

Apoyo a la intervención psicosocial de los adultos mayores y funcionarios del Centro de Bienestar del Anciano, Juan Pablo II de Floridablanca (CBA JP II)

Genny Marisol Serrano Romero

Id. 279688

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias sociales

Floridablanca

2019

Apoyo a la intervención psicosocial de los adultos mayores y funcionarios del Centro de Bienestar del Anciano, Juan Pablo II de Floridablanca (CBA JP II)

Genny Marisol Serrano Romero

Id. 279688

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:

PSICÓLOGA

Director del Proyecto

Daysy Katherine Pabón Poches

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de ciencias sociales

Floridablanca

2019

Copyright © 2019 por Genny Marisol Serrano Romero. Todos los derechos reservados.

Dedicatoria

A mi Esposo y familia que me ofrecieron apoyo a lo largo de este camino, que exigió esfuerzos de todo tipo.

Tabla de Contenido

Introducción	12
Capítulo 1 Justificación	14
Capítulo 2 Objetivos	17
2.1 Objetivo general	17
2.2 Objetivos específicos	17
Capítulo 3 Contextualización de la Institución	18
Capítulo 4 Referente conceptual	21
Capítulo 5 Metodología	28
5.1. Participantes	28
5.2 Instrumentos	28
5.3 Procedimiento	29
Capítulo 6 Resultados	32
Capítulo 7 Discusión	48
Capítulo 8 Conclusiones	52
Capítulo 9 Sugerencias y recomendaciones	53
Referencias	55
Anexos	60

Lista de tablas

Tabla 1. Puntuaciones del pre y pos test del CBD	32
Tabla 2. Puntuaciones del pre y pos test del MMSE	45

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Comparación entre puntuaciones globales pre y pos del CBD del grupo de apoyo para el manejo de dolor crónico del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.	33
<i>Figura 2.</i> Comparación entre medias pre y pos de las subescalas del CBD del grupo de apoyo para el manejo de dolor crónico del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.....	34
<i>Figura 3.</i> Problemáticas atendidas en el CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.....	35
<i>Figura 4.</i> Participantes en talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.....	36
<i>Figura 5.</i> Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.....	37
<i>Figura 6.</i> Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.....	37
<i>Figura 7.</i> Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.....	38
<i>Figura 8.</i> Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.....	38
<i>Figura 9.</i> Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.....	39
<i>Figura 10.</i> Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.....	39
<i>Figura 11.</i> Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.....	40

<i>Figura 12. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.</i>	40
<i>Figura 13. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.</i>	41
<i>Figura 14. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.</i>	41
<i>Figura 15. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.</i>	42
<i>Figura 16. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.</i>	42
<i>Figura 17. Talleres psicoeducativos en los funcionarios del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.</i>	43
<i>Figura 18. Evaluación de Talleres psicoeducativos en los funcionarios del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.</i>	44
<i>Figura 19. Evaluación de Talleres psicoeducativos en los funcionarios del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.</i>	44
<i>Figura 20. Comparación entre puntuaciones globales pre y pos del MMSE del programa “Volver a empezar” de Tárraga, et al. realizado en el CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.</i>	46
<i>Figura 21. Comparación entre medias de las subescalas pre y pos del MMSE del programa “Volver a empezar” de Tárraga, et al. realizado en el CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.</i>	47

Lista de anexos

Anexo 1	60
Anexo 2	62
Anexo 3	64
Anexo 4	66
Anexo 5	68
Anexo 6	70
Anexo 7	72
Anexo 8	74
Anexo 9	76
Anexo 10	83
Anexo 11	86
Anexo 12	88
Anexo 13	90
Anexo 14	92
Anexo 15	95
Anexo 16	97
Anexo 17	100

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Apoyo a la intervención psicosocial de los adultos mayores y funcionarios del Centro de Bienestar del Anciano, Juan Pablo II de Floridablanca (CBA JP II)

AUTOR(ES): Genny Marisol Serrano Romero

PROGRAMA: Facultad de psicología

DIRECTOR(A): Daysy Katherine Pabón Poches

RESUMEN

En Colombia la pirámide poblacional se ha invertido, debido a que, hay una mayor cantidad de adultos mayores en comparación con la población joven y va en aumento como se puede observar en las cifras suministradas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el año 2005, por lo tanto, es importante que en los Centros de Protección Social para el Adulto Mayor se vele por su bienestar integral. El objetivo general del presente proyecto es apoyar la intervención psicosocial de los adultos mayores y funcionarios del Centro de Bienestar del Anciano, Juan Pablo II de Floridablanca (CBA JP II), Metodología: Los participantes eran adultos mayores hombres y mujeres del (CBA JP II), entre 60 y 97 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron Mini-Examen del Estado Mental (MMSE), el Cuestionario breve del dolor (CBD) y formatos de evaluación cuantitativos y cualitativos. Resultados: el CBD tuvo un resultado heterogéneo, pues en uno de los participantes se encontró una disminución del dolor y en el otro no, el resultado promedio del MMSE en la evaluación inicial fue de 17/30 puntos y en la segunda evaluación correspondió a 18,86/30 puntos y las calificaciones de los formatos de evaluación en su mayoría corresponden a excelente. Conclusiones: el programa de Almendro et al. se mostró eficaz para el manejo del dolor crónico en adultos mayores, el programa "Volver a Empezar" de Tárraga et al. demostró efectividad en restaurar, mantener y enlentecer el deterioro de las funciones cognitivas en los participantes, así como el programa de estimulación cognitiva y los talleres psicoeducativos a funcionarios mostraron ser eficaces.

PALABRAS CLAVE:

Adulto mayor, estimulación cognitiva, dolor crónico, trastornos neurocognitivos.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Support for psychosocial intervention in older adults and officials of the Elderly Welfare Center, Juan Pablo II of Floridablanca (CBA JP II)

AUTHOR(S): Genny Marisol Serrano Romero

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Daysy Katherine Pabón Poches

ABSTRACT

In Colombia the population pyramid has been reversed, because there is a greater number of older adults compared to the young population, and it is increasing as can be seen in the data provided by the National Administrative Department of Statistics (DANE) in the 2005 year, therefore, is important that the Social Welfare Centers for the Elderly ensure their integral well-being. The general objective of this project is to support the psychosocial intervention of the elderly and officials of the Elderly Welfare Center, Juan Pablo II of Floridablanca (CBA JP II), Methodology: The participants were older adults men and women of (CBA JP II), between 60 and 97 years old. The instruments used were Mini-Mental State Examination (MMSE), Brief Pain Inventory (BPI) and quantitative and qualitative evaluation formats. Results: the BPI had a heterogeneous result, because one of the participants had a decrease in pain and the other one had not, the average MMSE result in the initial evaluation was 17/30 points and in the second evaluation corresponded to 18,86/30 points, and the ratings of the evaluation formats mostly correspond to excellent. Conclusions: the program of Almendro et al. was effective for chronic pain management in older adults. "Start again" program by Tárraga et al demonstrated effectiveness in restoring, maintaining and slowing down the deterioration of cognitive functions in the participants, as well as the cognitive stimulation program and the psychoeducational workshops for officials showed to be effective.

KEYWORDS:

Older adults, cognitive stimulation, chronic pain, neurocognitive disorders.

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Se proyecta que para el año 2050 el total de la población será de 72 millones, con una esperanza de vida de 79 años de edad, a su vez más del 20% de estos ciudadanos se encontrarán por encima de 60 años, convirtiendo a la pirámide poblacional en una figura rectangular (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2005). Así mismo, se reporta que:

Mientras la población general incrementa 1.9% promedio anual (en el período 1990-2003), la población mayor de 80 años crece a una tasa promedio anual de 4%. Es importante destacar que Colombia cuenta actualmente con 4450 centenarios (personas de 99 y más años), lo cual equivale al 0.011% del total de la población; con un claro predominio, al igual que en el resto del mundo, del sexo femenino: 61.9%.

Adicionalmente se encontró que el 95% de los centenarios se encuentra alojados en hogares particulares (DANE, 2005, p.2).

De acuerdo con las cifras que ofrece el DANE, los centros de bienestar de ancianos cobran bastante importancia, debido a que por múltiples factores físicos o mentales de los senescentes, los familiares de ellos deciden internarlos en estos lugares, buscando en muchos de los casos cuidados de enfermería, cuidados psicológicos, asistencia médica constante, entre otros, así como, aumento de las relaciones sociales entre personas de su misma edad y realización de actividades que provean de bienestar al adulto mayor, por lo tanto, este proyecto que se describe a continuación, en el área de psicología del Centro de Bienestar del Anciano Juan Pablo II, en el cual se especifican las diferentes actividades, tales como, el grupo de apoyo para el manejo del dolor crónico adaptado de Almendro et al., atención psicológica, la aplicación del

programa de estimulación cognitiva de Tárraga, Boada, Morera, Doménech, Llorente (1999) y la aplicación de talleres psicoeducativos para los funcionarios se desarrolla teniendo en cuenta el reconocimiento e identificación de las necesidades institucionales y a partir de lo detectado, se precisa para este proceso las siguientes secciones, justificación del programa realizado, objetivos propuestos, contextualización de la institución, referente conceptual, metodología llevada a cabo, resultados, discusión, conclusiones, sugerencias y recomendaciones.

Capítulo 1

Justificación

En Colombia la pirámide poblacional se ha invertido, debido a que, hay una mayor cantidad de adultos mayores en comparación con la población joven y va en aumento como se puede observar en las cifras suministradas por el DANE en el año 2005. La población adulta mayor colombiana pasó de un 3,15% en el año 1973 a 6.31% en el 2005, de los cuales 2,86% eran hombres y 3,45% eran mujeres. Así mismo, el 63,12% de la población adulta mayor (65 y más) se concentra en Bogotá D.C. y en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima. El 32,1% de la población adulta mayor (65 y más) se concentra en las principales ciudades tales como Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y Bucaramanga. En el caso de Bucaramanga el porcentaje corresponde al 1,4%; 0,6 hombres y 0,8 mujeres. Se proyecta que para el año 2025 esta población sea de un 10,5%.

En América latina y el Caribe este aumento de la población senescente tiene dos principales causas, como lo advierte CELADE (2009), el descenso de la mortalidad en la década de 1950 y el aumento de la fecundidad en 1960. Según Arango y Peláez (2012) la reducción de la mortalidad se debió a la implementación de medidas de salud pública, tales como “programas de nutrición, condiciones de vida, tecnologías médicas, nuevas medicinas, equipos médicos, entre otros” (p.340). Por otro lado, la fecundidad fue el resultado de “los aumentos en los nacimientos ocurridos en la época del “baby boom” de América Latina que hacen que la región se vea enfrentada a una ola de aumento de los mayores de 60 años” (p.339).

Teniendo en cuenta este aumento poblacional de la tercera edad y de acuerdo a las necesidades encontradas en la institución, es muy importante el énfasis que tiene este plan de trabajo en los diferentes trastornos neurocognitivos del adulto mayor, especialmente en el trastorno neurocognitivo tipo alzheimer, su conocimiento y la aplicación de estrategias de estimulación cognitiva. Esta importancia radica en lo que Tárraga et al. (1999) postulan acerca del entrenamiento de las funciones cognitivas y su programa de intervención “el objetivo final de este es restaurar habilidades cognitivas, enlentecer la progresión del deterioro y mejorar el estado funcional del enfermo con demencia, procurar su estabilización durante el mayor tiempo posible, controlar los síntomas y prevenir las complicaciones” (p.15).

De acuerdo a lo anterior, es importante destacar que durante la tercera edad uno de los trastornos neurocognitivos con mayor prevalencia es el de tipo Alzheimer (Minsalud, 2017). La mayoría de adultos mayores que ingresan a un hogar geriátrico son jubilados y ya no están realizando funciones instrumentales o actividades de la vida diaria como el pago de recibos ni tareas domésticas como la realización de la limpieza y han relegado la tarea de cocinar a las personas encargadas de los centros geriátricos; así pues, si ellos no reemplazan estas tareas por otras que permitan su estimulación cognitiva estarán favoreciendo la aparición temprana de diferentes patologías que implican el deterioro de las funciones cognitivas.

Otro síntoma muy frecuente en esta edad es el dolor crónico, y debido a las afectaciones que puede tener en el ámbito individual y social de los adultos mayores y la interferencia con la realización de sus actividades diarias, es imperante su intervención cuyo objetivo es permitir que los factores psicológicos que aumentan el dolor sean gestionados y se logre una disminución en la percepción nociceptiva.

Los talleres psicoeducativos que aportan a la agencia de autocuidado y las capacitaciones que se realizan con los funcionarios, contribuye a la calidad de vida de los residentes del centro de bienestar, así como al favorecimiento de un ambiente de trabajo que beneficia directamente a los empleados y de manera indirecta a los residentes. De manera directa, las pautas o el manejo de cambios emocionales y conductuales en los trastornos neurocognitivos mayores y leves los prepara para responder adecuadamente ante las diferentes alteraciones cognitivas que posee la mayoría de los adultos institucionalizados, en el momento que ocurren. De manera indirecta un buen ambiente de trabajo “es indispensable para lograr un elevado rendimiento individual y colectivo del grupo humano de trabajo” (Juárez, 2012) lo que favorece al microsistema de los gerontes.

Referente a la asesoría psicológica su implementación en este programa, procura contribuir en la disminución de las “limitaciones, incapacidad o invalidez que pueden poseer algunos adultos mayores y con ello propiciar un mejor funcionamiento y una mejor calidad de vida” (Hernández, 2005, p.80).

Capítulo 2

Objetivos

2.1 Objetivo general

Apoyar la intervención psicosocial de los adultos mayores y funcionarios del Centro de Bienestar del Anciano, Juan Pablo II de Floridablanca (CBA JPII).

2.2 Objetivos específicos

Fortalecer la capacidad de afrontamiento al dolor en adultos mayores por medio de un grupo de apoyo basado en el Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo de Almendro et al.

Contribuir con la atención clínica individual y grupal de los adultos mayores del CBA JPII.

Favorecer la agencia de autocuidado y habilidades de cuidado de adultos mayores dependientes en funcionarios del CBA JPII por medio de talleres psicoeducativos.

Evaluar la efectividad del programa “Volver a empezar” de Tárraga et al., para adultos mayores con deterioro cognitivo del CBA JPII.

Capítulo 3

Contextualización de la Institución

El Centro de Bienestar del Anciano Juan Pablo II se encuentra ubicado en la calle 5 No. 8-53 de Floridablanca, frente al parque central del municipio.

Misión

El Centro De Bienestar Del Anciano Juan Pablo II es una entidad sin ánimo de lucro al servicio de los adultos mayores de la comunidad dedicada al cuidado integral de estos; generando beneficio social y confiabilidad a través de la coordinación de un equipo interdisciplinario logrando un mejor desarrollo de la institución. De la misma manera el empleado, más que buscar el bien común deja ver su ardua labor quijotesca engrandeciendo su espíritu, ayudando a aquellas personas llenas de sabiduría que el destino como premio hizo que el paso por la vida terminara en este hogar de amor y tranquilidad.

Visión

Nuestro objetivo es brindar atención integral a los adultos mayores que residen en la institución, por ende, nuestro futuro está proyectado a tener espacios adecuados y adaptados a las necesidades del geronte, así como seguir en la búsqueda de recursos económicos y talento humano para poder brindar una óptima calidad de vida a estos. Explorando nuevos implementos que mejoren las aéreas de fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería y Psicología. El continuo mejoramiento de las actividades que se realicen en el diario vivir permitirá a la institución alcanzar una proyección de servicio y bienestar social a la comunidad.

Portafolio de Servicios

La institución está dirigida por una Junta Directiva cuyo objetivo central es alcanzar el bienestar integral del anciano. Administrada por la comunidad siervas del santísimo liderada por la hermana Alba Rocío Gómez Pineda, quien es la directora ejecutiva y representante legal. Así mismo cuenta con un equipo interdisciplinar guiado por el departamento de Psicología y conformado por profesionales de la rama de la salud dentro de los cuales está el área de enfermería, medicina, trabajo social, fisioterapia y nutrición; quienes desempeñan diferentes programas de intervención e investigación que contribuyen a fortalecer los estilos de vida saludables del anciano residente en nuestra institución.

De igual forma cuenta con un grupo de empleados que identifican al anciano como eje central del centro, y que son los encargados de proporcionar los cuidados básicos de aseo y alimentación que se requieren. Actualmente el centro continúa funcionando en cinco plantas distribuidas así:

1. Sótano: Parqueadero público del cual se obtienen ingresos para el mantenimiento de la institución.
2. Primer piso: Oficinas de Administración, Psicología, Trabajo Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Sala de Juntas, zona de lavandería, cocina y almacén de ropa usada.
3. Segundo, tercero y cuarto piso: habitaciones de los adultos mayores, en el segundo piso se encuentra además la enfermería, dos comedores en el segundo y cuarto piso respectivamente, la capilla ubicada en el tercero y las diferentes áreas sociales destinadas para recibir las visitas.
4. Quinto piso: Terraza utilizada como zona de ropas.

Dentro de los servicios que la institución brinda al anciano residente, se encuentran: cinco comidas diarias balanceadas de acuerdo a los requerimientos de cada anciano, arreglo de ropa, aseo diario, asistencia permanente de enfermería, medicina, asistencia médica domiciliaria, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia psicológica, trabajo social, nutrición, peluquería, actividades artísticas y recreación.

