002, p. 673).

Atención: “es la capacidad de poder darse cuenta de un estímulo” (Puig, 2012, p. 8).

Orientación témporo-espacial: “es la posibilidad de ubicar una situación en un tiempo y espacio determinado” (Puig, 2012, p. 13).

Memoria: “es la facultad o capacidad de registrar la información, fijarla y restituirla: es el ingrediente esencial de los procesos cognitivos” (Acuña & Risiga, 1997, p. 21).

Concentración: “capacidad de fijar la atención en el tiempo” (Acuña & Risiga, 1997, p. 28).

Cognición: “es la integración y organización de las funciones cognitivas” (Acuña & Risiga, 1997, p. 28).

Razonamiento: “es la capacidad de reconocer similitudes y deducir principios o reglas” (Acuña & Risiga, 1997, p. 29).

Percepción: es la capacidad por la cual “se reconocen los estímulos del medio ambiente y se realiza a través de los cinco sentidos”, ellos permiten detectar lo que sucede en el entorno (Puig, 2012, p. 8).

Lenguaje: es “la capacidad biológica que hace posible el manejo de símbolos con propósitos de comunicación” (Meza, 2005, p. 157).

Gnosias: Entendida como la capacidad de reconocer sensoperceptivamente un hecho que es externo al individuo (Geromini, 2000).

Praxias: es “el sistema de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención” (Soprano & Tallis, 1991, p. 2).

4.2. Funciones cognitivas en el adulto mayor.

Actualmente, se intenta descifrar qué procesos cognitivos se ven afectados en la última etapa de la vida y porqué se producen diversos cambios. Se entiende que las funciones cognitivas cambian con la edad y que el envejecimiento cognitivo no es un fenómeno homogéneo, dado que el comienzo de los posibles decrementos, la amplitud de los mismos y sus manifestaciones son muy diversas y dependen de cada persona en particular (Madrigal, 2007). Si bien algunos individuos envejecen exitosamente, es decir, muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud, la mayoría sufre una disminución de sus esferas cognitivas que deterioran su funcionamiento (Varela, Chávez, Gálvez & Méndez, 2004).

Ballesteros (2004, p. 31) expresa que teniendo en cuenta que la recepción de la información depende de los sentidos y que el procesamiento de la misma tiene soporte en el sistema nervioso central, concluye que “durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo”. Es decir, el adulto mayor “tarda más en responder a la información que recibe”, sobre todo cuando las tareas que recibe le demandan muchos recursos atencionales.

Sin embargo, plantea que tras un examen realizado de los distintos tipos de aprendizaje, se pone de relieve que las personas mayores si bien requieren un mayor número de ensayos de aprendizaje y un mayor tiempo de ejecución en comparación con los jóvenes, presentan una amplia capacidad de aprendizaje.

Por otro lado, Viguera (2007) destaca la presencia de una mayor lentitud, menor flexibilidad, pérdida de la capacidad de atención y concentración, pérdida de la memoria

y por consecuencia, dificultades para incorporar conocimientos nuevos. Expresa que en la tercera edad disminuye la agilidad pero no las habilidades. La autora sostiene que la capacidad de aprendizaje de los adultos mayores es distinta a lo de los jóvenes. Éstos pueden seguir aprendiendo en forma diferente, con otro ritmo y con otros recursos educativos.

Por último, Ballesteros (2004) sugiere que hay funciones intelectuales que declinan con la edad como ser la inteligencia fluida, y otras que se mantienen a lo largo de la vida, e incluso, existen formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez, como ser, la inteligencia cristalizada.

Con el término inteligencia fluida, la autora hace referencia a “la velocidad perceptiva, la fluidez verbal, el razonamiento o la aptitud espacial, ésta se desarrolla exponencialmente en las primeras etapas de la vida para declinar muy tempranamente a partir de los 30 años” (p. 32).

En cuanto a la inteligencia cristalizada, ésta “abarca aptitudes de información, comprensión, vocabulario, etc. Una vez alcanzada cierta meseta, se mantiene constante o, incluso, puede ser incrementada hasta edades avanzadas de la vida” (p. 32).

Por otro lado, Urbano & Yuni (2005), plantean que no hay un patrón uniforme de envejecimiento cognitivo. Las modalidades personales de envejecer, la bibliografía educativa, los eventos y transiciones vitales, las oportunidades, estímulos y demandas contextuales y los cambios en las capacidades de base biológica, constituyen un conjunto interactivo de factores que generan diferencias significativas en las capacidades y habilidades intelectuales de las personas mayores.

Siguiendo a los autores anteriormente citados, los mismos expresan que existen diversos estudios que muestran que habría diferentes patrones de envejecimiento cognitivo, entre ellos se encuentran:

- *Decremento irreversible*: Hay una pérdida significativa de funciones intelectuales que no pueden ser revertidos y para los cuales no existen mecanismos compensatorios. Generalmente se asocian estos decrementos con el envejecimiento biológico avanzado, con patologías o accidentes cerebrales que instalan lesiones o daños que afectan la base neurobiológica de la cual depende el uso de algunas o todas las capacidades cognitivas.

- *Decremento con compensación:* Es una forma de declinación, que produce cambios intelectuales en los cuales pueden ser empleados mecanismos compensatorios para mantener un adecuado nivel de funcionamiento, aunque el déficit en sí mismo no siempre sea factible revertirlo. Este sería el caso de ciertos trastornos asociados a patologías o lesiones derivadas de accidentes cerebro-vasculares.
- *Desuso:* Una tercera forma de declinación del rendimiento intelectual está asociada con el desuso o falta de ejercitación. Los cambios negativos pueden ocurrir como resultantes de que el individuo tenga pocas oportunidades o no necesite ejercitar destrezas particulares o un cuerpo de conocimiento. Este tipo de declinación se registra a lo largo de toda la adultez, aunque se profundiza en la vejez, posiblemente por factores tales como la disminución de obligaciones del tiempo, la falta de oportunidades para utilizar la escritura y el cálculo matemático en forma cotidiana.
- *Incremento continuo:* Varios estudios muestran que ocurren modestos incrementos en el rendimiento intelectual en la mediana edad para un cierto número de habilidades. Aquellas habilidades más relacionadas con las tareas y responsabilidades de la vida cotidiana podrían ser las que continúan aumentando (Willis, 1990), al igual que la memoria semántica y algunas habilidades vinculadas a la memoria de largo plazo.

Dichos autores expresan que teniendo en cuenta los patrones de cambio intelectual, es posible determinar el tipo de intervenciones que pueden realizarse tanto a nivel individual como grupal.

De esta manera, Urbano & Yuni, (2005) expresan que las metas de las intervenciones posibles, dependiendo del tipo de cambio intelectual, serían las siguientes;

- *Decremento y pérdidas irreversibles:*

- Conservar las capacidades que aún se mantienen.

- Fortalecer el reconocimiento y la valoración de las capacidades conservadas por parte del adulto mayor.

- *Pérdidas con posibilidad de compensación:*

- Rehabilitar funciones dañadas.

- Explorar nuevas capacidades.

- Fortalecer otras capacidades, funciones y estructuradas.

- Colaborar en el establecimiento de nuevas metas vitales y ajustarlas a expectativas personales.

- Compensar la declinación de algunas funciones con la ejercitación y el desarrollo de otras.

- Promover la multiestimulación.

- *Pérdidas por desuso:*

- Prevenir mediante la práctica y la ejercitación el uso de las capacidades y habilidades intelectuales.

- Promover la metacognición y la evaluación estratégica del uso de las capacidades.

- Conservar capacidades intelectuales en un nivel deseable de funcionamiento.

- Estimular el uso de las capacidades intelectuales promoviendo nuevos intereses y actividades.

- *Incremento de capacidades:*

- Estimular para generar la mejora en ciertas capacidades y habilidades intelectuales.

- Proponer actividades desafiantes e innovadoras tanto en lo relativo a los contenidos como a las metodologías.

- Promover la investigación y el aprendizaje cooperativo.

- Proponer actividades que permitan a los adultos mayores explorar capacidades cognitivas que habitualmente no utilizan.

De esta manera, se puede apreciar que una de las formas de dar respuesta al envejecimiento cognitivo es una intervención psicopedagógica, la cual se detalla y se caracteriza a continuación.

CAPÍTULO 5: “Intervención Psicopedagógica”.

A raíz de la problemática que ocurre en el individuo cuando transita la vejez, es decir, sus funciones cognitivas se enlentecen producto del propio envejecimiento, resulta pertinente destacar que una intervención psicopedagógica ayudaría a optimizar y compensar dicha problemática, ya que el Psicopedagogo es un profesional con una formación que le permite actuar en diversos campos.

La intervención psicopedagógica, según López, Ramírez Nieto & Ramírez Palacio (2006, p. 215) se refiere a un “conjunto de conocimientos, metodologías y principios teóricos que posibilitan la ejecución de acciones preventivas, correctivas o de apoyo, desde múltiples modelos, áreas y principios, dirigiéndose a diversos contextos”.

Dicha intervención la plantean como un conjunto de actividades que contribuyen a dar solución a determinados problemas, prevenir la aparición de otro, colaborar con las instituciones y la sociedad en general.

Según los autores citados previamente, es entendida como un proceso integrador e integral, que implica la necesidad de identificar las acciones posibles según los objetivos y contextos a los cuales se dirige.

5.1. Principios en la Acción Psicopedagógica.

López, Ramírez Nieto & Ramírez Palacio (2006), plantean que diversos autores han aportado una propuesta de principios en la acción psicopedagógica, los mismos son los siguientes:

- *Principio de prevención*

Concibe a la intervención como un proceso que ha de anticiparse a situaciones que pueden entorpecer el desarrollo integral de las personas. Se busca impedir que un problema se presente, o prepararse para contrarrestar sus efectos en caso de presentarse. Se plantea que la intervención preventiva se ejecuta de manera grupal, y con quienes no presenten desajustes significativos, aunque no es excluyente a la población de riesgo. La prevención busca reducir el número de casos de la población que pueda verse afectado por un fenómeno, ya sea de tipo personal o contextual, de tal manera que si no se logra

una modificación de las condiciones del contexto, pueda ofrecerse una serie de competencias para desenvolverse de manera adaptativa, a pesar de las condiciones nocivas.

