

Manual de Apoyo de Rehabilitación y Reinserción
Social



Dirección de Tratamiento y Rehabilitación
Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos
Subdirección de Consulta Externa
Departamento de Hospitalización y Proyectos clínicos
Departamento de Consulta Externa
Departamento de Centros de Día
Para vivir sin adicciones

2016

DIRECTORIO

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno

Fundadora de CIJ y Presidenta de la Comisión de Vigilancia

Lic. Carmen Fernández Cáceres

Directora General

Lic. Iván Rubén Retiz Márquez

Director General Adjunto de Administración

Dr. José Ángel Prado García

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

Director General Adjunto Normativo

Dra. Laura M. León León

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Coordinadora General:

Dra. Laura Margarita León León

Revisión:

Mtra. Laura Soubran Ortega

Mtro. Otto Berdiel Rodríguez

Lic. Mario A. Osorio Santos

Lic. Rocío Romero Reséndes

Elaboración:

Mtra. Laura Soubran Ortega

Mtro. Félix Iván Huerta Lozano

INDICE

| | |
|---|----|
| I OBJETIVO..... | 4 |
| II INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| III JUSTIFICACIÓN..... | 10 |
| IV ANTECEDENTES..... | 16 |
| V MARCO TEÓRICO..... | 19 |
| VI MODELO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL..... | 26 |
| VII ÁREAS DE INTERVENCIÓN..... | 29 |
| 7.1 AREA PSICOSOCIAL..... | 31 |
| 7.2 REEDUCATIVA-FORMATIVA..... | 37 |
| 7.3 LABORAL-OCUPACIONAL..... | 41 |
| 7.4 LÚDICA-CULTURA..... | 46 |
| 7.5 FISICA-DEPORTIVA..... | 52 |
| VIII BIBLIOGRAFÍA..... | 66 |
| ANEXO 1- Manual de Rehabilitación Cognitiva..... | 70 |

MANUAL DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL

I OBJETIVO

Proporcionar al Equipo Médico Técnico (EMT) de Hospitalización, Centros de Día y Consulta Externa Básica, los lineamientos pertinentes para la atención integral y ética de personas con problemas de consumo de drogas, que cubran las necesidades de los ámbitos médicos, psicológicos y sociales, con la finalidad de rehabilitarlas y reinsertarlas socialmente a través de diversas estrategias estructuradas en el modelo de abordaje biopsicosocial entendido desde el paradigma de la complejidad.

II INTRODUCCIÓN

En un trabajo conjunto, los equipos de la Subdirección de Consulta Externa Básica e Intensiva (Centros de día) y de la Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos, actualizaron el presente documento, el cual es un instrumento técnico que pretende incorporar tanto modelos, experiencias ,estrategias de diferentes autores que han incursionado en el tema de la rehabilitación de usuarios de drogas, como de los equipos de profesionales de la salud de los Centros de Integración Juvenil que dan tratamiento en Consulta Externa y Hospitalización. Como área normativa tenemos especial interés y compromiso en construir herramientas de trabajo clínico en coparticipación con la operación y basados en la práctica cotidiana de las unidades operativas, que nos permitan tanto conceptualizar nuestra práctica como dar seguimiento al proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a nuestros pacientes.

Es importante señalar que la actualización permanente de este documento depende de las modificaciones que, de acuerdo con la dinámica organizacional y los cambios normativos a nivel federal e internacional, sean necesarias y por otro lado de la información, retroalimentación y seguimiento que el área normativa establezca con la operación. Por tanto, los fundamentos y procedimientos señalados, son de carácter enunciativo más no limitativo y se implementarán conforme lo requiera la situación y el contexto, siendo la práctica clínica y sus fundamentos la que configure y diseñe sus programas de rehabilitación y reinserción social de acuerdo a sus recursos, experiencia y necesidades.

Para elaborar el presente manual se tomó en cuenta las aportaciones y experiencias de los equipos con los cuales hemos tenido contacto y reuniones de trabajo en diferentes espacios como son: las visitas de supervisión, las reuniones mensuales con

directores y equipos de zona metropolitana, los acompañamientos en línea, etc. De estas reuniones han surgido ideas, comentarios, propuestas que en resumen han puesto foco en diferentes aspectos como son:

Los equipos de profesionales de la salud (EMT) de los Centros de Integración Juvenil, definen la rehabilitación y reinserción social como un “guiar a los pacientes en la puesta en práctica de los recursos individuales adquiridos y fomentados en las diferentes etapas del tratamiento, con el fin de alcanzar su integración al contexto social, laboral y escolar”; el objetivo es conseguir esto a través de orientar y apoyar, ofreciendo un acompañamiento intensivo y de seguimiento a largo plazo, dirigido a la recuperación de aquellas áreas de vida reducidas en su funcionalidad por el abuso y dependencia de drogas.

Destacan que los servicios psicoterapéuticos de rehabilitación y reinserción social se realizan simultáneamente en el proceso de tratamiento. Puntúan que para definir las acciones de rehabilitación-reinserción social de las y los pacientes es necesario una mayor precisión en los diagnósticos (bio-psico-social) para actuar en las áreas afectadas; es decir, tener claro ¿qué aspecto o área necesita que se rehabilite el paciente, esto sin duda, requiere de un plan de tratamiento individualizado.

Por otro lado, se enfatiza en que el personal de Trabajo Social es pieza clave ya que es responsable de realizar el contacto con las instituciones para conformar una red de apoyo (municipios, escuelas, organizaciones no gubernamentales, sistema judicial, centros culturales, deportivos, etc.) y de la coordinación de las actividades que se desarrollan, así como de su seguimiento, este último llevaría a superar el solo hecho de la derivación a otras instituciones o servicios. Asimismo, sugieren contar con un directorio de instituciones que permita contar con una red interinstitucional que posibilite espacios de rehabilitación y reinserción social.

Finalmente, sugieren realizar una evaluación cualitativa de los factores que intervienen en la rehabilitación-reinserción social, así como memorias de los talleres que se realicen en la materia describiendo el método y sustento teórico, con el fin de recuperar la experiencia en las diferentes unidades operativas.

Proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Con el propósito de diferenciar y estructurar sistemáticamente nuestras intervenciones terapéuticas dentro de un modelo de atención en adicciones inserto en un contexto institucional, se hace importante definir los diferentes conceptos que dan referencia a los niveles de intervención en el continuo del tratamiento de la adicción a sustancias.

Partiendo de esta necesidad podemos definir al tratamiento como un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. Este concepto es habitual en el ámbito de la medicina. (<http://definicion.de/tratamiento/>)

En este caso, la noción de tratamiento suele usarse como sinónimo de terapia. Puede tratarse de un conjunto de medios de cualquier clase: quirúrgicos, fisiológicos, farmacológicos, psicológicos, etc. Su objetivo es paliar o curar los síntomas detectados a través de un diagnóstico. (<http://definicion.de/tratamiento/>)

En estas definiciones el foco se pone en el acto de “*aliviar o curar*” a través de ciertos medios, sin embargo, este foco se amplía al introducir el concepto de rehabilitación el cual se define como “diversos procedimientos que buscan ayudar al paciente a alcanzar el más completo potencial físico y mental compatible con las posibles deficiencias fisiológicas o anatómicas y las limitaciones medioambientales.”

Para la medicina, la rehabilitación es un proceso cuya finalidad es que el paciente recupere una función o una actividad que ha perdido por una enfermedad o por un traumatismo, es decir, se trata de la atención sanitaria orientada a las secuelas de un trastorno que genera discapacidad o disfunción.

Desde este punto de vista, el tratamiento se refiere al acto de aliviar o curar, la rehabilitación se aplica al hecho de recuperar una función y a la orientación hacia la secuela de una enfermedad. Esto sugiere entonces el establecimiento de sutiles fronteras entre la acción de tratar y la de rehabilitar.

En el campo de la adicción, la rehabilitación es la atención destinada a un paciente para que supere su adicción a las drogas o el alcohol. Por lo general requiere de la internación en un entorno seguro (para que el individuo no tenga acceso a las sustancias nocivas) y, en ocasiones, implica el suministro de drogas legales hasta conseguir cortar con la dependencia toxicológica.

La OMS en 1969 define la rehabilitación como parte de *la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica*. El objetivo se mide en parámetros funcionales.

La OMS (2009) agrega que *la rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social*. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo.

En el campo de la intervención social, especialmente en el campo de las adicciones, el concepto de Rehabilitación se refiere al conjunto de apoyos o condiciones necesarias para que una persona pueda vivir con autonomía/autosuficiencia (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 2007). En este sentido, la rehabilitación se dirige a la recuperación de todas aquellas áreas de vida reducidas en su funcionalidad como consecuencia del abuso y dependencia de drogas.

Es por ello que la rehabilitación y la reinserción social debe realizarse de forma integral y transversal al proceso terapéutico de los/as pacientes, fortaleciendo y/o favoreciendo la adquisición de capacidades y habilidades necesarias para el adecuado desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales, así como para regresar a una calidad de vida productiva y saludable.

Al incorporar en estas definiciones el concepto de “regresar” o “reinsertar” nos abre otro foco más de reflexión y análisis en cuanto al término “reinserción social” que parte de suponer que un sujeto consumidor de sustancias ha perdido su vínculo con la sociedad entrando a un proceso de marginalidad y estigmatización de su función, pertenencia y participación social.

Entonces, para el propósito de este manual queremos enfatizar que existen fases o niveles de intervención que se entrelazan de manera paralela, complementaria y dinámica para abordar la problemática multifactorial relacionada al consumo dependiente de una sustancia y que se parte de elaborar un diagnóstico biopsicosocial que permita diseñar de manera integral un plan de tratamiento el cual incluya un plan de rehabilitación y un programa de reinserción social, que abarque tanto el aliviar o curar, como el recuperar una función y un lugar resignificado en el colectivo social.

Reinserción social y perspectiva de género.

En cuanto a ocupar un lugar resignificado en el colectivo social, es de suma importancia poner especial foco en el proceso de reinserción social ya que implica trabajar no solo con un plan de reincorporación al plano educativo, laboral, social y familiar, sino con la reflexión sobre lo que ha sido la condición de estigmatización y marginación derivada del consumo de sustancias y que ha formado parte de una identificación con este rol, el cual han incorporado e incluso ha sido adaptativo.

