

2017

# Sistematización de una experiencia de campo : implementación de un taller de estimulación cognitiva como recurso terapéutico en adultos mayores institucionalizados

Amestoy, Carolina

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

---

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/337>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA**

**“SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE CAMPO:  
IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA COMO  
RECURSO TERAPEÚTICO EN ADULTOS MAYORES  
INSTITUCIONALIZADOS”**

.....

**TÉISIS PRESENTADA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Y SERVICIO SOCIAL PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADA EN  
TERAPIA OCUPACIONAL**

**POR: AMESTOY, CAROLINA**

**MAR DEL PLATA. BUENOS AIRES, ARGENTINA.**

**31 DE AGOSTO DE 2017.**

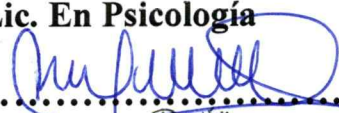
**DIRECTORA : PEÓN, JOSEFINA**

**- Lic. En Terapia Ocupacional**

.....  


**ASESORA METODOLOGICA: PAVÓN, MARIA**

**- Lic. En Psicología**

.....  
  
.....  
Maria Pavón  
Lic. en Psicología  
M. P. 47.737

**AUTORA: AMESTOY, CAROLINA**

**DNI: 27.125.598**

.....  


**INDICE**

	<b>pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN</b>	<b>10</b>
<b>SELECCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE PLANTEA LA SITUACIÓN</b>	<b>21</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	
<b>CAPITULO I</b>	
Vejez	29
Teorías de la Vejez	35
<b>CAPITULO II</b>	
Institución y vejez institucionalizada	43
<b>CAPITULO III</b>	
Grupo y Dispositivo grupal	50
<b>CAPITULO IV</b>	
Terapia Ocupacional en la vejez	53
Estimulación Cognitiva en la Vejez Rol del TO	56
Modalidad Taller	57
<b>CAPITULO V</b>	
Enfoque teórico de la cognición y la percepción. Introducción a la Neuropsicología. Percepción y cognición de las ocupaciones humanas. Habilidades espaciales. Atención. Memoria. Desempeño de tareas. Funciones ejecutivas	<b>58</b>



Importancia de la activación cerebral y entrenamiento de la memoria. Fundamentos Neuropsicológicos. Funciones por entrenar.	79
Un enfoque desde la Neurociencia	87
<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	
1 - Objetivos del Trabajo Final	94
2- Tipo de Trabajo	94
3- Localización de Teorías	97
4- Período	97
5- Participantes	97
6- Objetivos del taller de Estimulación Cognitiva	98
7- Abordaje, Modalidad, Frecuencia	99
8- Cronograma de actividades	99
9- Tipo de registro y evaluación	110
Indicadores de memoria a corto plazo	111
Indicadores de memoria a largo plazo	111
Indicadores de Orientación Temporo - Espacial	113
10- Plan de análisis de los datos	114
11- Recursos físicos, materiales y humanos	115
<b>RESULTADOS</b>	117

<b>Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia</b>	<b>5</b>
<hr/>	
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>141</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>150</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>154</b>

## **INTRODUCCIÓN**

## **INTRODUCCIÓN**

El interés de investigar en el campo de los adultos mayores ha surgido al observar durante mi práctica clínica en el Hogar de Ancianos Municipal de la ciudad de Benito Juárez, a los ancianos con gran apatía, ausencia de vinculación con sus pares y personal de la institución, falta de independencia en las actividades de la vida diaria, problemas para orientarse dentro de la institución teniendo la capacidad física para hacerlo. Además de una evidente desorientación temporo-espacial. Gran parte de los adultos mayores con alteraciones en las funciones cognitivas y/o físicas que no pueden permanecer en sus hogares por diferentes razones son institucionalizados. El proceso de institucionalización de los adultos mayores genera en ellos sensaciones de abandono, pérdida y soledad, este proceso exige al adulto mayor la adaptación a un nuevo hogar donde debe convivir con gente desconocida, compartiendo su **espacio y tiempo**, lo cual, generalmente se convierten en aspectos limitantes de su autonomía.

Debido a la ausencia de un dispositivo grupal que pudiera abordar estas falencias, surgió entonces la necesidad de buscar desde Terapia Ocupacional una actividad que pudiera captar el interés de este grupo de personas para abordar la problemática encontrada. Por tal motivo se ha decidido implementar un taller de estimulación cognitiva como recurso terapéutico.

La estimulación cognitiva es un recurso terapéutico que facilita el proceso de adaptación a la institución, la independencia en las actividades de la vida diaria, además de la vinculación con el otro y genera sobre todo la “activación” de los adultos mayores.

El número de personas mayores de 65 años ha crecido en los últimos años y continuará incrementándose en el futuro (European Commission, 2012). Los datos indican que este grupo de edad representará el 30% del total poblacional en 2060 (European Commission, 2012) y en 2050, un 20% de estas personas tendrá más de 80 años (Naciones Unidas, 2009). Esta idea ha llevado a

## Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

---

numerosos investigadores a plantearse la importancia de desarrollar una serie de actividades para dar respuesta a las necesidades de este grupo poblacional, previniendo la aparición de déficits de todo tipo y proponiendo intervenciones adecuadas cuando la prevención no es posible.

Actualmente los estudios gerontológicos tienen como objetivo fundamental conocer cuáles son aquellas herramientas a implementar efectivamente para lograr un envejecimiento activo. Es decir, mantener al adulto mayor activo física, mental y socialmente (Fernández-Ballesteros, 2004; Zamarrón, 2007). Esto implica desarrollar intervenciones o entrenamientos apropiados que motiven a la persona para involucrarse en la realización de actividades que incluyan procesos físicos, psíquicos y de interacción social. De esta manera el individuo se mantiene activo a todos los niveles y esto repercute en una buena salud y calidad de vida.

Anteriormente se asociaba la vejez con el declive físico y mental, parecía que nada se podía hacer para evitarlo o compensarlo. Sin embargo, desde hace décadas se ha comenzado a incorporar la idea de la plasticidad cerebral durante el envejecimiento, la capacidad de las personas mayores para desarrollar nuevos aprendizajes a partir de ciertos cambios neuronales que pueden prevenir su deterioro (Rowe & Kahn, 1997).

Basándose en la plasticidad neuronal, la neuropsicología ha desarrollado diferentes estrategias de estimulación cognitiva o psicoestimulación para tratar de mantener las funciones cognitivas que no han sufrido daños en la vejez y que pueden favorecer la adquisición de nuevos aprendizajes (Cullell & Vendrell, 2008; Martínez, 2002). De esta manera se pretende conseguir un envejecimiento saludable, evitar el deterioro y garantizar la independencia de la persona el mayor tiempo posible, lo que supone una mejora en su calidad de vida. Esta estimulación cognitiva, además de potenciar un continuo proceso creativo, ayuda a que las personas intenten esforzarse al máximo, adaptándose a su entorno y modelando su vida.

## **Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia**

---

Por lo antedicho la presente investigación espera aportar evidencia que contribuya a ampliar los conocimientos para lograr un envejecimiento saludable desde el campo de la Terapia Ocupacional.

La sistematización de experiencia de campo se llevará a cabo en el Hogar de Ancianos Cayetano Zibeche de la ciudad de Benito Juárez. La tesista coordinará el taller de Estimulación Cognitiva registrando las manifestaciones de Memoria y Orientación Temporo-espacial surgidas durante el transcurso del mismo. Considerando las funciones cognitivas no son funciones aisladas tomando una perspectiva amplia y global.

Sistematizar experiencias implica un proceso desarrollado por diferentes actores en un periodo determinado de tiempo, dentro de un contexto social, en una institución determinada. El tipo de estudio elegido representa una articulación entre la teoría y la práctica que permite ordenar y reconstruir, el proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso y como se han relacionado entre sí.

## **ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN**

**Estado Actual de la Cuestión**

Se ha realizado un rastreo exhaustivo en la Biblioteca del Centro Médico de la Ciudad de Mar del Plata, en la Biblioteca de la Universidad Nacional de Mar del Plata y en la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales (AMTO). Además de búsquedas en internet en diferentes buscadores (Google académico y Scielo).

Tras un exhaustivo análisis se ha arribado a la conclusión que aquellas publicaciones que representan adecuadamente el estado actual de la cuestión son las que mencionare a continuación:

Se ha realizado una investigación en la cual se evaluó el conocimiento que los Terapistas Ocupacionales poseen acerca de las condiciones ambientales y la importancia de las mismas en la planificación de los tratamientos para la autonomía funcional del gerente. Concluyeron que el abordaje de T.O. en esta área contempla mínimamente el ambiente y que en las instituciones geriátricas se le otorga escasa importancia a las condiciones ambientales como medio para favorecer la calidad de vida de un anciano (Cuello Otero, Domínguez & Tornabene 1997).

Bereilh y Del Biaggio (1999) realizaron una investigación sobre la Estimulación Mnésico Cognoscitiva y la Performance Ocupacional (P.O), que tuvo lugar entre los años 1996- 1999. Concluyeron que existen diferencias cuantitativas en el desempeño de la P.O y desempeño cognitivo entre las instancias de pre- tratamiento y post- tratamiento en el caso del grupo experimental y, dichos resultados comparados con los obtenidos del análisis del grupo control, muestran que: el grupo experimental que recibió estimulación mnésico cognoscitiva durante 8 meses mantuvo y/o mejoró su desempeño con respecto a aquellos pacientes que no concurren al tratamiento.



Auzmendia (2004) realizó una investigación denominada “Terapia Ocupacional. Evaluación de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores Institucionalizados”. En este trabajo se pretendió conocer la calidad de vida global y percepción de salud de los adultos mayores institucionalizados. La autora expone y define desde diferentes concepciones el concepto de calidad de vida e incorpora en su tesis el Modelo de Performance Estilo de vida. Este modelo provee estructura para conocer y comprender el repertorio total de las actividades de las personas dentro del contexto humano y no humano (medio ambiente). Para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados utilizo el instrumento WHOQOL -100 desarrollado por la OMS, arribando a las siguientes conclusiones: En relación al **instrumento WHOQOL-100:** Destacar que la medición hecha a través de este instrumento muestra buenos niveles de confiabilidad y validez. Permite un análisis multidimensional exhaustivo de cada una de las facetas, que resume de manera bastante precisa el perfil de cada uno de los dominios de calidad de vida y percepción general de salud. En relación a los resultados parciales y totales de facetas y dominios. Se resalta que la faceta actividad sexual fue significativamente la que obtuvo valores más bajos en todas las unidades de análisis, y tal vez esto tenga su correlato con la variable estado civil que evidencio altos porcentajes de viudas, viudos y separadas, con nulos porcentajes de casados, en pareja o unión de hecho; también que las instituciones no propician esta actividad y es un tema complejo a tratar dentro de las mismas y con el núcleo familiar. Con respecto a las facetas medio ambiente hogareño y Medio ambiente físico es de mencionar que los valores fueron significativamente altos, resultado que se interpreta como sumamente beneficioso, ya que si bien no es comparable al hogar propio, se evidencia que la percepción que se tiene del mismo (institución) es buena o muy buena. Tal vez seria del interés para evaluar esta faceta con más profundidad, analizar los resultados de esta teniendo en cuenta si la decisión de

institucionalización (internación) fue personal por parte del adulto mayor o de terceros; variable seguramente en estricta relación a los resultados de los valores y ayudaría a otro tipo de análisis y comprensión. El soporte social o contención de amigos en este caso arrojó valores bajos, que se interpreta porque los entrevistados refieren no tener amigos por estar fallecidos, con deterioro o en iguales condiciones. Las personas que comparten el ámbito institucional no son consideradas dentro de la categoría amigos. La movilidad y transporte son dos facetas que se relacionan de manera inversa, la movilidad tiene valores bajos arrojados por aquellos adultos que deambulan en silla de rueda o con asistencia de algún tipo. La faceta transporte, comprende valores medios y altos. La posible explicación sería que los adultos no son usuarios de transportes públicos pero si lo son de privados taxis, remises o transportes para discapacitados y coches de familia. Una faceta con un comportamiento no esperado es la de dolor y discomfort que arrojó valores nulos (valor cero) valor muy significativo, teniendo en cuenta las características de la muestra, personas añosa. Se remarcan los valores obtenidos en el dominio espiritualidad y creencias personales con porcentajes alcanzados al 100%; que podrían explicarse con la etapa evolutiva vital alcanzada por la persona. Para concluir puede decirse que la Calidad de Vida Global y Percepción General de Salud que tiene los Adultos Mayores Institucionalizados, demuestra un perfil de normal a buena, expresado en términos de la escala del WHOQOL-100.

DaCosta Mattos y García (2005), realizaron una investigación denominada "Institucionalización y participación social en vejez". En este trabajo se pretendió conocer si los adultos mayores del hogar municipal de ancianos perciben la participación social como necesidad, destacaron la importancia de tener en cuenta al viejo, su historia de vida, sus individualidades y la realidad en la que estuvieron y están inmersos, encuadrado en un tiempo y contexto, con el fin de asumir un compromiso y destacar la importancia de la participación social

y el impacto sobre una mejor calidad de vida de los ancianos institucionalizados desde la mirada de Terapia Ocupacional. Concluyeron que los grupos más carenciados socialmente presentan un menor reconocimiento de necesidades no materiales, de reflexión, conocimiento, comunicación con otros, desarrollo personal y gratificaciones internas. El sujeto a lo largo de la construcción de su historia personal va tomando elementos de la realidad externa que en la articulación con su realidad psicológica cobran significaciones que le permiten insertarse con mayor o menor facilidad y desarrollarse en su contexto social.

Lobo, Santos y Carvalho (2007) realizaron una investigación que pretendía describir y analizar las características de un grupo de ancianos institucionalizados, y establecer la asociación entre calidad de vida, estado mental y funcionalidad física de estos, es un descriptivo, con una muestra aleatoria de 79 ancianos (53 mujeres y 26 varones) institucionalizados, con una puntuación en el Mini Mental State examination (MMSE) de más de 24 puntos y con capacidad para realizar los ejercicios. Se midieron: las medidas antropométricas, el índice de Barthel y las puntuaciones en el MMSE. La edad media fue de 71,2 +- 7,0 años. Los varones obtuvieron mejores resultados en la CV, estado mental y funcionalidad física. Desde el punto de vista físico, las mujeres mostraron una mejor flexibilidad y los varones una mayor fuerza y resistencia aeróbica. La CV se asocio al grado de dependencia y el grado de dependencia se asocio al estado mental. Se concluyo que la Calidad de vida de los ancianos institucionalizados parece estar asociada a sus niveles de dependencia, estado mental y funcionalidad. Por ello es importante garantizar su mantenimiento al ingreso en estas instituciones.

Franco (2007) realizó un estudio en el Hospital Alvear de la Ciudad de Bs. As. para establecer si la modificación o potenciación de la capacidad del Sistema Nervioso para la plasticidad

cerebral puede ser un beneficio terapéutico en el tratamiento de los déficits cognitivos relacionados a enfermedades neurodegenerativas como la Enfermedad de Alzheimer. El estudio fue realizado con 20 pacientes con EA leve moderado (1er grupo) y moderadamente avanzado (2do grupo), 15 mujeres y 5 hombres, con edad promedio de 73 años y con estudios básicos. Se llevó a cabo durante 5 meses de sesiones de hora y media de duración y con una periodicidad de 2 sesiones por semana. En los resultados obtenidos se observó una tendencia de asociación entre el grado de severidad y el grado de mejoría que debe ser confirmada por un análisis multivariado en muestra formada por más individuos. Se arribó a la conclusión de que esta experiencia piloto señala la importancia de los programas de neuroestimulación aplicados a pacientes con deterioro cognitivo leve o moderado, ya que son los que más se benefician de ellos. Las capacidades que más se mantienen son la atención, comunicación, afectivas y de las relaciones sociales.

López Ledo (2008) realizó un proyecto de estimulación cognitiva en la residencia de San Lázaro, con personas con deterioro cognitivo moderado-modernamente grave. Los objetivos teóricos generales del programa de Estimulación cognitiva fueron: 1) Recuperación o mantenimiento de las funciones mentales superiores. 2) Estimulación de las vías neurológicas poco activas y modos de funcionamiento que compensen el deterioro intelectual. 3) Conseguir una mejora de las conductas sociales en personas con frecuencia desintegradas en casos de demencias. 4) Contribuir a retardar en lo posible el deterioro de ciertas capacidades funcionales. 5) Estimular la comunicación e interacción entre las personas que comparten un espacio. 6) Potenciar el sentido de responsabilidad, la sensación de control y la capacidad de decisión. 7) Aumentar el nivel de satisfacción personal. 8) Mejorar la calidad de vida. Se arribó a la siguiente conclusión: El tercer objetivo es el que más claramente se ha cumplido. Este influye en el quinto

objetivo ya que el sentirse parte de un grupo es algo esencial en la vida de los seres humanos por lo que este objetivo también se ha logrado. Sin embargo no se observan resultados favorables en lo que respecta al primer objetivo, es decir ninguno de los participantes ha mejorado en lo que respecta a su deterioro cognitivo. Tras finalizar el proyecto no se observó una clara evolución cognitiva en ninguno de los 8 participantes, es decir ninguno ha mejorado en lo que respecta a su deterioro cognitivo.

Entre febrero de 2007 y agosto del año 2008, se realizó un estudio analítico, longitudinal, observacional y de doble cohorte para evaluar el impacto de la Terapia de Estimulación Cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve en la Clínica de la Memoria del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología de la ciudad de San José de Costa Rica. Se analizaron un total de 43 casos con el diagnóstico de deterioro cognitivo leve. Se realizó una comparación cognitiva-funcional respecto a los pacientes que recibieron terapia de estimulación cognitiva respecto a aquellos que no la recibieron. Las variables a utilizar fueron prevalencia, cognición general, edad, escolaridad, cognición por dominios, alteraciones neuroconductuales, estado funcional, conversión clínica a demencia. Los resultados fueron los siguientes: Se logró identificar un total de 46 casos con el diagnóstico de deterioro cognitivo leve en el periodo de estudio, de estos solamente 39 se incluyeron en la investigación. La tasa de prevalencia fue de 11,14. El promedio de edad general fue de 76,9 años. 26 casos fueron de sexo femenino, un 36,4% de los casos tenían enfermedades vasculares y un 30,7% enfermedades metabólicas. La mayoría eran independientes en la A.V.D básicas e instrumentales tanto antes como después de la estimulación cognitiva. La presencia de alteraciones neuroconductuales fue muy baja en la primera evaluación, mientras que en la segunda evaluación los trastornos del sueño fueron los más frecuentes, seguidos por la depresión y la apatía. Tras la terapia de estimulación cognitiva se

evidenció que el grupo estimulado mantuvo la puntuación global en la valoración clínica de demencia (CDR) contrario al grupo no estimulado que evidencio deterioro, lo mismo sucedió en la escala de deterioro global. Ninguno de los casos en el grupo estimulado progreso clínicamente a demencia. La principal etiología fue degenerativa seguida de la vascular. Conclusión: la terapia de Estimulación Cognitiva retarda la progresión del deterioro cognitivo leve.

Alves, Martinangelli y Prome (2009) realizaron una investigación sobre la autonomía como principio bioético y como independencia funcional en adultos mayores institucionalizados, la cual fue realizada en las residencias Instituto geriátrico del mar, Casa Grande y Casa Blanca de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo septiembre-octubre de 2009, se puede determinar que la institucionalización del adulto mayor no es un factor ni un impedimento para la expresión de la autonomía de los mismos. Las autoras luego de realizar la recolección de datos mediante el cuestionario "Autonomía como principio bioético de los adultos mayores institucionalizados" y la escala EMOAFAR (Escala multidimensional de observación de autonomía funcional para ancianos en residencia), concluyeron que la mayoría de los adultos mayores institucionalizados expresa sus pensamientos y deseos, favoreciendo de esta manera la expresión de la autonomía desde una perspectiva bioética y funcional.

Necco (2010) realizó una sistematización en tercera edad denominada "Cartografías de una clínica. Una experiencia de promoción de salud con adultos mayores institucionalizados. Taller grupal de música y canto". Consiste en un dispositivo grupal de participación comunitaria de carácter expresivo y educativo. La autora concluyó que la canción se presento como el vehículo posible para que la propia voz se abriera a la expresión de mensajes y contenidos internos de

gran valor para la propia subjetividad y habilitó un hacer gratificante que les permitió quebrajar, aunque sea momentáneamente, la estereotipia de la rutina institucional.

Risi y Di Martino (2011), realizaron una investigación en la que el objetivo general fue determinar en qué medida contribuye la aplicación de un programa de Estimulación Cognitiva en las funciones cognitivas relacionadas con: memoria, orientación temporo-espacial, lenguaje, atención, calculo, gnosias, praxias, y funciones ejecutivas en pacientes mayores de 65 años de edad con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer en fase leve a moderada que asistieron a la ONG G.A.M.A en la ciudad de Mar del Plata durante los meses de enero-marzo de 2011. Se llegó a la siguiente conclusión: No se pudo evidenciar la eficacia de la aplicación del programa de Estimulación Cognitiva durante este lapso de tiempo y con esta muestra, sin embargo no se observó deterioro de las funciones al finalizar el tratamiento.

Bernaola y Valls (2012) realizaron una sistematización de una experiencia de campo denominada "Implementación de un taller de expresión corporal como recurso terapéutico en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo leve. El lenguaje corporal del adulto mayor". Las autoras desarrollaron un trabajo de investigación sobre la temática de la vejez, los adultos mayores institucionalizados y el rol del Terapeuta Ocupacional en geriatría. Se creó un taller de expresión corporal, con el objetivo de favorecer y observar las manifestaciones de comunicación analógica de los adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo leve, durante el transcurso de los mismos se logró el desarrollo de habilidades comunicativas no verbales, a través de las técnicas de Expresión Corporal. La elección de este recurso terapéutico permitió lograr los objetivos planteados, ya que presenta entre sus ventajas la sensibilización y concientización de cada persona, para entre otras cosas, satisfacer las necesidades propias de

expresar, comunicar, crear, compartir e interactuar con los otros. Dentro de los hallazgos evidenciados en el transcurso de los talleres se puede referir el registro de la necesidad de contacto corporal en los participantes. Otro aspecto importante fue la observación de que las consignas propuestas actuaron como movilizadores de la historia personal de cada adulto mayor, expresada verbalmente, favoreciendo la reminiscencia, en forma de recuerdos agradables de su infancia o juventud.

Pérez Fonollá y García Castillo (2012) realizaron un estudio denominado “Estimulación cognitiva en el anciano dependiente hospitalizado”. El trabajo se desarrolló en el Hospital Universitario San Rafael de Granada. Las actividades realizadas fueron de orientación y lenguaje. Variables: edad, género, diagnóstico clínico principal, Índice de Barthel, Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC). La edad media de los 20 pacientes que conformaron la muestra fue de 84,5 años, con un predominio del género femenino del 75% y destacando las enfermedades neurológicas con un 40%. En el MEC inicial a la realización de las actividades, un 35% de la muestra presentaba deterioro cognitivo moderado, mientras que en el MEC posterior a las actividades predominaba con un 35% el deterioro cognitivo leve. En las actividades de orientaciones obtuvieron mejores puntuaciones en la orientación temporo-espacial. En cuanto a las actividades del lenguaje, destacar que se obtuvo una puntuación aceptable en todas ellas. La conclusión fue que los ancianos se encontraban más orientados temporo-espacialmente, y en cuanto al lenguaje, la actividad a destacar fue la repetición verbal. Cabe resaltar la importancia de realizar periódicamente actividades de estimulación cognitiva para una mejor calidad de vida del anciano.



Zarda Olivan Bescos (2013) realizó una tesis en la Universidad de Zaragoza, denominada programa de estimulación cognitiva en personas con Deterioro cognitivo leve, cuyo objetivo principal fue comprobar si la Estimulación Cognitiva es efectiva para la mejora del deterioro cognitivo leve. La metodología utilizada fue la siguiente: Se dividió en tres fases, evaluación previa (valoración de los interesados), sesiones de estimulación cognitiva al grupo intervención y evaluación final (valoración de los participantes, controles e intervenciones). Tras realizar el análisis del programa se llegó a la conclusión de que la estimulación cognitiva es beneficiosa para el deterioro cognitivo leve, habiendo mejorado en el 68% de los casos de intervención de los cuales un 64,73% han superado en 3 puntos o más su valoración inicial.

---

## SELECCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN CONCRETA EN LA QUE SE PLANTEA LA PROBLEMÁTICA.

### Características de la Institución

**Nombre de la Institución:** Hogar de Ancianos Municipal “Cayetano Zibechi”

**Localidad:** Benito Juárez

Es un Hogar de Ancianos con residencia permanente. Fundado en 1977, es una Institución Municipal destinada a atender en forma integral a las 53 personas que alberga, les brinda los cuidados indispensables para su bienestar y salvaguarda de la dignidad; estimula su contacto con el mundo exterior y familiar, promoviendo actividades que favorezcan su autoestima y la ocupación del tiempo libre. Los criterios de inclusión son tener más de 60 años, vivir solo, condiciones ambientales inapropiadas (techos en mal estado, falta de vidrios en las ventanas, falta de calefacción), falta de vínculos familiares, dependientes para la ejecución de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. Es una Institución Municipal que cuenta con asistencia médica diaria. Profesores de educación física. Salidas periódicas, paseos a diferentes actos y programas que se ofrecen en la comunidad. Atención de Enfermería las 24 hs. Las emergencias se atienden directamente en la guardia del hospital Municipal. Cocina, lavadero y ropería todo dentro de la misma institución.

**Equipo de Profesionales y/o técnicos:** Director de la institución, Director médico, Secretario administrativo, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Trabajador Social, 2 profesores de Educación física, 3 Enfermeros Profesionales, 7 auxiliares de enfermería, 2 cocineros, 2 auxiliares de cocina, 2 encargados de ropería, 1 ecónoma, 6 mucamos, 7 mucamas, 2 encargadas de lavadero. Personas

## **Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia**

---

de diferentes establecimientos escolares o de instituciones religiosas se acercan a brindar su apoyo y estimulación a los residentes.

**Objetivos de la institución:** Con la conciencia que prevenir es mejor que curar, que los estilos de vida saludables mejoraran la Calidad de Vida y servirán como lazo de unión para mantener la integración familiar haciendo que el anciano se sienta útil, contribuyendo a su propia salud e integridad psicofísica, es la propuesta y objetivos de trabajo:

- Proporcionar vivienda cómoda e higiénica al internado.
- Procurar adecuada alimentación
- Brindar una vestimenta decorosa y suficiente
- Velar por la salud física y moral de los adultos mayores, previniendo la discapacidad mediante el diagnóstico de riesgo y la atención precoz y oportuna.
- Ofrecer un ambiente adecuado proporcionando actividades y ocupaciones acordes a su estado físico.
- Estimular el contacto con el mundo exterior y su relación con la familia.
- Promover actividades recreativas que favorezcan la autoestima y la ocupación del tiempo libre.

**Propósitos de T.O en la institución:**

- Conseguir la máxima independencia posible del adulto mayor para la realización de sus actividades cotidianas y el desempeño de sus roles, la máxima satisfacción, y motivación personal y la mayor calidad de vida.
- Restaurar o mantener la independencia funcional óptima y el nivel de satisfacción vital, a través del análisis y selección apropiada de abordajes, métodos, técnicas y actividades que permitan al individuo desarrollar o mantener las habilidades adaptativas requeridas para soportar sus roles vitales.
- Valorar a la persona (perspectiva biopsicosocial y funcional) para obtener los datos necesarios para planificar la intervención y para llevarla a cabo.
- Interpretar los hallazgos de la valoración de forma adecuada
- Reevaluar periódicamente al anciano para detectar los cambios y tomar decisiones terapéuticas.
- Estimular la activación cerebral por medio de multiestimulación cognitiva.
- Promover la recuperación funcional, destreza manual, control postural.
- Facilitar adaptaciones necesarias.
- Proponer acciones tendientes al aumento de la autoestima y seguridad, aliviando situaciones de ansiedad y angustia.
- Ofrecer un espacio y técnicas para la exploración, reconocimiento y expresión de sus valores e intereses, de un modo creativo.
- Estimular para que el anciano se involucre en actividades con sentido y propósito en uno o en varios entornos.

- Estimular la mayor independencia en las AVD básicas e instrumentales.

**Acciones que se cumplen en Terapia Ocupacional:**

- Se implementan entrevistas y evaluaciones iniciales al ingreso y seguimientos periódicos en los casos donde es posible la externación.
- Se implementan planes de rehabilitación individual o grupal, física y/o cognitiva según el resultado de las evaluaciones, o derivación médica, para reintegrar el anciano a su hogar o para mejorar su independencia y desenvolvimiento interinstitucional.
- Se realizan entrenamientos en AVDB y AVDI.
- Se dictan talleres grupales, actividades comunitarias, torneos que se desarrollan en la comunidad.
- Se realizan evaluaciones y entrenamientos en el uso de equipamientos (valvas, andadores, alcanzadores) y/o adaptaciones (en ambientes frecuentes).
- Se organizan actividades de recreación dentro de la institución, talleres de manualidades como cartapesta, pintura, dibujo, jardinería, juegos de mesa, celebración de fiestas patrias.
- Se elaboran carteleras informativas y organizativas.
- Se realizan talleres de estimulación cognitiva de no más de 5-6 integrantes.
- Se trabaja conjuntamente con las familias (en los casos que es posible).

