

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL



UNIDAD 092 AJUSCO

DISEÑO DE PROGRAMAS O PROYECTO:

**TALLER DE FORTALECIMIENTO COGNITIVO PARA FAMILIARES DEL ÁREA DE
PSICOGERIATRÍA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTAN:

MORALES RIVERA SANDRA ISABEL

RUIZ SALVADOR LEA SARAI

ASESOR:

PÉREZ LÓPEZ CUITLÁHUAC ISAAC

CIUDAD DE MÉXICO, 2023

Tabla De Contenidos

Introducción...	4
Referentes Conceptuales	8
Envejecimiento	8
Enfermedades Mentales	11
Demencia	12
Depresión...	17
Deterioro Cognitivo	19
El Cerebro	19
Funciones Cognitivas	21
Funciones Ejecutivas	27
Estimulación Cognitiva	30
Antecedentes Y Fundamentos Del Servicio De Psicología En El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	55
Protocolo De Atención Del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	57
Objetivo General de Área De Psicología de Hospital	57
Metas Establecidas En El Área De Psicología Del Hospital.....	62
Procedimiento Para El Diseño	63
Propuesta De Intervención...	63
Detección De Necesidades	66
Planteamiento Del Objetivo General	68
Delimitación De Contenido	73

Seguimiento Y Evaluación...	74
Estructura Del Programa	77
Propósito General	77
Propósitos Específicos	77
Presentación...	78
Lineamientos Didácticos	80
Estructura General Del Taller	83
Consideraciones Generales	84
Cartas Descriptivas	85
Conclusiones	99
Referencias	102
Anexos	106

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se elaboró con la intención de contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes del área de psicogeriatría en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Además del control farmacológico, se busca que pueda entender y atender la enfermedad con las características y dificultades que ésta trae consigo, tanto para el paciente como para la familia y las personas que se encuentran a su alrededor.

En las actividades establecidas en el manual de procedimientos del hospital psiquiátrico, se busca dar soporte al familiar para que pueda brindar una atención integral al paciente. Es por ello la importancia de realizar dicha intervención de apoyo, que brinde a los familiares y/o cuidadores información y herramientas necesarias para poder comprender y atender la enfermedad, ya que, una vez dados de alta, requieren el cuidado y la atención por parte de sus familiares en casa.

Por lo tanto, en este trabajo recepcional se elabora un programa educativo, un taller para familiares y responsables de pacientes con alguna enfermedad mental como demencia y depresión. Abordando conceptos que permiten entender y comprender la enfermedad, los comportamientos y dificultades que presentan o presentarán los pacientes, y sobre todo brindando actividades que permitan fortalecer el funcionamiento de las capacidades cognitivas y mejorar sus condiciones de vida.

En este sentido se plantea una propuesta enfocada a proporcionar información precisa, que les permita tener un panorama de la enfermedad que presenta el paciente; explicando las características de la enfermedad, qué son las funciones cognitivas y las deficiencias que pueden presentar y la forma en que se pueden abordar; brindándoles conocimientos teóricos y actividades sencillas que puedan llevar a la práctica en casa.

Conociendo la enfermedad y las áreas cognitivas posiblemente afectadas, pueden tener una visión clara de qué y cómo tratar y trabajar con su paciente y qué actividades pueden servirles para estimular sus funciones cognitivas y así ayudará a mantener las capacidades mentales y/o mejorar y optimizar su funcionamiento en la vida diaria.

La Psicoeducación que se da al familiar, es fundamental para adquirir habilidades que apoyen a su paciente y con ello, posteriormente, se abra la posibilidad de que, dichos conocimientos y habilidades se puedan compartir en casa con los demás integrantes de la familia para mejorar la integración familiar. La estimulación pretende activar, estimular y entrenar determinadas capacidades cognitivas y los componentes que la integran, de forma adecuada y sistemática, para transformarla en una habilidad, un hábito o destreza (Sevilla, 2009). Es decir, aumentar sus potencialidades, habilidades y destrezas cognitivas para detener o enlentecer el avance del deterioro cognitivo.

García J. (2009) menciona que: *La estimulación es entendida como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las capacidades y funciones cognitivas como: percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias, mediante una serie de situaciones y actividades concretas, planeadas y estructuradas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes. (pp. 2).*

Se busca que los familiares que atienden a los enfermos cuenten herramientas que les permitan apoyarlos de manera integral, haciéndoles ver, que con pequeñas actividades en la vida diaria se puede estimular sus funciones cognitivas, reactivando estas para favorecer el funcionamiento del individuo. Con las actividades planteadas, el paciente puede mejorar, de acuerdo a sus posibilidades, el nivel de funcionalidad cognitivo, mejorar su comportamiento y emotividad derivados de los daños que trae consigo.

Para elaborar la propuesta de intervención, se considera la postura de Mateer (2003), quien menciona que la estimulación cognitiva es un conjunto de estrategias y técnicas enfocadas en optimizar la eficacia del funcionamiento de las diferentes capacidades y funciones cognitivas como son percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias; esto a través de una serie de actividades

concretas planeadas y estructuradas de manera concreta. También se asume que el proceso de la estimulación cognitiva, puede ser aplicado a cualquier persona, puesto que cualquier individuo puede mejorar sus capacidades para ser hábiles y diestros.

Por lo tanto, la intervención profesional del Psicólogo Educativo, comprende la realización de un programa educativo, integrando conceptos claves como: características de la enfermedad, deterioro cognitivo, funciones y estimulación cognitiva, actividades de reactivación y su ejecución. Contribuyendo a mejorar la dinámica familiar en casa y la propia calidad de vida del paciente.

El taller para fortalecer la de Estimulación Cognitiva, tiene la finalidad de que los familiares de los adultos mayores del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, puedan tener los conocimientos necesarios que les permita entender al paciente su enfermedad y que puedan ayudarle a brindar una atención consiente de lo que su familiar pudiera necesitar.

El taller se elaboró asumiendo la responsabilidad del diseño del taller y proporcionando instrumentos necesarios que favorezcan el aprendizaje, de forma clara, además de considerar metodologías pedagógicas innovadoras que enriquezcan las situaciones de enseñanza-aprendizaje y mejoren sus capacidades y el funcionamiento personal; con el objetivo de que las personas a cargo de un familiar con alguna enfermedad mental, logren comprender y ejecutar actividades de estimulación que favorezcan la vida diaria con sus enfermos y puedan llevarlos a un nivel máximo de funcionamiento de sus capacidades cognitivas.

Se consideran los conocimientos previos que poseen cada uno de los familiares y/o cuidadores de pacientes con enfermedad mental, para identificar los conocimientos correctos o erróneos sobre como han llevado la atención en la familia, considerando la enfermedad y de ahí partir para la construcción de aprendizajes nuevos y certeros.

El taller consiste de 12 sesiones con los familiares, dos veces por semana con una duración de 60 minutos cada sesión.

Con base en la formación como psicólogas educativas, la propuesta se fundamenta en el enfoque educativo de Aprender a Aprender, en el cual se busca que los participantes

puedan apropiarse de conocimientos sobre la enfermedad, que aprendan a reflexionar, hacer y crear actividades que puedan contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente a través actividades de estimulación cognitiva.

Referentes Conceptuales

Envejecimiento

Las estadísticas en México han marcado que, en un ritmo variable, el tamaño de la población de 60 años y más, ha aumentado de manera sostenida. Para el año 1930, en México la población de adultos mayores era inferior al millón de personas, esto es, 5.3% de la población total. El Censo de Población y Vivienda 2010, contabilizó 10.1 millones de adultos mayores lo que representa 9% de la población total (INEGI, 2010).

En 1990, la población de 60 y más años alcanzó 5.0 millones de habitantes, de los cuales 53.9%, es decir, alrededor de 2.6 millones eran mujeres. En un lapso de 20 años, la población adulta mayor del país ha aumentado de manera constante, prácticamente se duplicó (10.1 millones), pero en porcentaje relativo de la población de mujeres prácticamente se mantuvo en el 53.4%.

En términos absolutos, la diferencia entre ambos sexos muestra una mayor brecha, que pasa de 300 mil a 700 mil mujeres más que la población masculina en el periodo. (INEGI. 2010) Por tanto, la población mexicana puede considerarse joven en el ámbito mundial, debido a que la tasa de crecimiento de los ancianos en la última década superó a la del resto de los mexicanos y aumentó en una tasa anual de 3.5 personas por cada 100 de 65 años o más. Incluso las proyecciones de población indican que México está ubicado entre los 10 países que, porcentualmente, incrementará más su número de ancianos en los próximos 30 años. Se estima que para el año 2030 sumará más de 15 millones de personas en la vejez. Con esto se estima que el número de ancianos ascenderá más de tres veces en los próximos 30 años (Asili, 2004).

En la Ciudad de México los adultos mayores representan un reto mayor debido a que, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para 2020 se tiene una población mayor a 65 años de edad de 1.02 millones, un 48 % más que en el último registro de 2015. (DIF, 2021). Con el aumento de esta población se incrementa la

demanda de servicios relacionados con la salud, vivienda, pensiones y espacios urbanos que faciliten el tránsito de estas personas.

El envejecimiento es un fenómeno biológico, que representa las últimas etapas del desarrollo del ciclo vital, esto significa que son las últimas etapas de la expresión genética. Este fenómeno inicia desde la fertilización, ya que a partir de ese instante comienza a enumerar el contenido genético, el cual se verá influenciado con la forma de relación con el entorno. Por ejemplo, la longevidad es modificada por los hábitos alimenticios.

Tradicionalmente se considera que el inicio del envejecimiento es el principio de una decadencia funcional, sin embargo, no existe una edad en la cual el ser humano realice todas sus funciones totalmente. Dado que cada individuo posee diferencias corporales, es difícil hablar que un ser humano en particular disminuirá de alguna forma y en algún porcentaje determinada función a cierta edad.

Las funciones de cada etapa en la vida cambian, no son exactamente iguales a las de otros estados del desarrollo, es decir, el significado de envejecer suele darse por entendido, considerando implícitamente que el organismo es una especie de máquina: pero se asume que el envejecimiento conlleva desgaste, pérdida, deterioro, daños, errores o fallas orgánicas. Esto se relaciona con cambios orgánicos de todo el cuerpo, de tal forma que todo lo antes mencionado concluye que el envejecimiento es un cambio mortífero, definitivo y gradual (Asili, 2004).

El envejecimiento es un proceso inevitable y degenerativo que depende del desarrollo biológico del sujeto, el ambiente social y cultural en el que se desarrolla, en consecuencia, en la última etapa de vida del ser humano, el cerebro comienza a sufrir deterioro, y con ello dificultad para realizar algunas de sus funciones.

Los distintos ritmos de envejecimiento observados en todo el mundo corresponden básicamente a la forma en cómo han cambiado los patrones de fecundidad, este hecho histórico, ha contribuido para que las poblaciones tengan una mayor expectativa de vida, es decir entran en un periodo que se denomina envejecimiento. Esto sucede cuando se mantienen

constantemente niveles de fecundidad bajo, los reportes de nacimientos disminuyen y, en correspondencia, las personas de más edad aumentan su número en proporción al de las más jóvenes. Expresado de otro modo, la principal causa, aunque no la única, de que una sociedad envejezca, es la disminución de la población joven, y no que sus integrantes vivan más años. Actualmente el proceso de envejecer es un proceso no patológico (Asili, 2004).

En gran parte de los casos es posible vincular estas dificultades con un daño indudable del sistema nervioso. Sin embargo, en otras ocasiones las alteraciones no se pueden relacionar a un evidente daño, pues no se cuenta con la información precisa para dicha determinación.

Por otro lado, es posible hallar evidencias de un daño notable o pérdidas propias de la edad sin estragos visibles de la funcionalidad. Las manifestaciones fisiológicas de la vejez son consecuencia de un daño gradual de la función de los tejidos y sistemas que comprenden el organismo y de la capacidad de los sistemas hemostáticos de control del cuerpo para confrontar las exigencias del entorno.

Es posible que el daño presentado que se atribuye a la senectud sea consecuencia de la presencia de enfermedades previas no identificadas y por lo tanto no tratadas adecuadamente (Diez, 2004). Resulta complicado definir hasta qué grado cualquier daño de índole fisiológico, está relacionado con la edad y, por otra parte, hasta qué punto es debido a enfermedades y modificaciones en el estilo de vida.

Actualmente, la mayoría de los profesionales que analizan este proceso, desde la perspectiva del conjunto de actuaciones necesarias para satisfacer las necesidades asistenciales de este sector de la población, señalan como clave la noción de “autonomía funcional”. Es decir, una persona será considerada biológicamente “vieja” en función de los problemas que tenga para poder valerse por sí misma. En este sentido, el grado de “dependencia” es el concepto a partir del cual tienden actualmente a estructurarse los servicios asistenciales dirigidos a este sector de la población (Asili, 2004).

Enfermedades Mentales

Los ancianos normales son capaces de ajustarse a la disminución leve de sus funciones, sin embargo, es trascendental reconocer las características normales de la evidencia de enfermedades neurológicas.

Según Bruna et. al (2011), hay un gran número de ancianos que no presentan patologías cerebrales, pero sí decrementos minúsculos en su funcionamiento neuropsicológico. Es decir, la disminución paulatina de la capacidad de memoria en los ancianos se atribuye, relativamente, al desgaste de ciertos circuitos neuronales. Por lo tanto, las deficiencias significativas son mostradas cuando el cúmulo de los efectos del deterioro neuronal, la disminución de la plasticidad, el daño neurológico previo y las secuelas de alguna enfermedad particular, rebasan un umbral dictado por las condiciones de cada caso específico. Todo lo anterior es importante al evaluar el estado mental del anciano (Bruna et. al 2011).

En la actualidad, han sido estudiadas las funciones cognoscitivas como la memoria, con el objetivo de desvelar pruebas sensibles a las pérdidas tempranas y se pretende determinar qué actividades, alimentos, aficiones, ejercicios y medicamentos dividen a estas personas de aquellas que adquieren la enfermedad de Alzheimer entre otras demencias (Purves, 2016).

El Alzheimer es una forma de demencia. Existe el reporte de que afecta de 5% a 10% de la población mayor de 65 años y a una porción mayor de adultos mayores de 85 años (Purves et al. 1997).

Demencia

La palabra demencia deriva del latín *de*, que significa alejarse o alejado, y *mens*, que quiere decir mente. Es decir, se define como una pérdida de la función intelectual que va más allá de lo normal. Se considera normal la pérdida irremediable de las capacidades mentales que ocurren con el envejecimiento, el término demencia estará reservado para aquellos casos en que los trastornos de la función mental ocasionan una alteración significativa de la vida del

individuo. Dicho de otra forma, los trastornos leves de la memoria, que aparecen con el envejecimiento, no constituyen demencia, asimismo, un diagnóstico de demencia, según el DSM-IV, requiere que los síntomas den como resultado una alteración importante en el funcionamiento social, y ocupacional y que signifique un declive importante respecto al nivel de funcionamiento previo (DSM-IV,1994).

En la edición número cuatro del DSM-IV, la demencia es definida como deterioro de múltiples funciones cognoscitivas, incluida la alteración de la memoria, sin alteración de la conciencia. En esta misma edición del DSM-IV se hace referencia a las funciones cognoscitivas que pueden estar afectadas en la demencia: la inteligencia global, el aprendizaje y la memoria, el lenguaje, la resolución de problemas, la orientación, la percepción, la atención, la concentración, el juicio y las habilidades sociales. La personalidad también resulta afectada, si una persona tiene un trastorno de la conciencia, probablemente cumpla los criterios diagnósticos delirium.

El retraso mental se distingue de la demencia en que, el primero, es un trastorno en donde el individuo afectado nunca tuvo un intelecto normal. Así, la demencia es un trastorno adquirido por el paso del tiempo en el cual el intelecto originalmente fue normal. Implica el deterioro general de las capacidades intelectuales debido a un trastorno del Sistema Nervioso Central (SNC (Seltzer, 1988), e involucra la desintegración de la personalidad y comportamiento, además del intelecto. Si es progresiva, quitará al sujeto todas las cualidades que lo distinguen como ser humano.

La demencia apunta a un síndrome clínico amplio y no a una entidad patológica específica. La pérdida de la memoria no necesariamente es gradual, pues puede ser repentina, como ocurre en un accidente cerebrovascular, como el caso de una hemorragia, trombosis o embolia. Dos aspectos que deben subrayarse en torno a la demencia son:

- 1.-La demencia es un síntoma o en tal caso un signo de numerosas entidades, y no una enfermedad o entidad patológica en sí misma. Los síntomas están determinados por la localización y la extensión del daño cerebral y no necesariamente por el tipo de

enfermedad. Por ejemplo, las manifestaciones de la atrofia cortical frontal y de la presencia de un tumor en dicha zona pueden ser semejantes.

2.- Este punto deriva del primero: como las etiologías de la demencia son múltiples, algunas de estas tienen remedio. Esto implica una gran responsabilidad del clínico en términos del diagnóstico y tratamiento propuestos. Lo fundamental en la demencia es identificar el síndrome y manejar de forma clínica su causa específica. La reversibilidad potencial de la demencia depende tanto de la causa patológica subyacente, como de la existencia y aplicación de un tratamiento efectivo.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de las demencias, es un trastorno neurológico progresivo caracterizado por alteraciones en los procesos cognitivos, que hace que el cerebro se encoja (atrofia) y que las neuronas cerebrales mueran, es un deterioro continuo en el pensamiento, el comportamiento y las habilidades sociales que afecta la capacidad de una persona para vivir independiente. De acuerdo con el reporte mundial sobre la enfermedad de Alzheimer, en el año 2010, cerca de 35 millones de personas adultas mayores en el mundo la sufren. Se estima que para el año 2030 esta frase se incrementa a 66 millones para alcanzar una cifra de 115 millones de personas afectadas para el 2050. (Gutierrez, 2014, p. 11)

La segunda más frecuente, es la vascular, relacionada de manera causal con las enfermedades cerebrovasculares. La hipertensión es un factor que predispone. Las demencias vasculares alcanzan de 15 a 30% de los casos de demencia. Es más común en personas con edades comprendidas entre los 60 y 70 años y más a menudo en hombres que en mujeres. En 10 a 15% de los pacientes con demencia coexisten los tipos vascular y Alzheimer (Kaplan y Sadock, 1999).

Por otro lado, Paramio (2013), menciona que otras causas frecuentes de demencia, las cuales representa de 1% a 5% de los casos, son el daño cerebral, las demencias relacionadas con el consumo de alcohol y otras vinculadas con trastornos de movimiento,

como las enfermedades de Huntington y de Parkinson. Puesto que la demencia es un síndrome bastante común y tiene muchas causas, los clínicos deben realizar un cuidadoso trabajo clínico para establecer el origen de la demencia de un paciente.

Las demencias también se clasifican en generalizadas cuando las alteraciones del sistema nervioso están extendidas a zonas muy amplias del encéfalo, y localizadas, cuando afectan áreas más restringidas. La clasificación por localización en algunos casos (tumores o embolias) es fácil; sin embargo, en algunas demencias, por ejemplo, la del Alzheimer, son afectados sistemas de neurotransmisión que proyectan a muchas áreas corticales, de manera que la localización es muy difusa. Además, la localización del proceso es difícil en casos avanzados, en los que son afectadas zonas cada vez más extensas.

En el caso específicamente de la demencia primaria, inicia de forma insidiosa y progresa con lentitud. A veces la historia clínica sugiere un inicio repentino relacionado con un traumatismo, una enfermedad o un trastorno emocional, pero normalmente estos eventos solo hicieron que se enfocara la atención a un proceso existente. Así como el inicio es insidioso, las primeras manifestaciones de la demencia son sutiles y se refieren a cambios conductuales y de la personalidad. En la mayoría de los casos, los cambios conductuales y de la personalidad implican una pérdida de la espontaneidad. Los pacientes parecen apáticos y retraídos, se alejan de familiares y amigos, se sienten solos y pierden interés en sus actividades profesionales y pasatiempos, durante esta etapa, los pacientes parecen sufrir depresión, cuyos síntomas pueden interpretarse en algunos casos como la respuesta emocional de un individuo que percibe vagamente los cambios cognoscitivos que le ocurren (Paramio, 2013).

En otras personas los cambios de conducta y de la personalidad son muy distintos: los pacientes se vuelven inusualmente extrovertidos y desinhibidos y pueden perder sus modales y trato social. En estos casos, pueden producirse además errores de juicio que les causen graves problemas profesionales y financieros. De esta forma, puede ocurrir que algunas personas participen en desafortunadas aventuras de tipo sexual. Este escenario es menos común que aquel con apatía, retraimiento etcétera y más frecuente cuando hay daño en los lóbulos

frontales, asociados a los cambios de personalidad aparecen los signos de deterioro intelectual. Al inicio, el paciente tiene dificultad para realizar cualquier actividad que requiera pensamiento novedoso o creativo. Por lo tanto, la demencia se manifiesta más temprano en personas cuya ocupación implica esfuerzo intelectual intensivo que en aquellas personas cuyas demandas son menores; sin embargo, con el tiempo los pacientes tienen dificultad para realizar actividades para las cuales antes eran muy capaces. Así mismo Bruna (2011), indican que, de modo irremediable, los trastornos de la memoria se vuelven evidentes y los enfermos repiten preguntas una y otra vez porque no pueden recordar las respuestas, inicialmente se olvidan de sus citas y compromisos, para remediar esto, algunos pacientes cargan consigo una agenda o un cuaderno que contiene cierta información; no obstante, pueden olvidar hasta algunos de los eventos más importantes de su vida.

Aproximadamente al mismo tiempo que se manifiesta la amnesia, el lenguaje se modifica: adquiere una cualidad estereotipada y se vuelve vacía y cada vez más carente de significado.

El deterioro progresa con lentitud en forma inexorable. Con el deterioro progresivo de la memoria y otras funciones, los pacientes tienden a perderse primero en ambientes novedosos, pero más tarde aún cerca de casa, y no son capaces de reconocer a sus amigos cercanos y familiares.

Pronto aparece la incontinencia tanto urinaria como fecal; además, es notoria la pérdida de la capacidad de aseo. En las etapas finales, el paciente presenta un aspecto deplorable con retraimiento total y silencio absoluto, y comúnmente se encuentra tirado en la cama con las extremidades en posición característica en flexión.

Es inevitable algún grado de modificación conductual. Al inicio, los pacientes son dóciles y fáciles de manejar, de modo que, si se les deja solos, tal vez no causarán problemas. En algunos casos, pueden reaccionar y tornarse agitados y agresivos tanto verbal como físicamente. Esto ocurre sobre todo cuando son interrumpidos para realizar alguna actividad cotidiana como bañarlos, rasurarlos etc. o si se sienten agredidos o están en situaciones poco familiares. Algunos pueden mostrar espontáneamente conductas de irritabilidad y carácter pendenciero. En algunos otros casos los pacientes presentan un estado continuo de agitación ansiosa, manifestado por la tendencia a caminar de un lado hacia otro o incurrir en otro tipo de conducta repetitiva. La fase final de la enfermedad de Alzheimer es caracterizada por un estado de coma y muerte.