Capítulo 4

Referente conceptual

Este proyecto de servicio social presenta como eje central el apoyo psicosocial al área de Psicología del CBA JPII utilizando como herramienta fundamental la atención psicológica. El proceso de asesoría psicológica y los talleres psicoeducativos de salud mental se circunscriben como el medio para aportar y mantener “ un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2018, párr.1), y también con la intención de favorecer “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013, párr.1), conceptos que corresponden a salud y salud mental respectivamente, siendo éstos foco del presente servicio social.

Para cumplir con la definición propuesta de salud mental, es necesario definir el concepto y el objetivo de asesoría psicológica. El concepto de asesoría psicológica se refiere a la demanda de información, aclaración y debate sobre algún hecho que genere malestar psicológico y provenga de quien consulte.

Ahora bien, su objetivo según Bordin (1975) es brindar auxilio psíquico en personas con problemas de carácter emocional o de identidad cuya intensidad es baja, en casos contrarios a los mencionados, la asesoría no sería suficiente para la solución de la problemática y en estos se debería aplicar un tratamiento psicoterapéutico. En contraste Leonardo Ancona (1980) expresa que el propio individuo es el encargado de auto dirigirse y llevar a cabo procesos de aprendizaje facilitados a través del profesional de la psicología.

Específicamente en la vejez los malestares psicológicos más frecuentes que tienen lugar son, soledad, sentimientos de inutilidad, percepción de falta de cariño, retraimiento social, escasa realización de actividades placenteras, miedo a la muerte, duelo, depresión. Todos estos cambios deterioran la salud mental de los gerontes y provocan detrimento en el micro, meso y macrosistema de él (Reyes, 1996).

En relación a la psicoterapia de la vejez, diferentes estudios han mostrado que es efectiva en personas mayores de 65 años. En la psicoterapia geriátrica, la meta que se persigue es que el adulto mayor se enfoque en las potencialidades que tiene actualmente, con el fin de que él pueda valorar su vida y establecer nuevos objetivos acordes a su ciclo vital. Muy frecuentemente se consiguen cambios en pensamientos, emociones y conductas al intervenir en el mejoramiento de las relaciones sociales, la comunicación asertiva, al disminuir las consecuencias negativas de los factores biológicos o culturales y al aumentar las actividades productivas, que consecuentemente traen satisfacciones (Hernández, 2005).

Por lo anterior, el papel del psicólogo en la intervención con los gerontes debe ser aún más activo que con otro tipo de población etaria, debido a las pobres condiciones de salud que algunos de estos presentan y la tendencia a la dependencia de estos consultantes. También se ha reportado en diferentes estudios que la terapia grupal ha sido más provechosa que la individual porque al integrarse a un grupo se logra combatir el aislamiento, se comparten problemas en común con su consecuente apoyo por parte del grupo, los integrantes del grupo mejoran su apariencia e higiene personal, hay una reducción de su deterioro y mejoran sus relaciones y habilidades sociales. De manera que estos beneficios confirman como las interacciones sociales

y participación activa en la comunidad de los senescentes son altamente favorables para el adulto mayor (Hernández, 2005).

Respecto a las finalidades que se persiguen con las técnicas psicológicas comunes más utilizadas en esta población, Groues (como se citó en Hernández 2005, p.94) describe las siguientes:

1. Proveer al paciente con experiencias que contrarresten la distorsión de la realidad.
2. Facilitar comunicaciones realistas y significativas con otros.
3. Facilitar una participación satisfactoria con otros.
4. Reducir la ansiedad y aumentar el confort.
5. Aumentar la autoestima
6. Proveer de introspección hacia las causas y manifestaciones del proceso de envejecimiento.
7. Movilizar y motivar hacia la creación y productividad a su nivel.

Otro de los aspectos que se trabajan en este servicio social son los relacionados con la estimulación cognitiva, ésta consiste, según López, López y Ariño (2002) en la rehabilitación como proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad o lesión trabajan junto a profesionales, familia, miembros de una amplia comunidad para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible. Por lo que se busca alcanzar una mejoría a nivel emocional, ya que se entrena a las personas a reutilizar habilidades instauradas, (tanto mentales como sociales), ya olvidadas y a ejercitar la utilización

de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva (Como se citó en Madrigal, 2007).

Los objetivos que pretende alcanzar la estimulación cognitiva son, “mantener las habilidades intelectuales (atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía; crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora y mejorar las relaciones interpersonales de los sujetos” (Madrigal, 2007, p. 9).

Madrigal en 2007, habla de que la implantación de programas de entrenamiento cognitivo, en una institución del tipo que sea (centro de día, residencia, club social, centro sanitario), requiere pocos recursos y tiene considerables efectos beneficiosos. No se trata tanto de entretener a los mayores como de generar un punto de vista positivo y activo en ellos(as) y en los que les rodean. Se trata de establecer una disciplina (un programa exige estar pendiente unos días a una hora, para hacer algo) e incitar al esfuerzo con distintos objetivos: prestar atención, hacer trabajar la mente y revisar el fruto del esfuerzo (p.12).

Se plantea porque de acuerdo a Glisky, los cambios en la función cognitiva asociados a la edad no son uniformes, siendo la memoria y la atención las esferas cognitivas más afectadas (como se citó en Salech, Jara, y Michea, 2012). Dentro de las enfermedades que más se presentan en la adultez mayor y están relacionados con deterioro cognitivo se encuentran los trastornos neurocognitivos que impactan diferentes procesos cognitivos como la memoria, funciones ejecutivas, lenguaje y la conducta y que por ende comprometen la realización de las actividades de la vida diaria en diferentes niveles de intensidad (Minsalud, 2017).

Dentro de los síntomas que se pueden observar en los afectados por enfermedades neurocognitivas se encuentran los siguientes: en la etapa temprana, tendencia al olvido, pérdida de la noción del tiempo, desubicación espacial, incluso en lugares conocidos; en la etapa intermedia empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas, se encuentran desubicadas en su propio hogar, tienen cada vez más dificultades para comunicarse, empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal, sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas; en la etapa tardía, una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio, dificultades para reconocer a familiares y amigos; una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal, dificultades para caminar, alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones (Minsalud, 2017).

Los trastornos mentales más frecuentes que se presentan en la adultez mayor, son “la demencia frontotemporal, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad por cuerpos de Lewy y el Alzheimer, que es la presentación más común y representa del 60% al 70% de los casos” (Nowrangi, Rao y Lyketsos, 2011), estas enfermedades son debidas a causas degenerativas y son denominadas primarias (Minsalud, 2017, p.2).

Kasper et al., en relación a la enfermedad de Alzheimer (AD) expresa que esta puede manifestarse desde el tercer decenio de vida, pero es la causa más frecuente de demencia en el anciano. Por lo general, los pacientes se presentan con pérdida gradual de la memoria episódica, seguida de demencia de progresión lenta que evoluciona durante años. En la AD amnésica típica, las imágenes cerebrales revelan atrofia que inicia en la parte temporal de los lóbulos temporales antes de extenderse a las partes lateral y medial

de los lóbulos parietales y temporales, y la parte lateral de la corteza frontal. En el examen microscópico hay placas neuríticas que contienen amiloide β ($A\beta$), marañas neurofibrilares (NFT) formadas por filamentos tau hiperfosforilados y acumulación de $A\beta$ en las paredes de los vasos sanguíneos de la corteza y en las leptomeninges. En las etapas tempranas de la AD amnésica típica, la pérdida de la memoria puede pasar inadvertida o adjudicarse a olvidos benignos del envejecimiento. Una vez que la pérdida de la memoria se vuelve notoria para el paciente y el cónyuge, y desciende 1.5 desviaciones estándar por debajo de las pruebas de memoria estandarizadas, se aplica el término daño cognitivo leve (MCI, mild cognitive impairment). Este término proporciona información pronóstica útil, ya que cerca de 50% de los pacientes con MCI (alrededor de 12% por año) evolucionará a AD en cuatro años. (2016, p.2598).

Además de la atención individual, los grupos de apoyo contribuyen en el trabajo con la población mayor, un grupo de apoyo está compuesto por personas con problemas, hábitos, estresores o transiciones vitales similares y que cuentan con el conocimiento experto, entrenamiento y supervisión de un profesional, que, además facilita la comunicación y cohesión grupal, y ayuda a canalizar los procesos de apoyo y ayuda mutua con el objetivo de mejorar los procesos de afrontamiento, cambio conductual o ajuste psicosocial de los miembros del grupo (Gracia, 1997).

Los grupos de apoyo se caracterizan porque, el profesional ejerce liderazgo, provee información y guía los procesos grupales; es iniciado por profesionales, por lo tanto, su naturaleza es más formal, tienden a tener un tiempo límite de funcionamiento, tienen una cultura compartida entre los iguales basada en el conocimiento mutuo de las experiencias personales,

apoyo, ayuda mutua y sentimiento de comunidad y pertenencia. Sus beneficios terapéuticos se producen al compartir experiencias similares en un grupo de iguales (Gracia, 2011).

De esta manera, los grupos de apoyo permiten abordar la presencia de dolor y dolor crónico, la cual es una realidad muy frecuente para la población senescente (Acuña, y Olivares, 2014), el dolor se puede describir como “un fenómeno complejo resultante de la interacción de componentes sensoriales, cognitivos y afectivos” (Van-der Hofstadt y Quiles, 2001, p.504). Para la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP, 1979), “el dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño”.

En relación, a los tipos de dolor se puede hablar de dolor agudo, reconocido como un factor protector, porque su función es avisar al ser humano que algo anda mal en el cuerpo y necesita atención, con una duración determinada que posee inicio y fin, en cambio el dolor crónico es considerado como aquel que dura más de 3 o 6 meses. “Por tanto, el dolor crónico puede ser debido a la nocicepción, a causas psicológicas o a fenómenos puramente conductuales basados en el aprendizaje” (Van-der Hofstadt y Quiles, 2001), causas que secundan Moix, y Kovacs, (2009) debido a que ellos afirman que el dolor crónico es multifactorial; porque supone la interacción de factores físicos, psicológicos y sociales, en razón a esto, la intervención psicológica en el tratamiento del dolor se centra precisamente en ayudar a cerrar la puerta, (teoría de la puerta de Melzack) ofreciendo recursos para manejar mejor su dolor (Moix, y Kovacs, 2009).

Capítulo 5

Metodología

5.1. Participantes

Adultos mayores del Centro de Bienestar del Anciano Juan Pablo II de Floridablanca, cuya población total es de 70 personas que se encuentran entre un rango de edad de 60 y 97 años, 42 mujeres y 28 hombres de los cuales 15 poseen una dependencia física, 25 de ellos tienen una dependencia mental y 30 se consideran como autovalentes o funcionales.

5.2 Instrumentos

En este proyecto se utilizó la versión del Mini-Examen del Estado Mental de Rosselli et al. (2000) validada para la población colombiana. El Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) fue desarrollado originalmente por Marshal F. Folstein, Susan Folstein, Paul R. McHugh, en 1975, este evalúa brevemente el estado mental y permite observar la progresión del estado cognitivo, en las áreas de orientación en el espacio, en el tiempo, codificación, atención concentración, recuerdo, lenguaje y construcción visual que consta de 30 preguntas, su forma de aplicación es individual y dura aproximadamente 10 minutos.

Para la medición del dolor se utilizó la versión en español del cuestionario breve de dolor (CBD) forma corta validada por Ares et al. (2014) que se describe a continuación:

Según Rebollar y Palacios, el Inventario o cuestionario breve de dolor (BPI) fue desarrollado en 1982 por Daut y cols., del Grupo de Investigación en Dolor del Departamento de Neurología de la Madison Medical School de la Universidad de Wisconsin, es una medida multidimensional y rápida que ha demostrado fiabilidad y validez en los sujetos afectados de cáncer, SIDA y artritis reumatoide. Cuantifica la

intensidad del dolor (dimensión sensorial) y la interferencia que éste produce en la vida del paciente (dimensión reactiva). Los pacientes proporcionan –en un período de 5 a 15 minutos- una evaluación subjetiva de la intensidad del dolor (el peor dolor, menos dolor, dolor medio y dolor ligero) y también informan sobre el impacto del dolor en múltiples funciones (actividad general, humor, capacidad para andar, trabajo normal, capacidad de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida y sueño). Es un cuestionario que puede contestarse tanto en la modalidad de autoinforme como aplicarse por un entrevistador. La severidad de dolor se estima mediante varias escalas visuales-numéricas análogas (con escalas de 0 al 10) para el mínimo, el máximo y el promedio del dolor experimentado por el paciente; así como el que presenta al momento de contestar el cuestionario. Incluye asimismo una pregunta acerca de medidas terapéuticas y respuesta al tratamiento. Consta también de dos figuras humanas (de frente y de espalda) para la representación gráfica del área de dolor y de otra serie de escalas visuales-numéricas análogas que califican el nivel de interferencia del dolor (2015, p.36).

Finalmente, para valorar los talleres psicoeducativos de los empleados y adultos mayores se utiliza una encuesta de satisfacción que consta de una parte cuantitativa que evalúa el contenido, pertinencia de las actividades, el aprendizaje recibido, la claridad y el tiempo utilizado de uno a cuatro correspondiendo a cuatro, excelente; tres, bueno; dos, regular y uno, malo y una parte cualitativa que abarca recomendaciones y sugerencias para el psicólogo.

5.3 Procedimiento

Inicialmente se realiza una evaluación de necesidades de la institución a través de la observación e interacción con los senescentes del CBA JP II, posteriormente se plantea la

propuesta a llevar a cabo durante el servicio social. Contando con la aprobación del centro se inicia primero aplicando el pre-test del MMSE de Folstein et al. a una muestra de siete adultos; cuatro de ellos cuentan con un diagnóstico formal de Enfermedad de Alzheimer, los restantes no cuentan con ningún diagnóstico oficial de enfermedad mental; de acuerdo a las puntuaciones que obtuvieron los adultos mayores se clasifican en dos grupos; trastorno neurocognitivo leve o puntuación 4 en la escala de deterioro global (GDS) y trastorno neurocognitivo moderadamente grave o puntuación 6 en la GDS; de acuerdo a la correlación que el programa de estimulación cognitiva “Volver a empezar” realiza con el Minimental y la escala GDS. Estas puntuaciones sirven para determinar la clase de ejercicios que de acuerdo al programa se deben realizar. Después del pre-test, se aplica el pos-test del MMSE con el objetivo de evaluar el efecto de la estimulación cognitiva.

Para la formación del grupo de apoyo de manejo del dolor crónico, se aplica el pre test del CBD (BPI) a cuatro adultos que aceptaron participar de este grupo, no tenían dependencia mental y referían dolor, posteriormente se desarrolla el “Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo” de Almendro et al. (2011) y finalmente el pos test de esta escala se aplica a los dos gerontes que terminaron exitosamente las 10 sesiones programadas del grupo, cuya duración era de una hora y media semanal.

La realización de los talleres psicoeducativos a los adultos mayores se ejecutó con una periodicidad semanal que comprendía frecuentemente temáticas relacionadas con la estimulación cognitiva que ejercita diferentes procesos psicológicos como memoria, atención, pensamiento, aprendizaje, lenguaje, percepción, motivación y emoción. Para los funcionarios en cambio, se

lograron concretar dos talleres, uno de autocuidado de la salud mental y el otro acerca del manejo y recomendaciones ante los pacientes con trastornos neurocognitivos leves y mayores.

Para las asesorías informales, el geronte se dirigía directamente hacia el psicólogo con un motivo de consulta o era remitido por la directora o psicólogo de la institución, posteriormente se iniciaba la asesoría con el consultante y al finalizar se dejaba por escrito las iniciales, motivo de consulta y recomendaciones necesarias.

Capítulo 6

Resultados

La tabla 1, permite observar los resultados de las evaluaciones pre y pos del CBD, como evidencia del efecto en los participantes del Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo de Almendro et al. y el cumplimiento del objetivo trazado en el presente proyecto.

Tabla 1. Puntuaciones del pre y pos test del CBD

	PRE-TEST			POS-TEST		
Subescalas	P1	P2	M	P1	P2	M
Intensidad máxima dolor	8	5	6,5	7	5	6
Intensidad mínima dolor	3	2	2,5	4	3	3,5
Intensidad media dolor	4	3	3,5	5	4	4,5
Intensidad actual dolor	4	10	7	4	0	2
Interferencia actividad general	0	10	5	3	0	1,5
Interferencia estado ánimo	0	0	0	5	3	4
Interferencia capacidad de caminar	3	9	6	5	0	2,5
Interferencia trabajo normal	10	7	8,5	10	5	7,5
Interferencia relaciones interpersonales	0	0	0	0	0	0
Interferencia sueño	0	0	0	0	0	0
Interferencia capacidad diversión	1	0	0,5	4	0	2
TOTAL	33	46	39,5	47	20	33,5

Notas: P: participante; M: media.

La tabla 1 muestra que las subescalas con mayor media en el pretest en los 2 participantes fueron Interferencia en el trabajo normal con 8,5, Intensidad actual del dolor con 7 e Intensidad máxima del dolor con 6,5 en comparación con el posttest, en el cual se evidencia una disminución en Interferencia en el trabajo normal con una media de 7,5, Intensidad actual del dolor con 2 e Intensidad máxima del dolor con 6.

Al respecto de las puntuaciones globales pre y pos del CBD (ver figura 1) estas manifiestan resultados heterogéneos debido a que hubo una disminución en la percepción del dolor en uno de los participantes y por el contrario un aumento en el otro.