**Principales Patologías asistidas por Terapia Ocupacional:**

El grupo es principalmente muy añoso aunque residen personas adultas o adultos mayores más jóvenes que por razones de salud y/o social, debieron ser institucionalizados. Dentro de esta

población encontramos patologías como: fracturas (de cadera la más frecuente), patologías neurológicas (ACV, Parkinson), patologías osteoarticulares (artritis artrosis), trastornos cognitivos y/o psiquiátricos (Alzheimer, demencia senil, depresiones, esquizofrenia), trastornos metabólicos (DBT), amputados, déficits sensoriales (sordera ceguera), trastornos renales, respiratorios, cardiológicos. Pluripatologías en la mayoría los residentes.

En cuanto al nivel socioeconómico y cultural de la población es bajo, de escasos o nulos recursos. Sus niveles de educación en general es primario o primario incompleto. Los hombres en general han trabajado como empleados rurales u obreros y las mujeres como amas de casa. En algunos casos no tienen familia, o en caso de tenerlas los vínculos son débiles o solo mantienen contacto en forma esporádica. La mayoría de los residentes requieren de asistencia permanente, (que en muchos casos esta situación puede revertirse).

### **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PREVIO**

El presente trabajo de sistematización surge a partir de mi experiencia de práctica clínica realizada durante el año 2014, en el Hogar de Ancianos Municipal, "Cayetano Zibechi" de la ciudad de Benito Juárez.

Allí me encontré con una población de adultos mayores que presentaban una gran pasividad. Permanecían sentados en mesas que estaban dispuestas en grupos, en el comedor, por largo tiempo y aunque estaban sentados de a 6 u 8 personas por mesa, ninguno hablaba con el compañero que estaba sentado al lado, ni con el personal de la institución.

Luego de la observación y del análisis de las características propias de esta población a fin de realizar mi tesis de grado, pude identificar problemas individuales y grupales, en relación a las funciones cognitivas y al desempeño ocupacional.

El personal debía trasladarlos, asearlos, darles de comer en la boca en algunos casos, o cortarles los alimentos, acompañarlos al baño, o a sus habitaciones debido a una desorientación espacial evidente, presentando dificultad para tomar decisiones de toda índole, debían elegirles la ropa que se iban a poner, entre cosas. Observé que no expresaban lo que pensaban o sentían, es decir que existía un déficit en la comunicación verbal y no verbal con pares y demás personas de la institución y una gran pérdida de autonomía que presentaban no todos, pero si la mayoría de los adultos mayores que allí viven.

Surgió entonces la necesidad de buscar una actividad desde Terapia Ocupacional que pudiera captar el interés y la motivación de este grupo para abordar la problemática encontrada. Frente a esta situación pensé en utilizar la **modalidad taller** para favorecer la interacción y la comunicación con sus pares como así también la expresión verbal de sus deseos y necesidades. La **Estimulación Cognitiva** me pareció un recurso válido para "Activarlos" sacarlos de esa pasividad en la que se encontraban. Utilicé el juego y el humor en todo momento para motivarlos e incentivarlos a participar de las actividades que se propusieron durante la implementación del taller y mucho material real como fotos, diarios y revistas; de antes y de ahora; para ubicarlos en tiempo y espacio.

La Estimulación Cognitiva es un recurso sumamente necesario en los adultos mayores, tanto para prevenir el deterioro como para mantener la funcionalidad existente. Se hizo hincapié en el estímulo de la Memoria y en la Orientación Temporo- Espacial que fueron las funciones cuyas

## **Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia**

---

manifestaciones se sistematizaron. El objetivo primordial de la implementación de este taller fue brindar a los participantes del mismo la posibilidad de desarrollar habilidades que les permitan desenvolverse mejor en sus actividades de la vida diaria y mantener el mayor tiempo posible su independencia y autonomía.



## **MARCO TEÓRICO**

## CAPITULO I

### Vejez

La **vejez** como una etapa de la vida es la última. El **envejecimiento** es un proceso largo que comienza cuando nacemos y finaliza con la muerte. No todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo tiempo, sino que la historia de vida, su salud, educación, trabajo, nutrición, relaciones familiares, etc., diferencian a las personas en la vejez.

Las autoras Fassio y Roque (2012) mencionan la existencia de varias edades:

- La Edad Cronológica: es la edad en años de vida. Hay responsabilidades y privilegios dados por la edad: la edad del voto, la mayoría de edad, la edad de jubilación, el servicio militar;
- Edad social: Establece y designa el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad en que cada individuo se desenvuelve (padre, hijo, abuelo), al igual que el género se construye;
- Edad fisiológica: Es el Estado de funcionamiento orgánico. Es el que determina en los individuos su edad biológica y por tanto el grado de funcionalidad y de deterioro de sus órganos y tejidos. No todos los órganos envejecen al mismo tiempo;
- Edad psíquica: definida por los efectos psicológicos que el paso de los años represente para cada individuo.

Naciones Unidas propone que la edad que determine la vejez para los países desarrollados sea a partir de los 65 años y para los países en vías de desarrollo, a partir de los 60. Tomamos entonces para la Argentina la edad de 60 (sesenta) años, adoptada por Naciones Unidas en la

Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en Viena, en el año 1982, como límite para ingresar en la vejez. Si bien la esperanza de vida en estos veinte años se ha incrementado y las distintas etapas del ciclo vital se posponen y alargan en el tiempo (Neugarten, 1999), como nunca ha ocurrido en la historia de la Humanidad, la edad de 60 años sigue siendo una convención a la que adhieren las políticas públicas en nuestro país y en la región (Roque & Fassio, 2012).

Hay autores que consideran al “envejecimiento” como un proceso, que si bien se inicia con la vida, adquiere importancia en la mediana edad. En este momento, el trabajo psíquico del sujeto apunta a la percepción del tiempo como finito y al registro de cambios físicos internos y externos (marcas sociales), a partir de cuya elaboración, podrán encontrarse diferentes salidas hacia una vejez ligada a lo creativo, o a modos patológicos. Además, agregan que es también en esta época, donde se produce un cierto extrañamiento, ya que la referencia a los cambios también está dada por una mirada pendular que oscila entre la generación joven a la cual ya no pertenece, y una imagen en la cual aún no se ha proyectado (Carrión & Ferrer 1998).

Es decir que se reconoce la edad física como una variable relevante aunque no todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo tiempo, sino que su historia de vida es una variable que condiciona esta etapa.

Es importante diferenciar los efectos del “envejecimiento normal” de los ocasionados por enfermedades prevalentes en el anciano, “envejecimiento patológico”.

“El buen envejecer estará dado por la capacidad que tenga el sujeto de aceptar y acompañar estas inevitables declinaciones sin insistir en mantenerse joven a cualquier precio, y esto no

quiere decir que se renuncie, sino todo lo contrario; quiere decir que hay que mantener una lucha activa para tratar de obtener el máximo de satisfacción de las fuerzas de que en cada momento se disponga" (Salvarezza, 1999 p 22).

Este autor, plantea que la mayoría de los estudios, tanto los transversales como los longitudinales y transculturales, muestran la presencia de algunos rasgos intrapsíquicos con cierta constancia:

### **1- Cambio en la percepción del paso del tiempo.**

La mayoría de las personas suelen tener dificultad para registrar desde sí mismas el paso del tiempo. Habitualmente se toma conciencia de lo que ocurre cuando nos reencontramos, después de algún tiempo con personas que han sido parte de nuestra historia y a quienes habíamos dejado de ver. Vemos a esa persona envejecida e inmediatamente viene la pregunta de si el otro nos vera también de esa forma. A partir de situaciones como ésta los sujetos empiezan a pensar en el tiempo, su tiempo, desde una perspectiva distinta, más en función de lo que falta por vivir que de lo que ha transcurrido desde su nacimiento. Aparece la toma de conciencia de que el tiempo es finito. Todo esto produce situaciones conflictivas que pueden ser registradas consciente o inconscientemente, pero que si no son suficientemente elaboradas suelen acarrear severos desajustes en la conducta de los sujetos. Aparecen complicaciones sintomáticas en sus relaciones matrimoniales o laborales, en su forma de búsqueda de placer, en su forma de vestir, en sus hábitos cotidianos (Salvarezza, 1999).

### **2- Personalización de la muerte.**

La desaparición de pares y amigos, hace que la muerte se convierta en una posibilidad real para uno mismo y que deje de ser la mágica y extraordinaria ocurrencia que parecía cuando

éramos jóvenes. Los cambios percibidos en este momento, los hijos que crecen, los propios padres que envejecen y mueren, provocan la ineludible sensación en el sujeto de ser el próximo en la fila (Salvarezza, 1999).

### **3-Incremento de la interioridad**

Las dos características anteriores, están asentadas sobre otro fenómeno más general y abarcativo, que es el incremento de la interioridad.

En la mediana edad se pone énfasis en la introspección que resulta en un balance vital, en un intento de reevaluación del self. La preocupación por el mundo interno se intensifica, la disponibilidad para distribuir actividades y afectos en las personas del entorno se reducen, es el momento del movimiento desde el mundo externo hacia el interno. Este aumento de la interioridad es un proceso intrínseco atribuible a la edad más que a una respuesta adaptativa a procesos de cambio. Si los modelos de identificación que les han sido ofrecidos no han sido demasiado conflictivos y si estos sujetos no han sido expuestos a muchas situaciones traumáticas, todos estos factores determinaran un desarrollo vital bastante armónico. Entonces podrán enfrentar los problemas con poca ansiedad y podrán hacer un uso adecuado de las conductas defensivas que tengan a su disposición (Salvarezza, 1999).

Salvarezza plantea que cuando un sujeto se encuentra dentro de estas características comienza a envejecer, y se produce ese incremento de la interioridad, esta adquirirá en él, la forma de reminiscencia, la cual es definida como el "acto o el hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatarlas". Debe entenderse como una situación de bienestar no demasiada perturbada por afectos dolorosos. La reminiscencia, es posible pensarla como una actividad mental organizada, compleja y que permite al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades

psicofísicas y relacionales comienzan a perder su vitalidad. Si esto sucede, el sujeto podrá sentirse en paz consigo mismo y con los demás, perteneciente a su sociedad y a su momento histórico. No todos los individuos pueden acceder a este desarrollo. Muchas razones pueden perjudicarlo, como perturbaciones más o menos severas, alteraciones de un estado de equilibrio caracterológico y que por tener características no expectables, pueden convertirse en crisis. En estos sujetos, cuando el proceso de envejecimiento comienza a manifestarse, el incremento de la interioridad no revestirá la forma de reminiscencia, en su lugar aparecerán los recuerdos con tonalidades más o menos dolorosas. Esta forma de recordar se llama nostalgia. La nostalgia, lleva al sujeto a transitar por sus recursos poniendo el énfasis, no tanto en los elementos constitutivos por los cuales podría sentirse satisfecho y que lo reafirmaría en su identidad positiva, sino en todo aquello que considera que ha perdido y que ahora siente que pertenece a otros (jóvenes) tanto como en todas aquellas realizaciones que siente que no ha podido concretar a lo largo de su vida y que la personificación de la muerte en sí mismo lo hace aparecer sin el tiempo necesario para alcanzarlos. El ideal se le representa como inalcanzable y su sentimiento de autoestima se resiente severamente. Cuando el incremento de la interioridad se desliza hacia el polo de la reminiscencia y el sujeto se enfrenta con el cambio de la percepción del paso del tiempo y con la personificación de la muerte, un narcicismo saludable refuerza su autoestima y surge el deseo fantasmático de trascendencia, y una de las formas de conseguirla es a través de crear: criar los herederos sociales. Para que esta potencialidad creativa se concrete se requiere el cumplimiento imprescindible de otra condición: es necesario superar una imposición narcisista negativa para permitir la aceptación del otro encarnado en este caso en las generaciones más jóvenes. Cuando el incremento de la interioridad se desliza hacia el polo de la nostalgia, las cosas adquieren otro carácter. Aparece una expansión gradual de los intereses yoicos y un vuelco de catexias

libidinales hacia aquello que se está generando a través del completo encuentro de cuerpos y mentes. Pero cuando este enriquecimiento falla por el incremento nostálgico, con esa sensación de que el objeto añorado ahora está ubicado en otro lugar y pertenece a un tercero, un aspecto narcisista impedirá el reconocimiento del otro, la generación más joven, y entonces se produce una regresión de generatividad una necesidad obsesiva de pseudointimidad, acompañada de un profundo sentimiento de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal. Aquí la creación de herederos está imposibilitada por la encerrona narcisista que suele incrementar un conflicto intergeneracional a través de actitudes competitivas, intolerantes, querellantes, desvalorizadoras o paranoides por parte de los más viejos. Obviamente, este impedimento a la creación de herederos sociales condena al sujeto a perpetuar el encierro narcisista que Erickson denomina estancamiento: el individuo se queja solo e inerte frente a la nada de la castración que significa su vejez próxima y a su propia muerte; triste y solitario final (Salzarizza, 1999).

## TEORÍAS ACERCA DE LA VEJEZ

Existen diferentes teorías que intentan explicar el proceso de envejecimiento y las manifestaciones inherentes al mismo. A continuación se exponen las más relevantes.

### Teoría del Desapego

Esta teoría fue postulada inicialmente por Cumming y Henry (1961) y más tarde por Schaie y Neugarten.

De acuerdo con esta teoría, a medida que el sujeto envejece se produce una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual va generando un sistemático apartamiento de toda clase de interacción social. Gradualmente la vida de las personas viejas se separa de la vida de los demás, se van sintiendo menos comprometidas emocionalmente con problemas ajenos y están cada vez más absortas en los suyos y en sus circunstancias. Este proceso no solo pertenece al desarrollo normal del individuo, sino que es deseado y buscado por él, apoyado en el lógico declinar de sus capacidades sensorio motrices lo cual le permite una redistribución adecuada de sus mermadas reservas sobre menos objetos, pero más significativas para el sujeto. Al mismo tiempo, este distanciamiento afectivo lo pone a cubierto de confrontaciones con objetos y situaciones que le plantean problemas de difícil solución, y que cuando no puede hallarlas le generan cuadros de angustia." Los puntos sobresalientes de esta teoría son:

- Es un proceso universal, ocurre en cualquier cultura y tiempo histórico.
- Es un proceso inevitable, porque está apoyado en procesos psicobiológicos.
- Es intrínseco, no está condicionado ni determinado por variable social alguna.



**Teoría de la Actividad**

Maddox (1973) contrapuso su “Teoría de la Actividad” a la anterior y sostuvo que los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible; y que cuando ciertas actividades ya no son posibles deben buscarse sustitutos para ellas.

Esta teoría sostiene la importancia de los contactos sociales y de las actividades que realicen los sujetos. Supone una relación entre la satisfacción vital y la actividad social. Lemon, Bengston y Peterson (1972) entendían que “cuanto más actividad más satisfacción social”, describían tres tipos de actividades: la informal, con amigos y vecinos, la actividad formal, participar en grupos voluntarios o socio recreativos, la actividad solitaria, que se realiza en forma independiente como cuidar la casa o el ocio. Creían que las actividades informales eran más fortalecedoras y contribuían a una mayor satisfacción de vida que las solitarias porque permiten reafirmar los roles de un sujeto y restablecer miradas positivas sobre sí mismo. Se asume que la forma de pensar sobre nosotros mismos está relacionada con los roles y actividades en las que estamos inmersos (Moody, 1994), lo cual implicaría que su abandono genere una pérdida de identidad y valoración. La actividad informal era la que más satisfacción producía, su continuidad dependerá de nuestras motivaciones personales y nuestros deseos. El énfasis está puesto en el individuo y el autoconcepto. La sociedad no es más que el medio a través del cual el individuo obtiene aprobación y gratificación. No es la actividad por sí misma lo que es provechoso, sino lo que para el individuo tiene sentido.

### **Teoría del Ciclo Vital**

Teoría que tiene como precursor a Ericsson y Neugarte, aunque ha sido retomada por múltiples investigadores, particularmente del área de la psicología cognitiva.

Rompe con los modelos decrementales de la vejez proponiendo una visión en la cual cada etapa vital tiene crecimientos y pérdidas, lo cual se postularan como crisis. Cada una de estas según su resolución permitirá afrontar otras nuevas o dejarán al sujeto con diversas limitaciones en su desarrollo personal. Los postulados básicos son la multidimensionalidad, multidireccionalidad, discontinuidad y plasticidad. Las tres primeras hacen referencia a los diversos factores y sistemas en los que interviene el sujeto, los cuales inciden en direcciones disímiles a la hora de considerar la construcción de la vida individual. Por lo cual, la continuidad y la discontinuidad o las rupturas son parte de las historias personales. Acerca de la plasticidad se considera que el efecto genético en términos absolutos es estable, pero en términos relativos la influencia genética decrece, ya que si la variación del entorno se incrementa y se distribuye en forma equivalente, la importancia de la genética no se incrementa (Baltes, 1990; Thomae, 1979).

### **Envejecimiento Activo**

El concepto de **envejecimiento activo** según la OMS, se refiere a la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad a medida que las personas envejecen. Permite desplegar el potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo el ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos, y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidado (Garriga, 2015).

Desde el envejecimiento activo se busca:

- Compensar la pérdida con ganancias, descubrir que hay posibilidades según sus destrezas.
- Desencadenar la aparición del recuerdo reminiscente en lugar de vivir la nostalgia.
- Construir redes sociales de sostén, participación en deberes y derechos sociales y cívicos.
- Generar conductas responsables hacia el cuidado de la propia salud.
- Desencadenar relaciones intergeneracionales que permitan transmitir su vivencia y no estancarse (Garriga, 2015).

### **Teoría Epigenética de Erickson:**

Erikson reinterpreto las fases psicosexuales elaboradas por Freud, y enfatizó, los aspectos sociales de cada una de ellas en cuatro aspectos principales: a) incrementó el entendimiento del 'yo' como una fuerza intensa, vital y positiva, como una capacidad organizadora del individuo con poder de reconciliar las fuerzas sintónicas y las distónicas, así como de solucionar las crisis que surgen del contexto genético, cultural e histórico de cada individuo; b) explicitó profundamente las etapas de desarrollo psicosexual de Freud, integrando la dimensión social y el desarrollo psicosocial; c) extendió el concepto de desarrollo de la personalidad para el ciclo completo de la vida, de la infancia a la vejez; d) exploró el impacto de la cultura, de la sociedad y de la historia en el desarrollo de la personalidad, intentando ilustrar este estudio como una presentación de historias de personas importantes. En la formulación de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, Cloninger (1999), destaca los siguientes aspectos: a) Diferencias individuales: los individuos difieren en cuanto a las fuerzas internas; hombres y mujeres presentan diferencias de la personalidad debidas a las diferencias biológicas. b) Adaptación y

ajustamiento: un 'yo' fuerte es la llave para la salud mental; deriva de una buena resolución de las ocho fases de desarrollo del 'yo', con predominancia de las fuerzas positivas sobre las negativas (confianza sobre desconfianza, etc); c) Procesos cognitivos: el inconsciente es una fuerza importante en la formación de la personalidad; la experiencia es influenciada por modalidades biológicas que se expresan por medio de símbolos y juegos. d) Sociedad: modela la forma con que las personas se desenvuelven (de ahí el término 'desarrollo psicosocial'); las instituciones culturales dan soporte a las fuerzas del 'yo' (la religión da sustentación a la confianza y a la esperanza, etc). e) Influencias biológicas: los factores biológicos son determinantes en la formación de la personalidad; las diferencias de sexo en la personalidad son fuertemente influenciadas por las diferencias del 'aparato genital'. f) Desarrollo del niño: se hace a lo largo de cuatro fases psicosociales, cada una de ellas contiene una crisis que desarrolla una fuerza específica del 'yo'. g) Desarrollo del adulto: los adolescentes y los adultos se desarrollan a lo largo de otras cuatro fases psicosociales; también ahí cada fase envuelve una crisis y desarrolla una fuerza específica del 'yo'. Los procesos de organización antropológica Basado en la experiencia humana y en los estudios antropológicos, Erikson dice que la existencia de un ser humano depende, en todos los momentos, de tres procesos de organización complementarios: a) el proceso biológico: que envuelve la organización jerárquica de los sistemas biológicos, orgánicos y el desarrollo fisiológico – el soma; b) el proceso psíquico: que envuelve las experiencias individuales en síntesis del 'yo', los procesos psíquicos y la experiencia personal y relacional – la psique; c) el proceso ético-social: que envuelve la organización cultural, ética y espiritual de las personas y de la sociedad, expresadas en principios y valores de orden social – el ethos. En cualquier abordaje clínico, formativo o educacional, estos procesos están integrados unos con otros, facilitando que por diferentes métodos puedan ser estudiados como tensión

somática, psíquica o social". El principio epigenético afirma que todo ser vivo posee un plano básico de desarrollo, y es a partir de este plano que se agregan las partes, teniendo cada una de ellas su propio tiempo de ascensión, maduración y ejercicio, hasta que todas hayan surgido para formar un todo en funcionamiento. Este principio se aplica en los tres procesos complementarios: a) en el proceso biológico de la organización de los sistemas de órganos que constituyen un cuerpo (soma); b) en el proceso psíquico que organiza la experiencia individual a través de la síntesis del yo (psique); c) en el proceso social de la organización cultural e interdependencia de las personas (ethos). Más adelante, el principio epigenético presupone que la persona se desarrolla de acuerdo con etapas estructuralmente organizadas y conforme a sus disposiciones y capacidades internas; y la sociedad interactúa en la formación de la personalidad en cuanto a los aspectos de las relaciones sociales significativas, así como en los principios relacionados de orden social y en las ritualizaciones vinculantes o desvinculantes. La perspectiva de Erikson fue organizar una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, - extendiéndolo en el tiempo, de la infancia a la vejez, y en los contenidos, el psicosexual y el psicosocial-, organizados en ocho estadios. Cada estadio integra el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético; comprende un conjunto integrado de estructuras operacionales que constituyen los procesos psicosexuales y psicosociales de una persona en un momento dado. Los estadios son jerárquicos, esto es, integran las cualidades y las limitaciones de los estadios anteriores; el modelo epigenético de Erikson es también un modelo ontogenético. Los estadios son procesales y en continuo desarrollo, implicando la transformación de las estructuras operacionales como un todo, en la dirección de la mayor diferenciación interna, complejidad, flexibilidad y estabilidad. La crisis según Erikson comprende el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de

estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales. Comprende también, la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) y las distónicas (defectos o vulnerabilidad) de cada estadio. De la resolución positiva de la crisis dialéctica emerge una fuerza, virtud o potencialidad, específica para aquella fase. De su no resolución emerge una patología, un defecto o fragilidad específica para aquel estadio. “Las fuerzas sintónicas y distónicas pasan a hacer parte de la vida de la persona, influenciando la formación de los principios de orden social y las ritualizaciones (vinculantes o desvinculantes) así como todos los contenidos y procesos afectivos, cognitivos y comportamentales de la persona, asociados a su interacción social y profesional” (Bordignon, 2005, p. 53).

Estadio: integridad versus desespero - sabiduría:

Vejez: Después de los 50 años. El trazo sintónico de este estadio es el de la integridad. En ella, los modos y los sentidos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, sean los sanos o los patológicos. La suma de los modos psicosexuales tiene un significado integrador. La palabra que mejor expresa ese momento es integridad, que significa: a) la aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial; b) la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas; c) la vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo; d) una convicción de su propio estilo y historia de vida, como contribución significativa a la humanidad; e) una confianza en sí y nosotros, especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar. La falta o la pérdida de esa integración o de sus elementos se manifiestan por el sentimiento de desespero, con la ausencia de sus valores. La palabra clave para expresar

esta fuerza básica es sabiduría, que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, y la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos los sus significados, que se expresa en esta síntesis: “Yo soy el que sobrevive en mí”. La falta, la pérdida o la debilidad de la integración se presentan por el temor a la muerte, por la desesperanza, por el desespero y por el desdén. La ritualización que culmina la vida humana y da sustento a la sabiduría y a la filosofía, que mantienen el significado esencial e integrador de la vida, de los sentimientos, de las ideas y de los comportamientos y da esperanza en la sabiduría (Bordignon, 2005).

## CAPITULO II

### INSTITUCIÓN Y VEJEZ INSTITUCIONALIZADA

#### Proceso de institucionalización:

Con respecto al proceso de Institucionalización del adulto mayor, la Lic en TO Garriga, Julia (2010) planteó en su artículo, el concepto de Síndrome de Adaptación al Geriátrico. Lo definió como un conjunto de síntomas psiquiátricos que se manifiestan a partir del momento en que el adulto mayor sabe que será institucionalizado o de la propia institucionalización.

La institucionalización trae cambios que afectan a la esfera biológica, a la psicológica y a la social del adulto mayor, como ser trastornos del sueño, sentimientos de abandono y pérdida del entorno social (Garriga, 2010).

#### Síntomas del Síndrome de Adaptación al Geriátrico:

- Trastornos del sueño: los síntomas se instalan o empeoran a partir de la institucionalización.
- Trastornos de la alimentación: disminuye la ingesta y se ven conductas regresivas en torno a la alimentación.
- Trastornos del humor: tristeza, labilidad afectiva, ideas de suicidio, trastornos de conducta, ideación delirante, desorientación temporo espacial, ansiedad y quejas somáticas.
- Trastornos del sueño: consisten en insomnio de conciliación y/o de mantenimiento y cambios en el ciclo vigilia sueño. Como se sabe los mayores padecen insomnio más frecuentemente que otros grupos etarios, mucho mayores si son



institucionalizados que los que residen en comunidad. Resulta fácil de explicar: el cambio de hábitat del individuo que implica una nueva habitación, una nueva cama y probablemente un compañero de cuarto. Dificultan la preservación del ritmo del sueño previo. Así mismo la organización de la institución impone un horario único de reposo, dejando de lado hábitos personales, en general “son acostados” temprano, ya que se facilita el orden y el mantenimiento de la institución, se puede apreciar con claridad que no nos enfrentamos a un insomnio clásico, sino a pseudo insomnio condicionado por el medio ambiente.

➤ **Trastorno de la alimentación:** Consiste no solo en la disminución de la ingesta, vinculada muchas veces con los trastornos del ánimo, sino a conductas regresivas, como el rechazo por los sólidos. Las modificaciones en la dieta que suceden en la institucionalización inciden en la presencia de este síntoma por más sabrosa y de buena calidad que sea la comida, no es la acostumbrada. Resulta notable la importancia que tiene para los ancianos la preservación del sueño y de la alimentación, casi se podría decir que las modificaciones de estas dos variables permiten predecir la posibilidad de la aparición de otros síntomas.

➤ **Trastornos del humor:** Se presentan una serie de síntomas afectivos que varían según la personalidad previa del anciano, los más frecuentes son:

➤ **Tristeza:** En general se presenta en los primeros tiempos, se observa a través de diferentes conductas como puede ser: rechazar visitas, negarse a hablar, no querer alimentarse, tener ideas de desesperanza con respecto a su futuro. También ideas de culpa y de inutilidad en relación a encontrar una explicación de su nueva condición de vida.

- **Labilidad Afectiva:** Se lo encuentra llorando sin motivo aparente en general responde que se debe a su nueva situación de vida.
- **Ideas de Suicidio:** son de características manipulativas, expresan la forma de sentir respecto a su destino. Deben ser tenidas en cuenta por los cuidadores, y la familia. No se deben desestimar.
- **Trastornos de la Conducta:** Constituyen una de las causas más comunes que complican la atención y el cuidado. Consisten en agresividad, verbal, física, deambulación, resistencia a aceptar los cuidados, demandas de atención. Una mención especial merecen las conductas inapropiadas como quitarse la ropa, o tocarse los genitales, debido a que generan impacto en los cuidadores.
- **Reacciones Delirantes:** Se observan con relación a robos de pertenencias por parte del personal o del resto de los residentes, idea de daño referido a envenenamiento a través de la medicación o la comida. Estos delirios se apoyan en la realidad de la persona que ha debido abandonar parte de sus bienes y su antiguo hogar. No solo el lugar es desconocido, sino las personas que lo acompañan. El delirio se relaciona con la forma en que se produce la adaptación a la nueva situación.
- **Desorientación Temporo- espacial:** El ingreso a la institución intensifica la desorientación, la desaparición de objetos familiares, recuerdos, olores, inciden en la percepción espacial. Muchas veces trae sus pertenencias, lo más habitual de observar es que estos objetos insertados en el nuevo lugar pierdan gran parte de sus características para transformarse en recuerdos de una vida que no se volverá a repetir. Las señales que indican el correr del tiempo, que forman parte imperceptible de la orientación temporal,

también se esfuman, dejándolo carente de los recursos para ubicarse en el tiempo. Esto puede incidir en que resignifique delirantemente su nueva vida.

➤ **Ansiedad:** Se manifiesta con frecuencia durante el periodo previo a la institucionalización e inmediatamente posterior. Puede aparecer aislado o asociado a confusión, las fallas de memoria consideradas normales para la edad contribuyen a intensificar la ansiedad.

➤ **Quejas Somáticas:** Se centran en la evacuación intestinal, dolores mal definidos, también son frecuentes las cefaleas y los mareos. El sentido de estos síntomas puede estar relacionado con la necesidad de ser tenidos en cuenta, escuchados, siendo que el cuerpo es el vehículo. La queja somática siempre es tenida en cuenta porque podría estar relacionada con un problema físico más grave.