La enfermedad del Alzheimer es caracterizada por una distribución selectiva de la muerte neuronal en distintas áreas del sistema nervioso central.

Depresión

Según la OMS (2015), existe un amplio rango de factores relacionados con la vulnerabilidad de las personas para padecer un trastorno psíquico, que actúan como desencadenante, favoreciendo la aparición de la enfermedad mental, lo cual se observa más claramente cuando ocurre un acontecimiento vital de gran impacto o muy amenazante. En ese sentido destacan los factores familiares como la pérdida parental, sobre todo si es temprana, la falta de cuidados y los abusos en la infancia, la disfunción de pareja; los factores sociales como el desempleo o una baja calidad de vida; y los meramente personales como la baja autoestima y el autoconcepto (AP A, 2000). Así que, por ejemplo, las personas con tintes depresivos refieren tres veces más acontecimientos vitales de esta índole que la población normal.

La depresión es un trastorno que es más frecuente diagnosticar cuando no se acompaña de enfermedades médicas graves o de múltiples diagnósticos médicos, ya que síntomas como pérdida de energía, trastornos de la conducta alimentaria o alteraciones del sueño se comparten con otros padecimientos de origen exclusivamente físicos, y que el médico general al otorgar el diagnóstico, no considera como una opción el trastorno depresivo (OMS, 2015).

Aspectos genéticos:

Los familiares de pacientes depresivos sufren de depresión en una frecuencia tres veces mayor que los familiares de controles sanos.

Clasificación:

En la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) (A P A, 2000), se fundamenta la clasificación de los trastornos afectivos en la descripción clínica del estado emocional y del comportamiento. A continuación, se expone en forma abreviada la Clasificación de los Trastornos Afectivos:

Según la American Psychiatric Association (2000), en los episodios depresivos típicos (leve, moderada o grave), por lo general, el enfermo que las padece sufre de humor depresivo (tristeza), una pérdida de la capacidad de interesarse o disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y aún cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

Puede acompañarse de un amplio cortejo sintomático como:

1. La disminución de la atención y concentración.
2. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
3. Las ideas de culpa y de ser inútil.
4. Una perspectiva sombría del futuro.

5. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

6. Los trastornos del sueño.

7. La pérdida del apetito.

Abundando en la intensidad de la sintomatología, precisamos diversos tipos:

El trastorno depresivo mayor de intensidad leve solo genera una pequeña alteración en la funcionalidad, las actividades sociales o en las relaciones intrapersonales, rara vez solicitan por sí mismos tratamiento.

En el trastorno depresivo mayor de intensidad moderada, los síntomas generan una alteración en la funcionalidad, las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales, sin que sea incapacitante.

El trastorno depresivo mayor de severa intensidad genera una gran alteración en la funcionalidad de la vida cotidiana del sujeto, y/o manifiesta ideación suicida o síntomas psicóticos (alucinaciones e ideas delirantes) que pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo

Deterioro Cognitivo

El cerebro

Para entender qué son las funciones cognitivas, comenzaremos explicando el funcionamiento del cerebro, él es un órgano indispensable para que se lleven a cabo los procesos cognitivos. Para Paramio (2013), el cerebro se define como uno de los centros nerviosos constitutivos del encéfalo, existe en todos los vertebrados y situado en la parte anterior y superior de la cavidad craneal; a lo que añadiría que es la parte más grande del encéfalo, con una superficie formada por repliegues irregulares y surcos, que proporcionan el espacio adicional que necesita para almacenar toda la información importante sobre el cuerpo. Se divide, visto desde afuera, en dos hemisferios: izquierdo y derecho, que a su vez están divididos en cuatro lóbulos: frontal, temporal, parietal y occipital, que se sitúan bajo los huesos del cráneo que llevan el mismo nombre.

El lóbulo frontal controla la actividad motora aprendida, el estado de ánimo, el pensamiento y la conducta. El lóbulo parietal interpreta las sensaciones que recibe del resto del cuerpo y controla el movimiento corporal. El lóbulo occipital interpreta la visión. Los lóbulos temporales permiten la identificación de personas, objetos y de él dependen las emociones y la memoria (Paramio, 2013).

Desde el punto de vista funcional, el cerebro es el motor o centro de control del sistema nervioso, de actividades como la digestión, respiración, los latidos del corazón, movimientos de las diferentes partes de nuestro cuerpo, de nuestras emociones, pensamientos etc. es decir, es el punto neurálgico, siempre activo, que dirige la gran maquinaria que es el ser humano a través de las conexiones entre los miles de millones de neuronas que posee y las estructuras que lo conforman.

A continuación, se muestra la ubicación de las funciones cognitivas en el cerebro y la actividad que realiza cada una:

Funciones cognitivas. Áreas funcionales del cerebro.

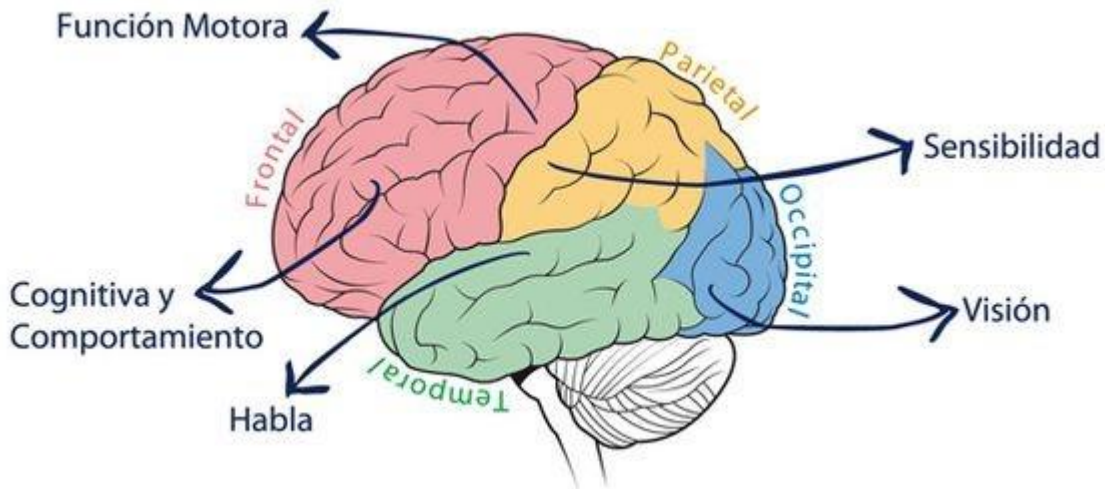


Figura 1

Funciones Cognitivas.

Atención. Roig, Ríos y Lapedriza, 2001 (citado por Bruna y Ruano, 2011) mencionan que la atención es el proceso selectivo de la información necesaria, la consolidación de los

programas de acción elegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre ellos. Por lo tanto, la atención puede ser entendida como un sistema complejo de subprocesos específicos, a través de los cuales se facilita el manejo de información, la toma de decisiones y la conducta. Algunas funciones del sistema atencional: mejora el rendimiento en numerosas tareas, minimiza las distracciones, aumenta el nivel de procesamiento del área que está siendo atendida e implica cierta selección de estímulos. Facilita el acceso a la conciencia, es decir, la atención es necesaria para tomar conciencia de la presencia de un estímulo u operación cognitiva.

De acuerdo con Bruna (2011), la atención no es una función unitaria, sino un sistema complejo de subprocesos específicos mediante los que se controla el procesamiento de la información, la recepción, y orientación, la capacidad de decisión y la conducta. Constituye un proceso básico y necesario para el correcto funcionamiento cognitivo general y su importancia en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Algunos autores, entre los que destacan Bruna (2011), han aislado tres factores las medidas de la atención: control de la interferencia, flexibilidad cognitiva y memoria operativa.

Memoria. La memoria es el sistema cognitivo humano no divisorio que nos otorga la facultad de aprender, almacenar y recuperar episodios, acontecimientos, hechos y habilidades personales y sobre el entorno que habitamos. Dicho de otro modo, no hay una memoria sino varias memorias (Tulving, 1983).

Cognitivamente, según Signoret, 1987, (citado por Bruna et al., 2011) la memoria se clasifica en:

Memoria inmediata: se refiere al recuerdo de informaciones que acabamos de percibir. Tiene una capacidad limitada en torno a $7+ - 2$ elementos y una duración temporal igual limitada.

Memoria reciente: memoria presente que nos permite retener información nueva constituyendo recuerdos; puede ser incidente, la memoria de cada día, intencional, en función de un proyecto futuro: prospectiva, voluntaria: aprendizaje de memoria.

Memoria remota: memoria resultada de todas nuestras experiencias, su contenido es variado:

-Memoria episódica: memoria biográfica personal.

-Memoria semántica: conocimientos, acontecimientos adquiridos, culturales, históricos, lingüísticos.

-Memoria de las habilidades sensoriomotrices. Por ejemplo, conducir un coche.

Alteraciones en la memoria.

En los enfermos con demencia, encontramos una alteración en la capacidad de aprender material nuevo y de recordar la información aprendida.

Así como lo menciona Signoret, 1987 (citado por Bruna, 2011) el grado de daño en la memoria, en particular en la enfermedad de Alzheimer, es irreversible en algún momento de la enfermedad, dicho daño es profundo, puesto que se ve afectada tanto la memoria reciente, y por lo tanto el proceso de adherencia, produciéndose el olvido. El enfermo no puede recordar la información reciente y también presenta dificultades en evocar información de la memoria remota.

La amnesia es la pérdida o la disminución adquirida de la memoria como consecuencia de una alteración de las estructuras neurológicas que sostienen la memoria. La estructura neurobiológica más básica en la formación de nuevas memorias es el hipocampo, pero no es la única estructura que participa en un sistema tan complejo como el sistema de memoria humano.

Lenguaje. Este sistema extraordinario permite a las personas comunicar una ilimitada combinación de ideas por medio de una corriente muy estructurada de sonidos, así como lo mencionan Bruna et al (2011). Dicho de otro modo, el lenguaje es un sistema de signos que utiliza el ser humano, básicamente, para comunicarse con los demás o para reflexionar consigo mismo. Este sistema signos, puede ser expresado por medio del sonido (signos articulados) o por medios gráficos (escritura). Estas dos posibilidades de los signos lingüísticos corresponden a los dos usos del lenguaje.

Ahora bien, el desarrollo del lenguaje requiere el conocimiento del código verbal y a su vez la eficaz interacción de una serie de habilidades cognitivas, lingüísticas y conductuales.

Por ello la memoria, el razonamiento y la abstracción son procesos importantes en actividades intelectuales que requieren del lenguaje; así como las habilidades motoras que controlan el habla y el lenguaje gestual.

Con relación al tema del lenguaje, Bruna et al (2011) destacan que existe una afección que limita e impide la capacidad para comunicarse, y la definen como: *Afasia*, Berthier (2014), refiere que es la pérdida o deterioro de los procesos complejos de interpretación y formulación del lenguaje simbólico debido al daño cerebral adquirido que afecta a la red ampliamente distribuida de estructuras corticales y subcorticales del hemisferio dominante del lenguaje.

Puede afectar a la expresión y a la comprensión, así como a los niveles semántico, fonológico, morfológico y sintáctico del lenguaje, y tiene gran variabilidad según el volumen y la localización de la lesión.

En la afasia, otras funciones cognitivas dependientes del hemisferio izquierdo como la memoria auditivo-verbal a corto plazo y la atención, indispensables para el funcionamiento adecuado del lenguaje, también pueden estar afectadas (Bruna et al 2011).

La afasia causa un grave impacto en la persona afectada, limita su capacidad funcional y afecta al rol que juega en la sociedad y en el contexto social inmediato.

Lectura y escritura. - estas se pueden realizar por diferentes rutas, aunque en realidad se considera que operan en paralelo y de forma complementaria. En seguida se describen estas.

- Ruta léxica semántica: para la lectura se inicia con el análisis visual, que permite identificar las letras y sílabas; en el léxico visual se reconoce la forma ortográfica correspondiente; en el sistema semántico se activa el significado asociado.
- Ruta léxica semántica: permite la lectura o escritura al dictado de palabras por vía léxica, reconociéndose como palabras, pero sin acceder al significado.
- Ruta fonológica o subléxica: permite leer o escribir al dictado pseudopalabras o palabras

desconocidas mediante el mecanismo de conversión grafema-fonema. Permite por sí sola la lectura y escritura en lenguas transparentes como el castellano, aunque deben producirse errores ortográficos y probablemente mayor lentitud, mientras que la ruta léxica es imprescindible en lenguas no transparentes como el inglés.

Alteraciones en las funciones cognitivas:

-Alteraciones en el procesamiento léxico. El daño semántico aislado es poco frecuente en pacientes afásicos con lesiones vasculares; suele asociarse a otros trastornos y puede ser difícil de reconocer (Basso, 2005, como se citó en Bruna 2011).

La demencia semántica, por su parte, es una alteración selectiva y degenerativa del sistema semántico.

El déficit semántico afecta a la comprensión y a la producción, puede ser específico por categorías y altera más los rasgos más específicos de los conceptos.

El daño en los léxicos auditivo y visual causa dificultad de comprensión auditiva y lectora, respectivamente; en el léxico fonológico, anomia léxica; en el léxico ortográfico, errores ortográficos.

El daño en los buffer de entrada (análisis auditivo y análisis visual) produce déficit de identificación de fonemas y de grafemas, respectivamente. El daño en los buffer de salida ocasiona errores en la producción fonológica u ortográfica del estímulo.

El daño en el mecanismo de conversión grafema-fonema-grafema altera la lectura o escritura de palabras nuevas y de palabras gramaticales con escasa representación semántica.

-Apraxias y Agnosias. Fernández (2011) señala que día a día cada individuo realiza actividades como beber de una taza, vestirse de una manera correcta, usar cubiertos, reconocer productos y marcas en el supermercado, llenar un vaso con agua, conducir y estacionar un coche entre otras, las cuales implican diferentes habilidades de percepción y de ejecución motoras. Cuando hay una lesión cerebral se ven afectadas estas capacidades y los individuos presentan dificultades para reconocer caras y personas, para diferenciar objetos y

realizar las secuencias de movimientos voluntarios para realizar actividades específicas cotidianas.

Por otro lado, para realizar un acto aprendido, las diferentes partes del cuerpo deben colocarse de una manera específica y en una posición concreta, realizando en un orden los movimientos necesarios para ejecutar la tarea de acuerdo con el tipo de acto, la posición y el tamaño del objeto con el que se va a interactuar. En la conducta motora voluntaria se distinguen dos componentes, por un lado, el componente cognitivo que se encarga de procesar la información que facilita la elaboración de los planes motores y contiene aspectos internos y no observables. El otro componente es el motor o periférico que posee los parámetros asociados con la implementación del acto motor en los músculos. Aunque generalmente los componentes se complementan, en algunas personas con daño cerebral se observa una disociación entre ambos.

-*Agnosias*. El término deriva del griego y significa ausencia de conocimiento. Las agnosias pueden ser consideradas como alteraciones en el proceso de reconocimiento e identificación de los estímulos que percibimos a través de diferentes modalidades sensoriales.

Las agnosias se pueden clasificar según Perea, (2001):

1. El canal sensorial afectado: agnosias visuales, auditivas, táctiles y olfatorias.
2. La modalidad que específicamente no se reconoce: agnosia de objetos, caras, movimiento, colores, letras, dígitos, etc.

-*Apraxias*. En 1871, Steinhal utilizó por primera vez el término para describir distintos trastornos neurológicos ya sea adquirido o del desarrollo. Sin embargo, al paso de los años el significado actual engloba un conjunto de alteraciones de la programación del movimiento voluntario, aprendido e intencional, sin que existan déficits sensoriales, motores y perceptivos, trastornos de la comprensión verbal, falta de colaboración o deterioro mental grave (Perea, 2001).

El origen de las apraxias es diverso, aparece como secuela de lesiones cerebrales focales o difusas, de los traumatismos craneoencefálicos, o enfermedades cerebrovasculares y

neurodegenerativas, tumores, procesos infecciosos o tóxicos entre otros que afecten alguno de los componentes del sistema funcional cerebral práxico (Bruna et al 2011).

Funciones Ejecutivas.

Un ser humano independiente es aquel que está capacitado para autogobernarse, que elige y decide por sí mismo. Para lograr tal independencia la persona debe tener la capacidad de controlar y coordinar de forma consciente sus pensamientos, sus acciones y emociones. Las habilidades cognitivas permiten al individuo modular las operaciones de varios subprocesos cognitivos y de este modo la dinámica de los procesos más complejos de la cognición humana recibe el nombre de funciones ejecutivas.

Según Shallice, 1986 (citado en Muñoz, 2001) las funciones ejecutivas son los procesos que vinculan ideas, movimientos y acciones simples, y los orientan a la resolución de conductas complejas.

Por otro lado, Luria (1974) conceptualizó las funciones ejecutivas como una serie de procesos en la iniciativa, la motivación, la formulación de metas y planes de acción, y el autocontrol de la conducta.

Para Sholberg y Mateer (1989) las funciones ejecutivas comprenden una serie de procesos cognitivos entre los que enfatizan la anticipación, la elección de objetivos, la planificación, la selección de la conducta, la autorregulación, el autocontrol y el uso de retroalimentación.

Por lo tanto, se definen las funciones ejecutivas como un cúmulo de habilidades cognitivas que permiten a los individuos anticipar, establecer metas, formular planes, determinar el inicio de las actividades, autorregularse y ejecutarlas eficazmente ante condiciones nuevas que no tengan un plan establecido.

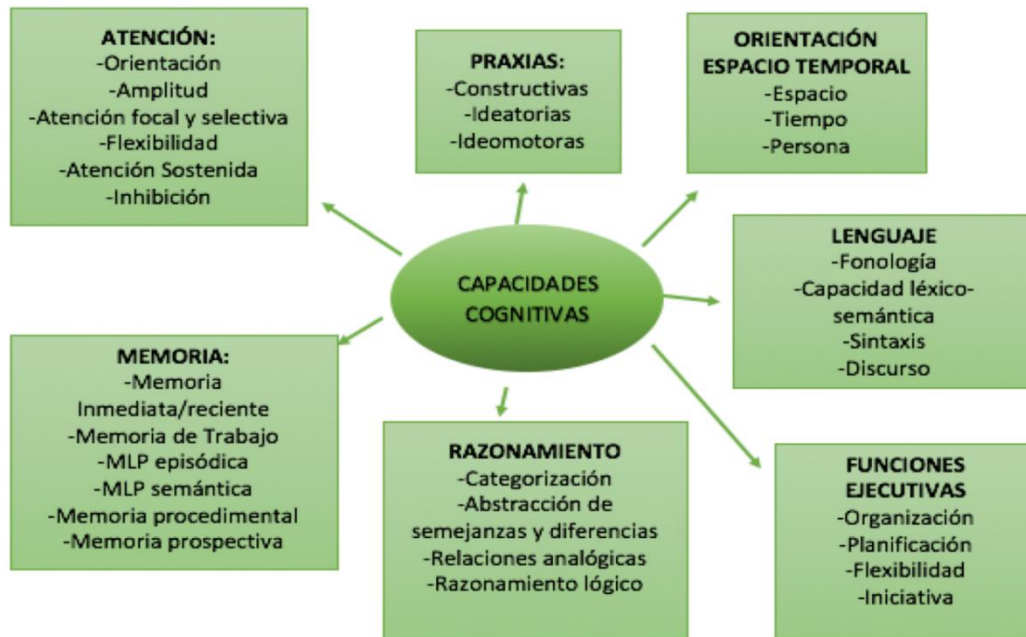
Anatómicamente, las funciones ejecutivas se han vinculado al funcionamiento de los lóbulos frontales más concretamente a la corteza prefrontal.

La corteza prefrontal constituye, pues, una región clave para la adquisición de señales y de información: 1) recibe señales procedentes de todas las regiones sensoriales en las que se

forman las imágenes que constituyen nuestros pensamientos, incluidas las representaciones de estados corporales pasados y actuales, constituidas en la corteza somatosensorial, y 2) recibe señales desde diversos sectores biorreguladores del cerebro, entre los que destacan los núcleos neurotransmisores del tronco cerebral y del prosencéfalo basal, así como la amígdala, el cíngulo anterior y el hipotálamo. Así las zonas de convergencia localizadas en la corteza prefrontal son el depósito de las representaciones disposicionales para las contingencias adecuadamente categorizadas y únicas de nuestra experiencia vital (Damasio, 1994).

En síntesis, se denominan capacidades cognitivas aquellas que se vinculan directamente con el procesamiento de la información y con la competencia de emplearla después. Dicho de otra forma, son aquellas que coadyuvan a lo que se denomina aprendizaje. Se presenta el cuadro 1. Capacidades cognitivas.

Cuadro 1



Teniendo conocimiento de las funciones y deficiencia cognitivas que puede presentar el paciente se puede pasar al siguiente punto que es la forma en que podemos contribuir a mejorar su desarrollo personal explicando a continuación de qué se trata la estimulación cognitiva.

Estimulación Cognitiva

La función del cerebro, como parte del Sistema Nervioso Central (SNC), es la de regular la mayoría de las funciones del cuerpo y la mente. Esto incluye desde funciones vitales como respirar o el ritmo cardíaco, pasando por funciones más básicas como el dormir, tener hambre o el instinto sexual, hasta las funciones superiores como pensar, recordar o hablar.

Knafo y Venero (2012) afirman que el cerebro humano es un órgano que contiene billones de conexiones neuronales; es decir en el interior del cerebro, las neuronas se comunican entre ellas con un mecanismo químico esencial denominado sinapsis, dicha actividad controla las funciones cognitivas del ser humano. En el cerebro las conexiones sinápticas entre neuronas no son estáticas, sino que sufren transformaciones como consecuencia de una actividad o experiencias previas en esas células. Así, los estímulos externos pueden ocasionar que algunas sinapsis se potencien, mientras que otras se debiliten. Este proceso de plasticidad sináptica resulta primordial para el aprendizaje y la memoria. Si las sinapsis están comprometidas en los cambios de conductas a largo plazo relacionados con el aprendizaje y la memoria, las neuronas deben presentar alteraciones en la eficacia sináptica (plasticidad sináptica) que deben conservarse varios minutos, días o semanas.

En Sevilla (2009), se hace referencia a que durante siglos el sistema nervioso central ha sido considerado como una estructura completa y definitiva para su desarrollo embrionario, y, por lo tanto, inmutable e irreparable desde el punto de vista funcional y anatómico. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, existe evidencia científica que avala la plasticidad cerebral o neuroplasticidad, por mencionarlo de otro modo, su capacidad adaptativa para cambiar su particular organización estructural y su funcionamiento en respuesta a los acontecimientos del ambiente. Desde este punto de vista, la estimulación cognitiva parte de dos presupuestos básicos:

- 1) El cerebro es fundamentalmente plástico, es decir, susceptible de modificar su estructura y su funcionamiento bajo condiciones apropiadas. Si dichas condiciones se producen, aumenta el número de conexiones entre las neuronas cerebrales, y eso se

manifiesta en una mayor y mejor adaptación del individuo al medio.