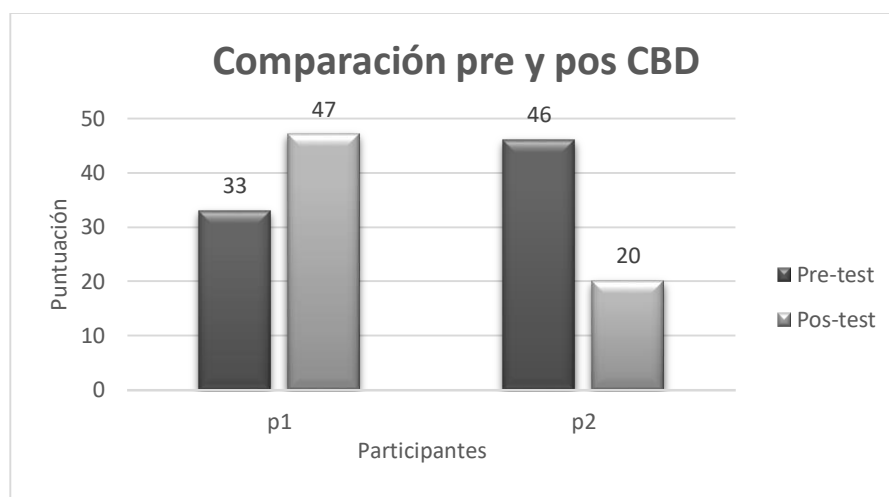


Figura 1. Comparación entre puntuaciones globales pre y pos del CBD del grupo de apoyo para el manejo de dolor crónico del CBA JPPII, durante el segundo semestre de 2019.

En la comparación entre medias pre y pos de las subescalas del CBD, se observa (ver figura 2) una disminución en la percepción de interferencia del dolor en la actividad general, en la capacidad de caminar y en el trabajo normal, por el contrario, hay un aumento en la interferencia con el estado de ánimo y la capacidad de diversión y se mantienen los valores para

relaciones interpersonales y sueño pues ellos afirman que en estas dos variables no interfiere el dolor.

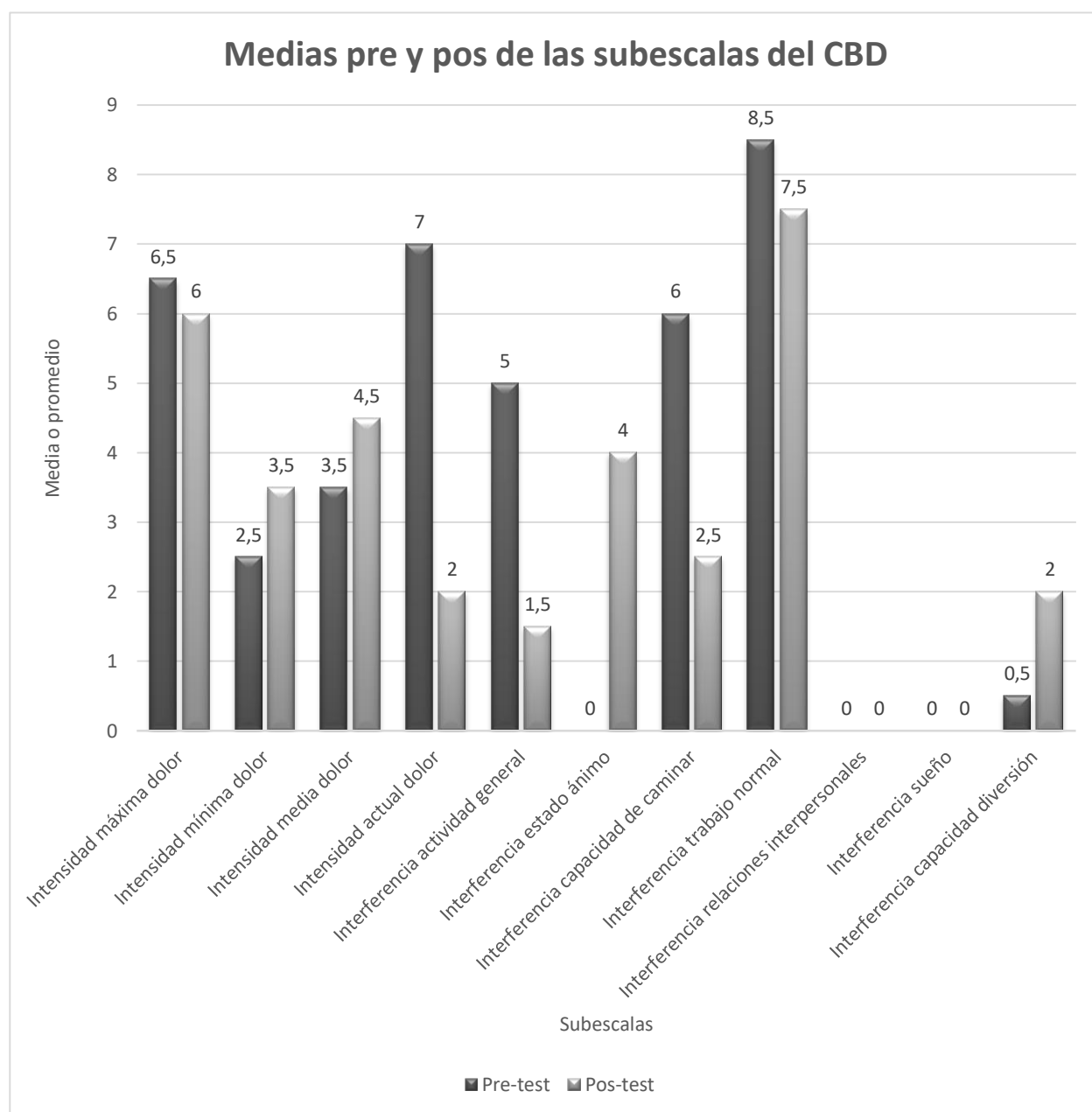


Figura 2. Comparación entre medias pre y pos de las subescalas del CBD del grupo de apoyo para el manejo de dolor crónico del CBA JPII, durante el segundo semestre de 2019.

En relación a la atención clínica individual se realizaron 4 asesorías psicológicas cuyas temáticas respectivamente son: sentimientos de tristeza y angustia, problemas de convivencia y manejo del dolor (ver figura 3).

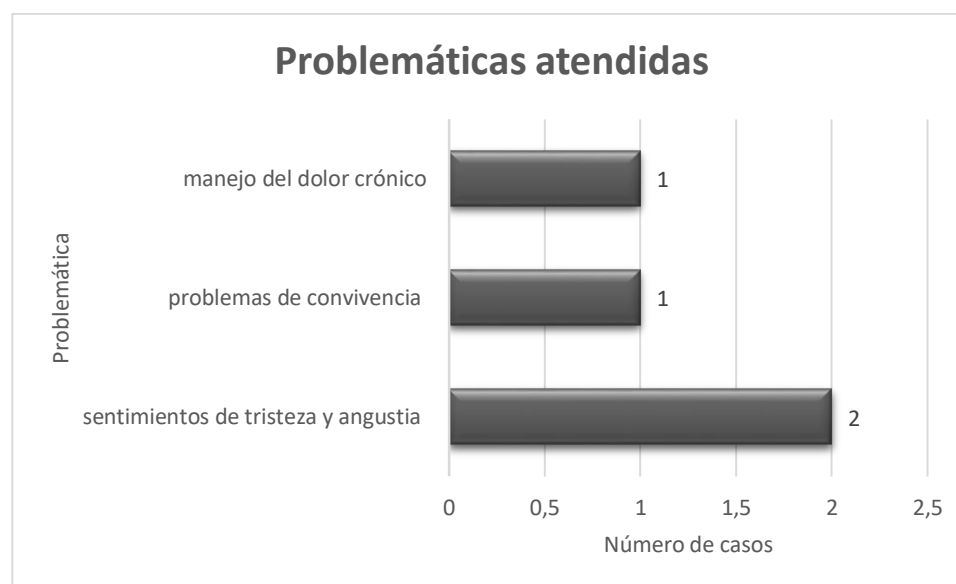


Figura 3. Problemáticas atendidas en el CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

En cuanto a la intervención grupal, se ejecutaron 13 talleres (ver figura 4) cuyo objetivo principal era la estimulación cognitiva de los residentes del centro, solo uno de estos tuvo como objetivo la disminución de estereotipos negativos en la vejez. En general, en la mayoría de talleres se evidenciaron resultados bastante heterogéneos en cuanto al desempeño de los gerontes, dentro de estos usualmente de dos a tres adultos mostraba una ejecución correcta y rápida, con un desempeño medio se mostraban la mayoría de los senescentes y en el extremo contrario de nivel bajo de ejecución, se encontraban aproximadamente de dos a cuatro participantes.

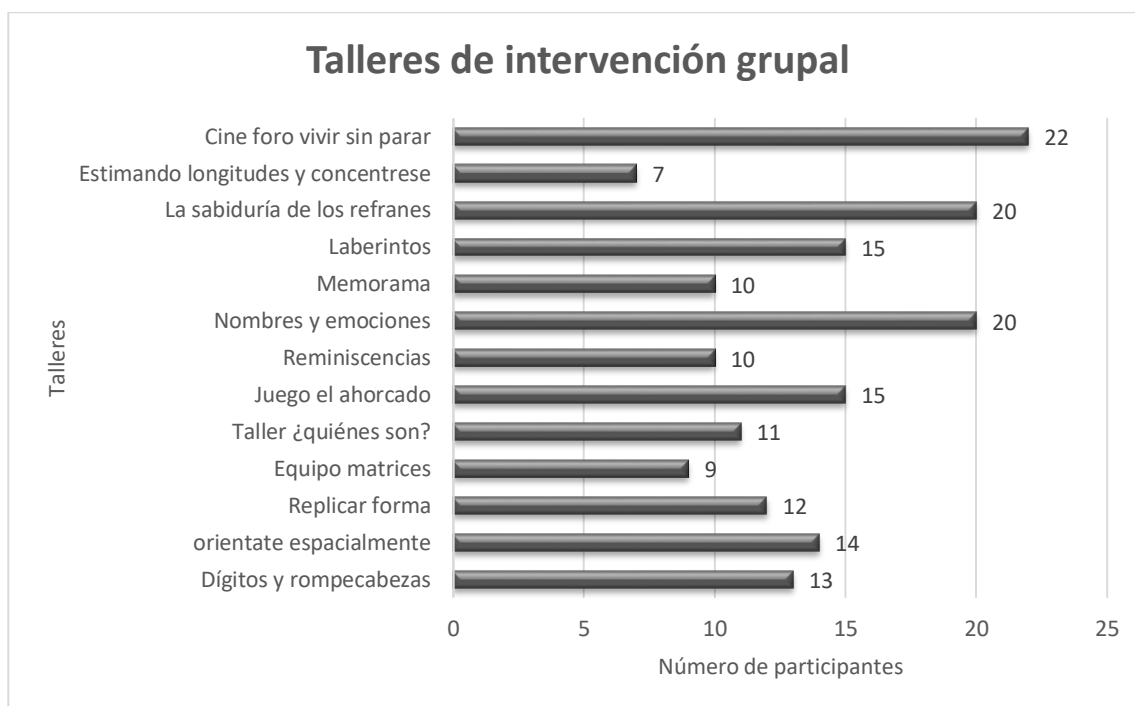


Figura 4. Participantes en talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

En la parte comportamental, se evidenció que las interacciones entre residentes se caracterizan por poseer poca paciencia entre ellos y poca afinidad por el trabajo en equipo. Las calificaciones que fueron otorgadas a los talleres por cuatro de sus asistentes se encuentran entre excelente y bueno e incluyen las dimensiones de contenido, claridad, pertinencia, aprendizaje y tiempo (ver figuras 5-16).