Al respecto se puede decir que en el imaginario social el consumo de drogas, frecuentemente, es asociado a una amenaza a la seguridad; identificando comúnmente a los varones como delincuentes; en las mujeres por su parte se percibe como una posibilidad de falta de control de los cuerpos femeninos, cuya restricción ha sido su sexualidad dirigida a la reproducción. En este sentido, la respuesta social ante la

conducta de consumo de drogas es de rechazo al considerarse una conducta desviada que transgrede el orden social. Desde esta mirada quien consume es diferente y estigmatizado con la consecuente exclusión, distinción y omisión que se dirige a la limitación de sus derechos a la educación, al trabajo, salud, etc.

El aislamiento social viene a ser el producto del estigma y rechazo social así como de sus limitaciones ante la afectación, sin duda alguna, de las capacidades neuronales y físicas. Para la aceptación a su entorno social se generan estrategias de salud, psicoeducativas y psicoterapéuticas que restauran las carencias o pérdidas de competencias sociales orientadas a la autonomía e independencia y la restitución del vínculo social que favorezca el desempeño en lo familiar, escolar, laboral y comunitario.

En el presente manual, a partir de un análisis profundo, conjuntamos estrategias y actividades que formulan que sean las mismas personas con problemas relacionados a sustancias adictivas que se vayan reinsertando socialmente de forma activa. Si bien hay una parte de la sociedad que discrimina y excluye del tejido social, laboral, educativo, etc., relacionando la adicción con criminalidad, violencia, etc., también, en la medida en que los mismos pacientes en remisión vayan insertándose satisfactoriamente, con habilidades adquiridas y mejoradas, el mismo imaginario social se irá rompiendo y modificando paulatinamente. En este sentido, si la reinserción social es precedida por una efectiva rehabilitación, será más fácil para los pacientes reinsertarse en su ambiente y al mismo tiempo obtener una sensibilización del prejuicio existente acerca las adicciones.

En síntesis, la importancia del presente manual toma como base el que no es suficiente la abstinencia como único factor que garantice la curación, además de que trasciende los tiempos destinados al tratamiento, ya que ubica a la rehabilitación y la reinserción social trabajándose durante el tratamiento, pero también posterior al mismo, actuando y reconociendo la importancia de la dimensión social en el proceso de las adicciones, y acompañando a la persona para que se inserte en un lazo social sano a partir de distintas actividades que permiten no solo rehabilitar y reinsertarse socialmente, sino prevenir recaídas a largo plazo. En este sentido la rehabilitación y reinserción social se abordará desde diversas aristas y en diferentes campos del actuar humano, a continuación se presentan el objetivo y las dimensiones temáticas del presente manual:



III JUSTIFICACIÓN

La mayoría de los estudios, investigaciones y tratamientos profesionales especializados en las adicciones, convergen en definir la adicción como un fenómeno multicausal que surge de la interacción de tres esferas: la biológica, psicológica y social, así como las fallas estructurales singulares de cada paciente en cada una de ellas. Por tal motivo, el tratamiento, la rehabilitación y reinserción social deben ir orientadas a abordar las tres esferas anteriormente señaladas, sin embargo, la mayoría de los tratamientos privilegian la medicalización o en el mejor de los casos la medicalización y el tratamiento psicológico dejando en un lugar secundario al área social. Por nuestra parte, sostenemos que cada una de las áreas tiene la misma importancia, esto dentro del marco de un modelo biopsicosocial enmarcado por el paradigma de la complejidad que da lugar a esa inclusión e interrelación de las diferentes áreas y que se coloca en la propuesta filosófica de la posmodernidad abarcando por tanto más allá de la mirada médica.

Al intentar trazar un panorama epidemiológico del área social y su relación con las adicciones en nuestro país, nos encontramos con algunos obstáculos. Los estudios e investigaciones epidemiológicas nacionales, tales como la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), han abordado este campo únicamente desde el aspecto causal, es decir, datos sociodemográficos de personas con algún problema adictivo como son: edad, sexo, nivel escolar, ocupación, etc., sin embargo, escasean los estudios destinados a abordar los efectos de los tratamientos ofertados en la reinserción social de las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas, por tal motivo, carecemos de datos cuantitativos respecto al efecto de los tratamientos en la reinserción social (es decir, la adquisición de empleo, el retomar el campo académico, las relaciones familiares, afectivas, las actividades culturales, deportivas, etc.)

En un estudio cualitativo realizado en Centros de Integración Juvenil A.C en el programa de tratamiento hospitalario con pacientes que hubieran cursado alta parcial o definitiva, y cuyo objetivo fue identificar las principales barreras u obstáculos para la reinserción social de los pacientes (Rodríguez 2013) se encontró que la reincorporación al hogar y a la comunidad es un proceso complejo durante el cual los pacientes enfrentan una pérdida significativa de sus redes sociales constituida en parte por otros usuarios de sustancias, y de sus redes familiares. Por otro lado, se encuentran en una situación de aislamiento, en parte por el temor a enfrentarse con los lugares y amigos conocidos relacionados al consumo de drogas, una preocupación excesiva sobre la percepción de la comunidad acerca de su persona, en algunos casos codependencia emocional y económica, ansiedad derivada de la abstinencia, pérdida de habilidades sociales y cognitivas que dificultan la incorporación a una actividad laboral y/o educativa, asimismo enfrentan problemas previos a la época de del consumo de sustancias, como son los aspectos emocionales.

Un factor fundamental a tomar en cuenta es el que tiene que ver con la estigmatización y exclusión en la que está el consumidor de sustancias y en la que incluso se refugian e identifican, creando un vínculo hacia otros en su misma condición, que les provee de una pseudoindividuación y pertenencia, y les otorga un sentimiento de autoafirmación y valía.

Derivado de lo encontrado en el estudio se plantea que resulta muy favorable al proceso de reinserción, el involucramiento de los familiares más cercanos, el restablecimiento de redes familiares, el desarrollo de habilidades sociales para construir nuevas redes, la vinculación con redes formales de apoyo; la programación de actividades estructuradas, el desarrollo de habilidades para enfrentar situaciones de riesgo, la incorporación en trabajo y escuela, el desarrollo de autonomía económica y emocional, el trabajo terapéutico sobre problemas familiares y de pareja, etc.

Al respecto de las actividades orientadas hacia favorecer la reinserción social, existen esfuerzos y experiencias como es el Acompañamiento Terapéutico, el cual se implementa como una manera de subvertir los lineamientos aún imperantes a inicios del S.XX, convergentes con el modelo manicomial. Este movimiento de apertura y transformación, fue generando las condiciones para la implementación de novedosos dispositivos de atención ambulatorios, los cuales a su vez propiciaron el desarrollo de nuevas estrategias de atención: Hospitales de Día y Comunidades Terapéuticas, por ejemplo (Pulice, 2010).

El acompañamiento terapéutico, se trata de un servicio no directivo que, desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria, brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, o con internación domiciliaria, en espacios públicos o en el domicilio del usuario. La intención es promover vínculos basados en la autonomía del paciente, en la toma de decisiones acerca de su tratamiento y generando estrategias propias para un proceso de reinserción social. La particularidad es que mientras que educadores y monitores inscriben su práctica en una línea eminentemente “pedagógica”, el acompañamiento terapéutico sigue una línea clínica, de presencia y escucha. (Chávez, 2010)

Las autoras argentinas Kuras y Rezinsky (2011) proponen entender el acompañamiento terapéutico a partir del concepto foucaultiano de dispositivo que Deleuze (1990) retomará para definirlo así: “un dispositivo es el ovillo resultante de un conjunto multilíneo y bi-dimensional, compuesto por curvas de visibilidad y de enunciación que a su vez se relacionan con líneas de fuerza que las atraviesan y modifican continuamente. Establece (crea) una realidad compleja y móvil, irreductible al marco de una disciplina, y resalta los aspectos de multiplicidad, actualidad, singularidad, continuidad y discreción que caracterizan al acompañamiento terapéutico,

como dice Foucault un dispositivo es una máquina para hacer ver y para hacer hablar” (Deleuze, 1990).

Otra forma de pensar el acompañamiento terapéutico es como una continuación del espacio del consultorio. Esto no significa que se extenderán los mismos temas tocados dentro del consultorio, sino que implica la posibilidad de hacer lazo social desde la continuidad de un mismo discurso.

El acompañante terapéutico podría ubicarse en una suerte de barrera, un límite ante el goce, ante el discurso de la urgencia tan instalado en muchas conductas adictivas, para de esta manera instaurar una pausa y dar tiempo a la espera, acompañar la incertidumbre. Algunas de las principales funciones que el acompañante terapéutico realiza son el compartir, escuchar, observar, ayudar en el hacer, frenar impulsos, estimular la motivación, entre otras... Como lo afirma Chévez (2010) se trata de una intervención que mantiene a los pacientes alejados de los hospitales y los integra a la familia y a la comunidad.

Sin embargo, contamos con algunos elementos de orden cualitativo que permiten dimensionar la importancia de la Rehabilitación y la Reinserción Social como una piedra angular del proceso de recuperación de las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas. Diversos estudios señalan que no es suficiente dejar el consumo de la sustancia para recuperarse. Tomando esto como premisa, es importante el abordaje que además de la abstinencia formula actividades que permitan readquirir o mejorar habilidades motoras, cognitivas y afectivas, así como diversos niveles de establecer lazo social a partir de un seguimiento puntual en el tratamiento y posterior al mismo.

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Medicina Física y la Rehabilitación como *“el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente la mayor capacidad e independencia posibles”*. En este sentido, la importancia de la rehabilitación radica precisamente en organizar actividades psicoterapéuticas, psicoeducativas, culturales, lúdicas, deportivas que, en su entramado estructural y metodológico, promuevan la recuperación y mejora de habilidades perdidas por el uso de sustancias adictivas a través de un proceso dinámico y progresivo que busca la adaptación e integración biopsicosocial de los pacientes al contexto social por medio de la mejora en su funcionamiento y capacidad en una relación entre salud y entorno social.