- *Principio de desarrollo*

Desde una perspectiva de desarrollo se postula que la meta de toda intervención consiste en incrementar y activar el desarrollo de potencia de la persona, mediante acciones que contribuyan a la estructuración de su personalidad, acrecentar capacidades, habilidades y motivaciones, a partir de dos posiciones teóricas no divergentes pero si diferenciales: el enfoque madurativo y el enfoque cognitivo: el primero postula la existencia de una serie de etapas sucesivas en el proceso vital de toda persona, que van unidas a la edad cronológicas, y por lo tanto con fuerte dependencia del componente biológico, el segundo concede gran importancia a la experiencia y a la educación como promotoras del desarrollo, el cual es definido como el producto de una construcción, es decir, una consecuencia de la interacción del individuo con su entorno, que permite un progreso organizado y jerárquico.

- *Principio de acción social*

Definido como la posibilidad de que el sujeto haga un reconocimiento de variables contextuales y de esta manera hacer uso de competencias adquiridas en la intervención, para adaptarse y hacer frente a éstas en su constante transformación

5.2. Tipos de intervenciones.

Por otra parte, es importante destacar que existen distintos tipos de intervenciones, Peña & Casanova (1999) plantean las siguientes:

- *Intervención estructurada*

Esta son actividades organizadas y escogidas específicamente con objetivos determinados.

- *Intervenciones informales*

Son aquellas actividades recreativas, ocupacionales de la vida diaria, etc. En definitiva, son actuaciones que en mayor o menor medida implican un entrenamiento cognitivo, aun no siendo éste su objetivo fundamental.

- *Intervenciones mixtas*

Como su propio nombre lo indica, implican una combinación de las intervenciones descriptas con anterioridad.

5.3. Indicadores para realizar una intervención.

Si bien una intervención psicopedagógica depende del contexto a quien va dirigido, Urbano & Yuni (2005), plantean una serie de indicaciones para quienes realicen dicha intervención. Los responsables de realizar la intervención, son responsables de:

- Detectar cuáles son las capacidades y habilidades intelectuales que las personas mayores utilizan para mantenerse integrados a su entorno.
- Proveer oportunidades ambientales que permitan la utilización de las capacidades que cada persona conserva.
- Proponer actividades estimulantes y novedosas que permitan a la persona mayor descubrir nuevas potencialidades y capacidades no conocidas.
- Ayudar a las personas mayores a descubrir estrategias, actividades y capacidades personales que les permitan compensar los déficits, pérdidas y transformaciones de sus competencias, habilidades y funciones.
- Analizar si el estado emocional de los ancianos favorece o dificulta la utilización de sus capacidades intelectuales.
- Brindar apoyo para que los adultos mayores puedan optimizar el funcionamiento de aquellas áreas a través de las cuales sostienen su equilibrio e integridad personal.
- Revalorizar en el contexto grupal las diferencias individuales tanto en relación con el uso de las habilidades intelectuales, como a la puesta en juego de diferentes capacidades cognitivas.

Lo que se pretende lograr con una intervención psicopedagógica, es realizar estimulación cognitiva a los adultos mayores, ya que como se menciona anteriormente, es una forma de dar respuesta al envejecimiento cognitivo. Seguidamente, se explica el concepto de estimulación cognitiva.

CAPÍTULO 6: “Estimulación cognitiva”.

Iñiguez & Martínez (2004, citado en Jiménez, Ramírez & Salazar, 2010), definen a la estimulación cognitiva como “el conjunto de actividades y estrategias dirigidas a potenciar la neuroplasticidad, estimulando fundamentalmente las funciones, capacidades, destrezas y habilidades cognitivas aún preservadas”. Consiste en “mantener las habilidades intelectuales conservadas el máximo de tiempo posible” (Puig, 2001, citado en Madrigal, 2011, p. 9).

Por otro lado, “permite mejorar el funcionamiento cognitivo y disminuir la dependencia del adulto mayor” (Sarrion, 2010, citado en Ramírez, Villada González & Klimenko, 2011, p. 51), como así también mejorar su calidad de vida y se evita el riesgo de deterioro de las funciones cognitivas.

Una de las principales funciones de la estimulación cognitiva, es potenciar las capacidades que aún se conservan y no las que ya se han perdido. Es importante trabajar con las capacidades residuales de la persona, (las que aún se conservan y no las que ya ha perdido), aquellas que están en riesgo de perderse, y así, evitar la frustración del individuo (Infogerontología, 2010, citado en Ramírez, Villada González & Klimenko, 2011).

6.1. Plasticidad cerebral.

La estimulación cognitiva, se funda sobre la base de la neuroplasticidad o plasticidad cerebral, cuyo significado alude a la capacidad plástica que tiene el cerebro (González, 2016). Esto quiere decir, que cuando ocurre una lesión en el cerebro, las neuronas lesionadas pueden regenerarse y establecer nuevas conexiones (Golman, 1995, citado en Jiménez, Ramírez & Salazar, 2010).

Por lo que es posible que el cerebro se transforme y se adapte a las necesidades que se le presentan, “modificando su organización estructural y funcional en virtud a las necesidades”. (Puig, 2012, p. 7).

En los últimos años, se ha demostrado que la plasticidad cerebral ocurre durante todo el ciclo vital. En consecuencia, es oportuno afirmar que ésta puede ser dispuesta como

un recurso para afrontar los efectos adversos del envejecimiento, tanto normal como patológico, ya que la ciencia ha demostrado que también sucede en personas mayores y en personas con algún deterioro, aunque con menor intensidad, y en el último caso se mantiene la neuroplasticidad en las capacidades conservadas (González, 2016).

A través de la plasticidad cerebral, es posible optimizar el rendimiento cognitivo a través de “un mejor uso de las redes neuronales existentes, así como también se pueden generar nuevas conexiones neuronales. La clave para que esto ocurra es la estimulación cognitiva” (Puig, 2012, p. 7).

Algunos factores que favorecen la plasticidad cerebral (Calero & Navarro, 2006 citado en Puig, 2012):

- El nivel de educación.
- Llevar un estilo de vida sano, en donde se realice actividad física.
- Vivir en ambientes favorables, con baja carga de estrés.
- Ser flexible y adaptarse a los cambios.
- Mantener un contacto social constante.
- Tener amistades y participar en actividades grupales.
- Realizar actividades recreativas y divertirse.

6.2. Reserva cognitiva.

Así como es importante el concepto de neuroplasticidad en los procesos de recuperación de funciones cognitivas y preservación de las no alteradas, la noción de reserva cognitiva resulta imprescindible. Con este término, se apela a la hipótesis de la existencia de una capacidad en el individuo para hacer frente a las alteraciones del sistema nervioso ocurrido en la vejez, mediante el uso de estrategias cognitivas compensatorias y el empleo de redes neuronales alternativas (Stern, 2002, citado en Jiménez, Ramírez & Salazar, 2010).

En este caso, la estimulación activa la reserva cognitiva, lo que hace que el deterioro cognitivo se pueda enlentecer, y así se minimiza los efectos negativos sobre la vida del individuo (González, 2016).

6.3. Objetivos de la estimulación cognitiva.

La estimulación cognitiva busca alcanzar los siguientes objetivos (Puig, 2000, citado por Madrigal, 2007):

- Mantener las habilidades intelectuales conservadas el máximo de tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía.
- Crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora.
- Mejorar las relaciones interpersonales de los sujetos

6.4. Tipos de estimulación cognitiva.

Es importante destacar que no todos los programas de estimulación cognitiva son iguales, se puede distinguir entre ellos (Ginarte, 2002, citado en López-Luengo, 2001):

- *Estimulación cognitiva no dirigida o práctica:* Su objetivo es estimular y entrenar todas las capacidades cognitivas. Se basa en la idea de que el funcionamiento cognitivo puede mejorarse estimulando el sistema cognitivo en forma general. Normalmente se aplica cada vez más a personas que no sufren déficits y/o deterioros cognitivos importantes, incluso a personas que no sufren ningún tipo de deterioro.
- *Estimulación directa o dirigida:* Consiste en estimular áreas y componentes cognitivos muy determinados. Esta metodología se utiliza normalmente en contextos más terapéuticos y va destinada a poblaciones con déficits o deterioros específicos. Se fundamenta en el estudio psicológico individual y detallado de las personas que van a ser intervenidas, en un análisis detallado de sus capacidades cognitivas a través de la exploración y evaluación neuropsicológica, y posteriormente se centra en el tratamiento de aspectos particulares de las capacidades cognitivas. Normalmente se aplica a personas que sufren algún déficit y/o deterioro cognitivo importante. El paciente es sometido a ejercicios dirigidos a recuperar aspectos concretos de las capacidades cognitivas alteradas o deterioradas.

Dicha estimulación se realizará a través de un taller, concepto que se desarrolla en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 7: “El Taller”.

Canelo, Ortiz & Unger (2003), definen al taller como un espacio de construcción colectiva en la que se combina la teoría con la práctica alrededor de un tema, entendido como un lugar donde se trabaja y se elabora, y que implica una forma de enseñar y aprender a través de la realización de algo.

Careaga, Cirillo, Da Luz & Sica (2006, p. 5), plantean que es un “aprender haciendo”, donde los conocimientos se adquieren a través de la práctica concreta, es decir, desde lo vivencial, en el que predomina el aprendizaje sobre la enseñanza.

La finalidad del taller es que los participantes logren apropiarse de su propio aprendizaje como fruto de sus reflexiones y discusiones compartidas.

En el taller participan un número limitado de personas que realizan en forma colectiva un “trabajo activo, creativo, puntual y sistemático”, mediante el aporte e intercambio de experiencias que ayudan a generar soluciones y alternativas a los problemas presentados (Canelo, Ortiz & Unger, 2003, p. 33).

Careaga, Cirillo, Da Luz & Sica (2006), expresan que la modalidad de taller resulta beneficioso, ya que promueve el desarrollo de varios saberes: cognitivos, operativo y relacional.