2) Las diversas capacidades que poseemos no dependen sólo de factores genéticos y hereditarios, sino del aprendizaje y de la interacción continua que el individuo establece con el ambiente. Esto es importante tenerlo en cuenta porque implica que dichas capacidades se pueden modificar y mejorar con la práctica. (Sevilla, 2009).

El hecho de que la interacción del organismo con su ambiente modula al cerebro, se ha demostrado tanto en sujetos humanos como en animales, por ejemplo, diversos estudios realizados por Tárraga & Zamarrón y Fernández-Ballesteros, (2008) realizados con roedores han evidenciado que cuando estos son sometidos a una mayor estimulación sensorial, motora y cognitiva se incrementa la talla de las neuronas, la ramificación de sus dendritas, el número de sinapsis por neurona, etc. En el caso de los seres humanos, la neuroplasticidad es un fenómeno que se evidencia a lo largo de todo su desarrollo ontogenético, si bien es mucho más evidente durante la infancia -en esta etapa es cuando tiene lugar la maduración intensiva del organismo, y en particular del cerebro- va disminuyendo a lo largo de la vida.

Para Fernández et al (2008), la plasticidad cerebral es un fenómeno que se evidencia también en casos de daño cerebral y deterioro cognitivo. En los casos de daño cerebral la neuroplasticidad se entiende como la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión. Se asume que la plasticidad cerebral permite una reestructuración funcional del sistema dañado, y que las áreas no afectadas por la lesión pueden asumir tales funciones. Siguiendo con Fernández et al. 2008, se ha demostrado que las secuelas de un daño cerebral son en cierta forma reversibles, y que el cerebro posee la capacidad para renovar o reconectar sus circuitos neuronales. Por lo tanto, salvo en caso de afectación y/o deterioro cognitivo muy graves, debido a la gran pérdida de neuronas y falta de conexiones sinápticas, los sujetos son capaces de aprender.

El ser humano posee una serie de capacidades (cognitivas, funcionales, motoras, emocionales y psicosociales) que le permiten su adaptación al entorno y dar respuesta a las exigencias de éste. Cada una de ellas tiene una labor en específico en dicho proceso de

adaptación. Por ejemplo, gracias a las capacidades motoras es posible, caminar, andar, realizar definitivamente, cualquier tipo de acción que implique movimiento de una forma coordinada.

En caso concreto de las capacidades cognitivas, estas son las que permiten llevar a cabo actividades tales como reconocer a personas, imaginar lo que se va a realizar, o recordar lo que hizo anteriormente. Cualquier capacidad humana se distingue por poder ser mejorada a través de la experiencia y la práctica. Pues bien, la estimulación cognitiva es definida por Sevilla (2009), como un conjunto de técnicas y prácticas que pretenden mejorar la eficacia del funcionamiento de las diferentes capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias) por medio de un conjunto de situaciones y actividades específicas que se adecuan y estructuran en lo que se define como un “programa de estimulación”.

La estimulación cognitiva puede ser empleada a cualquier ser humano, puesto que cualquier individuo tiene la capacidad de mejorar las capacidades para ser más hábiles y diestros. En estos casos, los objetivos de este tipo de intervención son: a) desarrollar las capacidades mentales; y b) mejorar y optimizar su funcionamiento.

Ejemplos de este tipo de intervenciones son los programas de estimulación temprana en la infancia, los programas o talleres de mejora de la memoria en la tercera edad o ciertos programas para la mejora de habilidades visoespaciales o de concentración en el ámbito deportivo. En todos estos casos se pretende activar, estimular y entrenar determinadas capacidades cognitivas y los componentes que la integran, de forma adecuada y sistemática, para transformarlas en una habilidad, un hábito y/o una destreza (Sevilla, 2009).

La estimulación cognitiva tiene como propósito terapéutico, mejorar los procesos y funciones cognitivas en poblaciones con algún tipo de retraso, alteración o deterioro cognitivo importante y significativo. Dichos síntomas son considerados en ocasiones como fundamentales y definatorios en el diagnóstico de una discapacidad o patología.

En el caso, por ejemplo, de enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad

de Alzheimer, Sevilla (2009) menciona que la estimulación cognitiva es una de las técnicas de intervención cada vez más consolidada. En el caso de la esquizofrenia, los déficits o alteraciones cognitivas no son síntomas primarios, pero cobran cada vez mayor importancia y presencia en el curso de la discapacidad o trastorno, hasta el extremo de que la estimulación cognitiva pasa a ser una técnica de intervención complementaria importante.

En algunos casos el concepto de estimulación cognitiva suele ser confundido con el concepto de la rehabilitación cognitiva, ésta última se define como el conjunto estructurado de actividades terapéuticas especialmente diseñadas para reentrenar las habilidades de aquellos individuos que han sufrido algún tipo de déficit cognitivo tras una lesión o enfermedad (sea daño cerebral estructural o funcional). Desde ese punto de vista, la utilización del prefijo “re” parece indicar que se trata de una función que se ha desarrollado adecuadamente pero que en un momento determinado se pierde, por lo que el trabajo se orienta a recuperar lo perdido. En consecuencia, el término rehabilitación no sería adecuado para aplicarse a enfermedades neurodegenerativas, en las que la intervención va destinada a retrasar o enlentecer lo más posible el proceso degenerativo, pero no recuperar lo perdido; casos de discapacidad intelectual, en los que no ha habido una pérdida de una función desarrollada normalmente, sino que la disfunción está desde el momento del nacimiento.

Sin embargo, Sevilla (2009) precisa desde un punto de vista conceptual más amplio, que hay especialistas que aplican el término rehabilitación cognitiva a las actividades que se realizan para cualquier persona que haya sufrido alteraciones o déficits cognitivos: traumatismo electroencefálico, accidente cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, esclerosis múltiple, desórdenes de ansiedad y pánico, esquizofrenia, déficit de atención con o sin hiperactividad, problemas de aprendizaje, enfermedad de Parkinson y otros trastornos de movimiento, discapacidad intelectual, etc.

Independientemente de que el ser humano presente una enfermedad mental o no, el ser humano es un ser integral que requiere de la estimulación necesaria para aumentar sus potencialidades y disminuir las deficiencias que presente.

Por otro lado, para Mateer (2003), la estimulación cognitiva se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias) mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se planean y estructuran.

La estimulación cognitiva, como se mencionó anteriormente, puede ser aplicada a cualquier individuo, puesto que, cualquier persona puede perfeccionar sus capacidades para ser hábiles y diestros. En estos casos, los objetivos de este tipo de intervención son: desarrollar las capacidades mentales y/o mejorar y optimizar su funcionamiento. De igual manera los adultos mayores requieren de estimulación, la cual pretende activar, estimular y entrenar determinadas capacidades cognitivas y los componentes que la integran, de forma adecuada y sistemática, para transformarla en una habilidad (Sevilla, 2009); con ello aumentar sus potencialidades y detener el avance del deterioro cognitivo que presenten.

Por lo tanto, la estimulación cognitiva es la ejecución de procedimientos, de algunas técnicas y el uso de instrumentos como apoyos, con el objetivo de que la persona que presenta algún déficit cognitivo logre realizar de manera independiente y efectiva sus actividades cotidianas; con el fin de llevarlas al nivel máximo de funcionamiento. De tal forma que, por medio de las diversas actividades planteadas, el paciente esté capacitado, de acuerdo con sus posibilidades reales, para alcanzar esos niveles más altos de funcionalidad cognitiva, de comportamiento y de emotividad derivados del daño cognitivo.

La realidad es que el déficit cognitivo en personas con demencia interfiere en las actividades habituales de la persona, tanto en su relación social como laboral. Por ejemplo: una persona que padece de pérdida de memoria se ve limitada incluso para realizar actividades cotidianas, como comprar los alimentos, ir al supermercado, ya que con un episodio de pérdida de memoria puede olvidar la ubicación en la que se encuentra, o puede olvidar el camino de regreso a casa, incluso la actividad que tenía que realizar. Lo cual afecta de forma directa su integridad física.

Alteraciones cognitivas.

El estado de demencia se caracteriza por la disminución de la memoria reciente y retrógrada, junto a otros déficits, como, por ejemplo, alteraciones del pensamiento abstracto, juicio, coordinación, planificación y organización, habla, escritura y cálculo.

En cuanto a la depresión en los adultos mayores, se dice que es una enfermedad orgánica cerebral, como única causa, con síndromes afectivos, que no tienen ningún antecedente personal, ni familiar de psicosis maníaca depresiva. Llegan a presentar cuadros maníacos o depresivos, o alternando cíclicamente unos con otros, debidos exclusivamente a tumoraciones y otras afecciones orgánicas cerebrales, localizadas en la parte alta del tronco del encéfalo, o afectando a tálamo e hipotálamo. Otras veces, la depresión, puede ser exclusivamente reactiva ante acontecimientos psíquicos como pérdida de algo importante para el individuo, como un ser querido u otra importante pérdida (APA, 2000).

En el sujeto depresivo existen manifestaciones emocionales expresadas principalmente por tristeza patológica, ansiedad y periodos de irritabilidad y mal humor. Se observan también trastornos del pensamiento, como lentitud del pensamiento, dificultad de concentración, indecisión, ideas delirantes de culpa, pesimismo, disminución de la autoestima, ideas de suicidio.

Concomitantemente existen síntomas somáticos como insomnio, pérdida de apetito y de peso, estreñimiento, disminución de la libido, etc., que afectan algunos aspectos de la vida cotidiana, por ejemplo: el autocuidado que incluye salvaguardar su integridad física, emocional y mental ya que tienen problemas para desarrollar actividades como la alimentación, la higiene en todos los aspectos. Otra dificultad es el desplazamiento para poder realizar actividades fuera de casa como ir al mercado, al médico y/o actividades recreativas y así lograr establecer y mantener las relaciones sociales. Presenta dificultades para conservar el empleo y con ello lograr concluir metas personales y por ende el bienestar personal y familiar.

Examen mental

A continuación, se detallan los aspectos que se mencionan en El Programa Anual de

Trabajo del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (2013), donde hace hincapié en que el familiar o persona a cargo de un paciente, tiene que considerar para la evaluación inicial el examen mental del paciente. Hace referencia a la importancia de esta actividad para poder trabajar con ellos de la mejor manera posible, este examen brinda un claro panorama de cómo se encuentra el paciente para realizar las actividades, su atención, su disposición, su estado de ánimo, etc.

Para llevar a cabo la evaluación inicial del paciente, se debe tener un objetivo claro del por qué se realizará, qué actividades se van a realizar, lo que se pretende estimular y de qué manera, para que de forma clara se pueda trabajar y ambos puedan entenderse.

Desde el primer contacto con el paciente comienza la evaluación. Ya que cualquier cuestionamiento nos puede servir para evaluar su atención, memoria y disposición. Se debe tener en cuenta que cuando el familiar o persona a cargo pregunta, por ejemplo, su nombre, su edad, dirección y ordena a la persona a adoptar determinada posición, se evalúa el estado mental del individuo.

Si la comunicación y las respuestas son adecuadas, no hay necesidad de repetir la indicación o técnica de exploración del estado mental, pero si en estos primeros momentos se percibe al paciente disperso, sin atención, hay evidencia de alguna variación que pueda interferir con desarrollo de las actividades es recomendable evaluar el estado mental a profundidad, para poder conocer cómo enfocar el resto del examen y qué ajustes o cambios se necesitarán para establecer una comunicación adecuada con el paciente.

El examen del estado mental es el proceso de evaluación de las funciones que son controladas por la corteza cerebral, como la habilidad de pensar, entender e interactuar con el medio.

Los signos indicativos del estado mental pueden revelarse por la apariencia y la conducta de las personas, así como por las respuestas a ciertas preguntas o instrucciones.

Una forma de evidenciar tales signos es realizar el examen del estado mental de una forma ordenada que comprende lo siguiente:

- Nivel de conciencia.
- Orientación (en tiempo, espacio y persona).
- Habilidades para la comunicación.
- Memoria.
- Lenguaje.

Nivel de conciencia

La conciencia se refiere al nivel de vigilia y de respuesta y está regulada por el sistema reticular activador ascendente (SRAA), localizado en el tallo cerebral. Debe tenerse claro que, en el sentido estricto, la conciencia no es lo mismo que orientación. Una persona puede estar consciente, pero desorientada en tiempo y espacio.

El nivel de conciencia se evalúa observando el desenvolvimiento de la persona, la habilidad de hablar y cumplir órdenes verbales, y las habilidades motoras.

De forma primaria, se clasifica y describe en relación con la intensidad de los estímulos sensoriales requeridos para despertar a una persona.

Los términos que pueden utilizarse para describir el nivel de conciencia son: alerta, consciente, vigil o totalmente despierto, obnubilado, estuporoso y comatoso.

Aunque estos términos están estandarizados y representan observaciones específicas, algunos sujetos no pueden incluirse exactamente en una de estas categorías. En estos casos, el nivel de conciencia puede documentarse con una descripción detallada del tipo de estímulo que se aplicó para hacerlo reaccionar y las respuestas verbales o motoras de este. Siguiendo con las pautas de evaluación mencionadas en el Plan Anual de Trabajo 2013 del Hospital "Fray Bernardino Álvarez" (2013) a continuación, se describen los términos:

Alerta o vigilante. Es el nivel de conciencia más alto, caracterizado por la capacidad de responder a todos los tipos de estímulos sensoriales de intensidad mínima, cuando las condiciones externas necesitan que el individuo reaccione lo más rápido posible, y se

manifiesta incluso en modificaciones electroencefalografías. Este nivel más alto que el de la conciencia normal o vigil, puede ser incluso patológico.

Totalmente despierto, consciente o vigil. Nivel de conciencia en el cual el individuo está completamente despierto y orientado en tiempo, lugar y persona. Además, la persona es capaz de responder a las órdenes verbales.

Sin embargo, se insiste en que un individuo puede estar completamente consciente, pero continuar desorientado.

Obnubilado. El sujeto se muestra somnoliento, o dormido la mayor parte del tiempo, pero es capaz de realizar movimientos espontáneos. Es posible despertarlo, pero habitualmente se requiere una suave palmada o sacudida adicional, para que diga su nombre. Un sujeto obnubilado tiende a volver a dormirse fácilmente y puede estar desorientado.

Estuporoso. El sujeto duerme casi todo el tiempo y realiza pocos movimientos corporales espontáneos. Se necesitan estímulos más vigorosos como gritarle o sacudirlo para poder despertarlo. Él es aún capaz de responder verbalmente a estos estímulos, aunque lo hace erróneamente y por poco tiempo, pero está menos apto o es incapaz de cumplir órdenes y, si pretende hacerlo, sus respuestas son equivocadas. Un sujeto estuporoso raramente se orienta o se despierta completamente, incluso cuando el examinador le esté realizando pruebas de respuesta a estimulaciones sensoriales.

Comatoso. El sujeto está inconsciente la mayor parte del tiempo y no muestra actividad motora espontánea. Se necesitan estímulos nocivos fuertes como el dolor, para provocar una respuesta motora, que habitualmente es un intento dirigido a quitar el estímulo. Las respuestas verbales están limitadas a algún monosílabo o ausentes. Si no ocurre respuesta refleja, el individuo está en coma profundo.

Exploración del nivel de conciencia

Otro de los elementos que forman parte del examen mental inicial que se menciona en el Plan Anual de Trabajo del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (2013), son las técnicas de exploración del nivel de conciencia están basadas en la Escala de Coma de Glasgow. Esta es una prueba rápida, objetiva y reproducible, a través de la cual son evaluados tres parámetros del nivel de conciencia: la apertura de los ojos, la mejor respuesta motora y la respuesta verbal.

Una disminución del nivel de conciencia está asociada a una disminución de la capacidad de responder adecuadamente a los estímulos. Es posible evaluar la conciencia a partir de los puntos que se describen a continuación:

1. Capaz de obedecer órdenes verbales: el individuo puede mover las extremidades cuando se le pide, o realizar algunas acciones como apretar y soltar sus dedos.

Si la persona es incapaz de soltar sus dedos, el agarre inicial puede representar un movimiento reflejo, en lugar de una respuesta motora voluntaria a la orden verbal.

2. Capaz de localizar o hacer movimientos propuestos: el sujeto puede intentar, o llevar a cabo, localizar y detener los estímulos dolorosos.

Tales intentos sean o no exitosos, deben clasificarse como movimientos totalmente propuestos.

3. Respuesta semipropuesta: el sujeto hace muecas o flexiona brevemente las extremidades, en respuesta a un estímulo doloroso, pero no intenta retirar el estímulo.

4. Respuesta postural flexora o decorticada: flexión y aducción de las extremidades superiores con extensión, rotación interna y flexión plantar de las extremidades inferiores. Puede ocurrir en respuesta a estímulos dolorosos o espontáneamente. Se asocia con daño cerebral de la cápsula interna o del haz piramidal por encima del tallo cerebral.

5. Postura extensora o descerebrada: extensión rígida y aducción de uno o

ambos brazos y extensión de las piernas.

También puede ocurrir espontáneamente o en respuesta a estímulos dolorosos. Se asocia con poca o ninguna actividad nerviosa por encima del tallo cerebral y es un signo de pronóstico más sombrío que la postura decorticada.

6. Respuesta flácida: no hay respuesta motora para los estímulos dolorosos y una apariencia laxa y débil de las extremidades.

Orientación

La orientación se refiere a la capacidad del sujeto de entender, pensar, sentir emociones y apreciar información sensorial acerca de sí mismo y lo que lo rodea.

En el nivel más alto de orientación las personas son capaces de reaccionar frente al estímulo sensorial de forma total y esperada, con pensamientos y acciones adecuadas.

Se evalúa identificando el nivel de orientación del sujeto con relación a tiempo, espacio y persona.

Los criterios para descartar los diagnósticos de confusión, desorientación y deterioro de los procesos del pensamiento se basan parcialmente en la capacidad de la persona para hacer exposiciones confiables sobre eventos temporales, su medio físico circundante y de las personas a su alrededor. Sin embargo, se debe tener cuidado cuando interprete los criterios relacionados con tiempo, lugar y persona. Algunos sujetos pueden responder de una manera aparentemente inapropiada, cuando en realidad están orientados. Por ejemplo, si se le pregunta el día de la semana y el sujeto no lo sabe, no debe concluirse que está desorientado (especialmente si está hospitalizado). Concluir que está desorientado puede ser tan erróneo como concluir que una persona que pregunta la fecha cuando va a hacer una carta, o un médico hacer una receta, está confuso, todo esto dispuesto en el Plan Anual de Trabajo del Hospital "Fray Bernardino Álvarez", (2013).

Por otra parte, una persona puede estar orientada en tiempo, persona y lugar, pero tener un déficit relativo de la orientación sobre sí mismo y los demás. Esta condición se asocia a daño del hemisferio cerebral derecho, particularmente cuando tiene una hemiplejía

izquierda. La persona ignora las percepciones relacionadas con el lado derecho del cuerpo, u originadas en este, lo que tiene implicaciones importantes en el cuidado de sí mismo. La hemianopsia homónima, una alteración visual caracterizada por ceguera de la mitad nasal de un ojo y de la mitad temporal del otro, puede acompañar el olvido de un lado.

Para llevar a cabo la evaluación, se enlistan una serie de recomendaciones:

Exploración de la orientación

I. Evaluar la orientación en tiempo, espacio y persona

Cuando se deteriora la orientación, la persona usualmente pierde primero la orientación en tiempo, seguido por la orientación en lugar y después, la orientación en persona. Sin embargo, pueden observarse excepciones a este patrón.

1. Determinar la orientación en tiempo.

Evaluar las respuestas a las preguntas siguientes:

- a) ¿Cuál es la fecha (día, mes, año)?
- b) ¿Qué día de la semana es?
- c) ¿Qué hora del día es (mañana, tarde, noche)?
- d) ¿Cuál fue la última comida que comió (desayuno, almuerzo, comida)?
- e) ¿En qué estación estamos?
- f) ¿Cuál fue el último día feriado?

Las personas en ambientes no familiares, sin elementos que indiquen tiempo, como relojes, calendarios, televisión, periódicos, pueden perder la noción del tiempo. Las últimas cuatro preguntas de esta lista pueden tener un significado más apropiado de la evaluación de tales personas.

2. Determinar la orientación en espacio (lugar).

Evaluar las respuestas que otorgan los pacientes a las preguntas siguientes:

- a) ¿Dónde está usted ahora?
- b) ¿Cuál es el nombre de este edificio?

c) ¿Cuál es el nombre de esta ciudad?

d) ¿Qué provincia es esta?

Considerar si la persona ha sido o no trasladada varias veces (ejemplo, si ha sido transferida a varios hospitales, departamentos o unidades o salas). En tales casos, la persona puede tener dificultad para nombrar el lugar actual donde está o el previo.

3. Determine la orientación del sujeto sobre su persona.

Evaluar las respuestas que proporcionan los pacientes a las preguntas siguientes:

a) ¿Cuál es su nombre?

b) ¿Quién estaba ahora aquí de visita?

c) ¿Quién es este? (indique visitantes o miembros de la familia que estén presentes).

d) ¿De qué vive usted? ¿Qué hace? ¿En qué trabaja?

e) ¿Qué edad tiene?

f) ¿Dónde vive?

g) ¿Cuál es el nombre de su esposa (esposo)?

Documentarse previamente sobre los datos de identidad (nombre) y otros datos personales, incluyendo los roles y estilo de vida. Pedirle a una persona que nombre varios miembros del equipo de salud puede ser una técnica no adecuada, especialmente si el sujeto ha estado en contacto con muchas personas diferentes en un día, como ocurre en los locales de cuerpos de guardia, etcétera.

II. Evaluar la presencia de “abandono de un lado”. Este tipo de evaluación se indica para los sujetos que parecen ignorar los mensajes sensoriales del lado izquierdo del cuerpo.

1. Observar cómo deambula la persona. A menudo tropieza con las cosas del lado afectivo, habitualmente el izquierdo.

2. Observar la realización de las actividades diarias de la persona. Ignorar un lado cuando se baña, se peina, afeita, se viste o come es signo de “abandono de un lado”.

3. Colocar sobre una mesa enfrente de la persona, algunos objetos pequeños comunes.

Pedirle que los nombre. Si existe “abandono de un lado”, falla en nombrar los objetos situados al lado izquierdo.

4. Pedir a la persona que lea un titular a todo el ancho de la página del periódico. La persona con “abandono de un lado” puede omitir palabras del lado izquierdo de la página.

5. Pedir a la persona que dibuje la esfera de un reloj o su autorretrato. El lado izquierdo del dibujo es incompleto o falta, con el “abandono de un lado”.

Memoria

La memoria es la habilidad de almacenar pensamientos y experiencias aprendidas y traer de nuevo la información aprendida previamente.

Como se indicó anteriormente, hay tres tipos de memoria que deben ser evaluadas.