Una de las consecuencias secundarias de las actividades de rehabilitación propuestas en el presente manual repercute en la posición de la mayoría del imaginario social con respecto de las adicciones. Como se mencionó en párrafos anteriores, la sociedad, en su mayoría, tiene una actitud discriminatoria con respecto a las personas que usan (o

usaron) sustancias adictivas lo cual funge como un obstáculo para que logren reinsertarse fácilmente. Esta argumentación busca dar cuenta de la importancia que tiene para las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas, recuperar sus lazos sociales perdidos.

El mantenimiento de la abstinencia no es suficiente para la recuperación de las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas, si bien el abandono de la ingesta es un primer paso, es preciso trabajar sobre las capacidades interpersonales y las habilidades perdidas, para fortalecer la misma y favorecer tanto el crecimiento personal, como el ejercicio de la independencia y la autonomía que los pacientes pueden haber perdido al involucrarse con las sustancias. Así, la rehabilitación es paralela al tratamiento, y continúa después de este fungiendo como la llave de la reinsertión social.

Una de las dimensiones de las adicciones es social. En algunas personas el tejido social (junto con predisposiciones genéticas y la estructura subjetiva singular) se manifiesta a partir de las adicciones, esta dimensión es la puesta en acto del imperativo social que hay en la época contemporánea sobre el consumir, donde se privilegia el tener sobre el ser.

Erik Fromm, decía en su libro “Ser o Tener” que el progreso industrial ilimitado prometía el consumo ilimitado de riquezas y comodidades que se traducirían en la felicidad sin límites, por lo que, sin duda, el tener se sobrepuso al ser. Sin embargo, este tipo de sociedad no producía bienestar, al contrario, producía infelicidad, soledad, angustia, depresión, destrucción y dependencia. El orden social enferma con esta premisa y por lo tanto se requiere de un cambio radical del mismo, ya que la meta de poseer lo que se desea a costa de destruir y no compartir no genera satisfacción y placer. El consumo ilimitado como meta de vida es una idea impregnada en la subjetividad y en la sociedad. Se pensó que el egotismo, egoísmo y avaricia del sistema económico se fomentaba porque era parte de la naturaleza humana; sin embargo, esos rasgos, son producto del sistema que se impregnan en el ser consecuentemente al tener, es decir al poseer de manera ilimitada sin nunca satisfacerse. Los dirigentes de la sociedad creen que lo que es favorable al sistema lo es para las personas, sin embargo esto no es así. Fromm opinaba que se requería de un cambio de modelo económico y éste era posible si ocurrían cambios fundamentales en los valores y actitudes de la humanidad como una nueva ética y una nueva actitud hacia la naturaleza.

La época contemporánea conlleva un imperativo con un doble discurso: invita a consumir y por otra parte excluye y rechaza al que consume. En este sentido, es de suma importancia entender un punto fundamental: si sostenemos que hay que reinsertar socialmente a las personas que tienen problemas con sustancias adictivas, esto conlleva la premisa de que en algún momento fueron excluidos de la misma (para

reinsertar a alguien es porque perdió su lazo social, su inserción, así mismo, para rehabilitar a alguien es por qué perdió habilidades). Surge la pregunta ¿Fue el campo social el que arrojó a aquellas personas con problemas relacionados a sustancias adictivas fuera del mismo, o por el contrario, fue el sujeto que con su adicción se salió del lazo social? Ambas situaciones no son excluyentes sino que coexisten.

Para garantizar la efectividad de la rehabilitación y la reinserción social es preciso romper el mito donde se considera a las personas con problemas de adicciones como un grupo diferente de iguales características, por el contrario, las actividades deberán ir orientadas a la singularidad de todos y cada una de las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas (como sería en una comunidad terapéutica), pensándolas no como un grupo uniforme, sino con características de diferencia (p. ej. El género, la edad, el lugar de origen, la escolaridad, historia, contexto, etc.)

Datos referidos en el estudio cualitativo, realizado por el Departamento de Investigación de Centros de Integración juvenil A.C, “Obstáculos y alternativas para la reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación “realizado por Rodríguez Kuri Solveig, muestran la complejidad que supone reconstituir el vínculo del usuario con los grupos que le han estigmatizado y marginado. Algunos autores identifican varios factores que dificultan la reintegración de los usuarios, como son: el problema de mantenerse en abstinencia, el deterioro en el estado de salud, la deserción escolar o laboral y la anomía familiar (Buchanan, 2000; Rubio, 2001; López, 2005; Tello, 2007). Otro factor importante es la pobreza y la mayor estigmatización que hay sobre las mujeres (Van Demark; Van Olphen, 2009).

Por otro lado, es importante tomar en cuenta el factor relacionado con la exclusión social, ya que desde este se ve a la persona fuera de una sociedad que la etiqueta en cuanto al deber ser y que la excluye porque no cubre los requisitos y aspectos que un sistema ideológico social ha incorporado.

Esta ideología se acepta y se refuerza por la misma “población diferente”, que debe asumir su situación social de marginación como natural y normal (se identifica con un rol desviante como respuesta al proceso de construcción del estigma del usuario de drogas. Buchanan, 2000; Rubio, 2001; López, 2005).

La aceptación de la diferencia es el superar prejuicios, estereotipos y generalizaciones sobre las “personas diferentes”, en las que puedes ver además de su situación sus valores, inquietudes, motivaciones y su forma de ser, hay que permitirles vivir en la sociedad, dotándoles de oportunidades para que vivan de acuerdo a sus propias decisiones. (Arranz, 2010)

Algunos estudios (Arranz, 2010; Buchanan, 2010) abordan el problema de la reinserción desde la perspectiva de las redes sociales, las cuales pueden constituir un

factor de cambio decisivo en el proceso de reinserción y, al mismo tiempo, representar la mayor dificultad para establecer el vínculo con redes formales así como un importante riesgo de recaídas. Diversos artículos contemplan la reinserción del paciente a partir de su incorporación al trabajo, (Rodríguez, 2007; Soyez, 2003; Buchanan, 2000; Jester, 2007; López, 2005; Rossi, 2008). Se estudian también otros factores como mejorar el nivel de preparación y desarrollar un proyecto de vida (incluyendo la búsqueda de empleo y hasta de vivienda) (Soyez, 2003; López, 2005). El involucramiento de la familia se asocia también con una mejor reinserción (Gruber, 2001, 2004; Van Olphen; 2009).

Como se señaló en el artículo antes referido (Rodríguez, op cit) varios autores coinciden en que el proceso que va del tratamiento para abandonar o reducir el consumo de sustancias hasta la integración plena del usuario en la comunidad, pasa por un primer momento que supone el abandono del consumo de drogas. A éste, le seguiría un segundo momento de integración laboral que pasaría por la adquisición de conocimientos para el trabajo y el desarrollo de habilidades sociales, hasta un tercer momento que en realidad va de la mano con el anterior y que reside en la construcción o reconstrucción de redes sociales a partir de las cuales el individuo pueda ocupar un lugar en el entramado social como un individuo pleno de derechos y responsabilidades.

Sin embargo, es necesario buscar nuevos enfoques en torno a los mecanismos de inserción que respondan a la realidad particular de los usuarios de drogas en México, que consideren su viabilidad en el contexto actual de la sociedad mexicana.

En los resultados del estudio mencionado se encontró que la reincorporación al hogar y a la comunidad supone un proceso complejo durante el cual los pacientes enfrentan: una pérdida significativa de sus redes sociales, pérdida de redes familiares, situación de aislamiento durante el proceso de reincorporación debido al miedo a enfrentarse con lugares y amigos con quienes consumía, preocupación excesiva sobre la percepción de la comunidad acerca de su persona, en algunos casos codependencia emocional y económica, ansiedad derivada de la abstinencia y la presión de la oferta de drogas, pérdida de habilidades sociales y cognitivas, etc.

La falta de redes sociales que den soporte al sujeto, lo deja en algo que podemos llamar “vulnerabilidad relacional” y que resulta en falta de conexiones con otras redes, debido a la falta de puentes que se den entre redes heterogéneas y en un centro en las redes personales saturado, en las que la persona no alcanza a satisfacer sus necesidades de información, material y emocional en el acceso desde el grupo primario.

Por el contrario , resultan muy favorables al proceso de reinserción, el involucramiento de los familiares más cercanos, el restablecimiento de redes familiares, el desarrollo de habilidades sociales que favorecen la construcción de nuevas redes, la vinculación con redes formales de apoyo; la programación de actividades estructuradas , el desarrollo de habilidades para enfrentar situaciones de riesgo, la incorporación en trabajo y/o escuela, el desarrollo de una plena autonomía económica y emocional, el trabajo terapéutico sobre algunos problemas familiares y de pareja, etc. .

Como se mencionó anteriormente, la importancia del presente manual radica en apuntalar el proceso de rehabilitación y reinserción social como un camino complejo que implica la conjunción de diversos factores, ente los que se encuentran: el lazo social, la singularidad de cada paciente, el momento de cambio en el que se ubique cada persona, la adicción como un fenómeno multifactorial y la importancia de poder generar redes de apoyo y un cambio de posición subjetiva que posibilite a cada paciente la resignificación de su postura frente a sí mismo y a los otros, considerando que todos estamos inscritos en un orden social.

IV ANTECEDENTES

La incorporación de la rehabilitación y la reinserción social en un tratamiento integral de las adicciones, tiene sus antecedentes inmediatos en el ámbito de la salud mental en general, es decir, con respecto a las distintas maneras en que fue abordado la llamada “locura”, enfermedad mental, trastorno y/o psicopatología.

El origen etimológico de la palabra “loco” y/o “locura”, proviene del latino “folle”, de origen onomatopéyica que significaba vacío; a nivel etimológico damos cuenta que una de las causas de la locura, de la enfermedad mental es una sensación de vacío que busca ser llenado, ya sea por el delirio, ya sea por una sustancia adictiva, un vacío, diríamos ahora, generado por causas biopsicosociales. En el curso de los años su acepción ha ido cambiando de acuerdo al modo de conceptualizarla e interpretarla, por tal motivo, también en tratarla.