Siguiendo a esta autora, Garriga (2010) existen situaciones que permiten predecir cómo será el proceso que experimentará la persona en su tránsito hacia la institución geriátrica, las cuales pueden reunirse en un conjunto de **factores de riesgo**:

➤ **Mentiras:** Es habitual que no se le diga la verdad sobre la institucionalización, no es sencillo enfrentar esta situación. La familia piensa que una vez adentro todo va a ser más sencillo. Existen en estos casos explicaciones que pueden ser utilizadas, apoyadas en la transitoriedad como es la rehabilitación.

➤ **Decisión Unilateral:** Este punto está relacionado con el anterior, son pocos los adultos mayores consultados. Se considera que por problemas de salud o el paso del tiempo dejan de estar en condiciones de tomar decisiones. No es habitual que el adulto mayor decida internarse por propia voluntad.

- **Enfermedad psiquiátrica preexistente:** Estos padecimientos se constituyen en un factor de riesgo a la hora de evaluar la internación, dado que la capacidad de adaptación de un adulto mayor demente, deprimido, psicótico, hace tambalear ante el desafío que supone la mudanza, no-mudanza habitacional sino mudanza de vida, representada por el cambio de coordenadas vitales.
- **Enfermedades Clínicas:** Estas figuran como las primeras que son causa de una internación geriátrica, dado que es un momento de gran vulnerabilidad, muchos entre ellos médicos o familiares sostienen que el geriátrico es el lugar para superar la contingencia. Esto debe ser cuestionado dado que muchas veces complica el cuadro de base.
- **Mala relación Familiar:** Aquellas internaciones que se realizan por conflictos están condenadas de antemano, así el geriátrico será vivido como una cárcel, o como un lugar de residencia u hogar sustituto. En Argentina y en la actualidad no son muchas las instituciones que expliquen a las familias y al involucrado la dimensión que subyace ante la idea de internación.
- **Problemas Sociales:** Muchas veces se producen desfasajes importantes, algunos disfrutaban de situaciones más confortables, otros no contaban con ciertos elementos de confort, cualquiera de estas alternativas hay que tener en cuenta para evaluar la adaptación a la institución.
- **Desarraigo:** La institución es un lugar en el que se entra pero difícilmente se salga, aunque hay adultos mayores auto validos que lo hacen, no es lo mismo volver a la casa que a la institución.

Por el contrario los indicadores de mejor pronóstico, opuestos a los factores de riesgo son:

- Internación por decisión propia.
- Internación de la pareja: el hecho de estar juntos alivia los avatares de la internación.
- Evitar el desarraigo: Es aconsejable que la institución este ubicada en los lugares que fueron referencia para el adulto mayor, como barrios conocidos, referentes comunitarios que lo conecten con sus orígenes.
- Familias Continentes: Muchas familias asumen un compromiso existencial, esto permite una transición menos traumática del mundo externo al de la institución geriátrica (Elfenbein, 2011).

Maud Mannoni (1992) en su libro “Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida”, habla sobre el aspecto social del envejecimiento planteando que una teoría del “descomprometerse”, supone establecido que las personas de edad se retiran por si solas de toda vida social. No sobra voluntad para preguntarse si no es la sociedad la que coloca a las personas de edad en situación de tener que retirarse de toda vida activa. “En la actualidad se estima en 20 a 25% la proporción de personas de edad condenadas a acabar sus vidas en una institución. Gerard Baddou (1989) menciona que la gama de instituciones va del “moridero”-reservado a postrados carentes del menor recurso-hasta el cuatro estrellas, pasando por las “familias de acogida” para personas de edad. En esta variedad de colocaciones lo peor se codea con lo mejor, descubriendo a menudo abismos de inhumanidad y soledad” (Mannoni, 1992, p. 15).

El cuerpo que se transforma en la vejez podría constituir un momento feliz de la vida en cual la memoria sería como el “recuerdo” de una historia pasada para transmitir a las generaciones futuras. Lo vivido adquiere sentido en función de los otros. Pero el drama de muchos ancianos perdidos en sus referentes es que ya nadie les habla, por lo cual no pueden expresar su desesperanza. Hay demencias que son, resultado de un doble encierro: el del sujeto en el interior de sí mismo y el del otro, que ya no intenta comunicarse con él. El medio exterior nunca es totalmente ajeno a la evolución de la demencia de un individuo, demencia que hallándose separado el sujeto del mundo, será aún más invalidante (Mannoni, 1992).

Es preciso cambiar de mentalidad: en interés de las personas mayores, hay que pensar como abrirles y sostenerles posibilidades enriquecedoras de experiencia.

“El derrumbe psíquico en ancianos mal tolerados por su familia o aislados en una institución, se debe a que en su relación con el otro, la persona de edad es reducida a la condición de mero objeto de “cuidados”, estándole negada el derecho a la palabra” (Maud Mannoni, 1992, p. 43).

### **CAPITULO III**

#### **GRUPO Y DISPOSITIVO GRUPAL**

Puede afirmarse que el conjunto de conocimientos cuya preocupación son los grupos humanos tiene uno de sus puntos de origen en la imperiosa demanda proveniente de la práctica social empresarial, con particular localización en los Estados Unidos en los años 20.

Las primeras intervenciones que luego darán lugar a la microsociología o estudio de los pequeños grupos, fueron las de Elton Mayo (1924) con sus trabajos en los talleres Hawthorne de la Western Electric Company, cerca de Chicago, donde se “descubre” que los trabajadores constituyen espontáneamente entre sí grupos informales, con vida y organización propias y cuyo código implícito determina la actitud de los mismos hacia el trabajo. Es decir que los individuos que componen un taller no son simplemente individuos sino que conforman un grupo, dentro del cual han desarrollado “redes informales”, es decir, vínculos entre ellos, como así también con los superiores y con los reglamentos de la empresa. Su mejor rendimiento, depende más de la interrelación afectiva entre ellos que de las mejoras en sus condiciones de trabajo. Aquí entonces se encuentra una embrionaria idea de grupo asociada a un conjunto de personas en intercambio informal afectivo; comienza a vislumbrarse la noción de un plus que tendrá el grupo con respecto a la simple sumatoria de sus integrantes; dicho plus se evidenciará por sus efectos: mayor rendimiento. Kurt Lewin, psicólogo de la Escuela de Berlín, emigrado desde 1930 a Estados Unidos, aportó principios de la Gestaltheorie al estudio de la personalidad y posteriormente al estudio de los grupos. Lewin explicará la acción individual a partir de la estructura que se establece entre el sujeto y su ambiente en un momento determinado. Tal estructura es un campo dinámico, es decir un sistema de fuerzas en equilibrio. Cuando el equilibrio se quiebra, se crea

tensión en el individuo, y su comportamiento tiene por finalidad su restablecimiento. Lewin comienza a desarrollar sus hipótesis centrales sobre los grupos: el grupo es un todo cuyas propiedades son diferentes a la suma de las partes. El grupo y su ambiente constituyen un campo social dinámico, cuyos principales elementos son los subgrupos, los miembros, los canales de comunicación, las barreras. Modificando un elemento se puede modificar la estructura. El Grupo es un campo de fuerza en "equilibrio casi estacionario". Este equilibrio no es estático, sino dinámico, resultante de un juego de fuerzas antagónicas: por un lado, las fuerzas que constituyen las partes de un todo; por otro lado las fuerzas que tienden a desintegrar el conjunto. Para Kurth Lewin, el grupo es una realidad irreductible a los individuos que la componen, más allá de las similitudes o diferencias de objetivos temperamentos que pudieran presentar sus miembros. Es un específico sistema de interdependencia del campo (finalidad, normas, percepción del mundo externo, división de roles, status, etc). Aquí se diferencia de aquellos que plantean el factor constitutivo del grupo, en mera afinidad entre sus integrantes. El funcionamiento del grupo se explica por el sistema de interdependencia propio de dicho grupo en determinado momento, sea este funcionamiento interno (subgrupos, afinidades o roles) o referido a la acción sobre la realidad exterior. En esto reside la fuerza del grupo o, dicho más exactamente, en esto reside el sistema de fuerzas que lo impulsa, es decir, su dinámica. Descubre que tomar una decisión en grupo compromete mas a la acción que una decisión individual; que es más fácil cambiar las ideas y las normas de un grupo pequeño que las de los individuos aislados y que la conformidad con el grupo es un elemento fundamental frente a la resistencia interna para el cambio. Plantea la necesidad de reorientar la fuerza resistencial al servicio del cambio. En tal sentido los dispositivos grupales que diseña se le presentan eficaces para tal objetivo. Hasta aquí, entonces para Lewin (1930) un grupo es un conjunto de personas reunidas por razones experimentales o de



su vida diaria, para realizar algo en común y que establecen relaciones entre sí; conformaran de esa manera una totalidad que produce mayores efectos que los individuos aislados. Es decir que el Grupo es irreductible a los individuos que lo componen, en tanto estos establezcan un sistema de interdependencia; en esto radicará la fuerza o dinámica de un grupo. Desde E. Mayo y K.Lewin se organiza una disciplina: la Dinámica de Grupos. Las primeras investigaciones sobre grupos surgen en respuesta a una demanda económico-política, dando lugar al "Dispositivo Grupal". Este término hace referencia a las diversas modalidades de trabajo con grupos que cobraron cierta presencia en función de las características teorico-tecnicas elegidas, como también de los campos de aplicación donde se han difundido. Cada uno de ellos crea condiciones para la producción de determinados efectos de grupo-y no otros; son en tal sentido virtualidades específicas, artificios locales de los que se espera determinados efectos (Fernández, 1999).

Ana Maria Fernandez (1989) en su libro "El campo Grupal", plantea suguiendo a Pichon Riviere, que GRUPO, es un conjunto restringido de personas, que ligadas por constantes de tiempo y espacio, y articuladas por su mutua representación interna, se proponen explicita o implícitamente una tarea que constituye su finalidad, y estas personas interactúan a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles. Los dos organizadores que E. Pichon Riviere señala son, la tarea tomada como un sentido, como objetivo, y la mutua representación interna, hay una representación interna, hay una internalización reciproca, es decir que cada uno tiene un lugar en la interioridad del otro, en el mundo interno. La tarea que dicho conjunto se ha propuesto, y que constituye el motivo y sentido racional del grupo, está sostenida y puede cumplirse debido a que existen además, entre sus integrantes normas, roles, una historia en común, tradiciones y mitos (Panebianco & García Cein, 1998).

## CAPITULO IV

### TERAPIA OCUPACIONAL EN LA VEJEZ

De acuerdo a la definición propuesta por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 1986):

“**Terapia Ocupacional** es el uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida”.

Se entiende por **Ocupación** al grupo de actividades que tiene un significado personal y sociocultural para las personas. La ocupación está determinada por la cultura y promueve la participación en la sociedad. Se trata del término esencial de la Terapia Ocupacional. Su importancia es tal, que su uso como herramienta terapéutica para modificar el estado de salud es el elemento que nos distingue claramente del resto de las disciplinas rehabilitadoras. La privación de la posibilidad de desarrollar satisfactoriamente ocupaciones amenaza la salud mental y física de las personas. Cuando la enfermedad, el trauma u otros factores alteran la participación en la ocupación, la falta de capacidad funcional puede originar una mayor patología (Corregidor Sanchez, 2010).

El **Desempeño Ocupacional** en sí mismo se conforma en un mecanismo de adaptación por medio del cual el individuo satisface, tanto sus necesidades vitales, como los requerimientos sociales de su comunidad de pertenencia, favoreciendo su integración y participación activa en el entramado social y el cultural al que pertenece y por lo tanto, constituyéndose en un elemento

capital en el bienestar psicológico y el social del individuo. Los adultos mayores institucionalizados son una parte de la población especialmente sensible a la disfunción ocupacional. Es el propio envejecimiento el que produce las primeras consecuencias en la vida del anciano, existe mayor facilidad para enfermar que en otros grupos de edad y, por lo tanto, mayor probabilidad para afectar o deteriorar el desarrollo de ocupaciones. También es frecuente observar en la persona mayor, tendencia al aislamiento social y a la soledad, debido a pérdidas de contactos sociales, independencia de los hijos, muerte del cónyuge, situaciones que producen una pérdida o cambios en los roles y que modifican el desempeño de ocupaciones. Se comienza a tener problemas en las actividades más complejas y se acaba en las más simples; es decir que se empiezan a perder habilidades en el orden contrario al que se adquirieron. Los principales problemas aparecen en las actividades instrumentales, entre estas las de movilidad exterior a la casa (utilizar transporte público, ir al médico, hacer gestiones, salir, hacer compras). Finalmente aparecen las dificultades en las actividades de la vida diaria básicas, actividades necesarias para el autocuidado y para el mantenimiento de la autonomía personal. Estos aparecen más tarde, a más edad y suelen ser los más graves, los que requieren ayuda frecuente o continua y a veces es la señal para plantearse una institucionalización si los recursos en el domicilio no son suficientes. Mediante la Terapia Ocupacional se puede beneficiar las personas mayores con discapacidades físicas, disfunción social o en situación de alto riesgo de desarrollarla. El TO debe promover en los pacientes la recuperación funcional suficiente realizando las ayudas técnicas y adaptaciones para de ser posible; seguir viviendo en su casa de manera independiente. Cuando es necesaria la institucionalización, el TO debe tender a mantener y mejorar la funcionalidad e independencia tanto física como cognitiva. De esta manera se pretenderá la optimización de los recursos existentes en el propio individuo y su entorno. Para reducir el riesgo de aislamiento social y sus

consecuencias perjudiciales, el Terapeuta Ocupacional asiste a pacientes de edad avanzada para el mantenimiento de las actividades sociales y fomenta nuevos intereses. También proporciona estrategias para promover el aprendizaje y el mantenimiento de una mente activa, dichas estrategias inciden en la mejora de autoestima, factor que ayuda a prevenir la demencia precoz (Corregidor Sanchez, 2010).

Para la realización de las distintas actividades de la vida diaria, es necesario poner en funcionamiento las habilidades motoras, cognitivas y comunicativas, así como crear y mantener hábitos y rutinas que favorezcan la automatización de nuevas rutinas y movimientos a causa del deterioro funcional causado por la enfermedad. La actividad es utilizada como medio para motivar y hacer partícipe al anciano en el proceso de recuperación de su autonomía. Realizar actividades que no presenten interés para la persona conduce a la desmotivación, dificultando la implicación del anciano en su proceso de autonomía.

Es por eso que en el taller de estimulación cognitiva que propongo implementar, las actividades tenderán a ser siempre significativas para los participantes relacionadas con su historia de vida, anhelos, deseos y necesidades, utilizando material de contenido real, como fotos, revistas, diarios etc.

### **ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LA VEJEZ. ROL DEL TO**

Un Programa de Estimulación Cognitiva tiene como objetivo el mantenimiento de las funciones cognitivas necesarias para desarrollar las actividades de la vida diaria. El Terapeuta Ocupacional selecciona y gradúa las actividades de tratamiento en función del área cognitiva a estimular. También modifica las exigencias del entorno para que la persona alcance el éxito de la tarea. Esta intervención puede llevarse a cabo de manera individual o grupal. Las sesiones individuales permiten mayor atención por parte del terapeuta y ofrecen menos distracción al paciente para realizar las tareas cognitivas. Las actividades grupales requieren que el número de participantes no sea muy elevado (entre 5-8 personas) y que estas tengan un nivel cognitivo similar. Las actividades que se diseñan para cada sesión tienen como objetivo estimular estas áreas de intervención y orientarlas hacia la ejecución de actividades de la vida diaria. Por ejemplo, puede estimularse y entrenarse la orientación espacial con el objetivo de que el paciente sepa llegar a su habitación, o encontrar el baño. El material utilizado para la rehabilitación cognitiva debe estar compuesto por fichas, tableros que trabajen el esquema corporal, fotografías, y material real para la orientación temporo-espacial, la memoria, la atención, la concentración, la numeración y la lógica y material de papelería (Corregidor Sanchez, 2010).

**“El objetivo y fin último de estos programas es dar a los pacientes la posibilidad de desenvolverse mejor en sus Actividades de la Vida Daria y mantener el mayor tiempo posible su independencia y autovalidez” (Acuña & Risiga 1997).**

**MODALIDAD TALLER**

Etimológicamente, la palabra Taller, “proviene del francés “atelier” que significa estudio, obrador, obraje” (Moliner, 1983, p.23).

La denominación Taller ha sido utilizada para diferentes actividades: espacios de formación ligados a lo artístico, expresivo, plástico y literario. El taller ofrece una metodología participativa, ya que enseñar y aprender se da a través de una experiencia realizada conjuntamente, en la que todos están implicados e involucrados como sujetos/agentes. De esta forma el proceso de conocimiento es asumido por cada uno de los integrantes del grupo, siendo el coordinador facilitador, cooperativo y favorecedor del proceso. Se concibe al taller como una forma de aprender, mediante una tarea en común realizada colectivamente, un aprender que privilegia un hacer con otros. “Por lo tanto el taller puede convertirse en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación y por ende, un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos” (García 1983, p.21).

## CAPITULO V

**Enfoque teórico de la cognición y la percepción. Introducción a la neuropsicología. Percepción y cognición de las ocupaciones humanas. Habilidades espaciales. Atención. Memoria. Desempeño de tareas. Funciones ejecutivas.**

La siguiente descripción se realizó siguiendo al autor June Grieve en su libro "Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y la cognición". En el cual encontramos un marco conceptual adecuado a nuestra visión en el presente trabajo ya que describe claramente como la percepción y la cognición afectan a la función, en las actividades de la vida diaria.

La **Neuropsicología** se ha originado de la convergencia entre la ciencia médica de la Neuropsicología y la psicología en un estudio común de los efectos conductuales del daño cerebral. Las alteraciones en la función cerebral están asociadas con áreas específicas del cerebro mediante el estudio de grupos de pacientes con lesiones localizadas comunes y comparando estos con sujetos normales. Los estudios de neuro-imagen utilizan técnicas de escáner para identificar las áreas activas del cerebro durante el desempeño de las funciones cognitivas. El estudio de las funciones cerebrales humanas podría estar dividido en dos grandes abordajes: el **enfoque de localización**, basado en la relación de las áreas anatómicas y la función, y el **enfoque Holístico o de procesamiento de la información**, el cual se centra en la afluencia de información en el cerebro como un todo (Grieve, 2000).

### **Localización**

El enfoque de localización interpreta los déficits neurológicos en términos de interrupción de la actividad en áreas específicas o los caminos entre ellas. Más tarde, el examen postmortem de pacientes con déficits conocidos identificó áreas de los hemisferios cerebrales relacionadas con la producción del habla (área de Broca) y los aspectos receptivos del habla y el lenguaje (área de Wernicke). “Estos estudios también fueron los primeros en localizar las funciones del lenguaje en el hemisferio izquierdo. En el cambio de siglo los neurólogos describen agrupaciones de síntomas conocidos como síndromes, en pacientes con daño cerebral, basados en la observación detallada del comportamiento” (Grieve, J. 2000, pp.3-4).

### **Procesamiento de la información**

Un enfoque alternativo al estudio de la Cognición es aquel que considera al cerebro como un todo. La información sensorial aferente en el cerebro proveniente del entorno, así pues bajo condiciones específicas puede ser definida y la respuesta de salida de acción conducta puede ser observada. Los experimentos fueron por lo tanto diseñados para aislar y evaluar los estadios o fases del proceso entre las aferencias y las eferencias. De esta manera se desarrolló un modelo de estadios o fases que opera en un componente de Cognición Cada fase puede ser considerada como un grupo de neuronas juntas pero puede o no estar localizadas en un área concreta del cerebro (Grieve, 2000).



**Estadios/módulos:** En los modelos de sistemas cognitivos desarrollados en neuropsicología cognitiva, cada estadio del procesamiento es conocido como **módulo**. Si los módulos del procesamiento cognitivo son independientes, se puede predecir que cada uno puede estar alterado selectivamente. Por ejemplo, si el reconocimiento de objetos está alterado el déficit podría estar en uno de los muchos niveles de procesamiento: percepción visual básica; descripción visual estructural; representación semántica (significado); o representación léxica (nombre). Si un paciente puede utilizar objetos de manera apropiada pero no nombrarlos, nos sugiere que existen módulos independientes para el conocimiento de los nombres de objetos familiares y para la representación semántica de la función de dichos objetos. Además si otro paciente diferente puede nombrar objetos pero no utilizarlos, esto constituye de nuevo evidencia de que existen módulos separados, conocido como doble disociación. Se han elaborado pruebas relacionadas con los módulos individuales en el procesamiento mental en Neuropsicología y son utilizados para identificar un déficit en un módulo específico. Por ejemplo, las pruebas pueden mostrar que la percepción básica visual está intacta pero si el paciente no puede discriminar todos los tenedores en un cajón con cubertería, nos da a entender que existe una alteración en la formación de la descripción estructural visual del objeto global. Este enfoque modular en la evaluación puede ser utilizado en Terapia Ocupacional para orientarnos sobre el origen de las alteraciones cognitivas las cuales pueden ser exploradas a través de la observación de las actividades funcionales. La siguiente lista señala los estadios en el uso de los objetos y su correspondiente evaluación (Grieve, 2000).

## Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

FASE	VALORACION
<b>Análisis perceptivo visual</b>	Emparejar colores , formas, tamaños
<b>Descripción estructural</b>	Emparejar objetos
<b>Representación semántica</b>	Emparejar objetos según función
<b>Sistema de acción</b>	Desempeñar los movimientos para el uso de un objeto
<b>Funciones ejecutivas</b>	Generalización de la utilización de objetos en diferentes entornos

“La percepción y el lenguaje han sido descritos mediante modelos de módulos aunque algunas áreas de la cognición se ajustan menos a este abordaje. Tanto si los componentes son modulares o no, se incluyen en los modelos de la memoria de trabajo y del sistema ejecutivo donde los módulos son coordinados por una unidad de control” (Grieve, 2000, p.11).

### PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN DE LAS OCUPACIONES HUMANAS

De un momento a otro todos los sentidos, visión, sonido, tacto, dolor y propiocepción, recogen información del mundo que nos rodea y del interior de nuestro cuerpo. La percepción es el procesamiento en el encéfalo que transforma toda esta información en nuestra experiencia inmediata del mundo. Por lo general no tomamos conciencia de la percepción es una acción muy rápida. No obstante, la percepción no solo ocurre pasivamente a partir de lo que el encéfalo recibe a través de los sentidos. Nuestras expectativas y nuestra experiencia pasada tienen una influencia activa sobre la percepción. Además, lo que percibimos puede ser modificado por el contexto en el cual lo vemos. La Cognición comprende todos aquellos procesos mentales que nos

permiten desempeñar acciones y conductas con un significado. Aprendizaje, reconocimiento, memoria, y atención son todos componentes del sistema cognitivo, al igual que la habilidad para planificar, controlar y adaptarse al continuo cambio de información proveniente del entorno. Las partes del complejo sistema cognitivo operan para alcanzar un objetivo y pueden estar involucrados varios componentes en una actividad funcional. Por ejemplo en la realización de una llamada telefónica el encontrar el número de teléfono, recordarlo el tiempo suficiente para marcarlo y el conversar y escuchar significan cada uno diferentes demandas cognitivas (Grieve, 2000).

### **Percepción**

La percepción puede estar definida como darle sentido a las sensaciones o la habilidad para procesar e interpretar la información del entorno y darle un significado a su globalidad.

### **Cognición:**

La Cognición es un sistema complejo y dinámico de componentes interrelacionados los cuales nos permiten organizar y utilizar la información para poder ser funcionales en el entorno en el que vivimos. La nueva información que entra al sistema es organizada y clasificada. La información ya almacenada es evocada para poder interpretar el procesamiento nuevo. La respuesta eferente podría ser un movimiento, una toma de decisión, simplemente el almacenamiento de la información para su futura utilización. En las primeras fases del procesamiento cognitivo se incluye un análisis perceptivo-visual y auditivo de las aferencias sensoriales, con la atención dirigiendo el procesamiento hacia un estímulo particular. Después de la etapa semántica del procesamiento la respuesta eferente es activada si se está desempeñando

una tarea o actividad rutinaria y dicha tarea es realizada automáticamente con un bajo nivel de atención sostenida. Un ejemplo de esto es cuando nos metemos en nuestro coche e introducimos la llave en el contacto. Esto activa una serie de movimientos desde poner las marchas, quitar el freno de mano y apretar el acelerador. El manejo de un vehículo se produce automáticamente hasta que un nuevo grupo de acciones se desencadenan debido a un cambio tal como una curva o un semáforo. Las tareas rutinarias de la vida diaria se realizan automáticamente con un bajo nivel de control. Cuando nuestro entorno varía, como por ejemplo un cambio de casa o el comienzo de un nuevo trabajo, se requiere un nivel superior de procesamiento cognitivo para responder a las situaciones nuevas. Después de un periodo de tiempo se establecerán de nuevo en la memoria las nuevas rutinas. Aquellas tareas no rutinarias requieren una unidad de control de la atención que se ocupe del nivel apropiado de procesamiento durante el tiempo necesario. Por ejemplo en la memoria de trabajo el sistema de atención central interactúa con dos módulos separados para el procesamiento a corto plazo de la información visual o verbal proveniente del entorno. Cuando desempeñamos dos tareas al mismo tiempo, ocurre un desplazamiento de la atención de una tarea a otra. Lavar los platos mientras se escucha la radio, por ejemplo, son dos actividades que pueden ser llevadas a cabo dentro de los límites normales de capacidad atencional. La Cognición se ve implicada en la planificación de actos y comportamientos para alcanzar un determinado objetivo; por ejemplo al visitar a un amigo por su cumpleaños. Antes de comenzar el viaje se requiere tomar una decisión al igual que se necesita la memoria prospectiva para las futuras acciones. Si la ruta está cortada en ese día, el procesamiento ejecutivo es requerido para modificar el plan y monitorizar el progreso hasta que se llegue al lugar. Encontrar el camino correcto también implica un procesamiento espacial de las características del entorno y de nuestros cuerpos en relación con la ruta que se sigue. La información almacenada de la memoria sobre el mundo

constituye solo una parte de la memoria. Las acciones más diestras dependen de la activación de los procedimientos almacenados para llevarlas a cabo. Estos procedimientos se desarrollan y mejoran con el tiempo, hasta que llegamos a ser expertos en la realización de actividades tales como escribir a máquina o tocar un instrumento musical. El sistema cognitivo funciona normalmente como un todo pero es necesario establecer divisiones, a veces llamados subsistemas, para poder entender la manera en que operan sus componentes. La identificación de un déficit en un subsistema cognitivo nos ofrece una base para explicar la disfunción ocupacional. En la observación de las habilidades cognitivas esta se beneficia si existe una comprensión de las destrezas cognitivas subyacentes que apoyan la eficacia del desempeño de estas (Grieve, 2000).

### **Habilidades Espaciales**

En la exploración del espacio cercano rastreamos el área de espacio ofrecida por el campo visual que está por delante y alrededor al mover los ojos y la cabeza. Una vez ubicado un objeto o una superficie, la percepción espacial analiza su relación con otros objetos del ambiente y con nuestra persona. Todas las actividades funcionales tienen un componente espacial especialmente las actividades constructivas que necesitan un ensamblaje de las partes en un todo. La representación mental de las partes del cuerpo, y su relativa posición en el espacio deben estar integrados junto con los objetos en el entorno para poderlos utilizar. A gran escala las relaciones espaciales con los edificios y reparos son importantes para encontrar nuestro camino cuando caminamos, o vamos en bicicleta o en coche. "Necesitamos discriminar entre derecha e izquierda para ser capaces, mentalmente, de girar en el camino a seguir hacia diferentes direcciones. La

construcción de un mapa espacial de un entorno familiar podría cambiar una tarea de búsqueda de rutas a una tarea de memoria espacial” (Grieve, 2000, p. 33).

### **Esquema Corporal**

“El **esquema corporal** es la representación mental de la posición y la relación entre las partes del cuerpo. La representación estructural, semántica y léxica son incorporadas al esquema corporal” (Grieve, 2000, p. 38).

### **Praxis Constructivas**

La **Praxis Constructiva** es la habilidad para desempeñar los movimientos necesarios para organizar unidades individuales en un todo en dos o tres planos. En un dibujo las partes deben ser colocadas en posiciones relativamente correctas de un todo en dos dimensiones de la hoja, lo cual es fácil cuando se copia una figura de dos dimensiones. Una operación espacial más difícil es la que se refleja cuando dibujamos una figura o elemento de memoria, ya que el sujeto tridimensional en la imagen visual debe ser transferido a un dibujo bidimensional. La praxis constructiva en tres dimensiones tiene una gran relevancia en las tareas cotidianas. En el desempeño de actividades en el espacio de alcance la localización de objetos en el entorno debe ser integrado con la extensión y dirección del movimiento. Esto requiere el conocimiento tanto de la orientación espacial del segmento corporal en movimiento como de los objetos que son manipulados, particularmente cuando existe un elemento constructivo en la tarea, así existe un elemento constructivo en la preparación de la comida, por ejemplo al hacer un sándwich o prepara la mesa, y en el vestido (Grieve, 2000).