En otras palabras, en el proceso de recordar una experiencia, deben establecerse tres procesos:

- a) Tal experiencia debe ser almacenada en la memoria.
- b) Posteriormente debe ser codificada u organizada de tal manera que tenga significado.
- c) La experiencia ya codificada debe ser recuperada.

Como se indicó anteriormente, la memoria se divide en tres tipos: la memoria inmediata o de retención, la memoria reciente o anterógrada y la memoria lejana, de evocación o retrógrada (Klein, 1994).

Exploración de la memoria

1. Examinar la memoria inmediata:

a) Pedir a la persona que recuerde tres números como el 7, el 0, el 4. Un minuto más tarde, pedir que repita los números. Si la persona tiene dificultades en esta operación hacer una prueba más simple de memoria inmediata o retención. Por ejemplo:

b) Pedir a la persona que tome un objeto, como por ejemplo un lápiz, con su mano izquierda y lo ponga en su mano derecha. Si la persona no puede retener todas las partes de

la instrucción, entonces simplificar aún más la prueba:

c) Pedir solamente que tome el lápiz con la mano izquierda.

Las pruebas para evaluar la memoria inmediata indican que la persona es o no capaz de registrar información en la corteza de la memoria. La habilidad de responder exitosamente las pruebas de memoria inmediata indica que la misma está intacta y que la persona entiende el mensaje. Esto descarta otros problemas como afasia receptiva o apraxia.

2. Examinar la memoria reciente, anterógrada o de fijación.

Las pruebas de memoria reciente indican si la persona tiene o no la habilidad de recordar nueva información un tiempo corto después que esta se presentó.

Preguntar a la persona qué tuvo de desayuno o preguntas similares de hechos que hayan ocurrido recientemente, como si alguien vino a visitarla ese día.

La persona puede registrar información inmediata (como la manifestada repitiendo frases o números), pero olvida la nueva información en minutos y no recuerda o confunde los eventos recientes. Sin embargo, una persona con pérdida de memoria reciente puede tener claros recuerdos de eventos temporalmente distantes.

La pérdida de memoria reciente también se llama amnesia anterógrada.

3. Examinar la memoria distante, retrógrada o de evocación.

Hacer al sujeto preguntas generales sobre su pasado remoto, como año de nacimiento, tipos de operaciones que ha tenido o dónde creció. Verificar sus respuestas con los miembros de la familia o con la historia de salud.

Hacer preguntas generales acerca del pasado remoto que involucre el conocimiento general. Por ejemplo, pedir a la persona que diga el nombre del dictador cubano derrocado por la Revolución o en qué fecha triunfó la Revolución Cubana.

Tener presente que las respuestas a preguntas generales pueden ser inadecuadas, si la persona entiende que el objeto de la pregunta es irrelevante a su interés, o si el nivel educacional o cultural es tal, que el sujeto no tiene información necesaria para una

respuesta correcta.

La amnesia retrógrada se caracteriza por recordarse solo eventos del pasado muy distantes, como la niñez.

4. Buscar la existencia de confabulación. La confabulación es el intento de compensar la pérdida de memoria usando información ficticia. En otras palabras, la persona puede fabricar respuestas a las preguntas y puede aún admitir esta práctica.

Es frecuente pensar que la memoria es algo innato. Sin embargo, está demostrado que, con un entrenamiento cognitivo adecuado, esta capacidad se puede ejercitar, rehabilitar y mejorar.

Lenguaje

Para la evaluación del lenguaje, es de suma importancia reconocer los diversos problemas que los pacientes pueden presentar en caso de tener alguna lesión: Disartria: la incapacidad de hablar adecuadamente, debido a un deterioro neuromuscular de la lengua, labios, oro faringe, etc., que permiten la articulación de la palabra.

Afasia: pérdida de la capacidad del lenguaje. Puede ser de varios tipos; los más importantes son: afasia receptiva o sensorial, cuando se pierde la capacidad de interpretar los símbolos, las palabras; afasia motora o expresiva, cuando el sujeto no es capaz de convertir las imágenes, el pensamiento, en los símbolos del lenguaje oral, las palabras; y afasia mixta o global, cuando se pierde la capacidad de ambos procesos, comprender y expresarse adecuadamente.

Apraxia: incapacidad para realizar estas acciones motoras, aun cuando no hay evidencia de parálisis, debilidad o pérdida de la coordinación.

Significado fisiológico

Las funciones del habla y del lenguaje se regulan por áreas específicas de la corteza cerebral. El hemisferio cerebral izquierdo es el dominante, para las funciones del lenguaje, en más del 90 % de las personas derechas. Por tanto, los accidentes vasculares encefálicos (AVE) del hemisferio izquierdo, se asocian comúnmente con afasia, mientras que los del

hemisferio derecho son menos propensos a esta.

En las personas zurdas, el hemisferio izquierdo es el dominante para el lenguaje, sólo en el 50-75 % de las veces.

A pesar del concepto de hemisferio dominante debe recordarse que ambos hemisferios tienen funciones del lenguaje. El hemisferio izquierdo es el responsable del lenguaje proposicional, tales como el orden de las palabras, selección y combinaciones para formar frases u oraciones. El hemisferio derecho es el responsable del lenguaje afectivo, tales como la melodía al hablar, el tono emocional y la entonación.

El área de Wernicke se localiza en el lóbulo temporal del hemisferio dominante y procesa los símbolos de las palabras, lo que permite la comprensión y la interpretación.

El área de Broca se localiza en el lóbulo frontal del hemisferio dominante y funciona en los aspectos del lenguaje proposicional y comprende convertir los mensajes en el cerebro, en palabras, frases u oraciones, acorde con las reglas gramaticales. Otra área mayor del habla y el lenguaje se localiza en el giro angular del lóbulo parietal, que recibe toda la entrada de los estímulos sensoriales y los convierte a lenguaje.

Como mínimo, se debe prestar atención a la forma de hablar de la persona y a su comprensión del lenguaje. Se debe iniciar una evaluación más rigurosa cuando hay un deterioro obvio de las funciones del habla y del lenguaje. Debido a que la evaluación del lenguaje puede ser embarazosa y frustrante para el sujeto examinado, es importante evaluar los procesos de la comunicación y el lenguaje sólo cuando sea necesario. Registrar cuidadosamente los hallazgos de la comunicación y el lenguaje, para evitar exámenes repetidos.

Cuando un sujeto no puede comunicarse, se requiere preguntar a los familiares o amigos acerca de sus habilidades previas del lenguaje y formas de comunicarse, así como su capacidad de audición y visión. Preguntar también, acerca de su capacidad de lectura y escritura, porque estas capacidades también deben ser evaluadas. Es una conclusión errónea asumir que una persona tiene una alteración cerebral, porque no pueda leer, si la persona

nunca aprendió, o porque no entienda, si es extranjero y no domina el idioma.

Exploración del lenguaje

1. Evaluar la comprensión:

En el plan Anual de Trabajo del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, se menciona que la evaluación de la comprensión idealmente debería realizarse desde el principio y que estas técnicas exploratorias solo se realizan detalladamente, si se sospecha o es evidente alguna alteración del lenguaje.

Para evaluar adecuadamente la comprensión, cuando se realiza cada pregunta o emita una orden, cuidar no hacer gestos que denotan contenido o sugieran la respuesta.

a) Determinar si la persona entiende, haciendo preguntas abiertas simples, como el nombre, la edad, o dirección de la persona. La afasia receptiva (afasia de Wernicke, afasia sensorial) se caracteriza por capacidades de la comprensión deterioradas.

b) Seguidamente, hacer preguntas de terminación cerrada (sí-no), incluyendo algunas no basadas en la realidad, como preguntarle si tiene una flor sobre su cabeza.

Las afasias receptivas pueden ser de grados variables; en los casos más ligeros, la persona puede tener dificultad solo para interpretar el nombre de ciertos objetos.

c) Determinar la capacidad de seguir orientaciones simples, pidiendo a la persona que cumpla órdenes simples, como señalar el reloj o la ventana, o tocarse la nariz.

La incapacidad de cumplir órdenes es característica de la apraxia, así como de la afasia receptiva, porque en este último caso, el individuo no comprende la orden que se le da.

d) Nombrar un objeto y pedir a la persona que lo señale; o mostrar un objeto, como un lápiz, y pedir que responda moviendo la cabeza, si se trata de una tijera, un zapato, un peine, un lápiz.

Es posible verificar que un sujeto puede no ser capaz de decir el nombre de un objeto (afasia motora), pero reconocerá su nombre cuando alguien lo pronuncia, si no tiene una afasia receptiva.

2. Evaluar la expresión oral:

a) Capacidad para hablar fluidamente. Observar el uso de oraciones completas o frases, en la conversación de la persona. Observar también, si hay alguna desviación facial, para descartar disartria.

La afasia expresiva (afasia de Broca, afasia motora, afasia no fluida) se caracteriza por deterioro de las capacidades del habla. La conversación puede ser no fluida o telegráfica, o puede haber una pausa en el hablar. La persona puede hablar como un niño, usando solo nombres y verbos. Por ejemplo, yo hambre, orinar. La persona puede luchar para formar palabras o puede esforzarse para producir sonidos.

La forma de hablar telegráfica se caracteriza por mensajes cortados. Puede haber preservación, lo que es la tendencia a repetir palabras o sonidos; por ejemplo, cuando, cuando, cuando.

b) Capacidad de repetición. Observar la facilidad con que la persona repite las palabras y frases cuando se le ordena que lo haga. Notar si hay o no sustitución de palabras con esta operación (ejercicio).

La capacidad de repetición es pobre en las afasias expresivas, porque la persona debe batallar para formar las palabras. La capacidad de repetición también es pobre en las afasias receptivas, debido a los errores de parafasia; por ejemplo, sustituye “dar” por, “par”.

c) Capacidad de nombrar. Señalar objetos específicos y pedir a la persona que los nombre.

La capacidad de nombrar puede estar deteriorada, tanto en las afasias expresivas como en las receptivas.

3. Evaluar el lenguaje expresivo escrito:

a) Ejercicios de escritura simple. Solicitar a la persona que escriba su nombre y dirección.

Las capacidades de escritura son pobres en las afasias expresivas. Hay una pausa

en la escritura, que es paralela con la capacidad de hablar.

b) Ejercicios de escritura complejos. Pedir a la persona que escriba un párrafo corto.

Por ejemplo, hay que pedir que escriba acerca de lo que vio en la televisión o de lo que comió en el almuerzo.

Las capacidades de escritura pueden también ser pobres en las afasias receptivas, paralelo con la capacidad en el habla. La persona puede ser capaz de escribir, pero la escritura no tendrá un significado.

4. Evaluar el lenguaje extraverbal:

a) Prestar atención en el uso apropiado de los gestos.

b) Observar la amplitud de emociones demostradas en los ademanes generales, expresión facial y tono de voz.

c) Observar la habilidad afectiva (fluctuaciones extremas de sentimientos y emociones).

Facies

Cada una de las dos mitades, derecha e izquierda, de la cara tiene completa simetría en su estructura muscular y nerviosa.

Los músculos de la cara son los que ejecutan las acciones de la mímica, forma de expresar el estado emocional o el pensamiento sin el uso de la palabra, así como de dar expresión emocional a la propia palabra.

Esta mímica forma parte del llamado lenguaje extraverbal, de no poca importancia en medicina. En la expresión de la cara resultan integradas todas las funciones o influencias del sistema nervioso central, incluida la personalidad del sujeto.

Los músculos de la cara están inervados por los nervios craneales, que al igual que las dos mitades de la cara, se disponen en parejas o pares. Proceden estos pares craneales de las neuronas motoras periféricas situadas en núcleos o grupos neuronales a lo largo del tronco cerebral (mesencéfalo, puente y médula oblongada), del mismo lado de la hemicara que inervan (con la excepción del IV par). Cada núcleo motor de un par craneal recibe, a la vez,

fibras motoras piramidales de la corteza cerebral del lado opuesto, procedentes de la parte baja de la corteza motora (giro precentral o circunvolución frontal ascendente o prerrolándica).

Los núcleos motores como vía final común de los otros centros nerviosos superiores reciben, además, influencias extrapiramidales, cerebelosas, etcétera. **Actitud** La posición erecta es característica.

En el estado adulto el hombre puede adoptar la actitud acostada, la sentada o la de pie. El recién nacido es incapaz de adoptar otra actitud que la acostada. Señal de su evolución satisfactoria es ir tratando de adquirir, a medida que va creciendo en edad, la actitud de pie, lo cual requiere un largo aprendizaje.

La actitud de pie se logra gracias a un mecanismo neuromuscular activo. Es una actividad motriz estática que requiere la cooperación de un gran número de reflejos sobre todo tónicos.

Esta posición contraria a las leyes de la gravedad se logra y mantiene gracias a la contracción tónica de los músculos que tienen una función antigravitatoria, principalmente los extensores, y entre ellos: los retractores o extensores del cuello; los maseteros y los temporales, encargados de mantener elevada la mandíbula inferior; el supraespinoso; los músculos extensores de la espalda, y los extensores de la rodilla, pierna, muslo y pie.

Una prueba de lo que hemos señalado antes, es el hecho de que una persona que tenga esos músculos relajados, sin contracción tónica (como ocurre en una persona inconsciente), no puede mantener la actitud de pie, sino que se cae por la acción de la fuerza de la gravedad, y adopta la posición acostada, indiferente, sobre el suelo, cama o mesa, según donde se encuentre antes de perder la conciencia.

Una característica de la contracción tónica muscular es el poco gasto de energía que ella implica, lo que permite mantener una actitud por largo tiempo y con poca fatiga, como ocurre con la contracción de los maseteros que mantienen la mandíbula elevada y la boca

cerrada durante la mayor parte del día. En este tipo de contracción solo un número limitado de unidades motoras de cada músculo se contrae en cada momento alternándose periódicamente en contracción y reposo los diferentes grupos de fibras de un mismo músculo.

De todo lo anterior se deduce que, para mantener la actitud de pie en condiciones normales, se requiere:

1. Integridad de la conciencia.
2. Integridad del sistema locomotor (huesos, articulaciones, músculos, tendones, ligamentos, etcétera).
3. Integridad de los mecanismos nerviosos encargados de mantener el tono muscular:
 - a) de los nervios periféricos, motores, sensitivos y mixtos, b) de los centros medulares del tono y c) de los centros superiores que regulan a los anteriores.

Es preferible que las tareas que se encomiendan como parte de esta evaluación inicial sean cortas y constantes de tal manera que formen parte de una rutina.

La supervisión del personal es importante por varios motivos: para apoyar al paciente en las tareas que le resulten más difíciles, para alentar sus esfuerzos y para trabajar de forma conjunta en algunos ejercicios en los que es necesaria una estrecha colaboración por su parte.

Antecedentes y Fundamentos del Servicio de Psicología en El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

En el Programa Anual de Trabajo (2013) se establece que este Hospital, fue creado bajo el proyecto "Operación Castañeda", el cual se desarrolló por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia durante el periodo 1966 a 1967. La "Operación Castañeda" consistía en crear nuevos recintos para los enfermos mentales y reubicar a los que se encontraban en el psiquiátrico de La Castañeda después de que cerró sus puertas en 1968 teniendo como motivo

principal los juegos olímpicos y la buena imagen que se pretendía dar como país.

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" fue inaugurado el 9 de mayo de 1967 y su objetivo fue el de brindar atención médica hospitalaria a la población adulta de ambos sexos con trastornos mentales agudos, contando para ello con recursos de diagnóstico y tratamiento modernos para la época. Además, según el Programa Anual de Trabajo del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (2013), ser la sede para el adiestramiento de personal médico en psiquiatría, su nombre se debe a un fraile español que desarrolló diversas actividades humanitarias en hospitales para enfermos mentales en la Nueva España durante el siglo XVI.

Desde su origen se han efectuado actividades de rehabilitación en forma sistemática a través de talleres de terapia ocupacional y actividades deportivas, que, si bien permitían la convivencia grupal de los pacientes, no eran propiamente actividades terapéuticas que llevaran a la inserción social.

El Hospital ha sido certificado por el Consejo de Salubridad General en el periodo 2012-2014 con estándares internacionales y recientemente de 2017-2022 con altas calificaciones.

A continuación, se detalla la forma en que se da atención en el Hospital a los familiares para que puedan continuar en casa con su atención.

Protocolo de atención del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

El Hospital Psiquiátrico cuenta con un Programa Anual de Trabajo que busca brindar una atención integral al paciente, esto quiere decir, un trabajo en conjunto, médicos, psicólogos, personal del hospital y familia y/o cuidadores.

La atención que se brinda está estructurada de tal forma, que cubre las necesidades de los pacientes, y por ello se realizan diversas actividades que buscan cumplir dichos objetivos. Aunque su principal objetivo es la atención al paciente, hay un interés en que los familiares cuenten con las herramientas e información necesaria para que puedan atenderlos y apoyarlos en casa. Para ayudar en el logro de este último punto es que se plantea llevar a cabo nuestro taller.

Objetivo general del hospital en el área de psicología

Actualmente el objetivo del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en el área de psicología es desarrollar un marco teórico-práctico que abarque la atención integral del paciente junto con el equipo interdisciplinario para que el paciente pueda controlar su enfermedad, mejorar su calidad de vida, propiciar su autonomía e integrarse socialmente en forma digna y con una ciudadanía plena. Como un plus está el coadyuvar para revertir el estigma negativo del enfermo mental ante la familia y la sociedad para crear un entorno que minimice sus desventajas, estimule sus capacidades y participe como ciudadano con sus derechos y obligaciones.

En el Programa Anual de Trabajo del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, (2013) se estipula que: para lograr esto se propone mejorar los programas existentes y crear otros necesarios para su autonomía y una vida más segura y digna.

Objetivos específicos del hospital en el área de psicología según lo establecido en el Programa Anual de Trabajo (2013):

-Orientar, concientizar y capacitar a las familias para convivir con sus parientes, afianzar la adherencia al tratamiento, evitar en lo posible las recaídas, la sobreinvolucración y propiciar la independencia para lograr una adecuada reinserción del paciente a su núcleo de origen y a la sociedad.

Es necesario que se realice un trabajo en colaboración; que incluye al paciente, la familia y el terapeuta; no solo es responsabilidad del terapeuta, es necesaria la intervención de la familia, y supone a su vez la activa participación del paciente, recordando la importancia de conocer los déficits cognitivos y el grado de conciencia que se tiene de ellos.

La población que pertenece a este sector (personas de la tercera edad), necesita la implementación de programas de rehabilitación biopsicosocial, que les permita obtener una mejor calidad de vida por medio de una intervención que no solo está enfocada a la cuestión médica, sino que cubra a su vez el ámbito psicológico, ya que una atención exclusiva del nivel farmacológico es escasa e insuficiente (Bejarano, 2002).

López et. al. (2000) mencionan que con un tratamiento farmacológico se obtiene un beneficio a corto plazo debido a que se enfoca en la parte bioquímica del paciente, sin embargo, descarta otras áreas que forman parte integral de los seres humanos, por ejemplo, la familiar y la social.

Por otro lado, es importante aclarar que todas aquellas acciones que están dirigidas a preservar la salud en las personas mayores deben enfocarse a proporcionar ayuda para la propia autonomía, ya que dicho aspecto proporcionará al adulto mayor una satisfacción significativa.

El taller que se propone en este trabajo se enfoca en favorecer el objetivo planteado por

el hospital, por lo tanto, se describen a continuación las actividades en las instalaciones del hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” que en lo posterior se toman en cuenta para la propuesta de las actividades planteadas para el taller.

Actividades dentro del área de hospitalización

Según el Programa Anual de Trabajo (2013) del hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, existen diversas actividades-programas las cuales se presentan a continuación:

- Grupo de reflexión con familiares: este programa surge ante la necesidad de ofrecer otra opción de tratamiento a los familiares que asisten a los diferentes pisos de hospitalización, aunque éste ya se viene realizando desde algunos años en la consulta externa, teniendo como objetivos principales los siguientes:

- 1.- Disminuir los índices de deserción, ya que la experiencia adquirida demuestra que la ausencia de la familia determina en un alto grado, el abandono del tratamiento por parte del paciente identificado.
- 2.- Contener o disminuir mediante la experiencia grupal la ansiedad y decepción que genera el tener dentro de la familia un paciente con trastorno mental.
- 3.- Promover el cambio de actitudes de los familiares frente al paciente a fin de propiciar su mejoría e independencia en lo posible.

Es requisito que los familiares quienes asistan a este grupo hayan cubierto las pláticas del programa de orientación y que estén dispuestos a participar en las sesiones de reflexión durante tres meses o el equivalente que son 12 semanas.

Se enfatiza la importancia de la familia en el tratamiento de los pacientes, así como el hecho de que una vez que se ha integrado al grupo, cuentan con un espacio propio donde pueden hablar de sus sentimientos y compartir sus experiencias con otras personas que están dispuestos a ayudarles (Programa Anual de Trabajo 2013).

De esta forma, con la participación grupal y con la guía del coordinador se comentan y comparten experiencias y se busca llegar a conclusiones más claras y definitivas para cada uno de los participantes. Aclarándose que posteriormente podrán ser canalizados a otros servicios de hospital, de ser necesario (consulta externa CLIFAM, hospital parcial etc.)

De acuerdo con el manual de procedimiento incluido en el Programa Anual de Trabajo (2013) del hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, esta actividad se llevará a cabo en todas las áreas de hospitalización los miércoles de 11:00 a.m. a 12:30 p.m. y de ahí pasarán a la visita de puertas abiertas, con excepción del servicio de psicogeriatría, en donde puede manejarse un mayor número de sesiones a la semana por trabajarse de forma individual con los familiares.

Cabe mencionar que el programa de orientación a familiares, que originalmente fue coordinado por psicología, a partir de octubre de 2008 cede la coordinación de este a la jefatura de trabajo social.

-Visita de puertas abiertas: esta actividad se realiza inmediatamente después del grupo de reflexión y tiene como objetivos:

- 1.- Propiciar que la familia construya una alianza terapéutica en conjunto con la institución psiquiátrica, a fin de beneficiar al paciente y así disminuir la probabilidad de recaídas y cronificación.
- 2.- Fortalecer al equipo interdisciplinario, acción necesaria para el abordaje del vínculo paciente-familia-institución psiquiátrica.
- 3.- Promover una experiencia vivencial entre familiares y pacientes dentro del área de hospitalización.
- 4.- Motivar la participación del paciente en su propio proceso terapéutico.
- 5.- Permitir la comunicación directa de los familiares, para lograr una concientización del

efecto que su conducta, tiene sobre los pacientes.

6.- Promover en los familiares un cambio de actitud hacia la enfermedad mental y la institución misma, con el fin de romper con los mitos y fantasías en relación con el trato que se le brinda al paciente durante su estancia intra-hospitalaria.

De acuerdo con el manual de procedimiento esta actividad se lleva a cabo una vez a la semana con duración de 60 minutos, a excepción del 6° piso (servicio de psicogeriatría), en el que los familiares tienen acceso a las secciones los siete días de la semana, en un horario de 8:00 a 18:00 horas.

La actividad de orientación a pacientes, según el manual de procedimientos, se lleva a cabo una vez por semana con una duración de 60 minutos.