Además, se basa en la experiencia de los participantes, experiencia integradora donde unen la educación y la vida, los procesos intelectuales y afectivos.

Por otra parte, está centrado en los problemas e intereses comunes del grupo, por lo que implica la participación activa de los mismos.

Adhieren también, que el taller permite analizar los problemas de la práctica y encontrar soluciones, ya que se focaliza en los problemas pertinentes y se adapta al aprendizaje de acuerdo a las experiencias de los participantes, respetando las diversas características del aprendizaje de adultos.

Sin embargo, plantean que el taller está limitado a pequeños grupos, ya que los grandes grupos deben ser subdivididos, requieren de un facilitador que pueda adaptarse

a este formato, ya que de lo contrario, puede derivar en exposiciones, si el experto se adapta mal al formato.

Con respecto a la duración y número de participantes, las autoras Canelo, Ortiz & Unger (2003) consideran que están sujetos a la conjugación de diferentes criterios, en especial a la necesidad de profundizar y extender el tema del taller. Sin embargo, expresan que el número apropiado de participantes, también dependen de la dinámica y de las herramientas que se deseen aplicar, por lo que concluyen que para un taller participativo, el tamaño ideal del grupo oscila entre 15 y 30 personas.

Por otra parte, las autoras Careaga, Cirillo, Da Luz & Sica (2006) aportan información acerca del papel del facilitador, el cual consiste en promover y crear condiciones técnicas, emocionales, grupales y comunicacionales, para que circule, se procese y se desarrolle el aprendizaje. Así mismo, necesita de herramientas, como ser, el saber escuchar lo que el otro necesita, poder anticiparse en el pedido, ofrecer una respuesta que pueda ser escuchada, etcétera.

Para que el facilitador pueda cumplir su función, es necesario que conozca el contexto en el que va a actuar, ya que está atravesado por elementos personales, institucionales, culturales y socio-económicos que van a determinar su desempeño.

Por otro lado, hay que tener en cuenta cómo aprenden los adultos en la participación de talleres, ya que la experiencia de vida del mismo, las configuraciones ideológicas, los prejuicios, las formas de acercarse y percibir la realidad, pueden ser facilitadores u obstaculizadores de los procesos de enseñanza. Por eso, el facilitador debe estar atento a las ansiedades y defensas que se ponen en juego en toda situación de aprendizaje, la tolerancia del adulto en la posición de ignorancia, condición indispensable para adquirir nuevos saberes.

En cuanto al papel del participante, dichas autoras expresan que la metodología del aprendizaje en pequeños grupos, permite un aprendizaje activo por parte de los integrantes, pueden actuar elaborando, interactuar con los demás, reflexionar a partir de su propia experiencia y de la experiencia de los otros.

Canelo, Ortiz & Unger (2003), consideran que la participación es el principal eje metodológico del taller, implica “ser parte de, tomar parte en, vivir el proceso, apropiarse de la información y sobre esta base tomar decisiones para transformar la realidad” (p. 23).

Siguiendo a dichas autoras, el principio básico de la participación en un taller es aprovechar el potencial de los participantes, sus conocimientos y experiencias sobre el tema, la misma debe ser “dinámica, permanente y transversal” (p. 23).

Sin embargo, para que esto sea posible, es importante que se tome en cuenta cómo está compuesto el grupo, cómo funciona, los niveles de conocimiento y la manera de recopilar y procesar la información.

Un grupo es definido por Careaga, Cirillo, Da Luz & Sica (2006, p. 4) como “un conjunto de personas ubicadas en un tiempo y espacio determinados, en base a ciertas pautas de funcionamiento consensuadas y orientadas al cumplimiento de un objetivo común”.

En cuanto a su dinámica, Canelo, Ortiz & Unger (2003) plantean que cada grupo desarrolla su propia dinámica, es decir, que cada grupo funciona de manera diferente a otro, ya que depende del tamaño del grupo, los perfiles personales y profesionales, la procedencia, la homogeneidad o heterogeneidad, la duración del taller, el lugar donde se ejecuta, el ambiente, etcétera.

Por otro lado, expresan que las personas pasan por diferentes niveles de participación a medida que avanza el taller y aumenta la confianza, por eso, plantean diferentes etapas en la conformación de un grupo, desde el momento en que se produce el encuentro. Ellas son:

- *Acercamiento inicial:* inicialmente la actitud del grupo es más bien reservada y de observación, tienen una serie de interrogantes acerca de quiénes son los demás, qué esperan de ella, qué pueden aportar, qué tanto decir, y en general existe preocupación por la aceptación y de la manera de comportarse ante el grupo.
- *Vinculación de intereses:* se la considera una etapa de conflictos, es el momento de saber si es posible tolerarse unos a otros y hacer compatibles los intereses.
- *Reconocimiento y valoración del grupo como tal:* los participantes aprenden a aceptar sus roles, privilegiando lo colectivo, ayudan a la regulación del grupo y se demuestra confianza y apoyo.
- *Desempeño colectivo:* los participantes, ya como grupo, asumen responsabilidades de las tareas, voluntariamente trabajan más tiempo previsto, se

acepta la retroalimentación mutua en la búsqueda de resultados positivos.

- *Transformación o cambio como resultado de los nuevos conocimientos y prácticos adquiridos:* el grupo logra los objetivos, y la decisión de continuidad se toma de manera voluntaria.

Por último, es importante mencionar que en el grupo, según Careaga, Cirillo, Da Luz & Sica (2006), se observan roles establecidos en función de la tarea que los convoca, como así también, ciertos papeles espontáneos que responden más específicamente a comportamientos y personalidades.

En cuanto a los roles establecido se pueden señalar los siguientes:

- *Líder:* guía y orienta al grupo en la tarea para el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- *Escribas:* aquella persona que enfatiza su accionar en tareas administrativas. Su papel es de soporte y es muy valioso para el funcionamiento del grupo.
- *Representantes del grupo:* tienen un papel reivindicativo del grupo en propuestas de organización de las tareas comunes. Tienen facilidad de energía y palabra.
- *Miembros activos:* son la mayoría de los integrantes del grupo que asumen diferentes tareas en función de sus aptitudes.

En cuanto a los roles espontáneos, dichos autores expresan que, resultan interesantes ya que muestran la personalidad de cada participante, los más frecuentes son:

- *Líder espontáneo:* Establece un equilibrio entre los puntos fuertes y débiles del grupo, controla y coordina los recursos, habilidades y conocimientos del grupo.
- *Agitador:* Buen conductor hacia los objetivos y mantiene en movimiento al grupo, sin embargo, es muy competitivo, intolerante e impulsivo.
- *Desafiante:* Se opone de manera sistemática a todo, pero genera gran cantidad de ideas.
- *Controlador:* Gracias a su papel de observador logra una visión desapasionada del grupo. Tiene un espíritu crítico bueno y detecta posibles deficiencias.

- *Escudriñador*: Vigila los detalles, es perfeccionista y detecta cualquier error mínimo. Tiene una gran autodisciplina pero se queda atrapado en los detalles.
- *Trabajador en equipo*: Presenta habilidad para escuchar y empatía, aunque depende excesivamente de los demás.

Riviere destaca cuatro roles que se pueden considerar prototípicos que se dan en los grupos (Citado en Careaga, Cirillo, Da Luz & Sica, 2006):

- *Portavoz*: anuncia el acontecer grupal.
- *Chivo expiatorio*: es al que se le depositan todos los aspectos negativos.
- *Líder*: es al que se le depositan los aspectos positivos.
- *Saboteador*: asume el liderazgo de la resistencia al cambio.

De esta manera, se puede apreciar que los roles no son fijos, sino que son rotativos y funcionales a la tarea que convoca al grupo.

A continuación, se explicita el objetivo a largo plazo de este taller, el de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

CAPÍTULO 8: “Calidad de vida”.

A través de la estimulación cognitiva, lo que se pretende es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores internados en el Geriátrico.

Entendiendo a la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (OMS, 1994, citado en Mejía & Pico Merchan, 2007, p. 16).

Se plantea como un concepto “extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno” (Mejía & Pico Merchán, 2007, p. 16).

Por otro lado, según Palomba (2002, p. 3), este concepto representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo”.

Dicha autora plantea que a calidad de vida contiene dos dimensiones principales:

- I. una evaluación del nivel de vida basada en indicadores objetivos,
- II. la percepción individual.

Es decir, la calidad de vida, posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos.

Con aspectos subjetivos, Ardila (2003) hace referencia a la intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida. Plantea que para tener calidad de vida es necesario sentirse sano, productivo, seguro, y ser capaz de expresar las propias emociones y compartir la intimidad.

Con aspectos objetivos se refiere al bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente, las relaciones armónicas con la comunidad y la salud objetivamente considerada.

Como se puede observar, dicho autor separa la salud percibida y salud objetiva, ya que como expresa el mismo, “podemos sentirnos saludables y no estarlo, o estarlo

(salud objetiva) y no sentirnos saludables” (p. 163).

Por otro lado, Palomba (2002) destaca que dentro del término calidad de vida, influyen factores materiales, ambientales, de relacionamiento, la política gubernamental y el bienestar subjetivo.

Por último, los autores Schalock & Verdugo (2002, p. 34), plantean dimensiones e indicadores de calidad, los cuales proporcionan una base conceptual y personal de la calidad de vida, que pueden ser utilizados para evaluar la misma y se detallan a continuación:

DIMENSIONES	INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA
Bienestar emocional	Alegría, autoconcepto, ausencia de estrés.
Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones de amistad, apoyos.
Bienestar material	Estado financiero, empleo, vivienda.
Desarrollo personal	Educación, competencia personal, realización.
Bienestar físico	Atención sanitaria, estado de salud, actividades de vida diaria, ocio.
Autodeterminación	Autonomía/control personal, metas y valores personales, elecciones.
Inclusión social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales.
Derechos	Legales y humanos (dignidad y respeto).

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN A REALIZAR: TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA.

