



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN  
EDUCACIÓN**

**Modelo de Terapia Recreativa basado en la Teoría de H. Gardner  
(IM) para asegurar la atención adecuada en el Adulto Mayor,  
Guayaquil Ecuador.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**DOCTOR EN EDUCACIÓN**

**AUTOR:**

Delgado Vilela, Carmen María (ORCID: 0000-0002-4255-1930)

**ASESOR:**

Dr. Arévalo Luna, Edmundo Eugenio (ORCID: 0000-0001-8948-7449)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gestión y Calidad Educativa

**PIURA - PERÚ**

**2021**

## **DEDICATORIA**

A mi Madre, Carmen Lidia Vilela Martínez mujer de lucha por el progreso, que me guía en todas las metas que me propongo alcanzar.

A mis Hijos, Carmen Ivanna Cabrera Delgado y Cesar Ivan Cabrera Delgado que siempre me impulsan y apoyan mis anhelos y desarrollos académicos.

A mi nieto, Allen Ivan Romero Cabrera que con sus gestos de amor estimulo los momentos difíciles de este recorrido académico.

A los adultos mayores (Hospicio Corazón de Jesús de JBG) que siempre están inspirándome.

## **AGRADECIMIENTO**

Con profunda de gratitud a la Sra. Marcia A. de Bohman, que me dio la oportunidad de investigar y profundizar mis conocimientos como profesional. Su esencia humana de solidaridad, respeto y consideración por el prójimo es un modelo a seguir.

Al Dr. Edmundo Arévalo por su empatía y guía a disposición siempre.

A la Psicóloga Rosa Cepeda Escalante por su predisposición a mejorar el conocimiento.

A la Dra. Gabriela Acuña Chong (Neuróloga) por su colaboración en aras de fortalecer la investigación.

A todas aquellas amigas incondicionales que estuvieron apoyándome e esta importante meta-

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Carátula</b>	<b>i</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>iii</b>
<b>Índice de contenidos</b>	<b>iv</b>
<b>Índice de tablas</b>	<b>v</b>
<b>Resumen</b>	<b>vi</b>
<b>Abstract.</b>	<b>vii</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>15</b>
<b>III. METODOLOGÍA.</b>	<b>28</b>
3.1. Tipo y diseño de investigación.	28
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.4. Aspectos éticos	29
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>31</b>
4.1. Datos referenciales:	31
4.1.5. Instrumentos: Proceso gerontológico	31
4.2. Objetivos:	31
Objetivos específicos son:	31
4.3. Fundamentos	32
4.3.2. Fundamentos metodológicos	33
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>37</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>40</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>42</b>
<b>VIII. PROPUESTA</b>	<b>44</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>59</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:Teorías de la Inteligencias múltiples.....	25
Tabla 2: Proceso Gerontológico de la Terapia Recreativa .....	45
Tabla 3:Plan Operativo de la Propuesta .....	46
Tabla 4:Resumen de actividades recreativas basada en la Teoria de Gardner de la propuesta .....	48
Tabla 5:SESIÓN1 Capacidades Lingüísticas.....	49
Tabla 6:SESIÓN2 Capacidad Lógico Matemático .....	49
Tabla 7:SESIÓN3 Capacidad Musical.....	50
Tabla 8:SESIÓN4 Capacidad Espacial .....	50
Tabla 9:SESIÓN5 Capacidad Cinética Corporal .....	51
Tabla 10:SESIÓN6 Capacidad Interpersonal.....	51
Tabla 11:SESIÓN7 Capacidad Interpersonal.....	52
Tabla 12:SESIÓN8 Capacidad Existencial.....	52
Tabla 13:SESIÓN9 Capacidad Naturalista .....	53
Tabla 14:SESIÓN10 Retroalimentación .....	53

## Resumen

**Introducción:** el perfil gerontológico del individuo presenta enfermedades con alteraciones en las capacidades cognitivas como atención, memoria, razonamiento, lenguaje, percepción y otras que afectan la funcionabilidad intelectual y ejecutiva. Es la recreación como terapéutica que cambia el paradigma de lúdismo por el de tratamiento para mejorarlas habilidades cognitivas que asegure una adecuada atención en los adultos mayores, en Guayaquil Ecuador

**Objetivo:** Proponer un modelo de terapia recreativa basado en la teoría de Gardner (IM) con actividades que mejoren las funciones cognitivas para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil Ecuador”

**Método:** estudio de tipo propositivo, con técnicas y procedimientos para definir la problemática terapéutica en los programas del adulto mayor en Guayaquil Ecuador, aportando un modelo de terapia recreativa que aplica un proceso gerontológico con evaluación, diagnóstico funcional, intervención terapéutica y seguimiento. El instrumento a utilizarse es una batería de pruebas, como son: un cuestionario de las deficiencias terapéuticas; la escala de cognición mini mental de Folstein; la escala de depresión geriátrica de Yesavage; la escala de independencia de Katz; el set-test de Isaacs.

**Resultados:** se presenta el proceso gerontológico con un plan operativo sustentado en un amplio abanico de actividades recreativas desarrolladas en un marco lógico de diez sesiones que se fusionan con cada capacidad inteligente de la Teoría de H. Gardner.

**Conclusiones:** aplicar el modelo de terapia recreativa como una alternativa académica de salud que cambia el paradigma del lúdismo por el de tratamiento para conservar las capacidades cognitivas, ejercida por el profesional idóneo que asegure una adecuada atención al adulto mayor.

**Palabras clave:** adulto mayor, Guayaquil, Ecuador, recreación, terapia

## **Abstract.**

**Introduction:** the gerontological profile of the individual presents diseases with alterations in cognitive capacities such as attention, memory, reasoning, language, perception and others that affect intellectual and executive functionality. It is recreation as therapy that changes the paradigm of playfulness for that of treatment to improve cognitive skills that ensure adequate care in older adults, in Guayaquil-Ecuador

**Objective:** To propose a model of recreational therapy based on Gardner's theory (IM) with activities that improve cognitive functions to ensure adequate care for the elderly, in Guayaquil-Ecuador”

**Method:** a purposeful study, with techniques and procedures to define the therapeutic problem in the programs of the elderly in Guayaquil-Ecuador, providing a model of recreational therapy that applies a gerontological process with evaluation, functional diagnosis, therapeutic intervention, and follow-up. The instrument to be used is a battery of tests, such as: a questionnaire of therapeutic deficiencies; the Folstein Mini-Mental Cognition Scale; the Yesavage Geriatric Depression Scale; the Katz scale of independence; the Isaacs set-test.

**Results:** the gerontological process is presented with an operating plan based on a wide range of recreational activities developed in a logical framework of ten sessions that merge with each intelligent capacity of H. Gardner's Theory.

**Conclusions:** to apply the model of recreational therapy as an academic alternative of health that changes the paradigm of ludism by that of treatment to conserve the cognitive capacities, exercised by the suitable professional that assures an adequate attention to the elderly.

**Keywords:** older adult, Guayaquil, Ecuador, recreation, therapy.

## I. INTRODUCCIÓN

La actividad humana, es un fenómeno notable que considera a la recreación un proceso sociocultural que crea la necesidad de hacer productivo el tiempo libre, hoy en día. El tiempo libre es tiempo de recreación que implica crecimiento personal con la práctica de actividades sistemáticas en beneficio de la salud, ampliando la esperanza y calidad de vida y la inclusión en la sociedad. La senectud, es dificultad de esencia individual ahora con fundamento social. (Portelle 2009)

El envejecimiento, es el declive paulatino de las capacidades físicas, mentales y psicoemocionales que desarrollan comorbilidad. El vínculo entre edad y energía no es relativo, es un referente, al encontrar setentones autónomos mientras otros se convierten en frágiles demandando apoyo indiscutible. Existen cambios asociados a las transiciones de la existencia como la jubilación, el traslado de morada y la muerte de amigos y pareja. La Organización Mundial de la salud (OMS) advierte que desde el 2015 al 2050 los adultos mayores se duplicarán del 12% al 22%, mostrando el declive cognitivo producto del paso de los años. (Organización Mundial de la Salud 2018)

Luego de los 60 años, el cerebro se afecta en volumen y peso con cambios morfológicos intelectuales que generan un enlentecimiento motor, sensorial y entendido (Dámaso & Fernández, 2012). La actividad física (movimiento) se vuelve lenta y menos fina, la razón se quebranta en lo atencional (memoria) por la mengua en la retención de información. Otras causas orgánicas, ambientales y educativas intervienen en estos cambios, razón del porque no se habla de un deterioro igual en toda la población de adultos mayores (Losada,2004), ya que se trata de un proceso dinámico con variadas líneas de actuación. (Ríos-Flórez2 2016).

Los programas de la OMS en pro de la senectud activa y sana han fundado un cerco universal para la acción, ratificando el objetivo de los gobiernos de mejorar y optimar la salud cerebral de los adultos mayores apoyando los propósitos de gestión y las políticas en tácticas eficaces. Los trastornos mentales y del sistema nervioso, ocupan el 6,6% como discapacidad en este grupo etario (de las personas



que pasan de 60 años). La alucinación y la confusión son los síndromes más comunes, el de ansiedad afecta al 3,8% y de abuso de sustancias psicotrópicas el 1% de esta población. (Organización Mundial de la Salud 2017)

En los países de la región sur y tropical, sus sociedades envejecen con una celeridad desconocida, a diferencia de otras regiones del universo como es la región norte y europea donde la senectud que sus habitantes es lenta; es así, que actualmente la población senil es del 11%, observándose además que las dinámicas poblacionales entre países son reveladoras. La FIAPAM, (2019), insiste en la construcción de estrategias legislativas al amparo de las personas adultas mayores como una forma activa para mediar entre el envejecimiento y la esperanza de vida que ha crecido en las últimas décadas y que además se ha fortalecido por el avance de los productos de salud.

Para Fernández Ballesteros (2008), las funciones sapientes o intelectuales son de orden psicológico: la inteligencia, es la capacidad de armonizarse con el medio; la Inteligencia Biológica, es la celeridad perceptiva y el raciocinio, la facilidad verbal y espacial próspera en los inicios de la vida, debilitándose luego de los 30 años (es la que se deteriora); la Inteligencia Cultural, como la información, la comprensión, el vocabulario, etc., se mantiene constante o se incrementa con la edad. Incluso, el juicio se desarrolla en la vejez (la Sabiduría) afirmando que la actividad intelectual mejora el funcionamiento cognitivo.

Ciertas investigaciones sostienen, que el ocio incluye la diversión pues las actividades recreativas consiguen incitar al individuo a recapacitar sobre sus condiciones y experiencias, a que valoren sus expresiones socioculturales lúdicas descartando la vida rutinaria. Por lo tanto, se entenderá si las políticas públicas sobre el ocio son argumentadas e investigadas al presentar información académica de cuatro ofertas universitarias de pregrado (licenciaturas): 1. Universidad Regional Miguel Hidalgo (URMH), México: en 1997 fue creada la Práctica en Recreación y Gestión del Espacio Autónomo, la principal en México sobre esta materia. Esta maestría técnica es la más antigua entre las cinco que fueron trabajadas en esta exploración.

2. Universidad YMCA, México: la Maestría en Recreación tiene enfoque técnico y fue fundada el 2004 con dos programas de Especialización sobre la temática. Los lineamientos académicos de la carrera son en: Recreación laboral y Recreación Turística. 3. Universidad de Costa Rica (UCR), Costa Rica: Fue el 2004 que la UCR decretó el espacio de la Maestría Perito en Recreación, como iniciativa fundadora en Costa Rica. La primera generación fue iniciada el año 2005. 4. Universidad de Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil: la Maestría en Lazer (Ocio) tiene enfoque académico, fue aprobada el 2006 y la primera generación ingresó el 2007. El título también pasó a ser celebrado el año 2012 y, actualmente, la técnica es llamada: Técnica en Estudios de Lazer. (L. Gomes 2013)

Según Rubio, Rivera y Borges, (2015), indican, otra duda que afecta al adulto mayor, es con relación al concepto de calidad de vida; en efecto la calidad de vida como lo expresa la OMS, es el grado de satisfacción en el aspecto físico, social y emocional del ser humano, considerando sus complejidades y dificultades que padecen este grupo etario como propios de la edad. Es, en este escenario de complejidades que se convierte en relevante la aptitud humana; porque el adulto mayor no solo va perdiendo lentamente algunas facultades, sino que también percibe un aislamiento social por parte de las nuevas generaciones; razón por la cual una actividad terapéutica recreativa con integración social y familiar será favorable en calidad de vida saludable para este grupo estudiado.

Por lo tanto, expresan una vez más que alcanzar la meta de una longevidad satisfactoria luego de los 60 años de edad, está estrechamente ligado no solo a identificar los efectos perniciosos que se presentan; sino a los valores socioculturales vinculantes manifestados en cada sociedad, que si se cumplen principios básicos como es la salud, el nivel educativo, la economía, el entorno social y los objetivos que armonizarán el envejecimiento positivo. Un aspecto importante, es el aprendizaje del individuo que precisa de un contenido neuropsicológico para registrar, retener y recobrar información; donde el sistema nervioso central mediante la memoria registra, precisa, establece y evoca eventos no solo del pasado. Se mencionarán algunas ilustraciones al respecto, como:

Según Mesonero y Fombona, (2013), nominan a F. Nottebohm (2011), de la Universidad de Rockefeller, quien expresa, que la educación y el entrenamiento sistemático mental hacen posible la regeneración de las células cerebrales perdidas induciendo el alcance de una vida mental saludable. Resaltan, además que la memoria no es autónoma, ya que posee una estrecha analogía con la inteligencia, la atención, la imaginación y la percepción; que a su vez lo influye la motivación, lo afectivo o el alejamiento social de la persona.

Según Parada y Trujillo, (2013), señalan a Reuven Feuerstein, quien sostiene, que existe un Aprendizaje Mediado, que es una inteligencia compleja de interacción entre el organismo y el ambiente; o también como una forma de modificabilidad estructural cognitiva que se encuentra atada al concepto de desarrollo humano. Como también la investigación de S Gallegos, (2013), cita a Pávlov, (1988), quien expresa, el aprendizaje es una metodología de reflejos condicionados como consecuencia de la unión de estímulos incondicionados con estímulos neutros que concluyen en respuestas condicionadas.

Por otro lado, investigaciones como las de García, (2000), que propone a Craik y Lockhart, (1972), quienes plantean, la memoria es un proceso activo cuya recopilación informativa de los sentidos dependerá estructuralmente de la duración del recuerdo deseado; o también, es un proceso psicológico que funciona como redes neuronales que al agilizarse forman los llamados engrama, que son las neuronas conectadas entre sí.

Al respecto Erikson, (1982), citado por Meléndez, (2019), expresa que cada época de la vida está sujeta a resaltar el triunfo social y psicológico como ideología del desarrollo del ciclo vital, que se basa en ocho fases: 1. Seguridad vs Inseguridad. 2. Libertad Vs Timidez. 3. Decisión Vs Falta. 4. Laboriosidad Vs Obediencia. 5. Coincidencia vs Difusión de Coincidencia. 6. Intimidad Vs Encierro. 7. Creatividad Vs Estancamiento. 8. Probidad del ego vs Decepción, apoyadas en la psicología positiva y el envejecimiento satisfactorio del adulto mayor. Erikson, creía que la personalidad era el desarrollo psicosocial de los seres humanos.

Otros estudios como la gerontología, según Gai, (2015), cita a Arezana (2011) quien manifiesta, estudios realizados en China definen a las actividades comunitarias y recreativas (la jardinería) como factor preventivo ante la alta incidencia demencial. Otras actividades como las cognitivas (leer, pintar, escribir, hacer crucigramas), o las actividades físicas (hacer deporte o caminar) y actividades sociales (participación en clubes, iglesias) que practicarlas paulativamente retrasan el deterioro cognitivo. La alteración de la imagen corporal direcciona técnicas anatómicas, psicomotrices y corporales para conservar las autonomías alejando los temores de envejecer.

Según Arribas (2018) y Hurtado, (2016) en sus aportes investigativos, exponen, la patología neurológica comprende enfermedades que afectan al SNC (el cerebro y la medula espinal) y al SNP (los músculos y los nervios) mermando el accionar cognitivo (memoria, razonamiento, atención, lenguaje, percepción, función ejecutiva y otras.) entre las de mayor incidencia, tenemos: alzhéimer, ELA, ACV, diabetes, esquizofrenia, párkinson, síndrome depresivo, síndrome de pánico, deterioro cognitivo leve y la demencia que causan aprietos, para vestirse, peinarse, bañarse, manejar dinero, tomar la medicina, cocinar o conducir un automóvil, perdida tiempo espacio, disfunción motora ejecutiva y habilidades visuoespaciales.

En Guayaquil Ecuador, la visión gerontológica presenta un perfil epidémico (neurológico, psiquiátrico, endocrinológico, oncológico, ocupacional, entre otros) que complican las funciones cognitivas y su adecuada atención. Esta problemática se la identifica cuando los programas recreativos para el adulto mayor, revelan deficiencias terapéuticas producto de un juicio ligero sobre ludismo como simples eventos de entretenimientos descartando la concepción terapéutica. Esta situación fáctica, no apuesta por la disciplina de la terapia recreativa como en otros países (EEUU, España, Colombia, Cuba) que se sostiene en metodologías y técnicas para atender al adulto mayor. Considerándose que los programas revelan deficiencias terapéuticas al no contar con actividades cognitivas definidas que aseguren favorecer las facultades físicas, intelectuales y emocionales.

Por lo señalado, se pretende reflexionar sobre la perspectiva del ludismo presentándose la opción de una terapia con enfoque basado en la teoría de H. Gardner (Inteligencias Múltiples) como una alternativa de prevención, tratamiento y mantenimiento que de paso a un horizonte de envejecimiento activo y funcional.

Al análisis de las dos variables anteriores, el interés del investigador es proponer una tercera, como es el modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la teoría de Gardner (IM) que asegure la atención adecuada del adulto mayor con contenido técnico científico viable, como: ejercicio de memoria, retroalimentación psicopedagógica, desarrollo del pensamiento, juegos de mesa, gerontogimnasia, creatividad, computación, cultura general, turismo y otras que operen favorablemente en las capacidades cognitivas. Expuesta esta información que antecede a la situación problemática en que está inmersa la terapia recreativa con enfoque basado en la teoría de Gardner (Inteligencias Múltiples) para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, se formula la siguiente interrogación:

El problema general sería ¿Cuál es el nivel de desarrollo de las terapias recreativas en los adultos mayores; y qué postulados de la teoría de Gardner permitirá conservar las funciones cognitivas; y la terapia recreativa asegurará la atención adecuada a estos pacientes en Guayaquil Ecuador? De manera específica: ¿Cómo se está llevando a cabo el desarrollo de las terapias recreativas en los adultos mayores para asegurar la atención adecuada, en Guayaquil Ecuador? ¿El enfoque de los postulados de la teoría de H. Gardner (IM) permitirá desarrollar las funciones cognitivas para asegurar una atención adecuada de los adultos mayores, en Guayaquil Ecuador? ¿El modelo de terapia recreativa basado en la teoría de Gardner (IM) ayudara a conservar las funciones cognitivas para asegurar una atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil Ecuador?

El Objetivo general es “Proponer un modelo de terapia recreativa basado en la teoría de Gardner (IM) e identificar las actividades que permitan las mejoras de las funciones cognitivas para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil Ecuador”

Los Objetivos específicos son:

Definir las deficiencias terapéuticas recreativas para diseñar programas con actividades que mejoren las funciones cognitivas y aseguren la atención adecuada de los adultos mayores, en Guayaquil Ecuador.

Identificar los orígenes y postulados de la Teoría de Gardner (IM) que sirvan como sustento al modelo de terapia recreativa para mejorar las funciones cognitivas y asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil Ecuador.

Proponer un modelo de terapia recreativa basado en la Teoría de Gardner (IM) que mejoren las funciones cognitivas y aseguren la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil Ecuador.

La justificación, de este trabajo investigativo posee el valor de ejecutar programas recreativos como terapia. El ser humano mantiene gran incertidumbre sobre el envejecimiento, deseando una vida en lo posible saludablemente placentera para poder sortear su funcionabilidad entre los dolores y las incapacidades o limitaciones. Es significativo referirse a la interacción de teorías renovadas con teorías que fundamenten y sustenten, él porque es importante seguir promoviendo una terapia recreativa que asegure una atención adecuada; que no solo implique lo recreacional, sino esencialmente en el desarrollo de las funciones cognitivas, como: atención, memoria, inteligencia, percepción y función ejecutiva en tal sentido, la teoría que actualmente que da un gran aporte a la ciencia lo sustenta el estudio de Howard Gardner sobre los talentos compuestos.

Partiendo del plano metodológico, este trabajo se sostiene sobre la base de elementos teóricos que ofrecen procesos hábiles y sistemáticos que pueden ser aplicados en las instituciones donde se prevea incidencia de afecciones mentales o cerebrales que provocan deficiencias funcionales y que requieran brindar una salud de calidad a las personas de la tercera o cuarta edad.

Asimismo, desde lo social la relevancia del trabajo radica en que, es evidente la existencia de una gran población de personas pasados los 60 o 65 años que vegetan en condiciones poco favorecedoras, por lo tanto, es un grupo etario

neurálgico que no solo preocupa a las instituciones y a los profesionales sino al estado mismo, sobre todo porque va en menoscabo del bienestar de la existencia de ellos mismos siendo un problema sustancial de origen social. El ser humano mantiene incertidumbre sobre el envejecimiento deseando una vida sana y placentera sorteando su funcionabilidad entre incapacidades o limitaciones.

Desde el punto de vista práctico, esta propuesta busca que los profesionales responsables puedan emplear modelos terapéuticos recreativos sobre la base de fundamentos científicos que promuevan la salud educativa, por lo tanto, esta propuesta tiene importancia razonable, además porque a partir de ella se pueden suscitar nuevas investigaciones debido a la presencia de enfermedades degenerativas, impactantes y traumatizantes que afectan al adulto mayor.

Hipótesis, "Con el modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de Gardner de las Inteligencias Múltiples, entonces se asegurará significativamente la atención adecuada del adulto mayor en Guayaquil Ecuador 2020".

## II. MARCO TEÓRICO

El envejecimiento en la actualidad tiene un perfil gerontológico que influye en las sociedades y sus contextos biopsicosociales, convertido en un proceso dinámico y heterogéneo. Es valiosa una perspectiva recreacional referenciada en las capacidades inteligentes como es el estudio de las capacidades compuestas de H. Gardner, impulsando el concepto terapéutico recreativo.

Según Araque Jaramillo (2019), dice, que la práctica sistemática orgánica se relaciona con la salud general, la nutrición, la comprensión y razonamiento, la educación, y el trabajo. La comorbilidad revela mermas en el lenguaje, la audición y la motricidad; además de las trabas en comprensión, organización e ideas asociadas. La atención, el impulso ejecutivo y el procesamiento son sistemas funcionales complejos. La memoria se afecta en vigilancia y orientación originando un quebranto en el desarrollo del pensamiento, que limitan la ejecución de las operaciones primarias, dejando degradadas las posteriores.

Sonia C Herrera, (2016), en su estudio presenta a Ballesteros, (1999), quien dice, la recreación innova los estilos de vida con cambios positivos en la salud activando las relaciones sociales. A Ospina, (2001) y Salazar, (2007), quienes opinan, la recreación física es la práctica de diligencias físicas, deportes, juegos que benefician al mantenimiento, progreso y reparación de las destrezas, la autoestima, las relaciones interpersonales, la integración social, las autonomías y el bienestar psicológico. A Murillo, (2003), que se refiere a la recreación, como una instrucción para los adultos mayores que al entrenar diligencias recreativas de forma individual o grupal elimina la rutina y el sedentarismo; también el estrés, la ansiedad y la depresión.

Emilse BilyK, (2015), expone a Davicino y Muñoz, (2009), que indican, una planificación psicopedagógica con actividades de motivación cognitiva tendrá el objetivo de activar, mantener y optimizar las capacidades mentales; incentivar el ejercicio cognitivo optimiza el estado de ánimo, las autonomías, la autoestima y las diligencias del día a día. La psico estimulación cognitiva apuesta por la innovación,



flexibilización y ejecución positiva para lograr una funcionabilidad exitosa con tres objetivos a alcanzar: 1. organizar una variedad de incitaciones ricas en sabiduría y agilidad motriz; 2. preservar las destrezas intelectuales el mayor tiempo posible para salvar la autonomía; 3. optimar las relaciones interpersonales a fin de resguardar la idoneidad social.

Los organismos estatales ecuatorianos, (2019), ponen de manifiesto la existencia de estadísticas longevas muy altas, los mismos se amparan en políticas públicas asentadas en el resguardo de los derechos y obligaciones para con la población adulta mayor. En el año 2020 será del 7,4% y se prevé para el 2054 el 18% de la población. En este periodo, la expectativa de vida en una mujer será de mayor a 84 años y el hombre será de 78 años. Cabe resaltar que, en este ciclo de vida, se presentan restricciones en el logro a peculios sostenibles que aumentan las necesidades de atención.

Sobre la actuación de la terapia recreativa como disciplina, se realiza una pesquisa de fuentes vinculadas con postulados científicos, componente decisivo en credibilidad de los servicios humanitarios, acertando con las siguientes:

Tras su experiencia S B Cotto, (2018), Terapista Recreativa en Puerto Rico, aporta con (Especialista en Recreación Gerontológica) su experiencia, el entender esta disciplina, reseñando, pocos conocen el fundamento efectivo de la terapia recreativa que ejerce en los pacientes con Alzheimer, cuyos programas de atención gerontológica están diseñado a fortalecer y desarrollar los contenidos físicos y mentales con rutinas dinámicas que están en relación a sus necesidades, que incluyen el manejar el ocio, como son: actividades sociales, juegos terapéuticos, ejercicios físicos, arte terapia, ejercicios cognitivos, terapia asistida con animales y el manejo del tiempo de ocio.

Según M. Eriksen Benrós, (2015), de la Universidad de Copenhague en su investigación diagnóstica, muestra la analogía entre la hospitalización por infección y el deterioro cognitivo. Los individuos hospitalizados con infecciones del cerebro son los que mayormente maltratan su contenido cognitivo. Los estudios realizados

tuvieron como instrumento de evaluación el uso del test de inteligencia, que da como resultado, que el sistema inmunitario cuando logra a aquejar al cerebro trastorna las destrezas y habilidades cognitivas del individuo permaneciendo perturbadas por largo periodo, muy a pesar de que la infección haya sido sanada.

Según Araque Jaramillo (2019), la Universidad Nacional de Colombia, (2008), en Colombia, debido a las diversas necesidades y vulnerabilidad de esta población, promocio un programa sobre el desarrollo de destrezas en comunicación, lingüística y cognición llamado *Mentes en Acción*, El propósito es evaluar modelos interdisciplinarios de atención (Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Neuropsicología), confirmando que la estimulación cognitiva da resultados positivos cuando se emplaza la continuidad, evitando o lentificando el declive de las destrezas del adulto mayor. La actuación interdisciplinaria incluye el ejercicio físico y sus rutinas con la anexión de la familia y cuidadores.

Byron Hernández, (2017), en Ecuador, realiza un estudio aplicativo ejecutando un programa de actividades físico recreacionales con la participación de otras especialidades. El autor, cuyo trabajo fue *Recreación Tiempo Libre*, expone, la ejecución de estos programas se prepara con la identificación de casuística, una evaluación previa del proceso, la selección con el diseño apropiado de las actividades, la dosis de cargas necesarias para cada paciente y la vigilancia en general de los procedimientos. Estos criterios ofrecerán un diagnóstico evaluador que especifique el proceso para organizar los contextos de atención a desplegar.

La literatura sobre la definición de terapia recreativa con criterio de tratamiento, es limitada, debido a que es una disciplina de los últimos tiempos, que va más allá de una actividad lúdica reforzando la atención integral; sin embargo, y pese a ellos, se encontró los siguientes datos: Según García (2016), presenta a La Asociación Estadounidense de Recreación Terapéutica, ATRA, quien define a la terapia recreativa como:

“...un proceso sistemático que utiliza la recreación y otras intervenciones

basadas en las actividades para abordar las necesidades evaluadas de personas con enfermedades y/o condiciones incapacitantes, como un medio para la salud psicológica y física, la recuperación, y el bienestar”.

También, puntualiza a esta disciplina como un servicio de tratamiento delineado para habilitar y rehabilitar al ser humano con condiciones incapacitantes que le disminuyen la agilidad y autonomía física y mental; las actividades recreativas definidas sin excluir del dinamismo la colaboración permiten enfrentar las limitaciones provocadas por una enfermedad o discapacidad.