### Orientación Topográfica

Nuestra habilidad para movernos de un sitio a otro en un mundo tridimensional depende de un complejo sistema de navegación el cual opera a gran escala dentro de la información espacial. El entorno topográfico nos rodea y puede ser visto desde diferentes perspectivas. Al explorar nuestro entorno, la memoria de trabajo espacial mantiene la información del entorno durante unos segundos cada vez y recupera la información espacial de la memoria para planificar la secuencia de movimientos a largo plazo del proceso. La atención y el reconocimiento visual de los reparos son básicos en la búsqueda de rutas mientras la percepción visual y táctil puede ofrecer información adicional. La orientación topográfica es una habilidad cognitiva que puede dividirse en tres etapas de adquisición de conocimientos:

1. Almacenaje de la información de reparos conocidos y sus relaciones espaciales, tanto con el cuerpo como entre nosotros. Esta fase es conocida como egocéntrica o centrada en el cuerpo. Incluye la habilidad de juzgar la proximidad, profundidad y orientación de los reparos con respecto a nosotros.
2. Conocimiento de las rutas que conectan los reparos de un orden secuencial.
3. Las representaciones de reparos y rutas combinados, lo cual puede ser llamado "mapa cognitivo". Esta fase se conoce como halo céntrico o centrado en el entorno, con independencia de donde estamos o nuestra orientación en el espacio.

Estas tres fases se dan en series dentro del desarrollo del niño. El niño primero aprende a reconocer "mi casa" y "mi calle" y la "puerta de María". Lo siguiente que aprende es el lugar donde debe doblar la esquina dentro de un recorrido familiar. La habilidad para encontrar

diferentes caminos entre dos lugares conocidos o como encontrar nuevas rutas se desarrollan más tarde (Grieve, 2000).

### **Atención**

La función de la Atención es la de, inicialmente, dirigir el procesamiento perceptual básico de todas las modalidades sensoriales de las aferencias del entorno. La atención selecciona que estímulo sensorial es relevante en ese momento, mientras que aquellos irrelevantes son ignorados. Un procesamiento más profundo es entonces facilitado por otros sistemas cognitivos; por ejemplo en la memoria, tanto el sistema de registro de los elementos como la subsecuente evocación requieren atención. En la ejecución de tareas, las actividades que ya han sido practicadas implican un nivel bajo de atención. El nivel de excitación o despertar, alerta y vigilia son términos usados para describir la atención, la cual es básica para todas las actividades que realizamos en "piloto automático". Niveles superiores de procesamiento de la atención serán necesarios si esas mismas actividades se realizaran en una habitación ruidosa o en un entorno no familiar (Grieve, 2000).

### **Memoria**

La memoria es nuestra capacidad para retener las cosas en la mente y recordarlas en algún momento del futuro. Intentamos recordar nombres, fechas, la lista de la compra y detalles de viajes que hemos realizado para poner a prueba nuestra memoria. Pero la memoria cotidiana se encuentra también en la preparación de la cena, o en una cita la semana que viene en el lugar y hora apropiados. Algunos aspectos de la memoria se ven implicados en casi todo lo que hacemos, y la manera en la que la utilizamos depende de nuestro propio estilo y experiencia. Memoria se



compara a menudo con sistemas que organizan y almacenan gran cantidad de información. La memoria es un sistema dinámico que se desarrolla y se modifica con el tiempo y es improbable que su acceso este restringido a un solo punto del cerebro. La memoria puede estar dividida en tres sistemas:

- ❖ La **Memoria Sensorial** es el breve procesamiento de la información recibida por los órganos de los sentidos que dura solo algunos milisegundos. La memoria sensorial incluye aferencias visuales (icónicas), auditivas (ecoicas), táctiles y propioceptivas. Hasta ahora se han realizado pocos estudios de la memoria sensorial táctil y propioceptiva en psicología.
- ❖ La **Memoria a Corto Plazo** retiene la información del depósito sensorial durante varios segundos. Esto permite el ensayo antes de activar una respuesta o de pasar a la memoria a largo plazo.
- ❖ La **Memoria a Largo Plazo** retiene la información durante periodos de tiempo que van de unos pocos minutos a varios años. El olvido en la memoria a largo plazo podría ser debido a un debilitamiento con el tiempo, o tal vez la memoria se mantiene almacenada pero no puede ser evocada (Grieve, 2000).

### **Memoria a Corto Plazo/ memoria de trabajo**

La evidencia de un depósito de memoria a corto plazo se basa en los resultados de la repetición libre de una lista de números, letras o palabras. Es probable que las palabras recordadas con más frecuencia sean las que se encuentran al final de la lista. Esto se conoce como efecto reciente. Cuando el recuerdo se retrasó y se agregó la tarea aritmética mental antes del recuerdo, el efecto reciente desapareció. El efecto reciente, explorado en condiciones controladas de laboratorio, sirve de apoyo a la presencia de un depósito de memoria corto plazo de capacidad limitada que retiene los últimos elementos. Si el recuerdo se retrasa y se impide el ensayo al solicitar a los individuos que realicen otra tarea antes del recuerdo, el efecto reciente desaparece. Los primeros elementos en la lista (efecto precedencia) no muestran ningún cambio en el rendimiento del recuerdo puesto que ya han ingresado en el depósito a largo plazo. La investigación de las funciones de la memoria corto plazo llevada a cabo por Baddley y Hitch en la década de 1970, condujo al desarrollo de un sistema de memoria de trabajo el cual ha sido más tarde revisado y probado. La memoria de trabajo tiene varios componentes que manipulan la información verbal, visual y espacial durante varios segundos antes de que pasen a la memoria a largo plazo y a otros sistemas cognitivos. Existen tres grandes componentes en la memoria de trabajo: un administrador central, un circuito fonológico y registro visuoespacial. La central ejecutiva controla el procesamiento en los otros componentes de la memoria de trabajo mediante la asignación de la atención a cada uno. La central ejecutiva es particularmente importante cuando las demandas cognitivas de la tarea son altas, por ejemplo escuchar una conversación mientras se lee el periódico. El circuito fonológico almacena información relacionada con el habla en el almacén fonológico (oído interno), y los enumera verbalmente en el mismo orden (voz interna). La evocación verbal, conocida como el sistema articulador, es repetido en el mismo

orden, como una cinta de audio que se repite durante unos segundos antes de que se evada o pase a la memoria a largo plazo. En el habla o la lectura, muchas palabras se retienen el tiempo suficiente para poder darle significado a las palabras que le siguen. Las palabras pueden entrar el almacén fonológico directamente desde el oído, desde la evocación de palabras escritas o habladas, y desde la memoria a largo plazo de nombres de objetos o personas. El registro visuoespacial almacena información espacial y visual que entra a través del ojo durante unos segundos de tiempo. Este ojo interno, componente de la memoria de trabajo, retiene tanto la información espacial como las imágenes visuales que no pueden ser enumeradas verbalmente, como el tamaño, la forma, el color y la distancia. También puede ser utilizada para inspeccionar y manipular las imágenes visuales que entra por los ojos o desde la memoria a largo plazo. Cuando buscamos nuestro camino en el espacio, las instantáneas de información visual y espacial son retenidas por un espacio de tiempo corto, el cual nos permite reconocer los reparos (Grieve, 2000).

### **Memoria a Largo Plazo**

El sistema de memoria a largo plazo tiene una capacidad ilimitada y procesa una gran variedad de información. Los elementos de la memoria de trabajo entran en la memoria a largo plazo donde son procesados para darles significado y para ser contextualizados. Los recuerdos almacenados en la memoria a largo plazo son recuperados de la memoria de trabajo antes de que la respuesta adecuada sea activada, por ejemplo en forma de acción o lenguaje. La Memoria a largo plazo ha sido dividida en diferentes subsistemas los cuales procesan y almacenan tipos específicos de información. “La identificación de los tipos de déficits en la memoria puede

ayudarnos a predecir problemas funcionales y guiarnos en la elección de ayudas para aquellas personas con alteraciones de la memoria” (Grieve, 2000, p.59).

### **Memoria Procesal (cómo)**

La memoria procesal es el subsistema relacionado con el desempeño de la actividad hábil aprendida, todas aquellas habilidades motoricas y del lenguaje que hemos aprendido como parte de la memoria procesal. Recordamos nadar, como montar una bicicleta o como arrojar con precisión una pelota de golf, pero no podemos explicar cómo lo hacemos. Además hablar nuestro idioma materno es parte de la memoria procesal y la mayoría de nosotros no puede explicar las reglas complicadas de gramática asociadas con él. El conocimiento de las habilidades motoras aprendidas y almacenadas en la memoria procesal está asociado a las condiciones específicas de las acciones implicadas. La activación de los procedimientos correctos dependerá de la combinación correspondiente de las condiciones de la aferencia proveniente de la memoria de trabajo y la toma de decisiones. Las habilidades se convierten en automáticas con la práctica. Una razón para esto podría ser la repetición de un condición/acción particular en la memoria procesal que lleva a una activación más rápida y fácil. La memoria procesal es residual en la mayoría de los pacientes con pérdida neumónica, por lo que retienen aquellas habilidades motoras que han sido ya aprendidas antes del daño cerebral. Esto tiene un gran efecto en la posible vuelta al trabajo y en la continuación de las actividades de ocio en aquellos con trastornos neumónicos. Algunos pacientes con alteraciones del lenguaje mantienen su idioma materno mientras que se pierden un segundo idioma aprendido aunque se tenga un buen nivel (Grieve, 2000).

### **Memoria Declarativa (qué)**

Memoria declarativa es aquella que compila información sobre personas objetos, lugares y eventos y de que ciertos hechos, ya sean verdaderos o falsos. Podría ser llamada como “conocer qué “. Cuando nos preguntan algo concreto, por ejemplo donde hemos nacido, conscientemente inspeccionamos nuestra memoria declarativa para recordar el nombre del lugar. La memoria declarativa se ha dividido en dos: memoria semántica conocida como conocimiento general de los hechos; y memoria episódica, la cual consiste en memorias asociadas a determinado lugar y momento. La memoria semántica es conocer que Roma es la capital de Italia y que los plátanos son amarillos. La memoria episódica es la grabación de eventos particulares, por ejemplo conocer donde paso las vacaciones el año pasado, o el primer viaje que realizo en avión. La distinción entre memoria semántica y episódica es confusa y ambas interactúan en la memoria cotidiana. La información, que comienza como episódica llega a ser generalizada en la memoria semántica con el tiempo. Aprender a utilizar un ordenador personal puede asociarse en su inicio con un modelo particular en el laboratorio de una universidad (episódica). Después de un tiempo, utilizar un ordenador se torna parte de nuestro conocimiento general del mundo, lo cual pertenece a la memoria semántica. La memoria Autobiográfica es otro componente de la memoria declarativa. La memoria episódica y autobiográfica tienen un contexto en el tiempo y espacio, pero la memoria autobiográfica está asociada a eventos específicos de la vida que tienen significado para el individuo. Estos eventos son importantes para el conocimiento de nosotros mismos, la familia y amigos, junto con las experiencias colectivas del pasado. La pérdida de memoria autobiográfica reduce la autoestima y puede ser desagradable para el individuo (Grieve, 2000).

### Memoria Prospectiva (cuándo)

La memoria prospectiva es la que nos hace recordar que hacer y cuando hacerlo. Es la memoria explícita que requiere de un procesamiento de la atención. Los estudios neurológicos de laboratorio se han centrado en la memoria retrospectiva, pero una gran parte de la memoria cotidiana es prospectiva. Los planes almacenados de acción necesitan ser activados para un futuro, en el día correcto y en el momento justo. El momento puede ser específico, o dentro de un periodo de tiempo. La memoria prospectiva implica la habilidad de controlar el tiempo y controlar los sucesos que ocurren. Puede también incluir tomar decisiones sobre la prioridad en los planes que compiten entre sí, por ejemplo "ir a comer" o "terminar un informe escrito". La memoria prospectiva podría describirse como recordar "cuándo". La memoria prospectiva tiene algunos elementos de la memoria retrospectiva. Recordar que se debe tomar la medicación a ciertas horas del día incluye recordar cuantas pastillas y el color de cada pastilla. Las rutinas diarias son en su mayoría automáticas y se desempeñan con mínimas demandas de memoria prospectiva. En las actividades no rutinarias, las cuales se tienen que recordar una vez cada cierto tiempo, requerirán de la memoria prospectiva para activar el plan en el momento adecuado. Algunas veces existe una clave o factor externo que activa dicho plan, por ejemplo al ver un buzón de correos en el camino a casa, recordamos que debemos mandar una carta. En la falta de esa clave las demandas de atención en la memoria de trabajo podrían afectar el éxito o fracaso de la memoria prospectiva. Podemos olvidarnos de hacer una llamada de teléfono importante cuando existen demasiadas demandas de nuestra atención. Varias investigaciones de la memoria prospectiva incluyen cuestionarios de autoevaluación, los cuales pedían que los individuos anotaran cuantas omisiones ocurrirán en sus planes para el día. Aun así la validez de las autoevaluaciones depende del nivel de excitación general del individuo. Otros estudios han

presentado tareas específicas a sujetos tales como hacer una llamada de teléfono en un momento determinado o mandar una carta en un día específico con variaciones en el número de actividades a recordar y los intervalos de tiempo entre cuando se ofrecen las instrucciones y la ejecución de dichas tareas. La memoria prospectiva implica la interacción de la memoria con otros sistemas cognitivos. Las funciones ejecutivas operan sobre los planes de acción ya almacenados dentro de un proceso flexible de resolución de problemas (Grieve, 2000).

### **Registro, retención y recuperación**

Los procesos que operan en la memoria a largo plazo se han dividido en tres fases: **registro** o codificación en el momento del aprendizaje; **retención** o almacenamiento en el tiempo; **recuperación** o **evocación** de la información cuando se necesita. Estas tres pueden recordarse como las tres Rs. El registro ha sido explorado mediante la manipulación de las características y el contexto de la información que se aprende y probar el recuerdo posterior para observar que factores son más importantes. La información que se elabora y procesa con un determinado significado a la hora de registrarla, incrementa la probabilidad de una posterior evocación. Es más probable que recuerde el nombre de un estudiante si también aprendió su ciudad de origen u otros datos sobre su familia, que si solo registro su aspecto físico. Algunas de las estrategias que utilizamos para mejorar nuestra memoria necesitan una elaboración y asociación; por ejemplo, repasar lo que hicimos ese día para recordar donde pusimos algo, o asociar el nombre de alguien con una imagen de algunas característica peculiar de esa persona. La retención es un proceso dinámico. La información almacenada es modificada y actualizada en el tiempo con la llegada de una nueva información que proviene de la memoria de trabajo. Una vez registrada la huella neumónica, el olvido anterior podría ser resultado de la debilitación de la huella con el tiempo la

interferencia de la huella por el aprendizaje posterior. Recordar un evento depende más del número similar de eventos que se han producido que por el tiempo que ha transcurrido, sugiriendo que las interferencias tienen un efecto en el hecho de recordar. La pérdida de neurotransmisores se ha relacionado con un escaso registro y almacenamiento de la memoria, por ejemplo en la enfermedad de Alzheimer o la de Korsakoff (Kopelman 1986). Existen investigaciones sobre el efecto de los fármacos que estimulan la producción de estos transmisores que pueden confirmarlo. La evocación implica un procesamiento cognitivo activo. Recordar es un proceso de búsqueda seguido por un proceso de decisión, mientras que el reconocimiento es más fácil que recordar. La recuperación o evocación está afectada por el contexto y los elementos tiene más probabilidad de ser evocados en el entorno en el que fueron aprendidos. Nuevos aprendizajes adquiridos en el departamento de TO en el hospital, pueden no generalizarse en el hogar. Las claves externas son importantes como ayuda en la evocación de elementos o eventos procedentes de la memoria. El reconocimiento del nombre de una persona se ve mejorado si se utilizan claves tales como la primera letra del nombre u otra información sobre la persona. El reconocimiento de la persona si se presenta entre un grupo de nombres o fotografías puede ayudar a llegar con éxito a la evocación. Todos estamos familiarizados con el fenómeno de "en la punta de la lengua" cuando sabemos que un elemento está en la memoria pero no podemos evocarlo. Cuando se nos presenta el elemento, instantáneamente lo reconocemos. Una explicación de esto es que el procesamiento en curso no encaja la información al igual que no se ve facilitada la memoria. Se producirá el recuerdo si se produce alguna evocación implícita activada con posterioridad. "El estado de ánimo podría afectar al recuerdo. Algunos estudios experimentales sobre los efectos de los fármacos han mostrado que el aprendizaje en el estado alterado puede recordarse mejor en el mismo estado. Los pacientes depresivos recuerdan



fácilmente memorias de acontecimientos tristes y esto puede aumentar su depresión” (Grieve, 2000 p.64).

### **Desempeño de Tareas**

En la ejecución de todos los movimientos, las eferencias de los centros motores del cerebro activan los patrones de actividad de los músculos que mueven los diferentes segmentos del cuerpo implicados. Si el movimiento es parte del desempeño de la tarea, hay objetos que se manipulan, las acciones se modificaran durante la tarea como respuesta a los cambios en el entorno. El sistema sensorial es activado para procesar la información visual y táctil proveniente de los objetos, al igual que las claves y auditivas del entorno. En el desempeño de la tarea existe un objetivo para el movimiento y una secuencia de acciones que debe ser ejecutada en un orden correcto para conseguir dicho objetivo. Los pacientes que demostraron un deficiente desempeño de las tareas pueden tener déficits motores y/o sensoriales que podrían ser identificados mediante una valoración de la sensación, tono muscular, patrones motores, inervación recíproca y reacciones de equilibrio. Otros pacientes, por el contrario, con mínimas pérdidas motoras y sensoriales, demostraron dificultades en la ejecución de movimientos orientados a un objeto, particularmente cuando en la tarea se utilizan más de un objeto. Estos problemas se originan en el sistema cognitivo. Los modelos de procesamiento de información en el comportamiento motor han sido desarrollados a partir de estudios en adquisición de destrezas motoras en sujetos normales. En Neuropsicología, estudios de casos clínicos de pacientes con daño cerebral han identificado módulos en serie y en paralelo en el procesamiento praxico de la ejecución de gestos y movimientos relacionados con el uso de un objeto. El procesamiento mental en el desempeño de una tarea incluye muchos componentes cognitivos. Las aferencias perceptuales se integran con

el proceso de reconocimiento relacionado con objetos y acciones asociadas con su uso. Debe producirse un correcto emparejamiento entre el objeto y la acción relacionada con él, se traduce en un error de desempeño. Las demandas de atención varían desde el procedimiento automático en tareas rutinarias automáticas, hasta el procesamiento controlado necesario para aprender una nueva tarea en el entorno no familiar. La memoria de trabajo selecciona las claves relevantes del entorno y se evoca la información procesal almacenada de la memoria a largo plazo de los movimientos hábiles. “La ejecución correcta de una tarea a través del sistema motor dependerá de todos estos procesos cognitivos” (Grieve, 2000, p.69).

### **Programas para la Acción**

En la década de 1970, los psicólogos que estaban interesados en la adquisición de las habilidades motrices, desarrollaron modelos de procesamiento de información del comportamiento motor normal. El término “programa motor” fue introducido para describir una determinada acción almacenada sobre un movimiento particular. El concepto original de un programa motor se extendió hacia un esquema motor que incorpora componentes perceptivos al igual que motores de un movimiento (Schmidt, 1975). La teoría de esquemas, propone que el conocimiento de las acciones que componen las actividades de la vida diaria se organizan dentro de una determinada familia de esquemas las cuales son activadas en un orden determinado para alcanzar un objetivo. El programa motor especifica no solo que los músculos están activos sino también la dirección fuerza y periodo en el que el musculo debe estar activo. Esto se puede comparar con un programa informático que ejecuta una serie de funciones cuando se activa dicho programa. El problema que presenta esta definición original del programa motor es que no es aplicable para ejecución de un movimiento particular mediante diferentes grupos de músculos. Por ejemplo usted puede escribir su firma utilizando diferentes grupos musculares. El programa

motor de un movimiento balístico simple está programado antes de que este comience. Si se presiona una tecla del ordenador o se lanza un trozo de papel a la papelera, una vez que se ha comenzado el movimiento no existe opción de cambiarlo. Esto se conoce como un movimiento de circuito abierto la mayoría de nuestros actos tienen una duración más larga que los anteriores y hacemos cambios durante el proceso de movimiento en respuesta a una retroalimentación. Cuando vertemos agua de una tetera a una taza, el movimiento es modificado a la vez que se produce, en respuesta al peso de la tetera (retroalimentación propioceptiva) y al nivel de agua de la taza (retroalimentación visual) esto se conoce como circuito cerrado. Una ejecución deficiente de los movimientos después de un daño cerebral se podría explicar cómo la pérdida de los programas motores almacenados o de la incapacidad para construirlos o modificarlos. Los déficits perceptivos podrían reducir la posibilidad de corrección de los errores durante la realización del movimiento. Todas las destrezas cognitivas y perceptivas son integradas a un nivel superior mediante un sistema ejecutivo. Esto permite determinar objetivos en la formulación de planes y organizar y controlar las tareas. El sistema ejecutivo decide que información relevante para tomar las decisiones más efectivas y elaborar tácticas para controlar los cambios cuando se producen. En casa, en el trabajo y en el ocio realizamos las tareas cotidianas de manera automática. Una resolución exitosa dependerá de nuestra habilidad para establecer objetivos realistas hacer un plan y controlar como progresa el plan. Las funciones ejecutivas son los procesos cognitivos implicados en "que hacer" y "como hacerlo" en la acción y el comportamiento. Estas dirigen y regulan todas las demás funciones cognitivas. La evaluación de la percepción y cognición en Terapia Ocupacional puede ser evaluada de dos formas: valoración funcional (de las actividades de la vida diaria para identificar problemas cognitivos; y una valoración de los componentes cognitivos de las habilidades afectadas. La evaluación

funcional permite la identificación de los problemas cognitivos de un entorno real. Las baterías estandarizadas ofrecen mediciones válidas y fiables de los componentes de la cognición y percepción las cuales pueden ser usadas para prevenir problemas funcionales (Grieve, 2000).

### **IMPORTANCIA DE LA ACTIVACIÓN CEREBRAL Y EL ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA. FUNDAMENTOS NEUROPSICOLÓGICOS. ROL DEL T.O.**

Mercedes Acuña y Magali Risiga (2012) en su libro “Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria”, plantean: “partimos de la base de que no existen funciones aisladas porque no solo están relacionadas de alguna manera entre si sino que el medio, los afectos, la motivación, las emociones tienen sobre ellas una gran resonancia” (p.11). La memoria está relacionada con la percepción, la atención, la imaginación y, también con el ánimo, la fatiga, el interés. Si bien su funcionamiento es condición esencial para una existencia mínimamente normal, supone el buen funcionamiento de los mecanismos mentales subyacentes. Pero, al mismo tiempo, actuando sobre ella, se actúa de alguna manera sobre las otras funciones cognitivas. Según estas autoras Memoria es la facultad o la capacidad encargada de registrar la información, fijarla y restituirla: es el ingrediente esencial de los procesos cognitivos.

**Tipos de memoria:**

1. **Memoria sensorial o animal:** considerada por algunos autores como la que registra y almacena durante un tiempo estimado en milisegundos los estímulos sensoriales visuales, auditivos y kinéticos.

2. **Memoria a corto plazo, o inmediata, o memoria de trabajo o primaria:** es transitoria y dura pocos minutos; a veces, solo segundos. Normalmente puede almacenar entre 5 y 7 elementos. Es por ejemplo, la que se utiliza para recordar un número de teléfono solo para el momento de discarlo. Incluye un circuito articulatorio, implicado en el tratamiento del material verbal, y un registro o vía viso espacial responsable de la persistencia de las imágenes mentales. El procesador o administrador central sería el que efectúa las operaciones de selección, control, organización y procesamiento de la información.

3. **Memoria a largo plazo o secundaria:** se la considera permanente, y su duración puede ser de días, meses o años. Implica operaciones más complejas y una búsqueda consciente de significados.

❖ **Memoria explícita o declarativa:** la que tiene que ver con conocimientos, por ejemplo, de idiomas, de ubicación de las cosas en el espacio, etc y puede ser explícita. En ella coexisten dos sistemas diferentes de almacenamiento:

❖ La memoria episódica, que permite el registro y el recuerdo de hechos o datos autobiográficos;

❖ La memoria semántica, de palabras, conceptos y conocimientos generales.

❖ **Memoria implícita, procedural o de procedimiento:** sería una memoria aprendizaje de habilidades motrices, de acción, Implica la facilitación de evocar un recuerdo por medio de un estímulo igual, semejante o estrechamente relacionado con él. Se ha comprobado que este tipo de memoria se conserva aún en personas con grave deterioro cognitivo.

Estas autoras describen los fundamentos neuropsicológicos de la activación cerebral y el entrenamiento de la memoria planteando que hay numerosos datos científicos que avalan la plasticidad cerebral o **neuroplasticidad**, es decir la posibilidad adaptativa del SNC, que le permite modificar su propia organización estructural y su funcionamiento en respuesta a los acontecimientos del entorno. Bajo el efecto de estimulaciones apropiadas y constantes, el cerebro sano puede modificarse favorablemente en su estructura y su funcionamiento.

La **neuroplasticidad** en la escala celular “puede ser definida como un cambio en las propiedades de comunicación entre dos células o dos redes neuronales. Dos tipos de plasticidad pueden coexistir: la modificación del número de contactos sinápticos y la modificación del nivel de actividad funcional de los contactos sinápticos existentes(...)La plasticidad del cerebro sano aparece ligada a las nociones de acrecentamiento de la actividad neuronal y de arborizaciones dendríticas, y a las de la eficacia sináptica.

Luria en 1973 sostenía que las zonas cerebrales lesionadas podían ser compensadas por las zonas sanas, y mostro que el ejercicio de las funciones puede favorecer el establecimiento de nuevas conexiones neuronales en las zonas dañadas.

Stein (1983) cita numerosas investigaciones en mamíferos adultos que demostraron la regeneración de neuronas lesionadas por brote colateral de fibras nerviosas intactas.

Respecto de las lesiones difusas y evolutivas, como por ejemplo las de la enfermedad de Alzheimer, no hay evidencia de que se dé la misma plasticidad cerebral que en los cerebros normales o con lesiones focales, aunque si es esperable un retardo de la declinación cognitiva, a pesar de que las adquisiciones por la estimulación no se mantengan. Esta es la base sobre la que se fundamentan los programas de activación cerebral a partir de técnicas de estimulación cognitiva, cuya eficacia se encuentra demostrada en numerosas investigaciones.

### **Funciones Cognitivas:**

Las autoras describen las siguientes funciones cognitivas a entrenar en estos programas de activación cerebral y entrenamiento de la memoria:

**1-Memoria Biográfica (identidad):** La memoria biográfica es el conjunto de recuerdos que una persona tiene de acontecimientos, situaciones y experiencias de su vida pasada. Identidad es el conjunto de particularidades y circunstancias que distinguen a una persona de todas las demás. Es el punto de partida para la integración psíquica, física, y psicológica, y por lo tanto, esencial para el reconocimiento y el fortalecimiento de la identidad.

**2 –Comunicación:** Es transmitir algo, estar “en relación con”. Favorece la interacción y el intercambio entre los miembros del grupo con el fin de:

- ejercitar el lenguaje,
- superar el repliegue de sí mismo
- ganar confianza en sí, seguridad,
- estimular el interés.

**3 –Percepción:** Es el reconocimiento inmediato de algo a través de los sentidos. Los trastornos en la vista y la audición repercuten en el buen funcionamiento de la memoria y, por lo tanto, en el rendimiento intelectual.

**4 –Atención:** Es la aplicación selectiva de la conciencia a un estímulo u objeto determinados, que quedan destacados en el campo mental. Un alto porcentaje de fallas mnésicas corresponde a una deficiente calidad de atención. Aplicada a hechos exteriores recibe el nombre de OBSERVACIÓN, y aplicada a hechos internos de la persona, el de REFLEXIÓN.

**5 –Concentración:** Es la atención sostenida en el tiempo y, por lo tanto, implica un esfuerzo mayor.

**6 –Imaginación:** Es la facultad de tener presente en la mente la imagen de algo que en el momento se encuentra fuera del alcance de los sentidos. Su entrenamiento es sumamente importante para facilitar la memorización.

**7 –Fluidez verbal (vocabulario-significación verbal-expresión verbal y escrita):** Es la capacidad de recordar palabras pronunciadas o escritas. Mide el vocabulario activo que una persona puede recordar. Significación verbal es la capacidad de comprender y reconocer las ideas expresadas con palabras.

**8 –Orientación temporo-espacial- referentes espaciales y temporales:** Orientación espacial es la capacidad de imaginar objetos en dos o más dimensiones en el espacio. Orientación temporal es la capacidad de localizar mentalmente hechos o situaciones en distintos tiempos.



Los referentes son indicadores que facilitan la asociación, a fin de acceder con mayor facilidad a la recuperación del recuerdo. Son como signos que, asociados a lugares o acontecimientos fijos, facilitan el detectar datos que subyacen en la memoria.

**9 -Estructuración cognitiva-organización de las informaciones-clasificación – asociaciones - mnemotecnica (estructuración mental por medio de técnicas asociativas)** Estructuración cognitiva es la integración y la organización de las funciones cognitivas.

**10 -Razonamiento:** Es la capacidad de reconocer similitudes y deducir principios o reglas.

**11-Reminiscencia:** Es la expresión verbal del recuerdo de hechos de la vida pasada, generalmente vivenciados con un matiz placentero.

Magali Risiga (2011) en un artículo de su libro virtual: “Gerontología a través de una historia institucional” describe que las funciones cognitivas son las que posibilitan la organización de nuestra vida cotidiana, la utilización de experiencias pasadas como referentes para nuevas adquisiciones, la proyección de actividades, trazando caminos en el tiempo, anticipando y evaluando las consecuencias de cada acción.