Metas establecidas en el área de psicología del Hospital.

Las metas planteadas en el área de psicología son las mismas propuestas por los servicios de atención psiquiátrica (S.A.P.) establecidas en el programa anual de trabajo (2013) del Hospital Fray Bernardino Álvarez:

En lo que se refiere a las actividades de orientación a pacientes, estimulación cognoscitiva, sensibilización y concientización, reflexión con familiares y visita de puertas abiertas, cada psicólogo de sección plasmará en una libreta tipo bitácora, las observaciones generales de cada una de estas actividades, las observaciones generales de cada una de estas actividades, para acceder a cualquier consulta u observación que se requiere por parte de la jefatura.

Con base en los procedimientos, tratamientos, protocolos, objetivos, actividades y metas en la atención que brinda el Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" a los pacientes y a sus familiares o cuidadores en área de psicogeriatría, así como en los principios básicos de cada uno de los padecimientos mentales que presenta o puede presentar el

paciente con algún tipo de deficiencia cognitiva, y considerando los conocimientos que adquirimos durante la carrera, con respecto a la atención a grupos y de diseño instruccional en nuestra labor como psicólogas educativas, se propone un Taller para los familiares de los pacientes que son atendidos en el hospital, con actividades detalladas; basadas en el conocimiento de la enfermedad que padece el familiar, así como los principios de plasticidad cerebral, siendo el eje principal la estimulación cognitiva, y con ello dar la posibilidad de lograr uno de los objetivos que plantea el hospital, que es mejorar la calidad de vida de los pacientes, auxiliándose en el apoyo y guía de los familiares, ya que es fundamental la atención y apoyo en casa.

Lograr que los familiares sean conscientes de todas las posibilidades de apoyo que existen para ayudar a sus pacientes con alguna afectación en las funciones cognitivas, se logrará desarrollar-fortalecer la relación familiar, las habilidades cognitivas del paciente, que, por la enfermedad adquirida-desarrollada, se han debilitado.

PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO

Propuesta de intervención

García (2002) menciona que es necesario no sólo conocer los síndromes geriátricos (deterioro cognitivo, inmovilismo, caídas e incontinencia urinaria etc.), sino actuar sobre ellos mediante programas y protocolos específicos, mejorando la situación en todas las esferas de la persona y tratando de conseguir mayor independencia.

Para desarrollar nuestra propuesta de intervención a través del diseño de un programa educativo, se consideran los aspectos analizados en el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, donde se pudo observar la existencia de un manual de procedimientos que pretende colaborar con el familiar o cuidador del paciente para brindarle una mejor atención una vez egresado del hospital; a través de grupos de ayuda y talleres donde se les brinde información y estrategias sobre la enfermedad y su atención.

Es por ello que buscando contribuir al cumplimiento de este objetivo y teniendo como formación profesional la psicología educativa, se crea un taller a través del cual el familiar o cuidador reciba información necesaria para que pueda comprender la enfermedad y sus posibles daños cognitivos, para que de esta manera fuera del hospital, se pueda continuar con la estimulación cognoscitiva que se le da al paciente en el hospital y así se busca mejorar la calidad de vida del paciente, su seguridad y autonomía.

Como psicólogas educativas, considerando los conocimientos sobre el proceso de enseñanza aprendizaje y sobre el diseño instruccional, proponemos un taller cuyo propósito es favorecer en los familiares o cuidadores del paciente, la adquisición de conceptos claves para entender la enfermedad y sus posibles deficiencias cognitivas.

El taller se basa en los principios de diseño instruccional, teniendo como base las teorías de enseñanza aprendizaje: en primer lugar la teoría humanista que según Knowles (1998) plantea que todo aprendizaje es personal y este ocurre cuando lo que se va a aprender, la persona lo percibe como necesario, importante y significativo, ya que el educando participa completa y responsablemente en el proceso, en este caso un facilitador tiene como características empatía, confianza, respeto y autenticidad, y mientras aplica la teoría humanista, apoya el desarrollo de la persona completa. El elemento crítico en el proceso es la relación interpersonal entre él y el aprendiz, en el proceso se ponen a disposición de los educandos un conjunto de recursos sin olvidar que el participante se involucra de manera activa en este proceso; en segundo lugar se considera la teoría cognitivista, la cual se ocupa de la comprensión de los procesos de aprendizaje de las personas, ya que según Bruner (1998) cada individuo posee motivos intrínsecos para aprender, es decir el proceso de enseñanza-aprendizaje se centra principalmente en el desarrollo cognitivo de los individuos, como son el pensamiento, la solución de problemas, el lenguaje, la formación de conceptos y el procesamiento de la información. Y se tomarán como referencia algunos de los fundamentos que esta teoría establece:

- a) Énfasis en el conocimiento significativo

- b) La participación activa del participante en el proceso de aprendizaje
- c) Creación de ambientes de aprendizaje.
- d) La estructuración, organización y secuencia de la información para facilitar su óptimo procesamiento.

Donde el papel del guía es un facilitador del desarrollo de la persona, ayudante y socio en el proceso de aprendizaje, considerando en el guía las características de: empatía, confianza, respeto y autenticidad que apoyen al familiar en dicho proceso.

También juega un papel relevante el enfoque respecto al aprendizaje de los participantes, en este consideran los conocimientos previos con que las personas cuentan y que le permiten participar en actividades de aprendizaje, así como la cultura donde se desarrolla.

El aprendizaje no será un producto, sino un proceso activo que se orientará de lo simple a lo complejo, en donde el familiar y o cuidador, por medio de estrategias cognitivas, construirán nuevas ideas, conceptos o significados que le permitan conocer la enfermedad de su paciente y así poder ayudarlo y brindarle una mejor atención.

También se asume el uso de ejercicios que permitan al paciente estimular sus capacidades cognitivas para brindarle una mayor autonomía.

Dicho todo lo anterior, es importante implementar estrategias de intervención que coadyuven a mejorar las funciones cognitivas y psicoafectivas del paciente, con apoyo de sus familiares o cuidadores. Que sean complemento de los tratamientos farmacológicos y cumplan la función de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El taller se diseñó considerando tres momentos, en la primera parte se analizan y estructuran conceptos claves que les permita comprender y entender la enfermedad.

En un segundo momento, se explican las funciones cognitivas que se pueden estimular en los pacientes, como: memoria, atención, percepción, funciones ejecutivas, etc. y actividades muestra puedan hacer en casa, con los recursos que tengan al alcance, además

de la importancia de realizarlas constante o permanentemente.

Finalmente, el tercer momento considera sesiones muestra donde se trabaja junto con los familiares para que puedan vivenciar la forma en que se puede trabajar y tengan una experiencia vivencial que les permita tener un conocimiento con sentido.

Detección de necesidades

Retomando la información anterior donde cobra relevancia el conocimiento de las enfermedades que presentan muchos de los adultos mayores, a nivel cognitivo y físico o en su defecto la pérdida de habilidades, así como el control de esfínteres, es imperativo emplear acción sobre dichas enfermedades, mediante programas específicos que brinden herramientas que coadyuven en la mejoría en todos los aspectos que el adulto mayor lo requiere y así lograr gradualmente una mayor independencia. (Asili, 2004).

Con el conocimiento de los protocolos que se siguen en el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se propone un conjunto de actividades cuya intención es lograr que el paciente una vez dado de alta, continúe con su tratamiento y tenga una atención integral. En consecuencia, se elabora un taller dirigido a familiares y/o personas que se dedican al cuidado de los pacientes; dicho taller brinda las estrategias y conocimientos necesarios para favorecer que los participantes logren el objetivo. Es decir, coadyuva a cumplir con el hospital, los principales propósitos y objetivos establecidos: orientar, concientizar y capacitar a las familias para convivir con sus parientes, buscando así que el paciente tenga una mejor calidad de vida tanto para el paciente como para la familia al tener una atención integral.

Lo primordial es que los familiares cuenten con los conocimientos necesarios, con información clara de: en qué consiste la enfermedad, síntomas y posibles daños que presentan o pueden llegar a tener y cómo se puede contribuir a frenar un poco el avance de la enfermedad. Que los familiares tengan un panorama claro, ayuda a entenderlos, poder trabajar con ellos, y a realizar actividades que les permita contribuir a mejorar la calidad de vida para ambos, paciente y cuidador o familia.

Se espera apoyar al familiar para estar seguro en la forma de atender al enfermo, que pueda comprenderlo de un mejor modo y que teniendo información de la enfermedad, él puede organizarse y lo más importante atenderlo de manera tranquila y paciente. Esto ayuda tanto al cuidador como al enfermo. Logrando un ambiente sano en casa y una mejor convivencia.

El familiar siendo consciente de la enfermedad, de las funciones cerebrales que pueden presentar algún daño y de la importancia de seguir con actividades que estimulen funciones cognitivas, brinda una mejor atención debido a que sabrá por qué el paciente se comporta de una u otra forma y también sabrá que si sigue con las actividades de estimulación favorecerá las condiciones mentales del familiar enfermo.

Planteamiento del Objetivo General.

Elaborar un programa educativo para que los participantes sean capaces de identificar los aspectos importantes de la enfermedad mental de los pacientes, las características, alteraciones y los posibles daños en las funciones cognitivas que puede presentar, así como la importancia de continuar en casa con ejercicios de estimulación cognitiva que le ayuden a mejorar la calidad de vida de los pacientes y así favorecer la dinámica familiar.

Diseño instruccional

El diseño instruccional es un proceso complejo que cuando se aplica de manera apropiada, impulsa la creatividad durante el desarrollo y resultados en la instrucción que lo hace eficiente y atractivo para los participantes (Jardines, 2011).

Para Bruner (1969) el diseño instruccional se ocupa de la planeación, la preparación y el diseño de los recursos y ambientes necesarios para que se lleve a cabo el aprendizaje.

Mientras que para Broderick (2001) el diseño instruccional es el arte y ciencia aplicados para favorecer un ambiente instruccional con los materiales, claros y efectivos, que apoyarán al alumno a desarrollar la capacidad para lograr tareas específicas.

Por otro lado, Berger y Kam (1996) mencionan que el diseño instruccional es la ciencia de

creación de especificaciones detalladas para el desarrollo, implementación, evaluación y mantenimiento de situaciones que facilitan el aprendizaje de pequeñas y grandes unidades de contenidos, en diferentes niveles de complejidad.

Con mayor amplitud y cobertura Richey, Fields y Fosn (2001) consideran que el diseño instruccional supone una planificación instruccional sistemática que incluye la valoración de necesidades, el desarrollo, la evaluación, la implementación y el mantenimiento de materiales y programas.

Las distintas posturas y/o modelos de diseño instruccional son expresados para que funcionen como una guía a los profesionales, para sistematizar el proceso de desarrollo de acciones formativas.

El proceso de desarrollo instruccional se puede abordar como un único proceso lineal o como un conjunto de procedimientos concurrentes y recurrentes (Branch, 1997).

Tessmer y Wedman (1995) intentan transportar la importancia fundamental del contexto al seleccionar los procedimientos para el proyecto de investigación.

Consideramos que un modelo de instrucción debe ser seleccionado (y probablemente modificado) con base en el contexto específico del proyecto.

Por lo tanto, es importante señalar a su vez, que el diseño instruccional se practica en una variedad de escenarios, lo que lleva a la creación de diferentes modelos. Tener claridad respecto a los modelos de diseño instruccional, permite clarificar las presunciones e identificar las condiciones bajo las cuales cada modelo puede ser aplicado de manera más óptima.

Por ejemplo, el modelo Dick Carey y Carey (2001) se ha convertido en el estándar al cual todos los demás modelos de instrucción se han comparado, pues es un modelo que se orienta al producto en lugar de orientarse a los sistemas, y dependiendo del tamaño y el alcance de las actividades, éste va a evaluar las necesidades para identificar las metas instruccionales. Este modelo empieza con la evaluación de las necesidades para identificar metas. El primer componente de este modelo se distingue inmediatamente de otros modelos de desarrollo

instruccional en la forma en que promueve y usa las necesidades de los procedimientos evaluados y metas claras y medibles. El siguiente paso sería escribir los objetivos, seguido de los instrumentos de desarrollo y evaluación. Posteriormente sería diseñar y seleccionar materiales instruccionales para continuar así con el diseño y conducir la evaluación de la instrucción formativa. Por lo cual la revisión de la instrucción, es el paso que describe varios métodos para coleccionar, resumir y analizar la información recolectada durante el proceso de pruebas, para facilitar la toma de decisiones que involucran tales revisiones. Este modelo es particularmente detallado y útil durante el análisis de la evaluación y las fases del proyecto.

Para fines de este taller se toma como referencia el Modelo ADDIE (McGriff, 2007) que, en contraste con otros que tienen como base el conductismo en el cual el modelo es durante todas sus etapas, lineal, sistemático y prescriptivo, es decir su enfoque en todo momento esta en los conocimientos y destrezas académicas, así mismo busca que los objetivos de aprendizaje sean observables y medibles (Jardines 2011).

Fundamentalmente las tareas que deben ser seguidas en el diseño instruccional basado en el conductismo son:

- Una secuencia de pasos a seguir.
- Identificación de las metas a lograr.
- Los objetivos específicos de conducta.
- Logros observables del aprendizaje.
- Pequeños pasos para el contenido de la enseñanza.
- Selección de las estrategias y la valoración de los aprendizajes según el dominio del conocimiento.
- Criterios de evaluación previamente establecidos.
- Uso de refuerzos para motivar el aprendizaje.
- Modelaje y práctica para asegurar una fuerte asociación estímulo-respuesta, secuencia de la práctica desde lo simple a lo complejo.

Por el contrario, en el modelo ADDIE básicamente hay un proceso de diseño instruccional interactivo, en donde los resultados de la evaluación formativa de cada fase pueden conducir al diseñador instruccional de regreso a cualquiera de las fases previas. El producto final de una fase es el producto de inicio de la siguiente fase.

ADDIE es el modelo básico del diseño instruccional, pues contiene las fases esenciales del mismo (McGriff, 2007).

En el siguiente gráfico se muestra la relación conceptual entre los elementos principales del proceso de la instrucción. Los cinco elementos básicos son: análisis, diseño, desarrollo, implementación y evaluación, el flujo del diagrama describe como ocurre el diseño y la revisión constante mediante el proceso, hasta que el proceso de la instrucción está ejecutado.

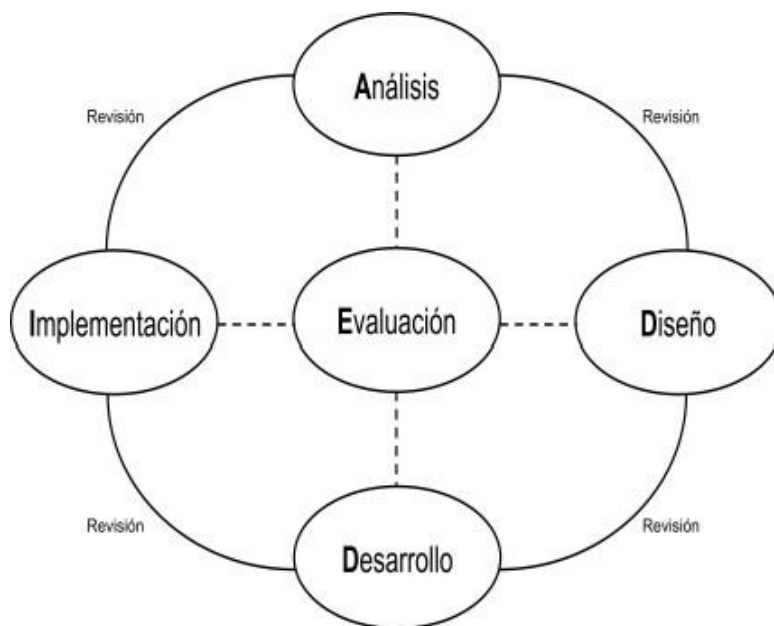


Gráfico: Elementos fundamentales del diseño instruccional.

ADDIE es el acrónimo del modelo, atendiendo a sus fases:

- **Análisis.** El paso inicial es analizar el alumnado, el contenido y el entorno cuyo resultado será la descripción de una situación y sus necesidades formativas.
- **Diseño.** Se desarrolla un programa del curso deteniéndose especialmente en el enfoque pedagógico y en el modo de secuenciar y organizar el contenido.
- **Desarrollo.** La creación real (producción) de los contenidos y materiales de aprendizaje basados en la fase de diseño.
- **Implementación.** Ejecución y puesta en práctica de la acción formativa con la participación de los alumnos.
- **Evaluación.** Esta fase consiste en llevar a cabo la evaluación formativa de cada una de las etapas del proceso ADDIE y la evaluación sumativa a través de pruebas específicas para analizar los resultados de la acción formativa.

Delimitación de contenido.

Para lograr los objetivos del taller resulta primordial, brindar a los participantes información precisa, considerando la diversidad en cuanto a nivel académico y conocimientos previos sobre enfermedades mentales y procesos de enseñanza- aprendizaje, esta información es seleccionada y presentada de una forma simple y concreta, para lograr ser entendida y comprender la aplicación de las actividades que se proponen en el taller.

Específicamente, se expondrán al familiar los aspectos importantes de la enfermedad, en qué consiste, cuáles son los posibles daños en las funciones cerebrales que presenta o puede presentar, qué son las funciones cognitivas y cómo se pueden estimular para ayudar a que la enfermedad retrase su presencia y afectación en el paciente, y como la estimulación cognitiva ayuda a crear conexiones neuronales que favorece el trabajo cerebral, mejorando de este modo la funcionalidad del paciente.

Por otro lado, es importante mencionar a los participantes que se debe considerar el nivel de avance de la enfermedad, es decir informar que si se empieza la estimulación en un momento temprano puede hacer que el avance sea lento, sin embargo, si el avance es mayor, es posible tener la certeza de que los avances pueden no ser tan significativos y por lo tanto se evitara generar frustración en el familiar y/o cuidador por los logros mínimos que se lleguen a alcanzar.

Con dichos contenidos, se pretende que cada participante adquiera conocimientos específicos y reales sobre la enfermedad del paciente que tiene a su cargo y desarrolle la habilidad de aplicar las actividades propuestas, comprendiendo la función y el beneficio de ellas, como una estrategia de apoyo continuo y estimulación cognitiva constante.

Seguimiento y evaluación

Desde la primera sesión se informará cual es el propósito del taller y como estará organizado, las sesiones mantienen una coherencia temática entre los temas que se presentan, con la finalidad de generar un vínculo de co-relación entre ellos, para que a lo largo de las sesiones haya claridad en cuanto a los contenidos, los temas anteriores y se continúan agregando nuevos conceptos.

Un aspecto importante del taller es que se considerarán siempre las experiencias vividas del cuidador con el paciente, por ejemplo, cuando el paciente en una situación cotidiana, como el camino de regreso a su casa después de un trayecto a comprar alimentos, presenta desorientación confusión y temor, por tener un episodio de pérdida de orientación, y tal vez comience a caminar sin rumbo claro o se ponga en situaciones de riesgo, dicha situación genera preocupación en el paciente y en los familiares; por lo tanto, este conocimiento empírico será la clave para que puedan concientizar y entender porque su familiar se comporta y hace o dice cosas que probablemente ellos no entiendan.

Durante el taller se espera que los familiares comprendan la condición del enfermo,

despejen dudas y logren una certeza en cuanto a las estrategias que se proponen para trabajar con él. Con base en la participación y realización de las actividades propuestas en el taller, los participantes tendrán elementos que les permitan conocer la enfermedad, los síntomas y las situaciones a las que se pueden enfrentar, de manera clara y sobre todo, saber que si se brinda la atención tanto médica como apoyo en casa, se logra un impacto positivo tanto en el paciente como en la dinámica familiar.

La evaluación del taller se basará en los principios de la evaluación formativa Díaz Barriga (2002), ya que está se realiza simultáneamente con el proceso de enseñanza-aprendizaje por lo que es importante considerar que esta forma de evaluación es reguladora y consustancial al desarrollo del taller que se trabajará. Así mismo, esta evaluación permitirá regular el proceso de enseñanza-aprendizaje para adaptar o ajustar las condiciones pedagógicas en función del aprendizaje de los participantes, ya que se debe supervisar el proceso, considerando que es una actividad donde hay reestructuraciones de manera constante, esto debido a las acciones del alumno/alumna frente a las actividades propuestas. Por ello es imperativo hacer énfasis, en que no es lo más importante el resultado, sino comprender el proceso, supervisarlos e identificar las posibles fallas u obstáculos que se pudieran presentar, así como tener opciones que permitan remediarlos con ajustes durante el taller.

Dentro de las modalidades de la evaluación formativa (Jorba y Casellas, 1997), se identifica como la más adecuada para efectos de este taller, la regulación interactiva, ya que esta modalidad ocurre de forma integrada con el proceso instruccional, esta permite la inmediatez, gracias a los intercambios comunicativos que ocurren entre el instructor y los participantes del taller, mediante la interacción que sucede durante la implementación de las actividades diseñadas para el taller se puede observar y dar un seguimiento continuo y directo a las representaciones construidas por cada participante, ya que se hace un constante trabajo de observación e interpretación de lo que dicen y hacen los familiares. Dicho de otro modo, se aplican técnicas de evaluación de tipo informal, ya que se hacen preguntas, se establece

diálogo constante y se escuchan las dudas que externen respecto al contenido que se les proporciona, así mismo se emplean algunas estrategias como recapitulaciones, preguntas abiertas, esto con la finalidad de mejorar la organización de la información para mejorar la decodificación, y en caso de así requerirlo durante la sesión modificar y/o ajustar.

Como se mencionó anteriormente, la evaluación se llevará a cabo de manera concomitante. Se pretende que en las últimas sesiones los familiares puedan llevar a la práctica lo aprendido directamente con su paciente; que puedan ejecutar lo aprendido en compañía del o los facilitadores y si surgen dudas se puedan resolver en conjunto con los demás familiares y los facilitadores que imparten el taller.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”, DEL ÁREA DE PSICOGERIATRÍA.

**Programa 12
sesiones**

Propósito general

Que al término del taller los familiares responsables del paciente interno del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” del área de psicogeriatría, aprendan, conozcan y sean capaces de identificar la importancia de conocer las características de la enfermedad que presenta su familiar; para que puedan convivir con la enfermedad de manera informada, puedan entender a su paciente y así poder ayudarlo a realizar actividades de estimulación cognitiva que ayuden a retardar el deterioro cognitivo que presentan ya sea por demencia o depresión, para favorecer la seguridad personal y autonomía del enfermo.

Propósitos específicos

1. Que los participantes conozcan las características y afectaciones de la enfermedad que presenten sus pacientes con demencia o depresión.
2. Que los cuidadores y/o familiares empleen las diversas formas de trabajo paciente, mediante actividades sencillas para valorar el estado mental, con la orientación adecuada para poder realizar actividades, a través de un examen mental.
3. Que los familiares y/o cuidadores sean capaces de identificar cuales actividades se utilizan para la estimulación cognitiva y logren identificar aquellas que generan una activación neuronal en las funciones de: memoria, atención, percepción, lenguaje, lecto-escritura y funciones ejecutivas.
4. Que los familiares y/ o cuidadores de los pacientes logren ser conscientes sobre la importancia de realizar ejercicios de estimulación cognitiva, una vez que son dados de alta del hospital.