El Hospital Universitario Thomas Jefferson, (2009), de California especializado en Rehabilitación en Medula Espinal, aporta con el libro "Manual de enseñanza para el paciente y la familia sobre lesiones de la médula espinal" explica su definición, “La terapia recreativa, es una metodología de tratamiento que hace uso de dinámicas de entretenimiento para alcanzar los objetivos de rehabilitación”, entre los que se incluyen: Optimar contenidos físicos, Originar confianza en sí mismo, Dignificar la calidad de vida, Manipular el estrés y Reintegrarse a la comunidad. Para ponerse bien (mente y cuerpo más sanos). Para vivir bien (vida activa posible satisfactoria y divertida). Para permanecer bien (mantener la sensación de bienestar).

Asegura Christina Hayden, (2009), terapeuta recreativa de Los Hospitales Shriners de Houston, con su aportación explicativa, que esta terapéutica forma parte del programa de rehabilitación desde los deportes hasta las manualidades. Las actividades de terapia recreativa pueden considerarse como una diversión, pero no, porque están proyectadas hacia un fin especial. Son entretenimientos aplicados a afrontar deficiencias con la perspectiva de ocuparse de lo social, emocional, física y cognitiva. Busca el equilibrio interdisciplinar con terapia física, ocupacional y de lenguaje cultivando las actividades recreacionales con el objetivo de mejorar sus debilidades.

Esta investigación argumenta la eficacia del contexto sustancial con información relevante en los siguientes pronunciamientos al respecto: Según

Vaneska Aponte (2015), señala que Vinaccia & Orozco (2005), manifiestan que la calidad de vida se determina por el bienestar subjetivo e indicadores objetivos; liberándose del sufrimiento, es el bienestar quien modela el comportamiento con un beneficio hipotético, una metodología significativa y una técnica en la creación de instrumentos para su aplicabilidad y eficacia. La vejez es el acopio de evoluciones orgánicas, psicológicas y sociales con estándares esencialmente referentes de los modos de vida y el entorno que trasciende al medio social y económico de la colectividad, de una manera inalterable y firme desde el día en que se nace.

Continúa señalando, la presencia de grupos humanos, hoy en día, se consagran a la investigación voluntaria sobre el suceso de la ancianidad, quienes demandan de un estado el proporcionar benéficos sociales y de salud; debiendo aplicar estándares de calidad propicios y fructíferos que potencien el bienestar de las personas. La apreciación subjetiva sobre la complejidad del uso de medicinas ante las dolencias, se deducen dos perfiles: La Autonomía, precisada como contenido funcional o posibilidad del adulto mayor de poder o no realizar diligencias básicas e instrumentales y la Salud mental, armonía psicoemocional del adulto mayor y acción física recreativa como satisfacción y disponibilidad de ejecución.

Así mismo C. Londoño, (2009), presenta a Ferrans y Larson, (2005), quienes definen con enfoque de salud a la calidad de vida, como un constructo que incluye la función física y mental reflejada en la satisfacción y la felicidad de los individuos, tomando en cuenta la subjetividad de los diagnósticos que involucran la cronicidad, la somática, lo psicológico y lo social del individuo incluyendo otros indicadores de valor como la condición clínica actual para lograr deducciones indiscutibles al respecto. El recorrido de la base teórica de este trabajo conmina a realizar un rápido análisis referenciando tres contextos: 1. Un contexto general. 2. Un contexto de relación 3. Un contexto que sustenta la investigación. Se identificarán las teorías y autores relevantes que fundamentan el proceso del envejecimiento con sus variados enfoques, a continuación:

El contexto general registra teorías sobre la cognición, el ciclo vital, la historia y cultura y la calidad de vida, así tenemos: La Teoría de la modificabilidad cognitiva

estructural de Reuven Feuerstein, (1963), expresa la auténtica filosofía y vida, “el cuerpo humano es un sistema accesible cuyo progreso posee la habilidad de modificarse a sí mismo, siempre que conste de un acto humano mediador”. Los elementos etiológicos son de dos tipos: los distales, facilitados por el entorno del individuo como la herencia (genéticas y orgánicas), el nivel de maduración, la armonía emocional, los apremios ambientales, el status socioeconómico educativo y el contraste cultural. Los proximales, entregados por el alejamiento o presencia de prácticas de enseñanza como es la formación.

La Teoría del desarrollo del ciclo vital propuesta por Erik Erikson, (1982), posee ocho estadios con carácter psicosocial; motivo de interés gerontológico, es el estadio de la integridad contra la desesperación. La senectud, grata estriba en remediar los aprietos internos y externos que consciente o no reevaluar los significados de existencia, estima, beneficios y decepciones para lograr una etapa de reconciliación y tolerancia o de decepción y desánimo.

La integridad de estos hechos se obtiene evocando el pasado en favor de la razón y la aprobación de la muerte, cumpliendo obligaciones, autenticando el arrepentimiento, la pérdida, la tristeza y el dolor con un final de conformismo con los logros vividos. La desesperación, es cuando los sujetos están tristes por rencores, frustraciones u oportunidades perdidas debido a que no interpretan los entornos del mundo para conquistar un bienestar equilibrado con la vida a menudo formulan congoja, remordimiento y desengaño, que, aunque presuman espacios de buena la vida el resultado es la insatisfacción con pérdida de valores sin intentar buscar el cambio.

La Teoría socio cultural e histórica de Vigotsky, (2000), dice, la cualidad del hombre se fija alineando la sabiduría y el avance cognitivo desde fuera hacia dentro; facilita la renovación del conocimiento y la cultura afines a la agilidad mental cuya obra es la conciencia humana mediante el pensamiento y el lenguaje. La palabra, es la razón e interpretación donde los signos, incluso los no verbales se exhortan. El diálogo, es un encuentro discursivo entre un espacio y tiempo donde lo social y lo histórico están presentes. El lenguaje, es evolución y desarrollo de pensamiento

que le permite al hombre la interacción social y sus significados. El aprendizaje, es la innovación del pensamiento que interacciona en los conocimientos para construir significados psicológicos.

En el ámbito de calidad de vida se presenta la Teoría de las discrepancias múltiples de Michalos (1985), que dice, para un ser humano en general la satisfacción se encarga de las discrepancias apreciadas entre lo que se posee y lo que se aspira; pero, para ciertas personas es la apreciación de lo mejor que tuvo en el pasado a la esperanza a tener, lo que merece y lo que precisa. Es así, que las discrepancias, satisfacción y acciones pueden estar o no claramente inducidas por factores biopsicosociales.

El contexto sobre el tema, citara teorías gerontológicas biopsicosociales sobre el envejecimiento. Desde lo biológico, la Teoría inmunitaria del envejecimiento de Mishara y Rediel, (2000), expresa, con la edad se acorta la posibilidad de facilitar anticuerpos útiles, donde el sistema de defensa del cuerpo se vuelve contra sí mismo, agrediéndose; apareciendo material imperfecto que amenaza los tejidos normales originando enfermedades autoinmunes fatales. La Teoría de envejecimiento celular propuesta por Child (1976), admite, el envejecimiento es una carga eléctrica de extractos celulares unidos a los iones negativos como es el ADN (ácido desoxirribonucleico) ocasionando gran muerte celular en el cuerpo que provocan el envejecimiento.

La Teoría de la autointoxicación de Mechhnikov, (1906), dice, el envejecimiento del organismo humano obedece a los efectos del metabolismo y de la putrefacción intestinal que ocasiona autointoxicación originando endurecimiento de las arterias que promueven el envejecimiento prematuro y el envenenamiento del intestino grueso por los microbios de la putrefacción. La Teoría del envejecimiento natural de Catele y Du Nouy, (2000), quienes indican, el conjunto de órganos del cuerpo se rige por una ley de evolución y la disminución de la actividad en relación con el paso del tiempo; y la Teoría del desgaste natural, que dice, hay segmentos precisos del cuerpo que acumulan daños vitales produciendo muerte de células, tejidos y órganos producto del desgaste o estrés en cada día.

Desde lo psicológico, se sugiere la Teoría cognitiva de la sabiduría de Airin, (1990), que explica, es un proceso de reflexión, de crítica y de juicio que se fundamenta en la destreza de la persona, más que en solucionar problemas o de formularlos; se orienta a las operaciones postformales estableciendo de forma sistemática un importante nivel de razonamiento que acepta objeciones en lugar de descartarlas. La Teoría de la sabiduría de Kramer, (1990), dice, la sabiduría tiene una estrecha relación con el suceso de retar y remediar los escenarios de crisis; presume de evolución perenne en el recorrido de la vida, en donde los procesos cognitivos y afectivos actúan con reciprocidad. Concluye, la sabiduría integra los pensamientos, las emociones y las acciones alineados coherentemente a la solución de problemas.

La Teoría de la continuidad de Atchley, (1971), expresa, el paso hacia la tercera edad no impide ser dinámico; si bien es cierto, se presentan cambios estos suelen ser llevaderos logrando adaptación a este período natural de la vida. La actividad que se ha cultivado no se estanca por esta transición, al menos bruscamente, lo que certifica que no existe un rompimiento radical, dándole paso a la vejez como una continuación de experiencias, planes y rutinas de vida. Tanto así, que el temperamento, la personalidad y los valores se conservan indemnes, lo que se produce es el aprendizaje del uso de tácticas o técnicas de adaptación que les socorrerán ante los aprietos de la vida.

La Teoría del desarrollo cognoscitivo de Warner Schaie (1996), expresa, son 7 las etapas del ciclo de la vida: Etapa de adquisición: niñez y adolescencia (asimila juicio, información y pericias). Etapa de logros: de 20 a 30 años (estudios, vida laboral, competir e independencia). Etapa de compromiso: de 40 a 60 años. (cumple metas y soluciona problemas). Etapa ejecutiva: adulto joven (garante social, relaciones complejas de 30 a 65 años). Etapa reorganizadora: pacta con la jubilación (reconstruye la vida con la peripecia de la experiencia y el conocimiento). Etapa reintegradora: adultez tardía 70 años o más- (aglutinan energía familiar y espiritual). Etapa del legado: vejez avanzada-80 años en adelante (apresto a la muerte, documenta la vida y distribución de posesiones).

Desde lo social, anotaremos la Teoría del envejecimiento exitoso de Baltes y Baltes, (1989), explican, el ciclo vital optimo lo establece los ingresos, la seguridad y los derechos de esta edad. Por ello, senectud y triunfo no es un absurdo, pues tienen la posibilidad de construir disciplinadamente una vida activa de acuerdo a las necesidades. El reducir sus capacidades los induce a reservar recursos para ser activados en el momento propicio; constan para ello con maniobras, ensayos y enseñanzas ventajosas ceñidas a la edad. Obtienen una autonomía segura, real y un estado placentero de selección, optimización y compensación cuyo resultado es un régimen de vida satisfactorio, exitoso y dinámico.

La Teoría de la desvinculación de Cummings y Henry, (1961), define, envejecer es un ineludible desapego mutuo entre quien envejece y el sistema social al que pertenezca, a cierta edad las personas van reduciendo su intervención social en relación a cuando eran jóvenes, ocasionando una "desvinculación" con el entorno lo que origina un paulatino retorno a sí mismo. Este actuar percibe un mundo inmediato y reducido a su vida interior, cuya idea se transforma en un paso natural de ajuste a eventos vitales y a los quebrantos sensoriomotrices. Es al parecer, una reserva de energía que permite evitar los peligros con el entorno que hace surgir una predisposición para la muerte.

La Teoría de la actividad de Tartler (1961), cita, el dinamismo continuo lleva satisfacción a la vida sobre todo cuando la actitud es producir mejorías a otros individuos, lo que ratifica, que a mejor adaptación mayor actividad. El envejecimiento sano es la analogía de mantener una vida activa con reciprocidad interpersonal; es decir, cumplir y operar en varios roles dentro de la sociedad mejorando la imagen. Esta teoría ha tenido su valor, ha encaminado políticas sociales para propagar e incitar la actividad senil. Ha sido reconocida y defendida por investigadores que afirman, el envejeciente dinámico, positivo y participativo pronostica un ser con moral alta, lo contrario sería un ser con una moral baja.

La Teoría de los roles de Irving Rosow (1967), plantea, en la vida el individuo se posesiona y desempeña muchos roles dentro de la sociedad, como: de



primogénito, de discípulo, de progenitor o matrona, de empleado y otros; logrando un status social que debe vigilar la imagen y estima personal asiduamente. La jubilación es el detrimento progresivo de los roles sociales, el status profesional, la finalización laboral, las actividades socioculturales y la partida de los hijos del hogar familiar. El adulto mayor se transfigura en inactivo situándolo en el escenario de la senectud: “sin roles”

El contexto de la teoría que sustenta la investigación manifiesta que la información referida posee contenidos que aprueban el conocimiento de las técnicas de sabiduría e instrucción, el progreso humano y la evolución personal. En 1979, Howard Gardner psicólogo y neurólogo, en su trabajo investigativo *Frames of Mind*, donde sintetiza la naturaleza del potencial humano, en él explica, la idoneidad cognitiva del hombre es el acumulado de artes, aptitudes o contenidos intelectuales, que se denomina inteligencia; las personas se diferencian en categoría, naturaleza y combinación en estos contenidos.

Una inteligencia, involucra el arte de remediar dificultades o procesar recursos de calidad cultural de forma explícita, permitiendo alcanzar un objetivo crítico como es la ventaja y entrega de conocimientos, expresión, opiniones o sentimientos.

**La Teoría de las Inteligencias Múltiples de Howard Gardner, (1983)**, desde la psicología cognitiva, Gardner no acepta la definición habitual de inteligencia manifestando que la terminología es pluralista originando el calificativo de su pensamiento: los talentos compuestos, explicando una variedad de contenidos cognitivos del ser humano. Realiza una interesante ilustración sobre las personas que toleraron un daño cerebral, colocando de relevante el lugar en que el cerebro lo sufre, ya que dependiendo de ello se observaran las fortalezas conservadas y debilidades presentes como lesionar el habla, la habilidad sonora o la destreza para orientarse. Destaca, los contenidos emblemáticos y la agudeza del talento son de idoneidad cognitiva del hombre.

Gardner en 1995, reflexiona sobre las peculiaridades y juicios de la

inteligencia, reconociendo siete capacidades. En el 2001, amplía esta clasificación a dos tipos más: existencial y naturalista.

**Tabla 1: Teorías de la Inteligencias múltiples**

Inteligencia Lingüística	Capacidad para usar el lenguaje en todas sus expresiones y manifestaciones.
Inteligencia Lógica-Matemática	Capacidad para resolver cálculos matemáticos y poner en práctica el razonamiento lógico.
Inteligencia Musical	Capacidad de percibir y expresarse con formas musicales
Inteligencia Espacial	Capacidad para percibir el entorno visual y espacial para transformarlo.
Inteligencia Cinésica-Corporal	Capacidad para expresar ideas y sentimientos con el cuerpo.
Inteligencia Interpersonal	Capacidad para relacionarse con los demás, haciendo uso de la empatía y la interacción social.
Inteligencia Intrapersonal	Capacidad para desarrollar un conocimiento profundo de uno mismo.
Inteligencia Existencial	Capacidad de asimilar e intuir las asuntos místicos de la vida cuestionando la muerte, el infinito, etc.

**Fuente: (Gardner 2019)**

Esta teoría indiscutiblemente aporta al trabajo de investigación, un gran nivel de ciencia científica en lo biopsicosocial y neuromusculo-esquelético que involucra al envejecimiento y el despliegue de habilidades. Se definirá un poco más, de cada una de ellas:

*La Inteligencia Lingüística:* Capacidad oral, expresiva y léxica con paridad laica mediante técnicas de información interpersonal. Expuesta por frases a través de símbolos como letras. Utilizada en lectura, escritura y agudeza de la palabras y lenguaje diario. Domina la comunicación. Es prospera en escritores, poetas, profesores, oradores, etc.

*La Inteligencia Lógica-Matemáticas:* Deduce, calcula, valora ofertas o conjeturas y opera rutinas matemáticas complejas, influjos geométricos de espacio, análisis del método inductivo y deductivo. Usada en solucionar de problemas matemáticos, tareas en lógica inferencial o proposicional. Es aventajada en arquitectos, economistas, ingenieros, matemáticos, etc.

*La Inteligencia Musical:* Se aprecia en la estructura musical, perspicacia, evolución,

locución, organización y perfección de una obra musical, vocal e instrumental. Los sujetos son aptos para seguir el ritmo de una melodía, a través del oído musical o de instrumentos y transmitirlo en notas musicales a los demás. Es muy rica en compositores, músicos, cantantes, etc. Ostenta sentimiento al ritmo, compases, tono y timbre, los sonidos de la naturaleza y medio ambiente.

*La Inteligencia Espacial:* Tiene tres dimensiones, como: apreciar dibujos al exterior e interior deleitarse convertirlas o variarlas. Usada en urbanidad, ubicación geográfica, recorrido de objeto móvil, pericia mobiliaria e inmobiliaria, pasión por línea, forma, figura, espacio. Es afín a la creatividad y rescate mental. Es boyante en científicos, proyectistas, especialistas, artistas, paisajistas, etc.

*La Inteligencia Cinésica Corporal:* Comprende al movimiento, lo físico de las cosas y sus reflejos. Se utiliza en los deportes, bailes u otros dinamismos de eminente control corporal y su capacidad es el aprendizaje por imitación. Esta capacidad se requiere para realizar diligencias de fuerza, rapidez, flexibilidad, coordinación óculo-manual y equilibrio. Es próspera en bailarines, gimnastas, mimos, etc.

*La Inteligencia Interpersonal:* Es propia de destreza para el análisis, distinción ideal de conmociones, etapas de coraje, temperamentos, motivaciones y propósitos de los seres humanos que están a nuestros contornos de vida. Tiene la potestad de advertir cosas de las otras personas más allá de lo que nuestros sentidos logran captar. Es una inteligencia que interpreta las palabras o gestos, o los objetivos y metas de una alocución, logra empatizar con las demás personas. Es destacada en políticos, diplomáticos, profesores, etc.

*La Inteligencia Intrapersonal:* Es complementaria de la interpersonal, es accesible a sentimientos, emociones y se orienta al progreso personal. Es reflexiva y concibe cambios de ánimo, deseos, motivos y emociones que sentimos. Comúnmente se declara atreves de la inteligencia lingüística, por su carácter tan personal e interno, pero utiliza todas las inteligencias en cierta medida en el proceso de reflexión. Es floreciente en monjes, personas espirituales y religiosos.

*La Inteligencia Existencial:* Capacidad de aprender y comprender las cuestiones fundamentales y místicas de la vida. Favorece el hecho de poder plantearse cuestiones sobre la propia existencia, la muerte, el infinito, etc. Su clave, es la tendencia humana a pensar más allá de las grandes cuestiones de la existencia. Esta desarrollada en filósofos, mandatarios políticos, líderes religiosos, grandes

pensadores de la humanidad, etc.

*La Inteligencia Naturalista:* Tiene la capacidad de inspeccionar categorizando los sucesos del ambiente y los seres de la naturaleza. Su esencia reside en el porte que brinda la exploración de plantas, animales y otros elementos del entorno natural. Es una de las inteligencias básica para la supervivencia del ser humano (o cualquier otra especie) y que ha redundado en la evolución. Es boyante en los científicos naturalistas. (Juan José Maldonado Briegas 2016) (Villatoro 2019)

### **III. METODOLOGÍA.**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación.**

El estudio investigativo es tipo propositivo, un proceso dialéctico que incorpora técnicas y procedimientos para solucionar problemas básicos; fomentando así, la formación profesional. (García 2017)

De tal manera, que este estudio se centra en definir la problemática terapéutica y proporcionar los instrumentos idóneos de evaluación, diagnóstico funcional, intervención terapéutica y seguimiento para la aplicación del modelo de terapia recreativa mediante un proceso gerontológico que consta de 4 procedimientos: 1. Se levanta una anamnesis clínico-funcional. 2. Evaluación gerontológica con escalas internacionales de dependencia, depresión y cognitiva; y en casos de analfabetismo. 3. Se determina el nivel cognitivo. 4. La elaboración del programa de terapia recreativa, que es definitivamente la propuesta del estudio.

#### **3.2. Variables y Operacionalización.** (ver tabla de Operacionalización en Anexo)

#### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El trabajo propositivo plantea y se presenta una batería de pruebas constituida por las siguientes:

*Cuestionario de las deficiencias terapéuticas.*

Propósito: dirigirlo a los profesionales y a los adultos mayores.

Objetivo: Evalúa la percepción del tipo de servicio que reciben con el profesional idóneo, en todos los establecimientos gerontológicos geriátricos y si se cumplen con las normativas estatales que los benefician.

*La escala de cognición mini-mental de Folstein.*

Propósito: Medir el deterioro cognitivo.

Objetivo: Evaluar el grado de deterioro que tiene el paciente.

*La escala de depresión geriátrica de Yesavage.*

Propósito: Medir la depresión.

Objetivo: Evaluar los síntomas depresivos del paciente.

*La escala de independencia de Katz.*

Propósito: Medir las actividades de la vida diaria.

Objetivo: Evaluar la funcionabilidad del paciente.

*El set-test de Isaacs.*

Propósito: Ayuda en el diagnóstico de la demencia

Objetivo: Evaluar fluencia verbal semántica en pacientes analfabetos.

Ver anexos: se fundamentará técnicamente cada escala.

### **3.4. Aspectos éticos**

Esta disciplina terapéutica tiene el perfil interdisciplinar, multidisciplinar y transdisciplinar, razón por la que se debe armonizar con un equipo de trabajo participativo e integrador complementando la atención integral de salud. Esta población adulta mayor, se merece que los profesionales involucrados en sus vidas, propongan un servicio de atención gerontológica-geriátrica con conocimiento técnico, trato cálido y una entrega socio-humana que les proporcionen herramientas para enfrentar sus limitaciones, soledades y dependencias que los convierte en vulnerables y frágiles.

Este trabajo investigativo por su metodología propositiva con diseño cualitativo de tipo descriptivo explicativo e interpretativo demanda una revisión sistemática de fuentes primarias y secundarias. Los referentes académicos

permitieron realizar una búsqueda técnica como ciencia investigativa en repositorio de universidades de Europa y de varios países de la región sur de nivel de posgrado, así como productos científicos de la Base de Pcielo, Elsevier de Scopus y de la webScience; también se integró el análisis evidente de políticas públicas en salud e inclusión social del Ecuador (MSP-MIES) y de organizaciones internacionales (OMS-OPS), y de proponentes de teóricos que argumentan los modelos del envejeciente.

En relación, al cumplimiento de la propiedad intelectual establecida como normativa internacional académica, para este trabajo investigativo se ha aplicado las Normas APA emitidas por la Universidad César Vallejo de la Ciudad de Piura, Perú.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Datos referenciales:

**4.1.1. Denominación:** Modelo de Terapia Recreativa basado en la Teoría de Gardner (IM) que asegure la atención adecuada del Adulto Mayor en, Guayaquil-Ecuador.

**4.1.2. Beneficiarios:** Adultos Mayores de todos los entornos socioculturales y de la salud, Familiares y Profesionales, de la Ciudad de Guayaquil-Ecuador.

**4.1.3. Nivel de intervención aplicativa:** Atención especializada.

**4.1.4. Modalidad:** Evaluación, diagnóstico funcional, intervención terapéutica y seguimiento, seguimiento y terapéutica.

**4.1.5. Instrumentos: Proceso gerontológico**

**4.1.6. Nivel educativo:** Adultos Mayores de todos los grados de instrucción y sin instrucción.

**4.1.7. Responsable:** Carmen María Delgado Vilela

### 4.2. Objetivos:

#### 4.2.1. Objetivo general

Aplicar el modelo de terapia recreativa basado en la Teoría de Gardner (IM) identificando las metodologías que permiten optimizar las funciones cognitivas para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil Ecuador

**Objetivos específicos** son:

- Definir las deficiencias terapéuticas recreativas para diseñar programas con actividades que mejoren las funciones cognitivas y aseguren la atención adecuada de los adultos mayores, en Guayaquil Ecuador
- Identificar los orígenes y postulados de la Teoría de Gardner (IM) que sirvan como sustento al modelo de terapia recreativa para mejorar las funciones cognitivas y asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil



Ecuador.

- Aplicar un modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de Gardner (IM) que mejoren las funciones cognitivas asegurando la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.
- Observar los cambios producidos con cada terapia recreativa para mejorar las funciones cognitivas que aseguraron la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.
- Evaluación de los resultados obtenidos con la terapia recreativa basada en la teoría de Gardner (IM) en la mejora de las funciones cognitivas que aseguraron la atención adecuada del adulto mayor.

#### **4.3. Fundamentos**

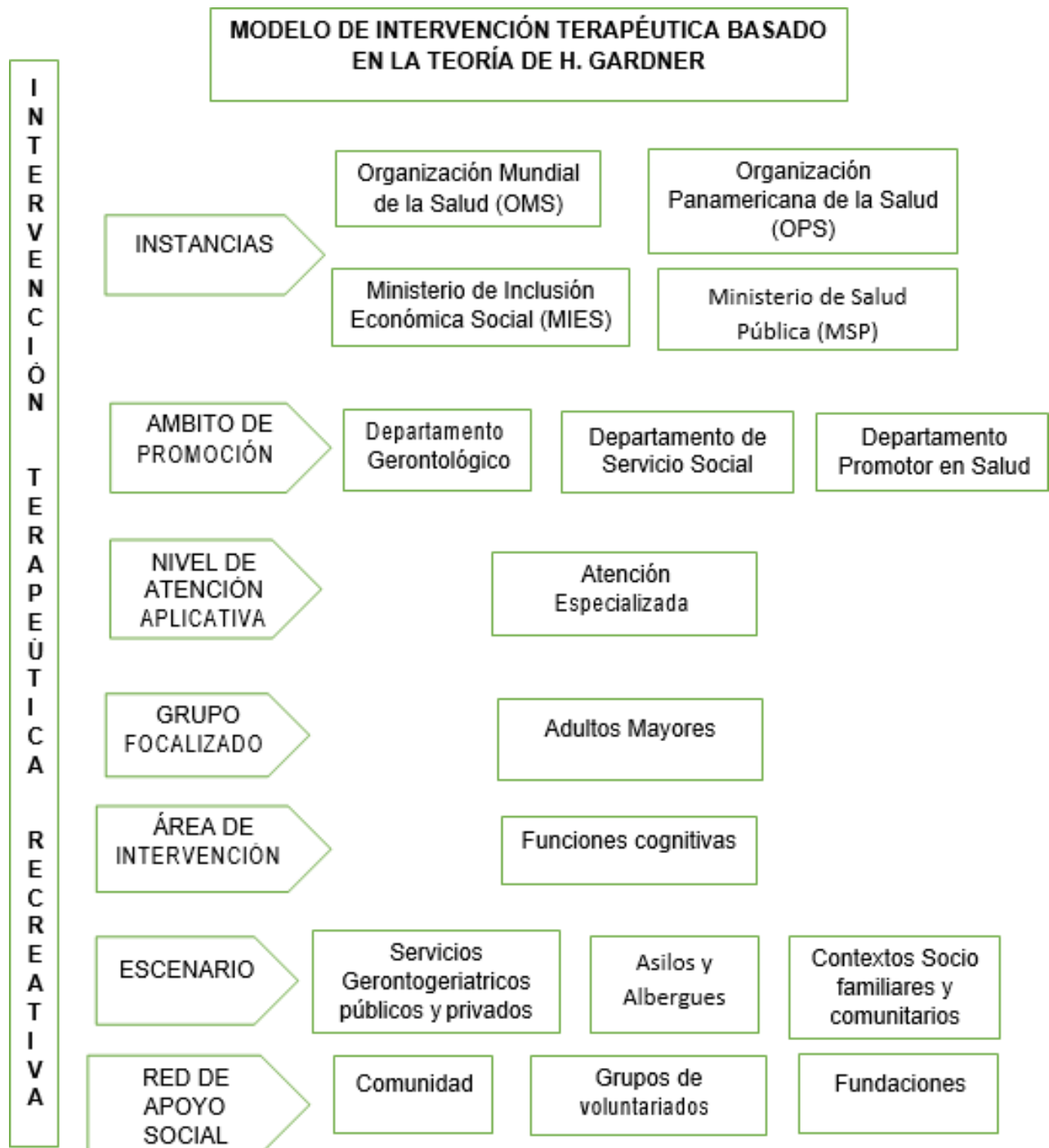
##### **4.3.1. Fundamentos teóricos**

El concepto de Inteligencias Múltiples; el psicólogo estadounidense Howard Gardner dice, que son varias las capacidades de la mente llamada inteligencia, son habilidades de accionar análogo y que, las excluimos o no las valoramos. Por lo tanto, expresa que la inteligencia no es unitaria ya que los seres humanos son versátiles e improvisan ante el desafío de las habilidades mentales; no solo resuelven puzzles y matemáticas, sino que poseen sensibilidad artística y gestionan emociones.