En general, las dificultades en la restitución de datos mnésicos, son déficits normales cuando no ocultan patologías de base, pero para quien los sufre, no saber cómo resolver esta situación, puede originar caminos hacia la dependencia. Tengamos en cuenta que los déficits de memoria pueden afectar todos los aspectos de la vida de un individuo, más aún cuando socialmente, suelen tener una connotación negativa y muchas veces prejuiciosa una vez superada la “barrera de los 60 años”. Los olvidos que ensombrecen lo cotidiano, obturan la comunicación, tergiversando las posibilidades reales del sujeto anciano. El proceso de envejecimiento está asociado a la

disminución de agudeza sensorial, capaz de producir dificultades en el registro y ordenamiento de información del medio que rodea al anciano y generar desajustes, al elaborar respuestas inadecuadas frente a los estímulos. Es importante tomar en cuenta que con el transcurso de los años, se requiere algo más de tiempo, tanto para incorporar nueva información, como para extraer conocimientos ya almacenados, ya que existe una reducción de la velocidad de procesamiento que produce lentificación en el mecanismo de búsqueda de información. Además se hace más difícil dirigir y mantener la atención porque la memoria inmediata no reacciona de manera tan eficaz a las interferencias. La queja subjetiva de falta de memoria aparece en el 70% de los adultos mayores (Laurent, Allegri & Thomas-Anterion, 1997). La mayor dificultad reside en la evocación libre, (mejorando el rendimiento con la utilización de claves o facilitaciones), y en la memoria de trabajo, que requiere el procesamiento simultáneo de varias informaciones. Sin embargo, el cerebro posee recursos que, en condiciones adecuadas de estimulación, permitiría un mejor rendimiento de las capacidades (plasticidad cerebral). Esta es la base científica de la estimulación cognitiva en el envejecimiento: se centra en dicha plasticidad, potencial y reserva cerebral, entendiendo a la neuroplasticidad cerebral como la respuesta que elabora el cerebro para adaptarse a las demandas del ambiente y restablecer el equilibrio.

“La posibilidad de contar con espacios donde entrenarse en estrategias que faciliten el recuerdo, y den cauce y contención a los fantasmas que se asocian a la pérdida de memoria, permiten el reencuentro con recursos propios y una adecuación más exitosa a los proyectos vitales. Estos serían los objetivos que se pretenden alcanzar en los Programas Preventivos de Estimulación y Entrenamiento de la Memoria, basados en los conceptos de la plasticidad cerebral y en el abordaje desde la Multiestimulación Interdisciplinaria” (Risiga, 2011 p 35).

Lo que define a un estímulo como tal es el ser un elemento cualquiera del ambiente (un sonido, un aroma, una imagen, una actividad) que, enlazado a la historia personal del sujeto, produce una respuesta. Es por esto tan importante para esta modalidad de trabajo no solo conocer los aspectos objetivos del olvido, sino los aspectos subjetivos presentes en el mismo. Para ofrecer un estímulo es indudable que tenemos que conocer al otro: afectividad, valores e intereses, historia vital, motivación, de lo contrario las actividades propuestas pueden fracasar. Que el sujeto pueda responder a las exigencias de los ejercicios planteados en los encuentros, que logre indagar y poner en práctica nuevas maneras de resolver problemas, es indicador de que ha logrado internalizar conocimiento de su bagaje de potencialidades. Una memoria más funcional dará lugar a un nuevo equilibrio entre él y su entorno, permitiendo la puesta en marcha de posibilidades y recursos propios muchas veces no reconocidos o ejercitados. Tanto desde el trabajo de multiestimulación a nivel preventivo, cómo en los tratamientos de personas que sufren de un deterioro cognitivo, el lugar de un Terapeuta Ocupacional en el equipo interdisciplinario es el de aportar conocimiento acerca de las capacidades del paciente y la adecuación de las actividades a sus posibilidades. *“La mirada entrenada sobre las ocupaciones humanas que posee el Terapeuta Ocupacional le proporciona las herramientas para detectar a tiempo una disfunción ocupacional. Evaluar la rutina, analizar los requerimientos de cada actividad, y valorar la funcionalidad particular de cada sujeto en su interrelación con el entorno, permite explorar los caminos para que el adulto mayor pueda seguir planificando su vida con la mayor autonomía posible”* ( Risiga, 2011 p 40).

## **UN ENFOQUE DESDE LAS NEUROCIENCIAS**

### **La vejez y el cerebro**

Victoria I. Tirro, de la Universidad Central de Venezuela, publicó un artículo científico en la revista "Nuevo Humanismo", denominado "La vejez y el cerebro". En el describe que gracias a los actuales avances científicos, la inflexibilidad del cerebro como paradigma central se ha visto derrocado, al considerarse la existencia de un mecanismo plástico, donde la actividad en la cual se somete la persona ocasiona cambios en la neuroquímica y la neuroanatomía cerebral, produciéndose un fenómeno de moldeaje y reorganización, en donde se fortalecen o establecen nuevas conexiones sinápticas y se debilitan aquellas que no son frecuentemente utilizadas. En la actualidad dichas estimulaciones parecieran inducir el proceso de generación neuronal. La nueva percepción de la vejez como fenómeno individual y social portador de una serie de aspectos positivos impide que se sigan manteniendo estereotipos negativos frente a esta etapa de la vida y favorece el desarrollo de conocimientos especializados en el área, de gran utilidad y que evitan concebir al envejecimiento como sinónimo de enfermedad (Tirro, 2016).

### **El tiempo en el cerebro**

Hasta cierta edad, el funcionamiento cognitivo se encuentra estimulado por el ritmo de vida de cada persona, pero al llegar a la vejez y reducirse considerablemente las demandas del entorno, comienza un proceso de "desentrenamiento" que acaba siendo, al menos en parte, el responsable del declive que se produce en esta etapa de la vida (Calero & Navarro, 2006). El envejecimiento cerebral puede definirse como la pérdida, aguda o crónica, de la capacidad de adaptación a cualquier cambio, necesaria para una vida de relación óptima (Escobar, 2001). Sería poco realista

asumir que el envejecimiento está exento de cambios a nivel cerebral, entre ellos y lo más importante, es la muerte neuronal selectiva que ocurre en ciertas áreas corticales, así como la reducción en el tamaño de las neuronas. A partir de esto se explicaría lo que exponen Svennerholm et al. (citados por Álvarez, et al., 2002) al afirmar que a los 100 años el cerebro pesa un 20% menos en mujeres y un 22% inferior en hombres. Diversos trabajos en el área tienden a enfatizar la pérdida de neuronas en las áreas asociativas neocorticales y en la arquicorteza (hipocampo y giro dentado). Cada vez hay más indicios que apuntan al hecho de que las dos mitades del cerebro envejecen en forma diferente y los efectos de la atrofia que acarrea el envejecimiento del cerebro afectan al hemisferio derecho (encargado de las cosas nuevas) más rápidamente que al hemisferio izquierdo, vinculado a situaciones conocidas. Los sistemas neurotransmisores afectados son los acetilcolinérgicos de proyección cortical, es decir, acetilcolina; el sistema nigroestriatal dopaminérgico (dopamina) y los noradrenérgicos de proyección cortical (noradrenalina). Otros neurotransmisores parecieran no sufrir alteraciones significativas, como el glutamato, principal neurotransmisor excitatorio, relacionado con la capacidad de aprender. Las alteraciones en el equilibrio entre noradrenalina y serotonina producen trastornos de ciclo vigilia- sueño, una de las principales quejas de las personas adultas mayores. Igualmente, la disminución noadrenérgica influye en los trastornos de memoria y sueño paradójico, así como en funciones asociadas al lóbulo frontal, provocando distractibilidad por estímulos irrelevantes (Román & Sánchez-Navarro, 1998). Neuropsicológicamente, el envejecimiento cerebral normal se caracteriza por cambios cognitivos difusos poco discapacitantes, que son más acentuados en la esfera de la memoria, rapidez de pensamiento y razonamiento (Petersen et al., Zec, citados por García-Sánchez & Estéves-González, 2002). Frente a los cambios en la cantidad de neuronas, se ponen en acción sistemas compensatorios a

nivel bioquímico, a través de la producción de neurotransmisores por las neuronas indemnes y a nivel morfológico, con el aumento del árbol dendrítico de las neuronas intactas y la generación de nuevas neuronas. El estudio moderno de la neuroplasticidad demuestra que los cerebros de las personas mayores no se degeneran, sino que evolucionan de un modo particular de acuerdo con las actividades que se realizan. De este modo se confirma la predicción de Hebb, de que el uso contribuye al mantenimiento de las sinapsis (Bauer, citado por Redolat & Carrasco, 1998), ya que la experiencia enriquecida parece producir cambios positivos en la neuroquímica y neuroanatomía cerebral, como el aumento del grosor cortical, de la ramificación neuronal o del número de sinapsis. La neurogénesis en el cerebro adulto se evidencia en la formación de nuevas neuronas a nivel de bulbo olfatorio e hipocampo, lo que posee gran relevancia en la medida en que en casos donde se presenten muertes neuronales significativas sea posible inducir al encéfalo para que sustituya las neuronas perdidas (Kolb & Whishaw, 2006). Dentro de esa nueva perspectiva en las neurociencias, se consideraría que las neuronas y las células gliales se siguen reproduciendo durante toda la vida de los organismos, a nivel de bulbo olfatorio e hipocampo. Sin embargo, se desconoce la funcionalidad de esas nuevas neuronas que se forman, así como no es totalmente aceptada la regeneración a nivel de neocorteza. El cerebro, por su capacidad plástica, va cambiando en respuesta a las modificaciones del entorno. Pueden variar las conexiones entre neuronas, modificar la red de capilares que les proporcionan oxígeno y nutrientes, y producir nuevas cadenas sinápticas en determinadas zonas cerebrales (Valbuena, 2008). Todos los teóricos de la ciencia gerontológica coinciden en que sentirse útil y tener un fuerte sentido de competencia personal asociada con la realización de actividades productivas y de corte intelectual que le sean interesantes, favorece positivamente al adulto mayor, tanto a nivel cortical como socio-emocional. Por lo tanto, involucrarse en actividades voluntarias complejas

promueve la generación de neuronas nuevas, así como modificaciones positivas en los procesos neurobiológicos, entre ellos, la activación neuronal, mejor circulación de la sangre en la zona cerebral y metabolismo de glucosa y oxígeno. Si se analiza la naturaleza del cerebro, usualmente por ahorro de energía, no es proclive al cambio, de forma tal que la “higiene o entrenamiento mental” promueve cambios en la rutina diaria que le permiten, a la masa cerebral, aumentar los circuitos sinápticos y ampliar su rango de acción, reajustándose continuamente a las demandas del exterior (Valbuena, 2008). La creación de nuevas neuronas y el moldeaje cerebral puede incrementarse mediante el esfuerzo mental derivado de un entrenamiento cognitivo planificado y acorde con las necesidades de la persona adulta mayor, entendido como proceso de aprendizaje o reaprendizaje. Su ejecución dentro de este tipo de programas y sus respuestas a las actividades planteadas están íntimamente relacionadas con su grado educativo (cultural), el cual se ha demostrado es un importante factor protector de enfermedades neurodegenerativas, ya que se estimulan entramados sinápticos complejos, y frente a una alteración, existen interconexiones sinápticas alternas que se encargan de cumplir la función. Esto se ha denominado reserva cognitiva, y si bien no detiene algún proceso histopatológico que esté subyacente, sí influye en el grado que se expresen las alteraciones clínicas esperadas. Factores como el aprendizaje, la práctica y la repetición constante son actividades que parecen estar asociadas no solo al desarrollo de nuevas neuronas, sino al mantenimiento de la salud, funcionalidad y prolongación del tiempo de vida (Instituto Nacional de Salud Mental, citado por Araya & Camargo, 2003). Cada vez se acepta más la idea de que la educación otorga un efecto protector ante los trastornos cognitivos y resulta, además, un importante elemento predictor del vigor cognitivo en la adultez tardía. Pareciera no ser la educación en sí, sino la naturaleza de las actividades asociadas con la educación avanzada las que protegen contra la aparición de alteraciones cognitivas (Goldberg,

2002). Durante el envejecimiento normal puede existir una reorganización neuronal de la reserva cognitiva, la cual forma parte de un proceso de compensación, frente a las consecuencias neurales del envejecimiento, que emplean en forma diferente las áreas cerebrales, si se compara con el desempeño de personas adultas jóvenes; la idea central de esta propuesta radica, entonces, en mantenerse activo y ocupado. Queda claro, entonces, que la reserva cognitiva es algo maleable, cambiante con el curso de la vida y va a depender tanto de factores innatos como de las experiencias obtenidas, interrelacionados con otros factores como educación, puesto de trabajo desempeñado y las actividades de ocio a edad avanzada. Las actividades de ocio también cumplen un rol fundamental en la preservación de las funciones cognitivas, ya que un estilo de vida caracterizado por entretenimientos de naturaleza social está asociado con un menor declive intelectual, y desarrollo de nuevas redes sinápticas más eficientes que proporcionan una reserva cognitiva que retrasa las manifestaciones clínicas de una patología neurodegenerativa. Por tanto, en la manera que se utilice el cerebro durante toda la vida influirá sobre la cantidad de reserva cognitiva que se tenga. La investigación científica reciente sugiere una imagen “bimodal” del envejecimiento, donde existen diferencias cruciales entre quienes pierden sus funciones intelectuales con la edad y quienes no lo hacen (succesfull aging o envejecimiento exitoso), por lo que en la actualidad se puede considerar un mito percibir la progresión a la vejez como un camino inexorable, predestinado y fatalista. Entre los factores que juegan un papel destacado en el envejecimiento satisfactorio destacan el estado de salud, el ejercicio físico, la educación, nivel de inteligencia, personalidad, experiencias culturales, ocupación, entrenamiento cognitivo y el estilo de vida (Tirro, 2016).

*“La integridad de las funciones cognitivas y la posibilidad de lograr un envejecimiento exitoso dependerá de la diversidad y características de las actividades que se manejen a lo largo*



*de la vida, lo cual promoverá cambios estructurales y funcionales a nivel cerebral. Así que, los retos para el cerebro son fundamentales” (Tirro, 2016 p. 77).*

**ASPECTOS  
METODOLÓGICOS**

**1.- OBJETIVOS DEL PROYECTO DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE CAMPO:****A - OBJETIVOS GENERALES:**

- Sistematizar la experiencia de campo en un Taller de Estimulación Cognitiva destinado a adultos mayores coordinados por Terapia Ocupacional en el hogar de ancianos Cayetano Zibechi de la ciudad de Benito Juárez, durante los meses septiembre, octubre y noviembre del año 2016.
- Analizar las potencialidades de la Estimulación Cognitiva como medio para favorecer la independencia en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria en los adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo moderado.

**B - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Establecer si los diferentes recursos utilizados durante la implementación del taller afianzan la memoria y la orientación temporo-espacial en los participantes del taller.
- Determinar si la estimulación de la memoria y la orientación temporo-espacial favorecen la independencia en la Actividades de la Vida Diaria
- Determinar la presencia de indicadores de memoria.
- Determinar la presencia de indicadores de orientación temporo-espacial.
- Establecer el sentido que los talleristas le otorgan a su participación en el taller.

**2.- TIPO DE TRABAJO:**

El presente trabajo se corresponde metodológicamente con la modalidad denominada **Sistematización de una Experiencia de Campo**, según lo normado por el artículo N°1 de la

OCA 753/98; cuyos requisitos para la realización de la misma fueron aprobados en la sesión N°14/99 del Consejo Departamental de Terapia Ocupacional.

“La Sistematización relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Se sustenta en una fundamentación teórica y filosófica sobre el conocimiento y sobre la realidad histórica social. Crea nuevos conocimientos pero, en la medida en que su objeto de conocimiento son los procesos y su dinámica, permite aportar a la teoría algo que le es propio. Explicaciones sobre el cambio en los procesos. No trata solo de entender situaciones, procesos o estructuras sociales sino que, en lo fundamental trata de conocer cómo se producen nuevas situaciones y procesos que pueden incidir en el cambio de ciertas estructuras” (Sandoval Avila, 2001).

El fin de la aplicación de este modelo de investigación es el poder encontrar un punto en donde la descripción y la teoría confluyan.

Antonio Sandoval Ávila plantea que sistematizar las prácticas permite recuperar de manera ordenada lo que ya se sabe sobre las mismas, descubrir lo que aún no se sabe de ellas y revelar lo que “aún no se sabía que ya se sabía”.

Los fines de la sistematización son:

- Tener una comprensión más profunda de las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas.
- Compartir con otras experiencias similares las enseñanzas surgidas de la práctica.
- Aportar a la reflexión teórica y, en general, a la construcción de teoría, conocimientos surgidos de las prácticas sociales concretas.

“En general se sistematiza para comunicar, para socializar la experiencia, para que otros puedan aprenderla sin necesidad de vivirla. Interesa explicitar la lógica del sentido que hay detrás de las actividades que se desarrollan y que inciden en las opciones que se asumen en el curso de la práctica” (Sandoval Ávila, 2001).

Sistematizar esta experiencia es una manera de enriquecer tanto la práctica como la teoría de la Terapia Ocupacional. Esta modalidad permite que una acción, la praxis, que surge de supuestos teóricos, pase a un nivel abstracto de pensamiento reflexivo y luego retorne a la acción. Es decir reconstruir teóricamente el quehacer práctico para transformar y optimizar nuevas prácticas.

#### PROCEDIMIENTO:

En la presente sistematización de práctica clínica, se organizó un taller de Estimulación cognitiva, que se dictó una vez a la semana durante tres meses, se puso énfasis en tres funciones cognitivas. Estas fueron la Memoria a corto plazo, la Memoria a largo plazo y la Orientación temporo espacial. Se realizaron tres tablas con los indicadores correspondientes para cada función.

Se realizó el registro de estos indicadores de Orientación Temporo-Espacial y de Memoria a corto y largo plazo con el objetivo de analizar y registrar las habilidades en estas funciones presentes en los adultos mayores institucionalizados, y como la institucionalización y la falta de estimulación cognitiva puede afectar estas habilidades y el desempeño ocupacional de los adultos

## Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

---

mayores en su vida diaria dentro de la institución. Se planificó un cronograma de actividades donde se estimularan dichas funciones en los adultos mayores.

Al comenzar la experiencia se dictaron dichas actividades y se midieron en tres momentos diferentes. Se observó y registró su evolución en el transcurso de los encuentros.

Para realizar el análisis de estos indicadores, y los siguientes, se incluyó un registro comparativo tomado en tres momentos de la experiencia. Estos fueron:

- 1° momento: Encuentro N°2
- 2° momento: Encuentro N°7
- 3° momento: Encuentro N°12

### 3 - LOCALIZACIÓN:

Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi. Benito Juárez. Buenos Aires.

### 4 - PERÍODO:

Septiembre a noviembre del 2016

### 5 - PARTICIPANTES

Se trata de una población que tiene como característica común **ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado**, con un rango de edad promedio que va desde los 70 a los 85 años, heterogéneo en cuanto a sexo.

Culturalmente han accedido a diferentes niveles de instrucción (primario, secundario). Presentan el deterioro cognitivo propio de la edad.

Los participantes del taller tuvieron que cumplir los siguientes criterios de inclusión:

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Residentes con deterioro cognitivo moderado (evaluados con Mini- Mental State Test de Folstein)
- Residentes que conserven lecto-escritura.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Residentes con deterioro cognitivo severo (evaluados con Mini- Mental State Test de Folstein).
- Residentes con trastornos neurológicos graves.
- Residentes con minusvalías graves en la visión o la audición.
- Persona que se niegue o no desee participar en el trabajo de investigación.

### **6- OBJETIVOS DEL TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

- Propiciar el surgimiento de un espacio que promueva el desarrollo de mayor interacción, participación, expresión y comunicación en los adultos mayores.
- Estimular y provocar la activación cerebral para la recuperación funcional.
- Favorecer la autonomía dentro de la institución.
- Facilitar el proceso de adaptación a la institución.
- Adquirir mayor habilidad en la capacidad recuerdo/memoria
- Adquirir mayor habilidad en la capacidad de Orientacion temporo-espacial.

- Facilitar la interacción entre pares.
- Favorecer expresión verbal de deseos, anhelos y necesidades.
- Estimular la motivación.
- Favorecer los procesos comunicativos verbales y no verbales en la interacción con pares.
- Promover el interés por la participación en un espacio grupal.
- Reforzar la autoestima y confianza en sí mismos.
- Promover y/o mantener la independencia en las actividades de la vida diaria.

## **7 - ABORDAJE, MODALIDAD Y FRECUENCIA.**

ABORDAJE: Grupal

MODALIDAD: Taller

FRECUENCIA Y DURACIÓN: Encuentro semanal de 1 h de duración. El taller se desarrollara durante tres meses.

## **8 - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

### **Encuentro 1**

Inicio del Taller.

Presentación del proyecto.

Presentación del TO y de los participantes del taller:

- Actividad 1:



La consigna consistió en ubicarse sentados formando una ronda, el TO y cada participante dirán su nombre y los datos que deseen agregar (edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, estado civil, etc) y luego evocaran de a uno el nombre y todos los datos posibles que han oído de los otros participantes.

## **Encuentro 2**

La coordinadora recordó y escribió en la pizarra Día, Mes y Año. Luego se borró la pizarra y se volvió a preguntar de a uno al azar.

La coordinadora recordó a los participantes el día y la hora del encuentro (ej. "el taller se realiza todos los jueves a las 10.00hs de la mañana acá, en el gabinete de TO").

- **Actividad 1:**

**Juego del ovillo:** Los participantes del taller se sentaron formando una ronda. Un participante tiró el ovillo a otro participante. Este último tenía que intentar recordar el nombre y apellido y algún otro dato de aquel participante que le arrojó el ovillo, luego este debía arrojarlo a otro y así sucesivamente.

- **Actividad 2:**

**Teléfono descompuesto:** Se irán diciendo una palabra en el oído. Si da toda la vuelta el último deberá decir en voz alta la palabra que escuchó. En ocasiones la TO interrumpirá en cualquier momento preguntando al azar: "¡alto! ¿Qué te dijo tu compañero?"

## **Encuentro 3**

## **Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia**

---

El TO recordó y escribió en la pizarra Día, Mes y Año. Luego se borró y se volvió a preguntar de a uno al azar.

- Actividad 1:

Se pintó una caja (de todos colores), mientras se seca realizamos la siguiente actividad.

- Actividad 2:

La TO explicó en pizarra la actividad: Resolución de un croquis en pizarra donde se detallan todas las dependencias de la institución. Se le entregó una fotocopia del croquis a cada uno para que completen. Luego se retiró la lámina de la pizarra.

Antes de finalizar el encuentro se envió a un participante a llevar la caja a una dependencia de la institución (Por ej. la cocina).

### **Encuentro 4**

Pizarra: Se recordó fecha de hoy y lugar. Se escribió en la pizarra. Luego se borró y se volvió a preguntar al azar.

- Actividad 1:

Nos colocamos en ronda. Cada participante se puso un nombre de animal a elección, se incorpora una pelota. Un participante la arrojó a cualquier otro participante y este debía recordar el nombre del animal correspondiente al participante que le arrojó la pelota y así sucesivamente.

- Actividad 2:

Ubicados en ronda cada uno debió hacer una presentación de sí mismo más profunda contando su historia de vida (nombre, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, nombre de padres, hermanos, donde creció, a que se dedicó en su vida de juventud).

### **Encuentro 5**

Pizarra: Se comentó y se escribió en la pizarra la fecha de hoy: día, mes, y año. Luego se borra y se pregunta al azar.

Al comenzar el encuentro la coordinadora preguntó si recuerdan donde llevo un compañero la caja la clase anterior. Luego vamos todos a buscarla.

- **Actividad 1**

MEMOTEST: con cartas españolas. Con cartas con dibujos, de a pares iguales (2 reyes, 2 caballos, 2 ases etc) colocándolas boca abajo ordenadas en hileras. Cada participante pondrá una carta boca arriba la describirá y todos la observaran. Luego de describirla y mostrarla a todos los participantes, sacara otra intentando formar un par de iguales, en el caso que sea diferente, la volverá al mismo lugar boca abajo. El juego consiste en que cada participante ira por turno dando vuelta dos tarjetas por vez de esa forma el participante que consiguió formar una pareja retira las cartas. Se continuara hasta que se terminen todas las parejas de cartas.

- **Actividad 2**

Al finalizar el encuentro se envió a un participante a llevar la caja a otra dependencia de la institución

## **Encuentro 6**

Pizarra: Se escribe en la pizarra, diciendo en voz alta, el día, mes y año. Luego se borra y se pregunta al azar.

- **Actividad 1**

Parejas de imágenes; Se realizó una actividad grupal. Se muestra a los participantes del taller una lámina donde se podían observar imágenes. Estas imágenes estaban dispuestas de a parejas.

Ejemplo: gaucho/ caballo; Bombero / manguera etc; Veterinario /perro lastimado etc.

Primero observaron todas las imágenes y se realizó una descripción de las mismas. Luego se tapo la primera hilera debían recordar la pareja correspondiente. Luego se tapo la segunda hilera y debían recordar el personaje. Y luego se sacó la lámina y debían tratar de recordar la mayor cantidad de parejas de imágenes posible. Primero se pide a los participantes que observen cada pareja de imagen y nombren lo que ven.

- a) Se tapa la hilera de personajes y al observar los elementos debieron recordar su pareja de imagen.
- b) A la inversa, recordar los elementos observando solo los personajes.
- c) Ocultar la lámina e intentar recordar la mayor cantidad de parejas de imágenes

- **Actividad 2:**

Nos dirigimos a una habitación: la actividad consistió en tender una cama de a dos. La cama estaba completamente destendida.

### **Encuentro 7**

Se recuerda donde llevo un participante la clase pasada la caja, vamos todos a buscar la caja que dicho participante llevo por ejemplo a "Dirección".

- Actividad 1:

La consigna consistió en resolver Laberintos, debían recorrer con lápiz laberintos hasta encontrar la salida. Luego debían resolver un croquis de la institución, esta vez debían ubicar su habitación y marcarla con color.

- Actividad 2

La consigna consistió en escribir en un papel, fecha de hoy, lugar, ciudad, provincia, país en el que vive y además debió describir que actividades realiza a la mañana, a la tarde y a la noche (hoja dividida en tres) que cosas le gustan y que cosas no le gustan.

Al finalizar se envió a otro participante a llevar la caja a otra dependencia de la institución.

### **Encuentro 8**

Pizarra: Se escribió en pizarra el día, mes y año. Luego se borró y se volvió a preguntar al azar.

- Actividad 1

La consigna consistió en jugar al juego de Parejas de palabras: se muestra una lámina con las siguientes palabras:

Casa – ladrillo

Martillo – clavo

Paraguas – lluvia

Vaso-Jarra

Cepillo de dientes-Pasta dental

Cuchara-Plato

Se explicaron y se comentaron en grupo.

Luego de observar las palabras, se ocultó la primera fila de ellos y debieron evocar su pareja, luego se ocultó la segunda fila y observando las imágenes debieron evocar las parejas correspondientes.

- Actividad 2

**Personajes conocidos:** Se muestran imágenes de revistas de personajes conocidos, debieron identificarlos con su nombre por medio de asociaciones.

- Actividad 3

En pizarra se colocó la primera letra de uno de los participantes por ejemplo I---a, debieron adivinar el nombre diciendo de a uno letras, a quien pertenece, e intentar recordar algo de su historia relatada la clase anterior.

### **Encuentro 9**

Pizarra: Se escribió en la pizarra el día, mes y año. Luego se borró y volvió a preguntar al azar. Se comenzó el encuentro preguntando: ¿alguien recuerda donde está la caja o donde llevó Irma la caja? Vamos todos a dirección a buscarla.

- Actividad 1

Resolución del croquis en pizarra pero esta vez agregamos calles que rodean el hogar y evocamos diferentes recorridos a diferentes lugares importantes de la ciudad (Iglesia, plaza central, hospital, etc). Describir, retener y evocar trayectos, (circuitos concretos) del hogar, del barrio de recorridos habituales.

- Actividad 2

MEMOTEST: Con fichas de figuras abstractas y de colores que se encuentran iguales de a pares, se colocaron todas la fichas boca abajo sobre la mesa ordenadas en hileras (es importante que durante el juego los participantes puedan conservar este orden, ya que colabora en la evocación de la fichas). Por turno van dando vuelta dos fichas. Si son iguales pueden retirarla del juego, si son diferentes se colocan nuevamente dadas vuelta en el mismo lugar. Gana quien más pares de fichas obtiene.

Se comenzara a jugar con menos cantidad de fichas o tarjetas y se van agregando otras a medida que los participantes comprenden la consigna y adquieren habilidad.

Al finalizar se envió a un participante a llevar la caja a otra dependencia de la institución

**Encuentro 10**

Se escribe en pizarra el día, mes y año. Luego se borró y se volvió a preguntar al azar.

- Actividad 1:

Lectura de un cuento: A partir de preguntas los participantes debieron evocar: personajes, trama, detalles, etc.

- Actividad 2

La consigna consistió en mostrar una lámina con dibujos de distintos elementos (frutas, animales, prendas de vestir, elementos domésticos, como escoba, pala, herramientas, utensillos de cocina, personajes, etc). Luego se retiró la lamina y los participantes debieron observar, registrar, evocar y anotar lo que recordaban.