El taller está dirigido a los familiares y/o cuidadores de los pacientes del área de

psicogeriatría que presentan enfermedades mentales. Al finalizar el taller los participantes, familiares de los pacientes podrán:

- Conocer los principios teóricos básicos, sobre las demencias, condiciones y posibles consecuencias de la enfermedad mental que los pacientes presentan.
- Conocer estrategias para apoyar a los pacientes a lograr orientarse en tiempo, lugar y persona.
- Identificar actividades útiles, que les permitan continuar la estimulación de las funciones cognitivas, ahora desde en casa.

Presentación

La propuesta de este taller está dirigida a los familiares y/o cuidadores de los pacientes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez del área de psicogeriatría, pacientes que presentan una enfermedad mental, con depresión o demencia, que ya han sido dados de alta, y que pasan al cuidado y/o "resguardo" de los familiares, quienes con el conocimiento de estas herramientas pueden brindar una mejor atención, apoyar en actividades de estimulación cognitiva, que contribuyan a mejorar la salud y estabilidad mental de su familiar.

Como se mencionó anteriormente, el envejecimiento es un proceso inevitable y degenerativo que depende del desarrollo biológico del sujeto, el ambiente social y cultural en el que se desarrolla; ya que en la última etapa de vida del ser humano el cerebro comienza a sufrir deterioro en la masa cerebral, y con ello es posible que se presente algún daño para realizar sus actividades cotidianas y simples. Si aunado a ello, se tiene una enfermedad mental, se puede presentar una mayor deficiencia en sus funciones cognitivas.

Es por ello, que este taller busca contribuir a mejorar la atención y convivencia en casa, funcionando como una guía para los familiares y/o cuidadores de las personas adultas mayores que han sido dadas de altas del hospital psiquiátrico, además de tener un espacio donde ellos puedan externar las dudas e inquietudes que les permita entender mejor la enfermedad y fortalecer su estado de ánimo. Que sean capaces de implementar acciones que favorezcan el desarrollo del paciente a través de la estimulación cognitiva, para que sus pacientes puedan

crear conexiones neuronales que favorezcan, cualquiera de sus funciones cognitivas como son: la atención, percepción, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas y lecto-escritura.

Esta propuesta, se basa en crear un grupo de trabajo donde se establezca un aprendizaje en conjunto, tomando en cuenta los aspectos y características que desconozcan de la enfermedad de sus familiares, así como las características del envejecimiento y apoyándonos de experiencias vividas para enriquecer y complementar las actividades sugeridas.

Los familiares asistentes obtendrán conocimientos e información para enfrentar de mejor manera las situaciones que las enfermedades mentales traen consigo, su entendimiento y herramientas que les permitan estimular sus capacidades cognitivas.

Se presentan un conjunto de actividades que se puedan adaptar a distintas situaciones, y poseen objetivos diferentes, según el área que se haya designado para trabajar en la sesión. Es importante aprovechar la implementación de estas técnicas que beneficien y logren los resultados óptimos que se han planteado en las cartas descriptivas.

Se trabajará en sesiones de una hora aproximadamente, tres veces por semana cubriendo un total de doce sesiones. Una de las actividades primordiales al inicio de las sesiones es establecer un ambiente de confianza entre los familiares del grupo para lograr la participación de todos los integrantes, posteriormente se busca que los familiares conozcan la enfermedad y características que trae consigo, aprendan a realizar un examen mental que les permita conocer el estado físico del enfermo: el estado de atención, concentración y memoria del familiar para finalizar con la ejecución de actividades que les permitan estimular las funciones cognitivas.

La evaluación del estado mental se hace desde el primer contacto con el paciente a través de: la observación del comportamiento, valoración de las respuestas dadas durante un cuestionamiento simple, y la comunicación que tiene con su entorno, desde el comienzo, durante y al final de las sesiones para lograr comparar los resultados durante la aplicación de

las actividades de estimulación cognitiva.

Lineamientos didácticos

Se busca crear un grupo donde el aprendizaje sea en conjunto, que se basa principalmente en el enfoque humanista y constructivista, mediante una secuencia de procedimientos orientados hacia la consecución de metas de aprendizaje, el educador facilita el aprendizaje cuando pone a disposición una gama de recursos para la adquisición de los conocimientos nuevos, organizar los que ya se tienen aprendidos (Schmeck, 1988).

El aprendizaje será un proceso activo que se orientará de lo general a lo particular, en donde el sujeto, por medio de estrategias, adquiere habilidades que le permiten ayudar a su paciente a estimular diferentes áreas cognitivas que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

Las actividades que se mostrarán para trabajar con sus pacientes se basan en los principios de la plasticidad cerebral; ya que los ejercicios mentales modifican y crean nuevas conexiones cerebrales (Garcés-Vierra, 2014), mediante una metodología participativa, en la que el familiar enseña y el paciente aprende a través de una tarea conjunta, así se propone trabajar la estimulación cognitiva; que es básicamente un proceso donde se implementan una serie de ejercicios, con los cuales se trabajan, como se ha mencionado anteriormente, las capacidades cognitivas como memoria, atención etc. con el objetivo de mejorar o mantener dichas capacidades.

El taller es una propuesta para los familiares a cargo del paciente, para que puedan conocer la enfermedad y demás aspectos en torno a ella, formas para trabajar con él, se explicará la importancia de estimular funciones cognitivas para finalmente realizar sesiones en conjunto con el paciente para poder llevar a la práctica lo visto en el taller y que puedan resolver dudas y afrontar diversas situaciones que se les presenten, que tengan una guía para situaciones posteriores.

Para ello se hará uso de materiales impresos, actividades lúdicas y técnicas. Se espera que, a través de las dinámicas y actividades propuestas para trabajar en casa, haya una participación del paciente, que permita la estimulación de las funciones cognitivas y así

favorecer también la confianza.

Al comienzo de las sesiones se informará a los familiares cual es el propósito del taller, la función con la que se va a trabajar y las actividades con las que se podrían estimular dichas funciones; se enfatizará en crear un aprendizaje consciente y abrir un espacio en el cual se externarán dudas que podrán ser resueltas durante la sesión.

En la mayoría de los casos, los pacientes que han sido dados de alta del hospital son conscientes de que presentan una enfermedad mental y que por dicha razón se encontraban internados; es una labor de los familiares, enfatizar que el trabajo constante ayudará a una mejora en su estabilidad mental.

Es importante que los pacientes y los familiares tengan en cuenta que lo que duren las sesiones o el tiempo del taller no será suficiente para alcanzar el propósito y/o logro máximo deseado; ya que al salir del hospital, este tipo de actividades se deben hacer de manera frecuente para mejorar sus condiciones de vida; por lo tanto es necesario informar a los familiares o encargados que están al cuidado del paciente, que a partir de esta formación, ellos apoyen y se hagan conscientes de la importancia de dichas actividades (psicoeducación), facilitando actividades que pueden realizar en sus hogares y esto ayudará de manera simultánea a la estimulación y mejora en el estado mental del paciente.

Uno de los objetivos que se pretende lograr con el taller es que haya mayor paciencia y tolerancia para con su familiar, al conocer aspectos de la enfermedad permitirá entender las reacciones de su paciente, al realizar estas actividades, es posible que ambos logren comprender y entender que la estimulación cognitiva es una estrategia que ayudará a tener una relación armónica, de empatía, comprensión y apoyo, y que además tiene una función de fortalecimiento en las habilidades cognitivas; ya que el paciente será capaz de lograr cierta independencia, será capaz de fortalecer su autoestima, y por ende mejorarán las relaciones interpersonales entre el paciente y las personas que le rodean.

Estructura General del Taller

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
<ul style="list-style-type: none"> * Presentación del Taller. * Técnica de integración. * Explicación de temas centrales: Enfermedades mentales y Deterioro cognitivo. * Cierre de sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración * Tema: ¿Para qué y cómo valorar al paciente en tiempo, espacio y persona? * Dudas y comentarios. * Cierre de sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración. * Introducción a la Estimulación cognitiva * Funciones cognitivas. * Retroalimentación. * Cierre de sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración. * Explicación y ejemplos de la función cognitiva: Memoria * Actividades de estimulación de la Memoria. * Retroalimentación * Cierre de sesión.
Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8
<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración * Explicación y ejemplos de la función cognitiva: lenguaje. * Actividades de estimulación del lenguaje. * Retroalimentación * Cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración * Explicación y ejemplos de la función cognitiva: atención. * Actividades de estimulación de para la atención. * Retroalimentación * Cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración * Explicación y ejemplos de la función: lecto-escritura. * Actividades de estimulación lecto-escritura. * Retroalimentación * Cierre de sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración * Explicación y ejemplos de las funciones ejecutivas. * Actividades de funciones ejecutivas * Retroalimentación. * Cierre de sesión.
Sesión 9	Sesión 10	Sesión 11	Sesión 12
<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración * Actividades de evaluación del taller. * Dudas y comentarios * Cierre de sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración. * Trabajo practico con los familiares y/o cuidadores de los pacientes. * Examen de mental al paciente. * Se proporciona a los familiares, opciones de actividades para trabajar con los pacientes. * Dudas y comentarios. * Cierre de sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración. * Se retoma el trabajo de familiares con pacientes para un análisis de las conductas ante las actividades. * Se sugieren actividades para trabajar distintas capacidades cognitivas. * Se retoman conceptos y recomendaciones vistas durante las sesiones anteriores. * Retroalimentación y cierre de la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Técnica de integración. * Desglose de observaciones durante el trabajo con los pacientes, a partir de las notas realizadas. * Retroalimentación y resolución de dudas. * Conclusiones y cierre del taller.

Consideraciones generales:

- ✓ Debido a las particularidades que presentan los asistentes al taller, en cuanto a edad, escolaridad, conocimientos, costumbres y demás características individuales, las actividades deberán ser ajustadas a estas características, ser flexibles y fáciles de comprender.
- ✓ Al compartir la teoría, debe ser con un lenguaje sencillo y de acuerdo con las condiciones de los participantes.
- ✓ Durante el taller se irán generando evidencias y evaluaciones, las cuales se deberán compilar formando una carpeta de evidencias que dé cuenta del trabajo realizado al finalizar el taller, así como los logros alcanzados.
- ✓ El horario del taller será en las horas establecidas para trabajo con los familiares de los pacientes, adultos mayores con deterioro cognitivo.
- ✓ Proporcionar al participante los apoyos necesarios para que pueda integrarse de manera óptima en la sesión y obtener resultados favorables.
- ✓ Brindar los apoyos necesarios: repetir indicaciones, lograr captar la atención de los pacientes, motivarlos a participar.

CARTAS DESCRIPTIVAS.

Sesión 1
Propósitos:
<ol style="list-style-type: none">1. Que los asistentes al taller conozcan la finalidad y estructura general y forma en que se trabajará.2. Generar un ambiente de confianza donde los participantes sean empáticos, solidarios y colaborativos.3. Explicar la importancia del papel que juega el cuidador para el enfermo mental.4. Identificar las características que presentan las enfermedades mentales.5. Que los asistentes sean conscientes del deterioro cognitivo que presentan o que puede llegar a presentar un paciente.
Desarrollo de la sesión:
<u>Primera parte</u>
<p>1.- Encuadre del taller: Bienvenida y Técnica rompe hielo "me pica" cada persona tiene que decir su nombre, la fecha y lugar en que nació y a continuación un lugar donde le pica: "Soy Juan es 18 de julio de 2018, nací en Morelos y me pica la boca". A continuación, el siguiente tiene que decir cómo se llamaba al anterior, y los datos que mencionó y decir dónde le picaba. Él también dirá su nombre y los datos solicitados y donde le pica y así sucesivamente hasta la última persona. El último tiene que decir desde el primero, los nombres de cada persona, sus datos y dónde les picaba. (Considerando el número de participantes se puede seccionar el grupo en pequeños equipos para que logren ejecutar la actividad).</p> <p>2.- Presentar el propósito del taller y su finalidad, así como la forma de trabajo (temas, actividades, horarios etc.).</p> <p>3.- Se solicita la participación de los asistentes para conocer que es lo que saben de la enfermedad. Posteriormente se da la explicación y características de las enfermedades mentales: demencia y depresión. Se presentan de manera breve, clara y concisa las características de dichas enfermedades.</p> <p>4.- Informar sobre los daños cognitivos que dichas enfermedades traen consigo. Continuando se explicará que es la depresión y la demencia, así como las implicaciones y/o impacto que tienen a nivel cognitivo en los adultos mayores.</p> <p>5.- Se otorga al final de la sesión una retroalimentación en general y se cierra la sesión agradeciendo la participación de cada persona, se busca concientizarlos sobre la importancia, beneficios y logros que pueden alcanzar con las actividades planteadas durante el taller.</p>
Duración: una hora.

Recursos: Equipo de cómputo, Proyector, Diapositivas, lápiz, cuaderno de notas si así lo requieren los participantes.

Segunda parte

Evaluación:

1.- Tomar notas en cuanto a la conducta de los participantes respecto a su disposición a colaborar con las actividades y trabajar en ellas.

Recursos: Cuaderno de notas, portafolio de evidencias por cada participante y cuestionario diseñado para la sesión.

Sesión 2

Propósitos:

1.- Que el participante logre permanecer dispuesto, activo y atento en las actividades y dinámicas, que muestre una actitud colaborativa constante, y muestre confianza y se genere un ambiente empático, solidario y colaborativo.

2.- Explicar la importancia de por qué, para qué y cómo realizar un examen mental en: orientación persona, tiempo y espacio en el paciente para poder llevar a cabo las actividades de estimulación cognitiva.

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

1.- Técnica rompe hielo “El rey de los elementos” Se forma un círculo con todos los participantes, el facilitador tendrá una pelota y se la pasara a cualquiera, cuando la tire debe mencionar un elemento (Aire, Fuego, Agua o Tierra) el que atrape la pelota debe mencionar un animal que pertenezca al elemento que mencionaron, ejemplo agua: tiburón. Posteriormente pasársela a otro diciendo un elemento antes que la atrape el otro participante, no se vale repetir animales y debe responderse lo más rápido posible, los que pierden van saliendo hasta elegir al ganador, y con ello se pretende ejemplificar con este ejercicio cómo es posible fortalecer las habilidades de atención y de igual forma las de memoria.

2.- Realizar la presentación de las diapositivas donde se explicará de manera concisa y clara la importancia de realizar un examen mental en el paciente que ayudará a llevar de mejor manera las actividades de estimulación.

3.- Resolución de dudas y comentarios.

4.- Cierre de la sesión agradeciendo la participación de cada persona, se busca concientizar sobre la importancia, beneficios y logros que pueden alcanzar con las actividades planteadas durante el taller.

Recursos: Pelota, Información sobre estimulación cognitiva, Equipo de computo, proyector, presentación Power Point, Lápiz. Cuaderno de notas.

Segunda parte

Evaluación:

1.- Tomar notas en cuanto a la conducta de los participantes respecto a su disposición a colaborar con las actividades y participar en ellas. Considerar dudas y comentarios para sesiones posteriores.

Recursos: Equipo de computo y proyector, lápiz y cuaderno de notas.

Sesión 3

Propósitos:

1.- Que el participante logre permanecer dispuesto y atento a las actividades y dinámicas, de cada sesión, que muestre una actitud colaborativa constante, que muestre confianza y se genere un ambiente empático, solidario y colaborativo.

2.- Recordar y reforzar las actividades que son auxiliares para orientar al paciente en persona, tiempo y espacio.

3.- Realizar la introducción para que conozcan lo que es “Estimulación cognitiva”. Se les presenta a los participantes la teoría sobre la estimulación cognitiva, las características y actividades que se sugieren dependiendo de la enfermedad y el área de la mente que se busque estimular. (Diapositivas)

4.- Explicar aquellos procesos mentales que nos permiten realizar nuestras actividades: “Funciones cognitivas”.

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

1.- Técnica rompe hielo “Mi Nuevo nombre” se reparten unas tarjetas donde los participantes colocaran nombres divertidos como: “pimpinela, la chilindrina, bombón, etc.” Antes de empezar la sesión, se entregan las tarjetas a los participantes y anotarán el nombre que elijan, éste será su nombre toda la sesión, se deja en claro que solo se pueden llamar por ese nombre todo el tiempo, el número de veces que digan el nombre real de alguien se les acumulan como puntos negativos. Al final de la sesión se mencionarán los que hayan tenido más puntos negativos, logrando con esto dar evidencia del nivel de atención y percepción de cada paciente.

2.- Que los participantes logren analizar y comprender la explicación de lo que es estimulación cognitiva, en que consiste y para que nos ayuda.

3.- Se da muestra y ejemplos de los niveles de deterioro que puede presentar el familiar o persona de la cual se haga cargo el participante: leve, moderado o severo para considerarlo al realizar las actividades con el paciente.

3.- Se realiza una ronda de dudas y comentarios, retroalimentación en general y se cierra la

sesión agradeciendo la participación de cada persona, se busca continuar concientizarlos sobre la importancia, beneficios y logros que pueden alcanzar con las actividades planteadas durante el taller para los pacientes.

Recursos: Tarjetas, Equipo de cómputo, proyector, presentación Power Point.

Cuaderno de notas, Lápiz.

Segunda parte

Evaluación:

1.- Se evalúa al participante a través de su actitud activa o pasiva, se realizan preguntas de manera verbal para evidenciar que está comprendiendo los temas y los ejercicios propuestos para la sesión esto como evidencia de que el participante lleva una continuidad en el proceso del taller.

2.- Se retoma la actividad del inicio en donde se explica el fin de ésta y de qué manera se trabajan las funciones cognitivas en dicha actividad. Se pide que recuerden los nombres que tenían los participantes durante la sesión. Dando así muestra de la atención y memoria de los participantes.

Recursos: Equipo de cómputo, proyector, presentación Power Point, cuaderno de notas y lápiz, tarjetas.

Producto: Anotaciones en su cuaderno con lo más relevante de la sesión.

Sesión 4

Propósitos:

1.- Que el participante logre permanecer dispuesto y activo en las actividades y dinámicas de cada sesión, que muestre una actitud colaborativa constante, muestre confianza y se genere un ambiente empático, solidario y colaborativo.

2.- Recordar actividades que son auxiliares para orientar al paciente en persona, tiempo y espacio.

3.- Se comenzará a trabajar con las Funciones Cognitivas que queremos estimular. Se explicará y ejemplificará la función cognitiva: Memoria

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

1.- Técnica rompe hielo “Cola de Vaca” sentados en un círculo, el facilitador se queda en el centro y empieza haciendo una pregunta a cualquiera de los participantes. La respuesta debe ser siempre “cola de vaca”. Todo el grupo puede reírse, menos el que está respondiendo.

Si se ríe, pasa al centro y realiza un baile, por ejemplo: “la pelusa”.

Si el compañero que está al centro se tarda mucho en preguntar entonces el paciente deberá hacer una cara graciosa.

El grupo puede variar la respuesta “cola de vaca” por cualquier cosa que sea más identificada con el grupo o el lugar, y con esto dar continuidad a la estimulación de las habilidades de memoria.

2.- Mostrar actividades y preguntas para orientar al paciente en persona, tiempo y espacio.

3.- Que los participantes logren analizar y comprender el tema de la función cognitiva: memoria en los adultos mayores que presentan alguna enfermedad mental, donde se explicará en que consiste de manera clara y concisa. (Diapositivas)

4.- Posteriormente se realizará la explicación de diferentes actividades que permitan estimular dicha área. Como ejemplo, se les facilitará una fotocopia según el nivel de deterioro cognitivo: leve, moderado o severo; que será un ejemplo de las actividades que se pueden trabajar en casa con los pacientes una vez que sean dados de alta del hospital.

3.- Se busca que los participantes conozcan la importancia, beneficios y logros que pueden alcanzar los pacientes si se llevan a cabo las actividades planteadas en el taller.

4.- Se otorga para la sesión una retroalimentación en general y se cierra agradeciendo la participación de cada persona,

Recursos: Equipo de proyección, fotocopias de las actividades del “Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva”, lápiz y cuaderno de notas.

Segunda parte

Evaluación

1.- El participante logra identificar porque es importante que el paciente sea capaz responder las preguntas de orientación en tiempo, persona y espacio, esto con la finalidad de hacerlo consciente de su situación.

2.- Toma de notas a dudas y comentarios de los participantes para considerarlos en sesiones siguientes y así responder a las necesidades de cada uno.

3.- Se retoman los objetivos planteados con los cuales se busca que los participantes logren generar un ambiente de confianza y a su vez dinámico, que le permita desenvolverse ante los otros participantes y por consiguiente lograr un ambiente de respeto y compañerismo, que al participar lo hagan con libertad.

Esto les permitirá adueñarse de conocimientos nuevos, apropiarse de conceptos y actividades que les permitan apoyar a su familiar de mejor manera, teniendo ya un ambiente de respeto y empatía ya que podrán conocer un poco mas a fondo de la enfermedad y lo que trae consigo.

4.-Toma de notas a la hora de realizar los ejercicios muestra, considerando si requieren o no apoyo y dando respuesta a dudas y comentarios al realizar las actividades.

Recursos: Equipo de cómputo, proyector, presentación Power Point, fotocopias de actividades muestra, lápiz y toma de notas.

Producto: Fotocopia de actividad asignada para la sesión contestada.

Sesión 5

Propósitos:

- 1.- Que el participante logre permanecer dispuesto, activo y participativo en las actividades y dinámicas de cada sesión, que muestre una actitud colaborativa, constante, muestre confianza y se genere un ambiente empático, solidario y colaborativo.
- 2.- Recordar actividades que son auxiliares para orientar al paciente en persona, tiempo y espacio. Haciendo una evaluación a uno o dos participantes.
- 3.- Que los participantes logren analizar y comprender el tema de la función cognitiva: lenguaje en los adultos mayores que presentan alguna enfermedad mental, donde se explicará en que consiste de manera clara y concisa. (Diapositivas)
- 4.- Posteriormente se presenta y se realizará la explicación de diferentes actividades que permitan estimular dicha área.

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

1.- Técnica rompe hielo “Caramelo”. Al principio de la sesión el facilitador del taller debe traer caramelos y ofrecerlos a los participantes diciéndoles que agarren los que quieran. Unos toman más, otros toman menos. El facilitador también toma caramelos. Una vez iniciado el encuentro, los participantes deben decir una característica suya por cada caramelo que han agarrado. También se puede asignar un tema a cada color del caramelo y hablar de él. Por ejemplo: Color rojo: expectativas para el momento, color verde: algo sobre tu familia o azul: hobbies favoritos.

Esta actividad mostrará las habilidades del paciente para expresar de forma oral pensamientos que en este caso están ligados a características y pensamientos individuales.