Así pues, Gardner desarrolló la Teoría de las Inteligencias Múltiples que puntualiza, las personas disponen de varias habilidades mentales y autónomas entre sí. En los adultos mayores, como recurso preventivo se debe tener muy presente la comorbilidad y sus complicaciones que se convierten en limitantes para el desarrollo de las habilidades o capacidades inteligentes. De este modo, la familia o los amigos al saber del contenido real que posee su adulto mayor podrán compartir, participar e integrarse sin que se los ignore.

Representa un contrapeso al paradigma tradicional de inteligencia única, revolucionando la concepción de la inteligencia en la pedagogía y la psicología; la inteligencia es tan importante como controvertida.

### 4.3.2. Fundamentos metodológicos



Fuente: Elaboración propia

La intervención de la terapia recreativa en su fundamentación metodológica presenta varias características, como:

Las instancias; internacional (OMS), regional (OPS) y del Ecuador (MIES) y (MSP) son organizaciones que elaboran leyes, normativas, reglamentos y programas en beneficio y protección del adulto mayor. La recreación, es un espacio de la salud física, mental y psicológica en que se sostiene el Buen Vivir de los pueblos del mundo. El MIES y el MSP del Ecuador, tiene en el marco de la constitución disposiciones de las funciones y obligaciones para operar la realidad de esta población etaria, dada la vulnerabilidad y fragilidad en que la mayoría de las veces se encuentran; la recreación está contemplada ciertamente para optimizar la aptitud de vida del adulto mayor.

Del ámbito promocional, existe departamento, área o unidad como el gerontológico, servicio social y los promotores de salud quienes son los encargados de difundir, socializar y promocionar los beneficios de la práctica de actividades recreativas basadas en las capacidades inteligentes que desarrollan las habilidades cognitivas y así enfrentar el detrimento de las autonomías físicas mentales y psicoemocionales del adulto mayor. Objetivo básico, es concienciar al envejeciente del beneficio de experimentar estilos saludables de vida para alcanzar una vejez activa, dinámica e independiente.

Es importante considerar el nivel de atención aplicada de la intervención terapéutica recreacional, comenzando por cambiar el paradigma de lúdismo por el de tratamiento o terapéutica aplicando programas definidos técnicamente convirtiéndose en atención especializada. Porque analiza, evalúa y determina factores biopsicosociales y neuromusculoesqueléticos que precisarán las actividades recreativas dirigidas a fortalecer las deficiencias presentes. Luego de cierto tiempo de aplicado el programa se vuelve analizar y evaluar estos factores realizando en seguimiento de la mejora, estancamiento o retroceso de la salud del adulto mayor.

La intervención terapéutica recreativa va enfocada a la población adulta

mayor, debido al alto índice de pérdidas cognitivas producida no solo por la cronología de la edad, sino por la presencia de una variedad de enfermedades (ACV, párkinson, demencias, diabetes, esquizofrenia y otras) que afectan las habilidades cerebrales y como consecuencia afectan la funcionabilidad de sus actividades diarias ejecutivas.

El área de evaluación, es indiscutiblemente los procesos cognitivos, porque son estos procesos intelectuales cerebrales que, al encontrarse afectados por enfermedades neurológicas, neurodegenerativas, psicológicas, laborales, neuropsiquiátricas, endocrinológicas y otras merman la funcionabilidad e integración sociofamiliar del ser humano sobre todo en periodo senil. Debiendo ser evaluados periódicamente para aplicar terapéuticas recreativas que ayuden a lentificar, conservar o potenciar el deterioro de las habilidades cognitivas.

Por ello es importante visualizar los escenarios en que se desenvuelve el adulto mayor requiriendo de atención adecuada y especializada del día, como son: los servicios gerontológicos (públicos y privados) en hospitales, clínicas, centros gerontológicos de prepago, fundaciones. Como también los de atención permanente asilos, hospicios, albergues. Sin dejar de señalar el escenario sociofamiliar al existir adultos mayores que viven solos o pasan durante el día solos por que las familias trabajan. El comunitario, donde se aprecia en muchas ocasiones el abandono de adulto mayores. Todos ellos en general necesitan de programas recreativos de atención adecuada a sus necesidades factoriales que les brinden calidad de vida.

Sin embargo, no hay que dejar de anotar la existencia de redes de apoyo social que suelen intervenir como las fundaciones, los grupos de voluntariado y la sociedad en general, pero que por ser sin fines de lucro no tienen para la remuneración (en una sociedad que padece de ingresos), motivo por el cual no logran ejecutar programas terapéuticos recreativos a la gran población adulta mayor que va en aumento día a día. Lo que se logra brindar se enmarca en deficiencias de conocimiento y técnica, razón por la cual el lúdismo es el instrumento para llenar estos espacios de atención con resultados nada

halagadores en contrarrestar el detrimento cognitivo.

Finalmente existe una triada actoral, el adulto mayor que demanda atención multidisciplinar. El rol de la familia y amigos, es fundamental para el fortalecimiento de las relaciones humanas del envejeciente. El profesional, su accionar es determinante en el logro de una salud integral.

## V. DISCUSIÓN

Antes de emitir las recomendaciones parte de este trabajo investigativo, considero aportar con una reseña de importancia. El ámbito de la recreación terapéutica surge en Norteamérica, estableciendo dos figuras filosóficas de atención o servicio: 1. el uso de actividades recreativas como instrumento terapéutico en dolencias y discapacidades, y 2. las rutinas recreativas con finalidad de intervención para personas institucionalizadas. Esta es una realidad disciplinaria existente a nivel internacional, pero a pesar de que la población del envejeciente va en aumento y lo demanda sus afecciones, la especialidad es limitada; y conseguir realizarla es mucho más difícil sobre todo en la región. (Alvarado 2011)

La problemática que muestran los programas recreativos del adulto mayor en Guayaquil Ecuador, demandan de análisis por las deficiencias producto de no contar con el profesional idóneo, quien se forma para ejercer la especialidad.

Razón por la cual se deja de lado el desarrollo cognitivo como terapéutica, quedando como simples actividades lúdicas de entretenimiento sin lograr beneficio para la salud ni para una atención adecuada. Christina Hayden, (2009), terapeuta recreativa asegura, las actividades recreativas pueden creerse una diversión, pero no es así, están proyectadas a un fin especial. Son dinámicas de diversiones cuyo provecho es resolver carencias y enfrentar las deficiencias configurando una acción para abordar además lo social, emocional, física y cognitiva del individuo.

La terapia recreativa convierte a las actividades del entretenimiento (lúdicas) en tratamientos terapéuticos que optan por herramientas cognitivas que ofrecerán garantías eficaces en la adecuada atención del adulto mayor, las mismas que son coherentes con aspectos biopsicosociales y neuromusculares. Estas ideas son compatibles con la propuesta hecha por C. Linares y M. De León (2018)

en su trabajo investigativo, quienes asumen una posición clara en el sentido de que “gracias a diversos juegos y un adecuado entrenamiento se puede propiciar la plasticidad cerebral que mejore las habilidades cognitivas para la buena salud del cerebro e incluso prevenir enfermedades neurodegenerativas o el simple deterioro por el envejecimiento”. (López 2018)

El criterio del proceso gerontológico consta de procedimientos con información y evaluaciones que otorgarán la valía de la terapia recreativa a ejecutarse. La información obtenida ayudará a formular un pronóstico presuntivo con el deber de hacer un seguimiento que considerará el progreso, estancamiento o retroceso de las capacidades propias del paciente. Este criterio coincide con la Norma técnica gerontológica del MIES Ecuador para la Atención integral al adulto mayor que efectúa una valoración completa, que es un “proceso sistemático y dinámico para estratificar al usuario y desarrollar estrategias concretas tomando en cuenta factores como: salud, funcionabilidad, mental, nutricional, social, económico y de intervención considerando sus recursos y entorno sociofamiliar (Económica 2018)

El gradual deterioro de las capacidades funcionales convierte al ser humano susceptible a una gran variedad de cambios morfológicos afectando la funcionabilidad cognitiva, pudiéndose mejorar y conservar practicando sistemáticamente actividades recreativas pautadas técnicamente de acuerdo a las deficiencias en las capacidades cognitivas de cada paciente. Lo expuesto, guarda analogía con lo citado por E. Arriola, (2017), coordinador del Grupo de Demencias de la Sociedad Española de Gerontología y Geriatria, sobre la terapia no farmacológica “es una mediación no química defendida, focalizada y replicable hipotéticamente sobre el paciente que puede llegar a adquirir un beneficio notable de gran potencial”.

Explica, la seguridad aplicativa dependerá de una buena valoración cognitiva, adentrarse en los apegos y pasiones de las personas y hacer valer al máximo sus habilidades viables, la estimulación y colaboración en actividades de diversa índole. Además de la elaboración de un programa multicomponente que

trate las áreas cognitivas mantenidas o no dañadas. (Enríquez 2017)

Para ello, siguiendo los lineamientos de funcionabilidad cerebral se ha considerado a la Teoría de H. Gardner (IM), que provee de nueve capacidades cognitivas que sustentará la propuesta del modelo de terapia recreativa permitiendo crear una gran variedad de actividades para cada capacidad.

Gardner, expresa que la inteligencia no es unitaria los seres humanos son versátiles e improvisan ante el desafío de las habilidades mentales; aparte de resolver puzzles y matemáticas, poseen sensibilidad artística y tratan emociones. (Juan José Maldonado Briegas 2016)

El envejecimiento, como recurso preventivo se debe tener muy presente la comorbilidad y sus complicaciones que se convierten en limitantes para el desarrollo de las habilidades inteligentes. Estas deficiencias cognitivas percibidas precisan de una triada actoral como es; el adulto mayor demandando atención multidisciplinar, la familia con su rol básico en las interrelaciones y el profesional ejerciendo una atención adecuada. En este contexto, cabe señalar la complejidad de criterio en el último Informe de la Organización Mundial de la salud en el tema del envejecimiento, expresa, la comorbilidad en senectud es una probabilidad latente, ósea, varias enfermedades crónicas al mismo tiempo que pueden provocar trastornos en sus tratamientos formulados. (salud 2015)

La terapia recreativa se sustenta en la práctica sistemática que conservará las habilidades cognitivas; y de otros factores como la condición social, el sexo, la edad, el género, la comorbilidad, el tiempo de sesión, la hora correcta, el clima y la ingesta farmacológica. Conjugando este criterio con Byron Hernández, (20017), de la Universidad De las Fuerzas Armadas de Ecuador que dice, estos programas se crean con casuística, evaluación previa del proceso, selección de actividades, dosis de carga y la vigilancia de las rutinas. (Byron Hernández Aguilar 2017)



## VI. CONCLUSIONES

1. Las deficiencias que revelan los programas recreativos para el adulto mayor son encasillados en el paradigma del entretenimiento (lúdismo). De tal manera, que al no existir en el Ecuador esta especialidad responsable del diseño, elaboración y ejecución de programas recreacionales para la atención gerontológica educativa con las técnicas apropiadas, esta población etaria presenta mermas cognitivas que muchas veces se las considera propias de edad, pero otras veces las provocan enfermedades adquiridas o degenerativas (ACV, Alzheimer, Parkinson, DCL y otras), que comprometen funciones cerebrales, como: atención, memoria, inteligencia, concentración, percepción, reflexión, lenguaje que se agravan si no se las ejercita o estimulan.
2. Son varias las especialidades y muchos los investigadores científicos que estudian la senectud y sus contextos (gerontología) es entonces, que desde la neuropsicología, el investigador estadounidense H. Gardner (1983) con su teoría de las inteligencias múltiples permite sustentar al presente trabajo investigativo, al enfocar las capacidades (lingüística, lógica-matemática, musical, espacial, cinética-corporal, interpersonal, intrapersonal, existencial y naturalística) definiendo y clasificando actividades recreativas en relación a cada una de ellas.
3. Esta investigación confirmó (Gardner, 1992), que al ser humano le pertenecen los nueve géneros de inteligencia; no obstante, una destaca más, en una u otra actividad ejecutada, razón suficiente e importante de desarrollar y estimular más algunas de estas destrezas con el objetivo de enfrentar y desafiar el día a día, muy aparte del trabajo o responsabilidad que desempeñe el ser humano.
4. La propuesta del Modelo de terapia recreativa con el enfoque cognitivo que sostiene H. Gardner de los contenidos inteligentes del hombre, posibilita lentificar el proceso de envejecimiento negativo y obtener una vida dinámica, útil, productiva y socialmente participativa que rasgarán la pugna generacional y los estereotipos de la vejez procesando

experiencia, liderazgo, solidaridad y reconciliación. Los programas constan de variados planes de disfrute y sentimientos por la vida, que revelan nuevos valores individuales con predisposición a realizar tareas que antes no se hacían, socorriendo al trabajo psicomotriz apropiado; el salvaguardar las capacidades productivas y conservar el equilibrio, coordinación, flexibilidad y expresividad corporal frenteando las incapacidades en general; ósea gozar de autonomías. (M. Álvarez )

## VII. RECOMENDACIONES

1. La educación superior, juega un papel decisivo en este ámbito por ser la encargada de formar profesionales idóneos y competentes para cubrir estos espacios de atención que la salud demanda, como consecuencia del perfil epidemiológico que muestra una gran variedad de enfermedades que afectan las funciones cognitivas deteriorando las autonomías físicas, mentales y psicoemocionales. Por ello, se exhorta a la academia ofertar la carrera de terapia recreativa a nivel superior; así se evitará que la salud quede en manos de personal no apropiado, que manipulan patologías sin técnicas o metodologías oportunas, debiendo ser tratada con responsabilidad, ética, y eficiencia como atención integral del adulto mayor.
2. Es momento de asumir los efectos positivos que logran los programas recreativos cuando se los aplica con el criterio técnico apropiado, cambiando el paradigma de lúdismo por el de terapéutica. Por ello, la siguiente recomendación es postular a la terapia recreativa con un claro significado de tratamiento en salud; por ser una disciplina confiable y factible ejecutada por un profesional idóneo que conjuga la recreación y la recuperación. Es cuando el adulto mayor endosara su bienestar a la práctica dinámica cognitiva que mejorara sus habilidades cerebrales como la inteligencia, atención, memoria, concentración y reflexión.
3. La sociedad, hoy en día tiene una gran población senil con mayor rango de vida que demandan de terapéuticas recreacionales que logren estilos saludables de vida a través de dinámicas útiles que armonicen todos los entornos en que se desenvuelven. Es así, que la última recomendación involucra la difusión, socialización y promoción del Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la teoría de H. Gardner (IM) como estrategia de salud integral y calidad de vida, que se aplique y se replique en todas las instituciones con servicio gerontológico geriátrico sean públicos o privados, de estancia al día o de permanencia y que integre el equipo inter y multidisciplinario de rehabilitación (terapeuta

físico, ocupacional y lenguaje y psicólogos) en hospitales, clínicas, fundaciones, hospicios, asilos, albergues, centros de recreación y otros que brinden asistencia al adulto y al adulto mayor,.

## VIII. PROPUESTA

El estudio de la mente tiene ramas especializadas como la neurología, la psicología, la fisiología y la pedagogía que se fusionan y profundizan en el estudio de la organización cerebral y el intelecto como es el procesamiento de la información humana que busca el perfil distintivo de las capacidades (o incapacidades) del individuo. Las funciones cognitivas e intelectivas esta regidas por áreas concretas en la corteza cerebral; es así, que la inteligencia humana argumenta su accionar en tareas, conductas y espacios definidos.

El fundamento de la propuesta, es atender el desarrollo de las habilidades cognitivas (aprendizaje, memoria, percepción, atención) que parte de la definición clásica y pluralista de H. Garden y su teoría de las inteligencias múltiples, que dice “es el conjunto de habilidades, talentos o capacidades mentales que poseen el arte de solucionar problemas y crear productos explícitos de calidad logrando un objetivo calificado”.

Entonces llevado el campo de la gerontología geriátrica, es normal que el individuo morfológicamente presente mengua de ciertas zonas cerebrales como es el hipocampo donde se encuentran, con consecuencias deficitarias de patrones neurofuncionales, según los avances de la neuropsicología y la neurociencia es el sedentarismo y la depresión factores que lentifican los procesos cognitivos. Es cuando, la Teoría de Gardner (IM) descifra mantener estimuladas las capacidades cognitivas para impulsar una sinapsis eficiente, permitiendo que el adulto mayor concientice las ventajas de conservarlas; razón explícita de la Terapia Recreativa y base de la propuesta.

El criterio metodológico pedagógico guiara el desarrollo de la propuesta que se asienta en un *proceso gerontológico de terapia*

recreativa que contiene cuatro niveles de acción con sus procedimientos; pero antes se presenta una tabla síntesis que pilotara luego la descripción explicativa de cada procedimiento, a continuación:

**Tabla 2: Proceso Gerontológico de la Terapia Recreativa**

Niveles de acción	Procedimientos
1. Se levanta una anamnesis clínico-funcional	Nombre y apellidos-Edad-Antecedentes biopsicosociales Diagnóstico clínico- funcional- Pronostico y otros ítem
2. Se realiza 3 evaluaciones gerontológicas con escalas internacionales	Escala de Independencia de Katz, Escala de Depresión de Yesavage Modificada Escala de cognición de MMSE Modificado  Set-test de Isaacs (analfabetos)
3. Se determina el nivel cognitivo mediante una tabla que contiene 3 niveles, con 4 parámetros	<i>Parámetros a medir:</i> colores y formas; números y letra; tiempo y espacio; habilidad y creatividad  Nivel I: No identifica  Nivel II: Poco identifica Nivel II: Si identifica
4. Se elabora el programa de actividades de terapia recreativa	<i>Se ejecutan 3 actividades:</i> Aplicando un máximo de 3 tareas x actividad que engloba 40 min. a 1 hora la atención, un mínimo de 3 veces x semana sea grupal o personal

Fuente: Elaboración propia.

Luego de la información obtenida en los procedimientos anteriores, es el cuarto procedimiento donde se concreta la propuesta de la terapia recreativa con la prioridad es establecer actividades recreacionales propicias con enfoque basado en la Teoría de Gardner (IM) que aseguran la atención adecuada al tratar, mejorar y conservar las habilidades cognitivas del adulto mayor.

A continuación, se presenta el Plan Operativo de la propuesta

**Tabla 3: Plan Operativo de la Propuesta**

<b>Sesiones</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estrategias</b>	<b>Actividades</b>	<b>Medios y materiales</b>	<b>Evidencias</b>
<b>Sesión 1 Capacidad Lingüística</b>	-Fortalecer el dialogo, la locución y la pronunciación	-Diálogos sobre seguridad, confianza. -Conversatorio entre dos personas -Ejercicios de vocalización.	-Lectura sonora -Oratoria -Conversatorios -Poesía -Trabalenguas	-Libros, revistas, poemarios. -Obras literarias. -Parlante y micrófono -Aparato reproductor	-Dialogo fluido -Confianza de expresión - No miedo escénico
<b>Sesión 2 Inteligencia Lógica - Matemática</b>	-Mejorar la lógica, el raciocinio y la reflexión	-Estimulación al razonamiento lógico. -Ejercicios de memoria con operaciones aritméticas	-Retroalimentación Psicopedagógica -Desarrollo de pensamiento -Ejercicios de memoria	-Hojas impresas con contenido educativo. -Hojas impresas con dibujos organizacionales -Materiales de escritorio -Lápices de color, crayones	. Resuelve problemas arieticos. -Coordina pensamiento -Identifica formas, fechas, lugares, números. Letras -Maneja mejor su economía.
<b>Sesión 3 Inteligencia Musical</b>	-Fomentar el sentimiento musical mediante el canto, la música y la danza	-Concurso de canto -Concurso de baile -Concurso de Karaoke -Prácticas de instrumentos musicales	-Canto y Baile (época generacional) -Karaoke -Entonar Instrumentos musicales	-Radio -Videos -Guitarra -Piano -Castañuelas -Aparato reproductor -Cancionero	-Le agrada cantar y bailar. -Es sociable -Se integra con facilidad -Está de buen humor siempre
<b>Sesión 4 Capacidad Espacial</b>	-Fortalecer sensorialmente la ubicación tiempo/espacio	-Reconocimiento de lugares en el tiempo -Estrategias de contacto y palpación -Estimulaciones visoespaciales	-Crucigramas -Escritura -Dibujo y Pintura -Trabajo manual -Sopas de letras y números	-Hojas impresas con figuras -Materiales de escritorio -Lápices de colores -Plastilina	-Se desplaza con mayor seguridad -Se mantiene alerta ante cualquier situación -Está pendiente de todo
<b>Sesión 5 Capacidad Cinésica-Corporal</b>	-Fomentar la independencia, y el desplazamiento	-Inducir a las caminatas -Impulsar el deporte -Inculcar a realizar ejercicios	-Rompecabezas -Gerontogimnasia -Competencias -Deportes -Psicomotricidad	-Rompecabezas de varias piezas colores y figuras -Pelotas, aros, botellas -Espacios abiertos y seguros -instrumentos de control S.V	-Desplazamiento activo y seguro -Agilidad mental y física -Personalidad proactiva

<b>Sesión 6 Capacidad Interpersonal</b>	-Fomentar las relaciones humanas, sociales y familiares	-Desarrollar la competitividad sana. -Impulsar el poder de decisión -Realizar talleres de integración social	-Juegos de mesa -Cultura general -Refranes -Adivinanzas -Agasajos -Bingo	-Naipes. domino, parchís, dama, ajedrez -Hojas impresas con material de resoluciones mentales -Tablas de bingo -Material de escritorio	-Actitud participativa e integradora -Personalidad solidaria -Buen carácter -Conducta alegre amigable
<b>Sesión 7 Capacidad Intrapersonal</b>	-Potenciar la capacidad de autoconciencia	-Estimular la autoestima y la meditación -Desarrollar la dinámica del yo valgo y existo -Impulsar talleres de autorreflexión solidaria	-Computación -Talleres de integración social -Teatro -Juego de palabras.	-Hojas pedagógicas formateadas -Material de escritorio -Computadoras, tables o móviles	-Personalidad proactiva -Posee poder de decisión -Seguridad y confianza en si mismo
<b>Sesión 8 Capacidad Existencial</b>	-Fomentar la paz espiritual, el compañerismo y la solidaridad	-Transmitir el goce o espiritual. -Incentivar obrar con apoyo y lealtad	-Cultura general -Talleres familiares -Retiros espirituales -Manualidades modernas	-Material de escritorio y pedagógico -Manejar un cronograma de lugares accesibles -Materiales de costuras, tejidos y bordados	-Personalidad afable -Carácter amigable y solidario -Presencia tranquila y agradable
<b>Sesión 9 Capacidad Naturalista</b>	-Fortalecer las armonías con el ecosistema	-Desarrollar la autonomía. -Estimular el disfrute de la naturaleza	-Paseos: museos jardines botánicos, zoológicos -Corredor turístico -Jardinería/Huerto -Convivencia animal	-Manejo de cronograma a lugares naturales -Visita a refugios de animales -Abastecimientos de semillas de flores y frutos	-Denota sencillez y buen trato Pensamiento sano y agradable Personalidad proactiva
<b>Sesión 10 Retroalimentación</b>	-Fomentar y promover dinámicas recreativas factibles	-Fusionar capacidad cognitiva con recreación -Socializar la efectividad de los programas recreativos	-Se definen actividades para cada capacidad -Se elabora un cuestionario de satisfacción para el adulto mayor	-Abastecimientos de papelería y materiales de escritorio -Abastecimiento de materiales para todas las actividades	-Se percibe satisfacción en los participantes -Se observa progreso positivo físico mental y psicoemocional de los participantes



La ejecución de un programa de terapia recreativa, es diaria, de 60 minutos a 75 minutos, con un mínimo de 3 veces por semana. A excepción de paseos, agasajos, retiros espirituales o corredor turístico que requieren de 1 a 2 horas.

**Tabla 4: Resumen de actividades recreativas basada en la Teoría de Gardner de la propuesta**

No. SESIÓN	OBJETIVO	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
<b>Sesión 1</b> Capacidad Lingüística	Fortalecer el dialogo, la locución y la pronunciación	Lectura sonora-Oratoria- Conversatorios- Poesía-Trabalenguas
<b>Sesión 2</b> Inteligencia Lógica - Matemática	Fortalecer la lógica, el raciocinio	Retroalimentación Psicopedagógica Desarrollo de pensamiento- Ejercicios de memoria.
<b>Sesión 3</b> Inteligencia Musical	Desarrollar creatividad, despliega sentimientos y emociones.	Canto-baile (época generacional) Karaoke Entonar Instrumentos musicales
<b>Sesión 4</b> Capacidad Espacial	Se fortalecer el equilibrio, la coordinación ubicación tiempo/espacio  Estimula el tacto y rasgos	Crucigramas-Escritura-Dibujo-Pintura- Plastilina- Sopas de letras y números.
<b>Sesión 5</b> Capacidad Cinésica-Corporal	Fortalecer la independencia, el desplazamiento y la marcha	Rompecabezas-Gerontogimnasia- Competencias-Deportes- Psicomotricidad-Manualidades modernas.
<b>Sesión 6</b> Capacidad Interpersonal	Fomentar las relaciones humanas, sociales y familiares	Juegos de mesa-Cultura general- Refranes- Adivinanzas-Agasajos-Bingo
<b>Sesión 7</b> Capacidad Intrapersonal	Potenciar la autoestima y el desarrollo del Yo valgo y existo	Computación-Talleres de integración social- Teatro-Juego de palabras.
<b>Sesión 8</b> Capacidad Existencial	Fomentar la paz espiritual, el compañerismo y la solidaridad	Cultura general-Talleres de participación familiar-Retiros espirituales.
<b>Sesión 9</b> Capacidad Naturalista	Estimular las relaciones con el universo y la convivencia	Paseos-Corredor turístico- Jardinería/Huerto-Convivencia animal
<b>Sesión 10</b> Retroalimentación	-Elaborar y promover dinámicas recreativas factibles	-Cada capacidad tendrá sus actividades definidas  -Se elabora un cuestionario de satisfacción para el adulto mayor

Fuente: Elaboración propia

Seguidamente se desarrolla cada sesión

**Tabla 5: SESIÓN1 Capacidades Lingüísticas**

<b>Actividad</b>
<p><b>Contenido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lectura sonora</li> <li>- Oratoria</li> <li>- Conversatorios</li> <li>- Poesía</li> <li>- Tralenguas</li> <li>- ¿Existirá preferencias por alguna actividad?</li> <li>- ¿Son estas actividades suficientes para lograr el objetivo?</li> </ul>
<p><b>Objetivo de la actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer el dialogo, la locución y la pronunciación</li> </ul>
<p><b>Estrategias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diálogos sobre seguridad, confianza.</li> <li>- Conversatorio entre dos personas</li> <li>- Ejercicios de vocalización.</li> </ul>
<p><b>Descripción de la actividad:</b></p> <p><b>- Identificar los problemas de lenguaje</b></p> <p>La buena observación a la articulación de palabras, al timbre de voz y la fonética brindara la oportunidad de aplicar ejercicios de lenguaje, respiratorios y maxilofaciales que mejoren el dialogo o la conversación con confianza y sin temor.</p>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 6: SESIÓN2 Capacidad Lógico Matemático**

<b>Actividad</b>
<p><b>Contenido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroalimentación Psicopedagógica</li> <li>- Desarrollo de pensamiento</li> <li>- Ejercicios de memoria.</li> <li>- ¿Estas actividades son relativas a la razón y la reflexión?</li> <li>- ¿Sabrán discernir sobre el razonamiento lógico?</li> </ul>
<p><b>Objetivo de la actividad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la lógica, el raciocinio y la reflexión para hacer un buen juicio crítico.</li> </ul>
<p><b>Estrategias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimulación al razonamiento lógico.</li> <li>- Ejercicios de memoria con operaciones aritméticas.</li> </ul>
<p><b>Descripción de la actividad:</b></p> <p><b>- Manejar estrategias de raciocinio y reflexión</b></p> <p>Los dinamismos de la vida diaria necesitan de la habilidad ejecutiva con razonamiento lógico que requieren de pensamiento y criterio formado en la toma de decisión que favorezcan las diferentes necesidades biopsicosociales</p>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 7: SESIÓN3 Capacidad Musical**