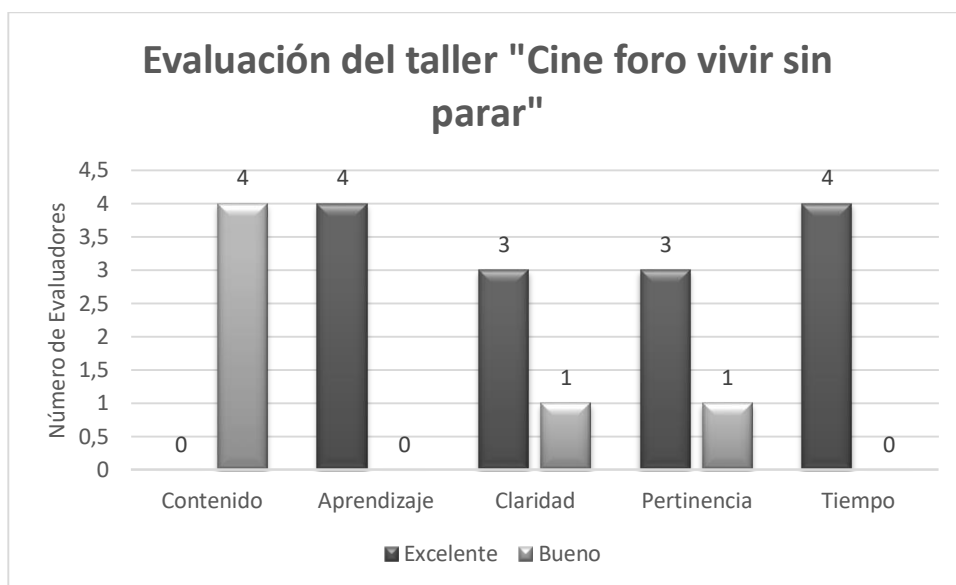


Figura 5. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

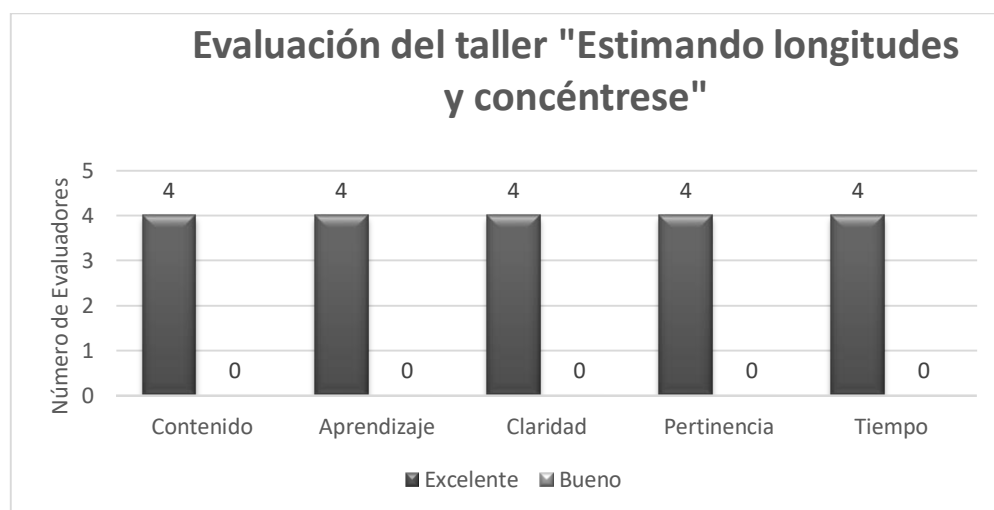


Figura 6. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

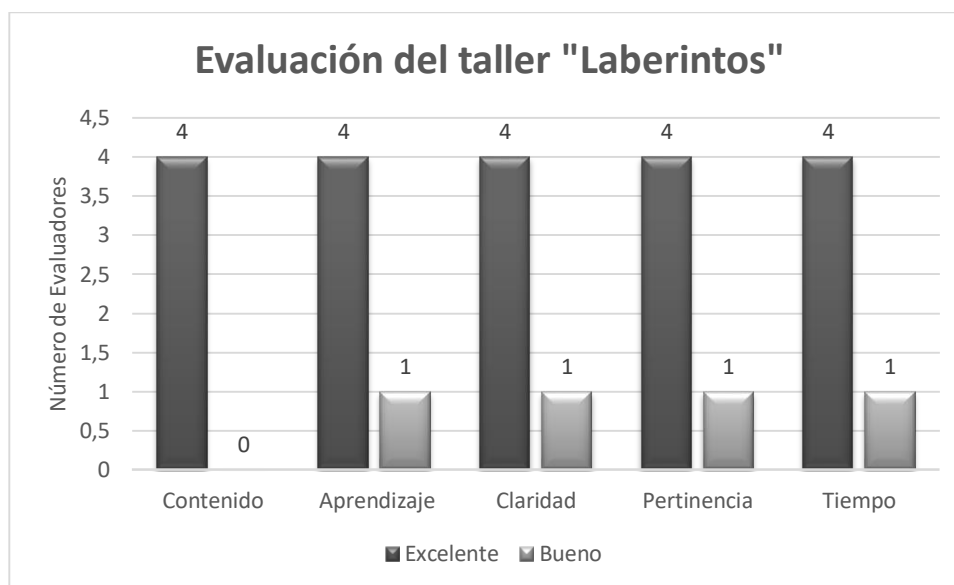


Figura 7. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

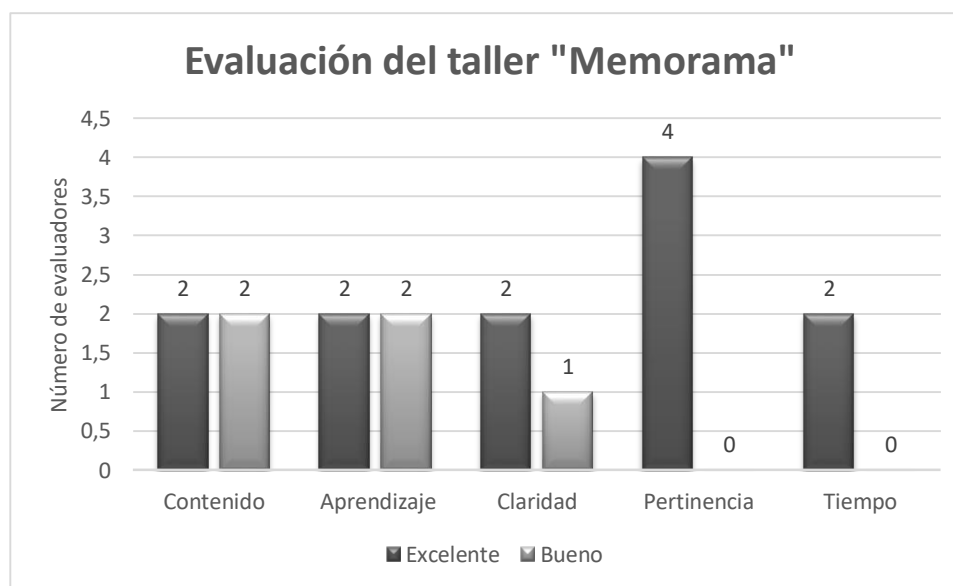


Figura 8. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

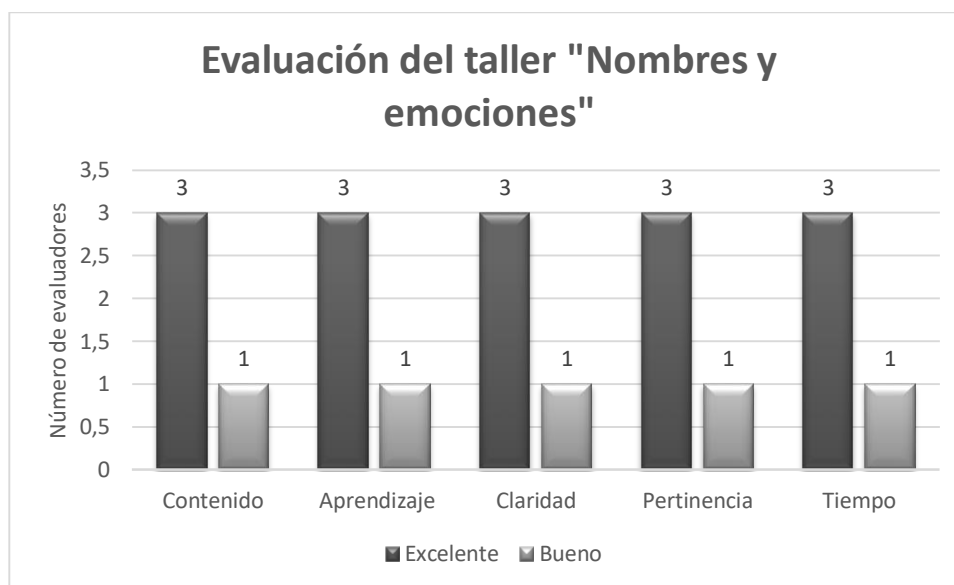


Figura 9. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

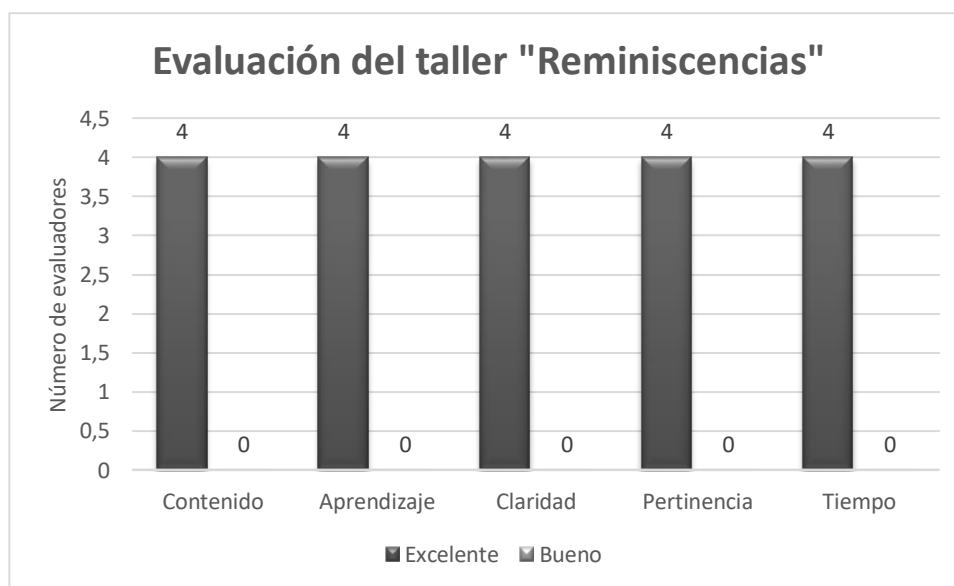


Figura 10. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

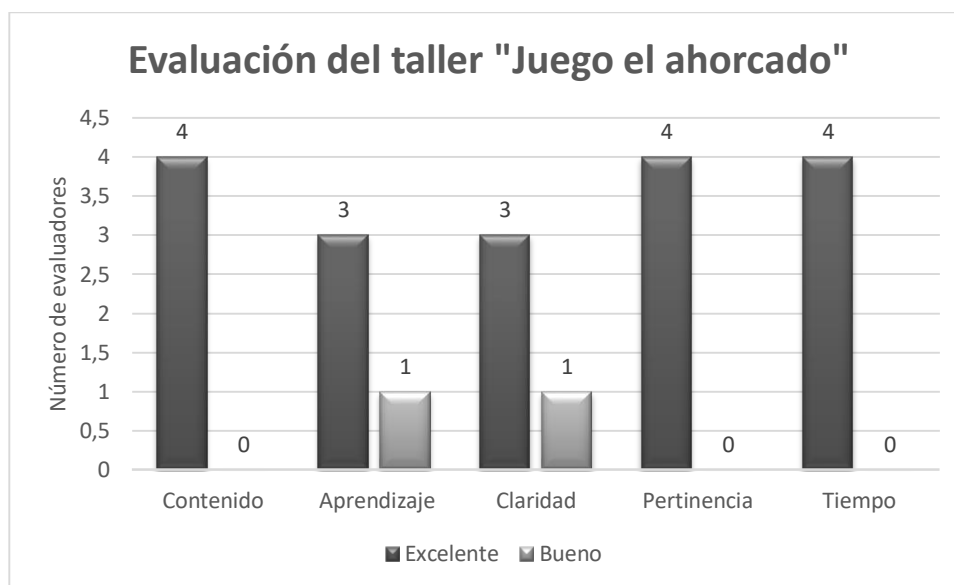


Figura 11. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

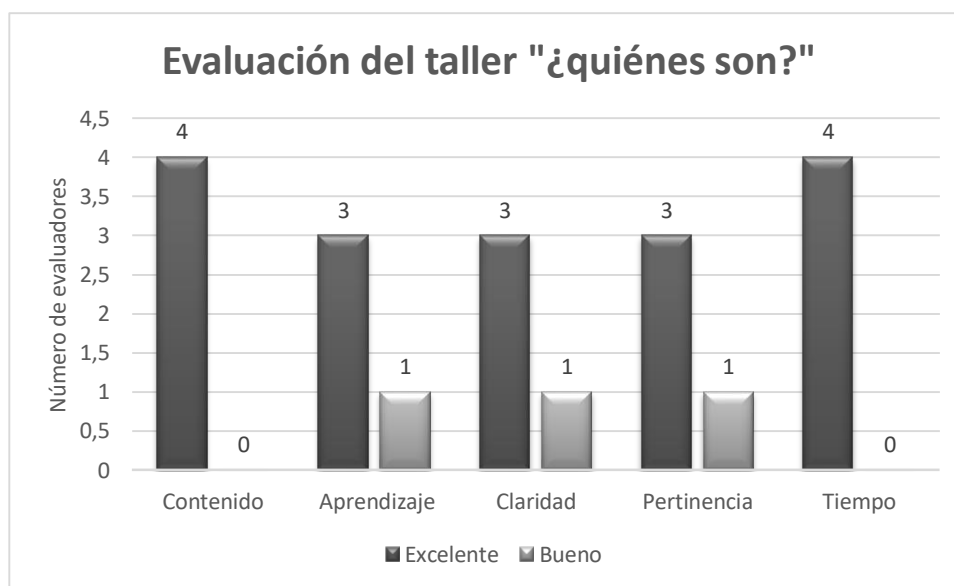


Figura 12. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

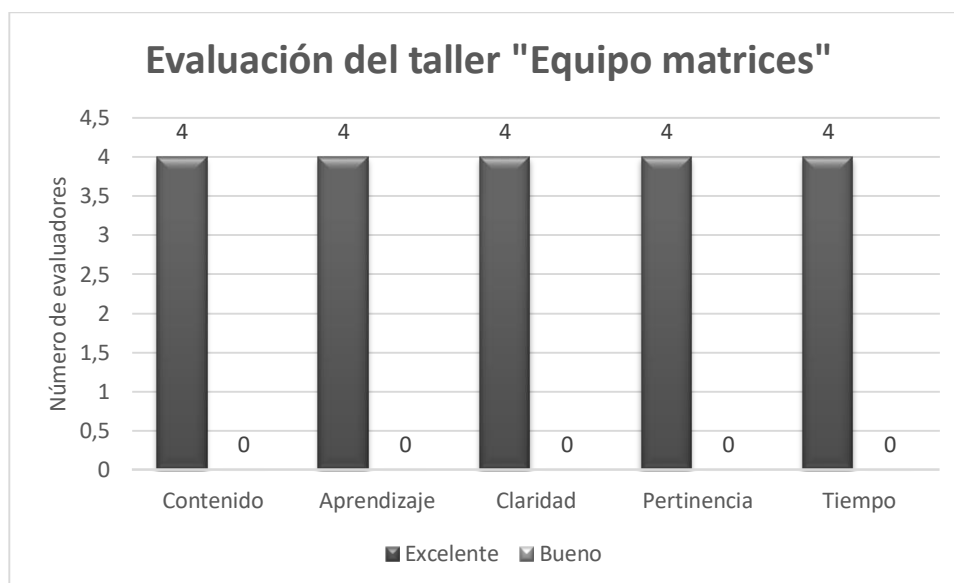


Figura 13. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

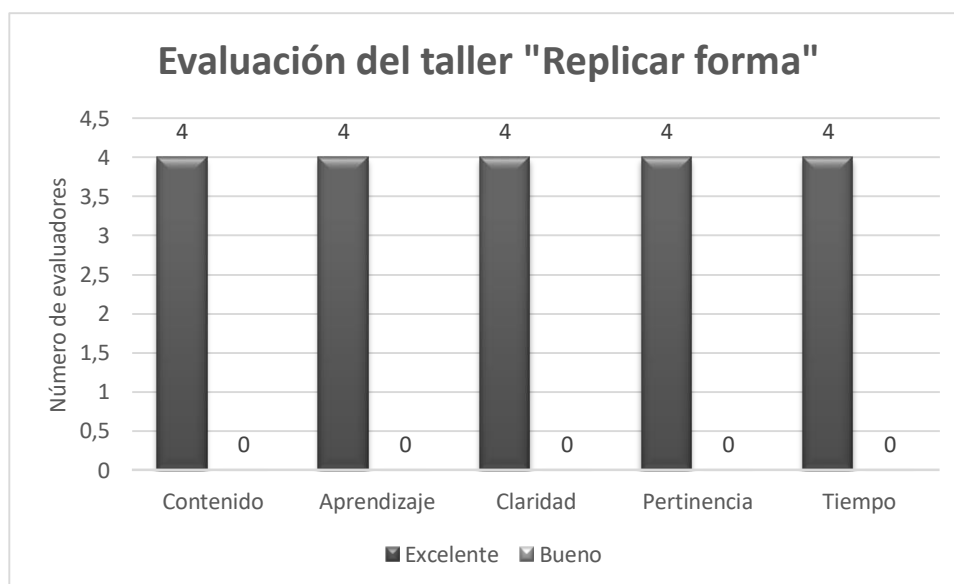


Figura 14. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

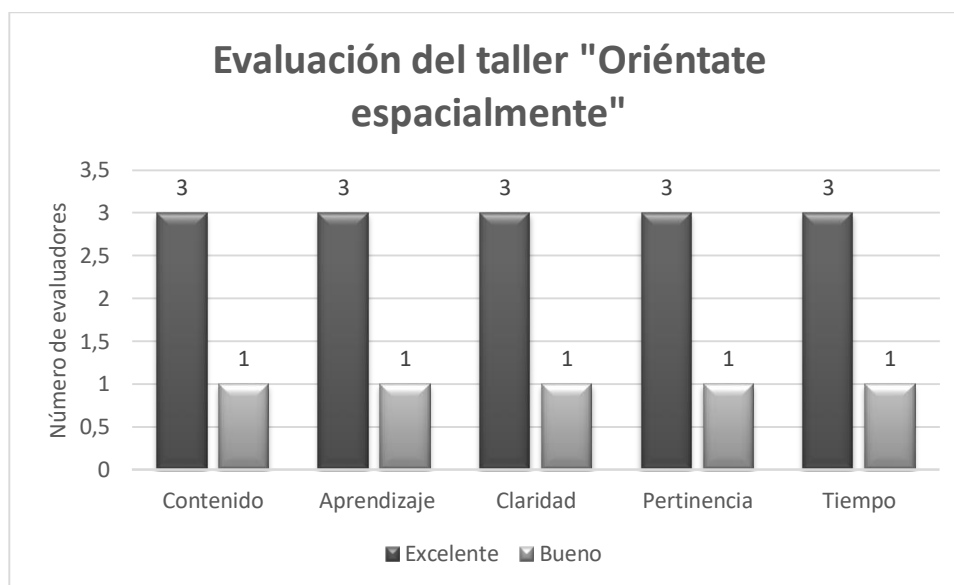


Figura 15. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

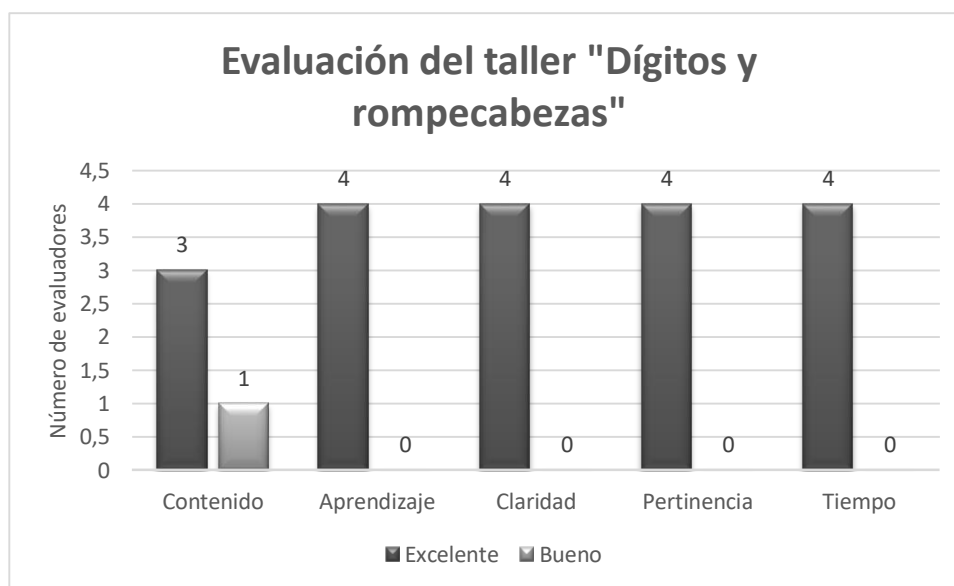


Figura 16. Evaluación de Talleres de intervención grupal del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

Para favorecer la agencia de autocuidado y habilidades de cuidado de adultos mayores dependientes, se efectuaron 2 talleres (ver figura 17) a los funcionarios del CBA JPII que dependiendo de su cargo tienen mayor o menor contacto con los senescentes. Los talleres ofrecidos a los empleados fueron calificados por cuatro de sus asistentes como se detalla en las siguientes gráficas (ver figura 18 y 19).

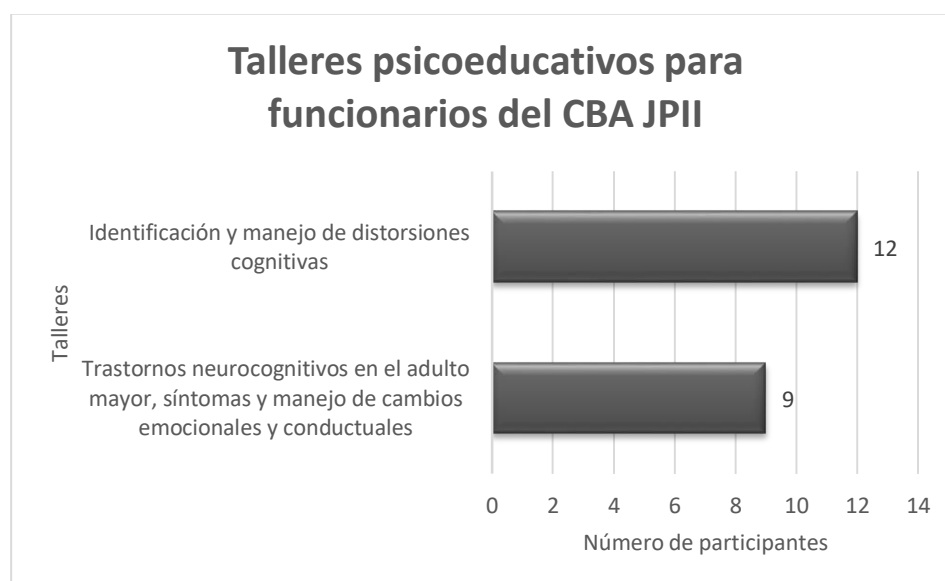


Figura 17. Talleres psicoeducativos en los funcionarios del CBA JPII, durante el segundo semestre de 2019.