2.- Se les presentará el tema de la función cognitiva: lenguaje en los adultos mayores que presentan alguna enfermedad mental. (Diapositivas)

3.- Se les brindará una serie de actividades muestra que les permita trabajar esta área. Se les facilitará una fotocopia con un ejemplo de las actividades que se pueden trabajar en casa

de los pacientes una vez que sean dados de alta del hospital.

4.- Se otorga para la sesión una retroalimentación en general y se cierra agradeciendo la participación de cada persona, se busca concientizarlos sobre la importancia, beneficios y logros que pueden alcanzar con las actividades planteadas durante el taller.

Recursos: Caramelos, Fotocopias de las actividades, Lápiz. Cuaderno de notas y presentación Power Point.

Segunda parte.

Evaluación:

1.- Se analizan las respuestas de los participantes, forma de responder las preguntas que el facilitador realiza de orientación en persona, tiempo y espacio, de esta forma se va evaluando si se comprenden los temas visto hasta el momento. De no ser así, se deberán retomar los puntos en las sesiones siguientes.

3.- Se busca que los participantes logren identificar la importancia y la función de la técnica de integración, y que funcione como ejemplo para comprobar el nivel de atención y lenguaje de los pacientes, así mismo permitirá darle continuidad a lo visto en sesiones anteriores.

4.- Se tomarán notas de los resultados, y observaciones generales de cada participante para sesiones posteriores.

Recursos: Equipo de computo, proyector, presentación Power Point, libreta de notas y fotocopias de actividades muestra.

Producto: Fotocopia de actividad asignada para la sesión contestada.

Sesión 6

Propósitos:

1. - Que el participante logre permanecer dispuesto y activo en las actividades y dinámicas, de cada sesión, que muestre una actitud colaborativa, constante confianza y se genere un ambiente empático, solidario y colaborativo.

2.- Recordar actividades que son auxiliares para Orientar al participante en persona, tiempo y espacio.3.- Que los participantes logren analizar y comprender el tema de la función cognitiva: Atención en los adultos mayores que presentan alguna enfermedad mental, donde se explicará, en qué consiste de manera clara y concisa. (Diapositivas)

4.- Posteriormente se presenta y se realizará la explicación de diferentes actividades que permitan estimular dicha área.

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

1.- Técnica rompe hielo: "El Náufrago". La dinámica consiste en formar grupos de dos o tres personas y repartirles una hoja de papel y un lápiz y con él marcar un círculo en la hoja, que se utilizará como bote salvavidas en donde ninguna persona debe quedar fuera, todos deben salvarse.

Se cuenta la historia "iba una vez un barco que cruzó con una tempestad y se formaron botes salvavidas les da unos segundos para subirse al bote, de los que sobrevivieron, se dice el número de los que hicieron bien el bote", se continúa la dinámica doblando el papel por la mitad y así sucesivamente haciendo el papel más pequeño hasta encontrar el bote ganador. Al término se comparte la experiencia de salvarse de naufragar. Todo lo anterior auxiliará a cada paciente a ejercitar y fortalecer las funciones ejecutivas.

2.- Se realiza un examen mental en orientación, tiempo y persona, a uno o dos participantes, retomando la importancia de este para poder trabajar en las actividades.

3.- Se les presentará y explicará el tema de la función cognitiva de la atención en los adultos mayores que presentan alguna enfermedad mental y la importancia de estimular dicha área.

4.- Presenta una serie de actividades que les ayudara a estimular la función cognitiva.

5.- Se les facilita una fotocopia de los ejercicios que favorecen esta función cognitiva y será un ejemplo de las actividades que se pueden trabajar en casa de los pacientes una vez que sean dados de alta del hospital.

6.- Se otorga para la sesión una retroalimentación en general y se cierra agradeciendo la participación de cada persona, se enfatiza en la importancia, beneficios y logros que pueden alcanzar con las actividades planteadas durante el taller.

Recursos: Hojas de papel, lapices, equipo de proyección o rotafolios, fotocopias de los ejercicios de estimulación cognitiva, presentación Power Point y lápiz y cuaderno de notas

Segunda parte

Evaluación:

1.- Se busca que la técnica de integración logre funcionar como ejemplo para los participantes que les auxiliara a comprobar el nivel de atención de los pacientes.

2.- Al iniciar la sesión el facilitador realizó las preguntas designadas que lograr orientar en tiempo, persona y espacio al paciente, para ejemplificar las actividades que se han ido trabajando para resolver dudas o considerar si se tendría que repetir o profundizar más en algún tema.

3.- Con la actividad "rompe hielo" los participantes son capaces de identificar las evidencias en cuanto a sus habilidades para ejecutar dicha actividad al contemplar que se necesita atención,

identificación de los números y la habilidad social de la comunicación para concluir la actividad.

4.- Se tomarán notas de los resultados, observaciones generales de cada participante para considerarlos en siguientes sesiones, además de que servirán para dar una retroalimentación al final del taller que les complemente lo aprendido.

Recursos: Equipo de proyección o rotafolios, formato de toma de notas.

Producto: Fotocopia de actividad asignada para la sesión contestada.

Sesión 7

Propósitos:

- 1.- - Que el participante logre permanecer dispuesto y activo en las actividades y dinámicas, de cada sesión, que muestre una actitud colaborativa, constante confianza y se genere un ambiente empático, solidario y colaborativo.
2. Recordar actividades para orientar al paciente en persona, tiempo y espacio.
- 3.- Que los participantes logren analizar y comprender la función cognitiva de lecto-escritura en los adultos mayores que presentan alguna enfermedad mental y la importancia de estimular dicha área. (Diapositivas)
- 4.- Que las actividades que se le presenten al familiar queden claras en cuanto a la ejecución y que área se va a estimular, en esta sesión se trabajaran las habilidades de lecto-escritura.

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

1.- Técnica rompe hielo: “Partes del Cuerpo” el facilitador invita a formar dos círculos (uno dentro del otro) con igual número de personas y pide que se miren frente a frente. Es recomendable tener música de fondo.

Pide que se presenten con la mano y digan su nombre, que hace, que le gusta y que no le gusta.

Inmediatamente el facilitador da la señal para que se rueden los círculos cada uno en sentido contrario, de tal forma que le toque otra persona en frente.

El facilitador pide que se saluden dándose un abrazo y haga a la otra persona las mismas preguntas que hicieron antes, después vuelven a girar de nuevo y esta vez se saludan con los pies, posteriormente con los codos, los hombros, etc. con la finalidad de fortalecer las habilidades de interacción, lenguaje, percepción que se han trabajado en anteriores sesiones.

2.- Se les presentará el tema de la función cognitiva lecto-escritura en los adultos mayores

que presentan alguna enfermedad mental, así mismo se les facilita, una fotocopia que será un ejemplo de las actividades que se pueden trabajar en casa de los pacientes una vez que sean dados de alta del hospital, o que de manera intermitente lleguen a ingresar al hospital, y se les proporciona una fotocopia con un ejemplo de actividades para trabajar con el paciente para que resuelva los ejercicios destinados para esta sesión, en tal caso, proporcionar las ayudas necesarias para lograr concretar la actividad.

3.- Se otorga para la sesión una retroalimentación en general y se cierra agradeciendo la participación de cada persona, se busca crear conciencia sobre la importancia, beneficios y logros que pueden alcanzar con las actividades planteadas durante el taller.

Recursos: Equipo de proyección, fotocopias de las actividades, lápiz, presentación Power Point, cuaderno de notas, celular con música.

Segunda parte

Evaluación:

1.- Se busca que la técnica de integración logre funcionar como ejemplo para comprobar el nivel de atención en los pacientes.

El familiar logra responder las preguntas en torno a la actividad de orientación sin dificultad, para esta sesión los participantes logran mantener el interés y muestran disposición y participaciones activas, la actividad rompe hielo permite que los familiares comprendan como estas actividades logran estimular su lenguaje, la habilidad de atención y escucha que les permitirán mejorar en sus habilidades sociales y de comunicación de sus familiares pacientes con daño cognitivo, dicha actividad reforzará a su vez las habilidades de lecto-escritura que se complementarán con los ejercicios escritos que se les proporcionarán

2.- Se realizarán notas de dudas y comentarios durante la sesión para considerar en las siguientes sesiones.

Recursos: Cuaderno de toma de notas, lápiz y cuaderno de notas de los participantes.

Producto: Fotocopias de actividad asignada para la sesión contestada.

Sesión 8

Propósitos:

1.- Que el participante logre permanecer dispuesto y activo en las actividades y dinámicas, de cada sesión, que muestre una actitud colaborativa constante, confianza y se genere un ambiente empático, solidario y colaborativo. Independientemente que sean pacientes internados o ambulatorios.

- 2.- Recordar actividades que son auxiliares para orientar al paciente en persona, tiempo y espacio.
- 3.- Que los participantes logren analizar y comprender función cognitiva: funciones ejecutivas en los adultos mayores que presentan alguna enfermedad mental y la importancia de estimular dicha función cognitiva.
- 4.- Que las actividades que se le presenten al familiar queden claras en cuanto a la ejecución de el área que se va a estimular, en esta sesión se trabajaran las funciones ejecutivas.

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

- 1.- Técnica rompe hielo: "Pásame la bola". Los integrantes del grupo se sientan en sillas que conformen un círculo. Quien tenga el balón en las manos hace una presentación de sí mismo que incluya nombre, edad, lugar de residencia y aficiones. Al terminar cada uno de presentarse, debe pasar la pelota al compañero de al lado para que repita la misma acción. La dinámica acaba una vez que se hayan presentado todos los miembros del grupo.
- 2.- Se les presentará el tema de funciones ejecutivas en los adultos mayores que presentan alguna enfermedad mental, así mismo se les facilita una fotocopia según el nivel de deterioro (leve, moderado o severo) que sea un ejemplo de las actividades que se pueden trabajar en casa de los pacientes una vez que sean dados de alta del hospital, o que de manera intermitente lleguen a ingresar al hospital, y se les proporciona una fotocopia a cada paciente para que resuelva los ejercicios destinados para esta sesión, se proporciona las ayudas necesarias para lograr concretar la actividad.
- 3.- Se otorga para la sesión una retroalimentación en general y se cierra agradeciendo la participación de cada persona, se busca crear conciencia sobre la importancia, beneficios y logros que pueden alcanzar con las actividades planteadas durante el taller.

Recursos: Fotocopias de las actividades de estimulación cognitiva, lápiz y cuaderno de notas

Segunda parte

Evaluación:

- 1.- El participante muestra interés por participar en la sesión, logra contestar las preguntas que se deben aplicar al paciente sobre el tema de orientación con certeza. Con la actividad rompe hielo cada uno de los participantes deberá identificar que es una herramienta que puede poner en evidencia la habilidad de atención, comunicación y análisis de los familiares

con enfermedades mentales, ya que servirá como complemento de los ejercicios escritos, ya que requiere para concluir ambos ejercicios de la habilidad de percepción de cada uno de los pacientes.

2.- Se tomarán notas de las observaciones generales de cada persona, dudas y comentarios para dar respuesta a dichas inquietudes.

Recursos: equipo de proyección o rotafolios, presentación Power Point y cuaderno de toma de notas.

Producto: Fotocopia de actividad asignada para la sesión contestada.

Sesión 9

Propósitos:

1.- Que el participante hasta este momento haya logrado permanecer dispuesto y activo durante las dinámicas de cada sesión, que muestre una actitud colaborativa constante, confianza y se genere un ambiente empático, solidario y colaborativo.

Independientemente que sean familiares de pacientes internados o ambulatorios

2.- Recordar y reforzar las actividades que son auxiliares para orientar al paciente en persona, tiempo y espacio.

3.- Que los temas y actividades vistos hasta el momento, puedan ser evaluados de manera verbal para poder hacer el cierre del taller con los puntos que no se hayan comprendido o necesiten esclarecerse.

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

1.- Técnica rompe hielo: "Caligrafía con estilo" los participantes forman un círculo, el facilitador pone la música y se empieza a pasar la pelota, cuando la música se detenga el paciente que quedó con la pelota pasa al frente a escribir su nombre con

alguna parte de su cuerpo al ritmo de la música, regresa y continúa el juego hasta que todos se presentan. Lo cual permitirá evidenciar la habilidad de los participantes para "escribir" con su cuerpo su nombre como una habilidad motriz.

2.- Se les proporcionará un pequeño cuestionario, el cuál deberán responder los participantes,

3.- Se otorga para la sesión una retroalimentación en general y se cierra el taller

agradeciendo la participación de cada persona, se busca enfatizar y hacer conscientes a los participantes sobre la importancia, beneficios y logros que pueden alcanzar cuando ejecuten las actividades propuestas que tienen como fin mejorar las habilidades y capacidades de los pacientes con daño cognitivo.

Recursos: Cuestionarios de evaluación final, lápiz, cuaderno de notas, celular con música.

Segunda parte

Evaluación:

- 1.- Análisis de las respuestas, dudas y comentarios que den muestra de lo que han aprendido en las sesiones.
- 2.- Se hacen recomendaciones basadas en las notas y observaciones generales de cada participante.
- 3.- El participante tiene claro que actividades y preguntas funcionan para la actividad de orientación, tiempo, persona y espacio.
- 4.- Como apoyo se resuelven dudas respecto al material sugerido para trabajar.

Recursos: Cuaderno de toma de notas.

Producto: Fotocopia de actividad asignada para la sesión contestada (Cuestionario).

Sesión 10

Propósitos:

- 1.-Que los participantes puedan poner en práctica lo aprendido en el taller, ya que en esta sesión se trabajara con los pacientes.
- 2.- Que los participantes puedan externar dudas y resolver situaciones que se le presenten al momento de trabajar con su paciente.
- 3.- Que los participantes hagan conciencia sobre la importancia de seguir trabajando en casa, ya que esto permite la estimulación de las capacidades cognitivas de sus familiares con enfermedad mental.

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

- 1.- Técnica rompe hielo: Mi nombre es y mis gustos son, y el objetivo es presentar a los participantes y hacer que se sigan conociendo.
El facilitador empieza diciendo “Mi nombre es Juan y me gusta jugar con mi perro”. De forma ordenada, y partiendo del mismo ejemplo, cada persona se presentará y dirá sus gustos.
Al haber hablado todos los participantes, el facilitador preguntará si se acuerdan de los nombres de sus compañeros y juntará a quienes tienen gustos similares.
- 2.- Se les pedirá a los participantes realizar el examen mental a su paciente para orientarlo en tiempo, espacio y persona.
- 3.- Se les brindará una serie de actividades de estimulación entre las cuales los participantes deberán elegir para trabajar con su familiar dependiendo el área cognitiva que desean estimular.
- 4.- Se debe estar pendiente de dudas y situaciones que se presenten con los participantes para ayudarlos, e identificar las necesidades en el trabajo con su

paciente, brindándole opciones para solucionar la situación que se presente.

5.- Se otorga para la sesión una retroalimentación en general.

Recursos: Fotocopias de las actividades de estimulación cognitiva, lápiz y cuaderno de notas.

Segunda parte

Evaluación:

1.- Se busca que la técnica de integración permita comprobar el nivel de atención en los pacientes, que les sirva de ejemplo a los participantes para trabajar con ellos.

2.- Se tomarán notas de los resultados, y observaciones generales de cada participante.

3.- Toma de notas de los aspectos a considerar de cada participante en cuanto al desempeño con su familiar para llevar a cabo las actividades, para brindarle sugerencias de su actuar para que lo pueda realizar de mejor forma en casa.

Recursos: Cuaderno de toma de notas, portafolio de evidencias por cada paciente.

Producto: Fotocopia de actividades asignadas para la sesión contestada.

Sesión 11

Propósitos:

1.-Que los participantes puedan poner en práctica lo aprendido en el taller, ya que durante esta sesión también se trabajará con los pacientes.

2.- Que los participantes puedan externar dudas y resolver situaciones que se le presenten al momento de trabajar con su paciente.

3.- Que los participantes mantengan la conciencia sobre la importancia de seguir trabajando en casa, ya que esto permite la estimulación de las capacidades cognitivas de sus familiares con enfermedad mental.

4.- Analizar las conductas de los pacientes ante las actividades que les presentan sus familiares.

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

1.- Técnica rompe hielo: El círculo revoltoso: El facilitador pide a las personas que se coloquen en círculo, ya sea de pie o sentados.

Explica que existen tres órdenes: “Naranja”, “Banana” y “Círculo”. El facilitador se pone en el centro del círculo y señala a uno de los compañeros diciéndole una de esas tres órdenes.

Si es “Naranja “, la persona debe decir el nombre de su compañero que tiene sentado a la izquierda. Si es “Banana” el de su compañero de la derecha. Finalmente, si es

“círculo” todos los miembros del grupo deben cambiarse de sitio.

El facilitador controla el tiempo de la actividad e implica a todos los integrantes del grupo en la actividad, como objetivo de esta actividad además de fortalecer el ambiente colaborativo y empático está mejorar la habilidad de memoria, pero al mismo tiempo el lenguaje.

2.- Se les pedirá a los participantes realizar el examen mental a su paciente para orientarlo en tiempo, espacio y persona.

3.- Se les brindará una serie de actividades de estimulación de diferentes áreas entre las cuales los participantes deberán elegir para trabajar con su familiar dependiendo el área cognitiva que desean estimular.

4.- Se debe estar al pendiente de dudas y situaciones que se presenten con los participantes para ayudarlos, e identificar las necesidades en el trabajo con su paciente, brindándole opciones para solucionar la situación que se presente.

5.- Se otorga para la sesión una retroalimentación en general, enfatizando en conceptos generales sobre el trabajo de la estimulación cognitiva.

Recursos: Fotocopias de las actividades de estimulación cognitiva, lápiz y cuaderno de notas

Segunda parte

Evaluación:

1.- Se busca que la técnica de integración permita comprobar el nivel de atención en los pacientes, que les sirva de ejemplo a los participantes para trabajar con ellos.

2.- Se tomarán notas de los resultados, y observaciones generales de cada participante.

3.- Toma de notas de los aspectos a considerar de cada participante en cuanto al desempeño con su familiar para llevar a cabo las actividades, para brindarle sugerencias de su actuar para que lo pueda realizar de mejor forma en casa.

Recursos: Cuaderno de toma de notas, portafolio de evidencias por cada paciente.

Producto: Fotocopia de actividades asignadas para la sesión contestada.

Sesión 12

Propósitos:

1.- Que el participante pueda ser consciente de la importancia del trabajo continuo en casa.

2.- Crear un ambiente de confianza en el que el participante termine de expresar todas sus dudas y comentarios para que en casa pueda brindar una mejor atención, así como una breve explicación de sus impresiones sobre el taller.

Desarrollo de la sesión:

Primera parte

- 1.- Técnica rompe hielo: "Pásame la bola". Los integrantes del grupo se sientan en sillas que conformen un círculo. Quien tenga el balón en las manos hace una presentación de sí mismo que incluya nombre, y deberá elegir entre decir un refrán, una adivinanza o algún dicho popular. Al terminar cada uno debe pasar la pelota al compañero de al lado para que repita la misma acción. La dinámica acaba una vez que hayan hablado todos los miembros del grupo.
- 2.- Se realiza un círculo en donde cada quien comenta la experiencia vivida en el taller.
- 3.- Comentar si les gusto o no el taller, si les sirvió o no los temas vistos, así como los comentarios para evaluar la forma de impartir el taller, si los facilitadores fueron claros y están preparados para dicho tema, que les gusto y que consideran que debió ser explicado de una forma más detallada y/o profunda.

Recursos: Una pelota, lápiz y cuaderno de notas.

Segunda parte

Evaluación:

- 1.- Se busca que la técnica de integración permita comprobar el nivel de atención en los pacientes.
- 2.- Toma de notas de comentarios y sugerencias para posteriores talleres.
- 3.- Cierre del taller, agradeciendo la participación de los integrantes del grupo.
- 4.- Se les brindará el cuadernillo de estimulación cognitiva para que ellos puedan trabajar en casa, además de sugerencias en donde encontrar ejercicios de estimulación.

Recursos: Cuaderno de toma de notas, cuadernillo de ejercicios.

CONCLUSIONES

Esta tesis tiene como objeto presentar una propuesta que permita mejorar los servicios de atención a los pacientes con alguna enfermedad mental, una vez dados de alta del servicio. Ya que es importante que la atención que el paciente reciba sea integral y no sólo teniendo atención en sus medicamentos.

Esto se logrará trabajando directamente con los familiares responsables de ellos, es un público parcialmente cautivo, ya que se espera que antes de que sus pacientes sean dados de alta, hayan participado en el taller y cuenten con conocimientos de la enfermedad que presenta su familiar, características y demás conceptos planteados, además de actividades muestra que les permitan trabajar con ellos.

Para poder realizar dicho taller fue importante el análisis de distintos autores que ayudaron a definir conceptos claves como: vejez, enfermedad mental, funciones cognitivas, estimulación cognitiva, examen mental, entre otros anteriormente descritos en el trabajo.

Considerando la importancia de trabajar con el paciente en casa, la estimulación cognitiva nos permitirá fortalecer las funciones cerebrales. Ríos, Periañez y Lubrini (2009) la definen como *“un conjunto de actividades enfocadas en mejorar el rendimiento cognitivo en general o dirigido a alguno de sus procesos: atención, memoria, lenguaje, las funciones ejecutivas etc”*. Considerando que la estimulación cognitiva puede ser aplicada en individuos sanos o en pacientes con alguna lesión en el sistema nervioso central, las actividades planteadas en el taller pueden trabajarse en casa y podrían participar en ellas los demás integrantes de la familiar favoreciendo de esta forma la convivencia en casa.

El diseño se elaboró mediante un abordaje integral, donde uno de los principales fundamentos, es la importante labor de los familiares/cuidadores que realizan en conjunto con los pacientes actividades de estimulación cognitiva, para aminorar el deterioro de las funciones mentales, brindar mayor independencia y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y procurar su bienestar. El apoyo familiar es primordial para el paciente con enfermedad mental para continuar con las actividades que se realizan en el hospital, es decir este taller fortalecerá

la corresponsabilidad entre el hospital y las personas comprometidas a cuidar a los pacientes.

Por lo tanto para dar continuidad a este trabajo y fortalecer dicha corresponsabilidad, se implementaran las actividades que se proponen en el taller que estimularán las distintas funciones cognitivas, así mismo se consideró el Plan Anual de Trabajo del Hospital “Fray Bernardino Álvarez” (2013) como referencia para el diseño de la presente propuesta, partiendo de conceptos concretos que se abordan a lo largo de las sesiones que componen el taller, como los procesos mentales, definidos como estructuras o mecanismos mentales (Banyard 1995) que funcionan cuando un individuo observa, lee, escucha, etc. Estos procesos son: percepción, atención, pensamiento, memoria, lenguaje. Los procesos cognitivos cumplen una labor importante en la vida diaria. El ser humano, todo el tiempo, está percibiendo, atendiendo, pensando y utilizando la memoria y el lenguaje, y estos procesos se pueden ver afectados cuando se da inicio a la última etapa de desarrollo de los seres humanos, la vejez, la cual se define como un fenómeno biológico, que representa la etapa final del desarrollo del ciclo vital, en la cual estos procesos pueden verse afectados por alguna enfermedad mental o deterioro del sistema nervioso central (Asili, 2004).