<b>Actividad</b>
<b>Contenido:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canto-baile (época generacional)</li> <li>- Karaoke</li> <li>- Entonar Instrumentos musicales</li> <li>- ¿Son actividades que armonizan el cuerpo y el alma?</li> <li>- ¿Acaso producen relajamiento y bienestar musical?</li> </ul>
<b>Objetivo de la actividad:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar el sentimiento musical mediante el canto, la música y la danza</li> </ul>
<b>Estrategias:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concurso de canto</li> <li>- Concurso de baile</li> <li>- Concurso de Karaoke</li> <li>- Prácticas de instrumentos musicales</li> </ul>
<b>Descripción de la actividad:</b>
<p><b>- Salvando la interacción creativa</b></p> <p>A la vanguardia de las destrezas creativas, se encuentran los sonidos y los ritmos musicales, es una fuente de energía dinámica que permite generar sentimientos musicales entre el cuerpo y el alma.</p>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 8: SESIÓN4 Capacidad Espacial**

<b>Actividad</b>
<b>Contenido:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crucigramas</li> <li>- Escritura</li> <li>- Dibujo/Pintura</li> <li>- Plastilina</li> <li>- Sopas de letras y números</li> <li>- ¿Ayudarán estas actividades a identificar lugares y espacios?</li> <li>- ¿Será necesario el conocimiento de nuestros puntos de entorno?</li> </ul>
<b>Objetivo de la actividad:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer sensorialmente la ubicación de tiempo/espacio</li> </ul>
<b>Estrategias:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de lugares en el tiempo</li> <li>- Estrategias de contacto y palpación</li> <li>- Estimulaciones visoespaciales</li> </ul>
<b>Descripción de la actividad:</b>
<p><b>- Ubicar el dónde estoy y voy</b></p> <p>Las acciones de un día son orientadas a ocupar un lugar en el espacio, que se transforma luego en figura ejerciendo el contacto con el entorno.</p>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 9: SESIÓN5 Capacidad Cinética Corporal**

<b>Actividad</b>
<b>Contenido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rompecabezas</li> <li>- Gerontogimnasia</li> <li>- Competencias/Deportes</li> <li>- Psicomotricidad</li> <li>- Manualidades modernas</li> <li>- ¿El movimiento es el motor del cuerpo?</li> <li>- ¿Es la motricidad quien genera independencia?</li> </ul>
<b>Objetivo de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la independencia y el desplazamiento.</li> </ul>
<b>Estrategias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inducir a las caminatas</li> <li>- Impulsar el deporte</li> <li>- Inculcar a realizar ejercicios</li> </ul>
<b>Descripción de la actividad</b> <p><b>- Promover el libre desplazamiento</b></p> <p>Los dinamismos de la vida diaria, la habilidad ejecutiva y movilidad libre e independiente, es la labor del individuo en el día a día. El ejercicio físico y mental preserva las autonomías como seres útiles en sociedad.</p>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 10: SESIÓN6 Capacidad Interpersonal**

<b>Actividad</b>
<b>Contenido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Juegos de mesa</li> <li>- Cultura general</li> <li>- Refranes/Adivinanzas</li> <li>- Agasajos</li> <li>- Bingo</li> <li>- ¿Mantener contacto sociofamiliar genera estabilidad emocional?</li> <li>- ¿Las relaciones humanas es integradora social y familiar?</li> </ul>
<b>Objetivo de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar las relaciones humanas, sociales y familiares</li> </ul>
<b>Estrategias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar la competitividad sana.</li> <li>- Impulsar el poder de decisión</li> <li>- Realizar talleres de integración social</li> </ul>
<b>Descripción de la actividad:</b> <p><b>- Salvaguardando la interacción humana</b></p> <p>Los seres humanos vivimos en sociedad, motivo fundamental para manejar relaciones de convivencia sana para el buen vivir. La sociedad es participación e integración que originan poder de decisión y a su vez estados emocionales gratos.</p>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 11: SESIÓN7 Capacidad Interpersonal**

<b>Actividad</b>
<b>Contenido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computación</li> <li>- Talleres de integración social</li> <li>- Teatro</li> <li>- Juego de palabras</li> <li>- ¿Ser participativo brinda el estado de bienestar interior?</li> <li>- ¿Se necesita de la autoestima para estar en sociedad?</li> </ul>
<b>Objetivo de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar la capacidad de autoconciencia</li> </ul>
<b>Estrategias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular la autoestima y la meditación</li> <li>- Desarrollar dinámicas del yo valgo y existo</li> <li>- Impulsar talleres de autorreflexión solidaria</li> </ul>
<b>Descripción de la actividad:</b> <b>- Descubriendo el Yo en espacio real</b> El individuo es sensato en su accionar, aunque existen etapas en la vida donde seguridad y confianza se merma, como es el envejecer. Es cuando se requiere realizar acciones que fomenten el valor del yo interior que logren un estado de bienestar sensato.

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 12: SESIÓN8 Capacidad Existencial**

<b>Actividad</b>
<b>Contenido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cultura general</li> <li>- Talleres de participación familiar</li> <li>- Retiros espirituales.</li> <li>- ¿El ejercicio espiritual reconforta el alma?</li> <li>- ¿La solidaridad es un acto de fraternidad?</li> </ul>
<b>Objetivo de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la paz espiritual, el compañerismo y la solidaridad</li> </ul>
<b>Estrategias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmitir regocijo espiritual.</li> <li>- Incentivar obrar con apoyo y lealtad.</li> </ul>
<b>Descripción de la actividad:</b> <b>- Sanidad espiritual en camino</b> Armonizar el cuerpo y el alma es un símbolo del Yo existo, estoy presente para servir, dar y compartir; es un mecanismo mental que reconforta el espíritu y concede paz interior ante cualquier estado emocional negativo.

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 13: SESIÓN9 Capacidad Naturalista**

<b>Actividad</b>
<b>Contenido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paseos</li> <li>- Corredor turístico</li> <li>- Jardinería/Huerto</li> <li>- Convivencia animal</li> <li>- ¿Es necesario mantener relaciones con el universo?</li> <li>- ¿Convivir con el ambiente natural sustituye la falta de afecto?</li> </ul>
<b>Objetivo de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer las armonías con el ecosistema</li> </ul>
<b>Estrategias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar la autonomía.</li> <li>- Estimular el disfrute de la naturaleza</li> </ul>
<b>Descripción de la actividad:</b> <b>- Al rescate de la convivencia natural</b> El universo nos ofrece una naturaleza extensa de cielo, mar y tierra; es importante aprovechar cada espacio de nuestro entorno que indiscutiblemente nos permite sustituir o llenar vacíos físicos, afectivos y mentales cuando convivimos en armonía con ella, como son los animales y las plantas.

**Fuente: Elaboración Propia**

**Tabla 14: SESIÓN10 Retroalimentación**

<b>Actividad</b>
<b>Contenido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Generar un abanico de actividades recreativas que enfrenten las carencias de cada capacidad inteligente.</li> <li>- ¿Es recomendable este tipo de terapéutica?</li> <li>- ¿Estas actividades lograrán resultados efectivos?</li> <li>-</li> </ul>
<b>Objetivo de la actividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar y promover dinámicas recreativas factibles</li> </ul>
<b>Estrategias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fusionar capacidad cognitiva con recreación</li> <li>- Socializar la efectividad de los programas recreativos</li> </ul>

**Descripción de la actividad:**

**- Recapitulando**

Cada capacidad inteligente posee la técnica que fusionada a la recreación se convierte en estrategia terapéutica gerontológica. Se elabora un cuestionario de preguntas para el adulto mayor de carácter evaluativo de satisfacción.

1. ¿Considera usted que es importante ejercitar la memoria?
2. ¿Le gustaría realizar actividades físicas de poco esfuerzo?
3. ¿Cree usted que los juegos de mesa son entretenidos?
4. ¿Le agradecería recordar su niñez y adolescencia?
5. ¿Los conocimientos adquiridos se los debe practicar?
6. ¿Los actos sociales ayudan a la integración y participación?
7. ¿La creatividad se le dificulta?
8. ¿Es usted apegada a su familia?
9. ¿Le agrada estar sola o en compañía?
10. ¿Sabe que es la terapia recreativa?

**Fuente: Elaboración propia**

## REFERENCIAS

- Aliaga, E., S. Cuba, y M. Mar. junio de 2016.  
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2143/2243>.
- Álvarez, Meli. «SlideShare.» 16 de mayo de 2015.  
<https://es.slideshare.net/melialvarezobregon/recreacin-en-el-adulto-mayor-48233627>.
- Araque-Jaramillo2, María Fernanda Lara-Díaz1 • Judy Constanza Beltrán- Rojas1 • Sandra Milena. 20 de enero de 2019.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/60831/71734>.
- Araque-Jaramillo2, María Fernanda Lara-Díaz1 • Judy Constanza Beltrán- Rojas1 • Sandra Milena. «Resultados de un programa de estimulación lingüística y cognitiva dirigido a adultos mayores y su impacto en la calidad de vida.» Revista de la Facultad de Medicina, 2019: p. 75-81.
- Arribas, Marta García. 11 de diciembre de 2018.  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/35070/TFG-O-1531.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Benavides, Dra. C. A. 17 de junio de 2017.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>.
- Benet, Anna Soldevila I. s.f. <https://rieoei.org/historico/deloslectores/experiencias148.htm>.
- Benrós, Michael E. 2 de junio de 2015.  
<https://www.scientificamerican.com/espanol/noticias/las-enfermedades-infecciosas-pueden-alterar-la-cognición/>.
- Bienestar, Salud y. 4 de Julio de 2018. <https://www.bitbrain.com/es/blog/estimulacion-cognitiva-adultos-mayores-ancianos>.
- Bilyk, E., Ventura, A. C., & Cervigni, M. 10 de marzo de 2015.  
[http://www.psiencia.org/psiencia/7/2/PSIENCIA\\_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica\\_7-2\\_Bilyk-Ventura-Cervigni.pdf](http://www.psiencia.org/psiencia/7/2/PSIENCIA_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica_7-2_Bilyk-Ventura-Cervigni.pdf).
- Burítica, E., y L. Ordoñez. junio de 2020.  
<http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/e392/pdf>.
- Byron Hernández Aguilar, I Enrique Chávez Cevallos Juan de la Concepción. mayo 12 de 2017. <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v36n4/ibi07417.pdf>.
- Cáceres, Esteban Merchán Maroto y Raúl Cifuentes. 15 de mayo de 2014.  
<http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>.
- Cancino, Margarita. diciembre de 2016.  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082016000300002&script=sci\\_artext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082016000300002&script=sci_artext).
- Carmona, S. diciembre de 2015. <https://www.redalyc.org/pdf/4576/457644946010.pdf>.
- Casado, José Manuel Ribera. s.f. <https://www.elsevier.es/es-revista-educación->



medica-71-articulo-centenario-elie-metchnikoff-1845-1916-- S1575181316301590.

Castillo, A. K., Ferrero. 15 de abril de 2015.  
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/1/art-16/>.

CEPAL. 2018.  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf).  
«CogniFit.» junio de 2020. <https://www.cognifit.com/es/funciones- cerebrales>. Cotto, Sorielys Bartolomey. 15 de noviembre de 2018. Daza, Vaneska Cindy Aponte. agosto de 2015.  
[https://www.redalyc.org/pdf/4615/46154545\\_6006.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/4615/46154545_6006.pdf).

Ecuador, Gobierno de la República del. «Ministerio de Salud Pública.» junio de 2017.  
<https://www.salud.gob.ec/category/el-ministerio/>.

Emilse Bilyk, Ana Clara Ventura, Mauricio Cervigni. 10 de marzo de 2015.  
[http://www.psiencia.org/psiencia/7/2/PSIENCIA\\_Revista- Latinoamericana-de- Ciencia- Psicologica\\_7-2\\_Bilyk-Ventura- Cervigni.pdf](http://www.psiencia.org/psiencia/7/2/PSIENCIA_Revista- Latinoamericana-de- Ciencia- Psicologica_7-2_Bilyk-Ventura- Cervigni.pdf).

Espinosa, V. marzo de 2019. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi191d.pdf>.

FIAPAM. 5 de marzo de 2019. <https://fiapam.org/america-latina-envejece-a- pasos- de- gigante/>.

García, Ana Karen Ramírez. Proyecto de taller de investigación. 9 de abril de 2017.  
<https://es.slideshare.net/AnaKarenRamirezGarci/proyecto- detallerdeinvestigacion#:~>.

García, Antonio Víctor Martín. marzo de 2000.  
[https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/71861/Mas\\_alla\\_de\\_Piaget\\_cognicion\\_adulta\\_y\\_ed.pdf; jsessionid=940049AA727EA6F55ADF6B5EE9A1DCD0?sequence=1](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/71861/Mas_alla_de_Piaget_cognicion_adulta_y_ed.pdf; jsessionid=940049AA727EA6F55ADF6B5EE9A1DCD0?sequence=1).

Gardner, Howard. Estructuras de la mente: La teoría de las inteligencias múltiples. México: Fondo de Cultura Económica, 2019.

Giai, Prof. Marcos. 20 de marzo de 2015.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp- 2015/csp151g.pdf>.

Herrera, Sonia C. 22 de abril de 2016.  
<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4079/Herrera.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.  
Hipocampo.org. junio de 2020. <https://www.hipocampo.org/yesavagepetite.asp>.

Hurtado, F., M. Cárdenas, F. Cárdenas, y L. León. 25 de agosto de 2016.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15nspe5/v15nspe5a12.pdf>.

Jaramillo., Maria Fernanda Lara Díaz. Universidad Nacional de Colombia. Judy Constanza Beltrán Rojas. Universidad ... Sandra Milena Araque. 18 de mayo de 2017.  
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/15580>.

Juan C. Meléndez, Iraida Delhom, Encarnación Satorres. 3 de diciembre de 2019.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134793720300014>.

Juan José Maldonado Briegas, José María Corrales Vázquez, M<sup>a</sup> Isabel Ruíz

Fernández, Sergio González Balleste. 1 de octubre de 2016.  
<http://infad.eu/RevistaNFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/664/47> 4.

Landazábal, Olga Suárez. 3 de febrero de 2020.  
<https://revistascientificas.cuc.edu.co/juridicascuc/article/view/277> 1/2751.  
MIES. 15 de diciembre de 2019. <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.

Mpgarcia. 22 de julio de 2019. <https://naricspotlight.wordpress.com/tag/recreacion-terapeutica/>.

Niños, Hospitales Shriners para. 6 de marzo de 2019.  
<https://es.shrinershospitalsforchildren.org/houston/noticias-y-eventos-bjfm/terapia-recreativa-y-su-papel-en-la-rehabilitacion-pediatrica-1153>.  
OCDE. 18 de octubre de 2017. <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/el-envejecimiento-de-la-poblacion-y-la-creciente-desigualdad-afectara-seriamente-a-las-jovenes-generaciones.htm>.

Oficial, Registro. 9 de mayo de 2019.  
[https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento\\_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf](https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf).

OMS. 12 de diciembre de 2017. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.

OPS. junio de 2020. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>.  
«Organización Mundial de la Salud.» 12 de diciembre de 2017.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.

Organización Mundial de la Salud.» 5 de febrero de 2018.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.  
Posso, Dr. Manuel. 8 de junio de 2019. <https://www.derechoecuador.com/ley-del-adulto-mayor-en-vigencia>.

Retamosa, Fabio. 14 de febrero de 2017.  
[https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_fabio\\_retamosa\\_0.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_fabio_retamosa_0.pdf).  
Ríos-Flórez2, Jorge Alexander. 31 de octubre de 2016.  
<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeLaInstitucionalizacionDelAdultoMayorEn-5796592.pdf>.

Rubio Olivares, Doris Yisell, Lilliam Rivera Martínez, y Lourdes de la Borges Oquendo. diciembre de 2015. <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>.

UNIR. 20 de septiembre de 2019. <https://mexico.unir.net/vive-unir/howard-gardner-inteligencias-multiples-creatividad/>.

VÉLEZ, M<sup>a</sup> DEL CARMEN CARBAJO. 11 de abril de 2016.  
[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-EnfoqueEvolutivoDeLaInteligenciaEnPersonasMayoresL-5772489%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-EnfoqueEvolutivoDeLaInteligenciaEnPersonasMayoresL-5772489%20(1).pdf).

Villatoro, Aida Blanes. «BioFormatica.» junio de 2019.  
[http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica\\_gen/portfolio/La%20teor%20de%20la%20inteligencia%20artificial](http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica_gen/portfolio/La%20teor%20de%20la%20inteligencia%20artificial)

C3%ADa%20de%20las%20Inteligencias%20m%C3%BAltiples%202016\_5  
\_25P2 3\_3\_27.pdf

## ANEXOS

**Tabla: Matriz de Variables Investigación Propositiva**

VARIABLE FÁCTICA	DIMENSIONES	INDICACIONES
1. Deficiencias terapéuticas en los programas recreativos del adulto mayor	<p>1.1. Régimen académico en la formación profesional de nivel superior.</p> <p>1.2. De los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-privada.</p> <p>1.3. El Estado: políticas, normativas y programas para el adulto mayor.</p>	<p>1.1.1. Formación del pregrado 1.1.2. Formación de la especialidad 1.1.3. Formación del posgrado</p> <p>1.2.1. Instituciones de la salud 1.2.2. Entidades gerontológicas-geriátricas 1.2.3. Organismos comunitarios</p> <p>1.3.1. Ley del adulto mayor 1.3.2. Norma técnica del adulto mayor MIES 1.3.3. Atención integral del adulto mayor MSP</p>
VARIABLE TEMÁTICA	EJES TEMÁTICOS	SUBEJES TEMÁTICOS
2. Terapia recreativa basada en la Teoría de H. Gardner de las inteligencias múltiples	<p>2.1. Teoría del desarrollo cognitivo</p> <p>2.2. Teoría del envejecimiento</p> <p>2.3. Teoría de H. Gardner de las inteligencias múltiples</p>	<p>2.1.1. Modificabilidad Cognitiva Estructural, Reuven Feuerstein, (1963) 2.1.2. Teoría desarrollo del ciclo vital, Erik Erikson, (1982)</p> <p>2.2.1. Teoría de la autointoxicación Mechnnikov, (1906) 2.2.2. Teoría de la continuidad, Atchley, (1971) 2.2.3. Teoría de la desvinculación, Cummings, (1961)</p> <p>2.2.1. Origen psicología cognitiva Gardner, (1983) 2.2.2. Objetivo: la inteligencia es pluralista 2.2.3. 9 capacidades de inteligencias</p>
VARIABLE PROPOSITIVA	EJES PROPOSITIVOS	SUBEJES PROPOSITIVOS
3. Modelo de Terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner (IM) para asegurar la atención adecuada del adulto mayor.	<p>3.1. Identificación de las actividades recreativas basadas en las inteligencias múltiples</p> <p>3.2. Programación de las actividades recreativas basadas en las inteligencias múltiples</p> <p>3.3. Aplicación de las actividades recreativas basadas en las inteligencias múltiples</p>	<p>3.1.1. Visión terapéutica recreativa 3.1.2. Visión terapéutica cognitiva</p> <p>3.1.1. Beneficios a la persona 3.1.2. Beneficio al servicio 3.1.3. Beneficios a la comunidad</p> <p>3.2.1. Diseño y elaboración del modelo 3.2.2. Presentación del modelo 3.2.3. Evaluación del modelo</p>

Fuente: Elaboración propia.

## PROPUESTA

### MODELO DE TERAPIA RECREATIVA BASADO EN LA TEORÍA DE H. GARDNER (IM) PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN ADECUADA EN EL ADULTO MAYOR, EN GUAYAQUIL-ECUADOR, 2020.

#### FICHA TÉCNICA

#### 1. Referencias generales.

##### 1.1. Datos referenciales:

- 1.1.1. Denominación: Modelo de Terapia Recreativa basado en la Teoría de H. Gardner (IM) que asegure la atención adecuada del Adulto Mayor en, Guayaquil-Ecuador.
- 1.1.2. Beneficiarios: Adultos Mayores de todos los entornos socioculturales y de la salud, Familiares y Profesionales, de la Ciudad de Guayaquil-Ecuador.
- 1.1.3. Nivel de intervención aplicativa: Atención especializada.
- 1.1.4. Modalidad: Evaluación, diagnóstico funcional, intervención terapéutica y seguimiento.
- 1.1.5. Instrumentos: Proceso gerontológico
- 1.1.6. Nivel de instrucción: Adultos Mayores de todos los grados de instrucción y sin instrucción.
- 1.1.7. Responsable: Carmen María Delgado Vilela

#### 2. Objetivo

- 2.1. **Objetivo general** Aplicar un modelo de terapia recreativa basado en la Teoría de H. Gardner (IM) identificando las actividades recreativas que permitan optimizar las funciones cognitivas para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil- Ecuador, 2020.

##### 2.2. Objetivo específico

- Definir las deficiencias terapéuticas recreativas para diseñar programas con actividades que mejoren las funciones cognitivas y aseguren la atención adecuada de los adultos mayores, en Guayaquil-Ecuador

- Identificar los orígenes y postulados de la Teoría de Gardner (IM) que sirvan como sustento al modelo de terapia recreativa para mejorar las funciones cognitivas y asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.
- Aplicar un modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner (IM) que mejoren las funciones cognitivas asegurando la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.
- Observar los cambios producidos con cada terapia recreativa para mejorar las funciones cognitivas que aseguraron la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.
- Evaluación de los resultados obtenidos con la terapia recreativa basada en la teoría de H. Gardner (IM) en la mejora de las funciones cognitivas que aseguraron la atención adecuada del adulto mayor.

### **3. Fundamento Teórico**

La epistemología, de la teoría de las inteligencias múltiples de H. Gardner parte psicología humanista, la neuropsicología y lo holístico de la educación. Gardner, (1983), dice, inteligencia es el conjunto de habilidades mentales que corrigen problemas y logra resultados de calidad. Su definición es pluralista; de ahí el calificativo de su propuesta: las inteligencias múltiples que explican la variedad de las capacidades del ser humano. En 1995, reconoce las siguientes: lingüística, lógico-matemática, musical, espacial, cinético-corporal, interpersonal e intrapersonal. En el 2001, la amplía a dos tipos más: existencial y naturalista. Es relevante el lugar en que el cerebro sufre daño, de ello depende las fortalezas y debilidades presentes como perder el habla o la capacidad para orientarse.

### **4. Fundamento Metodológico**

La atención terapéutica especializada en instancias internacionales como la OMS, OPS y la CEPAL rigen la salud integrando a la terapia recreativa; en el Ecuador es el MSP y MIES. Su ámbito de promoción es la atención adecuada en cognición basada en la Teoría de las inteligencias múltiples de H. Gardner.

La ley orgánica para el adulto mayor provee un nivel de atención aplicada especializada cuya metodología es un proceso de atención gerontológico cuyo grupo focalizado es el adulto mayor. El área de evaluación son los procesos cognitivos en escenarios como son los servicios gerontológicos públicos y privados en lo social familiar y comunitario. Conforman una red de apoyo social con las comunidades amigos familia y equipos de salud

## 5. La Propuesta

<b>TEMA</b>	Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner (IM)	
<b>OBJETIVOS</b>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Aplicar un modelo de terapia recreativa basado en la Teoría de H. Gardner (IM) identificando las actividades recreativas que permitan optimizar las funciones cognitivas para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil- Ecuador, 2020.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b> -Definir las deficiencias terapéuticas recreativas para diseñar programas con actividades que mejoren las funciones cognitivas y aseguren la atención adecuada de los adultos mayores, en Guayaquil-Ecuador -Identificar los orígenes y postulados de la Teoría de Gardner (IM) que sirvan como sustento al modelo de terapia recreativa para mejorar las funciones cognitivas y asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil- Ecuador. -Aplicar un modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner (IM) que mejoren las funciones cognitivas asegurando la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador. -Lograr los objetivos operativos de la terapia recreativa basada en la teoría de H. Gardner (IM) que mejoren las funciones cognitivas asegurando la atención adecuada del adulto mayor. -Evaluación de los resultados obtenidos con la terapia recreativa basada en la teoría de H. Gardner (IM) en la mejora de las funciones cognitivas que aseguran la atención adecuada del adulto mayor.</p>	
<b>PROCESO GERONTOLÓGICO DE TERAPIA RECREATIVA</b> Sus procedimientos 4	<b>Niveles de Acción</b>	<b>Procedimientos</b>
	1. Se levanta una anamnesis clínico-funcional	Nombre y apellidos-Edad-Antecedentes biopsicosociales Diagnóstico clínico- funcional- Pronóstico y otros ítem
	2. Se realizan tres evaluaciones gerontológicas mediante escalas internacionales.	Escala de Independencia de Katz, Escala de Depresión de Yesavage Modificada Escala de cognición de MMSE Modificado Set-test de Isaacs (analfabetos)
	3. Se determina el nivel cognitivo mediante una tabla que contiene 3 niveles, con 4 parámetros	Parámetros a medir: colores y formas; números y letra; tiempo y espacio; habilidad y creatividad Nivel I: No identifica Nivel II: Poco identifica Nivel III: Si identifica
	4. Se elabora el programa de actividades de terapia recreativa	Se ejecutan 3 actividades: Aplicando un máximo de 3 tareas x actividad que engloba 40 min. a 1 hora la atención, un mínimo de 3 veces x semana sea grupal o personal

<b>ACTIVIDADES RECREATIVAS Y LA TEORÍA DE GARDNER</b>  (9 capacidades inteligentes)	<b>Inteligencias Múltiples</b>	<b>Actividades Recreativas</b>
	<b>Capacidad Lingüística</b>	Lectura sonora-Oratoria- Conversatorios-Poesía-Trabalenguas
	<b>Capacidad Lógica Matemática</b>	Retroalimentación Psicopedagógica Desarrollo de pensamiento-Ejercicios de memoria.
	<b>Capacidad Musical</b>	Canto-baile (época generacional)-Entonar Instrumentos musicales
	<b>Capacidad Espacial</b>	Crucigramas-Escritura-Dibujo-Pintura-Plastilina- Sopas de letras y números.
	<b>Capacidad cinética corporal</b>	Rompecabezas-Gerontogimnasia-Competencias-Deportes-Psicomotricidad-Manualidades modernas.
	<b>Capacidad interpersonal</b>	Juegos de mesa-Cultura general-Refranes-Adivinanzas-Agasajos-Bingo
	<b>Capacidad intrapersonal</b>	Computación-Talleres de integración social-Teatro-Juego de palabras
	<b>Capacidad Existencial</b>	Cultura general-Talleres de participación familiar-Retiros espirituales.
	<b>Capacidad Naturalística</b>	Paseos-Corredor turístico-Jardinería/Huerto-Convivencia animal

Fuente: Elaboración propia.

La propuesta del Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Garden (IM), Tiene objetivos el general y los específicos. Elaboro un proceso gerontológico de terapia recreativa para el adulto Mayor con cuatro niveles de acción y sus procedimientos. 1. Se levanta una anamnesis clínico- funcional. 2. Se realizan tres evaluaciones gerontológicas mediante escalas internacionales. 3. Se determina el nivel cognitivo mediante una tabla que contiene tres niveles, con cuatro parámetros. 4. Se elabora el programa de actividades de terapia recreativa

Seguidamente se desarrollan las actividades recreativas para cada capacidad cognitivas (nueve) de la Teoría de H. Gardner de las Inteligencias Múltiples. Capacidad Lingüística, Capacidad Lógica matemáticas, Capacidad musical, Capacidad espacial, Capacidad cinética corporal, Capacidad interpersonal, Capacidad intrapersonal, Capacidad Existencial, Capacidad naturalística.



## VALIDACIÓN DE EXPERTOS

### Anexo 1

#### FICHA TÉCNICA SOBRE DEFICIENCIAS TERAPÉUTICAS

1. NOMBRE : Prueba para medir las deficiencias terapéuticas en los programas recreacionales del Adulto Mayor.
2. AUTOR/A : Carmen María Delgado Vilela.
3. FECHA : Julio 2020
4. OBJETIVO : Identificar de manera individual el nivel de deficiencias terapéuticas en los programas recreacionales en sus dimensiones: Régimen académico en la formación profesional de nivel superior; Características de los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-privada; El Estado: políticas, programas y normativas para el adulto mayor.
  