1. Justificación.

Este proyecto, asume una perspectiva de proceso a largo plazo, en el que se pretende ayudar a que los adultos mayores que viven en el Geriátrico “Dr. Domingo Cúneo”, puedan tener un mejor rendimiento de sus capacidades cognoscitivas.

Por esta razón, la implementación de un taller de estimulación cognitiva resulta conveniente, ya que puede llegar a ser un apoyo exitoso para los mismos.

A través de este taller se pretende fortalecer las funciones cognitivas, que producto del envejecimiento se encuentran afectadas, enlentecer el deterioro de aquellas que están en proceso de afectación, y potenciar aquellas que se encuentran preservadas.

La estimulación y el entrenamiento de estos procesos cognitivos prolongan el periodo de autonomía de la persona, proporcionándole una mejor calidad de vida y mejorando el estado de ánimo.

Por ello, un servicio psicopedagógico, centrado en la preservación y estimulación de los procesos cognitivos de los adultos mayores, resulta conveniente.

De esta manera, se plantea promover actitudes positivas y reflexivas frente al envejecimiento, basadas en la valoración y aceptación de sí mismo, buscando darle al adulto mayor un rol valioso y digno.

2. Objetivos:

- Estimular las capacidades mentales.
- Mejorar el rendimiento cognitivo.
- Fortalecer las relaciones sociales.
- Incrementar la autonomía personal.
- Orientar al adulto mayor en la realidad.
- Mejorar la calidad de vida de los mismos.

3. Beneficiarios:

Este taller está destinado a todos los adultos mayores internados en el Hospital Geriátrico “Dr. Domingo Cúneo”, de la ciudad de Victoria, Entre Ríos, que deseen asistir.

4. Localización física:

Este proyecto de intervención se llevará a cabo en el Hospital Geriátrico “Dr. Domingo Cúneo”, de la ciudad de Victoria, Entre Ríos.

Dentro de la institución, el escenario elegido para su ejecución es el comedor general del mismo.

El taller dispone un total de 13 encuentros, con posibilidad de ampliación.

En cuanto a la frecuencia, se establece un encuentro por semana, cuya duración es de 90 minutos aproximadamente.

5. Metodología:

Este taller, si bien se orienta a estimular con mayor intensidad aquellas funciones que se encuentran alteradas, no deja de lado aquellos procesos que permanecen conservados, ya que resulta de gran importancia potenciar los mismos. De esta manera, el taller tiene el propósito de estimular todas las capacidades cognitivas, sin poner énfasis en áreas y componentes muy determinados, ya que se basa en la idea de que el sistema cognitivo puede mejorarse, estimulándolo en forma general, trabajando no solo los déficits detectados, sino también con las capacidades residuales del individuo, para evitar la frustración.

A continuación, se detallan los encuentros y las áreas a estimular.

Encuentro 1: Identidad.

Encuentro 2: Comunicación.

Encuentro 3: Percepción.

Encuentro 4: Percepción.

Encuentro 5: Fluidez verbal.

Encuentro 6: Orientación témporo-espacial.

Encuentro 7: Razonamiento.

Encuentro 8: Concentración y atención.

Encuentro 9: Concentración y atención.

Encuentro 10: Memoria.

Encuentro 11: Memoria.

Encuentro 12: Praxias.

Encuentro 13: Praxias.

VIABILIDAD.

1. *Cronograma de trabajo.*

A continuación se detalla el cronograma de trabajo para la implementación de los encuentros. Se explicita el tiempo, horario, área a estimular, los objetivos, las actividades, los recursos materiales y humanos necesarios, y el tipo de evaluación.

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 1	15:00-16:30hs.	Identidad	<p>Identidad: conjunto de particularidades y circunstancias que distinguen a una persona de todas las demás (Acuña & Risiga, 1997).</p> <p>Memoria biográfica: Es el conjunto de recuerdos, acontecimientos, situaciones, vivencias, etcétera, que una persona tiene de su vida pasada. Es el punto de partida para la</p>	<p>-Presentar el taller.</p> <p>-Establecer confianza.</p> <p>-Reforzar la identidad.</p> <p>-Ejercitar la memoria.</p>	<p>El coordinador presenta este nuevo espacio a los participantes. Luego el coordinador y cada participante dirán su nombre y los datos que deseen compartir (edad, estado civil, nacionalidad, etcétera), y luego evocarán el nombre y todos los datos posibles que</p>	-Pelota.	<p>- Participantes.</p> <p>- Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.</p>	<p>Tipo:</p> <p>-Diagnóstica.</p> <p>-De proceso.</p> <p>-De resultado.</p> <p>Criterios de evaluación:</p> <p>-Participación.</p> <p>-Efectividad en la resolución de consignas.</p> <p>-Compromiso en los comentarios y/o respuestas.</p> <p>-Capacidad de memoria de largo plazo y corto plazo.</p> <p>Instrumentos de evaluación:</p> <p>-Observación.</p> <p>-Hoja de registro de proceso.</p>

			integración psíquica, física y psicológica, y por lo tanto, esencial para el reconocimiento y el fortalecimiento de la identidad (Acuña & Risiga, 1997).		han oído de los otros participantes.			
--	--	--	--	--	--------------------------------------	--	--	--

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 2	15:00-16:30hs.	Comunicación	<p>Comunicación: es transmitir algo, estar “en relación con” (Acuña & Risiga, 1997).</p>	<p>- Despertar y estimular la curiosidad y el interés por los acontecimientos actuales.</p> <p>- Favorecer la integración y el intercambio entre los miembros del grupo.</p> <p>- Ejercitar el lenguaje y vocabulario, por lo tanto, la fluidez verbal.</p>	<p>- Realizar comentarios acerca de acontecimientos recientes, espectáculos, etcétera, elegidos por los participantes.</p> <p>- Caminando por el salón, cada vez que pare la música ponerse por parejas y según la consigna, contar uno al otro: algo que sabe hacer muy bien, algo que sabe hacer muy mal</p>	<p>- Revistas, diarios, etc.</p> <p>- Radio.</p>	<p>- Participantes.</p> <p>- Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.</p>	<p>Tipo:</p> <p>- Diagnóstica.</p> <p>- De proceso.</p> <p>- De resultado.</p> <p>Criterios de evaluación:</p> <p>- Participación.</p> <p>- Efectividad en la resolución de consignas.</p> <p>- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.</p> <p>- Capacidad de comunicación.</p> <p>Instrumentos de evaluación:</p> <p>- Observación.</p> <p>- Hoja de registro de proceso.</p>

					o no sabe, el sueño de su vida, algo que nunca haría, algo prohibido que le gustaría hacer y sus manías.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 3	15:00-16:30hs.	Percepción	Percepción: Es el reconocimiento inmediato de algo a través de los sentidos (Acuña & Risiga, 1997).	<ul style="list-style-type: none"> -Despertar y desarrollar la agudeza visual a partir de colores y formas. -Despertar y desarrollar la agudeza auditiva. -Entrenarse para discriminar sonidos determinados sobre un fondo de sonidos diversos. 	<p><i>Percepción visual</i></p> <p>Observar y registrar, para luego evocar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Los colores de las vestimentas de los participantes. -Los elementos que hay en la habitación donde se realiza el taller. -Nombrar las prendas de vestir de los personajes que se encuentran en láminas, y luego, sin mirar, 	<ul style="list-style-type: none"> -Láminas. -Radio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participantes. - Profesional Psicopedagogo a cargo del taller. 	<p>Tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstica. -De proceso. -De resultado. <p>Criterios de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Participación. - Efectividad en la resolución de consignas. -Compromiso en los comentarios y/o respuestas. -Capacidad de discriminación sonora y visual. <p>Instrumentos de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observación. -Hoja de registro de proceso.

					evocarlos. <i>Percepción auditiva</i> -Jugar al teléfono descompuesto. -Registrar sonidos y ruidos simples, desde un audio.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 4	15:00-16:30hs.	Percepción	Percepción: Es el reconocimiento inmediato de algo a través de los sentidos (Acuña & Risiga, 1997).	-Despertar y desarrollar la agudeza olfatoria para reconocer distintos tipos de olores y aromas. -Ejercitarse en distinguir y describir los sabores de distintos alimentos, y formas y texturas de distintos objetos.	<i>Percepción olfatoria</i> -Reconocer, para luego evocar, aromas y olores de frutas, legumbres, comidas, flores, etcétera, reales, que se encuentran en una caja. -De una lámina con dibujos de distintos objetos olorosos, reconocer y describir los olores y aromas y luego	-Caja con esencias de olores, frutas, flores, etc. -Alimentos. -Dominó de texturas.	- Participantes. - Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.	Tipo: -Diagnóstica. -De proceso. -De resultado. Criterios de evaluación: -Participación. - Efectividad en la resolución de consignas. -Compromiso en los comentarios y/o respuestas. -Capacidad de discriminación olfatoria, gustativa y táctil. Instrumentos de evaluación: -Observación. -Hoja de registro de proceso.

					<p>evocarlos.</p> <p><i>Percepción gustativa</i></p> <p>-Con los ojos vendados recibir porciones de alimentos y reconocerlos por su sabor.</p> <p><i>Percepción táctil</i></p> <p>-Dominó de texturas. Es un dominó clásico cuyas fichas, en lugar de puntos, tienen texturas. Las reglas son las mismas que las del juego de dominó convencional,</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					salvo que se juega con los ojos cerrados.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 5	15:00-16:30hs.	Fluidez verbal	Fluidez verbal: es la capacidad de recordar palabras pronunciadas o escritas. Mide el vocabulario activo que una persona puede recordar (Acuña & Risiga, 1997).	-Practicar y desarrollar el léxico. -Desarrollar la fluidez verbal utilizando conocimientos vehiculizados por el lenguaje.	-Evocar la mayor cantidad posible de palabras a partir de categorías; animales, comidas y deportes. -Evocar la mayor cantidad de palabras posibles que además de pertenecer a una misma categoría, comiencen con una letra determinada, ejemplo: animales que	-Afiche. -Fibrones.	- Participantes. - Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.	Tipo: -Diagnóstica. -De proceso. -De resultado. Criterios de evaluación: -Participación. - Resolución efectiva de las consignas. -Compromiso en los comentarios y/o respuestas. - Fluidez verbal. Instrumentos de evaluación: -Observación. -Hoja de registro de proceso.