- Actividad 3

La consigna consistió en jugar a la Lotería de la canción: Se arman grillas con distintos nombres de canciones que sean conocidas (himnos, tangos, folclore, etc). Se confeccionaron tarjetas con los nombres de las canciones que se encuentran en todas las grillas y se iban sacando de a una como la lotería o el bingo, quienes tenían esa canción en su grilla debían de recordar un pequeño fragmento de su música y/o letra.

HIMNO	CAMINITO
LA CUCARACHA	ZAMBA DE MI ESPERANZA
ARROZ CON LECHE	MANUELITA



## **Encuentro 11**

Pizarra: Se escribió en pizarra el día, mes y año. Luego se borró y se volvió a preguntar al azar.

Se comenzó el encuentro preguntando: Por ejemplo: ¿Alguien recuerda donde llevó Pedro la caja? Vamos todos a buscarla.

- Actividad 1

La consigna consistió en la Evocación de la fecha actual (día, mes, año), la estación del año actual, la anterior y la posterior. Evocamos características de cada estación, que prendas de vestir usamos etc

- Actividad 2

La siguiente consigna consistió en la Evocación de lugares y momentos del día. Que hacemos a la mañana, a la tarde y a la noche. Días de la semana, fin de semana y en qué sectores del hogar. Donde se visten, donde se bañan, donde comen, etc.

- Actividad 3

Cronología de hechos vividos: se trabajó la sucesión en el tiempo de distintos hechos y episodios por ejemplo modas, costumbres, medios de transportes, a base de material gráfico y escrito (comparando fotografías de antes y de ahora, incluso se les puede pedir que si tiene traigan fotografías al encuentro) a través de periódicos o textos antiguos y actuales.

Se finalizó enviando a otro participante a llevar la caja a otra dependencia de la institución.

## Encuentro 12

Se escribió en pizarra el día, mes y año. Luego se borró y se volvió a preguntar al azar.

- Actividad 1

La consigna consistió en jugar al Juego del ovillo:

Todos debieron ubicarse formando una ronda, uno de los participantes arrojó el ovillo a un compañero y este debía decir el nombre y la mayor cantidad posible de datos del compañero que se lo arrojó.

- Actividad 2

La consigna consistió en jugar al Juego de pistas o indicios:

a) Los participantes debían intentar deducir personajes, objetos, elementos, animales, lugares, etc, a partir de pistas verbales que le va dando el T.O. Ejemplo: se encuentra en todas las casas - es un objeto -sirve para barrer, - es compañera de la pala.

b) Se dividió a los participantes en dos grupos. A un grupo se les entregó tarjetas con nombre de objetos, lugares, elementos, flores, etc, sin decir el nombre, y ellos debieron pensar pistas para que el otro grupo deduzca la palabra.

- Actividad 3

Evocación de las diferentes prendas que pueden ser utilizadas en distintas estaciones del año.

Luego el TO preguntó por ejemplo: en invierno, cuando te levantás, ¿Qué prenda te ponés primero? ¿Luego? Y así sucesivamente hasta lograr que el participante detallara los distintos pasos de la vestimenta.

Al finalizar el encuentro se explicó que el próximo va a ser el último día del taller.

### **ENCUENTRO 13**

Cierre de Taller.

Los participantes debieron contestar el cuestionario de opinión.

Despedida.

## **9 -TIPO DE REGISTRO Y EVALUACIÓN:**

### **TIPO DE REGISTRO**

- a) Cuaderno de campo (en el cual se llevará registro de cada uno de los encuentros): fecha, lugar, cantidad de participantes, nombres de los participantes, actividades, observaciones y número del encuentro.
- b) Observación Estructurada: se llevara a cabo por medio de fichas confeccionadas especialmente para registrar los indicadores de Memoria a corto plazo e indicadores de Memoria a largo plazo e indicadores de Orientación temporo – espacial. Registrados en tres momentos de la experiencia.
- c) Informe final (realizado al finalizar el taller de estimulación cognitiva).

**EVALUACIÓN:** La evaluación se realiza a partir de la observación en los participantes del taller de los siguientes indicadores de Memoria a Corto y Largo plazo, e indicadores de Orientación Temporo–Espacial, durante el transcurso del taller:

**INDICADORES DE MEMORIA A CORTO PLAZO**

Memoria a corto plazo, o inmediata, o memoria de trabajo o primaria: es transitoria y dura pocos minutos; a veces, solo segundos. Normalmente puede almacenar entre 5 y 7 elementos. Es por ejemplo, la que se utiliza para recordar un número de teléfono solo para el momento de discarlo. Incluye un circuito articulatorio, implicado en el tratamiento del material verbal, y un registro o vía viso espacial responsable de la persistencia de las imágenes mentales (Ritchie, 1995). El procesador o administrador central sería el que efectúa las operaciones de selección, control, organización y procesamiento de la información.

INDICADOR	MODO DE OBTENCIÓN PARA LA APRECIACIÓN DE CAMBIOS EN LOS TALLERISTAS	CATEGORÍA DE MEDICIÓN
Retención y ejecución de la consigna verbal o escrita	Resolución de las actividades propuestas	-No lo logra -Lo logra con asistencia -Lo logra
Recordar y retener nombres de sus compañeros y TO	Observación estructurada	-No lo logra -Lo logra con asistencia -Lo logra
Recordar y retener fecha de hoy, hora y momento del día	Observación estructurada	-No lo logra -Lo logra con asistencia -Lo logra

**INDICADORES DE MEMORIA A LARGO PLAZO**

Memoria a largo plazo o secundaria: se la considera permanente, y su duración puede ser de días, meses o años. Implica operaciones más complejas y una búsqueda consciente de significados.

## Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

a) **Memoria explícita o declarativa:** la que tiene que ver con conocimientos, por ejemplo, de idiomas, de ubicación de las cosas en el espacio, etc y puede ser explicitada.

En ella coexisten dos sistemas diferentes de almacenamiento:

- La memoria episódica, que permite el registro y el recuerdo de hechos o datos autobiográficos;
- La memoria semántica, de palabras, conceptos y conocimientos generales.

b) **Memoria implícita, procedural o de procedimiento:** sería una memoria de aprendizaje de habilidades motores, de acción, Implica la facilitación de evocar un recuerdo por medio de un estímulo igual, semejante o estrechamente relacionado con él. Se ha comprobado que este tipo de memoria se conserva aún en personas con grave deterioro cognitivo.

INDICADOR	MODO DE OBTENCIÓN PARA LA APRECIACIÓN DE CAMBIO EN LOS TALLERISTAS	CATEGORÍA DE MEDICIÓN
Recuerdo de fecha y lugar de nacimiento	Observación estructurada	-No lo logra -Lo logra con asistencia -Lo logra
Recuerda oficio / profesión que desempeñaba en su juventud	Observación estructurada	No lo logra Lo logra con asistencia Lo logra
Recuerda una canción de su infancia o juventud	Observación estructurada	No lo logra Lo logra con asistencia Lo logra

### Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

Recuerda estado civil y nombre del cónyuge e hijos	Observación estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>· No lo logra</li> <li>· Lo logra con asistencia</li> <li>· Lo logra</li> </ul>
Recuerda los diferentes pasos para la ejecución de una habilidad motora (ejemplo: vestirse ,bañarse, cepillarse los dientes, cocinar, tender cama)	Observación estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>· No lo logra</li> <li>· Lo logra con asistencia</li> <li>· Lo logra</li> </ul>
Recuerdo de los nombres de padre, madre, hermanos	Observación estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>· No lo logra</li> <li>· Lo logra con asistencia</li> <li>· Lo logra</li> </ul>

### INDICADORES DE ORIENTACIÓN TEMPORO – ESPACIAL

La Orientación espacial es la capacidad de imaginar objetos en dos o más dimensiones en el espacio. La Orientación temporal es la capacidad de localizar mentalmente hechos o situaciones en distintos tiempos. Los referentes son indicadores que facilitan la asociación, a fin de acceder con mayor facilidad a la recuperación del recuerdo. Son como signos que, asociados a lugares o acontecimientos fijos, facilitan el detectar datos que subyacen en la memoria.

INDICADOR	MODO DE OBTENCIÓN PARA LA APRECIACIÓN DE CAMBIO EN LOS TALLERISTAS	CATEGORÍA DE MEDICIÓN
Reconocimiento de las diferentes dependencias de la institución ( a través de un croquis )	Resolución del croquis Observación Estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>· No lo logra</li> <li>· Lo logra con asistencia</li> <li>· Lo logra</li> </ul>
Reconocimiento del recorrido a diferentes dependencias de la institución , propuesta por la T.O. en cada encuentro	Resolución de la consigna asignada por la T.O. (“anda a la cocina “) Observación Estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>· No lo logra</li> <li>· Lo logra con asistencia</li> <li>· Lo logra</li> </ul>

## Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

Reconocimiento del día, hora y lugar del taller	Se dirige solo al gabinete de T.O. para participar del taller en día, hora y lugar correcto. Observación Estructurada	· No lo logra · Lo logra con asistencia · Lo logra
Reconocimiento de * Fecha: día/ mes/ año .Estación. * Lugar; Nombre del hogar ciudad, provincia, país en el que vive.	Observación Estructurada	· No Lo logra · Lo logra con asistencia · Lo logra

Los participantes del taller realizaron una evaluación de opinión de su participación en el Taller de Estimulación Cognitiva, a través de una entrevista semiestructurada al finalizar el taller. El propósito es generar una síntesis expresada en testimonios, para alcanzar la comprensión de opiniones de los adultos mayores.

### **10- PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS:**

Para el análisis de los datos después de la ejecución de los talleres, se elaboraron 14 tablas, como resultado del registro de los indicadores de Memoria a Corto plazo, de Memoria a Largo plazo y de Orientación Temporo Espacial realizado en diferentes instancias a medida que transcurrieron los Talleres. Cada tabla hace referencia a una de estas funciones y sus respectivos indicadores y su comparación en tres momentos de la experiencia, para poder plasmar su evolución durante los encuentros realizados con los adultos mayores, observando el desempeño de cada participante y el impacto de la propuesta a medida que avanzaron los talleres.

Debajo de cada tabla se presentaron graficos de barras que permiten una mejor visualización de los resultados, con respecto a cada indicador y teniendo en cuenta también, para su análisis, los Cuadernos de Campo realizados en cada uno de los encuentros.

Para realizar el análisis de estos indicadores, y los siguientes, se incluyó un registro comparativo tomado en tres momentos de la experiencia. Estos fueron:

- 1° momento: Encuentro N°2
- 2° momento: Encuentro N°7
- 3° momento: Encuentro N°12

En el primer encuentro no se realizó la evaluación porque podrían haber influido en los participantes ciertas variables como nervios, ansiedad, timidez, inhibición por no conocer el espacio y a la coordinadora. Estos se mostraban tensos y silenciosos. Por esta razón es que se pensó en sumar a la experiencia, un momento al iniciar los encuentros, una entrada en calor o caldeamiento, para lograr una mayor relajación en los participantes y de esta manera poder optimizar los resultados logrados. Si bien esta no estaba programada, se consideró necesaria su aplicación al llevar a cabo la experiencia.

Al comenzar la experiencia y lograr cierta confianza entre los participantes se observó mayor participación y diálogo en los encuentros.

## **11- RECURSOS FÍSICOS, MATERIALES Y HUMANOS.**

- **RECURSOS FÍSICOS**

Gabinete de Terapia Ocupacional y diferentes dependencias del Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi.

- **RECURSOS MATERIALES**

Elementos de librería (hojas, lápices, gomas, fibras, cuadernos, afiches, resaltadores, carpetas, pizarra, lupas).



**Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia**

---

Elementos gráficos (diarios, revistas, gacetillas de prensa, libros).

Dispositivos Técnicos (DVD, grabador, televisor, cd) provistos por la institución

- RECURSOS HUMANOS

Coordinadora del Taller:

Alumna avanzada de la carrera de Terapia Ocupacional, Tesista de la Universidad, Amestoy  
Carolina.

## **RESULTADOS**

**MEMORIA A CORTO PLAZO**

La **Memoria a corto plazo** es transitoria y dura unos pocos minutos, incluye un circuito articulatorio, implicado en el tratamiento del material verbal, y un registro o vía visoespacial responsable de la persistencia de las imágenes mentales (Ritchie, 1995).

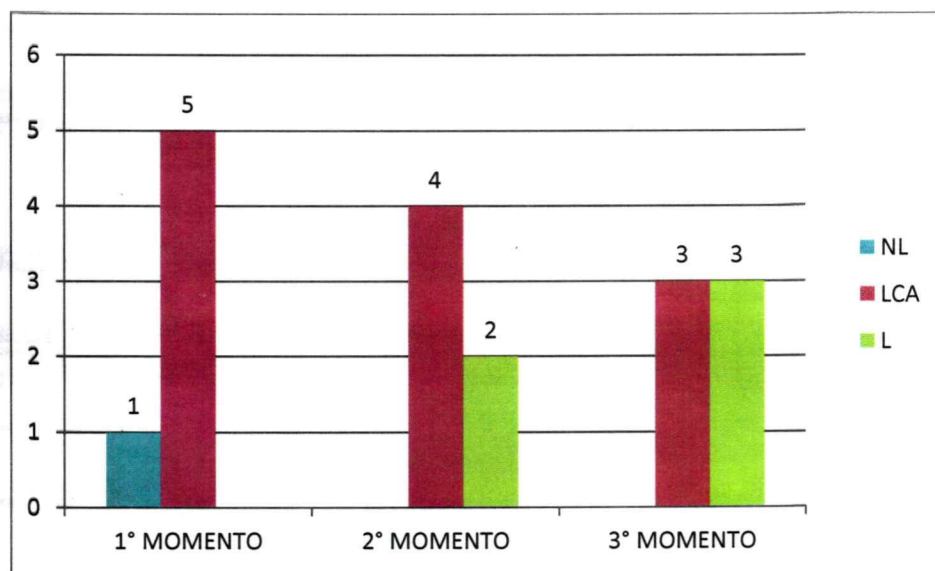
Los indicadores utilizados fueron elegidos porque representan de una manera clara la función (memoria a corto plazo) que se quiere evaluar en los participantes durante el transcurso del taller. Se registro la evolución de estos indicadores en cada uno de los participantes, en los tres momentos programados para luego realizar un analisis comparativo.

En cuanto al **indicador retención y ejecución de consignas verbales y escritas**, se observaron varias dificultades en los participantes para comprender las consignas, en el primer momento de la evaluación 2 participantes lo lograban con asistencia, mientras 4 no lograban comprender y ejecutar las consignas. En el segundo momento 2 lograron comprender y ejecutar las consignas de manera independiente y 4 lo lograban con asistencia, 2 requerian de señalamientos verbales y 2 requerian de mayor asistencia (por imitación), al final de la experiencia, en el tercer momento, solo 3 lograron retener y ejecutar las consignas de manera independiente y 3 requirieron de asistencia verbal (Ver Tabla y Gráfico 1).

Tabla 1: Retención y Ejecución de consignas verbales y escritas en tres momentos

MEMORIA A CORTO PLAZO										
INDICADOR	RETENCIÓN Y EJECUCIÓN DE CONSIGNAS VERBALES Y ESCRITAS									
	1° MOMENTO			2° MOMENTO			3° MOMENTO			
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L	
IRMA		X				X			X	
PEDRO		X			X				X	
ERIBERTO		X				X			X	
MARIA C.		X			X			X		
JULIAN	X				X			X		
JUANA		X			X			X		

Gráfico 1. Retención y Ejecución de consignas verbales y escritas en tres momentos



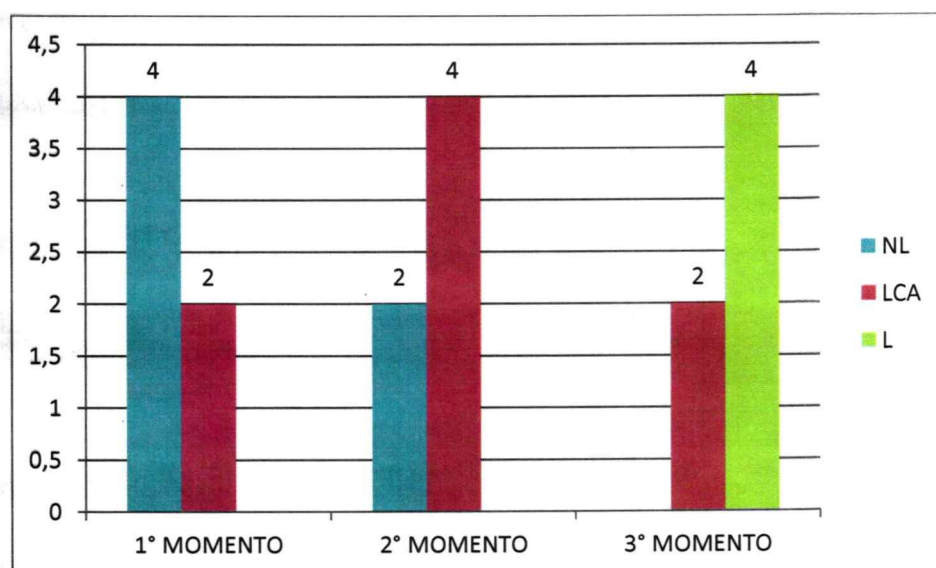
En cuanto al indicador **recordar y retener nombres de sus compañeros**, en un primer momento, 2 lo consiguieron con asistencia y 4 no lo lograron. En el segundo momento de la evaluación, 3 lo lograron de manera independiente, 1 con asistencia y 2 no lo lograron. En el

tercer momento, 4 lograron recordar el nombre de sus compañeros solos y 2 continuaban olvidándose y requerían asistencia verbal (Ver Tabla y Gráfico 2).

**Tabla 2: Recuerdo y Retención nombres de sus compañeros en tres momentos**

MEMORIA A CORTO PLAZO									
INDICADOR	RECORDAR Y RETENER NOMBRES DE SUS COMPAÑEROS								
	1° MOMENTO			2° MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA		X			X				X
PEDRO	X				X				X
ERIBERTO		X			X				X
MARIA C.	X			X				X	
JULIAN	X			X				X	
JUANA	X				X				X

**Gráfico 2. Recuerdo y Retención de nombres de sus compañeros en tres momentos**



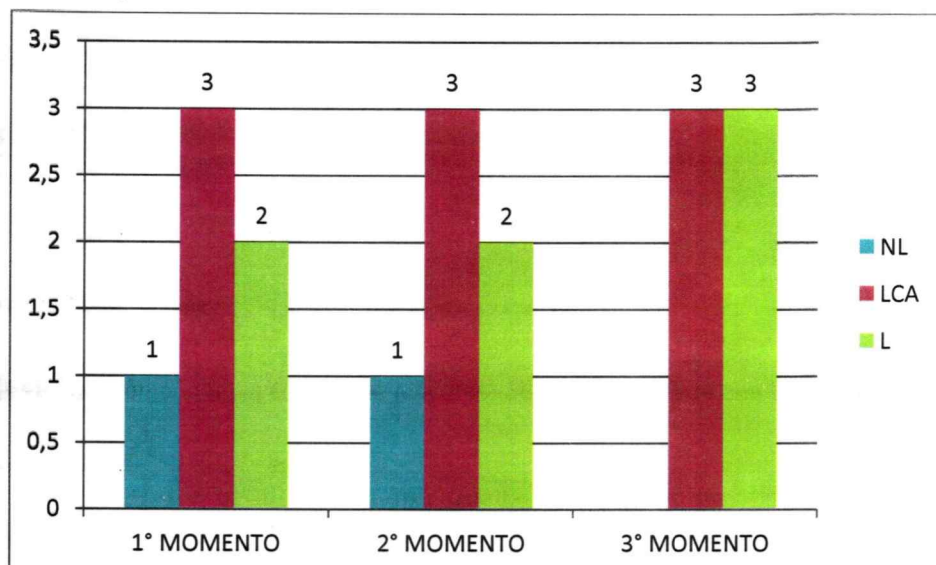
En cuanto al indicador **recordar y retener fecha del día actual, hora y momento del día**, en un primer momento solo 2 participantes lograban recordar sin asistencia, la fecha y momento

del día, 2 requerían asistencia verbal y 2 no lo lograron. En el segundo momento de la evaluación la situación seguía igual, no se registraban cambios. Al avanzar en la experiencia esta situación cambio, se observaron avances en algunos participantes. En el tercer momento, 3 lograron recordar la fecha y momento del día y 3 lo lograron con asistencia (Ver Tabla y Gráfico 3).

**Tabla 3: Recordar y retener fecha del día actual, hora y momento del día en tres momentos**

MEMORIA A CORTO PLAZO									
INDICADOR	RECORDAR Y RETENER FECHA DE HOY, HORA Y MOMENTO DEL DIA								
	1° MOMENTO			2° MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA			X			X			X
PEDRO		X			X				X
ERIBERTO			X			X			X
MARIA C.		X			X			X	
JULIAN	X			X				X	
JUANA		X			X			X	

**Gráfico 3. Recordar y retener fecha del día actual, hora y momento del día en tres momentos**



## MEMORIA A LARGO PLAZO

La **memoria a largo plazo** es permanente, y su duración puede ser de días, meses o años. Implica operaciones más complejas y una búsqueda consciente de significados. Se puede dividir en Declarativa que tiene que ver con conocimientos, y en Procedural o de Procedimiento que sería una memoria de aprendizaje de habilidades motoras.

Los indicadores utilizados representan de una manera clara la función (memoria a largo plazo) que se quiere medir, hacen posible su registro y evaluación. Se registró la evolución de estos indicadores en cada uno de los participantes, en los tres momentos programados para luego realizar un análisis comparativo.

En cuanto al indicador **recuerda fecha y lugar de nacimiento**, en el primer momento de la evaluación se observaron 4 participantes que lo lograron de manera independiente, y 2 lo



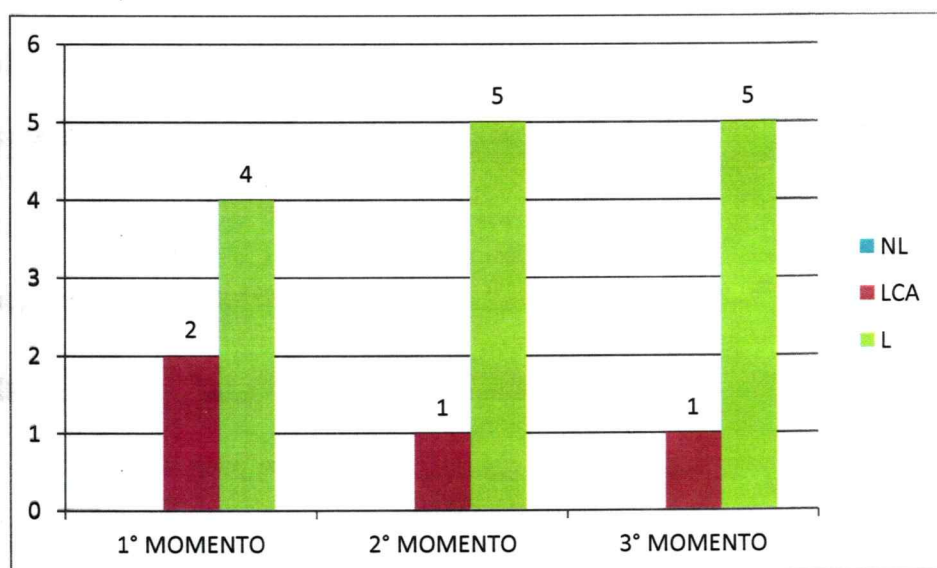
### Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

lograron con asistencia. En el segundo momento, 5 participantes lo lograron solos y 1 con asistencia, al finalizar la experiencia 5 lo lograron sin asistencia y 1 lo logro pero con asistencia (Ver Tabla y Gráfico 4).

**Tabla 4: Recuerdo de fecha y lugar de nacimiento en tres momentos**

MEMORIA A LARGO PLAZO									
INDICADOR	RECUERDO DE FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO								
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA			X			X			X
PEDRO			X			X			X
ERIBERTO			X			X			X
MARIA C.			X			X			X
JULIAN		X			X			X	
JUANA		X				X			X

**Gráfico 4. Recuerdo de fecha y lugar de nacimiento en tres momentos**





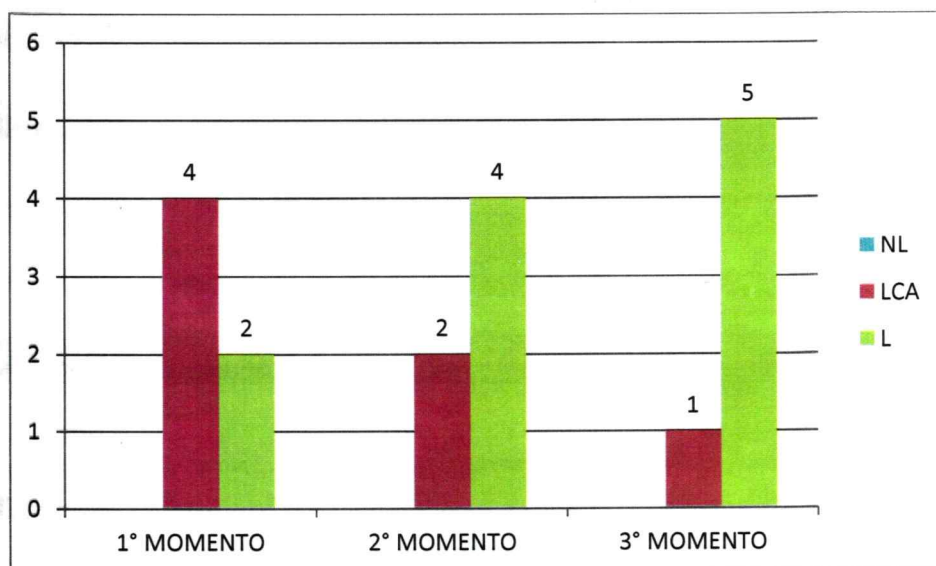
## Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

En cuánto al indicador **recuerdo de los nombres de madre, padre y hermanos**, en el primer momento 4 lo lograron y 2 requirieron de asistencia verbal. En el tercer momento 5 lo lograron y le requirió de asistencia (Ver Tabla y Gráfico 5).

**Tabla 5: Recuerdo de los nombres de padre, madre, hermanos en tres momentos**

MEMORIA A LARGO PLAZO									
INDICADOR	RECUERDO DE LOS NOMBRES DE PADRE, MADRE, HERMANOS								
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA			X			X			X
PEDRO			X			X			X
ERIBERTO		X				X			X
MARIA C.		X				X			X
JULIAN		X			X			X	
JUANA		X			X				X

**Gráfico 5. Recuerdo de los nombres de padre, madre, hermanos en tres momentos**

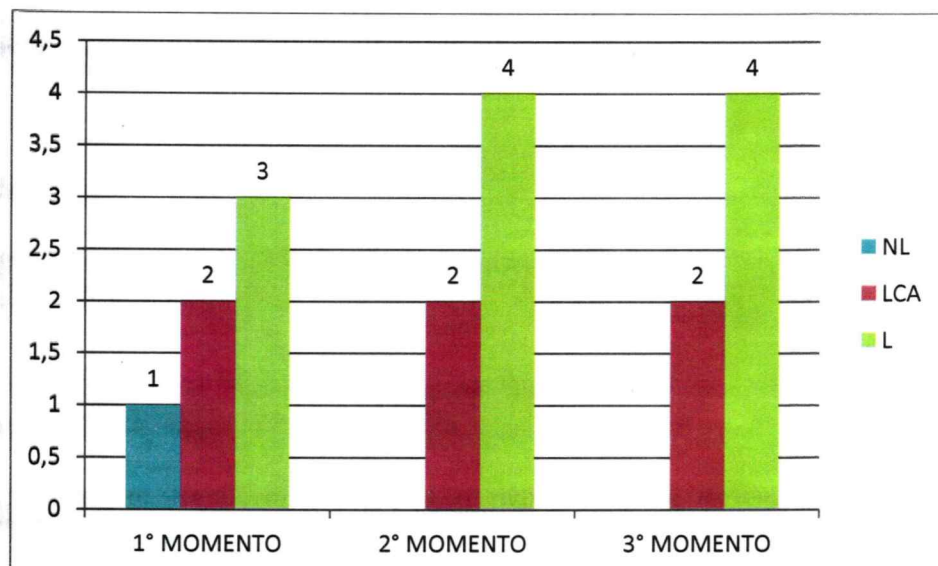


En cuánto al indicador **recuerdo de oficio/profesión de su juventud**, en el primer momento 4 lo lograron sin ayuda, 1 lo logro con asistencia, y 1 no logro recordar que trabajaba en su juventud. En el segundo momento 5 lo lograron solos y 1 con asistencia verbal. En el tercer momento la situación no cambio con respecto al segundo momento, 5 lo lograron y 1 continúo requiriendo asistencia (Ver Tabla y Gráfico 6).