5. APLICACIÓN : Profesionales y adultos mayores
6. ADMINISTRACIÓN : Individual
7. DURACIÓN : 30 minutos aproximadamente
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 27
10. DISTRIBUCIÓN : Dimensiones e indicadores

1° Régimen académico en la formación profesional de nivel superior:

9 Ítems

Formación del pregrado: 1,2,3 Ítems

Formación de la especialidad: 4,5,6 ítems

Formación del posgrado: 7,8,9 Ítems

2° De los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-

Privada: 7 Ítems

Instituciones de la salud: 10,11,12, Ítems

Entidades gerontologicas geriaticas: 13,14 Ítems

Organismos comunitarios: 15,16 Ítems

3° El Estado: políticas, programas y normativas para el adulto mayor:

11 Ítems

Ley del Adulto Mayor: 17,18,19,20,21 Ítems

Norma técnica del adulto mayor MIES: 22,23,24 Ítems

Atención Integral del adulto mayor: 25,26,27 Ítems

Total, de Ítems: 27

## 11. EVALUACIÓN

### Puntuación

<b>Escala Cuantitativa</b>	<b>Escala cualitativa</b>
1	Nunca
2	Casi nunca
3	A veces
4	Casi siempre
5	Siempre

### Evaluación en niveles por dimensión

<b>Escala cualitativa</b>	<b>Escala cuantitativa</b>					
<b>Niveles</b>	Régimen académico en la formación profesional de nivel superior		De los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-privada.		El Estado: políticas, programas y Normativas para el adulto mayor	
	<b>Punt. mín.</b>	<b>Punt . máx.</b>	<b>Punt. mín.</b>	<b>Punt.m áx.</b>	<b>Punt. Mín.</b>	<b>Pun . Máx.</b>
<b>Deficiente</b>	1	15	1	11	1	18
<b>Medio</b>	16	30	12	23	19	37
<b>Alto</b>	31	45	24	35	38	55

## Evaluación de variable

Niveles	Deficiencias Terapéuticas	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Deficiente	1	45
Medio	46	80
Alto	81	135

## Interpretación de las deficiencias terapéuticas

Nivel Deficiente	Nivel Medio	Nivel Alto
<p>Las terapéuticas de los programas recreativos que se ubican en este nivel de deficiencia <b>presentan a problemas</b> en determinar actividades cognitivas en relación a las capacidades inteligentes.</p> <p>Se aplica un servicio de atención inadecuado sin responsabilidad técnica.</p> <p>Así como el desconocimiento de políticas públicas, programas y normativas de salud gerontológica-geriátrica.</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 1 a 45</b></p>	<p>Las terapéuticas de los programas recreativos que se ubican en este nivel de deficiencia <b>presenta poco problema</b> para determinar actividades cognitivas en relación a las capacidades inteligentes.</p> <p>El servicio de atención aplicado es inadecuado técnicamente, sin embargo, hay cierto conocimiento en políticas públicas y normativas de salud gerontológica- geriátrica</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 46 a 90</b></p>	<p>Las terapéuticas de los programas recreativos que se ubican en este nivel de deficiencia <b>no presenta problemas</b> el servicio de atención es eficiente, más bien posee un gran contenido de determinación, técnica,</p> <p>a,</p> <p>responsabilidad</p> <p>d</p> <p>y conocimiento en políticas públicas y normativas de salud gerontológica-geriátrica:</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 91 a 135</b></p>

**CUESTIONARIO DE LAS DEFICIENCIAS TERAPÉUTICAS**  
**DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES Y A LOS**  
**ADULTOS MAYORES**

Código:

Fecha: .....

**INSTRUCCIÓN**

Estimados profesionales y adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar las deficiencias terapéuticas en los programas recreativos, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo no como debería ser, sino como lo percibe en la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas en uno de los recuadros.

1= Nunca 2= Casi nunca 3= A veces 4= Casi siempre 5= Siempre

		1	2	3	4	5
<b>Nº</b>	<b>ÍTEMS</b>					
	<b>DIMENSIÓN: Régimen académico de la formación profesional</b>					
01	La educación superior gestiona el diseño curricular de la carrera en pregrado de terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.					
02	La educación superior promueve la carrera en pregrado de terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.					
03	La educación superior oferta la carrera de pregrado en terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.					
04	La educación superior gestiona la especialización como una estrategia académica de profundizar en el desarrollo profesional					
05	La educación superior promueve la especialización como una estrategia académica de profundizar en el desarrollo profesional.					
06	La educación superior controla e interviene en los procesos académicos de especialización como una estrategia de profundizar en el desarrollo profesional.					

07	La educación superior gestiona los posgrados que profundizan en teoría, investigación e impulsan el desarrollo disciplinar y la solución a las problemáticas que tiene la comunidad					
08	La educación superior fomenta los posgrados que profundizan en teoría, investigación e impulsan el desarrollo disciplinar y la solución a las problemáticas que tiene la comunidad					
09	La educación superior considera el posgrado un instrumento académico de alto rango teórico, investigativo que impulsa el desarrollo profesional y la solución a los problemas que tiene la comunidad					
<b>DIMENSIÓN: Características de los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-privada</b>						
10	Los hospitales, clínicas, centros de salud brindan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica					
11	Los hospitales, clínicas, centros de salud fomentan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica eficiente?					
12	Los hospitales, clínicas, centros de salud permiten el acceso equitativo a la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica					
13	Las entidades de permanencia ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integral e integral gerontológicas-geriátricas.					
14	Las entidades de atención del día ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integral e integral gerontológica-geriátrica.					
15	Los adultos mayores tienen conocimiento de que pueden recibir en sus hogares la atención integral de todos los procesos gerontológicos-geriátricos.					
16	Las familias de los adultos mayores se sienten o se incluyen en los procesos de atención integral gerontológicos-geriátricos.					
<b>DIMENSIÓN: El Estado: políticas, programas y Normativas para el adulto mayor</b>						
17	Los organismos estatales promueven la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.					
18	Los organismos estatales socializan la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.					
19	Los adultos mayores tienen un real conocimiento de la Ley que los protege con beneficios sociales, económicos y jurídicos.					

20	Los adultos mayores se sienten beneficiados con la Ley que los protege social, económica y jurídicamente.					
21	La sociedad percibe positivamente que la Ley del adulto mayor los protegen a través de los beneficios sociales, económicos y jurídicos					
22	Los órganos estatales de control supervisan el cumplimiento de la norma técnica del adulto mayor en los servicios de atención gerontológicos-geriátricos públicos o privados.					
23	Los órganos estatales de control vigilan que los servicios de atención integral gerontológicas-geriátricas cumplan los estándares de calidad de la norma técnica del adulto mayor en su funcionamiento.					
24	Los órganos estatales de control atienden las necesidades biopsicosociales y culturales del adulto mayor enunciada en la norma técnica que promueve el envejecimiento positivo.					
25	Los órganos estatales de la salud promueven programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.					
26	Los órganos estatales de la salud ejecutan los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.					
27	Los órganos estatales de la salud vigilan el cumplimiento los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.					

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE LOS EXPERTOS DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR LAS DEFICIENCIAS TERAPÉUTICAS DE LOS PROGRAMAS RECREATIVOS

Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada en el adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador, 2020.

VARIABLE 1	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN DE RESPUESTA					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACION Y RECOMENDACION		
				Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEMS		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA				
									SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
DEFICIENCIAS TERAPÉUTICAS DE LOS PROGRAMAS RECREATIVOS	<p><b>Régimen académico en la formación profesional de nivel superior</b></p> <p>(Organiza los niveles de formación de la educación superior, del conocimiento y los aprendizajes, de la estructura curricular y las modalidades de aprendizaje o estudio de las carreras y programas que se impartan. Regulado por el Consejo Nacional</p>	<p><b>Formación del pregrado</b></p> <p>(Son estudios superiores que anteceden a una carrera de grado brindan un título de licenciatura. Con una duración de 4 a 5 años)</p>	1. La educación superior gestiona el diseño curricular de la carrera en pregrado de terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.						X		x		X		x				
			2. La educación superior promueve la carrera en pregrado de terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.						X		X		X		x				
			3. La educación superior oferta la carrera de pregrado en terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.						X		x		X		x				

de Educación Superior mediante la Ley de Educación Superior)	<b>Formación de especialización</b>  (Se profundiza el conocimiento. Es una agregación a lo estudiado en un pregrado. Dura de 12 a 14 meses)	4 La educación superior gestiona la especialización como una estrategia académica de profundizar en el desarrollo profesional						X		X		X		x		
		5. La educación superior promueve la especialización como una estrategia académica de profundizar en el desarrollo profesional.						X		x		X		x		
		6. La educación superior controla e interviene en los procesos académicos de especialización como una estrategia de profundizar en el desarrollo profesional.						X		X		X		x		
	<b>Formación de posgrado</b>  (Se cursa tras la licenciatura. Son: . Maestrias es la profundización teórica, tecnológica y profesional. Aporta nuevos conocimiento a la profesion, Dura de 1 a 2 años. Doctorados o PHD. se adquiere competencias de investigación que puedan impulsar el	7 La educación superior gestiona los posgrados que profundizan en teoría, investigación e impulsan el desarrollo disciplinar y la solución a las problemáticas que tiene la comunidad						X		x		X		x		
		8.La educación superior fomenta los posgrados que profundizan en teoría, investigación e impulsan el desarrollo disciplinar y la solución a las problemáticas que tiene la comunidad						X		X		X		x		



		desarrollo de sus disciplinas. Dura entre 3 y 6 años)	9 La educación superior considera el posgrado un instrumento académico de alto rango teórico, investigativo que impulsa el desarrollo profesional y la solución a los problemas que tiene la comunidad						X		x		X		x		
<b>De los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-privada.</b>  (Son entidades que prestan servicio con atención biopsicosocial. Con enfoque a la salud, lo social y lo comunitario Son de 2 tipos: atención del día y atención permanente)	<b>Instituciones de la salud</b>  (Lo representa el Programa Nacional de Salud Integral para el Adulto Mayor. Asistencia integral e integrada del fomento de la salud y el bienestar, acceso universal y equitativo a los servicios de atención de salud y sociales, que garanticen calidad de vida, respeto y cumplimiento de derechos y el mantenimiento de su funcionalidad y autonomía)	10. Los hospitales, clínicas, centros de salud brindan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica						X		X		X		x			
		11. Los hospitales, clínicas, centros de salud fomentan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica eficiente?						X		x		X		x			
		12. Los hospitales, clínicas, centros de salud permiten el acceso equitativo a la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica							X		X		X		x		

								X		x		X		x		
								X		X		X		x		
								X		x		X		x		
								X		X		X		x		

**Entidades gerontologicas-geriatricas**

(Son las que brindan cuidado personal y de salud integral al adulto mayor, Son:

De permanencia: asilos, albergues, hospicios, hogares.  
De atención al día: fundaciones, centros de prepago, clínicas y hospitales

13. Las entidades de permanencia ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integral e integral gerontologicas-geriatricas.

14. Las entidades de atención del día ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integral e integral gerontológica-geriátrica.

**Organismos Comunitarios**

(El adulto mayor recibe atención integral de preferencia en sus hogares incluyendo a la familia en todos los procesos de atención que potencien su desarrollo, la independencia y funcionalidad

15. Los adultos mayores tienen conocimiento de que pueden recibir en sus hogares la atención integral de todos los procesos gerontológicos-geriátricos.

16. Las familias de los adultos mayores se sienten o se incluyen en los procesos de atención integral gerontologicos-geriatricos.

<p><b>El Estado: políticas, programas y Normativas para el adulto mayor</b></p> <p>(La Constitución de la República del Ecuador considera a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria, lo que significa que deben recibir un trato especializado y preferente que proteja sus derechos y asegure el ejercicio y goce de los mismos).</p>	<p><b>Ley del adulto mayor</b></p> <p>(La nueva Ley Orgánica del Adulto Mayor promulgada en el Registro Oficial No. 484 de 9/mayo/ 2019, contiene disposiciones protectoras con beneficios de orden social económico y jurídico)</p>	<p>17. Los organismos estatales promueven la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.</p>						X		x		X		x			
		<p>18. Los organismos estatales socializan la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.</p>						X		X		X		x			
		<p>19. Los adulto mayores tiene un real conocimiento de la Ley que los protege con beneficios sociales, económicos y jurídicos.</p>						X		x		X		x			
		<p>20. Los adulto mayores se sienten beneficiados con la Ley que los protege social, económica y jurídicamente.</p>						X		X		X		x			
		<p>21. La sociedad percibe positivamente que la Ley del adulto mayor los protegen a través de los beneficios sociales, económicos y jurídicos</p>						X		x		X		x			

		<p><b>Norma técnica del adulto mayor MIES</b> (El Ministerio de Inclusión Económica y Social, garantiza la calidad de los servicios de atención integral, de carácter obligatorio y estándares de calidad para regular el funcionamiento de la atención gerontológica directa y/o por convenios. Atiende sus necesidades bio-sico-sociales y culturales, para la promoción del envejecimiento positivo).</p>	<p>22.Los órganos estatales de control supervisan el cumplimiento de la norma técnica del adulto mayor en los servicios de atención gerontologicos-geriatricos públicos o privados.</p>						X		X		X		x			
			<p>23. Los órganos estatales de control vigilan que los servicios de atención integral gerontologicas-geriatricas cumplan los estándares de calidad de la norma técnica del adulto mayor en su funcionamiento.</p>						X		x		X		x			
			<p>24.Los órganos estatales de control atienden las necesidades biopsicosociales y culturales del adulto mayor enunciada en la norma técnica que promociona el envejecimiento positivo.</p>						X		X		X		x			

		<b>Atención integral del adulto mayor MSP</b> (El Ministerio de Salud Pública edita la Norma y Protocolos de atención integral de salud para el adulto mayor, instrumento técnico, científico, ético, legal para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores. Es de cumplimiento obligatorio y la no aplicabilidad origina sanción).	25. Los órganos estatales de la salud promueven programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.						X		x		x		x		
			26. Los órganos estatales de la salud ejecutan los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.						X		X		X		x		
			27. Los órganos estatales de la salud vigilan el cumplimiento los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.						X		x		x		x		



-----

Firma del evaluador

## **Anexo 2**

### **Escala Cognitiva de Folstein (MMSE)**

#### **FICHATECNICA**

1. NOMBRE : MMSE. Mini-Mental State Examination
2. AUTOR/A : Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang.
3. FECHA : Publicado en el año 1975
4. OBJETIVO : Prueba de detección rápida del deterioro de las capacidades funcionales cognoscitivas Las áreas a evaluarse: Orientación espacio temporal, Atención, memoria y concentración Cálculo matemático y Lenguaje y percepción viso espacial.
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Individual
7. DURACIÓN : Sin límite de tiempo
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 7
10. PROCEDIMIENTO : Puntuación va del 0 a los 19 puntos.  
De 14 a 19 pts.: No sugiere déficit cognitivo y  
De 13 pts. o menos: Si sugiere déficit cognitivo. Se realiza en un lugar agradable y libre de distractores. Es individual sin límites de tiempo con instrucciones claras. La prueba es voluntaria y motivada. Se debe evitar usar frases subjetivas como: "Voy a hacerle unas preguntas muy sencillas"

## 11. DISTRIBUCIÓN : Dimensiones e indicadores

### 1. Orientación Espacio Temporal

Indicar fecha de hoy, el mes, el año y el día de la semana.  
Vale 4 ptos.

### 2. Atención

Se indican tres objetos.

Se pide los repita en voz alta los que recuerde, no importa orden. Se pide memorizarlos porque se preguntará más adelante. Los aprenderá lentamente, por dos segundos c/u. Se repite hasta que el entrevistado se los aprenda (5 repeticiones). Vale 3 ptos.

### 3. Cálculo Matemático y Lenguaje

Se indican algunos números y se pide que los repita al revés. Vale 5 ptos.

### 4. Concentración.

Se indica, voy a dar un papel. Tómelo con la mano derecha, dóblelo con la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. Vale 3 ptos.

### 5. Memoria

Se indica, hace un momento le leí 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda.  
Vale 3 ptos.

### 6. Percepción Viso espacial

Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman u cuadrilátero. Vale 1 pto.

11. EVALUACIÓN  
Puntuación

Escala Cuantitativa	Escala cualitativa
1 al 13	Si sugiere déficit
14 al 19	No sugiere déficit

Evaluación en niveles por dimensión

Escala cualitativa	Escala cuantitativa											
	Orientación Espacio Temporal		Atención		Cálculo Matemático Y lenguaje		Concentración		Memoria		Percepción Viso espacial	
Niveles	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Si sugiere déficit	0	3	1	1	0	2	0	1	0	2	0	4
No sugiere déficit	3	4	2	3	3	5	2	3	2	3	2	1

Evaluación de variable

Niveles	Valoración Cognitiva	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Si sugiere déficit	1	13
No sugiere déficit	14	19



## Interpretación

<b>Nivel: Si sugiere déficit</b>	<b>Nivel: No sugiere déficit</b>
<p>Las valoraciones cognitivas que se ubican en este nivel de sugerencia <b>presentan problemas</b> para ubicar, identificar o realizar en tres o cuatro de las seis dimensiones con sus indicaciones de las actividades operativas.</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 1 a 13</b></p>	<p>Las valoraciones cognitivas que se ubican en este nivel de sugerencia <b>presenta muy poco problema</b> para ubicar, identificar o realizar en una o dos de las 6 dimensiones con sus indicaciones de las actividades operativas.</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 14 a 18</b></p>

## CUESTIONARIO DE NIVELES COGNITIVOS DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES


Código:

Fecha: .....

### **INSTRUCCIÓN**

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar los niveles cognitivos sugeridos en cada actividad a realizar, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo con tranquilidad y de forma lenta percibiendo la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas en uno de los recuadros. Puntaje total 19


DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	OPCION DE RESPUESTA	
			Si sugiere deficiencia	No sugiere deficiencia
<b>Capacidades funcionales</b>	<b>Orientación Espacio Temporal</b>	Indicar fecha de hoy, el mes, el año y el día de la semana. -Mes: Fecha del mes: -Año: -Día:		
	<b>Atención</b>	Se indican tres objetos. Se pide los repita en voz alta los que recuerde, no importa orden. Se pide memorizarlos porque se preguntará más adelante. Los aprenderá lentamente, por dos segundos c/u. Se repite hasta que el entrevistado se los aprenda (5 repeticiones).. -Arbol -Mesa -Avión		
	<b>Cálculo Matemático y Lenguaje</b>	Se indican algunos números y se pide que los repita al revés. -1 -3 -5 -7 -9		
	<b>Concentración</b>	Se indica, voy a dar un papel. Tómelo con la mano derecha, dóblelo con la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.  Tomar el papel -Doblar -Colocar		
	<b>Memoria</b>	Se indica, hace un momento le leí 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda.. -Árbol -Mesa -Avión		

	<p><b>Percepción Viso Espacial</b></p>	<p>Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman u cuadrilátero.</p> 		
<p>De 14 a 19 pts.: No sugiere déficit cognitivo De 13 pts. o menos: Si sugiere déficit cognitivo)</p>			<p><b>PUNTAJ E TOTA L:</b></p>	

## MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE FOLTEIN (MMSE)

Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.

Variable	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	OPCIÓN DE RESPUESTA		CRITERIO DE EVALUACIÓN								CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN
				Si sugiere deficiencia	No sugiere deficiencia	RELACIÓN ENTRE VARIABLE Y DIMENSIÓN		RELACIÓN ENTRE DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR Y EL ÍTEMS		RELACIÓN ENTRE EL ÍTEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA		
						S	N	S	N	S	N	S	N	
DETERIORO COGNITIVO COGNIT	Capacidades funcionales	<b>Orientación Espacio Temporal</b>	Indicar fecha de hoy, el mes, el año y el día de la semana. -Mes: Fecha del mes: -Año: -Día:			X		X		X		x		
		<b>Atención</b>	Se indican tres objetos. Se pide los repita en voz alta los que recuerde, no importa orden. Se pide memorizarlos porque se preguntará más adelante. Los aprenderá lentamente, por dos segundos c/u. Se repite hasta que el entrevistado se los aprenda (5 repeticiones). -Arbol -Mesa -Avión			X		X		x		x		
		<b>Cálculo Matemático y Lenguaje</b>	Se indican algunos números y se pide que los repita al revés. -1 -3 -5 -7 -9			X		X		X		x		
		<b>Concentración</b>	Se indica, voy a dar un papel. Tómelo con la mano derecha, dóblelo con la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. Tomar el papel			X		x		x		x		

		-Doblar -Colocar												
	<b>Memoria</b>	Se indica, hace un momento le leí 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda. -Árbol -Mesa -Avión			X		X		X		x			
	<b>Percepción Viso Espacial</b>	Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman u cuadrilátero. 			X		x		x		x			
		De 14 a 19 pts.: No sugiere déficit cognitivo De 13 pts. o menos: Si sugiere déficit cognitivo)	<b>PUNTAJE TOTAL:</b>											




---

FIRMA DE EVALUADOR

### **Anexo 3**

#### **Escala de Depresión Geriátrica**

##### **de Yasavage FICHA TÉCNICA**

1. NOMBRE : Escala de depresión geriátrica (GDA)
2. AUTOR/A : Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adsey y rose
3. FECHA : En 1982 tenía 30 preguntas. En 1986, Sheikh y Yesavage la resumen a 15 preguntas
4. OBJETIVO : Mide el nivel de depresión psicosocial presente en el anciano. La escala tiene 15 ítems que indican 7 expresiones comunes de la depresión de la vejez, como: manifestaciones somáticas, disminución de afecto, alteraciones cognitivas, sentimientos de discriminación, alteraciones de la motivación, ausencia de orientación al futuro, pérdida de autoestima
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Individual
7. DURACIÓN : 15 a 20 minutos aproximadamente
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 15
10. PROCEDIMIENTO : Es de 15 preguntas, de formato SI-NO.  
La forma adecuada de responder los ítems será;  
: los ítems 2,4,5,6,7,8,9,11,12,14 con respuesta SI. los ítems 1,3,10,13 y15 con repuesta NO  
Cada respuesta errónea puntúa 1.  
La prueba presenta alta validez y confiabilidad de 0.81.

## 11. DISTRIBUCIÓN : Ítems

- ❖ La pérdida de autoestima
  - La mayor parte del tiempo está de buen humor. No
  - Tiene miedo de que le pase algo malo. Si
  - Se siente feliz la mayor parte de tiempo. No
- ❖ Alteración de la motivación
  - Ha abandonado muchas de sus actividades. Si
  - Se encuentra a menudo aburrido. Si
- ❖ Sentimientos de discriminación
  - Se siente a menudo abandonado. Si
  - Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente. Si
  - Cree que otros están mejor que usted. Si
- ❖ Alteración Cognitiva
  - Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos. Si
- ❖ Disminución de afecto
  - Está satisfecho/a con su vida. No
  - Nota que su vida está vacía. Si
- ❖ Manifestación somática
  - Se encuentra lleno/a de energía. Si
  - Cree que su situación es desesperada. No
- ❖ Ausencia de orientación a futuro
  - Prefiere quedarse en casa en lugar de salir o hacer cosas. Si
  - Cree que vivir es maravilloso. No

## 11. EVALUACIÓN

### Puntuación

<b>Escala Cuantitativa</b>	<b>Escala cualitativa</b>
0 - 5	Normal
6 - 9	Probable depresión
10 - 15	Depresión

## Evaluación en niveles por ítems

Escala cualitativa	Escala cuantitativa						
	Pérdida de autoestima	Alteración de la motivación	Sentimiento de discriminación	Alteración Cognitiva	Disminución de afecto	Manifestación Somática	Ausencia de orientación a futuro
Niveles	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos
Normal	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5
Probable depresión	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9
Depresión	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15

## Evaluación de variable

Niveles	Valoración de Depresión	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Normal	0	5
Posible depresión	6	9
Depresión	10	15

## Interpretación de la Depresión Geriátrica

Normal	Posible depresión	Depresión
El criterio geriátrico evaluador que se ubica en este nivel de depresión comprende tener: respuesta errónea una y respuesta afirmativa dos	El criterio geriátrico evaluador que se ubica en este nivel de depresión comprende tener: respuesta errónea: dos y respuesta afirmativa: cuatro	El criterio geriátrico evaluador que se ubica en este nivel de depresión comprende tener: respuesta errónea: tres y respuesta afirmativa: seis
Su puntuación oscila entre 0 y 5	Su puntuación oscila entre 6 y 9	Su puntuación entre 10 y 15.



## CUESTIONARIO DE NIVELES DE DEPRESIÓN DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES

Código:

Fecha: .....

### **INSTRUCCIÓN**

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar los niveles de depresión geriátrica, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo como percibe la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas de los recuadros.

DIMENSIÓN	INDICADOR	I T E M	Si:0	No:1	OPCION DE RESPUESTA		
					NORMAL	PROBABLE	DEPRESION
<b>PSICO-SOCIAL</b>	Pérdida de autoestima	1.La mayor parte del tiempo está de buen humor	0	1			
		2. Tiene miedo de que le pase algo malo	1	0			
		3. se siente feliz la mayor parte del tiempo	0	1			
	Alteración de la motivación	4. ha abandonado muchas de sus actividades	1	0			
		5. Se encuentra a menudo aburrido/a	1	0			
	Sentimientos de discriminación	6. se siente a menudo abandonado/a	1	0			
		7. Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente	1	0			
		8. Cree que otros están mejor que usted	1	0			
	Alteración Cognitiva	9. le es difícil poner en marcha proyectos futuros	1	0			
	Disminución de Afecto	10. Está satisfecho/a con su vida	0	1			
		11. Nota que su vida esta vacía	1	0			
	Manifestación Somática	12. se encuentra lleno/a de energía	0	1			
		13. Cree que su situación es desesperada	1	0			
	Ausencia de orientación a futuro	14. Prefiere quedarse en casa en lugar de salir o hacer cosas	1	0			
		15. Cree que vivir es maravilloso	0	1			
Normal 0-5 Probable depresión 6-9 Depresión estable 10 o más		<b>TOTAL:</b>					

## MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	I T E M	Si:0	No:1	OBSION DE RESPUESTA			CRITERIOS DE VALORACION								CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN		
						NORMAL	PROBABLE DEPRESIÓN	DEPRESIÓN	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSIÓN		RELACION ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCIÓN DE RESPUESTA				
									S	NO	S	NO	S	N	S	N			
DEPRISION GERIATRICA	PSICO-SOCIAL	Pérdida de autoestima	1.La mayor parte del tiempo está de buen humor	0	1				X		X		X		X				
			2. Tiene miedo de que le pase algo malo	1	0				X		X		X		X				
			3. se siente feliz la mayor parte del tiempo	0	1				X		X		X		X				
		Alteración de la motivación	4. ha abandonado muchas de sus actividades	1	0				X		X		X		X				
			5. Se encuentra a menudo aburrido/a	1	0				X		X		X		X				
		Sentimientos de discriminación	6. se siente a menudo abandonado/a	1	0				X		X		X		X				
			7. Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente	1	0				X		X		X		X				
			8. Cree que otros están mejor que usted	1	0				X		X		X		X				
		Alteración Cognitiva	9. le es difícil poner en marcha proyectos futuros	1	0				X		X		X		X				
		Disminución de Afecto	10. Está satisfecho/a con su vida	0	1				X		X		X		X				
			11. Nota que su vida esta vacía	1	0				X		X		X		X				
		Manifestación Somática	12. se encuentra lleno/a de energía	0	1				X		X		X		X				
			13. Cree que su situación es desesperada	1	0				X		X		X		X				
		Ausencia de orientación a futuro	14. Prefiere quedarse en casa en lugar de salir o hacer cosas	1	0				X		X		X		X				
			15. Cree que vivir es maravilloso	0	1				X		X		X		X				

	Normal 0-5 Probable depresión 6-9 Depresión estable 10 o más	TOTAL:													
--	---	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-----

**Firma del  
Evaluador**

Anexo 4.

## Escala de Independencia Índice de Katz

### FICHA TECNICA

1. NOMBRE : Índice de Katz.
2. AUTOR/A : Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW.
3. FECHA : En 1963
4. OBJETIVO : Evalúa las actividades básicas de la vida diaria en funcionalidad y calidad de vida; pero no más avanzadas. Su ventaja, detallar el nivel funcional, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. Esta información la puede dar el evaluado o el familiar..
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Heteroaplicada
7. DURACIÓN : Más de 10 minutos
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 6
10. PROCEDIMIENTO:  
O: Está conformado por 6 ítems de orden jerárquico. Implica la capacidad de hacer actividades de menor rango jerárquico. Estas son: baño- vestido-uso del wc Movilidad- continencia-alimentación.  
Se identifica con letras la valoración (el número es Opcional)  
**I: Independiente = 2** Cuando se realiza actividad sin apoyo o con mínima ayuda, ósea independiente  
**A: Ayuda = 1** Cuando se necesita moderado nivel de ayuda  
**D: Dependiente = 0** cuando es totalmente dependiente. El valor está dado por la mayor repetición en letras

**I – A - D**

## 11. DISTRIBUCIÓN: Ítems

### 1. Baño (esponja, ducha o bañera)

-Independiente: Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo (espalda) o se baña completamente sin ayuda.

-Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar en la bañera.

### 2. Vestido

-Independiente: Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo y puede usar cremalleras (se excluye atarse los zapatos).

-Dependiente: No es capaz de vestirse solo.

### 3. Uso del wc

-Independiente: Accede al retrete, entra y sale de él, es capaz de limpiarse y asearse.

-Dependiente: Usa orinal, o precisa ayuda para utilizar el retrete.

### 4. Movilidad

-Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla.

-Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.

### 5. Continencia

-Independiente: Control completo de la micción y defecación.

-Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal.

Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.

### 6. Alimentación

-Independiente: Lleva la comida del plato o taza a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan).

-Dependiente: Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición parenteral.

11. EVALUACIÓN  
Puntuación

<b>Escala Cuantitativa</b>	<b>Escala cualitativa</b>
2	Independiente
1	Ayuda
0	Dependiente

**Evaluación en niveles de ítems**

<b>Esca la cualita ti va</b>	<b>Escala cuantitativa</b>					
	<b>Baño</b>	<b>Vestido</b>	<b>Uso Wc</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Continencia</b>	<b>Alimentación</b>
<b>Niveles</b>	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo
<b>Independiente</b>	2	2	2	2	2	2
<b>Ayuda</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Dependiente</b>	0	0	0	0	0	0

**Evaluación de variable**

<b>Niveles</b>	<b>Valoración de Independencia</b>	
	Puntaje Fijo	Puntaje Fijo
<b>Independiente</b>	2	2
<b>Ayuda</b>	1	1
<b>Dependiente</b>	0	0

## Interpretación de Independencia

<b>Independiente</b>	<b>Ayuda</b>	<b>Dependiente</b>
<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel identificara la independencia en las actividades básicas de la vida diaria comprendiendo que se tenga mayores números de letras I como respuesta.</p> <p><b>Su puntuación es el mayor número de letras I</b></p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de ayuda en las actividades básicas de la vida diaria comprende que se tenga mayor número de letra A como repuesta</p> <p><b>Su puntuación es el mayor número de letra A</b></p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria comprende el llegar a tener el mayor número de letras D como repuestas: respuesta</p> <p><b>Su puntuación es el mayor número de letras D.</b></p>

## CUESTIONARIO DE NIVELES DE INDEPENDENCIA DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES

Código:

Fecha: .....

### INSTRUCCIÓN

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar los niveles de independencia en las actividades básicas de la vida diaria, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo como percibe la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas de los recuadros.

N. °	ÍTEM	VALORACIONES (encierre en un círculo las respuestas para luego sumar)		
		Independiente	Ayuda	Dependiente
<b>INDEPENDENCIA</b>				
	<b>Baño (esponja, ducha o bañera)</b>			
1	-Independiente: Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo (espalda) o se baña completamente sin ayuda. -Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar en la bañera.			
	<b>Vestido</b>			
2	-Independiente: Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo y puede usar cremalleras (se excluye atarse los zapatos). -Dependiente: No es capaz de vestirse solo.			
	<b>Uso del WC</b>			
3	Independiente: Accede al retrete, entra y sale de él, es capaz de limpiarse y asearse. -Dependiente: Usa orinal, o precisa ayuda para utilizar el retrete.			
	<b>Movilidad</b>			
4	-Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla. -Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.			
	<b>Continencia</b>			
5	-Independiente: Control completo de la micción y defecación. -Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal. Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.			
	<b>Alimentación</b>			
6	-Independiente: Lleva la comida del plato o taza a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan). -Dependiente: Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición parenteral.			
	I: Independiente = 2 Cuando se realiza actividad sin apoyo o con mínima ayuda, ósea independiente A: Ayuda = 1 Cuando se necesita moderado nivel de ayuda D: Dependiente = 0 cuando es totalmente dependiente.	<b>TOTAL:</b>		




## MATRIZ DE EVALUACION DE LA ESCALA DE INDEPENDENCIA DE KATZ

Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.

VARIABLE 1	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	OBSIONES DE RESPUESTA			CRITERIOS DE EVALUACION								OBSERVACION Y RECOMENDACION	
				Independiente	Ayuda	Dependiente	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE ITEMS Y LA OBSION DE RESPUESTA			
							S	N	S	N	S	N	S	N		
Actividades de la Vida Diaria	Funcionalidad		<b>Se baña</b> -Independiente: Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo (espalda) o se baña completamente sin ayuda. -Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar en la bañera				X		X		X		X			
			<b>Se viste y desviste</b> -Independiente: Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo y puede usar cremalleras (se excluye atarse los zapatos). -Dependiente: No es capaz de vestirse solo.				X		X		X		X			
			<b>Uso de inodoro</b> Independiente: Accede al retrete, entra y sale de él, es capaz de limpiarse y asearse. -Dependiente: Usa orinal, o precisa ayuda para utilizar el retrete.				X		X		X		X			
	Calidad de Vida		<b>Movilidad</b> Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla. -Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.				X		X		X		X			
			<b>Continencia</b> -Independiente: Control completo de la micción y defecación. -Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal. Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.				X		X		X		X			
			<b>Alimentación</b> Independiente: Lleva la comida del plato o taza a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan). -Dependiente: Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición parenteral.				X		X		X		X			
					TOTAL:											

I: Independiente = 2 Cuando se realiza actividad sin apoyo o con mínima ayuda, ósea independiente A: Ayuda = 1 Cuando se necesita moderado nivel de ayuda  
 D: Dependiente = 0 cuando es totalmente dependiente.

----------Firma del Evaluador

## Anexo 5

### Set-test de Isaacs

#### FICHA TECNICA

1. NOMBRE : Set-test o Test de Isaac
2. AUTOR/A : Isaac y Akhtar
3. FECHA : En 1972
4. OBJETIVO : Este test de fluencia verbal semántica, es útil en el caso de pacientes analfabetos o con déficit sensoriales Ayuda al diagnóstico demencial, su base la fluencia verbal
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Heteroaplicada
7. DURACIÓN : 4 minutos
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 4
10. PROCEDIMIENTO:  
O:  
Se pide al paciente que diga 10 elementos por ítem sin detenerse. Es 1 minuto por ítem, si logra decir 10 elementos sin repetir, pasa a los ítems siguientes. Se anotan todas las respuestas. Se conserva los resultados para el seguimiento evolutivo del paciente. Tiene una sensibilidad del 79 % y una especificidad del 82 %. El resultado normal es 29 o más aciertos (referente general de la prueba). Los errores se contabilizan (por su valor para el seguimiento evolutivo del paciente) pero no restan puntos al total.
11. DISTRIBUCIÓN: ítems
  - Colores
  - Animales
  - Frutas
  - Ciudades

11. EVALUACIÓN  
Puntuación

Escala Cuantitativa	Escala cualitativa
0 – 5	Baja
6 – 8	Media
9 – 10	Alta

Evaluación en niveles por ítems.

Escala cualitativa	Escala cuantitativa							
	Colores		Animales		Frutas		Ciudad	
Niveles	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Baja	0	5	0	5	0	5	0	5
Medio	6	8	6	8	6	8	6	8
Alto	9	10	9	10	9	10	9	10

Evaluación de variable

Niveles	Fluidez verbal semántica	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Baja	0	5
Medio	6	8
Alto	9	10

## Interpretación de la fluidez verbal semántica

Nive l Baj o	Nivel Medio	Nive l Alto
<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de fluidez verbal comprende que se pronuncien en 1 minuto 5 o menos elementos como repuesta en cada ítem. Esta respuesta será lenta y de escasa identificación de recuerdo</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 0 a 5 elementos por ítems</b></p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de fluidez verbal comprende que se pronuncien en 1 minuto de 6 a</p> <p>8 elementos como repuesta en cada ítem. Esta tendrá fluidez, pero poca identificación del recuerdo</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 6 a 8 elementos por ítems</b></p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de fluidez verbal comprende que solo se pronuncien en 1 minuto de 9 a</p> <p>10 elementos como repuesta en cada ítem. Esta respuesta será rápida y con buena identificación de recuerdo</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 9 a 10 elementos por ítems</b></p>

**CUESTIONARIO DE FLUIDEZ VERBAL DIRIGIDO A  
LOS ADULTOS MAYORES**

Código:

Fecha: .....

**INSTRUCCIÓN**

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar la fluidez verbal semántica, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo como lo percibe en la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas en uno de los recuadros. En 1 minuto por ítems responder 10 elementos.

1= Bajo      2= medio      3= Alto

N o	IT E M S	0-5 Element os	6-8 Element os	9-10 Element os
		Baj o	Medio	Alto
<b>FLUIDEZ VERBAL SEMÁNTICA</b>				
0 1	Color.....			
0 2	Animales.....			
0 3	Frutas.....			
0 4	Ciudades.....			
	TOTAL:			

## MATRIZ DE EVALUACION DE SET-TEST DE ISAACS

Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.

VARIABLE 1	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	OBSIONES DE RESPUESTA			CRITERIOS DE EVALUACION								OBSERVACION Y RECOMENDACION
						Baja	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE ITEMS Y LA OIBSION DE RESPUESTA		
							S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	
				I		I	O	I		I					
			Colores .....				X		X		X		X		
			Animales .....				X		X		X		X		
			Frutas .....				X		X		X		X		
			Ciudad .....				X		X		X		X		
	Nivel bajo: 0 - 5: Nivel Medio: 6 – 8 Nivel Alto: 9 – 10			TOTAL:											



-----  
**Firma del Evaluado**

## Anexo 1

### FICHA TÉCNICA SOBRE DEFICIENCIAS TERAPÉUTICAS VALIDACIÓN DE EXPERTOS 2

1. NOMBRE : Prueba para medir las deficiencias terapéuticas en los programas recreacionales del Adulto Mayor.
2. AUTOR/A : Carmen María Delgado Vilela.
3. FECHA : Julio 2020
4. OBJETIVO : Identificar de manera individual el nivel de deficiencias terapéuticas en los programas recreacionales en sus dimensiones: Régimen académico en la formación profesional de nivel superior; Características de los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública- privada; El Estado: políticas, programas y normativas para el adulto mayor.
5. APLICACIÓN : Profesionales y adultos mayores
6. ADMINISTRACIÓN : Individual
7. DURACIÓN : 30 minutos aproximadamente
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 27
10. DISTRIBUCIÓN : Dimensiones e indicadores

1° Régimen académico en la formación profesional de nivel superior: 9 Ítems

Formación del pregrado: 1,2,3 Ítems Formación de la especialidad: 4,5,6 ítems Formación del posgrado: 7,8,9 Ítems

2° De los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-

Privada: 7 Ítems

Instituciones de la salud: 10,11,12, Ítems Entidades gerontológicas-geriátricas: 13,14 Ítems Organismos comunitarios: 15,16 Ítems



3° El Estado: políticas, programas y normativas para el adulto mayor: 11 Ítems

Ley del Adulto Mayor: 17,18,19,20,21 Ítems

Norma técnica del adulto mayor MIES: 22,23,24 Ítems

Atención Integral del adulto mayor: 25,26,27 Ítems

**Total, de Ítems: 27**

## 11. EVALUACIÓN

### Puntuación

<b>Escala Cuantitativa</b>	<b>Escala cualitativa</b>
1	Nunca
2	Casi nunca
3	A veces
4	Casi siempre
5	Siempre

### Evaluación en niveles por dimensión

<b>Escal a cualitati v a</b>	<b>Escala cuantitativa</b>					
	Régimen académico en la formación profesional de nivel superior		De los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-privada.		El Estado: políticas, programas y Normativas para el adulto mayor	
<b>Niveles</b>	<b>Puntaj e mín i mo</b>	<b>Punta je máxim o</b>	<b>Puntaj e mín i mo</b>	<b>Punta je máxim o</b>	<b>Puntaj e mín i mo</b>	<b>Punta je máxim o</b>
<b>Deficien te</b>	1	15	1	1 1	1	1 8
<b>Medio</b>	16	30	1 2	2 3	1 9	3 7
<b>Alto</b>	31	45	2 4	3 5	3 8	5 5

## Evaluación de variable

Niveles	Deficiencias Terapéuticas	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Deficiente	1	45
Medio	46	80
Alto	81	135

## Interpretación de las deficiencias terapéuticas

Nivel Deficiente	Nivel Medio	Nivel Alto
<p>Las terapéuticas de los programas recreativos que se ubican en este nivel de deficiencia <b>presentan a problemas</b> en determinar actividades cognitivas en relación a las capacidades inteligentes.</p> <p>Se aplica un servicio de atención inadecuado sin responsabilidad técnica.</p> <p>Así como el desconocimiento de políticas públicas, programas y normativas de salud gerontológica-geriátrica.</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 1 a 45</b></p>	<p>Las terapéuticas de los programas recreativos que se ubican en este nivel de deficiencia <b>presenta poco problema</b> para determinar actividades cognitivas en relación a las capacidades inteligentes.</p> <p>El servicio de atención aplicado es inadecuado técnicamente, sin embargo, hay cierto conocimiento en políticas públicas y normativas de salud gerontológica- geriátrica</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 46 a 90</b></p>	<p>Las terapéuticas de los programas recreativos que se ubican en este nivel de deficiencia <b>no presenta problemas</b> el servicio de atención es eficiente, más bien posee un gran contenido de determinación, técnica, responsabilidad y conocimiento en políticas públicas y normativas de salud gerontológica-geriátrica:</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 91 a 135</b></p>

**CUESTIONARIO DE LAS DEFICIENCIAS TERAPÉUTICAS  
DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES Y A LOS ADULTOS  
MAYORES**

Código:

Fecha: .....

**INSTRUCCIÓN**

Estimados profesionales y adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar las deficiencias terapéuticas en los programas recreativos, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo no como debería ser, sino como lo percibe en la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas en uno de los recuadros.

1= Nunca 2= Casi nunca 3= A veces 4= Casi siempre 5= Siempre

N o	ITEMS	1	2	3	4	5
		Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
	<b>DIMENSIÓN: Régimen académico de la formación profesional</b>					
0 1	La educación superior gestiona el diseño curricular de la carrera en pregrado de terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.					
0 2	La educación superior promueve la carrera en pregrado de terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.					
0 3	La educación superior oferta la carrera de pregrado en terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.					
0 4	La educación superior gestiona la especialización como una estrategia académica de profundizar en el desarrollo profesional					
0 5	La educación superior promueve la especialización como una estrategia académica de profundizar en el desarrollo profesional.					
0 6	La educación superior controla e interviene en los procesos académicos de especialización como una estrategia de profundizar en el desarrollo profesional.					
0 7	La educación superior gestiona los posgrados que profundizan en teoría, investigación e impulsan el desarrollo disciplinar y la solución a las problemáticas que tiene la comunidad					

08	La educación superior fomenta los posgrados que profundizan en teoría, investigación e impulsan el desarrollo disciplinar y la solución a las problemáticas que tiene la comunidad					
09	La educación superior considera el posgrado un instrumento académico de alto rango teórico, investigativo que impulsa el desarrollo profesional y la solución a los problemas que tiene la comunidad					
	<b>DIMENSIÓN: Características de los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-privada</b>					
10	Los hospitales, clínicas, centros de salud brindan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica					
11	Los hospitales, clínicas, centros de salud fomentan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica eficiente?					
12	Los hospitales, clínicas, centros de salud permiten el acceso equitativo a la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica					
13	Las entidades de permanencia ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integral e integral gerontológicas-geriátricas.					
14	Las entidades de atención del día ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integral e integral gerontológica-geriátrica.					
15	Los adultos mayores tienen conocimiento de que pueden recibir en sus hogares la atención integral de todos los procesos gerontológicos-geriátricos.					
16	Las familias de los adultos mayores se sienten o se incluyen en los procesos de atención integral gerontológicos-geriátricos.					
	<b>DIMENSIÓN: El Estado: políticas, programas y Normativas para el adulto mayor</b>					
17	Los organismos estatales promueven la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.					
18	Los organismos estatales socializan la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.					
19	Los adultos mayores tienen un real conocimiento de la Ley que los protege con beneficios sociales, económicos y jurídicos.					
20	Los adultos mayores se sienten beneficiados con la Ley que los protege social, económica y jurídicamente.					
21	La sociedad percibe positivamente que la Ley del adulto mayor los protege a través de los beneficios sociales, económicos y jurídicos					
22	Los órganos estatales de control supervisan el cumplimiento de la norma técnica del adulto mayor en los servicios de atención gerontológicos-geriátricos públicos o privados.					

2 3	Los órganos estatales de control vigilan que los servicios de atención integral gerontológicas-geriátricas cumplan los estándares de calidad de la norma técnica del adulto mayor en su funcionamiento.					
2 4	Los órganos estatales de control atienden las necesidades biopsicosociales y culturales del adulto mayor enunciada en la norma técnica que promueve el envejecimiento positivo.					
2 5	Los órganos estatales de la salud promueven programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.					
2 6	Los órganos estatales de la salud ejecutan los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.					
2 7	Los órganos estatales de la salud vigilan el cumplimiento de los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.					

**MATRIZ DE VALIDACIÓN DE LOS EXPERTOS DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR LAS DEFICIENCIAS TERAPÉUTICAS DE LOS PROGRAMAS RECREATIVOS**

**Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada en el adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador, 2020.**

	DIMENSIÓN	INDICADOR	IT E M S	OPCIÓN DE RESPUESTA					CRITERIOS DE EVALUACIÓN								OBSERVACION Y RECOMENDACION
									RELACION ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA		
									S	NO	S	NO	S	NO	S	NO	
I																	
<b>DEFICIENCIAS TERAPEUTICAS DE LOS PROGRAMAS RECREATIVOS</b>	<b>Régimen académico en la formación profesional de nivel superior</b>	<b>Formación del pregrado</b>	1. La educación superior gestiona el diseño curricular de la carrera en pregrado de terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.						X		X		X		X		
	(Organiza los niveles de formación de la educación superior, del conocimiento y los aprendizajes,		2. La educación superior promueve la carrera en pregrado de terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.						X		X		X		X		

	<p>de la estructura curricular y las modalidades de aprendizaje o estudio de las carreras y programas que se impartan.</p> <p>Regulado por el Consejo Nacional</p>	<p>(Son estudios superiores que anteceden a una carrera de grado brindan un título de licenciatura. Con una duración de 4 a 5 años)</p>	<p>3. La educación superior oferta la carrera de pregrado en terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.</p>						X		X		X		X		
--	--	---	---	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--

	de Educación Superior mediante la Ley de Educación Superior)	<b>Formación de especialización</b>  (Se profundiza el conocimiento . Es una agregación a lo estudiado en un pregrado. Dura de 12 a 14 meses)	4 La educación superior gestiona la especialización como una estrategia académica de profundizar en el desarrollo profesional						X		X		X		X			
			5. La educación superior promueve la especialización como una estrategia académica de profundizar en el desarrollo profesional.							X		X		X		X		
			6. La educación superior controla e interviene en los procesos académicos de especialización como una estrategia de profundizar en el desarrollo profesional.							X		X		X		X		
	<b>Formación de posgrado</b>  (Se cursa tras la licenciatura. Son: . Maestrias es la profundización teórica, tecnológica y profesional. Aporta nuevos conocimiento a la profesion, Dura de 1 a 2 años. Doctorados o PHD. se adquiere competencias de investigación	7 La educación superior gestiona los posgrados que profundizan en teoría, investigación e impulsan el desarrollo disciplinar y la solución a las problemáticas que tiene la comunidad								X		X		X		X		
			8.La educación superior fomenta los posgrados que profundizan en teoría, investigación e impulsan el desarrollo disciplinar y la solución a las problemáticas que tiene la comunidad								X		X		X		X	





		desarrollo de sus disciplinas. Dura entre 3 y 6 años)	9 La educación superior considera el posgrado un instrumento académico de alto rango teórico, investigativo que impulsa el desarrollo profesional y la solución a los problemas que tiene la comunidad						X		X		X		X	
<p align="center"><b>De los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-privada.</b></p> <p align="center">(Son entidades que prestan servicio con atención biopsicosocial . Con enfoque a la salud, lo social y lo comunitario Son de 2 tipos: atención del día y atención permanente)</p>	<p align="center"><b>Instituciones de la salud</b></p> <p align="center">(Lo representa el Programa Nacional de Salud Integral para el Adulto Mayor. Asistencia integral e integrada del fomento de la salud y el bienestar, acceso universal y equitativo a los servicios de atención de salud y sociales, que garanticen calidad de vida, respeto y cumplimiento de derechos y el mantenimiento de su funcionalidad y autonomía)</p>	10. Los hospitales, clínicas, centros de salud brindan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica						X		X		X		X		
		11. Los hospitales, clínicas, centros de salud fomentan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica eficiente?						X		X		X		X		
		12. Los hospitales, clínicas, centros de salud permiten el acceso equitativo a la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica							X		X		X		X	

								X		X		X		X		
		<p><b>Entidades gerontológicas - geriátricas</b></p> <p>(Son las que brindan cuidado personal y de salud integral al adulto mayor, Son:</p> <p>De permanencia: asilos, albergues, hospicios, hogares. De atención al día: fundaciones, centros de prepago, clínicas y hospitales</p>	<p>13. Las entidades de permanencia ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integral e integral gerontológicas-geriátricas.</p>					X		X		X		X		
			<p>14. Las entidades de atención del día ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integral e integral gerontológica-geriátrica.</p>					X		X		X		X		
		<p><b>Organismos Comunitarios</b></p>	<p>15. Los adultos mayores tienen conocimiento de que pueden recibir en sus hogares la atención integral de todos los procesos gerontológicos-geriátricos.</p>					X		X		X		X		
								X		X		X		X		

(El adulto mayor recibe atención integral de preferencia en sus hogares incluyendo a la familia en todos los procesos de atención que potencien su desarrollo, la independencia y funcionalidad

16. Las familias de los adultos mayores se sienten o se incluyen en los procesos de atención integral gerontológicos-geriátricos.

<p><b>El Estado: políticas, programas y Normativas para el adulto mayor</b></p> <p>(La Constitución de la República del Ecuador considera a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria, lo que significa que deben recibir un trato especializado y preferente que proteja sus derechos y asegure el ejercicio y goce de los mismos).</p>	<p><b>Ley del adulto mayor</b></p> <p>(La nueva Ley Orgánica del Adulto Mayor promulgada en el Registro Oficial No. 484 de 9/mayo/ 2019, contiene disposiciones protectoras con beneficios de orden social económico y jurídico)</p>	<p>17. Los organismos estatales promueven la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.</p>						X		X		X		X			
		<p>18. Los organismos estatales socializan la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.</p>							X		X		X		X		
		<p>19. Los adulto mayores tiene un real conocimiento de la Ley que los protege con beneficios sociales, económicos y jurídicos.</p>							X		X		X		X		
		<p>20. Los adulto mayores se sienten beneficiados con la Ley que los protege social, económica y jurídicamente.</p>							X		X		X		X		
		<p>21. La sociedad percibe positivamente que la Ley del adulto mayor los protegen a través de los beneficios sociales, económicos y jurídicos</p>							X		X		X		X		

			22.Los órganos estatales de control supervisan el cumplimiento de la norma técnica del adulto mayor en los servicios de atención gerontológicos-geriátricos públicos o privados.						X		X		X		X			
		<b>Norma técnica del adulto mayor MIES</b>  (El Ministerio de Inclusión Económica y Social, garantiza la calidad de los servicios de atención integral, de carácter obligatorio y estándares de calidad para regular el funcionamiento de la atención gerontológica directa y/o por convenios. Atiende sus necesidades bio- sico- sociales y culturales, para la promoción del envejecimiento positivo).	23. Los órganos estatales de control vigilan que los servicios de atención integral gerontológicas-geriátricas cumplan los estándares de calidad de la norma técnica del adulto mayor en su funcionamiento.						X		X		X		X			
			24.Los órganos estatales de control atienden las necesidades biopsicosociales y culturales del adulto mayor enunciada en la norma técnica que promociona el envejecimiento positivo.							X		X		X		X		

		<p align="center"><b>Atención integral del adulto mayor</b> MSP</p> <p>(El Ministerio de Salud Pública edita la Norma y Protocolos de atención integral de salud para el adulto mayor, instrumento técnico, científico, ético, legal para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores. Es de cumplimiento obligatorio y la no aplicabilidad origina sanción).</p>	<p>25. Los órganos estatales de la salud promueven programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.</p>						X		X		X		X		
			<p>26. Los órganos estatales de la salud ejecutan los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.</p>						X		X		X		X		
			<p>27. Los órganos estatales de la salud vigilan el cumplimiento los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.</p>						X		X		X		X		

Dra. Gabriela Acosta Chaves  
 ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA  
 REG. PROF. 6626 LIBRO IV  
 FOLIO 2018 Nº 5801 del 09/08/1811/05

Firma del evaluador

## Anexo 2

### Escala Cognitiva de Folstein (MMSE)

#### FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE : MMSE. Mini-Mental State Examination
  2. AUTOR/A : Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang.
  3. FECHA : Publicado en el año 1975
  4. OBJETIVO : Prueba de detección rápida del deterioro de las capacidades funcionales cognoscitivas Las áreas a evaluarse: Orientación espacio temporal, Atención, memoria y concentración Cálculo matemático y Lenguaje y percepción viso espacial.
  5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
  6. ADMINISTRACIÓN : Individual
  7. DURACIÓN : Sin límite de tiempo
  8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
  9. N° DE ITEMS : 7
  10. PROCEDIMIENTO : Puntuación va del 0 a los 19 puntos.  
De 14 a 19 pts.: No sugiere déficit cognitivo y  
De 13 pts. o menos: Si sugiere déficit cognitivo. Se realiza en un lugar agradable y libre de distractores. Es individual sin límites de tiempo con instrucciones claras. La prueba es voluntaria y motivada. Se debe evitar usar frases subjetivas como: "Voy a hacerle unas preguntas muy sencillas"
  11. DISTRIBUCIÓN : Dimensiones e indicadores
- ❖ Orientación Espacio Temporal
    - Indicar fecha de hoy, el mes, el año y el día de la semana. Vale 4 pts.
  - ❖ Atención
    - Se indican tres objetos.
    - Se pide los repita en voz alta los que recuerde, no importa orden. Se pide memorizarlos porque se preguntará más adelante. Los aprenderá



lentamente, por dos segundos c/u. Se repite hasta que el entrevistado se los aprenda (5 repeticiones). Vale 3 pts.

- ❖ Cálculo Matemático y Lenguaje
  - Se indican algunos números y se pide que los repita al revés. Vale 5 pts.
- ❖ Concentración.
  - Se indica, voy a dar un papel. Tómelo con la mano derecha, dóblelo con la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. Vale 3 pts.
- ❖ Memoria
  - Se indica, hace un momento le leí 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda. Vale 3 pts.
- ❖ Percepción Viso espacial
  - Por favor copie este dibujo:
  - Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Vale 1 pto.

## EVALUACIÓN Puntuación

Escala Cuantitativa	Escala cualitativa
1 al 13	Si sugiere déficit
14 al 19	No sugiere déficit

### Evaluación en niveles por dimensión

Escala cualitativa	Escala cuantitativa											
	Orientación Espacio Temporal		Atención		Cálculo Matemático o Y lenguaje		Concentración		Memoria		Percepción Viso espacial	
Niveles	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Si sugiere déficit	0	3	1	1	0	2	0	1	0	2	0	4
No sugiere déficit	3	4	2	3	3	5	2	3	2	3	2	1

## Evaluación de variable

Niveles	Valoración Cognitiva	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Si sugiere déficit	1	13
No sugiere déficit	14	19

## Interpretación

Nivel: Si sugiere déficit	Nivel: No sugiere déficit
<p>Las valoraciones cognitivas que se ubican en este nivel de sugerencia <b>presentan problemas</b> para ubicar, identificar o realizar en tres o cuatro de las seis dimensiones con sus indicaciones de las actividades operativas.</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 1 a 13</b></p>	<p>Las valoraciones cognitivas que se ubican en este nivel de sugerencia <b>presenta muy poco problema</b> para ubicar, identificar o realizar en una o dos de las 6 dimensiones con sus indicaciones de las actividades operativas.</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 14 a 18</b></p>

## CUESTIONARIO DE NIVELES COGNITIVOS DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES


Código:

Fecha: .....