En el mundo clásico se relacionaba a la locura con lo sagrado y representaba la voz divina, más tarde, en el Medioevo, “el loco” pasó de ser divino a representar el demonio, por lo cual, había que eliminarlo. Con esa idea se difundió la dicotomía espíritu-cuerpo y en el caso de las enfermedades mentales, la primera acción era intentar reparar el daño al cuerpo y luego el daño al espíritu y si no se lograba se pasaba a la eliminación física del “loco”, es decir, que a partir de la conceptualización religiosa de la locura, no se intentaba curar ni entender sus causas, sino se concretaba

en eliminarla (ya sea a la locura, ya sea al loco). Podemos entonces entender que en esta conceptualización de la locura, no existía espacio para la rehabilitación ni para la reinserción social. Es preciso recordar que en este periodo (Medioevo) la locura era encarcelada y solo a finales del siglo empezó la atención particular a los enfermos mentales en los llamados manicomios.

La época del Renacimiento significó un cambio sustancial con respecto a la concepción de la “locura” y por ende, del tratamiento del “loco”. En este periodo, el “loco”, se concebía como una persona diferente, por sus valores y filosofía de vida, por lo tanto, recibía respeto y no se le perjudicaba. Esta época es de suma importancia, pues es la base que genera la fenomenología de Husserl y la concepción del psiquiatra Karl Theodor Jaspers que influirá en la innovación del concepto de vivir junto con el enfermo y a comprenderlo.

Jaspers, filósofo y psiquiatra alemán, dio un importante impulso a las reflexiones en el campo de la psiquiatría, filosofía, teología y política. Jaspers estaba insatisfecho por el tratamiento de las enfermedades mentales y por lo tanto discutió y problematizó los criterios diagnósticos y los métodos de la psiquiatría clínica.

Según el psiquiatra alemán es de particular importancia el contacto con los enfermos, el examen crítico de la bibliografía médica y el estudio de la compleja realidad que constituye a los enfermos mentales, por lo tanto, considera que la explicación y la comprensión establecen los métodos indispensables para comprender la pluridimensionalidad del ser humano y según esto, la interdisciplinariedad de las teorías es indispensable para comprender y atender a las personas en su totalidad. Podemos localizar, en esta concepción, un primer paso para la introducción de la rehabilitación y la reinserción social de las enfermedades mentales, en tanto se le comienza a dar lugar a la pluridimensionalidad del ser humano.

La concepción de la psiquiatría moderna y posmoderna, permite comprender a la adicción como un trastorno, es decir, trastorno relacionado con sustancias según la nomenclatura del DSMIV-TR, en este sentido, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social se encuadran en dicha concepción.

La etimología de la palabra “adicción” proviene del latín “*adducere*” que significa: conducir, inducir, reducir a esclavitud. Ya decía el poeta Octavio Paz que la adicción es la esclavitud de la modernidad. La adicción se entiende como un patrón comportamental mal adaptivo que se instaura a partir de un consumo crónico y compulsivo de sustancias que modifican los circuitos neuronales y de la normal función de los neurotransmisores en el sistema límbico, aunado a esto, el consumo crónico y compulsivo se determina también por causas sociales y psíquicas. Estas modificaciones serían responsables del comportamiento de los individuos que

continúan el uso, abuso de sustancias, no obstante sean conscientes de las consecuencias negativas que el dicho comportamiento podría tener sobre su estado de salud y posición social (familia, trabajo, escuela, relaciones personales etc.). Así, en la causa, en los efectos y por ende en el tratamiento de las adicciones, encontramos una interrelación compleja y siempre singular entre la esfera biológica (el cuerpo), psicológica y social.

Durante los años sesenta y setenta, en Italia, Francia, Inglaterra y Estados Unidos, empieza la reforma psiquiátrica que ha transformado profundamente la atención en la salud mental pasando de un modelo institucional-manicomial a un modelo comunitario modificando la forma de analizar y valorar la problemática y las posibilidades del enfermo mental crónico así como el desarrollo de la rehabilitación psicosocial.

Inicialmente el manicomio era un instrumento de control social, refugio, albergue para pobres, inválidos, locos y marginados de todo tipo. Con el tiempo el manicomio, transformado en hospital psiquiátrico, se enfoca exclusivamente en la atención a la enfermedad mental y la reclusión se transforma en una forma de aislamiento terapéutico dando atención médica, curación y tratamiento. Los siguientes temas que constituyen la reforma psiquiátrica fueron los que permitieron el cambio:

La consolidación de un modelo sociopolítico comprometido con el sistema democrático y con el objetivo de mejorar el bienestar de los ciudadanos a través de la constitución del Estado de Bienestar.

El desarrollo de movimientos cívicos que luchan por una sociedad más libre y tolerante con las diferencias y minorías. La extensión de la ideología de los derechos humanos a los enfermos mentales con la consiguiente sensibilización sobre su situación y énfasis en sus derechos como ciudadanos a tener una vida lo más plena y digna en la sociedad.

La aparición de la medicación neuroléptica y su aplicación eficaz para el control de la sintomatología psicótica.

El desarrollo de nuevos modelos teóricos que reconocen la naturaleza compleja de la enfermedad mental desde una perspectiva más integrada en la que los factores psicológicos y sociales tienen un peso destacado.

La concientización social sobre la lamentable situación de los hospitales psiquiátricos y de los pacientes internados.

La necesidad de frenar el crecimiento de los gastos en hospitales psiquiátricos que obliga a plantar alternativas de atención menos costosa. (Desviat, 1995; Espinosa, 1986; Talbott, 1984; Pilling, 1991)

Se llega de esta forma a la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos desarrollando un modelo de comunidad terapéutica donde renovar y recrear el hospital psiquiátrico recuperando su papel terapéutico y humanizando y democratizando su funcionamiento.

El nombramiento de “comunidad terapéutica”, denominada así por Thomas Main, en el 1946, deviene oficial en 1953 por la OMS que aconseja la transformación de los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas. La primera comunidad terapéutica, creada en 1952 por Maxwell Jones, tenía el objetivo de hacer partícipes a las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas, es decir responsabilizarlas en la gestión de la institución en la que estaban atendidas, en las decisiones que también las interpelaban y transformar la relación de tipo jerárquica vertical en horizontal equitativa entre personas con problemas relacionados a sustancias adictivas y personal profesional. Lo que caracteriza las comunidades terapéuticas es el crear el sentido de comunidad entre las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas y el personal de trabajo así como la integración de la psicoterapia individual, la terapia de grupo y todas las demás actividades relativas al grupo.

De la filosofía de Maxwell Jones se retoma la idea de que es necesario e indispensable que el personal sea profesionalizado, la resolución de problemas por medio de asambleas y la medicación por el psiquiatra como parte de la terapia en el tratamiento de las adicciones.

Por los antecedentes, anteriormente señalados, así como la concepción de la adicción como una enfermedad mental biopsicosocial se puede retomar la idea de la readaptación para dar atención integral a los pacientes rehabilitándolos y preparándolos para su reinserción social a través del fortalecimiento de los recursos que ya tienen y dándoles herramientas para su reingreso a la sociedad, resignificando su relación con la sociedad y su participación. Para obtener una reinserción social eficaz hay que atender todas aquellas áreas dañadas, limitadas o afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas incluyendo, por lo tanto, la esfera biológica con atención a la integridad física, psicológica con atención a la conducta y sociológica por lo que concierne las relaciones y el entorno del paciente (familia, ambiente, escuela, trabajo etc.).

V MARCO TEÓRICO

La separación y diferenciación epistémica que se realiza en el presente manual entre la rehabilitación y la reinserción social, así como de las áreas biológica, psicológica y social obedecen a fines expositivos y teóricos, sin embargo, es preciso tomar en cuenta

que, en la práctica clínica, ambos procesos (la rehabilitación-reinserción social y lo biológico-psicológico y social) coexisten de tal modo que es prácticamente imposible separarlos.

La rehabilitación de cada una de las áreas, que se definirán en el apartado siguiente, funge como herramienta que va permitiendo a las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas ir reinsertándose socialmente y viceversa, es decir, que estos procesos conllevan una continuidad durante y después del tratamiento.

Para las áreas, actividades y sesiones propuestas en el presente manual, es preciso definir que entendemos por rehabilitación y por reinserción social. Según la Real Academia de la Lengua Española (RALE), la rehabilitación es el proceso de “habilitar de nuevo o restituir a alguien o algo a su antiguo estado”, en el campo de las adicciones nos encontramos con que esto puede darse de diversos modos. En aquellos casos donde se encuentren degeneraciones y/o daños severos a nivel fisiológico quizá no se pueda volver al estado antiguo del sujeto a nivel orgánico, sin embargo, esto no implica que no haya trabajo por hacer, simplemente se rehabilitará en la medida de lo posible e incluso se adquirirán nuevos elementos que no se encontraban en el estado antiguo de las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas.

Otra definición que hacemos nuestra, es entender a la rehabilitación como *“el conjunto de métodos destinados a recuperar una actividad o función perdida como consecuencia de un traumatismo o enfermedad”* (RALE, 2011), así, frente a la concepción teórica de la adicción como una enfermedad, la rehabilitación será entendida como un conjunto de actividades estructuradas bajo un mismo método o modelo de tratamiento que permitan recuperar algunas funciones perdidas y generar nuevas en vías de un mejor funcionamiento integral de las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas.

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la rehabilitación es *«Un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales»*. Esto nos permite pensar que, si bien la rehabilitación tuvo sus orígenes en el campo de la medicina, como vimos en los antecedentes, ha ido evolucionando ampliando su concepción y sumándoles las esferas psíquica y social.

El consumo de sustancias psicoactivas, que se transforma en abuso o dependencia, puede resultar en un serio problema con múltiples consecuencias para aquellas personas que consumen, para sus familias y para la sociedad en general. En este

sentido, la rehabilitación se dirige a la recuperación de todas aquellas áreas de vida reducidas en su funcionalidad como consecuencia del abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Las esferas dañadas de las personas que consumen son las bio-psico-sociales, por lo tanto la rehabilitación necesita enfocarse en las mismas para lograr una recuperación y lo hace a través las disciplinas científicas involucradas, es decir: la medicina para el daño biológico, la psicología para lo individual y estudios sociales (sociología, antropología, etc.) para los aspectos relacionales y de integración social (aunque cada uno de los perfiles interviene en las tres áreas). El presente enfoque multidisciplinario implica la operación conjunta e integrante de las diferentes intervenciones bio-psico-sociales por medio de un trabajo de equipo, es decir, su involucramiento en una misma estructura metodológica donde prevalezca la noción de la repercusión de las 3 áreas en la recuperación del paciente por cada uno de los miembros del Equipo Médico Técnico (EMT).