					<p>comiencen con “M”, ropa de vestir que comida que comience con “P”.</p> <p>-En un afiche, se arma una grilla con distintos rubros, y luego cada participante, de acuerdo a la letra asignada, debe evocar una palabra de cada rubro que comience con determinada letra. Luego se complejiza la tarea pidiendo más cantidad de</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					palabras en cada rubro. -Evocar sinónimos de palabras dadas. -Evocar antónimos de palabras dadas.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 6	15:00-16:30hs.	Orientación témporo-espacial	<p>Orientación espacial: es la capacidad de imaginar objetos en dos o más dimensiones en el espacio (Acuña & Risiga, 1997).</p> <p>Orientación temporal: es la capacidad de localizar mentalmente hechos o situaciones en distintos tiempos (Acuña & Risiga, 1997).</p>	<p>-Desarrollar el sentido de la orientación y la memorización espacial.</p> <p>-Aprender a desplazarse en el espacio a través de referentes espaciales.</p>	<p>-Describir trayectos de recorridos habituales.</p> <p>-Ubicar en el plano de la ciudad, lugares y edificios reconocidos.</p> <p>-Evocar la fecha actual, día, mes y año, la estación del año, la anterior y la posterior.</p> <p>También evocar las características de cada una.</p> <p>-Cronología de hechos vividos.</p>	<p>-Lápices.</p> <p>-Plano de la ciudad.</p> <p>-Fotografías diversas.</p>	<p>- Participantes.</p> <p>- Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.</p>	<p>Tipo:</p> <p>-Diagnóstica.</p> <p>-De proceso.</p> <p>-De resultado.</p> <p>Criterios de evaluación:</p> <p>-Participación.</p> <p>- Resolución efectiva de las consignas.</p> <p>-Compromiso en los comentarios y/o respuestas.</p> <p>-Capacidad de orientación en tiempo y espacio.</p> <p>Instrumentos de evaluación:</p> <p>-Observación.</p> <p>-Hoja de registro de proceso.</p>

					<p>Comparar fotografías de distintas épocas y de la actualidad.</p> <p>- Evocar hechos históricos acontecidos durante su vida, hechos importantes, cambios de presidentes, etc.</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 7	15:00-16:30hs.	Razonamiento	Razonamiento: es la capacidad de reconocer similitudes y deducir principios o reglas (Acuña & Risiga, 1997).	-Entrenarse para resolver problemas frente a situaciones concretas. -Entrenar la capacidad para manipular cifras en la vida diaria.	-Organizar secuencias de situaciones desorganizadas. -Problemas con compras de mercado, despensa, etcétera (pago, vuelto, etc.). -Confección de presupuesto de mercadería por semana, días y/o meses.	-Imágenes de secuencias de situaciones. -Lápices. -Hojas. -Goma de borrar.	- Participantes. - Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.	Tipo: -Diagnóstica. -De proceso. -De resultado. Criterios de evaluación: -Participación. - Resolución efectiva de las consignas. -Compromiso en los comentarios y/o respuestas. -Efectividad en la resolución de situaciones problemáticas. Instrumentos de evaluación: -Observación. -Hoja de registro de proceso.

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 8	15:00-16:30hs.	Concentración y atención	<p>Concentración: es la atención sostenida en el tiempo (Acuña & Risiga, 1997).</p> <p>Atención: es la aplicación selectiva de la conciencia sobre un objeto determinado, que queda destacado en el campo mental (Acuña & Risiga, 1997).</p>	<p>-Estimular la atención sostenida.</p> <p>-Entrenar la capacidad de concentrarse en una tarea.</p> <p>-Ejercitarse para observar detalles y hacer un esfuerzo de precisión y de coordinación visográfica.</p>	<p>-"Si no lo digo, lo aplaudo". Se reúnen en un círculo todos los participantes, se comienza a contar en orden. Cada persona dice un número a la vez. Luego se incorpora la primera regla: todos los números que tengan el 2 no se dice, sino que se aplaude.</p> <p>-Encontrar diferencias en dibujos iguales,</p>	-Láminas con diferentes imágenes.	<p>- Participantes.</p> <p>- Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.</p>	<p>Tipo:</p> <p>-Diagnóstica.</p> <p>-De proceso.</p> <p>-De resultado.</p> <p>Criterios de evaluación:</p> <p>-Participación.</p> <p>- Resolución efectiva de las consignas.</p> <p>-Compromiso en los comentarios y/o respuestas.</p> <p>-Capacidad de atención sostenida y selectiva.</p> <p>Instrumentos de evaluación:</p> <p>-Observación.</p> <p>-Hoja de registro de proceso.</p>

					<p>-Encontrar elementos iguales en dibujos distintos.</p> <p>-Encontrar objetos escondidos en un dibujo.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 9	15:00-16:30hs.	Concentración y atención	<p>Concentración: es la atención sostenida en el tiempo (Acuña & Risiga, 1997).</p> <p>Atención: es la aplicación selectiva de la conciencia sobre un objeto determinado, que queda destacado en el campo mental (Acuña & Risiga, 1997).</p>	<p>-Estimular la capacidad de atención.</p> <p>-Potenciar la capacidad de observación de detalles.</p>	<p>-Recorrer laberintos.</p> <p>-Jugar al “veo-veo”.</p> <p>-Nombrar todos los objetos que sean de color azul que se encuentran en el salón.</p> <p>-Rodear con círculos todas las teteras que encuentren en la lámina entregada.</p> <p>-Rodear con círculos todos los rombos y rectángulos que encuentren en</p>	<p>-Laberintos.</p> <p>-Láminas.</p> <p>-Lápices.</p>	<p>- Participantes.</p> <p>- Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.</p>	<p>Tipo:</p> <p>-Diagnóstica.</p> <p>-De proceso.</p> <p>-De resultado.</p> <p>Criterios de evaluación:</p> <p>-Participación.</p> <p>- Resolución efectiva de las consignas.</p> <p>-Compromiso en los comentarios y/o respuestas.</p> <p>-Capacidad de atención sostenida y selectiva.</p> <p>Instrumentos de evaluación:</p> <p>-Observación.</p> <p>-Hoja de registro de proceso.</p>

					la lámina entregada. -Tachar las imágenes que se repiten en cada fila de una lámina entregada, y luego en columnas.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 10	15:00-16:30hs.	Memoria	Memoria: traer a la esfera de la conciencia datos que fueron almacenados tiempo atrás (Acuña & Risiga, 1997).	-Ejercitar la memoria.	-Repetir una lista de palabras que previamente haya leído el profesional. -Completar refranes. -Juego de la memoria. -“Armar una historia”. Una persona comienza expresando una palabra, luego otro paciente debe decir esa palabra y agregar otra para ir armando	-Juego de la memoria. -Listado de palabras. -Listado de refranes incompletos.	- Participantes. - Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.	Tipo: -Diagnóstica. -De proceso. -De resultado. Criterios de evaluación: -Participación. - Resolución efectiva de las consignas. -Compromiso en los comentarios y/o respuestas. -Capacidad de memoria de corto plazo y largo plazo. Instrumentos de evaluación: -Observación. -Hoja de registro de proceso.

					una historia coherente, y así sucesivamente sigue el juego hasta que una persona no pueda reproducir de manera completa la misma.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 11	15:00-16:30hs.	Memoria	Memoria: traer a la esfera de la conciencia datos que fueron almacenados tiempo atrás (Acuña & Risiga, 1997).	-Estimular la memoria y comprensión. -Desarrollar la capacidad de recuerdo.	-Observar fotografías durante 30 segundos cada una y luego evocar todo lo que se recuerda de cada una. -Responder preguntas de una historia leída por el profesional. -Completar frases referidas a situaciones cotidianas. -Comentar las actividades que realizaron el día anterior y la	-Fotografías. -Cuento. -Listado de frases.	- Participantes. - Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.	Tipo: -Diagnóstica. -De proceso. -De resultado. Criterios de evaluación: -Participación. - Resolución efectiva de las consignas. -Compromiso en los comentarios y/o respuestas. -Capacidad de memoria de corto plazo y largo plazo. Instrumentos de evaluación: -Observación. -Hoja de registro de proceso.

					semana anterior.			
--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 12	15:00-16:30hs.	Praxias	Praxias: Capacidad de efectuar movimientos automáticos complejos previamente aprendidos y que tiene un fin determinado (Tallis & Soprano, 1991).	-Practicar y desarrollar las praxias ideomotoras y constructivas.	-Realizar imitaciones de diferentes situaciones, ejemplo: imitar la utilización del peine, poner cara de enojado, etc. -Recortar diferentes imágenes de revistas y luego pegarlos en una hoja para armar un cuadro.	-Revistas. -Tijeras. -Plasticola. -Hojas en blanco. -Cuadrados de cartón.	- Participantes. - Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.	Tipo: -Diagnóstica. -De proceso. -De resultado. Criterios de evaluación: -Participación. - Resolución efectiva de las consignas. -Compromiso en los comentarios y/o respuestas. -Capacidad imitativa y constructiva. Instrumentos de evaluación: -Observación. -Hoja de registro de proceso.

Tiempo	Horario	Área estimulada	Conceptos a considerar	Objetivos	Actividades	Recursos materiales	Recursos humanos	Evaluación
Semana 13	15:00-16:30hs.	Praxias	Praxias: Capacidad de efectuar movimientos automáticos complejos previamente aprendidos y que tiene un fin determinado (Tallis & Soprano, 1991).	-Desarrollar la capacidad de seguir instrucciones. -Estimular las praxias ideatorias. -Potenciar las praxias constructivas.	-Jugar a “Simón dice”. El profesional les indica a los pacientes lo que deben hacer y éstos deben imitar. Ejemplo: tocarse la nariz, oreja, sacar la lengua, mover una parte del cuerpo, etc. -Coser botones de distintas prendas. -Hacer manualidades en papel, ejemplo:	-Prendas de vestir. -Hilo. -Aguja. -Papel. -Lápices. -Goma de borrar.	- Participantes. - Profesional Psicopedagogo a cargo del taller.	Tipo: -Diagnóstica. -De proceso. -De resultado. Criterios de evaluación: -Participación. - Resolución efectiva de las consignas. -Compromiso en los comentarios y/o respuestas. -Capacidad imitativa y constructiva. Instrumentos de evaluación: -Observación. -Hoja de registro de proceso.

					barcos, aviones, etc. -Copiar dibujos que se les dan.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMPACTO.