### INSTRUCCIÓN

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar los niveles cognitivos sugeridos en cada actividad a realizar, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo con tranquilidad y de forma lenta percibiendo la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas en uno de los recuadros. Puntaje total 19


DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	OPCION DE RESPUESTA	
			Si sugiere deficiencia	No sugiere deficiencia
<b>Capacidades funcionales</b>	<b>Orientación Espacio Temporal</b>	Indicar fecha de hoy, el mes, el año y el día de la semana. -Mes: Fecha del mes: -Año: -Día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Atención</b>	Se indican tres objetos. Se pide los repita en voz alta los que recuerde, no importa orden. Se pide memorizarlos porque se preguntará más adelante. Los aprenderá lentamente, por dos segundos c/u. Se repite hasta que el entrevistado se los aprenda (5 repeticiones).. -Arbol -Mesa -Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Cálculo Matemático y Lenguaje</b>	Se indican algunos números y se pide que los repita al revés. -1 -3 -5 -7 -9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Concentración.</b>	Se indica, voy a dar un papel. Tómelo con la mano derecha, dóblelo con la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. Tomar el papel -Doblar -Colocar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Memoria</b>	Se indica, hace un momento le leí 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda.. -Árbol -Mesa -Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p><b>Percepción Viso Espacial</b></p>	<p>Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman u cuadrilátero.</p> 		
<p>De 14 a 19 pts.: No sugiere déficit cognitivo De 13 pts. o menos: Si sugiere déficit cognitivo)</p>			<p><b>PUNTAJE TOTAL:</b></p>	

## MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE FOLTEIN (MMSE)

**Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.**

Variable	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	OPCION DE RESPUESTA		CRITERIO DE EVALUACION								CONCLUSION Y RECOMENDACION
				Si sugiere deficiencia	No sugiere deficiencia	RELACION ENTRE VARIABLE Y DIMENSION		RELACION ENTRE DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA		
						S	N	S	N	S	N	S	N	
						I	O	I	O	I	O	I	O	
DETERIORO COGNITIVO COGNIT	Capacidades funcionales	<b>Orientación Espacio Temporal</b>	Indicar fecha de hoy, el mes, el año y el día de la semana. -Mes: Fecha del mes: -Año: -Día:			X		X		X		X		
		<b>Atención</b>	Se indican tres objetos. Se pide los repita en voz alta los que recuerde, no importa orden. Se pide memorizarlos porque se preguntará más adelante. Los aprenderá lentamente, por dos segundos c/u. Se repite hasta que el entrevistado se los aprenda (5 repeticiones). -Arbol -Mesa -Avión			X		X		X		X		
		<b>Cálculo Matemático y Lenguaje</b>	Se indican algunos números y se pide que los repita al revés. -1 -3 -5 -7 -9			X		X		X		X		
		<b>Concentración</b>	Se indica, voy a dar un papel. Tómelo con la mano derecha, dóblelo con la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. Tomar el papel			X		X		X		X		

			-Doblar -Colocar											
		<b>Memoria</b>	Se indica, hace un momento le leí 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda. -Árbol -Mesa -Avión			X		X		X		X		
		<b>Percepción Viso Espacial</b>	Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman u cuadrilátero. 			X		X		X		X		
		De 14 a 19 pts.: No sugiere déficit cognitivo De 13 pts. o menos: Si sugiere déficit cognitivo)		<b>PUNTAJE TOTAL:</b>										

Dra. Gabriela Acuña Choy  
 ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA  
 REG. PROF. 6926 LIBRO IV  
 FOLIO 2025 No. 5850 I.M. 07-08-1531-03

Firma del evaluador

## Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage

### FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE : Escala de depresión geriátrica (GDA)
2. AUTOR/A : Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adsey y rose
3. FECHA : En 1982 tenía 30 preguntas. En 1986, Sheikh y Yesavage la resumen a 15 preguntas
4. OBJETIVO : Mide el nivel de depresión psicosocial presente en el anciano. La escala tiene 15 ítems que indican 7 expresiones comunes de la depresión de la vejez, como: manifestaciones somáticas, disminución de afecto, alteraciones cognitivas, sentimientos de discriminación, alteraciones de la motivación, ausencia de orientación al futuro, pérdida de autoestima
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Individual
7. DURACIÓN : 15 a 20 minutos aproximadamente
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 15
10. PROCEDIMIENTO : Es de 15 preguntas, de formato SI-NO.  
La forma adecuada de responder los ítems será;  
: los ítems 2,4,5,6,7,8,9,11,12,14 con respuesta SI.  
los ítems 1,3,10,13 y15 con repuesta NO  
Cada respuesta errónea puntúa 1.  
La prueba presenta alta validez y confiabilidad de 0.81.
11. DISTRIBUCIÓN : Ítems

- ❖ La pérdida de autoestima
  - La mayor parte del tiempo está de buen humor. No
  - Tiene miedo de que le pase algo malo. Si

- Se siente feliz la mayor parte de tiempo. No
- ❖ Alteración de la motivación
  - Ha abandonado muchas de sus actividades. Si
  - Se encuentra a menudo aburrido. Si
- ❖ Sentimientos de discriminación
  - Se siente a menudo abandonado. Si
  - Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente. Si
  - Cree que otros están mejor que usted. Si
- ❖ Alteración Cognitiva
  - Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos. Si
- ❖ Disminución de afecto
  - Está satisfecho/a con su vida. No
  - Nota que su vida está vacía. Si
- ❖ Manifestación somática
  - Se encuentra lleno/a de energía. Si
  - Cree que su situación es desesperada. No
- ❖ Ausencia de orientación a futuro
  - Prefiere quedarse en casa en lugar de salir o hacer cosas. Si
  - Cree que vivir es maravilloso. No

## 11. EVALUACIÓN

### Puntuación

<b>Escala Cuantitativa</b>	<b>Escala cualitativa</b>
0 - 5	Normal
6 - 9	Probable depresión
10 - 15	Depresión



## Evaluación en niveles por ítems

Escala cualitativa	Escala cuantitativa						
	Pérdida de autoestima	Alteración de la motivación	Sentimiento de discriminación	Alteración Cognitiva	Disminución de afecto	Manifestación Somática	Ausencia de orientación a futuro
Niveles	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos
Normal	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5
Probable depresión	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9
Depresión	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15

## Evaluación de variable

Niveles	Valoración de Depresión	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Normal	0	5
Posible depresión	6	9
Depresión	10	15

## Interpretación de la Depresión Geriátrica

Normal	Posible depresión	Depresión
El criterio geriátrico evaluador que se ubica en este nivel de depresión comprende tener: respuesta errónea una y respuesta afirmativa dos	El criterio geriátrico evaluador que se ubica en este nivel de depresión comprende tener: respuesta errónea: dos y respuesta afirmativa: cuatro	El criterio geriátrico evaluador que se ubica en este nivel de depresión comprende tener: respuesta errónea: tres y respuesta afirmativa: seis
<b>Su puntuación oscila entre 0 y 5</b>	<b>Su puntuación oscila entre 6 y 9</b>	<b>Su puntuación entre 10 y 15.</b>

## CUESTIONARIO DE NIVELES DE DEPRESIÓN DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES

Código:

Fecha: .....

### INSTRUCCIÓN

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar los niveles de depresión geriátrica, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo como percibe la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas de los recuadros.

DIMENSIÓN	INDICADOR	I T E M	Si:0	No:1	OPCION DE RESPUESTA		
					NORMAL	PROBABLE	DEPRESION
<b>PSICO-SOCIAL</b>	Pérdida de autoestima	1. La mayor parte del tiempo está de buen humor	0	1			
		2. Tiene miedo de que le pase algo malo	1	0			
		3. se siente feliz la mayor parte del tiempo	0	1			
	Alteración de la motivación	4. ha abandonado muchas de sus actividades	1	0			
		5. Se encuentra a menudo aburrido/a	1	0			
	Sentimientos de discriminación	6. se siente a menudo abandonado/a	1	0			
		7. Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente	1	0			
		8. Cree que otros están mejor que usted	1	0			
	Alteración Cognitiva	9. le es difícil poner en marcha proyectos futuros	1	0			
	Disminución de Afecto	10. Está satisfecho/a con su vida	0	1			
		11. Nota que su vida está vacía	1	0			
	Manifestación Somática	12. se encuentra lleno/a de energía	0	1			
		13. Cree que su situación es desesperada	1	0			
	Ausencia de orientación a futuro	14. Prefiere quedarse en casa en lugar de salir o hacer cosas	1	0			
		15. Cree que vivir es maravilloso	0	1			
Normal 0-5 Probable depresión 6-9 Depresión estable 10 o más			<b>TOTAL:</b>				

## MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	Si:0	No:1	OBSION DE RESPUESTA			CRITERIOS DE VALORACION								CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN	
						NORMAL	PROBABLE DEPRESION	DEPRESION	RELACION ENTRE VARIABLE Y DIMENSIÓN		RELACION ENTRE LA DIMENSIÓN Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA			
									S	NO	S	N	S	N	S	N		
									I	O	I	O	I	O	I	O		
DEPRISION GERIATRICA	PSICO-SOCIAL	Pérdida de autoestima	1.La mayor parte del tiempo está de buen humor	0	1				X		X		X		X			
			2. Tiene miedo de que le pase algo malo	1	0				X		X		X		X			
			3. se siente feliz la mayor parte del tiempo	0	1				X		X		X		X			
		Alteración de la motivación	4. ha abandonado muchas de sus actividades	1	0				X		X		X		X			
			5. Se encuentra a menudo aburrido/a	1	0				X		X		X		X			
		Sentimientos de discriminación	6. se siente a menudo abandonado/a	1	0				X		X		X		X			
			7. Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente	1	0				X		X		X		X			
			8. Cree que otros están mejor que usted	1	0				X		X		X		X			
		Alteración Cognitiva	9. le es difícil poner en marcha proyectos futuros	1	0				X		X		X		X			
		Disminución de Afecto	10. Está satisfecho/a con su vida	0	1				X		X		X		X			
			11. Nota que su vida está vacía	1	0				X		X		X		X			
		Manifestación Somática	12. se encuentra lleno/a de energía	0	1				X		X		X		X			
			13. Cree que su situación es desesperada	1	0				X		X		X		X			
		Ausencia de orientación a futuro	14. Prefiere quedarse en casa en lugar de salir o hacer cosas	1	0				X		X		X		X			
			15. Cree que vivir es maravilloso	0	1				X		X		X		X			

	Normal 0-5 Probable depresión 6-9 Depresión estable 10 o más	<b>TOTAL:</b>													
--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dra. Gabriela Acosta Chaves  
 ESPECIALISTA EN PSICOPEDAGOGÍA  
 REG. PROF. PSIC. 11857 SV  
 FOLIO 11857 SV-1511/03

-----  
 Firma del evaluador

Anexo 4.

## Escala de Independencia Índice de Katz

### FICHA TÉCNIC

1. NOMBRE : Índice de Katz.
2. AUTOR/A : Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW.
3. FECHA : En 1963
4. OBJETIVO : Evalúa las actividades básicas de la vida diaria en funcionabilidad y calidad de vida; pero no más avanzadas. Su ventaja, detallar el nivel funcional, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. Esta información la puede dar el evaluado o el familiar..
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Heteroaplicada
7. DURACIÓN : Más de 10 minutos
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 6
10. PROCEDIMIENTO:  
O:  
Está conformado por 6 ítems de orden jerárquico. Implica la capacidad de hacer actividades de menor rango jerárquico. Estas son: baño- vestido-uso del wc Movilidad-continencia-alimentación.  
Se identifica con letras la valoración (el número es Opcional)  
**I: Independiente = 2** Cuando se realiza actividad sin apoyo o con mínima ayuda, ósea independiente  
**A: Ayuda = 1** Cuando se necesita moderado nivel de ayuda  
**D: Dependiente = 0** cuando es totalmente dependiente.  
El valor está dado por la mayor repetición en letras

**I – A - D**

## 11. DISTRIBUCIÓN: ítems

### 1. Baño (esponja, ducha o bañera)

-Independiente: Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo (espalda) o se baña completamente sin ayuda.

-Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar en la bañera.

### 2. Vestido

-Independiente: Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo y puede usar cremalleras (se excluye atarse los zapatos).

-Dependiente: No es capaz de vestirse solo.

### 3. Uso del wc

-Independiente: Accede al retrete, entra y sale de él, es capaz de limpiarse y asearse.

-Dependiente: Usa orinal, o precisa ayuda para utilizar el retrete

### 4. Movilidad

-Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla.

-Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.

### 5. Continencia

-Independiente: Control completo de la micción y defecación.

-Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal. Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.

### 6. Alimentación

-Independiente: Lleva la comida del plato o taza a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan).

-Dependiente: Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición parenteral.

## 11. EVALUACIÓN

### Puntuación

<b>Escala Cuantitativa</b>	<b>Escala cualitativa</b>
2	Independiente
1	Ayuda
0	Dependiente

## Evaluación en niveles de ítems

Escala cualitativa	Escala cuantitativa					
	Baño	Vestido	Uso Wc	Movilidad	Continencia	Alimentación
Niveles	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo
Independiente	2	2	2	2	2	2
Ayuda	1	1	1	1	1	1
Dependiente	0	0	0	0	0	0

## Evaluación de variable

Niveles	Valoración de Independencia	
	Puntaje Fijo	Puntaje Fijo
Independiente	2	2
Ayuda	1	1
Dependiente	0	0

## Interpretación de Independencia

Independiente	Ayuda	Dependiente
<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel identificara la independencia en las actividades básicas de la vida diaria comprendiendo que se tenga mayores números de letras I como respuesta.</p> <p>Su puntuación es el mayor número de letras I</p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de ayuda en las actividades básicas de la vida diaria comprende que se tenga mayor número de letra A como respuesta</p> <p>Su puntuación es el mayor número de letra A</p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria comprende el llegar a tener el mayor número de letras D como repuestas: respuesta</p> <p>Su puntuación es el mayor número de letras D.</p>

## CUESTIONARIO DE NIVELES DE INDEPENDENCIA DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES

Código:

Fecha: .....

### INSTRUCCIÓN

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar los niveles de independencia en las actividades básicas de la vida diaria, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo como percibe la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas de los recuadros.

N. °	ITEM	VALORACIONES (encierre en un círculo las respuestas para luego sumar)		
		Independiente	Ayuda	Dependiente
<b>INDEPENDENCIA</b>				
1	<p style="text-align: center;"><b>Baño (esponja, ducha o bañera)</b></p> <p>-Independiente: Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo (espalda) o se baña completamente sin ayuda. -Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar en la bañera.</p>			
2	<p style="text-align: center;"><b>Vestido</b></p> <p>-Independiente: Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo y puede usar cremalleras (se excluye atarse los zapatos). -Dependiente: No es capaz de vestirse solo.</p>			
3	<p style="text-align: center;"><b>Uso del WC</b></p> <p>Independiente: Accede al retrete, entra y sale de él, es capaz de limpiarse y asearse. -Dependiente: Usa orinal, o precisa ayuda para utilizar el retrete.</p>			
4	<p style="text-align: center;"><b>Movilidad</b></p> <p>-Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla. -Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.</p>			
5	<p style="text-align: center;"><b>Continencia</b></p> <p>-Independiente: Control completo de la micción y defecación. -Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal. Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.</p>			
6	<p style="text-align: center;"><b>Alimentación</b></p> <p>-Independiente: Lleva la comida del plato o taza a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan). -Dependiente: Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición parenteral.</p>			
	<p>I: Independiente = 2 Cuando se realiza actividad sin apoyo o con mínima ayuda, ósea independiente A: Ayuda = 1 Cuando se necesita moderado nivel de ayuda D: Dependiente = 0 cuando es totalmente dependiente.</p>	<b>TOTAL:</b>		





## Anexo 5

### Set-test de Isaacs

#### FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE : Set-test o Test de Isaac
2. AUTOR/A : Isaac y Akhtar
3. FECHA : En 1972
4. OBJETIVO : Este test de fluencia verbal semántica, es útil en el caso de pacientes analfabetos o con déficit sensoriales Ayuda al diagnóstico demencial, su base la fluencia verbal
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Heteroaplicada
7. DURACIÓN : 4 minutos
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 4
10. PROCEDIMIENTO:  
O: Se pide al paciente que diga 10 elementos por ítem sin detenerse. Es 1 minuto por ítem, si logra decir 10 elementos sin repetir, pasa a los ítems siguientes. Se anotan todas las respuestas. Se conserva los resultados para el seguimiento evolutivo del paciente. Tiene una sensibilidad del 79 % y una especificidad del 82 %. El resultado normal es 29 o más aciertos (referente general de la prueba). Los errores se contabilizan (por su valor para el seguimiento evolutivo del paciente) pero no restan puntos al total.
11. DISTRIBUCIÓN: ítems
  - Colores
  - Animales
  - Frutas
  - Ciudades

11. EVALUACIÓN  
Puntuación

Escala Cuantitativa	Escala cualitativa
0 - 5	Baja
6 - 8	Media
9 - 10	Alta

Evaluación en niveles por ítems.

Escala cualitativa	Escala cuantitativa							
	Colores		Animales		Frutas		Ciudad	
Niveles	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Baja	0	5	0	5	0	5	0	5
Medio	6	8	6	8	6	8	6	8
Alto	9	10	9	10	9	10	9	10

Evaluación de variable

Niveles	Fluidez verbal semántica	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Baja	0	5
Medio	6	8
Alto	9	10

## Interpretación de la fluidez verbal semántica

Nive l Baj o	Nivel Medio	Nive l Alto
<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de fluidez verbal comprende que se pronuncien en 1 minuto 5 o menos elementos como repuesta en cada ítem. Esta respuesta será lenta y de escasa identificación de recuerdo</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 0 a 5 elementos por ítems</b></p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel defluidez verbal comprende que se pronuncien en 1 minuto de 6 a</p> <p>8 elementos como repuesta en cada ítem. Esta tendrá fluidez, pero poca identificación del recuerdo</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 8 a 6 elementos por ítems</b></p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de fluidez verbal comprende que solo se pronuncien en 1 minuto de 9 a</p> <p>10 elementos como repuesta en cada ítem. Esta respuesta será rápida y con buena identificación de recuerdo</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 9 a 10 elementos por ítems</b></p>

# CUESTIONARIO DE FLUIDEZ VERBAL DIRIGIDO A LOS

## ADULTOS MAYORES

Código:

Fecha: .....

### INSTRUCCIÓN

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar la fluidez verbal semántica, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo como lo percibe en la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas en uno de los recuadros. En 1 minuto por ítems responder 10 elementos.

1= Bajo      2= medio      3= Alto

N o	IT E M S	0-5 Element os	6-8 Element os	9-10 Element os
		Baj o	Medio	Alto
<b>FLUIDEZ VERBAL SEMÁNTICA</b>				
0 1	Color.....			
0 2	Animales.....			
0 3	Frutas.....			
0 4	Ciudades.....			
	TOTAL:			

## MATRIZ DE EVALUACIÓN DE SET-TEST DE ISAACS

Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.

VARIABLE 1	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	OBSIONES DE RESPUESTA			CRITERIOS DE EVALUACION								OBSERVACION Y RECOMENDACION
						Baja	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE ITEMS Y LA OIBSION DE RESPUESTA		
							S	NO	S	NO	SI	NO	SI	NO	
			Colores .....				X		X		X		X		
			Animales .....				X		X		X		X		
			Frutas .....				X		X		X		X		
			Ciudad .....				X		X		X		X		
	Nivel bajo: 0 - 5: Nivel Medio: 6 – 8 Nivel Alto: 9 – 10						TOTAL:								

Dra. Gabriela Acuña Chaves  
 ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA  
 REG. PROF. 8826 11850 IV  
 FOLIO 1025 101 5250 11 05 03 1511-03

Firma del evaluador

## VALIDACIÓN DE EXPERTOS 3

### Anexo 1

#### FICHA TÉCNICA SOBRE DEFICIENCIAS TERAPÉUTICAS

1. NOMBRE : Prueba para medir las deficiencias terapéuticas en los programas recreacionales del Adulto Mayor.
2. AUTOR/A : Carmen María Delgado Vilela.
3. FECHA : Julio 2020
4. OBJETIVO : Identificar de manera individual el nivel de deficiencias terapéuticas en los programas recreacionales en sus dimensiones: Régimen académico en la formación profesional de nivel superior; Características de los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública- privada; El Estado: políticas, programas y normativas para el adulto mayor.
5. APLICACIÓN : Profesionales y adultos mayores
6. ADMINISTRACIÓN : Individual
7. DURACIÓN : 30 minutos aproximadamente
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 27
10. DISTRIBUCIÓN : Dimensiones e indicadores

1° Régimen académico en la formación profesional de nivel superior: 9 Ítems

Formación del pregrado: 1,2,3 Ítems Formación de la especialidad: 4,5,6 ítems Formación del posgrado: 7,8,9 Ítems

2° De los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública- Privada: 7 Ítems

Instituciones de la salud: 10,11,12, Ítems Entidades

gerontologicas-geriatricas: 13,14 Ítems Organismos  
comunitarios: 15,16 Ítems

3° El Estado: políticas, programas y normativas para el adulto mayor: 11  
Ítems

Ley del Adulto Mayor: 17,18,19,20,21 Ítems  
Norma técnica del adulto mayor MIES: 22,23,24 Ítems  
Atención Integral del adulto mayor: 25,26,27 Ítems

Total, de Ítems: 27

## 11. EVALUACIÓN Puntuación

<b>Escala Cuantitativa</b>	<b>Escala cualitativa</b>
1	Nunca
2	Casi nunca
3	A veces
4	Casi siempre
5	Siempre

### Evaluación en niveles por dimensión

<b>Escal a cualitati v a</b>	<b>Escala cuantitativa</b>					
	<b>Régimen académico en la formación profesional de nivel superior</b>		<b>De los servicios de atención gerontológica- geriátrica pública- privada.</b>		<b>El Estado: políticas, programas y Normativas para el adulto mayor</b>	
<b>Niveles</b>	<b>Puntaj e míni mo</b>	<b>Punta je máxim o</b>	<b>Puntaj e míni mo</b>	<b>Punta je máxim o</b>	<b>Puntaj e míni mo</b>	<b>Punta je máxim o</b>
<b>Deficien t e</b>	1	15	1	1	1	1
<b>Medio</b>	16	30	1	2	1	3
<b>Alto</b>	31	45	2	3	3	5
			4	5	8	5



## Evaluación de variable

Niveles	Deficiencias Terapéuticas	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Deficiente	1	45
Medio	46	80
Alto	81	135

## Interpretación de las deficiencias terapéuticas

Nivel Deficiente	Nivel Medio	Nivel Alto
<p>Las terapéuticas de los programas recreativos que se ubican en este nivel de deficiencia <b>presentan a problemas</b> en determinar actividades cognitivas en relación a las capacidades inteligentes.</p> <p>Se aplica un servicio de atención inadecuado sin responsabilidad técnica.</p> <p>Así como el desconocimiento de políticas públicas, programas y normativas de salud gerontológica-geriátrica.</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 1 a 45</b></p>	<p>Las terapéuticas de los programas recreativos que se ubican en este nivel de deficiencia <b>presenta poco problema</b> para determinar actividades cognitivas en relación a las capacidades inteligentes.</p> <p>El servicio de atención aplicado es inadecuado técnicamente, sin embargo, hay cierto conocimiento en políticas públicas y normativas de salud gerontológica- geriátrica</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 46 a 90</b></p>	<p>Las terapéuticas de los programas recreativos que se ubican en este nivel de deficiencia <b>no presenta problemas</b> el servicio de atención es eficiente, más bien posee un gran contenido de determinación, técnica,</p> <p>responsabilidad</p> <p>y conocimiento en políticas públicas y normativas de salud gerontológica-geriátrica:</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 91 a 135</b></p>

**CUESTIONARIO DE LAS DEFICIENCIAS TERAPÉUTICAS**  
**DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES Y A LOS**  
**ADULTOS MAYORES**

Código:

Fecha: .....

**INSTRUCCIÓN**

Estimados profesionales y adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar las deficiencias terapéuticas en los programas recreativos, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo no como debería ser, sino como lo percibe en la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas en uno de los recuadros.

1= Nunca 2= Casi nunca 3= A veces 4= Casi siempre 5= Siempre

N o	ÍTEMS	1	2	3	4	5
		Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
	<b>DIMENSIÓN: Régimen académico de la formación profesional</b>					
0 1	La educación superior gestiona el diseño curricular de la carrera en pregrado de terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.					
0 2	La educación superior promueve la carrera en pregrado de terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.					
0 3	La educación superior oferta la carrera de pregrado en terapia recreativa con titulación de licenciatura para la comunidad estudiantil.					
0 4	La educación superior gestiona la especialización como una estrategia académica de profundizar en el desarrollo profesional					
0 5	La educación superior promueve la especialización como una estrategia académica de profundizar en el desarrollo profesional.					
0 6	La educación superior controla e interviene en los procesos académicos de especialización como una estrategia de profundizar en el desarrollo profesional.					
0 7	La educación superior gestiona los posgrados que profundizan en teoría, investigación e impulsan el desarrollo disciplinar y la solución a las problemáticas que tiene la comunidad					

08	La educación superior fomenta los posgrados que profundizan en teoría, investigación e impulsan el desarrollo disciplinar y la solución a las problemáticas que tiene la comunidad					
09	La educación superior considera el posgrado un instrumento académico de alto rango teórico, investigativo que impulsa el desarrollo profesional y la solución a los problemas que tiene la comunidad					
	<b>DIMENSIÓN: Características de los servicios de atención gerontológica-geriátrica pública-privada</b>					
10	Los hospitales, clínicas, centros de salud brindan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica					
11	Los hospitales, clínicas, centros de salud fomentan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica eficiente?					
12	Los hospitales, clínicas, centros de salud permiten el acceso equitativo a la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica					
13	Las entidades de permanencia ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integra e integral gerontológicas-geriátricas.					
14	Las entidades de atención del día ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integra e integral gerontológica-geriátrica.					
15	Los adultos mayores tienen conocimiento de que pueden recibir en sus hogares la atención integral de todos los procesos gerontológicos-geriátricos.					
16	Las familias de los adultos mayores se sienten o se incluyen en los procesos de atención integral gerontológicos-geriátricos.					
	<b>DIMENSIÓN: El Estado: políticas, programas y Normativas para el adulto mayor</b>					
17	Los organismos estatales promueven la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.					
18	Los organismos estatales socializan la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.					
19	Los adultos mayores tienen un real conocimiento de la Ley que los protege con beneficios sociales, económicos y jurídicos.					
20	Los adultos mayores se sienten beneficiados con la Ley que los protege social, económica y jurídicamente.					
21	La sociedad percibe positivamente que la Ley del adulto mayor los protege a través de los beneficios sociales, económicos y jurídicos					
22	Los órganos estatales de control supervisan el cumplimiento de la norma técnica del adulto mayor en los servicios de atención gerontológicos-geriátricos públicos o privados.					