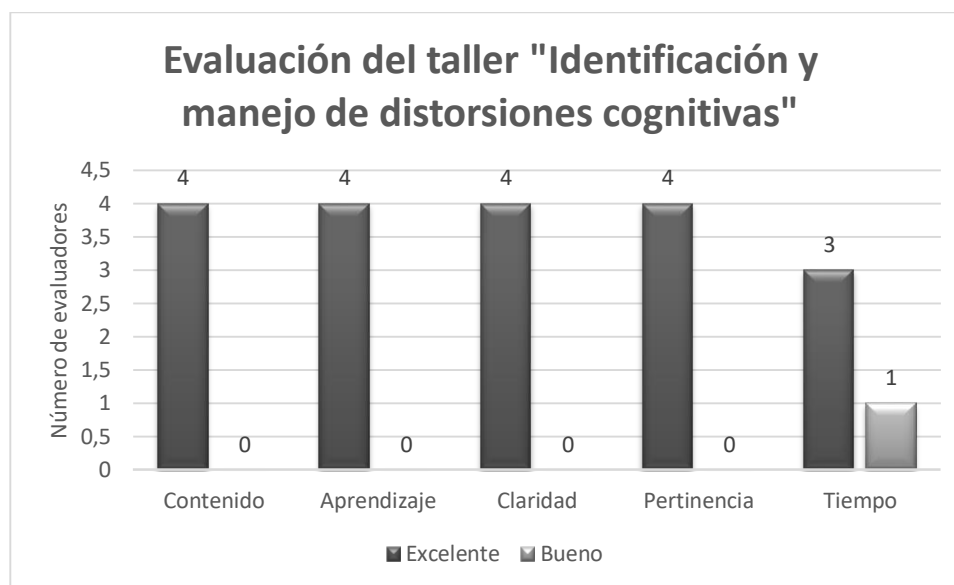


Figura 18. Evaluación de Talleres psicoeducativos en los funcionarios del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

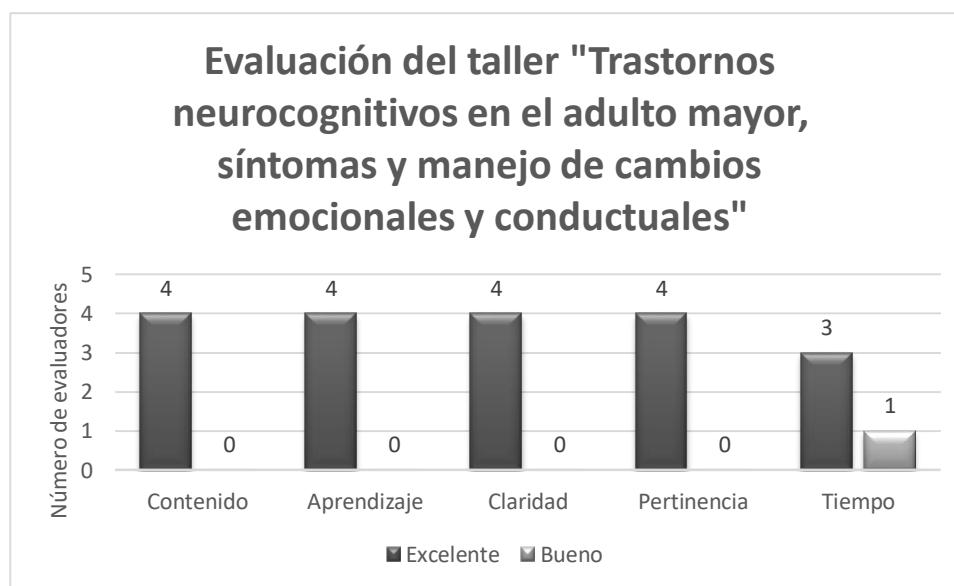


Figura 19. Evaluación de Talleres psicoeducativos en los funcionarios del CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019

La tabla 2, permite observar los resultados de las evaluaciones pre y pos del MMSE de los siete participantes en cada una de las subescalas con sus respectivas medias, los cuales posibilitan la medición de la efectividad del programa “Volver a empezar” de Tárraga et al.

Tabla 2. Puntuaciones del pre y pos test del MMSE

PRE-TEST									POS-TEST								
Subescalas	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	M	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	M	
Orientación temporal	0	1	0	1	5	3	3	1,86	1	0	0	0	2	3	3	1,29	
Orientación espacial	1	2	1	2	5	5	4	2,86	2	1	1	3	5	4	4	2,86	
Recuerdo inmediato	2	2	1	1	3	3	2	2,00	3	3	3	3	3	3	3	3,00	
Atención-cálculo	0	0	0	5	0	4	2	1,57	3	0	0	5	1	3	1	1,86	
Recuerdo diferido	0	0	0	0	2	0	3	0,71	0	0	0	0	3	3	3	1,29	
Lenguaje	3	4	8	9	6	7	6	6,14	6	6	7	8	6	8	6	6,71	
Puntos adicionales	2	1	2	2	2	2	2	1,86	2	1	2	2	2	2	2	1,86	
TOTAL	8	10	12	20	23	24	22	17,00	17	11	13	21	22	26	22	18,86	

La tabla 2 expone que las subescalas con menor media en el pretest en los siete adultos mayores fueron recuerdo diferido con 0,71, Atención-cálculo con 1,57 y Orientación temporal con 1,86, en comparación con el postest, en el cual se evidencia un aumento en recuerdo diferido con una media de 1,29, atención-cálculo 1,86 y una disminución en orientación temporal con 1,29.

Al respecto de las puntuaciones globales pre y pos del MMSE (ver figura 20) estas revelan que hubo un aumento de las puntuaciones en cinco de los participantes, encontrándose

que el programa “Volver a empezar” de Tárraga et al., sirvió no sólo para mantener el nivel cognitivo de los participantes, sino también para mejorarlo. Al respecto de los promedios por categoría se observa (ver figura 21) un aumento en recuerdo inmediato, atención-cálculo, recuerdo diferido y lenguaje y se observa una disminución en orientación (temporal y espacial).

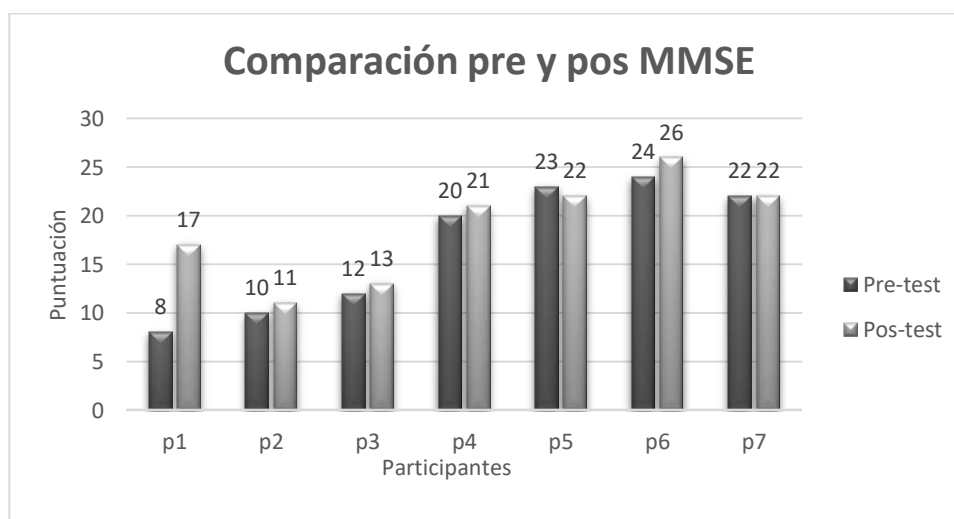


Figura 20. Comparación entre puntuaciones globales pre y pos del MMSE del programa “Volver a empezar” de Tárraga, et al. realizado en el CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

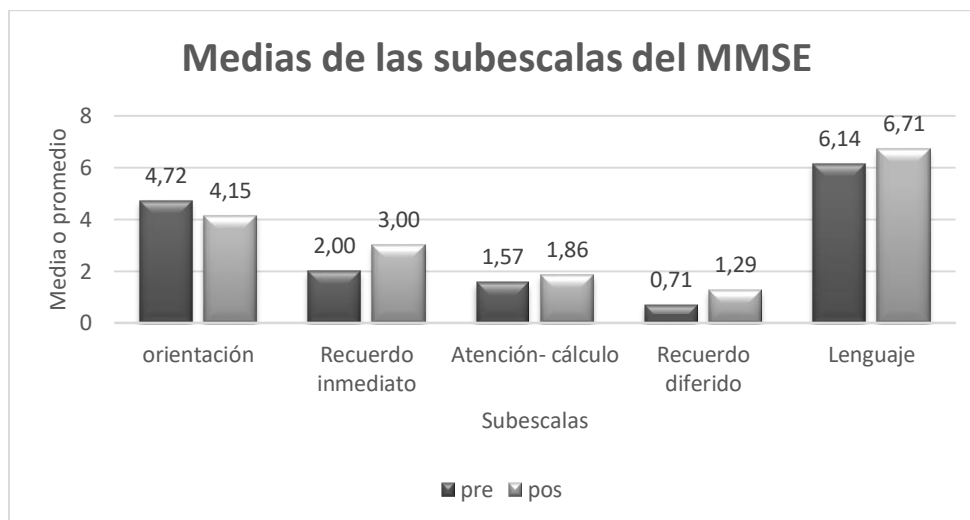


Figura 21. Comparación entre medias de las subescalas pre y pos del MMSE del programa “Volver a empezar” de Tárraga, et al. realizado en el CBA JP II, durante el segundo semestre de 2019.

Para finalizar, con respecto a las actividades satélites se realizaron ejercicios de estimulación cognitiva a través del ocio terapéutico, estimulación psicomotriz en gerontes con dependencia física y mental, también se gestionaron los grupos culturales de danzas del Servicio nacional de aprendizaje (SENA) y música para la celebración del día del adulto mayor, en la cual también se presentaron por esta misma gestión los grupos de tambores y de danza de la Casa de la Cultura Piedra del Sol-Sede Paragüitas en cuya actividad se brindó apoyo económico y logístico para su exitosa realización. En otras ocasiones se brindó apoyo logístico en diferentes actividades de la institución gerontológica, así como en el paseo del mes del amor y la amistad realizado en la sede recreativa de la policía.

Capítulo 7

Discusión

El grupo de apoyo para fortalecer la capacidad de afrontamiento al dolor, tuvo un resultado heterogéneo, el cual se puede explicar debido a que el CBD es un instrumento que evalúa la percepción del dolor en las últimas 24 horas; lo que no permite obtener una percepción de este que abarque todo el proceso realizado en el grupo de apoyo, (Almendro et al., 2011) así mismo, por esta característica si la persona ha tenido un episodio de dolor fuerte en las últimas 24 horas afectará e incrementará los puntajes de la percepción del dolor.

Concerniente a la dimensión reactiva del CBD (interferencia que produce en la vida del paciente) se observa una disminución del promedio en la percepción de interferencia del dolor en la actividad general, en la capacidad de caminar y en el trabajo normal, por el contrario, hay un aumento en la interferencia en el estado de ánimo y la capacidad de diversión y se mantienen los valores para relaciones interpersonales y sueño pues ellos afirman que en estas dos variables no interfiere el dolor. Como se puede notar, la interferencia del dolor solo aumentó en dos subescalas de siete en total, lo que demuestra que el grupo de apoyo contribuyó al cumplimiento del objetivo del programa de Almendro et al., el cual era “proporcionar estrategias de afrontamiento a los pacientes ante los sentimientos y pensamientos negativos relacionados con el dolor, además de promover una posición como agentes activos frente a la enfermedad” (p.213, 2011), lo cual se evidencia también en el estudio de Franks, Cronan y Oliver (2004), quienes afirman que una persona con dolor crónico al comunicarse y compartir experiencias con otros individuos mejora su capacidad de afrontamiento, facilita la aceptación (Kohl y Glombiewski, 2013) y el uso de estrategias para el manejo del dolor.

Factores físicos como dificultad en el acceso a citas médicas de control, no actualización de la fórmula de las gafas y problemas familiares son limitaciones que no contribuían al desarrollo efectivo del Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo de Almendro et al., en uno de los participantes, debido a que como ya se ha expresado el dolor es multifactorial; tiene componentes físicos, psicológicos y sociales (Moix, y Kovacs, 2009).

Se comprueba en la práctica que la mayoría de problemáticas en la vejez están relacionadas con sentimientos de angustia y tristeza (Reyes, 1996), por lo tanto, en todos los casos de acuerdo a la literatura (Hernández, 2005) se recomendó realizar las diferentes actividades artísticas, recreativas y psicológicas que ofrece el centro de acuerdo a los intereses del adulto mayor, así como, el continuar relacionándose activamente con sus compañeros, acciones que subsecuentemente traen consigo satisfacciones (Hernández, 2005).

En lo concerniente a la intervención grupal es importante destacar que enfocar la mayoría de talleres en una sola temática, trae consigo ventajas tales como; el dominio, entrenamiento y mejora del tema específico a tratar, en este caso la “estimulación cognitiva” y con este “la preservación de la autonomía” para los senescentes (Madrigal, 2007, p. 9). Durante el servicio social se ha evidenciado que existen limitaciones; entre estas que los demás talleres que realizan profesionales y estudiantes de diferentes disciplinas poseen una baja dificultad de ejecución o no están relacionados con el mantenimiento o mejoramiento de la mayoría de funciones cognitivas, lo que hace que ante tareas más exigentes en algunos casos el geronte se frustre, se rinda o se retire de la actividad. Para contrarrestar estas limitaciones se ha acudido a, realizar las actividades en grupo; iniciar los ejercicios desde una dificultad mínima; repetir las instrucciones;

explicar individualmente y por supuesto actitud de complicidad por parte del profesional (Almendo et al., 2011) para evitar el abandono de este tipo de actividades por parte de los gerontes.

Aunque las capacitaciones; definidas por Parra y Rodríguez (2016) como un “proceso en el que una empresa busca que sus empleados obtengan habilidades y destrezas necesarias para el desempeño en el cargo donde se impulsa el aprendizaje de sus colaboradores...” (p.134), con los trabajadores de las organizaciones usualmente son difíciles de programar y llevar a cabo, las dos que se efectuaron y a través de la encuesta de satisfacción se logró mostrar el efecto positivo que causaron las temáticas tratadas tal como se evidenció en la evaluación cuantitativa y cualitativa de los talleres, observándose a su vez la necesidad de algunos de tratar temas de enriquecimiento personal y personalidad. Los resultados cualitativos de los talleres psicoeducativos realizados con los empleados del CBA JP II, muestran que los temas tratados han sido identificados como claves para su bienestar psicológico y serán de ayuda para enfrentarse de manera efectiva ante las conductas y emociones de los residentes con trastornos neurocognitivos mayores y leves.

El programa “Volver a empezar” de Tárraga et al. (1999) se mostró efectivo porque cumplió su objetivo que es “restaurar habilidades cognitivas, enlentecer la progresión del deterioro y mejorar el estado funcional del enfermo con demencia...” debido a que el resultado promedio del MMSE en la evaluación inicial fue de 17/30 puntos y en la segunda evaluación correspondió a 18,86/30 puntos, se demostró un aumento de aproximadamente dos puntos. Específicamente se observa un aumento general en las subescalas de recuerdo inmediato, atención-cálculo, recuerdo diferido y lenguaje, a su vez, se observa una disminución discreta en orientación (temporal y espacial), comprobando que el uso de estrategias no farmacológicas,

como son los programas de estimulación cognitiva para mantener y retrasar el deterioro cognitivo son eficaces (Riaño y Moreno, 2012).

En la categoría de recuerdo inmediato se encontró una mejora en el 100% de los participantes, en cambio, en recuerdo diferido la mejora solo se observa en aquellos participantes que no están diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer. Los resultados del pretest concuerdan con lo mencionado por Glisky, el cual advierte que la memoria y la atención son las esferas cognitivas que primero se ven afectadas (como se citó en Salech, Jara, y Michea, 2012). En los Enfermos de Alzheimer desde una fase temprana, la memoria episódica (Kasper et al., 2016) se empieza a ver afectada, lo cual explica que ninguno de ellos hubiera obtenido una mejora en esta categoría en particular, a diferencia de sus compañeros no diagnosticados.

En relación al resultado que aproximadamente duplica las puntuaciones en el MMSE del primer participante, el programa “volver a empezar” confirma que “a menudo, sorprenden a familiares y técnicos la recuperación de habilidades que parecían perdidas” (Tárraga et al., 1999) también afirma que “las personas con demencia mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, un potencial de plasticidad cognitiva, de aprendizaje o capacidades de reserva que pueden ser desarrollados y estimulados a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio” (Tárraga et al., 1999).

Capítulo 8

Conclusiones

Al evaluar el dolor, es preferible buscar un instrumento que no indague la percepción de este en un margen tan limitado de tiempo (24 horas), como el CBD, pero que si posea las dimensiones sensorial y reactiva (interferencia en la vida del paciente).

El grupo de apoyo basado en el programa de Almendro et al. (2011) se mostró eficaz para el manejo del dolor crónico en adultos mayores.

La asesoría psicológica individual y el programa grupal de estimulación cognitiva en los gerontes se ratifica como una herramienta relevante en el favorecimiento de la salud mental de los gerontes.