El impacto que se pretende generar con este trabajo es dar a conocer la importancia de la tarea psicopedagógica en la tercera edad, al convertirse, progresivamente, Argentina en un país envejecido, en el que se espera que para el 2050 uno de cada cinco argentinos tenga más de 65 años. Así, resulta pertinente mejorar los servicios de salud y las estrategias de prevención de enfermedades, sobretodo, en la tercera edad.

Divulgar el rol psicopedagógico dentro de las instituciones geriátricas resulta conveniente, ya que es un profesional apto para responder a las necesidades de los adultos mayores, sobre todo en las cuestiones cognitivas, que resultan ser una de las más afectadas producto del envejecimiento.

Por otra parte, este trabajo pretende contribuir al aumento de conocimiento teórico acerca de los beneficios de los talleres de estimulación cognitiva y la hipotética aplicación práctica de los mismos, que permitirá mejorar el deterioro cognitivo de los adultos mayores internados en el hospital geriátrico.

RESULTADOS ESPERABLES.

A través de la aplicación de los talleres de estimulación cognitiva se pretende fortalecer las funciones cognitivas que se encuentran descendidas, enlentecer las que están en proceso de afectación y potenciar aquellas que se encuentran preservadas. De esta manera, se busca prolongar el período de autonomía y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Estos resultados son esperables, ya que se cuenta con base teórica sustentable que valida dicha intervención. Los antecedentes de investigación nacionales e internacionales explicitados con anterioridad, permiten proyectar los posibles resultados.

Por un lado, se espera que la aplicación de los talleres mejoren el deterioro cognitivo de los adultos mayores, tal como ocurrió en la investigación realizada por Araujo, Ruiz & Alemán (2010).

Por otro lado, la intervención Psicopedagógica planteada resultaría factible, ya que el Psicopedagogo es un profesional que se encuentra capacitado para atender a las necesidades y diferencias individuales, cuya función está dirigida a preservar y potenciar las funciones cognitivas conservadas de los pacientes, y lentificar los deterioros, estos dichos están validados en la investigación de Davicino, Muñoz, Barrera & Donolo, realizada en el 2009.

Por último, como expresa la autora Leoni (2011) en su tesina, se espera que gracias a una estimulación específica y continuada, los adultos mayores mejoren su rendimiento, ya que cuanto mayor es el número de encuentros, mejor son los resultados posteriores.

CONCLUSIÓN.

Teniendo en cuenta los aportes provenientes del marco teórico y la información que se ha recogido durante el diagnóstico, se puede deducir que los efectos del envejecimiento acarrearán una serie de cambios cognitivos en los adultos mayores, manifestándose en una mayor lentitud en los tiempos de reacción, menor flexibilidad, dificultades en la memoria de largo plazo, pérdida de la capacidad de atención y concentración, y por consecuencia, dificultades en incorporar conocimientos nuevos.

A raíz del diagnóstico, y de los objetivos planteados, se infiere que la decisión más adecuada para dar respuesta a la problemática detectada es la implementación del taller propuesto, ya que permiten estimular diversas áreas del individuo, no sólo lo cognitivo, sino también lo social.

Dentro del mismo, se espera que los participantes logren apropiarse de su aprendizaje, como fruto de sus reflexiones y discusiones compartidas.

Se espera que el número de participantes sea numeroso, por lo que se infiere que tendrá que ser subdividido, ya que los talleres son limitados a pequeños grupos.

Por otro lado, la intervención Psicopedagógica debe plantearse desde un principio de prevención y de desarrollo, en el que su accionar profesional sea la de anticipar las situaciones que puedan entorpecer el desarrollo integral de las personas, e incrementar y activar el desarrollo adecuado de los mismos. También, debe realizarla desde un principio de acción social, para que el adulto mayor pueda reconocer sus variables contextuales y de esta manera, pueda hacer uso de sus competencias, para adaptarse y hacer frente a las situaciones que se encuentra en constantes transformaciones.

El profesional debe ser capaz de promover y crear situaciones para que circule y se desarrolle el aprendizaje. Por otra parte, es necesario que conozca el contexto en el que pretende actuar, cómo circula el conocimiento y cómo aprenden los adultos mayores en los talleres. Debe estar atento a las ansiedades y el grado de tolerancia que ponen en juego los participantes, y a la adjudicación de los roles, tanto establecidos como espontáneos.

En este proyecto, se plantea un tipo de intervención estructurada, en la que se formulan actividades organizadas y escogidas específicamente con objetivos determinados, es de carácter práctica o no dirigida, cuyo propósito es el entrenamiento

de todas las capacidades cognitivas, sin estimular áreas y componentes muy determinados.

De esta manera, se espera que la estimulación cognitiva potencie la neuroplasticidad, mejore los procesos que se encuentran conservados y aquellos que están en riesgo de perderse. También es importante que se trabaje con las capacidades residuales del sujeto, para evitar la frustración del mismo.

El objetivo a largo plazo de la intervención es el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes internados en el Hospital, que sean capaces de hacer una evaluación realista, positiva y objetiva en cuanto al nivel de vida que poseen, pero también una percepción individual correcta, es decir, que puedan sentirse saludables y a la vez, realmente estarlo en todas sus dimensiones, en el bienestar emocional, en el desarrollo personal, en el bienestar físico, en su autodeterminación, en la inclusión social y en cuanto a sus derechos.

ANEXO

ANEXO I: Entrevista para el diagnóstico de situación.

- 1) ¿Cómo se encuentra estructurada la institución?
- 2) ¿En qué horarios se encuentra abierta al público la institución?
- 3) ¿Hay horarios de visita determinados?
- 4) ¿Qué especialidades se les brinda a los adultos mayores?
- 5) ¿Cuál es el organigrama de la institución?
- 6) ¿Cuál es la situación de revista del personal? (cantidad de personal)
- 7) ¿Qué tipo de profesiones posee dicho personal?
- 8) ¿Con cuanta capacidad de camas cuenta el hospital?
- 9) ¿Cuántos pacientes hay actualmente?
- 10) ¿Cuál es el rango de edad de los adultos mayores?
- 11) ¿Cuáles son las patologías prevalentes?
- 12) ¿Se les brinda algún tipo de estimulación cognitiva?
- 13) ¿Se observan dificultades cognitivas?

ANEXO II: Ficha sobre las características socio-demográficas de la población.

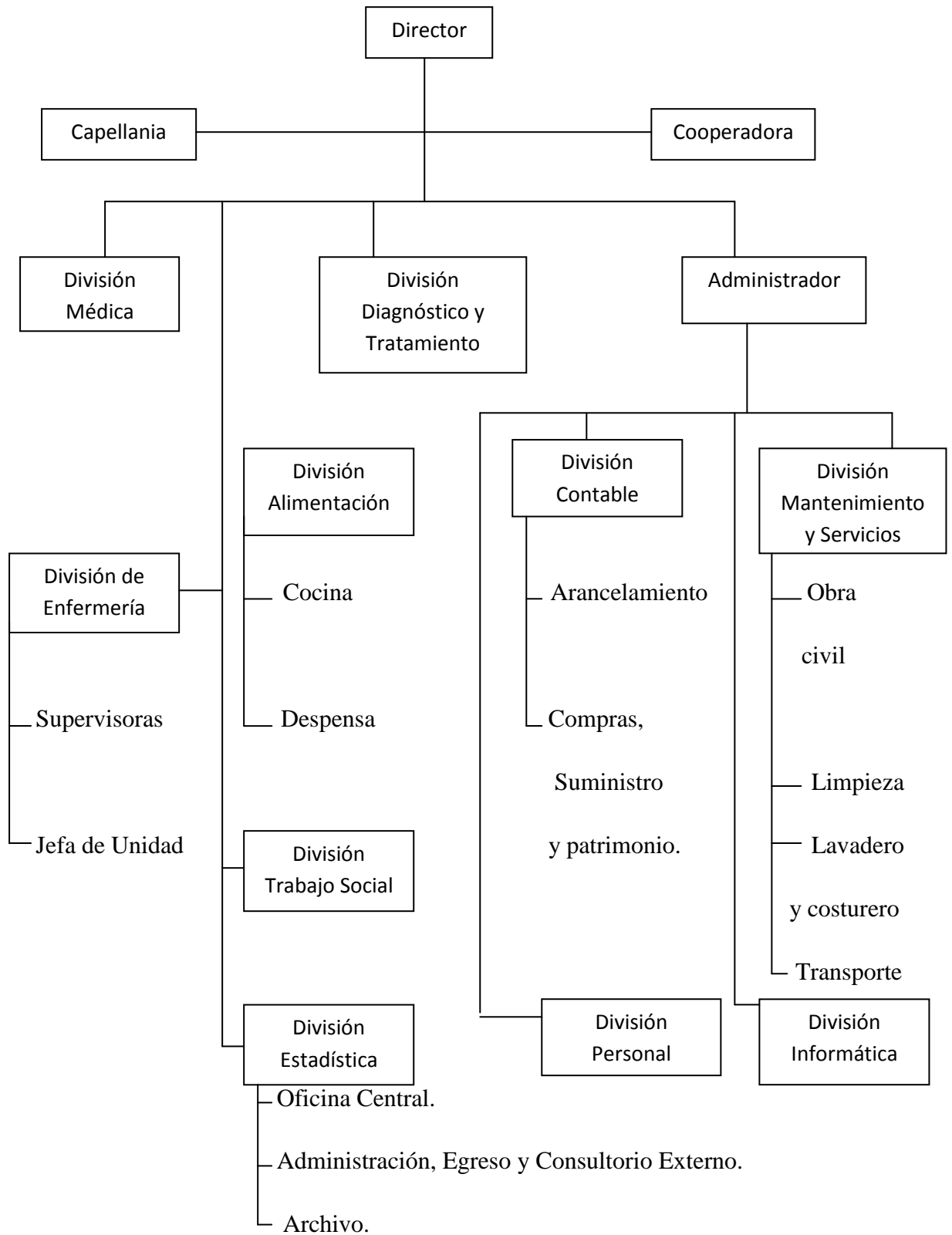
Características de la población							
Sujeto	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estado civil	Estudios alcanzados	Ocupación previa	Fecha de ingreso

ANEXO III: Ficha para el registro de los resultados de los tests.