Multidisciplina-Interdisciplina-Transdisciplina.

Si pensamos que la integración de equipos y la implementación de estrategias de intervención más integrales son fundamentales para el abordaje de estas nuevas problemáticas, es necesario que estas estrategias estén marcadas por el diálogo y el intercambio de saberes entre las diferentes disciplinas.

Cuando hablamos de multidisciplina nos referimos a la posibilidad de acercarnos a una misma problemática desde diferentes miradas o disciplinas, sin que esto implique necesariamente un intercambio de información entre estas disciplinas o una construcción en común en la definición del problema. Un ejemplo de esto es la revisión de una misma persona llevada a cabo por un equipo compuesto por diversas profesiones; de esta manera el paciente sería examinado por el personal médico, el personal psicológico y por el personal de trabajo social. Cada uno de ellos se enfocaría a observar lo que sus terrenos disciplinarios le permitan ver.

La interdisciplina, que incluye a la multidisciplina, da un paso más allá al posibilitar un intercambio de información e inaugurar un nuevo terreno que ese ubique, no del lado de una u de otra disciplina, sino en el campo de las fronteras de las mismas. Para poder lograr este paso será necesaria la reflexión de las prácticas, la disposición para construir teórica y metodológicamente procedimientos que se actualicen en el diálogo de los saberes, que generen acuerdos necesarios entre los terrenos disciplinares que puedan ir complejizando y armando una visión más integral de las miradas parciales que cada profesional puede tener.

Las actitudes interdisciplinarias en los equipos se identifican como factor de protección para el trabajo de los mismos y para la salud de los profesionales que los conforman. Inevitablemente se trata de partir de la idea de que no existe terreno del saber que lo abarque todo, ni herramientas teóricas o metodológicas que permitan dar explicaciones acabadas y totalizadoras. Será necesario ubicarse siempre en falta, como profesionales que constantemente necesitaremos de otros saberes, de otros profesionales y/o de otras personas para poder hacer intervenciones más integrales (no por eso completas). De esta idea parte la importancia de generar espacios de reunión e intercambio entre los equipos multidisciplinarios, de manera tal que se estimule el diálogo y la co-creación.

La apuesta de las ciencias en la actualidad es transitar el camino de la Multidisciplina a la Interdisciplina principalmente, sin embargo se propone un escalón más (en ocasiones vivido como utópico) dentro del mundo de la complejidad, que sería la Transdisciplina. El prefijo Trans alude a “lo que está más allá de...”. Esto quiere decir que pensar transdisciplinariamente es borrar los vestigios de los terrenos de las disciplinas, ir más allá de esto para crear campos de conocimiento que no estén signados por la fragmentación, profesionales no del todo-saber sino con miradas y sensibilidades más alertadas de la complejidad de los fenómenos y de la ceguera que puede acarrear una mirada hiperespecializada. Será necesario reinventar nuestras miradas, reinventar conceptos y herramientas que nos permitan acceder a una parte de las problemáticas, pero con acceso a las múltiples dimensiones que presente (por pequeña que esa parte sea).

El paciente como sujeto de saber.

Cuando se habla del trabajo grupal necesario en un equipo para dar paso de la multidisciplina a la interdisciplina, y en algunos casos a la transdisciplina, no se piensa únicamente en áreas de saber tipificadas como tal a partir de los postulados del conocimiento científico. La propuesta aquí es poder trabajar en lo que llamaríamos un encuentro de saberes más allá de la profesionalización, donde el propio saber del paciente sea incluido, es decir, donde se incorpore al paciente como sujeto de su propio proceso terapéutico y se pretenda dar lugar a un encuentro de sujetos en el proceso del tratamiento.

Lo central en esta propuesta es el sujeto, no la sustancia o la adicción: El centro de gravedad cae sobre el sujeto paciente y lo que a éste le ocurre y/o le preocupa. Asimismo el proceso terapéutico será planeado en función de él. De igual manera el profesional que interviene se correrá del lugar objetivo, acercándose también a su condición subjetiva.

Con respecto a la reinserción Social en el marco de las adicciones se formula el ideal de estrategias necesarias, suficientes y eficientes para lograr que quien usa, abusa o depende de sustancias tenga un estilo de vida mejor que el actual, y que logre un mejor funcionamiento interpersonal y social, en este sentido, y como adelantábamos en nuestros antecedentes, sostenemos que para lograr la reinserción social es preciso tomar en cuenta que coexisten dos causas: la exclusión social hacia las personas que han consumido sustancias adictivas, así como la pérdida de facilidad en insertarse socialmente de las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas.

La reinserción social toma como apuesta ir más allá del consumo de las sustancias adictivas y de eliminar su consumo, es decir, percatarse que la manifestación del consumo de sustancias tiene un trasfondo, además de orgánico, histórico, psíquico y social. Dichos elementos deben ser tomados en cuenta para operar en la reinserción social de modo efectivo, por ejemplo, en el hacer partícipe no solo a las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas y los profesionales, sino la sociedad en su conjunto, en vías de ir abriendo puertas sociales que les permitan reinsertarse socialmente.

Los profesionistas deberán privilegiar el conocimiento de la realidad social de las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas dejando en un segundo plano el saber de especialistas. Un manual de reinserción social debe arrojar elementos con la premisa de que es preciso conocer el campo social en el cual se reinsertarán, es decir, para hacer una verdadera reinserción social es preciso realizar un conocimiento de la realidad social, de la época histórica, social, política y económica. ¿Qué campo social es este? Señalaremos algunas generalidades invitando al Equipo Médico Técnico a aplicar un análisis profundo de la realidad social que los contiene en vías de formular sus actividades tomando eso en cuenta.

Diciendo lo anterior señalamos algunos cambios propios de la época contemporánea:

La estructura familiar ha ido cambiando en ciertos sectores, hoy en día muchas mujeres, gracias a las luchas feministas y sus logros, han ingresado al ámbito político, social y económico, lo cual ha subvertido las supuestas funciones familiares tradicionales, por otra parte, los padres participan cada vez más en la educación de sus hijos y las tareas del hogar, así, las funciones tradicionales (materna y paterna) se ha visto subvertidas, es decir, el padre y la madre ya no son lo que eran, esto habrá que tomarlo en cuenta pues tiene repercusiones singulares en la femineidad y la masculinidad, por ejemplo, algunos hombres se encuentran con un vacío con respecto a la función que tenían en su familia y que hoy ya no tienen.

Por otra parte, nos encontramos con familias mono parentales y homoparentales, en lugar de tomar posturas moralistas respecto de si esto es bueno o malo (tal como Marx

nos enseñaba todo análisis que se mueva en estos términos está destinado al fracaso) o querer retornar a la familia tradicional, el EMT deberá eliminar la discriminación al respecto y dar cabida a estos nuevos discursos y nuevas formas de organización familiar. Aunado a esto, creemos tomar en cuenta los siguientes puntos para realizar una reinserción social acorde a nuestra época contemporánea:

1.Coexistencia de un México pre moderno, moderno y posmoderno: los cambios históricos no son lineales sino tienen sus puntos de quiebre, así como también la coexistencia de distintas formas de vida, estructuras familiares, sociales y políticas en una misma época, en ese sentido, hay que señalar que en nuestro país coexiste un México pre moderno, uno moderno y uno posmoderno (familias tradicionales y familias progresistas), por lo cual, habrá que idear estrategias que le den cabida a los tres modos de vivir singularmente la época que nos cobija sin introducir temáticas moralistas de tipo “todo tiempo pasado fue mejor”, sino trabajar en la época propia.

2. Caída de las referencias verticales: a diferencia de otra época, las referencias verticales han caído (con referencias nos referimos a la brújula que orienta la vida de cada ser humano). La referencia religiosa (Dios) o la referencia científica (tomar a la ciencia como un garante de progreso) se han perdido como referencias totalizadoras e incuestionables teniendo como consecuencia que las referencias en el campo social posmoderno se diversifiquen como formas de vivir una vida vivible, es decir, hay gente que tiene como referencia a Dios, otros a la ciencia y otros tienen referencias de otro tipo (diferentes religiones, deportes, actividades artísticas, hobbies, etc.), lo cual formula que se pueden generar referencias horizontales, es decir, parciales y no totales. El EMT deberá tener la apertura de comprender que las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas leerán o interpretarán el campo social a partir de diversas referencias, todas ellas válidas.

3.Cambios en la concepción de la sexualidad: los derechos a una vida sexual libre han traído como consecuencias que el binomio masculino-femenino no sea suficiente, la perspectiva de género habla de distintas sexualidades, todas ellas, también válidas como señala el movimiento Lésbico-Gay-Bisexual-Transexual y transgénero (LGBT) y la Teoría Queer enarbolada por Judith Butler, la cual afirma que si bien la forma de vivir la sexualidad está determinada por construcciones sociales, entonces las sexualidades son, todas ellas, periféricas, múltiples, que rebasan por mucho el binomio masculino-femenino. Habrá que trabajar esta temática con el EMT en conjunto para no juzgar o discriminar a partir de diversas formas de vivir la sexualidad de las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas o del propio EMT de acuerdo a su orientación sexual.

4. Búsqueda del placer inmediato: Vivimos una época donde existe un consumo exacerbado, donde se toma a los otros como objetos desechables, algunas de las

consecuencias respecto del consumismo es el lugar donde los humanos buscan el placer. En esta época se formula la idea de que el placer se consigue gracias a lo que se tiene, a lo que se consume privilegiando al tener sobre el ser, así como el placer inmediato sin importar las consecuencias secundarias. En este sentido, hay una relación directa con las sustancias adictivas. Frente a las dolencias subjetivas los seres humanos, en lugar de intentar formular preguntas o hacerle frente procesándolas las obturan y las buscan cubrir con el uso de sustancias adictivas.