Los resultados de las evaluaciones de los talleres psicoeducativos realizados a los funcionarios de la institución confirman la importancia de estos, para contribuir con la salud mental de ellos y de los residentes del CBA.

Para finalizar, el programa “Volver a Empezar” de Tárraga et al., demostró efectividad en restaurar, mantener y enlentecer el deterioro de las funciones cognitivas en residentes con trastorno neurocognitivo leve o puntuación 4 en la escala de deterioro global (GDS) y trastorno neurocognitivo moderadamente grave o puntuación 6 en la GDS.

Capítulo 9

Sugerencias y recomendaciones

Se sugiere que los practicantes de psicología y estudiantes que estén cursando su servicio social, además de las herramientas que utilizan para el diagnóstico inicial de necesidades de la institución, también empleen pruebas o test psicológicos de las problemáticas que con más frecuencia necesitan de atención en una institución gerontológica, con el objetivo de conocer específicamente los aspectos a mejorar de la comunidad que será beneficiada.

Se aconseja que, en la intervención del dolor crónico, el abordaje sea interdisciplinario en pro de una visión integral del adulto mayor. También es importante que en futuras intervenciones de este tipo se evalúen otras variables que afectan el desarrollo y los resultados del programa de dolor, como apoyo e integración social.

Se recomienda implementar una valoración psicológica regular con el fin de detectar las problemáticas psicológicas más frecuentes en los adultos mayores, así como la identificación y seguimiento del nivel cognitivo de cada uno de ellos, situación que a su vez facilitará el acercamiento de los gerontes al servicio de psicología de la institución abriendo un espacio para que ellos puedan expresar algunas de sus emociones y pensamientos con mayor facilidad.

Ahora bien, por cada una de las temáticas a tratar en el servicio social, deben desarrollarse diferentes estrategias tales como campañas, talleres y encuentros que permitan la apropiación, cambio de conductas y esquemas cognitivos en los adultos mayores durante todo el tiempo que dure la práctica, es decir, se sugiere que la duración de estas estrategias sea prolongado en pro de conseguir los cambios planteados previamente, debido a que si se realiza

un único encuentro por tema, el practicante solo estaría entregando información y probablemente no generaría ningún cambio.

Se sugiere que en relación a las actividades para mejorar las funciones cognitivas exista un acuerdo entre profesionales y estudiantes de diferentes disciplinas que laboran en el CBA JP II que procure mantener un nivel de dificultad medio en cada una de estas, para promover una mejora constante de los procesos psicológicos del senescente.

Para finalizar, es importante que haya continuación en el menor tiempo posible de los diferentes programas realizados en la institución para evitar que los logros alcanzados desaparezcan o se disminuya el grado de mejoría alcanzado.

Referencias

- Acuña, J., y Olivares, A. (2014). Dolor en el paciente de la tercera edad. *Revista Médica Clínica las Condes*, 25(4), 674-686. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-el-paciente-tercera-edad-S0716864014700896>
- Almendo Marín, M. T., Clariana Martín, S. M., Hernández Cofiño, S., Rodríguez Campos, C., Camarero Miguel, B., y Río Martín, T. D. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 213-227. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000200003&script=sci_arttext&tlng=en
- Ancona, L. (1980). *Enciclopedia Temática de Psicología*. Barcelona: Editorial Herder.
- Arango, D. C., y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a15.pdf>
- de Andrés Ares, J., Cruces Prado, L. M., Canos Verdecho, M. A., Penide Villanueva, L., del Valle Hoyos, M., Herdman, M., ... y Velázquez Rivera, I. (2015). Validation of the Short Form of the Brief Pain Inventory (BPI-SF) in Spanish Patients with Non-Cancer-Related Pain. *Pain Practice*, 15(7), 643-653. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/papr.12219>
- Bordin, E. (1975). *Asesoría Psicológica*. México: Editorial Trillas.

- CELADE. (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Departamento Nacional de Estadística. (2005). Censo general 2005 República de Colombia población adulta mayor. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/censos/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf
- Franks, H.M., Cronan, T.A. y Oliver, K. (2004). Social support in women with fibromyalgia: Is quality more important than quantity? *Journal of Community Psychology*, 32(4), 425-438. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jcop.20011>
- Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social-comunitaria. En Fernández, I., Morales J. F., y Molero, F. Psicología de la intervención comunitaria, pp 129-165. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Hernández Zamora, Z. (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7 (2), 79-100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80270206.pdf>
- IASP. (1979). "Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage", *Pain*, 6: 249-252.
- Juárez-Adauta, S. (2012). Clima organizacional y satisfacción laboral. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(3), 60-75. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4577/457745495014>

Kasper, D. L., Hauser, S., Jameson, J., Fauci, A., Longo, D. y Loscalzo, J. (Ed.). (2016).

Harrison: Principios de Medicina Interna, 19ª Edición. (Vol. 2) México, D.F.:

McGraw-Hill Interamericana de España.

Kohl, A., Rief, W., y Glombiewski, J. (2013). Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *The journal of pain*, 14(3), 305-315.

López García A., López Bueno L. y Ariño Jordán C. (2002). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programas de rehabilitación psicofuncional en Centros de Día GERISER. *Revista Geriatrika*, 2002; 18(4): 18-21. Recuperado de <https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf>

Madrigal, L. M. J. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista cúpula*, 4-14. Recuperado de <https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf>

Minsalud. (2017). Boletín de salud mental, Demencia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-demencia-salud-mental.pdf>

Moix, J. y Kovacs, F. M. (2009). Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico. Barcelona: Paidós.

Nowrangi M.A., Rao V. y Lyketsos C.G. (2011). Epidemiology, assessment and treatment of dementia. *Psychiatr Clin North Am*, 34(2):275-94. doi: 10.1016/j.psc.2011.02.004.

Organización Mundial de la salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la salud. (2018). Constitución de la OMS: principios. Recuperado de <http://www.who.int/about/mission/es/>

Parra-Penagos, C., y Rodríguez-Fonseca, F. (2016). La capacitación y su efecto en la calidad dentro de las empresas. *Rev.investig.desarro.innov*, 6(2), 131-143.
doi:<http://dx.doi.org/10.19053/20278306.4602>

Rebollar, R., y Palacios, M. (2015). Escalas de Valoración de Dolor. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/321462394_Escalas_de_Valoracion_de_Dolor

Reyes. L. (1996). Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia, México.

Riaño, J. R., y Moreno, D. M. B. (2012). Beneficios de un programa de estimulación cognoscitivo/comunicativo en adultos con deterioro cognitivo moderado derivado de demencia. *Areté*, 12(1), 128-139. Recuperado de <https://ibero-revistas.metabiblioteca.org/index.php/arete/article/view/362>

Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., y Camacho, M. (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurol*, 30(5), 428-32. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/331125372_El_examen_mental_abreviado_Mini-](https://www.researchgate.net/publication/331125372_El_examen_mental_abreviado_Mini-Mental_State_Examination_como_prueba_de_tamizaje_para_el_diagnostico_de_demen)
[Mental_State_Examination_como_prueba_de_tamizaje_para_el_diagnostico_de_demen](https://www.researchgate.net/publication/331125372_El_examen_mental_abreviado_Mini-Mental_State_Examination_como_prueba_de_tamizaje_para_el_diagnostico_de_demen)
[cia_estudio_poblacional_colombiano](https://www.researchgate.net/publication/331125372_El_examen_mental_abreviado_Mini-Mental_State_Examination_como_prueba_de_tamizaje_para_el_diagnostico_de_demen)

- Salech, M. F., Jara, L. R., y Michea, A. L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702699>
- Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Doménech, S., y Llorente, A. (1999). Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Van-der Hofstadt, C. J., y Quiles, M. J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad española del Dolor*, 8(7), 503-510. Recuperado de http://sid.usal.es/idsocs/F8/ART13043/dolor_cronico_intervencion_terapeutica.pdf

Anexos

Anexo 1

Asesorías psicológicas informales en el CBA JP II

Fecha	Iniciales	Motivo de consulta	Recomendaciones
13/07/2019	B.G.	“Me siento triste porque la hermana ayer me jaló del brazo y me sacó de la cocina, sin decirme por qué lo hizo”.	Continuar realizando las labores de apoyo en el CBA JP II, que ha venido realizando hasta ahora, sin que este incidente afecte su deseo de hacerlo, así como, comunicarse de manera asertiva con sus compañeros y empleados del Centro, para disminuir las distorsiones cognitivas.
15/07/2019	S.R.	“Mi nieto lleva bastante tiempo perdido y nada que aparece, nos contaron que lo vieron pero no nos llamaron inmediatamente, eso me angustia, yo en parte por eso me salí de la casa para alejarme de los problemas”	Continuar participando de las actividades artísticas, recreativas y psicológicas que ofrece la institución, así como en las actividades de apoyo al servicio de lavandería de la institución. En cuanto a los familiares se debe realizar psicoeducación para evitar comunicarle la mayoría de problemas a la adulta mayor, así como indicarles el uso del tacto necesario cuando sea de obligatoriedad contarle algún suceso problemático importante para la familia.
17/07/2019	H.A.	Es remitido por el psicólogo de la institución debido a que él refiere que el geronte agrede verbalmente a algunos enfermeros, también les arroja un vaso de agua y estas acciones son debidas a que uno de sus compañeros no se cambia en el baño, sino al lado de la cama, lo que provoca en H.A. estas reacciones	Realizar actividades de ocio terapéutico, junto con asesorías psicológicas que le permitan hallar una cadena de pensamiento, emoción y conducta adaptativas. También explicar las condiciones de salud mentales por las cuales atraviesa su compañero.

19/09/2019	N.M.	“Me caí y me golpeé muy fuerte en la cara, a pesar de los medicamentos y pomadas todavía siento dolor”	Realizar ejercicios de respiración abdominal, para favorecer la disminución de la tensión muscular y por consiguiente disminuir el dolor, se le asesora para que focalice su atención en otras actividades artísticas recreativas y psicológicas que se realizan en el CBA JP II para alejar su foco atencional de las sensaciones nociceptivas que posee actualmente, así como conversar y relacionarse con sus compañeros, con este mismo propósito.
------------	------	--	--

Anexo 2

Cine foro “Vivir sin Parar”

Actividad Lúdico-educativa

Título del taller o actividad: Cine foro “Vivir sin Parar”

Fecha: 28 de junio de 2019

Objetivos:

Disminuir los estereotipos negativos que tienen los adultos de ellos mismos.

Duración de la actividad: 2 horas y 30 minutos

Materiales e instrumentos:

Película “Vivir sin parar”

Video beam, computador portátil, baffle.

Participantes: 22 adultos mayores

Lugar: Centro de Bienestar del Anciano Juan Pablo II

Descripción: Se proyectará la película alemana “vivir sin parar” y posterior a esto se realizarán preguntas de reflexión.

Metodología: se proyectará la película “vivir sin parar”, como introducción a esta se les explicará que al final de la película se van a realizar unas preguntas de reflexión y que deben estar

pendientes de lo que le está sucediendo al protagonista y sus reacciones. Cuando esta termine se procederá a realizar las siguientes preguntas de manera grupal: ¿Qué aspectos o estereotipos negativos se evidencian acerca de la vejez en la película?, ¿qué crees que representa la victoria de Paul en la carrera contra el enfermero, para sus otros compañeros del asilo?, ¿qué acciones te gustaría emular o copiar del protagonista de la película?, con la respectiva socialización de algunas respuestas para el enriquecimiento de los conceptos de los adultos mayores, llevado a cabo por parte de la practicante. Para finalizar se hará la respectiva evaluación de la actividad y se les agradecerá por su participación.

Resultados: se reprodujo la película, “vivir sin parar”, y se hicieron las preguntas a los adultos mayores. Al hacer las preguntas, se evidenció en los tres adultos mayores que contestaron que su respuesta no concordaba con la pregunta, era muy general y poco específica, tenían poca fluidez verbal y hay un caso de una adulta mayor que comprendía y respondía de manera correcta las preguntas, pero debido a una posible disartria la mayoría de las personas no logra entenderla. Para terminar, fue evaluado el contenido como bueno por 4 personas, la pertinencia por 3 de manera excelente y uno la calificó como buena, el aprendizaje recibido fue calificado como excelente por las 4 personas, la claridad contó con 3 excelente y un bueno y el tiempo fue percibido como excelente, como sugerencia desean observar temáticas parecidas a la que se proyectó en futuras películas.

Anexo 3

Taller: Estimando longitudes y Concéntrese

Taller de estimulación cognitiva.

Título del taller o actividad: Estimando longitudes y Concéntrese

Fecha: 03/07/2019

Objetivos:

Entrenar la memoria y la atención a través del juego de Concéntrese.

Entrenar las funciones ejecutivas a través de la estimación de longitudes. (conjunto de habilidades implicadas en la generación, la supervisión, la regulación, la ejecución y el reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos).

Duración de la actividad: 90 minutos.

Materiales e instrumentos:

Papel, tijeras.

Juego concéntrese.

Participantes: 7 participantes

Lugar: cuarto piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: Para la estimación de las longitudes se les pedirá que calculen diferentes medidas y se les otorgará un premio al que calcule la medida de manera más acertada. En el concétrese, la idea es que en cada equipo formen parejas.

Metodología: Para iniciar se hizo la convocatoria a los adultos más funcionales, debido a que la actividad requería de un mínimo nivel cognitivo, esta se realizó invitándolos individualmente uno por uno. Ya en la actividad se inició pidiéndoles que doblaran las tres hojas entregadas y que luego las cortaran por las líneas de los dobleces, posteriormente se inició la estimación de longitudes con 10, 15, 20,25 y 13 cm; a medida que ellos hacían la estimación, la psicóloga corroboraba con un metro que tan acertada había sido la estimación y al que lo hiciera lo más cerca posible de la medida, se le alentaba con un premio. En la actividad del concétrese se dividió el grupo en dos equipos de 3 personas cada uno, por cada oportunidad el equipo intentaba formar parejas y obtener los puntos necesarios para la victoria.

Resultados: para la primera actividad, todos siguieron las instrucciones paso por paso, luego cada uno iba estimando los centímetros en los recortes y en la primera ronda de medición de 10 cm, ninguno acertó, en las siguientes cada uno fue mejorando y uno por uno fueron acertando, uno de los adultos mayores acertó en tres ocasiones, finalmente se puede concluir que todos los adultos mayores mostraron una favorable capacidad ejecutiva. En la segunda actividad, se evidenció un bajo nivel de entrenamiento de la memoria, por lo tanto, se debió ayudar y dar una imagen de la pareja, para que ellos buscarán la otra imagen idéntica, además también se les debió prestar ayuda adicional no destapando las imágenes que nombraban, de esta manera cada equipo logró obtener un punto. Los resultados de la evaluación son, las 4 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo.

Anexo 4

Taller: La sabiduría de los refranes

Taller de estimulación cognitiva.

Título del taller o actividad: La sabiduría de los refranes.

Fecha: 27/06/2019

Objetivos:

Entrenar la memoria semántica en los adultos mayores.

Fortalecer el trabajo de equipo de los adultos mayores.

Duración de la actividad: 1 hora

Materiales e instrumentos:

Hojas impresas con los refranes

Bolsas para depositar los refranes

Participantes 20 participantes

Lugar: segundo piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: En grupos se reunirán los adultos mayores para completar los refranes y explicarán el significado de algunos de ellos.

Metodología: se formarán grupos de cuatro personas; en una bolsa se depositarán refranes, que deberán completar uniendo las dos piezas de papel que completen el respectivo refrán, cuando completen la tarea, al final cada integrante del grupo debe explicar el significado de uno de los refranes que le correspondió. El grupo ganador será el que arme los refranes en el menor tiempo posible.

Resultados: Se formaron los grupos y en equipos resolvieron tres rondas de refranes en cada grupo de cuatro personas; el grupo que ganó se destacó por haber logrado dos de los puntos, la explicación que entregaron acerca de los refranes que les correspondieron tendió a ser un poco literal y su discurso no fue tan elocuente ni presentaba ejemplos de los refranes, dos grupos tuvieron dificultad en el apareamiento de estos, aunque de manera verbal si uno les enunciaba parte del refrán, ellos sin dificultad lo completaban y se debió ayudar a formar las parejas, además se evidenció que los adultos más funcionales incluían de manera activa en el ejercicio, a los que tenían algún tipo de dependencia física o mental y pertenecían a su grupo. Dentro de la evaluación del taller, 3 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo, una sola persona la calificó de buena en casi todos los ítems excepto en contenido que fue excelente. Comentaron que se sintieron a gusto y agradecidos por la actividad.

Anexo 5

Taller: Laberintos

Taller de estimulación cognitiva.

Título del taller o actividad: laberintos

Fecha: 22/07/2019

Objetivos:

Entrenar el proceso de planeación en el adulto mayor (función ejecutiva).

Duración de la actividad: 1 hora y 30 minutos.

Materiales e instrumentos:

Hojas impresas con los laberintos.

Colores.

Participantes: 15 participantes

Lugar: segundo piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: El juego consiste en lograr encontrar el camino que llevara a la salida del laberinto.

Metodología: Al iniciar se hará una breve descripción práctica de lo que es un laberinto real y que el objetivo que se persigue es salir de este, posteriormente se entregaran los laberintos de 5x5 que son los más sencillos, a los gerontes que vayan resolviendo este laberinto, se les entregará

el de 10 x 10, cuya dificultad es un poco mayor; hay tres estilos de laberinto con esta dificultad que será entregado uno a uno a medida que cada adulto mayor los vaya resolviendo.