**Tabla 6: Recuerdo de oficio o profesión que desempeñaba en su juventud en tres momentos**

MEMORIA A LARGO PLAZO									
INDICADOR	RECUERDO DE OFICIO O PROFESIÓN QUE DESEMPEÑABA EN SU JUVENTUD								
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA			X			X			X
PEDRO			X			X			X
ERIBERTO			X			X			X
MARIA C.		X			X			X	
JULIAN	X				X			X	
JUANA		X				X			X

**Gráfico 6. Recuerdo de oficio o profesión que desempeñaba en su juventud en tres momentos**

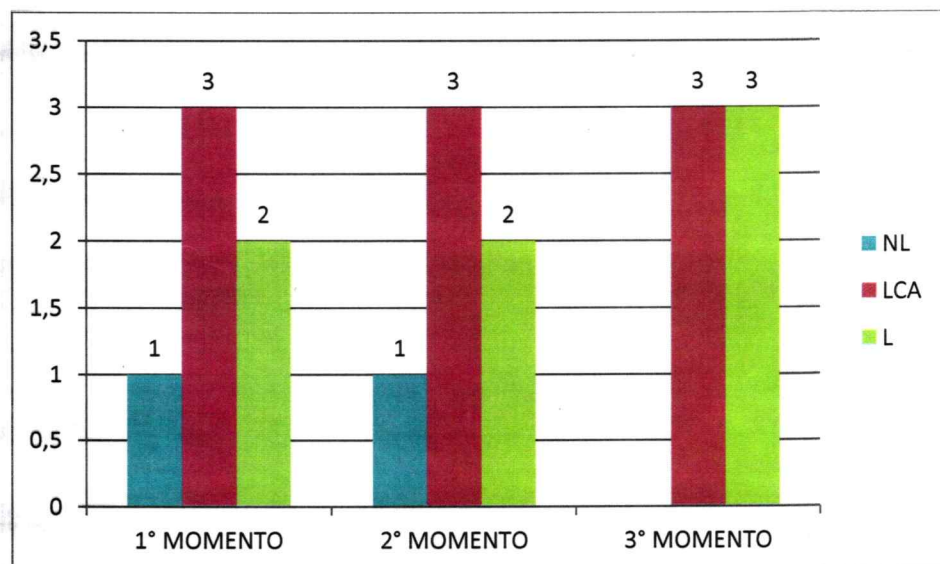


En cuanto al indicador **recuerda una canción de su infancia**, fue el indicador en el que se presentaron mayores dificultades en lo que respecta a la memoria a largo plazo, en el primer momento de la evaluación solo 2 lograron recordar y cantar una canción de su infancia, 3 después de pensar un tiempo, lo lograron pero con ayuda de la coordinadora y de sus compañeros, 1 no logró recordar ninguna canción en el segundo momento no hubo avances, y en un tercer momento 3 lograron recordar y cantar una canción sin ayuda, y 3 lo lograron con asistencia ( Ver Tabla y Gráfico 7).

Tabla 7: Recuerdo de una canción de la infancia en tres momentos

MEMORIA A LARGO PLAZO									
INDICADOR	RECUERDA UNA CANCION DE SU INFANCIA								
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA			X			X			X
PEDRO		X			X			X	
ERIBERTO			X			X			X
MARIA C.		X			X			X	
JULIAN	X			X				X	
JUANA		X			X				X

Gráfico 7. : Recuerdo de una canción de la infancia en tres momentos

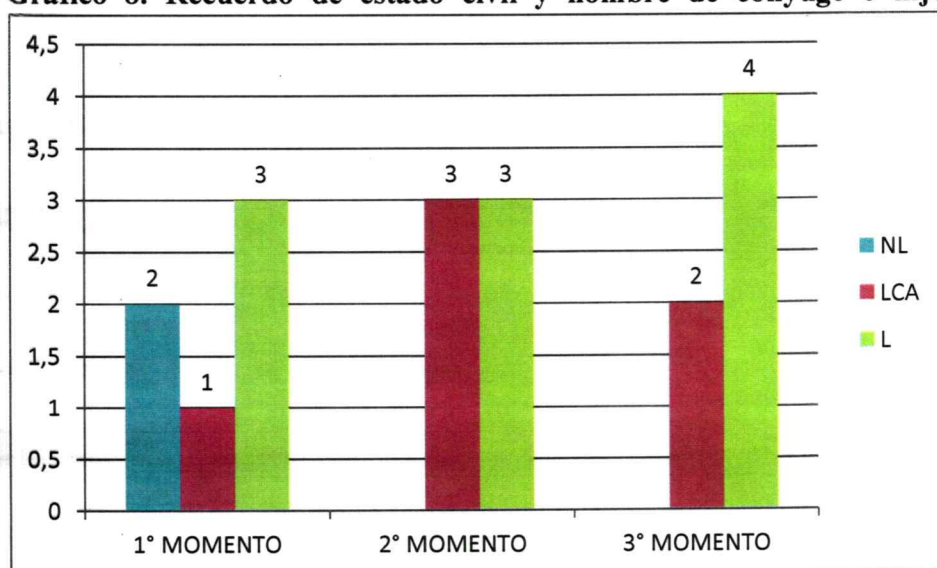


En cuanto al indicador **estado civil y nombre de su conyuge e hijos**, no hubo mayores dificultades, en el primer momento hubo 3 logrados, 2 con asistencia y 1 no lograba recordar. En el segundo momento hubo 4 participantes que lograron recordar sin ayuda, y 2 requirieron asistencia. Se observaron avances. En el tercer momento, 5 participantes lograban recordar sin dificultad y 1 requirió de asistencia verbal (Ver Tabla y Gráfico 8).

**Tabla 8: Recuerdo de estado civil y nombre de conyuge e hijos en tres momentos.**

MEMORIA A LARGO PLAZO										
INDICADOR	RECUERDA ESTADO CIVIL Y NOMBRE CONYUGE E HIJOS									
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO			
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L	
IRMA			X			X			X	
PEDRO			X			X			X	
ERIBERTO			X			X			X	
MARIA C.		X			X				X	
JULIAN	X				X			X		
JUANA	X				X			X		

**Gráfico 8. Recuerdo de estado civil y nombre de conyuge e hijos en tres momentos**





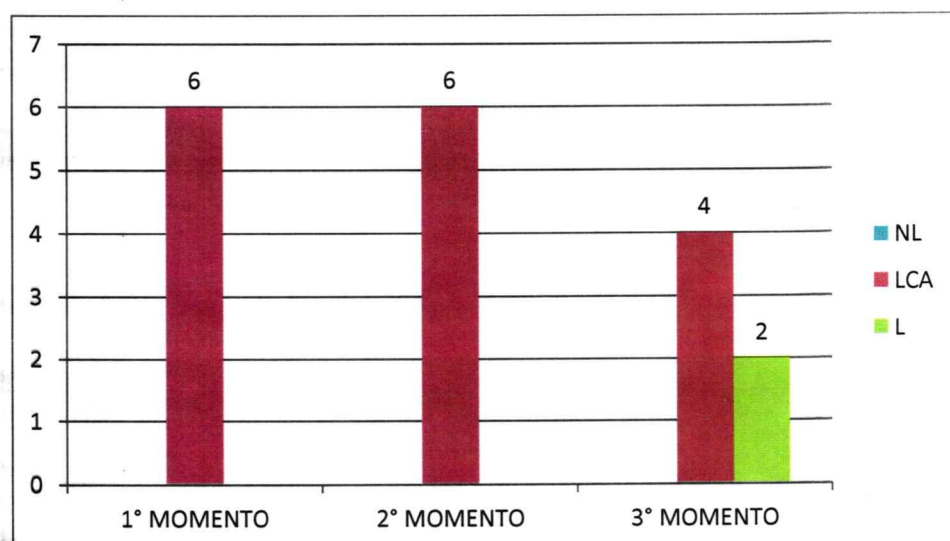
### Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

En cuanto al indicador **logra llevar a cabo los distintos pasos de un acto motor**, se midió con una actividad de la vida diaria, se les pidió que tendieran una cama, hubo varias dificultades en la mayoría de los participantes, todos requirieron asistencia en el primer momento de la evaluación, en el segundo momento, la situación no cambio todos continuaban requiriendo asistencia. En el tercer momento 2 lograron hacerla solos, mientras los otros requirieron de asistencia, unos verbal y otros por imitación (Ver Tabla y Gráfico 9).

**Tabla 9: Logra llevar a cabo los distintos pasos de un acto motor (tender cama) en tres momentos**

MEMORIA A LARGO PLAZO									
INDICADOR	LOGRA LLEVAR A CABO LOS DISTINTOS PASOS DE UN ACTO MOTOR (Tender cama)								
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA		X			X				X
PEDRO		X			X			X	
ERIBERTO		X			X				X
MARIA C.		X			X			X	
JULIAN		X			X			X	
JUANA		X			X			X	

**Gráfico 9. Logra llevar a cabo los distintos pasos de un acto motor (tender cama) en tres momentos**



No se observaron grandes dificultades en lo que respecta a la memoria a largo plazo, en todo momento desde el comienzo de la experiencia los participantes lograron recordar aspectos de su pasado, de su infancia y juventud sin problemas, con excepción de un participante con un compromiso cognitivo mayor que no lograba responder a las consignas y preguntas, sin asistencia. El trabajar esta función trajo consigo la aparición de muchas otras cuestiones ligadas a lo emocional o afectivo. Se observó en general que les gustaba contar su historia, hablar de su pasado, se observaron presencia de reminiscencias, y nostalgias del pasado. La mayor dificultad en lo que respecta a memoria a largo plazo se observó en los indicadores: recordar una canción de su infancia, en esta consigna debían pensar y luego al cantarla no se acordaban la letra y cortaban la canción o les daba vergüenza cantarla, etc. Y en el indicador llevar a cabo los distintos pasos de un acto motor. Tender una cama les represento una actividad con mucha dificultad. La mayoría requirió asistencia en los 3 momentos en que se realizó la evaluación. Esta situación mejoró en el tercer momento de la evaluación realizada en el encuentro n°12.

## **ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL**

En cuánto al indicador **reconocimiento de las distintas dependencias de la institución a través de un croquis**, es una actividad que les resultó difícil, en la que se observaron dificultades para llevar a cabo la actividad, en el primer momento de la evaluación, solo 2 participantes lograron completarlo con asistencia y 4 no pudieron lograrlo. En el segundo momento 3 lo lograron con asistencia y 3 seguían sin poder lograrlo. En el tercer momento de la evaluación, se observó que 5 participantes lo lograron con asistencia, y 1 continuó sin poder lograr llevar a cabo la actividad propuesta. En cuánto al indicador **reconocimiento del recorrido a las diferentes dependencias de la institución**, también fue una actividad en la que se observaron muchas

### Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

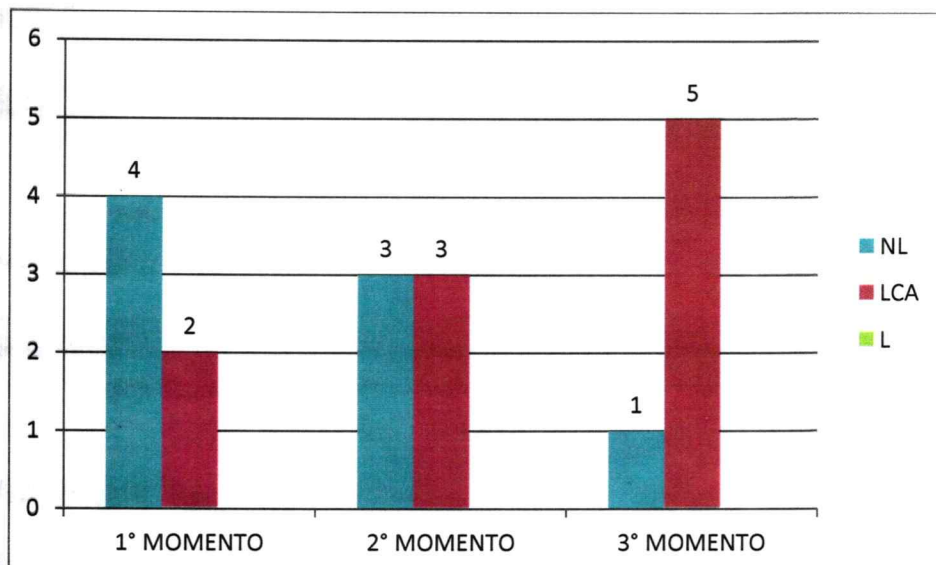
dificultades para su ejecución. En el primer momento de la evaluación, 5 participantes requerían asistencia y 1 participante no logro reconocer el recorrido a las distintas dependencias de la institución. En el segundo momento 2 lo lograron sin ayuda, y 4 lo lograron con asistencia. En el tercer momento hubo algunos avances, 3 participantes lo lograron sin asistencia y 3 con asistencia (Ver Tabla y Gráfico 10).

**Tabla 10: Reconocimiento de las diferentes dependencias de la institución a través de un croquis en tres momentos.**

ORIENTACIÓN TEMPORO – ESPACIAL									
INDICADOR	RECONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA INSTITUCIÓN ( CROQUIS)								
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA		X			X			X	
PEDRO	X				X			X	
ERIBERTO		X			X			X	
MARIA C.	X			X				X	
JULIAN	X			X			X		
JUANA	X			X				X	



**Gráfico 10. Reconocimiento de las diferentes dependencias de la institución a través de un croquis en tres momentos.**

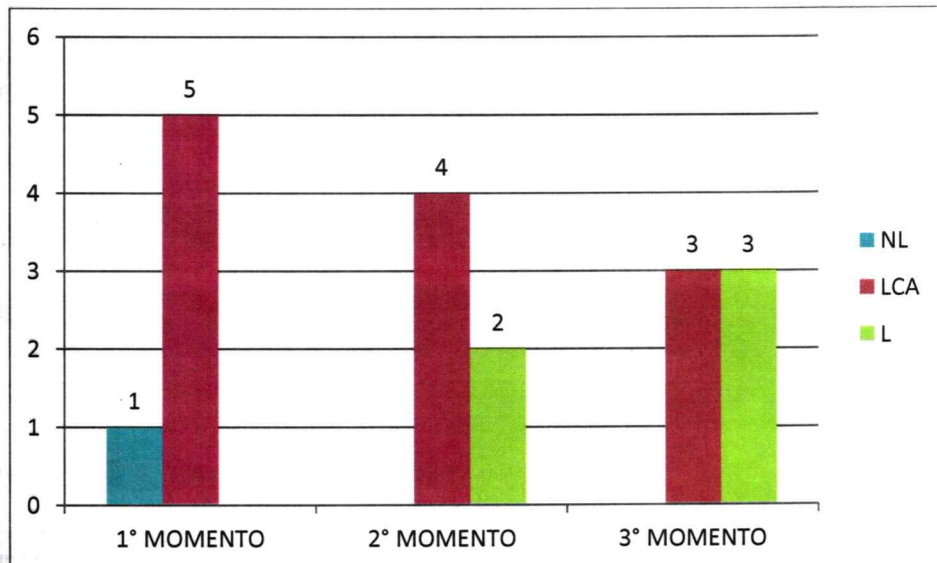


En cuanto al indicador **Reconocimiento del recorrido a las diferentes dependencias de la institución**, también fue una actividad en la que se observaron muchas dificultades para su ejecución. En el primer momento de la evaluación, 5 participantes requerían asistencia y 1 participante no logró reconocer el recorrido a las distintas dependencias de la institución. En el segundo momento 2 lo lograron sin ayuda, y 4 lo lograron con asistencia. En el tercer momento hubo algunos avances, 3 participantes lo lograron sin asistencia y 3 con asistencia (Ver Tabla y Gráfico 11).

**Tabla 11: Reconocimiento del recorrido a diferentes dependencias de la institución en tres momentos.**

ORIENTACIÓN TEMPORO – ESPACIAL									
INDICADOR	RECONOCIMIENTO DEL RECORRIDO A DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA INSTITUCIÓN								
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA		X				X			X
PEDRO		X			X				X
ERIBERTO		X				X			X
MARIA C.		X			X			X	
JULIAN	X				X			X	
JUANA		X			X			X	

**Gráfico 11. Reconocimiento del recorrido a diferentes dependencias de la institución en tres momentos.**

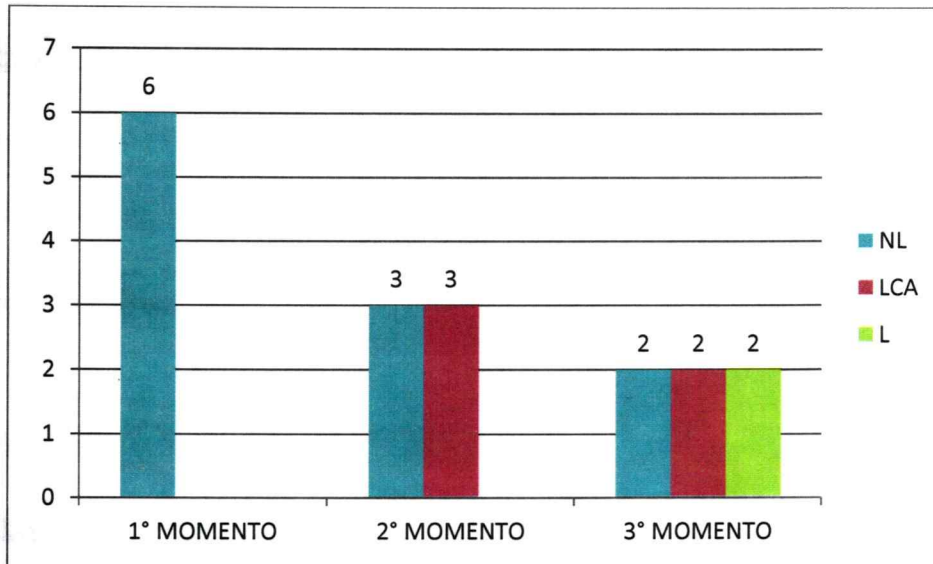


### Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

En cuanto al indicador **reconocimiento del día, hora, lugar del taller**. Al principio de la experiencia ninguno cumplía con este indicador, ya sea por desconocimiento o por no estar habituados a este nuevo horario. En un primer momento hubo 6 no logrados, o sea ninguno de los participantes logro cumplir con este indicador en un primer momento. En un segundo momento hubo 3 logrados con asistencia, la asistencia en este caso era que cuando veían llegar a la coordinadora y los saludaba, se paraban y se dirigían al gabinete de T.O, y 3 no logrados, en estos casos la coordinadora debía ir a buscarlos. En un tercer momento, 2 participantes lograban reconocer y recordar el día y la hora del taller, estos esperaban a la coordinadora en el gabinete de T.O, 2 participantes lo lograban con asistencia, y 2 no lograban cumplir con el objetivo de este indicador. La coordinadora debía ir a buscarlos durante todo el tiempo que duro la experiencia (Ver Tabla y Gráfico 12).

**Tabla 12: Reconocimiento del día, hora y lugar del taller en tres momentos.**

ORIENTACIÓN TEMPORO – ESPACIAL									
INDICADOR	RECONOCIMIENTO DEL DÍA, HORA Y LUGAR DEL TALLER								
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA	X				X				X
PEDRO	X				X			X	
ERIBERTO	X				X				X
MARIA C.	X			X			X		
JULIAN	X			X			X		
JUANA	X			X				X	

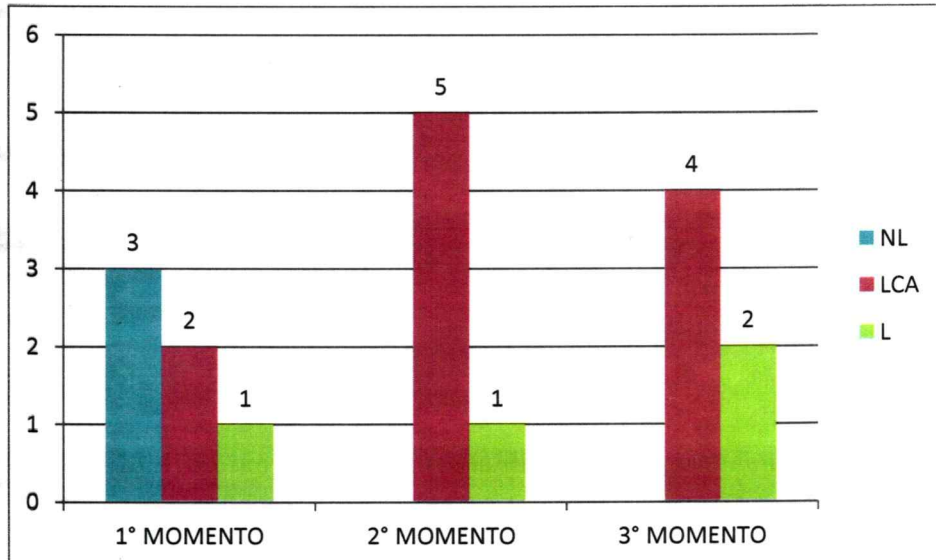
**Gráfico 12. Reconocimiento del día, hora y lugar del taller en tres momentos.**

En cuanto al indicador **reconocimiento de la fecha y lugar en el que viven**, en el primer momento de la evaluación hubo solo un participante que lograba ubicarse en tiempo y espacio en cuanto al día, hora y lugar donde vivía, del resto 2 lo lograron con asistencia verbal, y 3 no lo lograron. En el segundo momento en el que fueron evaluados 5 lo lograron con asistencia verbal y 1 no lo logro. En el tercer momento de la evaluación 2 lo lograron sin ayuda, 3 logrados con asistencia y 1 participante que no lograba reconocer ni la fecha, ni el lugar donde vivía (Ver Tabla y Gráfico 13).

Tabla 13: Reconocimiento de fecha/día/mes/año, estación y lugar en tres momentos

ORIENTACIÓN TEMPORO – ESPACIAL									
INDICADOR	RECONOCIMIENTO DE FECHA:DÍA / MES / AÑO, ESTACIÓN Y LUGAR								
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA		X			X				X
PEDRO		X			X			X	
ERIBERTO			X			X			X
MARIA C.	X				X			X	
JULIAN	X				X			X	
JUANA	X				X			X	

Gráfico 13. Reconocimiento de fecha/día/mes/año, estación y lugar en tres momentos



### Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia

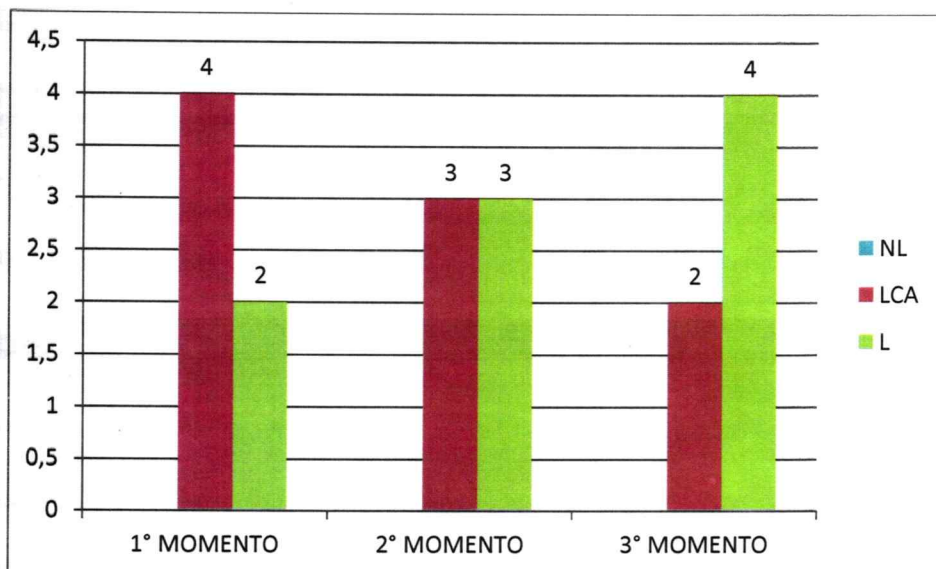
En cuánto al Reconocimiento del nombre del Hogar, Ciudad, Provincia y País. En el primer momento hubo 2 participantes que lograban reconocer estos aspectos, y 4 lo lograban pero requerían de asistencia verbal. En un segundo momento en que se realizó la evaluación no se registraron avances hubo 2 logrados y 4 con asistencia. En el tercer momento hubo 4 logrados y 2 participantes que requerían de asistencia verbal (Ver Tabla y Gráfico 14).

**Tabla 14: Reconocimiento del nombre del hogar, ciudad, provincia, país en el que vive en tres momentos.**

ORIENTACIÓN TEMPORO – ESPACIAL									
INDICADOR	RECONOCIMIENTO DEL NOMBRE DEL HOGAR, CIUDAD, PROVINCIA, PAIS EN EL QUE VIVE								
	1 MOMENTO			2 MOMENTO			3 MOMENTO		
NOMBRES	NL	LCA	L	NL	LCA	L	NL	LCA	L
IRMA			X			X			X
PEDRO		X			X				X
ERIBERTO			X			X			X
MARIA C.		X			X			X	
JULIAN		X			X			X	
JUANA		X				X			X



**Gráfico 14. Reconocimiento del nombre del hogar, ciudad, provincia, país en el que vive en tres momentos.**



Se observó mucha dificultad con la función Temporo-Espacial, en un primer momento, la mayoría no lograba ubicarse en tiempo y espacio, los resultados eran no logrado o logrados con asistencia presentaron muchas dificultades para comprender la consigna de la resolución de un croquis del hogar, también para realizar recorridos dentro del hogar, también para reconocer en que fecha y lugar estaban, a medida que la experiencia fue avanzando se hizo mucho hincapie en esta función al observar la gran dificultad que la mayoría de los residentes presentaba, se trabajó sesión por medio alternando memoria y orientación-temporo-espacial. Se hizo mucho énfasis en los recorridos dentro de la institución para lograr los objetivos del taller. En cuanto al indicador reconocimiento del día, hora y lugar del taller, en un primer momento ninguno se acordaba del encuentro, a medida que avanzó la experiencia algunos me esperaban en el gabinete de T.O, otros

## **Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia**

---

se paraban cuando me veían llegar, y a otros siempre, durante toda la experiencia tuve que ir a buscarlos.

En el tercer momento de la experiencia se observó cierto avance en algunos de los participantes, a excepción de un participante que siempre requirió de asistencia verbal y física para los recorridos y resolución de actividades propuestas.



## **CONSIDERACIONES**

### **FINALES**

### CONSIDERACIONES FINALES

*“El Atardecer de una vida también debe tener un significado propio  
y no ser meramente un triste apéndice del amanecer”*

Carl G. Jung

Con el propósito de lograr los objetivos de esta Tesis de Grado, se desarrolló un trabajo de investigación en el cual se aborda el rol del Terapeuta Ocupacional en el trabajo con adultos mayores institucionalizados a través de la estimulación cognitiva.

Hasta cierta edad, el funcionamiento cognitivo se encuentra estimulado por el ritmo de vida de cada persona, pero al llegar a la vejez y reducirse considerablemente las demandas del entorno, comienza un proceso de “desentrenamiento” que acaba siendo, en parte, el responsable del declive que se produce en esta etapa (Calero & Navarro, 2006). En el caso de aquellos adultos mayores institucionalizados, puede producirse el denominado Síndrome de Adaptación al Geriátrico (Garriga, 2010). En el cual pueden observarse síntomas psiquiátricos que se manifiestan a partir del momento en que el adulto mayor ingresa a una Institución de Larga Estadía. Este cambio puede afectar tanto la esfera biológica, como la psicológica y social, generando trastornos del sueño, sentimientos de abandono y pérdida del entorno social. Asimismo, puede verse alterada la independencia funcional, su autonomía, autoestima y desempeño ocupacional. De aquí la importancia implementar Programas de Estimulación Cognitiva que tengan por objetivo de generar mejoras ó el mantenimiento de las funciones cognitivas necesarias para el desarrollo de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, manteniendo un desempeño ocupacional óptimo adecuado a sus capacidades.

Desde una perspectiva de las neurociencias, la “higiene o entrenamiento mental” promueve cambios en la rutina diaria que le permiten, al cerebro, aumentar los circuitos sinápticos y ampliar su rango de acción, reajustándose continuamente a las demandas del exterior (Valbuena, 2008). La creación de nuevas neuronas y el moldeaje cerebral puede incrementarse mediante el esfuerzo mental derivado del entrenamiento cognitivo planificado y acorde con las necesidades de la persona adulta mayor, entendido como proceso de aprendizaje o reaprendizaje. Factores como la práctica y la repetición constante son actividades que están asociadas no solo al desarrollo de nuevas neuronas, sino al mantenimiento de la salud, funcionalidad y prolongación del tiempo de vida (Instituto Nacional de Salud Mental, citado por Araya & Camargo, 2003).

En base a la problemática planteada en la Introducción y en el Diagnóstico situacional previo, se creó un espacio desde Terapia Ocupacional, denominado Taller de “Estimulación Cognitiva” destinado a las personas mayores institucionalizadas que presentaban deterioro cognitivo moderado.

En el transcurso de los encuentros se percibió que las potencialidades existentes en cada uno fueron encontrando su máxima expresión al estar incentivadas por los estímulos aplicados propuestos en las actividades. En los Cuestionarios de opinión se vio reflejada la importancia que para ellos tuvo la participación en el taller, donde manifestaron sentirse cómodos, alegres, felices con esta propuesta. El significado que le otorgaron a su participación en el taller, confirmó y completó los hallazgos registrados en la sistematización.

En base a la sistematización realizada y a la utilización de la Observación Participante como técnica privilegiada de la investigación cualitativa, se registraron los logros, avances y transformaciones desde el interior de la experiencia.

Durante la experiencia uno de los aspectos evidenciados más llamativos, fué la gran necesidad de afecto, de atención, de que alguien les hable directamente mirándolos a los ojos, necesidad de ser escuchados, de sentirse parte de una comunidad o grupo. Estos aspectos comenzaron a ser abordados con actividades sencillas para devolverles el sentimiento de control y de autoconfianza perdido en el proceso de institucionalización. El taller de estimulación cognitiva, intentó brindar a los adultos mayores un espacio de interacción, a través de juegos, risas y diversión, favoreciendo la estimulación de las funciones cognitivas y el aprendizaje en todo momento. Con el transcurso de los encuentros, se generó en los participantes un vínculo muy fuerte, sustentado en el compañerismo y en la confianza entre ellos y con la coordinadora.