5. Instituciones sociales vistas como figuras paternas: en esta época mientras la conyugalidad se ha desplazado al terreno de lo privado (ya no existe en nuestro país tanto como antes arreglos nupciales que obedecían a intereses económicos, políticos y familiares) la paternidad, por otra parte, debido entre otras cosas, a la incursión de los derechos humanos (derechos de los niños, etc.) se ha visto desplazada al campo público. Hoy en día un padre no puede criar a su hijo como quiera, sino debe cumplir ciertos mandatos públicos sobre la paternidad, esto ha traído algunas consecuencias, algunos padres han visto desplazado su lugar y reclaman en las instituciones funciones que anteriormente ellos desempeñaban, es decir, le piden a instituciones tales como CIJ que funjan como padres p. ej.: que pongan a sus hijos límites que ellos no han podido poner, etc. Esto es de suma importancia tomarlo en cuenta, pues dicha demanda paterna deberá ser devuelta por el EMT en espacios que busquen precisamente hacer partícipes de la rehabilitación y la reinserción social a los familiares.

6. Era del vacío y de la inmediatez: diversos sociólogos (Lipovetsky, Lash), señalan la época contemporánea como una era donde se comparte un sentimiento de vacío el cual busca ser llenado en la inmediatez (como es el consumo de sustancias adictivas) lo cual conlleva a generar actividades que en un modo Frankleano, encuentren sentidos a partir de bordear los vacíos existenciales.

7. De la represión al imperativo de gozar: a diferencia de la época victoriana, el imperativo categórico kantiano ha pasado de ser represivo a ser un imperativo de goce. Los medios de comunicación constantemente expresan una invitación a gozar, por ejemplo de sustancias adictivas legales (alcohol, tabaco, drogas para dormir, para despertar, para estudiar, para la sexualidad, etc.) Esto conlleva que se vaya legitimando el discurso que sustenta el uso de sustancias gozosas, es decir, una celebración del uso de dichas sustancias que en otra época se reprimía, más allá de juzgar esto en términos de valores (si es bueno o malo o tomar posturas nostálgicas), es preciso tomarlo en cuenta para generar rehabilitaciones y reinserciones sociales efectivas acordes a la época que las cobija.

8. Vínculos virtuales: las redes sociales han generado que se desplace la reunión de las masas de la plaza pública a los salones de chat (Sloterdijk dixit), en este sentido, la

noción de grupo se ha visto trastocada, el grupo ya no es lo que era. Entender esto es de suma importancia para pensar como una acción a priori en una CT generar precisamente una noción de grupo que permita, en un segundo momento, ser agente de cambio en sí misma.

Los 8 puntos anteriores deberán ser tomados en cuenta para comprender en que tejido social las personas con problemas relacionados a sustancias adictivas crecieron, fueron insertados y excluidos, y en el cual serán reinsertados.

En síntesis, diremos que entendemos la reinserción social y cómo lograrla, del siguiente modo:

1. Ejecutar programas suficientes y efectivos de capacitación y desarrollo humano, rescatando la importancia de la prevención como una estrategia sustantiva y el apropiamiento de factores de protección y mejoramiento de estilos de vida.
2. Buscar en forma constante y adaptativa mecanismos específicos de reinserción familiar y comunitaria acordes al entorno y época social.
3. Construir y reenfocar redes de apoyo y sociales para hacer accesible la reinserción social, por medio de la integración de redes que conecten instituciones públicas y privadas.
4. Promover el desarrollo de una conciencia colectiva en torno a la problemática de las adicciones y la reinserción social, desde una perspectiva de diversidad.
5. Sistematizar experiencias para la identificación y el fomento de modelos, programas y acciones que impulsen de manera efectiva la inserción y la reinserción social.
6. Cuatro condiciones de incorporación de una forma social típica: la independencia económica, la auto administración de los recursos disponibles, la autonomía personal y la constitución de un hogar propio.

VI MODELO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL EN CIJ

El modelo de Rehabilitación y Reinserción Social de Centros de Integración Juvenil, A.C. está estructurado a partir de un conjunto de 5 áreas definidas posteriormente (Psicosocial, Reeducativo-Formativa, Laboral-Ocupacional, Lúdico-Cultural y Físico-Deportiva), cada una de ellas se aborda a través de diversas actividades, compuestas a su vez por varias sesiones. En este sentido, su lógica estructural consta de tres

niveles (Áreas-Actividades-Sesiones) los cuales se encuadran bajo un mismo enfoque conceptual y metodológico basado en el aprendizaje social, la comunidad terapéutica (CT), el enfoque de género y la posmodernidad, con el fin de obtener efectos terapéuticos-rehabilitatorios, que coadyuven los tratamientos médicos, psicológicos y sociales.

La rehabilitación y la reinserción social, forman parte de un modelo integral, no están aislados, sino que son parte del programa de atención integral a las adicciones de CIJ. Ambos procesos se desarrollan durante el tratamiento y continúan a posteriori con el seguimiento, adecuando objetivos y actividades para cada caso. Su propósito es reforzar las capacidades y habilidades que el/la paciente ya posee y desarrollar las que han sido atrofiadas por la enfermedad.

En este modelo se toman a los individuos como sujetos de lo colectivo, es decir, se concibe a los individuos como producto de un cuerpo biológico, con herencia genética pero inscrito y escrito por el cuerpo social. Lo social se incorpora a la carga genética. Por tal motivo, la apuesta de todas y cada una de las actividades es tomar al grupo como un agente de cambio en sí mismo. Cada una de las sesiones permite la oportunidad de reactivar el sentido de contención del grupo para problemáticas individuales, entendiendo al grupo como un aparato de transformación que permite el reformular concepciones, un espacio donde pueden poner a prueba “posibilidades inéditas de representaciones y de afectos” (Käes, R.), es decir, un grupo secundario primarizado. Dicha concepción grupal permite comenzar con la reinserción social incluso antes de terminar el tratamiento.

En el presente manual consideramos a la rehabilitación como un medio que permite conseguir el fin de la reinserción social. La rehabilitación, se enfoca de manera integral y transversal a lograr la recuperación, fortalecimiento y/o adquisición de los recursos (capacidades y habilidades) necesarios para el adecuado desempeño y manejo de las diferentes funciones biológicas, psíquicas y sociales, estas últimas en relación directa con la reinserción social, en tanto generan el cómo relacionarse con otras personas, vivir en familia, en pareja, asistir a la escuela, al trabajo y regresar a una calidad de vida productiva y saludable, es decir, llegar a una óptima reinserción en su ambiente de pertenencia por medio de la rehabilitación.

Las áreas de intervención para lograr la rehabilitación y la reinserción social son en función de las necesidades de los pacientes, por lo tanto, una vez detectados los ámbitos a rehabilitar, el responsable del caso, decidirá en cuales actividades se integrará su paciente. Estas actividades se propondrán a partir de la integración del plan de tratamiento (indicado en guías técnicas de consulta externa 2015) y se le expondrán al paciente en sesión de retroalimentación para que el paciente y su familia comprendan el propósito y beneficio que tiene en su programa de tratamiento.

En el contexto de Centro de día y si es el plan que se definió para el paciente, cada actividad estará orientada por un tema semanal decidido en Junta Clínica por el EMT. El tema de la semana fungirá como eje rector de las actividades rehabilitadoras en conjunto, lo cual generará que cada una de las actividades de la CT se articule y vincule. Al proponerse un tema de la semana, se garantiza que las actividades desplegadas en el presente manual, no sean simplemente la suma de las partes, portando el semblante de conjunto, sino que, por el contrario, giren en torno a dicho tema garantizando su vinculación, y así, favorecer el generar actividades que guarden relación con las características y necesidades de cada grupo, fomentando desde la reestructuración social favorecer la organización emocional, promoviendo los cambios deseados para lograr la abstinencia y la reintegración social a su medio, sin necesidad de recurrir al uso de sustancias adictivas.

Por otra parte, las actividades rehabilitadoras y de reinserción social ubicadas en cada área serán entendidas como un conjunto de acciones llevadas a cabo en diversas sesiones con objetivos específicos y estrategias, que operen bajo normas, reglas y horarios preestablecidos, diseñadas en estrecha relación con las capacidades de los pacientes y los objetivos del tratamiento, tratando de incidir en diferentes áreas y ámbitos de su personalidad con el fin último de mejorar su salud integral: en lo biológico tomando en cuenta lo físico-farmacológico, en lo psíquico formulando la resignificación y la reflexión y en el campo social la inserción inédita en campos sociales donde el paciente nunca había estado insertado, así como la reinserción en aquellos espacios sociales perdidos.

Si bien el presente Manual establece un marco teórico y una metodología en torno a las tres modalidades de atención (Consulta Externa, Centro de Día y Hospitalización), es preciso señalar que cada una de ellas tiene sus particularidades en tanto la sintomatología de las personas que acuden varían en su gravedad tanto cuantitativa como cualitativa, en este sentido, la metodología será aplicada según la modalidad de tratamiento.

Con respecto a las actividades aquí desplegadas, es preciso establecer la aclaración que, en el propio tratamiento, habrá actividades que son en sí mismas rehabilitadoras e incluso que las actividades rehabilitadoras son, en algún sentido, tratamiento. Por tal motivo, su separación simplemente obedece a fines expositivos y teóricos.

NOTA PARA HOSPITALIZACIÓN:

La rehabilitación y la reinserción social son una parte inherente al Programa de Tratamiento y Rehabilitación de las Unidades de Hospitalización, que se realizan cotidianamente y a la par con el tratamiento psicoterapéutico. Así, la reinserción social como parte del Programa Residencial tiene como objetivo el insertar nuevamente a la vida al/la paciente que ha recibido ya un programa de rehabilitación y que ahora como

un sujeto sano a nivel físico, mental y productivo vuelva a ser parte activa de la Sociedad.

Tiempo en tratamiento:

Se recomienda que los residentes comiencen con las actividades rehabilitatorias y de reinserción social de la 1ª. a la 3ª. semana posterior al ingreso, dependiendo de la estabilización médica y plan de tratamiento, para que puedan participar activamente en las actividades.