Así mismo el presente trabajo se fundamenta en la plasticidad cerebral, definida como la capacidad que posee el cerebro para modificar su estructura y su funcionamiento bajo condiciones apropiadas (Sevilla, 2009), y se aplican diferentes actividades que coadyuvan a lograr los objetivos establecidos en cada una de las sesiones del taller, se recomienda documentar las experiencias con los pacientes, dichas experiencias servirán como bases sólidas para hacer las modificaciones pertinentes con el objetivo de mejorar los resultados de la implementación del taller. Para lo cual se sugiere la aplicación de un cuestionario dirigido a los participantes, donde de forma general, se recaba información sobre el diseño y contenidos del taller, las apreciaciones en cuanto a los contenidos y las actividades propuestas.

Derivado de la presente tesis, creemos que la psicología educativa es determinante en todos los procesos psicoeducativos, pero aún lo es más, cuando se dirige a un grupo de personas que tiene cierto grado de desventaja, debido a que en su mayoría la población que se

consideró para la aplicación del taller, no cuentan con conocimientos de procesos educativos, por lo cual no tienen herramientas que les permitan trabajar con sus familiares una vez que han sido dados de alta del hospital psiquiátrico, y por lo tanto el trabajo realizado por el hospital no siempre tiene la continuidad necesaria para la estimulación cognitiva en casa.

En definitiva, como psicólogas educativas detectamos la necesidad de brindar orientación a los familiares que cuidarán a pacientes con alguna enfermedad mental, que han sido dados de alta tras ser internados por un periodo determinado, para brindar estabilidad mediante tratamiento farmacológico y sesiones de acompañamiento psicológico, pero al ser un periodo breve, resulta insuficiente, pues esta estimulación cognitiva y tratamiento farmacológico debe mantenerse para preservar en la medida de lo posible la salud física y mental de los pacientes, en otras palabras: la calidad de vida de los pacientes, esta orientación se brinda por medio de un taller con miras a ser una propuesta viable y sencilla en un futuro para familiares y cuidadores de otros hospitales geriátricos.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision. Washington, APPI.

Arango, J. 2007. Rehabilitación neuropsicológica. Edit. Manual moderno. México. Asili,

N. (2004) Vida plena en la vejez. Edit. Pax. México

Banyard P. (1995). Introducción a los procesos cognitivos. Editorial Ariel. Barcelona.

Berger, C. & Kam, R. (1996). Definitions of Instructional Design. Adapted from "Training and Instructional Design". Applied Research Laboratory, Penn State University.
Disponible en: <http://www.umich.edu/~ed626/define.html>

Berthier ML, Green C. (2007) Afasia: formas clinicotopográficas y modelos funcionales. En: Peña-Casanova J, editor. Neurología de la conducta y neuropsicología. Editorial Médica Panamericana. Madrid

Branch, R. (1997). Perceptions of instructional design process models. In R. E. Griffin, D. C. Beauchamp, I. M. Hunter, & C. B. Schiffman (Eds.), In Vision Quest: Journeys toward visual literacy. Selected readings from the 28th Annual Conference of the International Visual Literacy Association, Cheyenne, WY. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 408998)

Bruna, O. Puyuelo, Roing, M. Junqué, C. Ruano, A. (2011). Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica. Edit. Elsevier. España.

Bruner J. S. (1969). The process of education. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Broderick, C. L. (2001). What is Instructional Design? Recuperado el 9 de marzo del 2011, de: http://www.geocities.com/ok_bcurt/whatisID.htm

Bruner, J. (1998). "Desarrollo Cognitivo y Educación", Morata, Madrid

CYS. (junio de 2011). Ciencia y Salud. Recuperado el 2 de mayo de 2015, de Depresión y deterioro cognitivo: "El cerebro de un paciente depresivo ya no es el mismo".
<http://www.cienciaysalud.cl/2011/06/06/depresion-y-deterioro-cognitivo-%E2%80%99Cel-cerebro-de-un-paciente-depresivo-ya-no-es-el-mismo%E2%80%99D/>

Díaz Barriga, F. (2002) Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo: una interpretación constructivista. México: McGraw Hill

Díaz Barriga, F. (2006). Principios de diseño instruccional de entornos de aprendizaje apoyados en TIC: un marco de referencia sociocultural y situado. *Tecnología y Comunicación Educativa*, 41. Disponible en <http://investigacion.ilce.edu.mx/tyce/41/art1.pdf>

Dick, W., Carey, L., & Carey, J. (2001). *The systematic design of instruction* (5th ed.). New York: Longman.

Diez, O. (2004) *Cerebro, Funcionamiento Cognoscitivo y Calidad de Vida en la Vejez*. Universidad de las Américas. México.

Elizasu, C. (2009). *La animación con personas mayores*. Editorial CCS, Madrid, 2009.

Esquizofrenia. (2 de febrero de 2015). Síntomas de la esquizofrenia: positivos, negativos y cognitivos. Recuperado el 5 de mayo de 2015. <http://www.esquizofrenia24x7.com/sintomas-esquizofrenia>

Fernández, S. (2011) *Apraxias y Agnosias*. Edit. Elsevier. España.

García, M. (2021, agosto) La atención de las personas adultas mayores en la Ciudad de México. *DIF Familiar*.
<https://sitios1.dif.gob.mx/FamiliaDIF/index.php/CDMX/256#:~:text=El%20envejecimiento%20de%20la%20ciudad,el%20%20C3%BAltimo%20registro%20de%202015.>

García Martín, S. (2002). Problemas de salud prevalentes en personas mayores. *Revista Geriatrika*. México.

García Sevilla, Julia (2015). *Introducción a la Estimulación cognitiva*.
https://www.academia.edu/12071184/Tema_1_Introducci%C3%B3n_a_la_Estimulaci%C3%B3n_Cognitiva

Gutierrez, Luis. (2014). *Demencias en México*. Editorial Universitaria Potosina.
Demencias, una visión panorámica (pp. 11).
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Demencia.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. México. INEGI

Jardines, F. (2011) *Revisión de los principales modelos de diseño instruccional*. México. UANL.

Jorba, J. Casellas, E. (1997). *Estrategias y Técnicas Para la Gestión Social del Aula*. Madrid. Síntesis. Vol. I

Kaplan, H. Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. España.

Knafo S, Venero C, Sánchez-Puelles C, Pereda-Peréz I, Franco A, Sandi C, Suárez LM, Solís JM, Alonso-Nanclares L, Martín ED, Merino-Serrais P, Borcel E, Li S, Chen Y, Gonzalez-Soriano J, Berezin V, Bock E, DeFelipe J, Esteban JA. (2012). Facilitación de la entrega sináptica del receptor AMPA como mecanismo molecular para la mejora cognitiva. *PLoS Biology*. España.

Knowles, M. (1998) The adult learner". Fifth edition. Gulf Publishing Company, Houston TX.

Klein, S. (1994). Aprendizaje: Principios y Aplicaciones: Madrid: McGraw-Hill

Llanio, R. Perdomo, G. (2003). Examen Físico General Del Sistema Nervioso. En propedéutica clínica y semiología médica. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas

McGriff, S. (2007). Instructional Systems, ADDIE MODEL. College of Education, Penn State University

Madrigal, M. (2002). La Estimulación Cognitiva En Personas Adultas Mayores. 10 de enero de 2020, de Revista Cúpula Sitio web: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

Maroto, M. (2012). La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo. Madrid. Instituto de Salud Pública.

Mateer, C. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 21, 11-20.

Muñoz, J. Tirapu, J. (2001) Rehabilitación neuropsicológica. Edit. Síntesis. España.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2020, de Organización mundial la salud Sitio web: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2013). Centro de Prensa. Recuperado el octubre de 2015, de La Salud Mental y los Adultos Mayores.

Paramio, E. (2013) Convivir con el daño cerebral adquirido. Edit. Síntesis. España.

Perea, M. Echeandía, A. Ladera, V. (2001) Neuropsicología. Cuaderno de Trabajo. Edit. Amarú. España.

Preiss M. Cermakova R, Cimermannova D, Flesher I. (2013). Funciones Cerebrales. 15 de diciembre 2019, de Cognifit Sitio web: <https://www.cognifit.com/es/funciones-cerebrales>

Purves, D. Augustine, G. Fitzpatrick, D. Hall, W. LaMantia, A. McNamara, J. Williams, S. (2016). Neurociencia. Edit. Médica Panamericana. 5ª edición.

Raygadas M. (2013). Programa Anual de Trabajo 2013- Psicología Hospitalización Continua. En S. d. Salud, Comisión Coordinadora De Institutos Nacionales De Salud Y Hospitales De Alta Especialidad, Servicios De Atención Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico; Fray Bernardino Álvarez. México.

Richey, R. C., Fields, D. C. y Foxon, M. (2001). Instructional design competencias: The standards (3.ª ed.). Syracuse, NY: ERIC Clearinghouse

Sardinero, A. (2010). Estimulación cognitiva para adultos. Ejercicios prácticos. Madrid. GESFOMEDIA.

Ríos, Periañez & Lubrini. (2009). Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica. Edit. UOC. Madrid.

Schmeck, R. (1988). An introduction to strategies and styles of learning. En R. R. Schmeck (Ed.), Learning strategies and learning styles. New York: Plenum Press

Sánchez, Y. López, A. Calvo, M. (2009). Depresión y deterioro cognitivo. estudio basado en la población mayor de 65 años. 20 marzo 2020, de Revista Habanera de Ciencias Médicas Sitio web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400008

Sevilla, J. (2009). Introducción a la estimulación cognitiva. 10 de diciembre de 2019, de Academia.edu Sitio web: https://www.academia.edu/12071184/Tema_1._Introducci%C3%B3n_a_la_Estimulaci%C3%B3n_Cognitiva

Tulving, E. (1983). Elements of episodic memory. Oxford: Clarendon Press/ Oxford University Press.

Sierra P. (2015). La depresión y procesos psicológicos. 10 de marzo de 2020, de Universidad Pontificia Bolivariana. Facultad de ciencias sociales Sitio web: <https://issuu.com/contextual1/docs/revista>

Tessmer, M., & Wedman, J. (1995). Context-sensitive instructional design models: A response to design research studies and criticism. Performance Improvement Quarterly

Volicer L. Seltzer B. Rheaume Y. Karner J. M. Glennon, M.E. Riley, (1988) Eating difficulties in patients with probable dementia of the Alzheimer type. J Geriatr Psychiatry Neurol, 2.

Zamarrón, M. Tárraga, L. Fernández-Ballesteros, R. (2008) Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. Edit. Psicothema. España.

En la siguiente sección se presenta el material que se propone para utilizar en las sesiones con los familiares de los pacientes del hospital “Fray Bernardino Álvarez”.

ANEXOS

Léale lentamente una a una las frases siguientes, repitiéndolas si fuera necesario. Seguidamente, el paciente deberá repetir las.

- Llama a tu hermana y pídele las llaves.
- Hemos cogido el coche para ir al pueblo.
- En primavera los campos florecen.
- Hoy no he podido coger el autobús.
- Mi nieto ha cumplido hoy siete años.

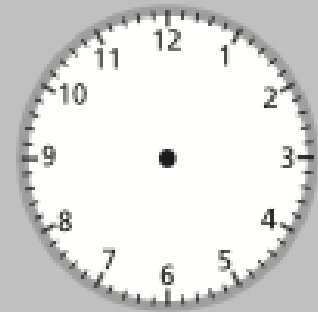
- Los domingos hacemos rosquillas.
- Las vacaciones pasadas estuvimos en Málaga.
- Todos los días paseamos por el parque.
- El sol calienta mucho estos días.
- En invierno nieva mucho en nuestro pueblo.

- Durante el otoño las hojas de los árboles se caen.
- Mañana vendrá mi nuera con una tarta.
- El viernes pasado estuvimos todos juntos.
- Prefiero preparar una macedonia con estas manzanas.
- El periódico de hoy está sobre la mesa.

- Por la noche apagaré la luz.
- Mi nieta ya va a la guardería.
- Me gusta comer tomates en ensalada.
- Hoy no he podido ir a comprar el pan.
- Mañana iremos juntos al campo.

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año

Marque la hora en el reloj



1- Copie una noticia del periódico o de una revista.

.....

.....

.....

.....

2- Señale todas las letras **S** que aparezcan en el recuadro.

3- Cunte el número de letras **S** señaladas por línea y escribalo.

La memoria se puede mejorar en cualquier etapa de la vida. Pero hay que tener interés, ganas de conseguirlo y ponerse manos a la obra, es decir ejercitarse. La edad no es un impedimento para mejorar.

Recuerden a los camareros. Un grupo de seis amigos entra en un bar y dice lo que quiere tomar: uno café con leche templada, el otro descafeinado con agua, el otro un té con limón, el otro "un cortado", otro un descafeinado con leche en vaso y el último un café con leche corto de café. Nuestro camarero se va y lo prepara todo inmediatamente y sirve a cada uno lo suyo. ¿Cómo ha conseguido recordar cada petición? Quizá ni siquiera el camarero lo sepa. Pero la respuesta está clara: con el ejercicio.

1

TOTAL

Fijate qué objetos hay y en qué lugar se encuentran. Luego tendrás que recordarlos.



Recuerda qué objetos había y en qué lugar se encontraban. Rellena los cuadros correspondientes escribiendo el nombre del objeto.



Busque la palabra opuesta a cada una de estas palabras:

Bueno.....	Hablador.....
Alto.....	Limpio.....
Guapo.....	Pronto.....
Nuevo.....	Fuerte.....
Caro.....	Salado.....
Listo.....	Tranquilo.....
Grande.....	Suave.....
Mayor.....	Duro.....
Cerrado.....	Alegre.....
Blanco.....	Agradable.....
Útil.....	Lento.....
Frío.....	Rico.....
Lleno.....	Encima.....
Claro.....	Detrás.....
Corto.....	Cerca.....
Fiel.....	Dentro.....
Dormido.....	Subir.....
Izquierdo.....	Dormir.....

ordena las palabras para escribir una frase debajo:

un roto he vaso

1

Frase:

un beso darte quiero

2

Frase:

yo cocino sal sin

3

Frase:

nudo desataré te el

4

Frase:

4- Escriba **12** nombres de **animales**:

.....

.....

.....

.....

5- Escriba desde el **45** hacia abajo de **2** en **2** hasta el **7**.

45 - 43 - 41 -

.....

.....

.....

6- Junte con una línea cada palabra con su correspondiente color:

MAR

VERDE

PLÁTANO

NARANJA

CÉSPED

ROJO

ZANAHORIA

AMARILLO

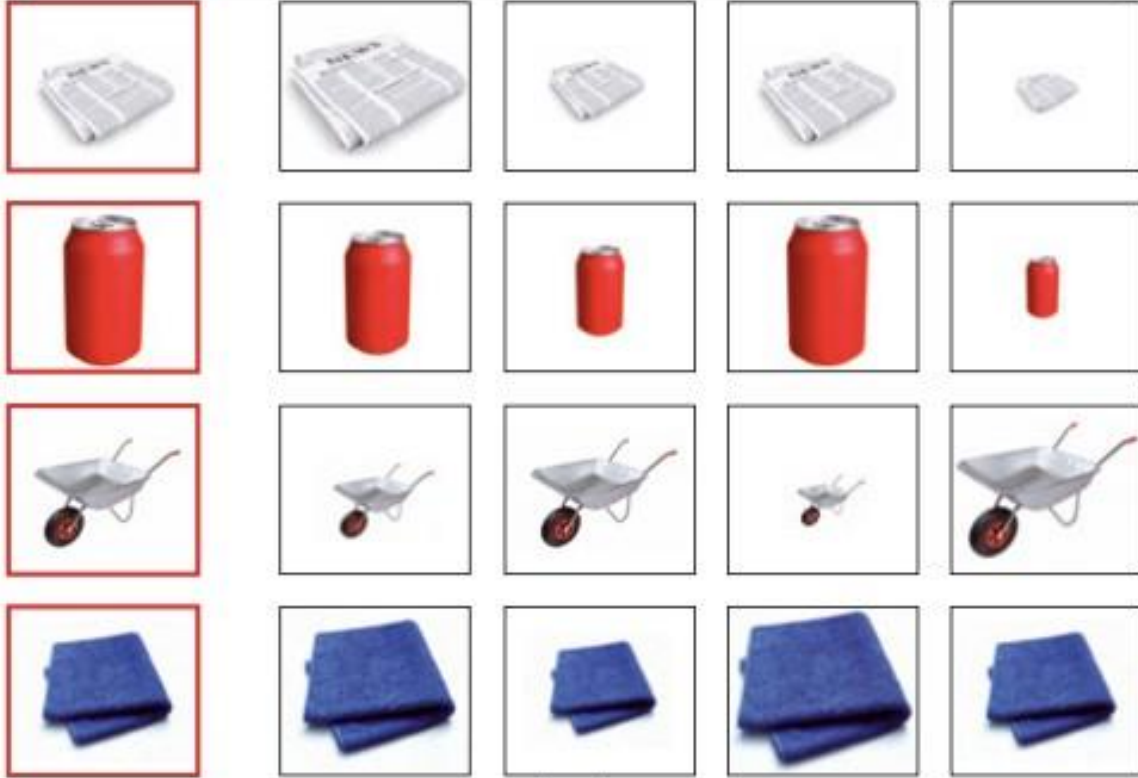
SANGRE

AZUL

FLOR

ROSA

Señala cuál de las cuatro imágenes de la derecha es igual de grande que la imagen de la izquierda.




Señala cuál de las dos imágenes de abajo es igual de grande que la de arriba.
































































Pídale que señale las figuras que sean como la del modelo:



Ejercicio de atención

- Ponga un **1** debajo de 

- Ponga un **2** debajo de 

Una vez haya acabado, repáselo y anote la suma de números de cada línea y el total de todo el ejercicio.

TOTAL:

Las soluciones a las sumas del ejercicio son:

1º columna: 11	4º columna: 6
2º columna: 7	5º columna: 8
3º columna: 10	6º columna: 6

TOTAL: 48



Pídale que copie las frases siguientes, tras haberlas leído en voz alta:

El domingo iremos a comer a casa de mi hija.

.....

Mañana tenemos cita con el dentista.

.....

El martes estuvimos visitando a nuestra amiga Leonor.

.....

El año pasado estuvimos de vacaciones en Asturias.

.....

Me gusta recoger flores cuando llega la primavera.

.....

Cuando volvamos de dar un paseo prepararemos la comida.

.....

A mi nieto le gusta jugar a baloncesto con sus amigos.

.....

Recogeremos la mesa después de comer.

.....

Vamos a preparar la mesa.

.....

La comida está lista, y huele muy bien.

.....

La semana pasada estuvimos en el campo.

.....

Tengo que comprar verduras para toda la semana.

.....

Ejercicio de recuerdos de la vida

- Piense en una época de su vida (por ejemplo, cuando tenía 20 años) y describa como vestía en aquella época, recuerde algún vestido o traje que le gustase (color, forma,...)

- Piense en una época de su vida (por ejemplo, cuando tenía 20 años) y recuerde las canciones más populares de aquella época: títulos de las canciones, cantantes, tipo de música, ...

Día de la semana	Día del mes	Mes	Año



1- Recuerde alguna **anécdota** de la adolescencia: escriba qué ocurrió, dónde, cuándo y qué personas estaban presentes.

.....

.....

.....

.....

2- Escriba los meses del año hasta completar todas las líneas.

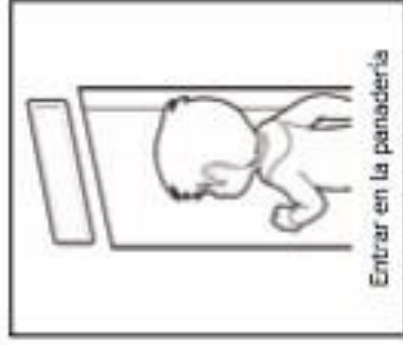
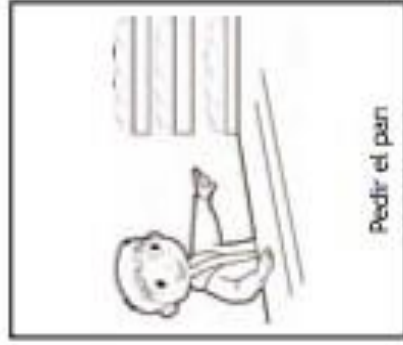
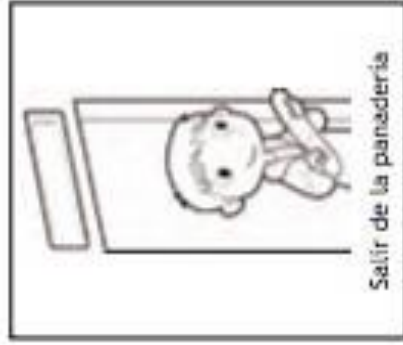
Enero	.....	.....	.....
.....	.....	Julio	.....
Septiembre	.....	.....	.....
.....	.....	.....	Abril

3- Mire a su alrededor y escoja dos objetos sencillos.

4- Realice los dibujos de los objetos elegidos en los espacios de abajo.

--	--

Ordena los pasos a dar para comprar el pan. Escribe el número debajo de cada dibujo:



Pídale que dibuje los elementos siguientes:

un árbol

una manzana

un gato

un pájaro

un cuadrado

una pera

Ejercicio de atención

Fijese en el primer grupo de letras de cada línea y rodee con un círculo el que esté repetido en la misma línea.

NNLNN	NNLLN	NLNNN	NNLNN	LNNNN
BDBDD	BDBDB	DBDBB	BBDDB	BDBDD
TRTRR	TRTRR	TRRTT	TRTRT	TTRTR
AAEEA	AAEAE	EAAEA	AAEEA	EEAAE
LPLLP	LPLPL	LPLLP	LLPPL	PLLPL
SSSFS	SSSSF	SSFSS	SSSFS	SFSSS
OVVVO	OVVOV	OVVVV	VOOVO	OVVVO
CCUCU	CUCUC	CCUUC	CCUCU	UCUCC
ZGGZG	ZGGZG	ZGZGG	GZZGZ	ZGGZZ
JMMJM	JMJMM	JMMJM	MJJMJ	JMJJM
HYHYH	HYYHH	HYHYY	YHYHY	HYHYH
KWKKW	KWKKW	KKWWK	WKKKW	KWKWK
MNMNÑ	MNMNÑ	MÑMÑÑ	MMNNN	MMMÑN
TOOTO	OTOTO	TOTTO	TOOTO	TOOOT
UWUWU	WWUWU	UWUWU	UWWWU	UUUWU
PPYP	PPYPP	PPPPY	PPYP	PYPYP
DGGGD	DGGDD	DDGGD	DGDGD	DGGGD
BPPBB	BPPBB	BPBBB	BPPPB	BBPBB
QOOQO	QOQOO	QOOQO	QOOQO	QOQOO
ZZXXZ	ZZXXZ	ZZZXZ	ZXXXZ	ZZXXX
VUVU	VUUVU	VUVU	UVUVU	VUVV