La noción de neuroplasticidad, brinda herramientas para poder pensar estos avances dado que ha demostrado que es posible generar modificaciones en la organización del sistema nervioso central y su funcionamiento en respuesta a los estímulos del ambiente externo bajo el efecto de estimulaciones apropiadas y constantes (Risiga & Acuña 2008).

Con respecto a otros estudios científicos relacionados, una gran mayoría concluyen en que la batería de estímulos ofrecidos al adulto mayor, independientemente de los recursos utilizados, juegan un papel destacado en el envejecimiento satisfactorio, mejorando o manteniendo las distintas habilidades y destrezas requeridas para un desempeño ocupacional eficiente.

Los hallazgos de esta investigación se encuentran en concordancia con los estudios expuestos en el estado actual de la cuestión. Los resultados de este trabajo coinciden con los obtenidos por Bereilh y Del Biaggio (1999), Lobo, Santos y Carvalho (2007), Risi y Di Martino (2011), Pérez Fonollá y García Castillo (2012) y Zarda Olivan Bescos (2013) quienes, tal como se ha mencionado en el apartado de antecedentes, han brindado evidencia sobre los

avances y mejoras obtenidas como consecuencia de la estimulación cognitiva, como recurso terapéutico en adultos mayores.

La Estimulación Cognitiva parece cumplir una función positiva y orientada al desarrollo de habilidades que le permiten a la persona anciana mejorar su calidad de vida (Corregidor Sanchez, 2010). Es decir, aquellos adultos mayores institucionalizados que reciben estimulación cognitiva y se mantienen más activos tienden a implementar principalmente estrategias y habilidades tales como: mayor independencia en las A.V.D, mayor autonomía, mayor interacción con sus pares, mayor expresión verbal de deseos y necesidades, mejora en los dispositivos básicos del aprendizaje tales como memoria, orientación temporo-espacial, concentración, atención, funciones ejecutivas, mayor estabilidad emocional, humor, adaptación y aceptación. Podría pensarse entonces que los adultos mayores institucionalizados que tengan mayor actividad mental y participen de programas de estimulación cognitiva tenderán a usar estrategias de adaptación, tendrán mayores recursos para afrontar y resolver problemas, lograrán mayor independencia en las Actividades de la Vida Diaria, por lo tanto una mayor adaptación a la institución y el logro de una mayor calidad de vida. La integridad de las funciones cognitivas y la posibilidad de lograr un envejecimiento exitoso dependerá de la diversidad y características de las actividades que se manejen a lo largo de la vida, lo cual promoverá cambios estructurales y funcionales a nivel cerebral (Tirro, 2016).

A partir del desarrollo de esta investigación, se pueden señalar tanto sus alcances como sus limitaciones, proponiendo además futuras líneas de investigación. Los resultados aquí arribados son de gran utilidad para el interior de la institución en la cuál se ha realizado la intervención. El estudio ha posibilitado la sistematización de la experiencia y un registro de los alcances obtenidos, favoreciendo la implementación y replicación de programas de estimulación

congnitiva. Dado el tamaño reducido de la muestra, será de interés generar nuevas investigaciones que en consonancia con los datos aportados brinden evidencia que posibilite una mayor generalización de los resultados aquí presentados. A partir de las conclusiones obtenidas, y con la intención de mejorar y transformar el escenario en el que se encuentran inmersos los adultos mayores institucionalizados, es necesario generar espacios de formación y reflexión continua a todos los actores y profesionales relacionados con lo gerontológico y en especial a lo que concierne al rol específico del Terapista Ocupacional en el área de gerontología. Sería importante para futuras investigaciones en este ámbito, considerar e incluir la participación social de los adultos mayores, como un factor a tener en cuenta en los espacios que se creen para abordar esta población, ya que junto con la educación constituyen el eje central del Envejecimiento Activo (Corregidor Sanchez, 2010). El participar de manera activa en la comunidad, el entorno y la familia, proporciona un envejecimiento con un alto nivel de satisfacción vital, generando una mejor adaptación social. El sentirse activo, productivo, útil e implicado en la comunidad de pertenencia es un claro indicador de la calidad de vida global de las personas mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, M. & Risiga, M. (1997) *Talleres de Activación Cerebral y entrenamiento de la Memoria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Allegrí, R. Laurent, B. & Thomas Anterion C. (1997) *La memoria y el envejecimiento. Demencia enfoque multidisciplinario*. Buenos Aires: Ediciones Sagitario.
- Alves, E. Martinangelli, G. & Prome, J. (2009). *La Autonomía como principio bioético y como independencia funcional en adultos mayores institucionalizados* (Tesis de grado). Facultad de Ciencias de la Salud y el Servicio social. UNMDP.
- Auzmenda, A. (2004). *Terapia Ocupacional. Evaluación de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores Institucionalizados* (Tesis de grado). Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP.
- Bereilh, G. & Del Biaggio, M. (2000). *Estimulación Mnésico Cognoscitiva y Performance Ocupacional en Adultos Mayores* (Tesis de Grado). Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP.
- Bernaola, V. M. & Valls, L. (2012). *Sistematización de una experiencia de campo: implementación de un taller de expresión corporal como recurso terapéutico en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo leve. El lenguaje corporal del adulto mayor*. (Tesis de grado). Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP.
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, vol. 2, pp. 50-63.
- Corregidor Sanchez, A. I. (2010). *Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*, Madrid, España: Editorial Ergon. C/Arboleda.

- Cuello Otero, M. V., Dominguez, M. S. y Tornabene, M. (1997) *Condiciones Ambientales y Geriatria desde Terapia Ocupacional*. (Tesis de grado). Facultad de Ciencias de la Salud y servicio Social. UNMDP.
- Da Costa Mattos, A. P. y García, M. B. (2005). *Institucionalización y Participación social en la vejez*. (Tesis de Grado). Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP.
- Estudio Analítico (2007-2008) *Evaluación del Impacto de la Terapia de Estimulación Cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve*. Clínica de la Memoria del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología. San José de Costa Rica.
- Fassio, A. & Roque, M. (2012). *Modulo 2 de la especialización en gerontología comunitaria e institucional*. Ministerio de Desarrollo Social/ UNMDP. Buenos Aires.
- Fonollá, M. D. y García Castillo, D. (2012). *Estimulación cognitiva en el anciano dependiente hospitalizado*. (Tesis de grado). Hospital Universitario San Rafael. Granada.
- Franco, V. (2007) Programa del hospital de día de trastornos cognitivos progresivos. *Revista de Neuropsiquiatria y Neurociencia Cognitiva*. Edición N° 6. Publicación oficial de ANA Asociación Neuropsiquiátrica Argentina.
- Fernández, A. (1999). *El Campo Grupal*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Nueva Visión.
- García, D. (1983). *El Grupo. Metodos y Tecnicas participativas*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Garriga, J. (2010) *Envejecimiento Activo*. Buenos Aires. Argentina.
- Grieve, J. (2000) *Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y la cognición*. Madrid. España: Ed. Médica Panamericana.
- Hasselkus, B.R. (1998) *Envejecimiento y Salud*. En Spackman W. *Terapia Ocupacional*. (p. 735) Madrid. España: Editorial Médica Panamericana.



- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. Bs As. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Lobo, A., Santos M.P. & Carvalho, J. (2007). *Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad*. Revista Española de Geriátría y Gerontología, vol (2), pp13-15.
- López Ledo, S. (2008). *Proyecto de Estimulación Cognitiva en personas que sufren un deterioro cognitivo moderado- moderadamente grave*. (Tesis de grado). Residencia "San Lázaro". España.
- Necco, M. C. (2010). *Sistematización en tercera edad, Cartografías de una clínica. Una experiencia de promoción de salud con adultos mayores institucionalizados. Taller grupal de música y canto*. (Tesis de Grado). Facultad de Ciencias de la Salud y servicio Social. UNMDP.
- Mannoni, M. (1992). *Lo Nombrado y Lo Innombrable, La última palabra de la Vida*. Buenos Aires. Argentina. Ediciones Nueva Visión.
- Ollari, J. (1997). *Envejecimiento y función cognitiva de la declinación al deterioro*. Buenos Aires. Argentina.
- Mangone, C. (2005) *Demencia enfoque multidisciplinario*. Buenos Aires. Argentina: Ediciones Sagitario.
- Olivan Bescos, Z. (2013). *Programa de Estimulación Cognitiva en personas con deterioro cognitivo leve*. (Tesis de grado). Universidad de Zaragoza. España.
- Panebianco, A., García Cein, E. (1998) *El Grupo en Terapia Ocupacional*. Ficha interna de la cátedra de Dinámica de Grupo, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. UNMDP.

- Polonio López, B. (2004). *Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Rissi, M. E. & Di Martino, M. C. (2011) *Aplicación de un programa de Estimulación Cognitiva en Pacientes con Enfermedad de Alzheimer en fase leve a moderada*. (Tesis de Grado). Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP.
- Risiga, M. (2011) *La Gerontología a Traves de una Historia Institucional*. Recuperado de [www.centrodedia.com.ar](http://www.centrodedia.com.ar)
- Salvarezza, L. (1999). *Psicogeriatría Teoría y Clínica*. Buenos Aires. Argentina: Editorial Paídos.
- Sandoval Ávila, A. (2001). *Propuesta Metodológica para sistematizar la Práctica Profesional del Trabajo Social*. Buenos Aires. Argentina: Ed Espacio.
- Tirro, V. (2016). La Vejez y el Cerebro. *Revista Nuevo Humanismo*; Universidad Central de Venezuela.
- Trombly, C. (1990) *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*. México: Ediciones Científicas: La Prensa Médica Mexicana.
- Spackman, Hopkins & Smith (1998) *Terapia Ocupacional*. Octava edición. Madrid. España: Editorial Médica Panamericana.

## ANEXOS

**ANEXO 1: Ficha de Observación Estructurada de los Indicadores de MEMORIA A CORTO PLAZO** observados en los participantes del Taller de Estimulación Cognitiva en el Hogar de Ancianos "Cayetano Zibechi" durante los meses de Agosto, Septiembre y Octubre. Benito Juárez. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

## Memoria a Corto Plazo:

NOMBRE	IRMA			PEDRO			ERIBERTO			MARIA E.			JULIAN			JUANA			TOTAL			
	nl	lca	l	Nl	lca	l	nl	lca	l	nl	lca	l	nl	lca	l	nl	lca	l	nl	lca	l	
Retención y ejecución de consignas verbales y escritas																						
Recordar y retener nombres de sus compañeros																						
Recordar y retener fecha de hoy, hora y momento del día																						

## REFERENCIAS:

NL: NO LOGRADO

LCA: LOGRADO CON ASISTENCIA.

L: LOGRADO





**ANEXO 3: Ficha de Observación Estructurada de los Indicadores de ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL observados en los participantes del Taller de Estimulación Cognitiva en el Hogar de Ancianos "Cayetano Zibechi" durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre. Benito Juárez. Provincia de Buenos Aires. Argentina.**

NOMBRE	IRMA			PEDRO			ERIBERTO			MARIA E.			JULIAN			JUANA			TOTAL			
	nl	lca	l	nl	lca	l	nl	lca	l	nl	lca	l	nl	lca	l	nl	lca	l	nl	lca	l	
Reconocimiento de las diferentes dependencias de la institución ( a través de un croquis )																						
Reconocimiento del recorrido a diferentes dependencias de la institución , propuesta por la T.O. en cada encuentro																						
Reconocimiento del día, hora y lugar del taller																						
Reconocimiento de Fecha: día/mes/ año. Estación. Lugar nombre del hogar, ciudad, provincia y país																						

**REFERENCIAS:**

**NL: NO LOGRADO**

**LCA: LOGRADO CON ASISTENCIA**

**L: LOGRADO**

**ANEXO 4. Cuestionario de opinión destinado a los adultos mayores, cuyo propósito es generar una síntesis expresada en testimonios, para alcanzar la comprensión de los sentimientos, sensaciones, opiniones de los adultos mayores. En el Hogar de Ancianos "Cayetano Zibechi" durante los meses de septiembre, octubre y noviembre. Benito Juárez. Provincia de Buenos Aires. Argentina.**

**1-¿Le gustó participar del Taller?**

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

**2-¿Cómo se sintió participando del taller?**

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

**4-¿Se cumplieron sus intereses?**

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

**5-¿Le gustaría que el Taller continúe?**

**¿Por qué?**

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

**MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO, COLABORACIÓN Y OPINIÓN,  
 ES MUY VALIOSA SU RESPUESTA!!!!!!!**



**ANEXO 5: Cuaderno de campo****Denominación del proyecto:****Encuentro N°****Fecha:****Responsable:****Participantes:****Lugar:****Actividad****Observaciones.**

**Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva en Adultos Mayores  
Institucionalizados

**Encuentro N°:** 1

**Fecha:** 1 de septiembre de 2016

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 6

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

**Actividad:** se presentó al grupo de participantes el taller a realizar, informando el día, la hora, y el lugar donde se llevara a cabo el mismo. Se realiza una actividad para la presentación del coordinador y de los integrantes del taller. Sentados en ronda cada uno debía decir su nombre presentándose. En una segunda etapa, por orden cada uno debía intentar recordar el nombre del compañero del lado derecho/izquierdo. En una tercer y última etapa cada participante tenía la opción de expresar datos como edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento etc.

**Observaciones:** Si bien todos los participantes hace más de 8 años que conviven en la institución dos de los seis participantes (Julián y Juana) no podían recordar el nombre de sus compañeros.

**Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 2

**Fecha:** 8 de septiembre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 6

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

**Caldeamiento:** Se ubico a los participantes sentados en una mesa mientras la coordinadora pregunto a los participantes la fecha, luego lo escribió en la pizarra y lo repitió. Luego se borro la pizarra y se volvió a preguntar uno por uno, día, mes y año. Además se les recordó el día y la hora de los encuentros. Se anotó en una pizarra, luego se borró y se preguntó de nuevo uno por uno: Día-mes-año y día y hora de los encuentros.

**Actividad 1: Juego del ovillo:** se dispusieron en forma de ronda, el coordinador entregó el ovillo a uno de los participantes para dar inicio a la actividad. Este participante arrojó el ovillo a otro compañero al azar, luego este último debía expresar verbalmente todos los datos que recordara del participante que le arrojó el ovillo.

**Actividad 2:** se les preguntó uno por uno, ¿cómo se llama tu compañero/a que está sentado a tu derecha/izquierdo?

**Teléfono descompuesto:** dispuestos en ronda comenzamos a jugar. La coordinadora comienza diciéndoles la palabra: AMARILLO. Esta circula por toda la ronda hasta llegar al final donde el último paciente lo evoca de forma dubitativa. De diez palabras jugadas fueron 7 acertadas.

**Cierre:** Se les pidió que dieran su opinión, si les gustó o no la actividad. Manifestaron haberse divertido durante el encuentro.

**Observaciones:** se requirió de asistencia verbal por parte del coordinador para la evocación y ejecución de las actividades.

### **Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 3

**Fecha:** 15 de septiembre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 6

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

**Caldeamiento:** la coordinadora escribió en la pizarra y leyó en voz alta: día, mes y año: se recordó a los participantes el día y la hora en la que se realiza el taller. Los Participantes se sentaron en sus lugares y realizamos un juego para comenzar el encuentro. Debieron decir animales que empiecen con la letra P. Y nombres de mujer con S. Deletreo de palabras.

**Actividad 1:** La coordinadora llevó al encuentro una caja grande y temperas de colores. Tres de los participantes eligieron los colores y los otros la pintaron. Mientras se seca se realizó la actividad 2.

**Actividad 2:** Se mostró a los participantes una lámina con la imagen de un croquis de las distintas dependencias de la institución. Luego se les entregó una fotocopia a cada uno con el croquis de la institución para completar. Se retiró la lámina y los participantes debieron completarlo recordando lo explicado anteriormente.

**Cierre:** Finalizado el croquis se explicó a los participantes para que se iba a utilizar la caja. Se envió a un participante a llevar la caja a la “cocina”.

**Observaciones:** Algunos adultos mayores se acercaron al gabinete de TO, cuando me veían llegar. Mostraban más entusiasmo que otros. A otros debía ir a buscarlos todavía para comenzar con las actividades.

### **Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 4

**Fecha:** 22 de septiembre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 5

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

**Actividades:**

**Caldeamiento:** Se ubicó a los participantes sentados en una mesa mientras la coordinadora escribía en una pizarra el día, mes y año. De a uno tuvieron que decir nombres de mujer que comiencen con la letra A; luego debían deletrear palabras como, mosca, agua, libro, silla, verano, flor, de a uno. El que no sabía debía decir "paso".

**Actividad 1:** Los participantes se dispusieron en ronda. Cada uno eligió ponerse un nombre de un animal, el cual se comunicó en voz alta al resto del grupo. Se repitieron los nombres de los animales nuevamente. Luego comienza el juego: se incorporó una pelota de plástico. La coordinadora le entregó la pelota a un participante, el que dio comienzo al juego arrojándosela a otro. Este último debía recordar el nombre del animal correspondiente a aquel que le arrojó la pelota. Y así sucesivamente.

**Actividad 2:** Cerramos el encuentro contando cada uno algo de su historia personal. Cada uno contó aquello que quiso contar acerca de su infancia, adolescencia, vida, etc.

**Cierre:** los participantes expresaron haberse divertido mucho con el juego de los animales.

**Observaciones:** uno de los participantes no asistió porque no se sentía bien. Se requirió de Asistencia verbal para llevar a cabo las actividades. Hubo dificultades para comprender la consigna del juego de los animales y mucha dificultad para recordar los nombres de los animales. Lo cual también era motivo de risa, (porque decían cualquier animal). Surgieron en algunos casos reminiscencias de su época de la infancia y juventud.

**Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 5

**Fecha:** 29 de septiembre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 6

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

**Actividades:**

**Caldeamiento:** Se ubicó a los participantes sentados en una mesa mientras la coordinadora escribía en una pizarra el día, mes y año. De a uno tuvieron que decir nombres de mujer que comiencen con la letra M; luego con la letra E, el que no sabía debía decir "paso".

Antes de comenzar con las actividades planificadas. Se preguntó al grupo si recuerdan donde llevó un compañero la caja durante el encuentro anterior. Luego vamos todos a buscarla.

**Actividad 1:** Juego grupal. Memotest: Se colocan cartas españolas boca debajo de a pares (2 caballos, 2 reyes, 2 ases etc) sobre la mesa. Los participantes debían dar vueltas las cartas e ir encontrando los pares. Por turno, el que conseguía armar un par retiraba las cartas y así sucesivamente hasta finalizar las cartas.

**Actividad 2:** al finalizar el encuentro se manda a otro participante a llevar la caja a otra dependencia de la institución "Dirección".

**Observaciones:** Hubo dificultad para comprender la consigna del memotest.

### **Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 6

**Fecha:** 6 de octubre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 6

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

#### **Actividades**

**Caldeamiento:** la coordinadora pregunta y escribe en la pizarra día mes y año. Los participantes se sientan en sus lugares. La coordinadora borró la pizarra y volvió a preguntar de a uno: día- mes- año y lugar. Deben decir nombres de mujer con I.

**Actividad 1:** Se realizó una actividad grupal. Se muestra a los participantes del taller una lámina donde se podían observar imágenes. Estas imágenes estaban dispuestas de a parejas.

Ejemplo: gaucho/ caballo; Bombero / manguera etc.; Veterinario /perro lastimado etc.



## **Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia**

---

Primero observaron todas las imágenes y se realizó una descripción de las mismas. Luego se tapó la primera hilera debían recordar la pareja correspondiente. Luego se tapó la segunda hilera y debían recordar el personaje. Y luego se sacó la lámina y debían tratar de recordar la mayor cantidad de parejas de imágenes posible.

**Actividad 2:** Nos dirigimos a una habitación: la actividad consistió en tender una cama de a dos. La cama estaba completamente destendida.

**Cierre:** se comenta la actividad realizada entre todos.

**Observaciones:** los participantes manifestaron que les pareció divertido realizar la actividad de manera grupal.

### **Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 7

**Fecha:** 13 de octubre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 6

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

**Caldeamiento:** La coordinadora pregunta al grupo si recuerdan donde llevó la caja un compañero. Una vez que recuerdan vamos a dirección (en este caso) a buscar la caja.

**Actividad 1:** Resolución de Laberintos. Marcaron con lápiz la salida de un laberinto. Además completaron un croquis de la institución pintando con color la ubicación de su habitación.

**Actividad 2:** Se les entregó a cada uno una hoja en blanco, donde debían escribir: el nombre y apellido; fecha de hoy, lugar, ciudad, provincia, país. Además con la hoja subdividida debían escribir que actividades realizan por la mañana, por la tarde y por la noche. Además escribieron que cosas les gusta y que cosas no les gusta.

**Cierre:** se envía a otro participante a llevar la caja a otra dependencia de la institución "Baño"

**Observaciones:** Los participantes manifestaron que se divirtieron y que el taller los entretiene. Algunos requirieron asistencia para resolver el croquis. Surgieron muchas cosas con respecto a aquello que les gusta y lo que no les gusta. Luego de leerlo en voz alta. Surgieron comentarios y reflexiones que muchos compartían.

### **Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 8

**Fecha:** 20 de octubre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 4

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechei

**Actividades**

**Caldeamiento:** Se recuerda preguntando al grupo, día, mes y año. Lugar donde residen y ciudad. Se anota en la pizarra, luego se borra y se pregunta de nuevo.

**Actividad 1:** Juego grupal: Láminas de parejas de palabras: ejemplo Casa/ladrillo, martillo/clavo; paraguas/lluvia etc. Luego de observar y describir las imágenes se explicó la consigna se ocultó una hilera de imágenes debiendo evocar su pareja.

**Actividad 2:** La coordinadora llevó imágenes de revistas de personajes muy conocidos: los participantes debían reconocerlos (Se dieron pistas en algunos que no reconocían).

**Cierre:** Para cerrar se comenta la actividad. Y se realiza otro juego corto. Se escribe en la pizarra el nombre de uno de los participantes del taller pero con letras faltantes. Por ejemplo:

I-MA, JU--AN, etc.

**Observaciones:** faltaron 2 participantes que refirieron no sentirse bien. Los participantes manifestaron que se divirtieron mucho, que se entretienen. En ocasiones surgen discusiones entre dos participantes. Una de las participantes refiere que uno de los compañeros siempre sabe todo, y eso le molesta.

### **Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 9

**Fecha:** 27 de octubre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 6

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

**Caldeamiento:** Se recordó al grupo, día, mes y año. Lugar donde residen y ciudad. Luego pregunte si alguien recordaba dónde se había llevado la caja en el encuentro anterior, y fuimos todos a buscarla para ver si estaba allí.

**Actividad 1:** Nuevamente se presentó la lámina con el croquis en la pizarra. Se recordó las dependencias de la institución. Pero esta vez se recordaron calles que rodean a la institución y lugares importantes de la ciudad (Evocación de recorridos a la plaza del centro, a la iglesia, hospital, municipalidad etc.)

**Actividad 2:** Memotest con imágenes de figuras abstractas y de colores (por ej. dos manchas amarillas).

**Actividad 3:** Deletreo de palabras: derecho y al revés, se pregunta ¿cuántas letras tiene?

**Cierre:** Para cerrar se comenta la actividad. Y se realiza otro juego corto. Se escribe en la pizarra el nombre de uno de los participantes del taller pero con letras faltantes. Por ejemplo: I\_\_MA. Los participantes debían ir diciendo letras y adivinar de quien se trataba.

**Observaciones:** Los participantes manifestaron que el taller los entretiene y que no quieren dejar de asistir. Surgen diferencias entre algunos de ellos que compiten entre sí.

### **Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°: 10****Fecha:** 3 de noviembre**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy**Participantes:** 5**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

**Caldeamiento:** Sentados en sus lugares, la coordinadora anota en la pizarra día, mes año. Para entrar en calor deben decir nombres de varón con R. Luego objetos que se encuentran en una casa y que sirven para limpiar.

**Actividad 1:** Nos sentamos formando una ronda. Lectura de un cuento: Primero leído por la coordinadora, luego cada uno debía leer un párrafo, posteriormente a partir de preguntas debían evocar: personajes, trama, y detalles que recordaban del cuento.

**Actividad 2:** La coordinadora colocó una lámina con figuras de distintos elementos que se encuentran en una casa (escoba, pala, utensilio de cocina, herramientas, prendas de vestir etc.). Los participantes debían observar, registrar y luego anotar lo que recordaban.

**Actividad 3:** Lotería de la canción: se armaron cartones con distintas canciones conocidas (Ej., himno nacional, arroz con leche etc.). Aparte se hicieron pequeños papeles recortados donde figuraban las canciones y se iban sacando de a uno como en la lotería, quien tenía esa canción en su cartón o grilla, debía cantar un fragmento de la canción.

**Cierre:** Para cerrar se comentan las actividades realizadas en el encuentro.

**Observaciones:** Les pareció muy divertido. Había un participante que era poeta y cantor en el grupo. Fue a buscar un libro (escrito por un autor de la ciudad) a su habitación, donde figuraba un cuento que él había escrito de sus tiempos de arriero. Comenzó a recitar y a cantar, el resto del grupo lo disfrutó. Surgieron recuerdos de la infancia y juventud. Hubo emoción de parte del participante poeta.

Un participante faltó al encuentro por no sentirse bien.

### **Cuaderno de campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 11

**Fecha:** 10 de noviembre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 4

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibeche

**Caldeamiento:** Se recuerda, día, mes y año. Se anota en pizarra. Luego se borró y se preguntó nuevamente de a uno. Se comenzó el encuentro preguntando: ¿alguien recuerda dónde está la caja? Cuando se acuerdan vamos todos a buscarla.

**Actividad 1:** Se pregunto al grupo: Día, Mes Año. Estación del año actual.Cuál es la estación anterior y la posterior. Evocaron características de cada estación del año. Que prendas de vestir usamos etc.

**Estimulación cognitiva en adultos mayores: Sistematización de una experiencia**

---

**Actividad 2:** Trabajamos momentos del día: que hacemos durante la mañana, durante la tarde y a la noche. Días de la semana. Qué hacemos el fin de semana y en qué sectores del hogar hacemos cada cosa. Dónde se visten, dónde se bañan, dónde comen, dónde juegan etc.

Fuimos a una habitación, de a dos debían tender una cama.

**Actividad 3:** Trabajamos Cronologías de hechos vividos: La coordinadora llevó al encuentro fotos antiguas, revistas y diarios antiguos y actuales. En base a esto comenzamos a recordar que ropa se usaba en ese momento (modas, costumbres, medios de transporte) y cómo ha ido cambiando todo con el transcurso del tiempo

**Cierre:** Se terminó el encuentro comentando todo lo trabajado. Además se envió a un participante a llevar la caja a otra dependencia de la institución (lavadero).

**Observaciones:** Surge el tema de la muerte, al hablar del paso del tiempo, surge el tema del sentimiento de abandono en algunos participantes. El tema de lo que pasa cuando es "viejo", algunos se emocionan. El participante necesitó de indicaciones verbales y gestuales para llegar al lavadero.

**Cuaderno de campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 12

**Fecha:** 17 de noviembre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 6

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

**Caldeamiento:** Nombres de mujer que empiecen con la letra "L". Deletreo de palabras.

**Actividad 1:** Juego del Ovillo. Nos disponemos todos en ronda. La coordinadora también participó. Comenzó el juego tirándosela a otro participante. Este debía decir nombre y Apellido (y todos los datos que recuerde) de la coordinadora. Luego se la arrojó a otro y así sucesivamente. Así se va formando una red entre los participantes.

**Actividad 2:** Juego de pistas e indicios: A partir de pistas verbales que el coordinador va dando los participantes debieron adivinar de que objetos se trataban. (Ej., se encuentra en todas las casas, es un objeto, sirve para barrer, es compañera de la pala etc.). Luego se dividieron en dos grupos. A un grupo se les entregó una tarjeta con un nombre anotado de un objeto, animal, lugar, flor, elementos etc. Ellos debían pensar pistas para que el otro grupo adivine la palabra.

**Actividad 3:** Evocación de distintas prendas que se utilizan en las diferentes estaciones del año (otoño, invierno, primavera, verano). La coordinadora realizó preguntas a los participantes: ¿En invierno, cuando te levantas, que te pones primero? y ¿después? ¿Y en Verano?

**Cierre:** Al finalizar el encuentro se recordó que el próximo encuentro será el último.

**Observaciones:** Expresaron que se divirtieron mucho con los juegos.

Se quejaron porque pedían que los encuentros continúen. Algunos se pusieron mal y no entendían la explicación que se les daba (que se trataba de una práctica clínica). Decían que iban a extrañar los encuentros y a la coordinadora.



**Cuaderno de Campo**

**Denominación del proyecto:** Taller de Estimulación Cognitiva

**Encuentro N°:** 13

**Fecha:** 24 de noviembre

**Responsable:** Alumna Carolina Amestoy

**Participantes:** 6

**Lugar:** Hogar de Ancianos Cayetano Zibechi

Se realizó el cierre formal del taller intercambiando con los participantes las opiniones sobre el mismo. Se mostraron muy contentos con las actividades y preguntaron si iba a volver.

Los participantes contestaron el Cuestionario de Opinión.

La coordinadora llevó torta para compartir. Desde la institución se colaboró con masitas y jugo. Al finalizar, los integrantes del grupo me despidieron muy afectuosamente, pidiéndome que regrese.