Datos personales			Mini Mental Test					
Nombre	Edad	Escolaridad	Orientación	Memoria Inmediata	Atención y cálculo	Recuerdo diferido	Lenguaje y Construcción	Total

ANEXO IV: Organigrama.

El organigrama del Hospital Geriátrico “Dr. Cúneo”, según el decreto N° 4.765, de la Secretaría de Salud de Entre Ríos.



ANEXO V: Protocolo del test para adultos mayores alfabetizados.

MINI-MENTAL STATE EXEMINATION (mmse)		PTOS.	PUNTAJE
<u>ORIENTACIÓN</u>			
1.	¿En qué día estamos?	1 p.	.....
2.	¿En qué fecha estamos?	1 p.	.....
3.	¿En qué mes estamos?	1 p.	.....
4.	¿En qué año estamos?	1 p.	.....
5.	¿En qué estación estamos?	1 p.	.....
6.	¿Dónde estamos? ¿Cuál es el nombre del lugar?	1 p.	.....
7.	¿En qué calle estamos?	1 p.	.....
8.	¿En qué habitación del hospital estamos?	1 p.	.....
9.	¿Cuál es el nombre de la ciudad?	1 p.	.....
10.	¿Cuál es el nombre del país?	1 p.	.....
<u>MEMORIA INMEDIATA</u>			
11.	Pregúntele al paciente si puede hacerle un test de memoria. Luego decirle el nombre de objetos, claramente y despacio, dejando unos segundos entre cada mención: PELOTA – BANDERA – ÁRBOL Después pida al paciente que los repita. La primera repetición es la que determina la puntuación, pero continúe repitiendo el nombre de los objetos hasta que el paciente mencione los tres. Repita la prueba hasta seis veces.	3 p.	.....
<u>ATENCIÓN Y CÁLCULO</u>			
12.	Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65 Como alternativa: deletrear la palabra “MUNDO” al revés.	5 p.	.....
<u>RECUERDO DIFERIDO</u>			
13.	Pregunte por los nombres de los objetos aprendidos en la prueba 11. (1 punto por cada respuesta correcta) PELOTA – BANDERA - ÁRBOL	3 p.	.....
<u>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</u>			
14.	Señale un lápiz y un reloj. Pida que los nombre cuando se los señala.	2 p.	.....
15.	Pida al paciente que repita: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS	1 p.	.....
16.	Orden de tres pasos: - Tome el papel con la mano derecha. - Doble el papel por la mitad. - Ponga el papel en el piso. (1 punto por cada acción correcta).	3 p. 1 p.	..... .....
17.	Pida al paciente que lea y siga las siguientes indicaciones: CIERRE LOS OJOS.	1 p.	.....
18.	Pida al paciente que escriba una frase con sujeto y predicado (con sentido).	1 p.	.....
19.	Pida al paciente que copie la figura que se encuentra en el protocolo.		
MMSE Leve (23-21) MMSE Moderado (20-10) MMSE Severo (9)		TOTAL	.....

Edad: Fecha de nacimiento:

Escolaridad: Ocupación:

Fecha de evaluación:

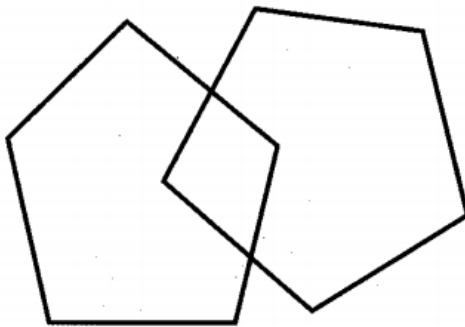
17.

CIERRE LOS OJOS

18. Escriba una frase:

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

19. Copie la siguiente figura:



ANEXO VI: Protocolo del test para adultos mayores no alfabetizados.

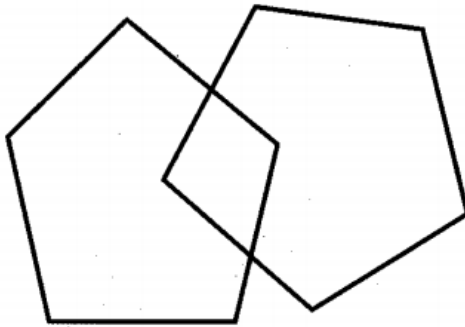
MINI-MENTAL STATE EXEMINATION (mmse)		PTOS.	PUNTAJE
<u>ORIENTACIÓN</u>			
1.	¿En qué día estamos?	1 p.	.....
2.	¿En qué fecha estamos?	1 p.	.....
3.	¿En qué mes estamos?	1 p.	.....
4.	¿En qué año estamos?	1 p.	.....
5.	¿En qué estación estamos?	1 p.	.....
6.	¿Dónde estamos? ¿Cuál es el nombre del lugar?	1 p.	.....
7.	¿En qué calle estamos?	1 p.	.....
8.	¿En qué habitación del hospital estamos?	1 p.	.....
9.	¿Cuál es el nombre de la ciudad?	1 p.	.....
10.	¿Cuál es el nombre del país?	1 p.	.....
<u>MEMORIA INMEDIATA</u>			
11.	Pregúntele al paciente si puede hacerle un test de memoria. Luego decirle el nombre de objetos, claramente y despacio, dejando unos segundos entre cada mención: PELOTA – BANDERA – ÁRBOL Después pida al paciente que los repita. La primera repetición es la que determina la puntuación, pero continúe repitiendo el nombre de los objetos hasta que el paciente mencione los tres. Repita la prueba hasta seis veces.	3 p.	.....
<u>RECUERDO DIFERIDO</u>			
12.	Pregunte por los nombres de los objetos aprendidos en la prueba 11. (1 punto por cada respuesta correcta) PELOTA – BANDERA - ÁRBOL	3 p.	.....
<u>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</u>			
13.	Señale un lápiz y un reloj. Pida que los nombre cuando se los señale.	2 p.	.....
14.	Pida al paciente que repita: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS	1 p.	.....
15.	Orden de tres pasos: - Tome el papel con la mano derecha. - Doble el papel por la mitad. - Ponga el papel en el piso. (1 punto por cada acción correcta).	3 p.	.....
16.	Pida al paciente que copie la figura que se encuentra en el protocolo.	1 p.	.....
MMSE Leve (17-16) MMSE Moderado (15-8) MMSE Severo (7)		TOTAL	.....

Edad: Fecha de nacimiento:

Escolaridad: Ocupación:

Fecha de evaluación:

16. Copie la siguiente figura:



ANEXO VII: Instrumento de evaluación. Hoja de registro de proceso.

Nombre del paciente:.....

Semana 1: Identidad.

Fecha:.....

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Capacidad de memoria de largo plazo y corto plazo.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Semana 2: Comunicación.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.

- Capacidad de comunicación.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Semana 3: Percepción.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Capacidad de discriminación sonora y visual.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Semana 4: Percepción.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Capacidad de discriminación olfatoria, gustativa y táctil.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Semana 5: Fluidez verbal.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Fluidez verbal.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Semana 6: Orientación témporo-espacial.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Capacidad de orientación en tiempo y espacio.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Semana 7: Razonamiento.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Efectividad en la resolución de situaciones problemáticas.

Observaciones:

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

Semana 8: Concentración y atención.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Capacidad de atención sostenida y selectiva.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Semana 9: Concentración y atención.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Capacidad de atención sostenida y selectiva.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Semana 10: Memoria.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Capacidad de memoria de corto plazo y largo plazo.

Observaciones:

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

Semana 11: Memoria.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Capacidad de memoria de corto plazo y largo plazo.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Semana 12: Praxias.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Capacidad imitativa y constructiva.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Semana 13: Praxias.

Fecha:

Criterios de evaluación:

- Participación.
- Efectividad en la resolución de consignas.
- Compromiso en los comentarios y/o respuestas.
- Capacidad imitativa y constructiva.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abud, C. (2016). Informe de la OMS 1990-2012: En 20 años subió 3 años la expectativa de vida en Argentina. Recuperado el 16 de Julio de 2016, de: <http://www.docsalud.com/articulo/5706/en-20-a%C3%B1os-subi%C3%B3-3-a%C3%B1os-la-expectativa-de-vida-en-argentina>

Actualización Profesional del Litoral. (2015). *Curso anual de evaluación y tratamiento Neurocognitivo en niños, adultos y adultos mayores*. Rosario, Santa Fe.

Acuña, M, & Rigía, M (2007) Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria: guía para profesionales que trabajan con pacientes añosos. Bs. As. Paidós.

Aguirre, C., Martínez, H. & Mitchell, M. E. (2013). Unidad 5: Salud del adulto mayor – Gerontología y Geriátrica. *Manual de Medicina Preventiva y Social I*, 1-19. Recuperado el 25 de Abril de 2016 de: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>

Alemán, M. A. A., Garamendi A. F. & Delgado Ruiz, D. A. (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 22(1), 26-31. Recuperado el 23 de Junio de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf101f.pdf>

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164. Recuperado el 21 de marzo de 2016, en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Arnal J. y otros (1992): *Investigación Educativa. Fundamentos y metodologías*, Labor, Barcelona.