Resultados: el laberinto de 5 x 5 fue resuelto por la mayoría de participantes, los gerontes más funcionales, que pueden realizar sus actividades de la vida diaria, y participan activamente en las actividades que ofrece la institución, lo resolvieron en el menor tiempo posible, los que no tenían tanta habilidad se demoraron un poco más, luego del laberinto de 5 x 5 se les pasó el de 10 x 10, que una de las adultas resolvió rápidamente, a algunos otros se les dificultó más la realización de éste, se tomaron más tiempo en resolverlo y eventualmente lo resolvieron, ellos reportaron que la actividad les pareció muy interesante y estaban muy atentos y determinados a encontrar la solución del laberinto. La evaluación del taller, dio como resultado que 3 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo, una sola persona la calificó de buena en casi todos los ítems excepto en contenido que fue excelente.

Anexo 6

Taller: El memorama

Taller de estimulación cognitiva.

Título del taller o actividad: El memorama.

Fecha: 15/07/2019

Objetivos:

Entrenar la memoria de trabajo de los adultos mayores.

Contribuir a la interacción entre adultos mayores más funcionales y adultos con dependencia física o mental.

Duración de la actividad: 1 hora

Materiales e instrumentos:

Cartas del juego “Uno”

Participantes: 10

Lugar: segundo piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: En grupos se ejercitará la memoria y se reunirán los adultos funcionales con aquellos que no son tan funcionales física y mentalmente.

Metodología: se formarán grupos de tres personas, se les entregarán 24 cartas que hacen pareja, el adulto funcional será el encargado de voltear las cartas que los otros dos gerontes escojan y si

forman una pareja, él debe retirarla y continuar con esta dinámica hasta completar todas las parejas.

Resultados: Cada uno de los grupos empezó por ubicar las cartas en filas de seis, para esta acción se debió ir por cada grupo y corregir la ubicación pues no era la indicada, posteriormente empezaron a hacer parejas, pero movían las cartas de su lugar original, así que se debió ir por grupo para explicar que se debían dejar en el mismo lugar encontrado, después de completar todas las parejas, realizaron el ejercicio nuevamente. La interacción entre adultos fue más fluida con aquellos que ya tienen una relación de amistad en el hogar y con aquellos adultos que son más pacientes. Dentro de la evaluación del taller, 2 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo, 2 personas la calificaron de buena en casi todos los ítems excepto en pertinencia que fue excelente.

Anexo 7

Taller: Nombres y emociones

Taller lúdico-educativo.

Título del taller o actividad: Nombres y emociones

Fecha: 02/07/2019

Objetivos:

Entrenar la memoria, atención, denominación y lenguaje en los adultos mayores.

Reconocer e identificar las seis emociones universales.

Conocer la diferencia entre emoción y sentimiento.

Duración de la actividad: 30 minutos.

Materiales e instrumentos:

Figuras con las seis emociones universales.

Micrófono y parlante.

Participantes: 20 participantes

Lugar: segundo piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: Se formarán dos hileras de sillas, cada hilera corresponde a un equipo, al dar ciertas órdenes verbales deberán realizar una acción e identificar la emoción que se les está pidiendo.

Metodología: En las dos hileras de sillas formadas por los adultos, cada una de estas corresponderá a un equipo, en la primera parte de la actividad se les dirá que cuando la psicóloga les toque el hombro y le diga atrás, deberán decir el nombre de su compañero que se encuentra

ubicado detrás de ellos, cuando diga adelante deberá decir el nombre del compañero que está adelante. En la segunda parte de la actividad, se les indicará que deben responder a qué emoción corresponde la figura que se les entregó, previamente ya se han explicado cada una de las emociones y hecho una práctica de prueba. El equipo ganador será aquél en que la mayor cantidad de adultos mayores nombre correctamente las emociones.

Resultados: para la primera parte de la actividad, se identificó que la mayoría de ellos no seguían la instrucción dada y respondían con su nombre, otros que poseen poco deterioro cognitivo, se equivocaron al decir el nombre de quienes le correspondían, de acuerdo a la instrucción y algunos pocos, lograron cumplir con la instrucción exitosamente. En la segunda parte del taller, al preguntarles por ejemplos de emociones respondieron: felicidad y tristeza; conocimiento que se amplió con el ejercicio. Al preguntarles a algunos por qué emoción estaban observando en las figuras, respondieron de manera incorrecta, a lo cual se les corrigió. Finalmente, tres acertaron y tres se equivocaron. La evaluación del taller dio como resultado que 3 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo, una sola persona la calificó de buena en todos los ítems.

Anexo 8

Taller: Reminiscencias

Taller de estimulación cognitiva.

Título del taller o actividad: Reminiscencias

Fecha: 29/07/2019

Objetivos:

Estimular la memoria episódica autobiográfica

Incentivar el lenguaje expresivo y comprensivo.

Duración de la actividad: 1 hora 10 minutos.

Participantes: 10 participantes

Lugar: segundo piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: Se solicitará a los adultos que recuerden un momento de su vida que signifique felicidad.

Metodología: se reunirán a los adultos en un círculo se les explicará las reglas de juego y se les pedirá que deben relatar a todos los presentes el día más feliz de su vida iniciando con la siguiente frase “mi día más feliz...” empezará el que se quede con la pelota después de jugar al tingo, tingo, tango y de esta manera todos hablarán a medida que se vayan quedando con la pelota.

Resultados: se inició explicando las reglas del taller, posteriormente se empezó con el juego “tingo, tingo, tango” y al que le cayó la pelota inició contando su historia, muchos de ellos empezaron a relatar toda su vida, y se les increpó para que explicaran exactamente cuál había

sido el mejor día de su vida, a lo que algunos dijeron que siempre eran felices y reconocieron que sus creencias religiosas eran muy importantes para estar en paz con la vida. A uno de ellos que tiene deterioro cognitivo se le dificultó decir exactamente cuál fue el mejor día de su vida y explicó de manera general; debido al deterioro que padece no se le pidieron más explicaciones, la atención se dispersó cuando empezaron a entregar la merienda y nuevamente debió enfocarse la concentración en la actividad. Al retomar la actividad los demás adultos pudieron reconocer un día en particular en que se consideraron muy felices, sus respuestas fueron: “cuando nació mi primer hijo”, “el día de mi primera comunión”, “cuando conseguí mi primer trabajo”, “cuando me casé”. La evaluación del taller, dio como resultado que 4 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo.

Anexo 9

Taller: Identificación y manejo de distorsiones cognitivas

Taller psicoeducativo para funcionarios.

Título del taller o actividad: Identificación y manejo de distorsiones cognitivas

Fecha: 23/07/2019

Objetivos:

Favorecer el reconocimiento de las distorsiones cognitivas.

Explicar las estrategias que contribuyen a la sustitución de interpretaciones erróneas de la realidad.

Duración de la actividad: 30 minutos.

Materiales e instrumentos:

Material impreso para consignar las distorsiones identificadas.

Portátil, Video Beam.

Presentación en Power Point.

Participantes: 12 participantes

Lugar: Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Metodología: Se inicia con la presentación de la practicante del servicio social, se les explica que en la hoja de asistencia deben registrar sus nombres y correo electrónico debido a que por este medio se les enviará el libro, “el arte de amargarse la vida”, con el fin de complementar el tema tratado en el taller, posteriormente se realiza una actividad rompe hielo de atención psicomotriz y se narra una historia que representa la importancia de no interpretar erróneamente la realidad y la utilidad que tiene la identificación de las distorsiones cognitivas. Se explica la metodología que va a poseer el taller teórico-práctico y se inicia con la presentación, que consiste en alternar la

explicación con el registro e identificación por parte de los participantes de las distorsiones cognitivas, se les explica que el taller es de carácter personal y no tendrán que compartirlo de manera grupal y que les servirá para reflexión propia posteriormente. Al finalizar se reparte el formato de evaluación del taller.

Resultados: los funcionarios empezaron identificando las distorsiones en su material impreso, en algunas de las distorsiones algunos de ellos solicitaron confirmación de la distorsión que habían identificado y al final su participación grupal verbal fue mayoritaria, una de ellas dio un ejemplo no acorde a la distorsión de personalización que contribuyó a la rectificación y explicación por parte de la practicante. Los resultados que arrojó la evaluación fueron: 4 personas calificaron de excelente en contenido, pertinencia, aprendizaje recibido, claridad y tiempo utilizado, 1 de ellas calificó los anteriores ítems como excelente, excepto el de tiempo utilizado que lo calificó como bueno.

En cuanto a la evaluación cualitativa, se transcriben las recomendaciones que hacen al psicólogo:

1. Realización de más talleres de superación personal.
2. Continuar con las explicaciones claras.
3. Tratar de que el personal sea más participativo, aunque al final se logró.
4. Reunir más seguido.
5. Más talleres.

En relación a las sugerencias (temáticas, tiempo, metodología en las actividades, entre otros) se transcriben las siguientes:

1. Más charlas y actividades en cuanto a nuestra personalidad.
2. Más interacción.
3. Excelente.
4. Hacer un taller por semana.

Presentación en Power Point

1 PRINCIPALES DISTORSIONES COGNITIVAS

2 ABC DIJ

3 ¡Me dejó plantada!
o
le ocurriría un accidente a mi amiga...

4 Explicación taller teórico práctico

5 DEFINICIÓN
Las distorsiones cognitivas son interpretaciones erróneas de la realidad que llevan al individuo a percibir el mundo de manera poco objetiva, además de distorsional. Se presentan en forma de pensamientos automáticos y desencadenan emociones negativas que dan lugar a conductas no deseadas o disadaptativas.

6 ABSTRACCIÓN SELECTIVA
Tendencia a prestar atención a un solo aspecto o detalle de la situación. En general, el aspecto atendido y potenciado es de carácter negativo y poco importante, mientras que los aspectos positivos suelen ser pasados por alto o no se reconocen.

7 PENSAMIENTO DICOTÓMICO
Tendencia a dividir las cosas en categorías extremas y opuestas.
Todo o nada.
Blanco o negro.
Bueno o malo.

8 INFERENCIA ARBITRARIA/ SALTAR A LAS CONCLUSIONES
Algunas personas cuando observan algo en un hecho o en una conducta que les genera dudas o incertidumbre, saltan a conclusiones erróneas o falsas.
La persona en cuestión no está haciendo algo bueno, sino que todo lo contrario, está haciendo algo malo. Ahora bien, como no hay evidencia suficiente para llegar a esa conclusión, saltar a conclusiones erróneas o falsas es una inferencia arbitraria.

9 SOBREGENERALIZACIÓN
Tendencia a sacar conclusiones generales a partir de un solo hecho. A raíz de un caso aislado generalizar una conclusión válida para todos.

10 MAXIMIZACIÓN
Tendencia a exagerar lo negativo de una situación, un suceso o una cualidad propia. Exageración de los defectos.

11 MINIMIZACIÓN
Tendencia a minimizar lo positivo de una situación, suceso o cualidad propia.

12 PERSONALIZACIÓN
Se refiere a cuando las personas se sienten responsables al sentirse involucradas en los que apenas han participado o incluso en aquellos en los que no han participado en absoluto.

13 DESPERSONALIZACIÓN
Tendencia a no atribuirse la responsabilidad de sucesos propios.
Tendencia a culpar a los otros.

14 REFERENCIA
Bases de Datos: Psicología de la Salud, 1.ª edición, 2015. Editorial de Ciencias Exactas y Naturales. ISBN: 978-84-9000-000-0.

15 GRACIAS

Formato de evaluación del taller

FORMATO DE EVALUACIÓN DE TALLERES Nombre: TALLER PSICOEDUCATIVO PARA FUNCIONARIOS DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO JUAN PABLO II IDENTIFICACIÓN DE DISTORSIONES COGNITIVAS					
¿Cómo evalúa el taller? Marque dentro del recuadro con una “x” la efectividad del taller de acuerdo a lo que usted considere.	El contenido	4 = Excelente	3=Bueno	2=Regular	1=Malo
	Pertinencia de las actividades	4 = Excelente	3=Bueno	2=Regular	1=Malo
	El aprendizaje recibido	4 = Excelente	3=Bueno	2=Regular	1=Malo
	La claridad	4 = Excelente	3=Bueno	2=Regular	1=Malo
	El tiempo utilizado	4 = Excelente	3=Bueno	2=Regular	1=Malo
¿Qué le recomienda al psicólogo (a)?					
Sugerencias (temáticas, tiempo, metodología en las actividades, entre otros)					

Material impreso para consignar las distorsiones identificadas

TALLER PARA FUNCIONARIOS CENTRO DE BIENESTAR JUAN PABLO II

IDENTIFICACIÓN DE DISTORSIONES COGNITIVAS

1. Identifica **en qué situaciones** de tu vida (aspecto laboral, social, familiar) esta distorsión apareció: **ABSTRACCIÓN SELECTIVA**

Ejemplos:

“Soy un desastre. He perdido el paraguas”

Escribe aquí lo que identificaste:

2. Identifica **en qué situaciones** de tu vida (aspecto laboral, social, familiar) esta distorsión apareció:

PENSAMIENTO DICOTÓMICO

Ejemplos:

“O saco un 10 en el examen o soy un fracasado.”

“A alguien no le gusta mi trabajo, por tanto, seguramente a la mayoría de mis compañeros no les gusta mi trabajo.”

“Todo me va mal”

“Que mala suerte tengo en la vida”

“Todos los hombre/mujeres son malos/as”

“O dejo todo bien ordenado o no me vale”

“Nada me sale bien en el trabajo”

Escribe aquí lo que identificaste:

3. Identifica **en qué situaciones** de tu vida (aspecto laboral, social, familiar) esta distorsión apareció: **INFERENCIA ARBITRARIA**

Ejemplos:

“No encuentro un trabajo porque soy un desastre.”

Escribe aquí lo que identificaste:

-
4. Identifica **en qué situaciones** de tu vida (aspecto laboral, social, familiar) esta distorsión apareció: **SOBREGENERALIZACIÓN**

Ejemplos:

“Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien.”

“¿Por qué siempre hace mal tiempo cuando planeo algo? Supongo que no puedo hacer nada bien”

Si me he puesto nervioso en algún examen pienso que “*siempre me pondré nervioso en los exámenes*”.

Si he suspendido un examen pienso que “*nunca aprobaré un examen*”.

Si he tenido una ruptura amorosa pienso que “*ya nadie me querrá*”-

Si no me han elegido para algún puesto de trabajo pienso que «*Nunca encontraré trabajo*»

Escribe aquí lo que identificaste:

-
5. Identifica **en qué situaciones** de tu vida (aspecto laboral, social, familiar) esta distorsión apareció: **MAXIMIZACIÓN**

Ejemplos:

Alguien puede estar teniendo dificultades con una tarea del trabajo y pensar: «*Esto es horrible. No puedo soportar no saber cómo hacerlo*»

– Ponerse algo nervioso en una primera cita y pensar: “*Esto es terrible, como puedo estar tan nervioso, esto es un infierno*”

– Que un amigo se enfade contigo y decirse: “*Es lo peor que me ha pasado en mi vida, no podré soportarlo*”

– «*Me pongo muy nervioso en las entrevistas de trabajo, creo que los entrevistadores son mejores que yo y que saben mucho más*»

Escribe aquí lo que identificaste:

-
6. Identifica **en qué situaciones** de tu vida (aspecto laboral, social, familiar) esta distorsión apareció: **MINIMIZACIÓN**

Ejemplos:

Puedes encontrarte a algún compañero de trabajo y pensar: «*Que inteligente parece, desearía tener un décimo de su capacidad*».

– “*Aprobé el examen pero fue por suerte*”

– “*Me dices que estoy guapa pero es que tú me ves con buenos ojos*”

– “*Vale, he conseguido un ascenso, pero es lo que normal ¿no?*”

Escribe aquí lo que identificaste:

7. Identifica **en qué situaciones** de tu vida (aspecto laboral, social, familiar) esta distorsión apareció: **PERSONALIZACIÓN**

Ejemplos:

Si a un amigo lo vemos con mala cara pensamos que se ha enfadado con nosotros... “*algo le habré hecho*”.

Una madre que ve que su hijo no consigue un trabajo, piensa que algún error habrá cometido en su educación.

Si nuestra pareja tiene un mal día y está agobiada, nos sentimos culpables porque pensamos que es por nuestra culpa.

Escribe aquí lo que identificaste:

8. Identifica **en qué situaciones** de tu vida (aspecto laboral, social, familiar) esta distorsión apareció: **DESPERSONALIZACIÓN**.

Ejemplos:

“*Llegué tarde por culpa del trancón.*”

“*Si la vida no fuera tan injusta, yo no estaría así en estos momentos*”.

“*Yo no tuve la culpa, fue mi madre la que perjudico todo*”.

“*Si el trabajo no se hizo, fue por culpa de mis compañeros de trabajo*”.

Escribe aquí lo que identificaste:

Anexo 10

Taller: ¿quiénes son?

Taller de estimulación cognitiva

Título del taller o actividad: ¿quiénes son?

Fecha: 05/08/2019

Objetivos:

Entrenar la memoria de trabajo.

Ejercitar la escritura en los adultos mayores.

Duración de la actividad: 1 hora

Materiales e instrumentos:

Hojas y colores.

Video beam y portátil.

Presentación de Power Point.

Participantes 11 participantes

Lugar: primer piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: Se presentarán diferentes rostros con unos datos de la persona que deberán recordar, porque más adelante se les preguntará.

Metodología: Reunidos los adultos mayores se les presentarán diferentes rostros de personas con algunos datos de ellas, los cuales deben recordar porque más adelante se les preguntará por estos.