2 3	Los órganos estatales de control vigilan que los servicios de atención integral gerontológicas-geriátricas cumplan los estándares de calidad de la norma técnica del adulto mayor en su funcionamiento.					
2 4	Los órganos estatales de control atienden las necesidades biopsicosociales y culturales del adulto mayor enunciada en la norma técnica que promueve el envejecimiento positivo.					
2 5	Los órganos estatales de la salud promueven programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.					
2 6	Los órganos estatales de la salud ejecutan los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.					
2 7	Los órganos estatales de la salud vigilan el cumplimiento de los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.					





		desarrollo de sus disciplinas. Dura entre 3 y 6 años)	9 La educación superior considera el posgrado un instrumento académico de alto rango teórico, investigativo que impulsa el desarrollo profesional y la solución a los problemas que tiene la comunidad						X		X		X		X		
<p><b>De los servicios de atención gerontológica- geriátrica pública-privada.</b></p> <p>(Son entidades que prestan servicio con atención biopsicosocial</p> <p>Con enfoque a la salud, lo social y lo comunitario Son de 2 tipos: atención del día y atención permanente)</p>	<p><b>Instituciones de la salud</b></p> <p>(Lo representa el Programa Nacional de Salud Integral para el Adulto Mayor. Asistencia integral e integrada del fomento de la salud y el bienestar, acceso universal y equitativo a los servicios de atención de salud y sociales, que garanticen calidad de vida, respeto y cumplimiento de derechos y el mantenimiento de su funcionalidad y autonomía)</p>	10. Los hospitales, clínicas, centros de salud brindan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica						X		X		X		X			
		11. Los hospitales, clínicas, centros de salud fomentan la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica eficiente?						X		X		X		X			
		12. Los hospitales, clínicas, centros de salud permiten el acceso equitativo a la asistencia integral e integrada como atención gerontológica-geriátrica							X		X		X		X		

									X		x		x		X		
	<p><b>Entidades gerontológicas - geriátricas</b></p> <p>(Son las que brindan cuidado personal y de salud integral al adulto mayor, Son:</p> <p>De permanencia: asilos, albergues, hospicios, hogares. De atención al día: fundaciones, centros de prepago, clínicas y hospitales</p>	<p>13. Las entidades de permanencia ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integral e integral gerontológicas-geriátricas.</p>							X		x		x		X		
		<p>14. Las entidades de atención del día ofrecen el cuidado personal y de salud como atención integral e integral gerontológica-geriátrica.</p>							X		x		x		X		
	<p><b>Organismos Comunitarios</b></p> <p>(El adulto mayor recibe atención integral de preferencia en sus hogares incluyendo a la familia en todos los procesos de atención que potencien su desarrollo, la independencia y funcionalidad</p>	<p>15. Los adultos mayores tienen conocimiento de que pueden recibir en sus hogares la atención integral de todos los procesos gerontológicos-geriátricos.</p>							X		x		x		X		
		<p>16. Las familias de los adultos mayores se sienten o se incluyen en los procesos de atención integral gerontológicos-geriátricos.</p>							X		x		x		X		



<p><b>El Estado: políticas, programas y Normativas para el adulto mayor</b></p> <p>(La Constitución de la República del Ecuador considera a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria, lo que significa que deben recibir un trato especializado y preferente que proteja sus derechos y asegure el ejercicio y goce de los mismos).</p>	<p><b>Ley del adulto mayor</b></p> <p>(La nueva Ley Orgánica del Adulto Mayor promulgada en el Registro Oficial No. 484 de 9/mayo/ 2019, contiene disposiciones protectoras con beneficios de orden social económico y jurídico)</p>	<p>17. Los organismos estatales promueven la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.</p>						X		x		x		X			
		<p>18. Los organismos estatales socializan la Ley orgánica del adulto mayor y sus beneficios de orden social, económico y jurídico a la sociedad.</p>							X		x		x		X		
		<p>19. Los adulto mayores tiene un real conocimiento de la Ley que los protege con beneficios sociales, económicos y jurídicos.</p>							X		x		x		X		
		<p>20. Los adulto mayores se sienten beneficiados con la Ley que los protege social, económica y jurídicamente.</p>							X		x		x		X		
		<p>21. La sociedad percibe positivamente que la Ley del adulto mayor los protegen a través de los beneficios sociales, económicos y jurídicos</p>							X		x		x		X		

			22.Los órganos estatales de control supervisan el cumplimiento de la norma técnica del adulto mayor en los servicios de atención gerontológicos-geriátricos públicos o privados.						X		x		x		X		
		<b>Norma técnica del adulto mayor MIES</b>  (El Ministerio de Inclusión Económica y Social, garantiza la calidad de los servicios de atención integral, de carácter obligatorio y estándares de calidad para regular el funcionamiento de la atención gerontológica directa y/o por convenios. Atiende sus necesidades bio- sico- sociales y culturales, para la promoción del envejecimiento positivo).	23. Los órganos estatales de control vigilan que los servicios de atención integral gerontológicas-geriátricas cumplan los estándares de calidad de la norma técnica del adulto mayor en su funcionamiento.						X		x		x		X		
			24.Los órganos estatales de control atienden las necesidades biopsicosociales y culturales del adulto mayor enunciada en la norma técnica que promueve el envejecimiento positivo.						X		x		x		X		

		<p align="center"><b>Atención integral del adulto mayor</b> MSP</p> <p>(El Ministerio de Salud Pública edita la Norma y Protocolos de atención integral de salud para el adulto mayor, instrumento técnico, científico, ético, legal para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores. Es de cumplimiento obligatorio y la no aplicabilidad origina sanción).</p>	<p>25. Los órganos estatales de la salud promueven programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.</p>						X		x		x		X		
			<p>26. Los órganos estatales de la salud ejecutan los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.</p>						X		x		x		X		
			<p>27. Los órganos estatales de la salud vigilan el cumplimiento los programas de asistencia continua, progresiva e integral estandarizados y reglamentados por la norma y protocolos de atención al adulto mayor.</p>						X		x		x		X		



Firma del evaluador

**Anexo 2**  
**Escala Cognitiva de Folstein (MMSE)**

**FICHA TÉCNICA**

1. NOMBRE : MMSE. Mini-Mental State Examination
2. AUTOR/A : Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang.
3. FECHA : Publicado en el año 1975
4. OBJETIVO : Prueba de detección rápida del deterioro de las capacidades funcionales cognoscitivas Las áreas a evaluarse: Orientación espacio temporal, Atención, memoria y concentración Cálculo matemático y Lenguaje y percepción viso espacial.
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Individual
7. DURACIÓN : Sin límite de tiempo
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 7
10. PROCEDIMIENTO : Puntuación va del 0 a los 19 puntos.  
De 14 a 19 pts.: No sugiere déficit cognitivo y  
De 13 pts. o menos: Si sugiere déficit cognitivo. Se realiza en un lugar agradable y libre de distractores. Es individual sin límites de tiempo con instrucciones claras. La prueba es voluntaria y motivada. Se debe evitar usar frases subjetivas como: "Voy a hacerle unas preguntas muy sencillas"
11. DISTRIBUCIÓN : Dimensiones e indicadores
- ❖ Orientación Espacio Temporal
    - Indicar fecha de hoy, el mes, el año y el día de la semana. Vale 4 pts.
  - ❖ Atención
    - Se indican tres objetos.
    - Se pide los repita en voz alta los que recuerde, no importa orden. Se pide memorizarlos porque se preguntará más adelante. Los aprenderá

lentamente, por dos segundos c/u. Se repite hasta que el entrevistado se los aprenda (5 repeticiones). Vale 3 pts.

- ❖ **Cálculo Matemático y Lenguaje**
  - Se indican algunos números y se pide que los repita al revés. Vale 5 pts.
- ❖ **Concentración.**
  - Se indica, voy a dar un papel. Tómelo con la mano derecha, dóblelo con la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. Vale 3 pts.
- ❖ **Memoria**
  - Se indica, hace un momento le leí 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda. Vale 3 pts.
- ❖ **Percepción Viso espacial**
  - Por favor copie este dibujo:
  - Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman u cuadrilátero. Vale 1 pto.

## 12. EVALUACIÓN

Puntuación

<b>Escala Cuantitativa</b>	<b>Escala cualitativa</b>
1 al 13	Si sugiere déficit
14 al 19	No sugiere déficit

### Evaluación en niveles por dimensión

Escala cualitativa	Escala cuantitativa											
	Orientación Espacio Temporal		Atención		Cálculo Matemático o Y lenguaje		Concentración		Memoria		Percepción Viso espacial	
	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Si sugiere déficit	0	3	1	1	0	2	0	1	0	2	0	4
No sugiere déficit	3	4	2	3	3	5	2	3	2	3	2	1

## Evaluación de variable

Niveles	Valoración Cognitiva	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Si sugiere déficit	1	13
No sugiere déficit	14	19

## Interpretación

Nivel: Si sugiere déficit	Nivel: No sugiere déficit
<p>Las valoraciones cognitivas que se ubican en este nivel de sugerencia <b>presentan problemas</b> para ubicar, identificar o realizar en tres o cuatro de las seis dimensiones con sus indicaciones de las actividades operativas.</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 1 a 13</b></p>	<p>Las valoraciones cognitivas que se ubican en este nivel de sugerencia <b>presenta muy poco problema</b> para ubicar, identificar o realizar en una o dos de las 6 dimensiones con sus indicaciones de las actividades operativas.</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 14 a 18</b></p>

## CUESTIONARIO DE NIVELES COGNITIVOS DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES

Código:

Fecha: .....  
INSTRUCCIÓN

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar los niveles cognitivos sugeridos en cada actividad a realizar, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo con tranquilidad y de forma lenta percibiendo la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas en uno de los recuadros. Puntaje total 19

DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	OPCION DE RESPUESTA	
			Si sugiere deficiencia	No sugiere deficiencia
Capacidades funcionales	<b>Orientación Espacio Temporal</b>	Indicar fecha de hoy, el mes, el año y el día de la semana. -Mes: Fecha del mes: -Año: -Día:		
	<b>Atención</b>	Se indican tres objetos. Se pide los repita en voz alta los que recuerde, no importa orden. Se pide memorizarlos porque se preguntará más adelante. Los aprenderá lentamente, por dos segundos c/u. Se repite hasta que el entrevistado se los aprenda (5 repeticiones).. -Arbol -Mesa -Avión		
	<b>Cálculo Matemático y Lenguaje</b>	Se indican algunos números y se pide que los repita al revés. -1 -3 -5 -7 -9		
	<b>Concentración</b>	Se indica, voy a dar un papel. Tómelo con la mano derecha, dóblelo con la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.  Tomar el papel -Doblar -Colocar		
	<b>Memoria</b>	Se indica, hace un momento le leí 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda.. -Árbol -Mesa -Avión		


	<p><b>Percepción Viso Espacial</b></p>	<p>Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman u cuadrilátero.</p>		
	<p>De 14 a 19 pts.: No sugiere déficit cognitivo De 13 pts. o menos: Si sugiere déficit cognitivo)</p>		<p><b>PUNTAJ E TOTA L:</b></p>	



## MATRIZ DE EVALUACION DE LA ESCALA DE FOLTEIN (MMSE)

Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.

Variable	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	OPCION DE RESPUESTA		CRITERIO DE EVALUACION								CONCLUSION Y RECOMENDACION		
				Si sugiere deficiencia	No sugiere deficiencia	RELACION ENTRE VARIABLE Y DIMENSION		RELACION ENTRE DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE RESPUESTA				
						SI	NO	S	N	S	N	S	N		S	N
DETERIORO COGNITIVO COGNIT	Capacidades funcionales	<b>Orientación Espacio Temporal</b>	Indicar fecha de hoy, el mes, el año y el día de la semana. -Mes: Fecha del mes: -Año: -Día:			X		X		X		X				
		<b>Atención</b>	Se indican tres objetos. Se pide los repita en voz alta los que recuerde, no importa orden. Se pide memorizarlos porque se preguntará más adelante. Los aprenderá lentamente, por dos segundos c/u. Se repite hasta que el entrevistado se los aprenda (5 repeticiones).. -Arbol -Mesa -Avión			X		X		X		X				
		<b>Cálculo Matemático y Lenguaje</b>	Se indican algunos números y se pide que los repita al revés. -1 -3 -5 -7 -9			X		X		X		X				
		<b>Concentración</b>	Se indica, voy a dar un papel. Tómelo con la mano derecha, dóblelo con la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. Tomar el papel			X		X		X		X				

			-Doblar -Colocar											
		<b>Memoria</b>	Se indica, hace un momento le leí 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda. -Árbol -Mesa -Avión		X			X		X		X		
		<b>Percepción Viso Espacial</b>	Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman u cuadrilátero. 		X			X		X		X		
		De 14 a 19 pts.: No sugiere déficit cognitivo De 13 pts. o menos: Si sugiere déficit cognitivo)		<b>PUNTAJE TOTAL:</b>										



Firma del evaluador

## Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

### FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE : Escala de depresión geriátrica (GDA)
2. AUTOR/A : Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adsey y rose
3. FECHA : En 1982 tenía 30 preguntas. En 1986, Sheikh y Yesavage la resumen a 15 preguntas
4. OBJETIVO : Mide el nivel de depresión psicosocial presente en el anciano. La escala tiene 15 ítems que indican 7 expresiones comunes de la depresión de la vejez, como: manifestaciones somáticas, disminución de afecto, alteraciones cognitivas, sentimientos de discriminación, alteraciones de la motivación, ausencia de orientación al futuro, pérdida de autoestima
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Individual
7. DURACIÓN : 15 a 20 minutos aproximadamente
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 15
10. PROCEDIMIENTO : Es de 15 preguntas, de formato SI-NO.  
La forma adecuada de responder los ítems será;  
: los ítems 2,4,5,6,7,8,9,11,12,14 con respuesta SI.  
los ítems 1,3,10,13 y15 con repuesta NO  
Cada respuesta errónea puntúa 1.  
La prueba presenta alta validez y confiabilidad de 0.81.
11. DISTRIBUCIÓN : Ítems

- ❖ La pérdida de autoestima
  - La mayor parte del tiempo está de buen humor. No
  - Tiene miedo de que le pase algo malo. Si

- Se siente feliz la mayor parte de tiempo. No
- ❖ Alteración de la motivación
  - Ha abandonado muchas de sus actividades. Si
  - Se encuentra a menudo aburrido. Si
- ❖ Sentimientos de discriminación
  - Se siente a menudo abandonado. Si
  - Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente. Si
  - Cree que otros están mejor que usted. Si
- ❖ Alteración Cognitiva
  - Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos. Si
- ❖ Disminución de afecto
  - Está satisfecho/a con su vida. No
  - Nota que su vida está vacía. Si
- ❖ Manifestación somática
  - Se encuentra lleno/a de energía. Si
  - Cree que su situación es desesperada. No
- ❖ Ausencia de orientación a futuro
  - Prefiere quedarse en casa en lugar de salir o hacer cosas. Si
  - Cree que vivir es maravilloso. No

## 11. EVALUACIÓN

### Puntuación

<b>Escala Cuantitativa</b>	<b>Escala cualitativa</b>
0 - 5	Normal
6 - 9	Probable depresión
10 - 15	Depresión

## Evaluación en niveles por ítems

Escala cualitativa	Escala cuantitativa						
	Pérdida de autoestima	Alteración de la motivación	Sentimiento de discriminación	Alteración Cognitiva	Disminución de afecto	Manifestación Somática	Ausencia de orientación a futuro
Niveles	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos	Puntajes fijos
Normal	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5	0 - 5
Probable depresión	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9	6 - 9
Depresión	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15	10 - 15

## Evaluación de variable

Niveles	Valoración de Depresión	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Normal	0	5
Posible depresión	6	9
Depresión	10	15

## Interpretación de la Depresión Geriátrica

Normal	Posible depresión	Depresión
El criterio geriátrico evaluador que se ubica en este nivel de depresión comprende tener: respuesta errónea una y respuesta afirmativa dos	El criterio geriátrico evaluador que se ubica en este nivel de depresión comprende tener: respuesta errónea: dos y respuesta afirmativa: cuatro	El criterio geriátrico evaluador que se ubica en este nivel de depresión comprende tener: respuesta errónea: tres y respuesta afirmativa: seis
<b>Su puntuación oscila entre 0 y 5</b>	<b>Su puntuación oscila entre 6 y 9</b>	<b>Su puntuación entre 10 y 15.</b>

## CUESTIONARIO DE NIVELES DE DEPRESIÓN DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES

Código:

Fecha: .....  
**INSTRUCCIÓN**

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar los niveles de depresión geriátrica, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo como percibe la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas de los recuadros.

DIMENSIÓN	INDICADOR	I T E M	Si:0	No:1	OPCION DE RESPUESTA		
					NORMAL	PROBABLE	DEPRESION
<b>PSICO-SOCIAL</b>	Pérdida de autoestima	1.La mayor parte del tiempo está de buen humor	0	1			
		2. Tiene miedo de que le pase algo malo	1	0			
		3. se siente feliz la mayor parte del tiempo	0	1			
	Alteración de la motivación	4. ha abandonado muchas de sus actividades	1	0			
		5. Se encuentra a menudo aburrido/a	1	0			
	Sentimientos de discriminación	6. se siente a menudo abandonado/a	1	0			
		7. Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente	1	0			
		8. Cree que otros están mejor que usted	1	0			
	Alteración Cognitiva	9. le es difícil poner en marcha proyectos futuros	1	0			
	Disminución de Afecto	10. Está satisfecho/a con su vida	0	1			
		11. Nota que su vida está vacía	1	0			
	Manifestación Somática	12. se encuentra lleno/a de energía	0	1			
		13. Cree que su situación es desesperada	1	0			
	Ausencia de orientación a futuro	14. Prefiere quedarse en casa en lugar de salir o hacer cosas	1	0			
		15. Cree que vivir es maravilloso	0	1			
Normal 0-5 Probable depresión 6-9 Depresión estable 10 o más		<b>TOTAL:</b>					



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Rosa Cepeda", written over a horizontal dashed line.

Firma del evaluador



## Anexo 4.

### Escala de Independencia Índice de Katz

#### FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE : Índice de Katz.
2. AUTOR/A : Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW.
3. FECHA : En 1963
4. OBJETIVO : Evalúa las actividades básicas de la vida diaria en funcionalidad y calidad de vida; pero no más avanzadas. Su ventaja, detallar el nivel funcional, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. Esta información la puede dar el evaluado o el familiar.
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Hetero aplicada
7. DURACIÓN : Más de 10 minutos
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 6
10. PROCEDIMIENTO : Está conformado por 6 ítems de orden jerárquico. Implica la capacidad de hacer actividades de menor rango jerárquico. Estas son: baño- vestido-uso del wc Movilidad-continencia- alimentación. Se identifica con letras la valoración (el número es Opcional)  
**I: Independiente = 2** Cuando se realiza actividad sin apoyo o con mínima ayuda, ósea independiente  
**A: Ayuda = 1** Cuando se necesita moderado nivel de ayuda  
**D: Dependiente = 0** cuando es totalmente dependiente. El valor está dado por la mayor repetición en letras  
**I – A - D**

## 11. DISTRIBUCIÓN: ítems

### 1. Baño (esponja, ducha o bañera)

-Independiente: Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo (espalda) o se baña completamente sin ayuda.

-Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar en la bañera.

### 2. Vestido

-Independiente: Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo y puede usar cremalleras (se excluye atarse los zapatos).

-Dependiente: No es capaz de vestirse solo.

### 3. Uso del wc

-Independiente: Accede al retrete, entra y sale de él, es capaz de limpiarse y asearse.

-Dependiente: Usa orinal, o precisa ayuda para utilizar el retrete.

### 4. Movilidad

-Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla.

-Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.

### 5. Continencia

-Independiente: Control completo de la micción y defecación.

-Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal.

Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.

### 6. Alimentación

-Independiente: Lleva la comida del plato o taza a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan).

-Dependiente: Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición parenteral.

## 12. EVALUACIÓN

### Puntuación

Escala Cuantitativa	Escala cualitativa
2	Independiente
1	Ayuda
0	Dependiente

### Evaluación en niveles de ítems

Escala cualitativa	Escala cuantitativa					
	Baño	Vestido	Uso Wc	Movilidad	Continencia	Alimentación
Niveles	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo	Puntaje fijo
Independiente	2	2	2	2	2	2
Ayuda	1	1	1	1	1	1
Dependiente	0	0	0	0	0	0

### Evaluación de variable

Niveles	Valoración de Independencia	
	Puntaje Fijo	Puntaje Fijo
Independiente	2	2
Ayuda	1	1
Dependiente	0	0

## Interpretación de Independencia

<b>Independiente</b>	<b>Ayuda</b>	<b>Dependiente</b>
<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel identificara la independencia en las actividades básicas de la vida diaria comprendiendo que se tenga mayores números de letras I como respuesta.</p> <p>Su puntuación es el mayor número de letras I</p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de ayuda en las actividades básicas de la vida diaria comprende que se tenga mayor número de letra A como repuesta</p> <p>Su puntuación es el mayor número de letra A</p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria comprende el llegar a tener el mayor número de letras D como repuestas: respuesta</p> <p>Su puntuación es el mayor número de letras D.</p>

**CUESTIONARIO DE NIVELES DE INDEPENDENCIA**  
**DIRIGIDO A LOS**  
**ADULTOS MAYORES**

Código:

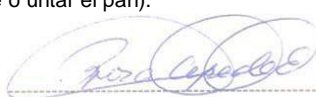
Fecha: .....  
**INSTRUCCIÓN**

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar los niveles de independencia en las actividades básicas de la vida diaria, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo como percibe la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas de los recuadros.

N. °	ITEM	VALORACIONES (encierre en un círculo las respuestas para luego sumar)		
		Independiente	Ayuda	Dependiente
<b>INDEPENDENCIA</b>				
1	<p style="text-align: center;"><b>Baño (esponja, ducha o bañera)</b></p> <p>-Independiente: Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo (espalda) o se baña completamente sin ayuda.                      -Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar en la bañera.</p>			
2	<p style="text-align: center;"><b>Vestido</b></p> <p>-Independiente: Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo y puede usar cremalleras (se excluye atarse los zapatos).                      -Dependiente: No es capaz de vestirse solo.</p>			
3	<p style="text-align: center;"><b>Uso del WC</b></p> <p>Independiente: Accede al retrete, entra y sale de él, es capaz de limpiarse y asearse.                      -Dependiente: Usa orinal, o precisa ayuda para utilizar el retrete.</p>			
4	<p style="text-align: center;"><b>Movilidad</b></p> <p>-Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla.                      -Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.</p>			
5	<p style="text-align: center;"><b>Continencia</b></p> <p>-Independiente: Control completo de la micción y defecación.                      -Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal. Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.</p>			
6	<p style="text-align: center;"><b>Alimentación</b></p> <p>-Independiente: Lleva la comida del plato o taza a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan).                      -Dependiente: Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición parenteral.</p>			
	I: Independiente = 2 Cuando se realiza actividad sin apoyo o con mínima ayuda, ósea independiente A: Ayuda = 1 Cuando se necesita moderado nivel de ayuda D: Dependiente = 0 cuando es totalmente dependiente.	<b>TOTAL:</b>		

## MATRIZ DE EVALUACION DE LA ESCALA DE INDEPENDENCIA DE KATZ

Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.

VARIABLE 1	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	OBSIONES DE RESPUESTA			CRITERIOS DE EVALUACION								OBSERVACION RECOMENDACION	
				Independiente	Ayuda	Dependiente	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE ITEMS Y LA OBSION DE RESPUESTA			
							S	N	S	N	S	N	S	N		
Actividades de la Vida Diaria	Funcionalidad		<b>Se baña</b> -Independiente: Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo (espalda) o se baña completamente sin ayuda. -Dependiente: Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar en la bañera				x		x		x		x			
			<b>Se viste y desviste</b> -Independiente: Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo y puede usar cremalleras (se excluye atarse los zapatos). -Dependiente: No es capaz de vestirse solo.				x		x		x		x			
			<b>Uso de inodoro</b> Independiente: Accede al retrete, entra y sale de él, es capaz de limpiarse y asearse. -Dependiente: Usa orinal, o precisa ayuda para utilizar el retrete.				x		x		x		x			
	Calidad de Vida		<b>Movilidad</b> Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla. -Dependiente: Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.				x		x		x		x			
			<b>Continencia</b> -Independiente: Control completo de la micción y defecación. -Dependiente: Incontinencia total o parcial urinaria o fecal. Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.				x		x		x		x			
			<b>Alimentación</b> Independiente: Lleva la comida del plato o taza a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan). -Dependiente: Precisa nutrición parenteral.				x		x		x		x			
			I: Independiente = 2 Cuando se realiza actividad sin ayuda A: Ayuda = 1 Cuando se necesita ayuda D: Dependiente = 0 cuando es totalmente dependiente	 Firma del evaluador			TOTAL:									

## Anexo 5

### Set-test de Isaacs

#### FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE : Set-test o Test de Isaac
2. AUTOR/A : Isaac y Akhtar
3. FECHA : En 1972
4. OBJETIVO : Este test de fluencia verbal semántica, es útil en el caso de pacientes analfabetos o con déficit sensoriales Ayuda al diagnóstico demencial, su base la fluencia verbal
5. APLICACIÓN : Adultos mayores de más de 65 años.
6. ADMINISTRACIÓN : Hetero aplicada
7. DURACIÓN : 4 minutos
8. TIPO DE ITEMS : Preguntas
9. N° DE ITEMS : 4
10. PROCEDIMIENTO:  
O: Se pide al paciente que diga 10 elementos por ítem sin detenerse. Es 1 minuto por ítem, si logra decir 10 elementos sin repetir, pasa a los ítems siguientes. Se anotan todas las respuestas. Se conserva los resultados para el seguimiento evolutivo del paciente. Tiene una sensibilidad del 79 % y una especificidad del 82 %. El resultado normal es 29 o más aciertos (referente general de la prueba). Los errores se contabilizan (por su valor para el seguimiento evolutivo del paciente) pero no restan puntos al total.

11. DISTRIBUCIÓN: ítems

- Colores
- Animales
- Frutas
- Ciudades

11. EVALUACIÓN  
Puntuación

<b>Escala Cuantitativa</b>	<b>Escala cualitativa</b>
0 - 5	Baja
6 - 8	Media
9 - 10	Alta

**Evaluación en niveles por ítems.**

<b>Escala cualitativa</b>	<b>Escala cuantitativa</b>							
	<b>Colores</b>		<b>Animales</b>		<b>Frutas</b>		<b>Ciudad</b>	
<b>Niveles</b>	<b>Puntaje mínimo</b>	<b>Puntaje máximo</b>	<b>Puntaje mínimo</b>	<b>Puntaje máximo</b>	<b>Puntaje mínimo</b>	<b>Puntaje máximo</b>	<b>Puntaje mínimo</b>	<b>Puntaje máximo</b>
<b>Baja</b>	0	5	0	5	0	5	0	5
<b>Medio</b>	6	8	6	8	6	8	6	8
<b>Alto</b>	9	10	9	10	9	10	9	10



## Evaluación de variable

Niveles	Fluidez verbal semántica	
	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Baja	0	5
Medio	6	8
Alto	9	10

## Interpretación de la fluidez verbal semántica

Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de fluidez verbal comprende que se pronuncien en 1 minuto 5 o menos elementos como repuesta en cada ítem. Esta respuesta será lenta y de escasa identificación de recuerdo</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 0 a 5 elementos por ítems</b></p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de fluidez verbal comprende que se pronuncien en 1 minuto de 6 a</p> <p>8 elementos como repuesta en cada ítem. Esta tendrá fluidez, pero poca identificación del recuerdo</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 6 a 8 elementos por ítems</b></p>	<p>El criterio geriátrico evaluador que ubica este nivel de fluidez verbal comprende que solo se pronuncien en 1 minuto de 9 a</p> <p>10 elementos como repuesta en cada ítem. Esta respuesta será rápida y con buena identificación de recuerdo</p> <p><b>Su puntuación oscila entre 9 a 10 elementos por ítems</b></p>

**CUESTIONARIO DE FLUIDEZ VERBAL**  
**DIRIGIDO A LOS**  
**ADULTOS MAYORES**

Código:

Fecha: .....  
**INSTRUCCIÓN**

Estimados adultos mayores, las preguntas que a continuación formulamos, forman parte de una investigación encaminada a analizar la fluidez verbal semántica, para lo cual necesitamos de vuestra colaboración y apoyo, respondiendo como lo percibe en la realidad. Por consiguiente, emitirá su respuesta para cada uno de las preguntas en uno de los recuadros. En 1 minuto por ítems responder 10 elementos.

1= Bajo      2= medio      3= Alto

N o	IT E M S	0 -5 Element os	6 -8 Element os	9- 10 Element os
		Baj o	Medio	Alto
<b>FLUIDEZ VERBAL SEMÁNTICA</b>				
0 1	Color.....			
0 2	Animales.....			
0 3	Frutas.....			
0 4	Ciudades.....			
	TOTAL:			

## MATRIZ DE EVALUACION DE SET-TEST DE ISAACS

Modelo de terapia recreativa con enfoque basado en la Teoría de H. Gardner para asegurar la atención adecuada del adulto mayor, en Guayaquil-Ecuador.

VARIABLE 1	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	OBSIONES DE RESPUESTA			CRITERIOS DE EVALUACION								OBSERVACION Y RECOMENDACION
				Alta	Media	Baja	RELACION ENTRE VARIABLE Y LA DIMENSION		RELACION ENTRE DIMENSION Y EL INDICADOR		RELACION ENTRE INDICADOR Y EL ITEMS		RELACION ENTRE ITEMS Y LA OBSION DE RESPUESTA		
							SI	NO	S	N	S	NO	SI	NO	
							I	O	I	O	I	O	I	O	
Analfabetismo	Fluencia verbal semántica	Colores .....				X		x		x		x			
		Animales .....				X		x		x		x			
		Frutas .....				X		x		x		x			
		Ciudad .....				X		x		x		x			
Nivel bajo: 0 - 5: Nivel Medio: 6 – 8 Nivel Alto: 9 - 10			TOTAL:												



Firma del evaluador