Barrera, M. L., Davicino, N. A., Donolo, D. & Muñoz, M. S. (2009). *The psychopedagogical role in the Cognitive Stimulation of patients with Alzheimer's disease* (Artículo de Revisión: El rol psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de pacientes con Demencia tipo Alzheimer1). *Revista chilena neuropsicología*, 4 (1), 06-11. Recuperado el 14 de Junio de 2015, de <http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/318157-rcnp2009v4n1-2.pdf>

Bentosela, M. & Mustaca, A. E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación Interdisciplinaria. 22 (2). Recuperado el 15 de Junio de 2015, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272005000200005&script=sci_arttext

Bursztyn, A. & Viale, C. (2007). Aprendizaje y tercera edad. Trabajo de investigación. Recuperado el 25 de Abril de 2016 de: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/trabajos/psicoped/07/edad.pdf>

Cabello, C. M. I. & Porras, S. S. (2009). *Intervención Psicopedagógica para estimular la memoria en adultos mayores*. (Tesis de maestría). Recuperada el 2 de Junio de 2015, de <https://seminariogerontologia.files.wordpress.com/2011/03/intervencic3b3n-psicopedagc3b3gica-para-estimular-la-memoria-en-adultos-mayores.pdf>

Candelo, C, Ortiz, G. & Unger, B. (2003). Hacer talleres. Una guía práctica para capacitadores. Recuperado el 18 de Agosto de 2016, en: http://www.gwp.org/Global/GWP-SAm_Files/Publicaciones/Hacer-talleres-gu%C3%ADa-para-capacitadores-esp.pdf

Careaga, A, Cirillo, A, Da Luz, S. & Sica, R. (2006). Aportes para diseñar e implementar un taller. 8vo Seminario-Taller en Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC). 2das Jornadas de Experiencias Educativas en DPMC. Recuperado el 15 de Agosto de 2016, en: http://www.dem.fmed.edu.uy/Unidad%20Psicopedagogica/Documentos/Fundamentacion_talleres.pdf

Centro de estudio de opinión. Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas (s.f.). *Conceptos básicos de qué es un taller participativo, como organizarlo y dirigirlo*. Cómo evaluarlo. p. 2. Recuperado el 8 de Julio de 2015, de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1650/1302>

Chávez, H, Gálvez, M, Méndez, F. & Varela, L. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista Sociedad Peruana Inter*. 17 (2), 37-42. Recuperado el 29 de Febrero de 2016, de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v17n2/a02v17n2>

Convención interamericana sobre la protección de los derechos de las personas mayores. (2015). P. 4-5, 15. Recuperado el 27 de Octubre del 2015, de http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2015/06/Espa-%C2%A6ol_CONVENCI-%C3%B4N-INTERAMERICANA-SOBRE-LA-PROTECCI-%C3%B4N-DE-LOS-DERECHOS-HUMANOS-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES.pdf

Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico* (pp.547-560).México: Editorial Pearson Educación.

Daza, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud*, 12 (1), 1-42. Recuperado el 12 de Marzo de 2016 de: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf

Fernandez-Ballesteros, R. (2004). *Psicología de la vejez. Monografías Humanitas*, pp. 27-38. Barcelona, Editorial: Fundación Medicina y Humanidades Médica. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de: http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_1.pdf

Franco, L. (2011). *Censo 2010: La Población Argentina: cada vez más vieja.* Recuperado el 16 de Julio de 2016, de: <http://www.ambito.com/602088-censo-2010-la-poblacion-argentina-cada-vez-mas-vieja>

Geromini, G. (2000). *Diagnóstico de las funciones cerebrales superiores: agnosias y apraxias que tienen repercusión en los códigos lectoescrito y matemático. IV Congreso Nacional de Psicodiagnóstico.* Recuperado el 18 de Julio de 2016, en: <http://www.adinarosario.com/fotos/biblioteca/apragn3d.pdf>

González, R. (2016). *Funcionamiento del cerebro III: La neuroplasticidad y estimulación cognitiva global-ECG. Prevención, formación e intervención en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.* Recuperado el 8 de Marzo de 2016, en: <http://www.estimulacioncognitiva.info/2016/01/20/funcionamiento-del-cerebro-iii-la-neuroplasticidad-y-la-estimulaci%C3%B3n-cognitiva-global-ecg/>

Guerrini, M. E. (2010). *La vejez. Su abordaje desde el trabajo social. Margen: Revista de Trabajo Social*, 57, 1-11. Recuperado el 23 de Junio de 2016 de: <http://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>

Leoni, N. (2011). *Investigación exploratoria-descriptiva acerca del rendimiento en la memoria reciente modal específica visual y auditiva de los adultos mayores sanos que viven en el Hogar Español de la ciudad de Rosario en el año 2011*. (Tesina). Recuperado el 25 de Agosto de 2015, de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC108163.pdf>

López, G, Ramírez Nieto, L. & Ramírez Palacio, C. (2006). Qué es la intervención Psicopedagógica: Definición, principios y componentes. Grupo de investigación: Estudios clínicos sociales en Psicología, 215-226. Recuperado el 28 de Marzo de 2016, en:

[http://web.usbmed.edu.co/usbmed/elagora/docs/agora10/Agora%20Diez%20\(Tema%204%20Que%20es%20la%20Intervencion%20Psicopedagogica\).pdf](http://web.usbmed.edu.co/usbmed/elagora/docs/agora10/Agora%20Diez%20(Tema%204%20Que%20es%20la%20Intervencion%20Psicopedagogica).pdf)

López, J. & Agustí, G. (2011). Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Revista Española de Medicina Legal*, 37 (3), 122-127. Recuperado el 17 de Abril de 2016, en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90028303&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=285&ty=52&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v37n03a90028303pdf001.pdf

Madrigal, M. M. La estimulación cognitiva en las personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 4-14. Recuperado el 15 de Mayo de 2016, de: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

Marrón, E. A. et. Al. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. p. 13. Recuperado el 4 de Julio de 2015, de <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=6QOamavNnc8C&oi=fnd&pg=PA13&dq=concepto+de+estimulacion+segun&ots=l2vaJuPuMW&sig=wqE1YwSMJxstMF90qrmEWIRq4Aw#v=onepage&q&f=false>

Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la Salud*, 12 (1), 11-24. Recuperado el 16 de Mayo de 2016 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>

Meza, A. (2005). El doble Estatus de la Psicología Cognitiva: como enfoque y como área de investigación. *Revista IIPSI*, 8 (1), 145-163. Recuperado el 23 de Junio de 2016, en:

<https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&>

uact=8&ved=0ahUKEwiWr_-
MxuTOAhUBhpAKHSWwDqkQFggdMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.e
s%2Fdescarga%2Farticulo%2F1420305.pdf&usg=AFQjCNGYnBe-
AgUWQCjKZTC9YOT6ltpyxA&bvm=bv.131286987,d.Y2I

Muñoz, C. R. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*, Pearson, México.

Muñoz, Lelegrín & Tirapu (2002). Funciones ejecutivas: Necesidad de una integración conceptual. *Revista de Neurología*, 34 (7), 673. Recuperado el 14 de Agosto de 2016, en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3407/m070673.pdf>

Ortega, F. (2014). Mini-Examen cognoscitivo (MEC). Mini-mental State Exploration (MMSE). *Manual de usuario. General ASDE*. Recuperado el 25 de Abril de 2016 de: <http://www.generalasde.com/mini-examen-cognoscitivo/mini-examen-cognoscitivo-manual.pdf>

Ortega, M. P. & Sevilla, J. G. (2011). Envejecimiento saludable: aportes desde la psicología. *Universidad de Murcia*, 2. Recuperado el 15 de Febrero de 2016, de: http://www.um.es/aulademayores/docs-cmsweb/presentaciOn_de_la_asignatura-2011-2012.pdf

Palomba, R. (2002). Calidad de vida: conceptos y medidas. Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores. Recuperado el 30 de Marzo de 2016, en: http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf

Portero, P. (2007). Psicología Cognitiva. Programas de Formación para personal Sanitario/Asistencial. Recuperado el 23 de Junio de 2016, en: <http://sorkari.com/pdf/Psicologia%20Cognitiva.pdf>

Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS. (2002). Envejecimiento Activo: un marco político. p. 120, Recuperado el 27 de Octubre de 2015, de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Puig, X. (2012). Calidad de vida en la vejez. Estimulación Cognitiva, pp. 6-24. Recuperado el 15 de Junio de 2016, en: http://adultomayor.uc.cl/docs/Estimulacion_Cognitiva.pdf

Ramírez, M, González, T. & Klimenko, O. (2011). Diseño, aplicación y evaluación de un programa de estimulación cognitiva para adultos mayores institucionalizados en el Hogar Santa Isabel del Municipio de Envigado. *Revista virtual de Ciencias Sociales y Humanas "Psicoespacios"*, 5 (7), 43-64. Recuperado el 17 de Marzo de 2016, en: <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios/article/view/79/691>

Real Academia Española (2014) *Diccionario de la lengua española*, S.L.U. ESPASA LIBROS, Madrid.

Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Bs. As: Editorial PAIDÓS.

Schalock, R. & Verdugo Alfonso, M. A. (2006). Revisión actualizada del concepto de Calidad de Vida, pp. 29-41. Recuperado el 17 de Abril de 2016, en: https://jalvaro.files.wordpress.com/2009/02/concepto_cv-revision_2006_schalock_r.pdf

Stierchr, J. (2010). Recuerdos. Aquellos tiempos inolvidales de 1940 a 1980 (pp. 152-155). Argentina: Editorial Imprenta Los Gráficos.

Suárez, F. (2004). En torno a la idea de diagnóstico de situación. Recuperado el 7 de Noviembre de 2015, de <http://www.area3.org.es/sp/item/71/En%20torno%20a%20la%20idea%20de%20diagn%C3%B3stico%20de%20situaci%C3%B3n.%20F.%20Su%C3%A1rez>

Urbano, C. & Yuni, J. (2005). *Educación de adultos mayores: teoría, investigación e intervenciones*. Córdoba, Editorial: Brujas.

Villanueva Egan, L. A. (2000). Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. *Revista Hospital General Dr. M. Gea González*, 3 (3), 107-114. Recuperado el 29 de Febrero de 2016, de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2000/gg003d.pdf>

Zapata Farías, H. (2001). Adulto Mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología 2001*, 10 (1), 189-197. Recuperado el 1 de Marzo de 2016, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26410114>