Inicialmente se reparten las hojas y los colores con los que van a escribir y con la ayuda de los estudiantes de colegio que hacen servicio social en la institución se procede a ayudar a escribir en la hoja, a aquellos adultos que por diferentes motivos no lo pueden hacer. Se empieza pidiendo que recuerden los nombres de los primeros tres rostros que se les enseñarán, cuando el reconocimiento termina, nuevamente se pasan los rostros, pero esta vez sin nombres y se les pide que apunten en sus hojas los nombres para después conocer sus puntuación total y que reconozcan en estas, tres posibles acciones a seguir, dependiendo del resultado; 6-8 respuestas correctas , tienes ¡excelente memoria!; 3-5 respuestas correctas, tu memoria necesita ejercitarse un poco más; 0-2 respuestas correctas, tú memoria necesita ejercitarse diariamente, “Hazlo desde hoy, no lo dejes para después”. El total de rostros por sección fue de ocho.

Posteriormente se les pide que recuerden las ciudades donde viven las personas que están en la presentación, y se realiza la misma metodología con las profesiones.

Resultados: El número de adultos que necesitó apoyo de los estudiantes para escribir fue de cuatro, cinco de ellos se situó en el rango de seis a ocho respuestas correctas por sección, una de ellas se ubicó en el rango de tres a cinco respuestas correctas y cinco de ellos se ubicaron en el rango de cero a dos respuestas correctas, dentro de las cuales tres necesitaban apoyo de los estudiantes para escribir. La mayoría entendió la metodología del ejercicio, sin embargo, algunos de ellos daban la respuesta en voz alta, a lo cual se les corregía y se les indicaba que debían

escribirla, situación que ocurrió varias veces, en general se mostraron atentos y receptivos ante el ejercicio. La evaluación del taller dio como resultado que 3 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo, una sola persona la calificó de buena en tiempo y aprendizaje, los demás ítems como excelente.

Referencia: Taller adaptado y modificado de:

Núñez, C. (05 de agosto de 2019). Actividades de Memoria para Adultos Mayores (Ayuda para Recordar Rostros) [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=xJ6JicG0xXA>

Anexo 11

Taller: Juego del ahorcado

Taller de estimulación cognitiva

Título del taller o actividad: Juego del ahorcado

Fecha: 12/08/2019

Objetivos:

Estimular el lenguaje y las funciones ejecutivas a través de la fuga de letras.

Duración de la actividad: 1 hora

Materiales e instrumentos:

Video beam y portátil.

Enlace: <http://http.juegosarea.com/jugar/mini-ahorcado.html>

Participantes 15 participantes

Lugar: primer piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: Al ingresar al enlace se accederá al juego virtual que se llama “el ahorcado”.

Metodología: Se explica las reglas del juego, posteriormente se formarán cuatro grupos de cuatro personas cada uno, por turnos cada uno de los integrantes dirá una letra y deberá intentar decir aquellas que formen la palabra que está en el juego, si cometen un error el turno le pertenecerá al

siguiente grupo. En el juego cuando no se dice la letra correcta empieza aparecer la horca y si se siguen cometiendo errores aparecerá la figura de una persona ahorcada, de allí el nombre del juego. A cada grupo que acierte, se le otorgará un punto, el grupo que más puntos tenga, será el ganador.

Resultados: Después de explicar las reglas del juego y preguntar si había alguna duda al respecto, los adultos mayores negaron que existieran, también se les preguntó después de la explicación si conocían el juego previamente, pero todos contestaron que “no”. La mayoría de ellos decían letras al azar sin tomar en cuenta la palabra que se estaba formando, a pesar de la repetida insistencia de este hecho por la practicante, a algunos por su limitación visual se les debió decir en voz alta las letras faltantes que se encontraban disponibles, en otros casos se les debió reiterar las reglas. El grupo dos ganó acertando cuatro palabras, seguido por el grupo cuatro, con tres puntos, los dos grupos restantes no obtuvieron ningún punto. La evaluación del taller dio como resultado que 3 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo, una sola persona la calificó de buena en claridad y aprendizaje, los demás ítems como excelente.

Anexo 12

Taller: equipo matrices

Taller de estimulación cognitiva

Título del taller o actividad: equipo matrices

Fecha: 09/09/2019

Objetivos:

- Ejercitar la atención selectiva en los adultos mayores.
- Favorecer el trabajo en equipo.

Duración de la actividad: 1 hora

Materiales e instrumentos:

- 6 Cartones de huevos por 12 unidades.
- Pelotas de ping pong

Participantes: 9 participantes

Lugar: Segundo piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: Se copiará un patrón en equipos tratando de hacerlo más rápido que los demás grupos.

Metodología: se formaron 3 equipos de dos a tres personas aproximadamente, en frente del equipo se ubican dos cartones de huevo, uno de ellos está lleno de ping pongs, que tiene un patrón claro que se debe replicar en el otro cartón que está vacío, para ello uno o dos miembros del equipo deben ayudar a buscar las pelotas de ping pong en el recipiente que las contiene y pasarlas al compañero que está armando el patrón, los compañeros se turnaran entre armar el patrón y pasar las pelotas de ping pong. El punto se lo lleva el grupo que arme el patrón primero. Esta dinámica se llevará a cabo varias veces, cambiando el patrón para cada uno de los grupos.

Resultados: la apertura de la actividad se dio con la explicación de la dinámica del juego, junto con la explicación, cada equipo hizo un simulacro y el tercer grupo empezó muy bien ganando puntos, en total tuvo cuatro puntos, luego el tercer equipo ganó cinco puntos y el segundo equipo obtuvo cero puntos, aunque el equipo dos no obtuvo puntos debido a que sus compañeros lo hacían con más velocidad, se observó una adecuada repetición de la matriz en cada uno de los intentos. Se evidenció trabajo en equipo por parte de los participantes y todos estaban ansiosos y atentos por realizar el ejercicio bien y rápidamente. Los resultados que se lograron fueron acertados en cada una de las matrices o patrones, debido al trabajo en equipo. La evaluación del taller dio como resultado que 4 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo.

Anexo 13

Taller: replicar forma

Taller de estimulación cognitiva

Título del taller o actividad: replicar forma

Fecha: 16/09/2019

Objetivos:

- Ejercitar la coordinación óculo-manual.
- Contribuir al reconocimiento de formas y objetos.
- Proporcionar una herramienta para practicar la orientación espacial y la lateralidad.

Duración de la actividad: 1 hora

Materiales e instrumentos:

- Hojas impresas con los formatos.
- Lápices, borradores y colores.
- Link: <https://webdelmaestro.com/iniciacion-a-los-grafos-unir-puntos/>

Participantes: 12 participantes

Lugar: Segundo piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: Se replicará en la hoja entregada la forma que se está solicitando.

Metodología: habrá tres diferentes formatos que poseen formas distintas que están unidas por diferentes puntos, los adultos mayores deben orientarse con los puntos para realizar la misma forma que se encuentra en la hoja de manera individual, cuando terminen de realizar cada hoja, se les entregará la siguiente.

Resultados: la apertura de la actividad se dio con la explicación de la dinámica del juego, posteriormente cada uno se concentró en la replicación de la figura, dentro del grupo se encontraron resultados heterogéneos, a tres de ellos les tomó bastante tiempo, otros se ubicaron en la categoría de tiempo promedio, aunque ellos no replicaron el patrón de forma exacta, si se acercaron lo suficiente, dos de ellos lo hicieron de manera rápida y exacta; dos adultos se demoraron bastante tiempo, no lo finalizaron y tenía errores en la replicación. En general se logró ejercitar la coordinación visuo-espacial, denotando que poco practican esta habilidad. La evaluación del taller dio como resultado que 4 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo.

Anexo 14

Actividades satélite

Estimulación cognitiva a través del ocio terapéutico





Estimulación psicomotriz en gerontes con dependencia física y mental



Gestión de grupos culturales para la celebración del día del adulto mayor





Apoyo logístico en otras actividades de la institución gerontológica



Apoyo logístico en el paseo del mes del amor y la amistad



Anexo 15

Taller: oriéntate espacialmente

Taller de estimulación cognitiva

Título del taller o actividad: oriéntate espacialmente

Fecha: 30/09/2019

Objetivos:

- Ejercitar la coordinación óculo-manual.
- Contribuir al reconocimiento de formas y objetos.
- Proporcionar una herramienta para practicar la orientación espacial y la lateralidad.

Duración de la actividad: 1 hora

Materiales e instrumentos:

- Hojas impresas con los formatos.
- Lápices, borradores y colores.
- Link: <https://www.pinterest.com/pin/125397170854854598/?lp=true>

Participantes: 14 participantes

Lugar: Segundo piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: Se replicará en la hoja entregada la forma que se está solicitando.

Metodología: existen tres formatos distintos que poseen formas diferentes y que están unidas por diferentes puntos, los adultos mayores deben orientarse con los puntos para realizar la misma forma que se encuentra en la hoja de manera individual, cuando terminen de realizar cada hoja, se les entregará la siguiente. A los adultos que tienen un nivel cognitivo alto, aparte de los formatos que se les entregarán a los demás, también se les entregará un formato que tiene una dificultad superior, en cambio, a los gerontes que poseen un deterioro cognitivo moderado para iniciar se les entregará una forma con una dificultad leve y se proseguirá con los formatos generales para el grupo.

Resultados: la habilidad de coordinación visuo-espacial es poco practicada por los residentes del CBA JPII tal como se evidenció en los resultados del taller anterior, por lo tanto, se optó nuevamente por esta temática. La apertura de la actividad se dio con la explicación de la dinámica del taller, posteriormente cada uno se concentró en la replicación de la figura; dos senescentes replicaron los formatos difíciles de manera adecuada, los formatos con dificultad leve que se entregaron, no fueron completados por los gerontes debido a problemas visuales, falta de atención y dificultad para seguir instrucciones debido al deterioro cognitivo leve o moderado de que padecen, sin embargo, aunque no lo completaron las formas que realizaron las hicieron correctamente. En los formatos generales hubo un desempeño muy variado, puesto que algunas formas tenían menos dificultad que otras, así que en un solo formato algunas de ellas quedaron correctamente realizadas y otras no. La evaluación del taller dio como resultado que 3 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad, pertinencia y tiempo y una otorgo la calificación de bueno en todas las subescalas.

Anexo 16

Taller: dígitos y rompecabezas

Taller de estimulación cognitiva

Título del taller o actividad: dígitos y rompecabezas

Fecha: 07/10/2019

Objetivos:

- Entrenar la memoria de trabajo.
- Ejercitar la motricidad fina y la memoria visual.
- Practicar la coordinación óculo-manual.
- Fomentar el trabajo en equipo.

Duración de la actividad: 1 hora

Materiales e instrumentos:

- Hojas impresas con los rompecabezas y la guía.
- Cinta de papel.

Participantes: 13 participantes

Lugar: Segundo piso del Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Descripción: los adultos deben retener los dígitos y armar el rompecabezas.

Metodología: a cada uno de los adultos mayores se les nombrará un número que deberán recordar y repetir inmediatamente se termine de decirlo, es decir, deberán retener los dígitos, cuya cifra continuará aumentando en razón a un número a la vez; para esto, ellos se encontrarán haciendo una fila única en la cual si responden correctamente pasarán a sentarse a las sillas de la derecha, en caso contrario se sentarán en las sillas de la parte izquierda. Los que pasen a la derecha continuaran con el ejercicio hasta que quede uno solo en la parte derecha, que será el ganador del punto. Como segunda parte de la actividad, se armarán grupos de cuatro personas que deben resolver el rompecabezas (realizado con la foto de la presentación del grupo de danzas que bailó el día del adulto mayor) que será entregado, el grupo que lo arme correctamente en el menor tiempo posible, gana.

Resultados: en cuanto a la retención de dígitos, todos los participantes retuvieron hasta tres dígitos correctamente, cuando se aumentó un dígito más, es decir, cuatro números, cuatro de ellos lograron continuar y los cuatro fallaron al retener seis dígitos, de esta manera las cuatro personas que ganaron el punto alcanzaron una retención de cinco dígitos. Respecto al rompecabezas, en algunos de ellos se detectó que las limitaciones visuales que pueden ser solucionadas con una actualización de la fórmula de sus lentes, se convierte en un obstáculo para la realización del taller. Además, se confirma nuevamente la escasa facilidad para trabajar en equipo de los residentes y el uso obligado de una guía para la realización del rompecabezas posiblemente por la falta de realización de este tipo de ejercicios. La evaluación del taller dio como resultado que 3 personas la calificaron como excelente en contenido, aprendizaje, claridad,

pertinencia y tiempo, una otorgó la calificación de bueno en contenido y en los demás ítems la calificó de excelente.

Anexo 17

Taller: trastornos neurocognitivos en el adulto mayor, síntomas y manejo de cambios emocionales y conductuales



Taller psicoeducativo para funcionarios.

Título del taller o actividad: trastornos neurocognitivos en el adulto mayor, síntomas y manejo de cambios emocionales y conductuales.

Fecha: 11/10/2019

Objetivos:

- Exponer la definición y los síntomas alrededor de los trastornos neurocognitivos más frecuentes.
- Explicar cómo se deben manejar los cambios emocionales y conductuales en los senescentes con trastornos neurocognitivos.

Duración de la actividad: una hora.

Materiales e instrumentos:

Portátil, Video Beam.

Presentación en Power Point.

Participantes: 9 participantes

Lugar: Centro de bienestar del anciano Juan Pablo II.

Metodología: se les explica que en la hoja de asistencia deben registrar sus nombres y correo electrónico debido a que por este medio se les enviará la presentación de Power Point. Se explican los objetivos del presente taller y se conversa acerca del manejo conductual y emocional que han tenido que hacer con algunos residentes debido a que por las funciones desempeñadas en la institución mantienen contacto con ellos diariamente, algunos en un mayor o menor grado que otros de sus compañeros de trabajo. Con el conversatorio se intenta abrir el tema a tratar y posteriormente se les informa que estrategias les ayudaría a gestionar alguna futura situación con ellos en pro del bienestar emocional de los gerontes y su propia integridad física. Al finalizar se reparte el formato de evaluación del taller.

Resultados: Se empezó la presentación con las definiciones y síntomas de los trastornos neurocognitivos, palabra que la mayoría no conocía y que se les dificultó pronunciar, sin embargo, el conversatorio se alargó durante toda la capacitación y la mayoría comentó cada una de las vivencias que le han ocurrido con los adultos mayores, lo que hizo que el taller fuera ameno y se extendiera más allá del tiempo programado inicialmente, relacionando su día a día con las recomendaciones que se les estaban entregando. También se hicieron presentes dudas acerca de las causas de estos trastornos y cómo se pueden prevenir, pues una de las participantes se considera “olvidadiza”. Los resultados que arrojó la evaluación fueron: 4 personas calificaron de excelente en contenido, pertinencia, aprendizaje recibido, claridad y tiempo utilizado, una de ellas calificó los anteriores ítems como excelente, excepto el de tiempo utilizado que lo calificó como bueno.

En cuanto a la evaluación cualitativa, se transcriben las recomendaciones que hacen al psicólogo:

1. Más capacitaciones, excelente como nos las ha dado.
2. Realizar capacitaciones como ésta más seguido.

En relación a las sugerencias (temáticas, tiempo, metodología en las actividades, entre otros) se transcriben las siguientes:

1. Superación personal y más seguidas.
2. Todo excelente.

3. Excelente traer los ejemplos porque uno entiende las vivencias de los adultos mayores con la información dada.

4. ¡Excelente!

Presentación en Power Point

The presentation consists of 13 slides, numbered 1 through 13, each with a star icon in the bottom right corner. The slides cover the following topics:

- Slide 1:** Title slide: **TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS (TNC) EN EL ADULTO MAYOR, SÍNTOMAS Y MANEJO DE CAMBIOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES**. Author: Mariela Serrano Romero.
- Slide 2:** ¿Qué es un trastorno neurocognitivo? Definition: "Se considera cuando hay una alteración del funcionamiento de las áreas cerebrales que provoca un cambio en la capacidad de pensar, recordar, aprender, etc. que afecta la vida diaria de la persona." (DSM-5, 2013).
- Slide 3:** Trastornos neurocognitivos que más se presentan en el adulto mayor. Diagram showing: **Alzheimer**, **Demencia**, **Trastorno de ansiedad**, **Trastorno de depresión**.
- Slide 4:** Trastornos neurocognitivos mayores (la persona pierde autonomía y funcionalidad) y leves (debe usar estrategias de compensación o adaptación).
- Slide 5:** Síntomas de los trastornos neurocognitivos. Lists symptoms for Alzheimer's, Depression, and Anxiety.
- Slide 6:** Síntomas de los trastornos neurocognitivos. Lists symptoms for Depression and Anxiety.
- Slide 7:** MANEJO DE CAMBIOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES. Discusses the importance of emotional and behavioral changes in the elderly.
- Slide 8:** MANEJO DE CAMBIOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES. Discusses the importance of emotional and behavioral changes in the elderly.
- Slide 9:** MANEJO DE CAMBIOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES. Discusses the importance of emotional and behavioral changes in the elderly.
- Slide 10:** MANEJO DE CAMBIOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES. Discusses the importance of emotional and behavioral changes in the elderly.
- Slide 11:** MANEJO DE CAMBIOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES. Discusses the importance of emotional and behavioral changes in the elderly.
- Slide 12:** MANEJO DE CAMBIOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES. Discusses the importance of emotional and behavioral changes in the elderly.
- Slide 13:** Referencias. Lists sources: Organización Mundial de la Salud (2013), DSM-5, etc.

The final slide (Slide 13) is titled **GRACIAS**.