Seguimiento:

- 1) En la misma Unidad de Hospitalización, como apoyo a la rehabilitación, reinserción social y consolidación de los logros obtenidos a mediano y largo plazo de los pacientes que se encuentran en tratamiento y de los egresados, se establece el grupo de rehabilitación y reinserción social: Nueva Red (consultar Manual de Apoyo para Actividades de Comunidad Terapéutica). La incorporación de los pacientes y familiares tendrá carácter de obligatoriedad como parte del mismo encuadre de las actividades psicoterapéuticas y será a partir de la 7ª semana en tratamiento residencial, así mismo se incorporarán ex pacientes y familiares que se encuentren en seguimiento y deberán asistir mínimo 12 meses posterior a su egreso.
- 2) En la modalidad de Centro de día o consulta externa básica. (consultar Guía Técnica de la Unidad de Hospitalización).
- 3) Para el caso que el paciente egresado no asista a la modalidad que le fue indicada, se realizará el rescate y se registrará el resultado en el formato rescate/visita domiciliaria.

Por lo anterior, en lo que respecta a las áreas de intervención que se describen a continuación es fundamental considerar que para las Unidades de Hospitalización el tiempo en tratamiento y el seguimiento descrito, son parte de la metodología. Por ello, en la aplicación y lectura contigua, es necesario que se considere la forma en que se ha detallado.

VII ÁREAS DE INTERVENCIÓN

- 1) **Etapa diagnóstica:** valorar aquellas habilidades psicosociales perdidas, así como los espacios de oportunidad de algunas habilidades que no se poseían incluso antes del consumo de sustancias adictivas y que, sin embargo, los

profesionistas (psicólogos y trabajadores sociales) consideren que es posible desarrollar.

En esta primera etapa una vez que el/la paciente ha pasado por la fase de evaluación clínica y diagnóstico, la cual es integrada por: Entrevista Inicial , Historia Clínica , Entrevista Psicológica, Estudio Socioeconómico y se ha integrado el Plan de Tratamiento, el responsable de caso en la sesión de retroalimentación, explicará al paciente y/o familiares , además de las intervenciones psicoterapéuticas y médicas que incluya su plan de tratamiento , las actividades específicas del plan de rehabilitación y Reinserción Social, haciendo énfasis en su propósito y beneficios para la recuperación del paciente y el sistema familiar.

- 2) **Planificación:** a partir del diagnóstico grupal e individual llevado a cabo por los profesionistas, se formulará un plan de acción (el cual será modificable según el proceso de rehabilitación de cada paciente) seleccionando las habilidades a desarrollar como objetivo prioritario, la interrelación garantizada del área Psicosocial con las 4 restantes, así como tomando en cuenta los recursos psicosociales con los cuales se cuenta, a partir de dicha selección se estructurará una organización de responsabilidades, plazos, actividades, sesiones y se establecerá un seguimiento de la evolución de los pacientes a nivel grupal, individual y/o familiar.

El planteamiento de la Intervención estará basado también en el análisis de las causas y consecuencias de la ausencia de una adecuada red social personal en los/las pacientes que inician su proceso de Rehabilitación y Reinserción Social, con el propósito de tomar en cuenta lo referente al proceso de reinserción social.

- 3) **Intervención:** en un tercer momento, a partir del diagnóstico establecido y con un plan de acción claro, se dará la intervención propiamente dicha, esto es, la recuperación de habilidades psicosociales afectadas o la generación de nuevas. Dichas habilidades se desarrollarán a partir de su enseñanza directa, la programación y puesta en práctica de su uso, así como también el desarrollo, coordinación y modificación de los recursos con los que se cuenta y los que se pueden generar, encaminadas, cada una de ellas en fomentar cambios en los estilos de vida.
- 4) **Evaluación y plan de seguimiento:** a partir de las acciones previas se evaluará el proceso de cada paciente en sus diferentes áreas de funcionamiento para determinar si requiere de un ajuste al plan de rehabilitación y esta evaluación

puede hacerse en cualquier fase del tratamiento , es decir ; durante la fase diagnóstica y la elaboración del plan de tratamiento, Durante la intervención terapéutica prescrita, durante la fase de seguimiento.

- 5) El responsable de la actividad será el terapeuta a cargo de la intervención psicoterapéutica y/o médica pertinente.

7.1 AREA PSICOSOCIAL:

a) Argumento: las actividades englobadas en esta área tienen una relación directa con la rehabilitación psíquica y social, y por ende, con la reinserción por medio de la modificación de los estilos de vida de los pacientes y el lugar desde donde establecen sus lazos sociales. En esta área, se trabajan actividades en la articulación que se da entre el sujeto y el campo social bajo el enfoque metodológico del aprendizaje social dentro de la CT atravesadas por la perspectiva de género y tomando en cuenta los planteamientos de la posmodernidad señalados anteriormente.

Asimismo el área psicosocial implica el desarrollo de actividades concernientes a la rehabilitación de funciones cognitivas y neuropsicológicas a través de diversos ejercicios y tareas que tienen como intención primordial el poder restablecer y recuperar hasta donde sea posible las capacidades de las personas en los rubros mencionados, considerando que una adicción tiene un amplias repercusiones en este sentido.

Además dentro de estas actividades se producen procesos de trabajo grupal sumamente importantes para cada paciente, ya que esto permite la resignificación del vínculo social, lo que es determinante en todo proceso de reinserción, por otro lado se dan momentos de identificación (entre pares y con los miembros del EMT), se establecen formas de acoplamiento a un nuevo grupo, se establecen diversas relaciones afectivas (amor, odio, timidez, tristeza, etc.) y también pueden presentarse algunas resistencias al trabajo grupal que deberán ser tomadas en cuenta con fines de mejorar la dinámica grupal, cada una de ellas será tomada como un obstáculo a vencer respecto de la rehabilitación y por ende de la reinserción social.

Cada actividad grupal tiene, en este sentido, dos fines: el fin específico de la actividad y un segundo fin primordial que funge como una especie de ensayo de elaboración de diversos lazos sociales que van permitiendo y preparando a los pacientes por egresar a reinsertarse socialmente, y a los ya egresados a mantener y mejorar dicho lazo social.

Las actividades psicosociales permiten que cada paciente pueda tener una percepción individualizada de los demás, y, recíprocamente, cada paciente es percibido por los

otros. De este modo, la imagen que cada miembro tenía de sí mismo, puede ser reformulada a la luz de esas nuevas miradas. El grupo dentro de las actividades psicosociales permite reformular una pregunta básica en todo tratamiento: ¿Quién soy? Pero no solo eso, sino también ¿Quién soy para los otros? ¿Quiénes son los otros para conmigo? Así, la primera fase de toda actividad psicosocial, es permitir que cada uno de sus miembros se formule esta pregunta con un “nuevo espejo”. El grupo funge como un nuevo cuerpo social que será instrumentado durante y después del tratamiento.

La rehabilitación en el área psicosocial obliga a tomar en cuenta, además del trastorno de sustancia adictiva, la valoración sobre la comorbilidad psiquiátrica, los daños a nivel cognitivo, afectaciones neuropsicológicas, así como las problemáticas de orden social. Según Fernández y Touriño (2006) la eficacia de la rehabilitación del área psicosocial no está dada en sí misma, sino que será eficaz en la medida en que los Equipos Médico Técnicos puedan detectar, evaluar, prevenir e intervenir eficazmente a partir de actividades que tomen en cuenta tanto el uso de la sustancia adictiva, como la comorbilidad que en el 85% (Ibíd.) de los casos acompaña a los pacientes.

Para Fernández y Touriño (2006) la rehabilitación del área psicosocial tiene un estatuto de promoción de la salud, en tanto su objetivo trasciende el mantenimiento de la abstinencia, sino precisamente rehabilitar psicosocialmente a los pacientes por medio de cuatro puntos básicos para la estructura metodológica de las actividades psicosociales:

- 1) Evaluación integral de la situación del paciente a nivel biopsicosocial y establecer un plan de tratamiento individual y pronóstico tomando en cuenta la evaluación diagnóstica.
- 2) Enfoque motivacional y tratamiento por etapas (enganche, persuasión, tratamiento activo y prevención de recaídas)
- 3) Idear estrategias constantes de adherencia a la rehabilitación tomando en cuenta las necesidades singulares de los pacientes y el grupo en conjunto que se desplieguen desde la valoración inicial hasta el seguimiento.
- 4) Involucrar a los familiares en esta área es fundamental en tanto que es su grupo primario respecto del campo social en el campo unifamiliar y multifamiliar, es decir, trabajar con paciente y su familia, así como la interacción entre los pacientes y las distintas familias.

b) Metodología:

HOSPITALIZACIÓN

Tiempo en tratamiento: a partir de la 2da semana del tratamiento hasta su conclusión.

Tiempo en seguimiento: 3, 6 y 12 meses según el paciente.

Perfiles profesionales: Psicología y/o Trabajo Social.

CENTROS DE DÍA:

Tiempo en tratamiento:

1 - 3 meses, con posibilidad de recontratar un tiempo más según criterio clínico.

Posterior a su tiempo en la modalidad de Centro de Día, valorar seguir el proceso de tratamiento y rehabilitación en Consulta Externa o alta parcial, para dar paso al plan de seguimiento .

Tiempo en seguimiento:

- a. Del primero al segundo mes: 1 vez cada mes.
- b. Del tercero a sexto mes: 1 vez cada dos meses.
- c. Del séptimo al doceavo mes: 1 vez cada tres meses.

| Mes | Sesiones | Temporalidad |
|-------------|-----------------|---------------------|
| 1 | 1 | Mensual |
| 2 | 1 | |
| 3 y 4 | 1 | Bimestral |
| 5 y 6 | 1 | |
| 7, 8 y 9 | 1 | Trimestral |
| 10, 11 y 12 | 1 | |

Perfiles profesionales: las actividades serán realizadas preferentemente por Prácticas Académicas, Promotores de Salud Especialistas con Perfil Afín, Servicio Social o un integrante del EMT.

Para su conocimiento acerca la participación voluntaria se aconseja revisar la Guía Técnica de los proyectos de Movilización Comunitaria, Tomo I:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/Organizacion/GTMOVCOM1XX.pdf.pdf>

y la Guía Técnica de los proyectos de Movilización Comunitaria. Tomo II:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/Organizacion/GTMOVCOM2XX.pdf>

CONSULTA EXTERNA BÁSICA:

Tiempo en tratamiento:

Depende de cada caso.

Tiempo en seguimiento:

- a. Del primero al segundo mes: 1 vez cada mes.
- b. Del tercero a sexto mes: 1 vez cada dos meses.
- c. Del séptimo al doceavo mes: 1 vez cada tres meses.

| Mes | Sesiones | Temporalidad |
|-------------|-----------------|---------------------|
| 1 | 1 | Mensual |
| 2 | 1 | |
| 3 y 4 | 1 | Bimestral |
| 5 y 6 | 1 | |
| 7, 8 y 9 | 1 | Trimestral |
| 10, 11 y 12 | 1 | |

Perfiles profesionales: las actividades serán realizadas preferentemente por Practicas Académicas, Promotores de Salud Especialistas con Perfil Afín, Servicio Social o un integrante del EMT.

c) Actividades contenidas y referencias:

I Manual de Apoyo para actividades grupales de CT:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualCTFINALsep.pdf>

1. Habilidades para la vida. (pp.: 10)
2. Proyecto de vida. (pp.: 52)
3. Cine debate (pp.: 14)
4. Sociodrama (exclusivo UH) (pp.: 19)
5. Espejo de vida (pp.: 26)
6. Nueva red (exclusivo UH) (pp.:27)
7. Prevención de recaídas (exclusivo UH) (pp.: 32)
8. Cuentoterapia (pp.: 35)
9. Musicoterapia (pp.: 39)

II Talleres para la Rehabilitación y la Reinserción social:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualTalleresRehabilitacionyReinsercionSocial.pdf>

10. Desarrollando habilidades para la vida
11. Comunicación asertiva
12. Presión social y de pares
13. Cooperación y empatía
14. Toma de decisiones y solución de problemas
15. Pensamiento crítico
16. Valores
17. Afrontamiento del estrés
18. Emociones
19. Educación para la salud

20. Cáncer de mama
21. Detección temprana de cáncer de mama y autoexploración de mama
22. Alimentación, nutrición y hábitos alimentarios saludables
23. Salud-enfermedad y estilos de vida saludables
24. Infecciones de transmisión sexual
25. Desarrollando habilidades para la vida CD
26. Educación para la salud CD
27. Comprensión del texto CD

III. Manual de Técnicas Psicomusicales con Enfoque Humanista.

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualdeTecnicasPsicomusicale.pdf>

28. Sensibilización musical (pp.:17)
29. La música y sus efectos (pp.:19)
30. Género y educación musical (pp.:21)
31. Elaboración de Instrumentos musicales caseros (pp.:23)
32. Reconocimiento y expresión a través de la música (pp.:24)
33. Cuerpo, música y color (pp.:27)
34. Música y movimiento (pp.:29)
35. Música combinada con otras artes expresivas (pp.:32)
36. Creatividad expresiva (pp.:34)
37. Música para una vida saludable (pp.:36)
38. Música y relajación (pp.:38)
39. Fantasía musical guiada (pp.:41)
40. Educación musical “rítmica” (pp.:43)

IV Manual de Rehabilitación Cognitiva. (Ver Anexo I)

Nota: Como parte de la constante colaboración entre el Área Normativa y el Área Operativa, se han logrado compartir diversos materiales que han sido construidos por los diversos equipos de CIJ, los cuales han sido una gran aportación para el manejo e integración de los instrumentos metodológicos (Manuales, Guías, Instructivos, Seminarios, etc.) que constantemente se elaboran y actualizan en el área normativa, y que tienen el fin de servir como herramientas de apoyo en los procesos de tratamiento que se manejan en la institución.

En este sentido cabe mencionar que en el **Anexo 1** se encontrará un *Manual de Rehabilitación Cognitiva*, el cual ha sido elaborado por el equipo del CIJ Tlalpan, y que amablemente han decidido compartir con el resto de las unidades, considerando por supuesto que el trabajo de cada uno de los profesionales que integran CIJ enriquece ampliamente la tarea que a todos nos ocupa como parte del tratamiento y rehabilitación en materia de adicciones.

7.2 REEDUCATIVA-FORMATIVA

a) Argumento:

Etimológicamente la palabra educar deriva del verbo latino “*educere*” que significa extraer y deriva de la unión de “e- (afuera de) y ducere (conducir).” Jean Jacques Rousseau decía que un niño logra la libertad cuando puede lograr su voluntad. Según el escritor, filósofo y músico franco-helvético, el aprendizaje se obtiene a través de la experiencia fomentada por la curiosidad, por medio del ámbito sensorial.

Sandro de Castro y Rosa Elena, en su artículo “Horizons of dialogue in Environmental Education: Contributions of Milton Santos, Jean-Jacques Rousseau and Paulo Freire”, dicen: «*Escribiendo “Emilio”, o “De la educación”, Rousseau coloca la base para una educación capaz de formar a un hombre verdadero, porque ante todo hay que formar al hombre. Formar al hombre es la primera tarea, la segunda es formar al ciudadano, porque no se puede formar a ambos al mismo tiempo*». Esta afirmación la podríamos interpretar y acercar a nuestro objetivo de reinsertar a las personas confirmando que para que se reinserten antes hay que reeducarlas.

En esta área tomamos como referencia principal a la pedagogía especial que se enfoca en la “reeducación” como principal tipo de intervención. El concepto de reeducar conlleva, en ocasiones, aprender nuevamente y en otras aprender a desaprender patrones que no han funcionado en la vida cotidiana.

Se reeduca un joven que consume sustancias psicoactivas al igual de un brazo fracturado, para que pueda recuperar su funcionalidad en el contexto social y cognitivo. Reeducar indica modificar un proceso de reiteración de algo que no ha ido a buen fin, por insuficiente, no utilizado o dañado. La reeducación se enfoca en los procesos de crecimiento, aprendizaje, reinserción social y de prevención, prestándole especial atención a:

La persona en su integridad, a la valoración de los recursos y a la recuperación de sus potencialidades y expresiones.

Fomentar la participación de los individuos, de los núcleos familiares, de los ambientes relacionales y comunitarios.

La dimensión del escucha y del valor de la libertad de las personas.

Al dar sentido y significado a la experiencia y a partir de ahí construir un saber que permita hacerle frente de forma distinta a la vida cotidiana.

A la mediación con la realidad de referencia por medio de lo aprendido.

A la dimensión informal de la vida de las personas y de los grupos sociales.

La palabra “formación” indica etimológicamente el tomar forma (por ejemplo en el proceso de desarrollo) o dar forma (en este caso, se trata de conferir a alguien características que precedentemente no tenía, es el caso de la formación profesional como puso en evidencia Max Weber en “La ética protestante y el espíritu del capitalismo”). En este caso hablamos de ambas, favorecer que las personas tomen forma y al mismo tiempo dar forma a través de una reeducación.

El ámbito pedagógico se refiere al proceso complejo de transferencia de contenidos y métodos para hacer adquirir en otras personas niveles intelectuales, culturales, emotivos y espirituales siempre mayores. El proceso formativo es diferente para cada etapa evolutiva, por lo mismo es importante tener presente las peculiaridades de las personas para darles una atención lo más adecuada posible. En este sentido el fortalecimiento y/o desarrollo se dirige a todas aquellas habilidades necesarias al aprendizaje de las personas que siguen estudiando, que quisieran incorporarse a un proyecto académico, que desertaron o han tenido problemas para concluir sus estudios exitosamente.

b) Metodología

HOSPITALIZACIÓN

Tiempo en tratamiento: A partir de la 2da semana hasta concluir su tratamiento.

Tiempo en seguimiento: 3, 6 y 12 meses.

Perfiles profesionales: Medicina, Psicología, T. Social y Enfermería.

CENTROS DE DÍA:

Tiempo en tratamiento:

1 - 3 meses, con posibilidad de recontractar un tiempo más según criterio clínico.

Posterior a su tiempo en la modalidad de Centro de Día, valorar seguir el proceso de tratamiento y rehabilitación en Consulta Externa o alta parcial, para dar paso al plan de seguimiento.

Tiempo en seguimiento:

- a. Del primero al segundo mes: 1 vez cada mes.
- b. Del tercero a sexto mes: 1 vez cada dos meses.
- c. Del séptimo al doceavo mes: 1 vez cada tres meses.

| Mes | Sesiones | Temporalidad |
|-------------|-----------------|---------------------|
| 1 | 1 | Mensual |
| 2 | 1 | |
| 3 y 4 | 1 | Bimestral |
| 5 y 6 | 1 | |
| 7, 8 y 9 | 1 | Trimestral |
| 10, 11 y 12 | 1 | |

Perfiles profesionales: las actividades serán realizadas preferentemente por Practicas Académicas, Promotores de Salud Especialistas con Perfil Afín, Servicio Social o un integrante del EMT.

CONSULTA EXTERNA BÁSICA:

Tiempo en tratamiento:

Depende de cada caso.

Tiempo en seguimiento:

- a) Del primero al segundo mes: 1 vez cada mes.
- b) Del tercero a sexto mes: 1 vez cada dos meses.
- c) Del séptimo al doceavo mes: 1 vez cada tres meses.

| Mes | Sesiones | Temporalidad |
|-------------|----------|--------------|
| 1 | 1 | Mensual |
| 2 | 1 | |
| 3 y 4 | 1 | Bimestral |
| 5 y 6 | 1 | |
| 7, 8 y 9 | 1 | Trimestral |
| 10, 11 y 12 | 1 | |

Perfiles profesionales: las actividades serán realizadas preferentemente por Practicas Académicas, Promotores de Salud Especialistas con Perfil Afín, Servicio Social o un integrante del EMT.

c) Actividades contenidas y referencias:

I Manual de Apoyo para actividades grupales de CT:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualCTFINALsep.pdf>

1. Jardinería
2. Periódico mural
3. Círculo de lectura
4. Expresión literaria
5. Lectura del diario

II Manual de Habilidades Socio escolares

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualDeHabilidadesSocioEscolares.pdf>

CONOCIMIENTO DE SÍ MISMO

Mi estima y seguridad personal

Mi proyecto de vida

Mi historia escolar

Mi visión y metas

Mi proyecto escolar

PREFERENCIAS VOCACIONALES

Identificando mis opciones vocacionales

Aprendiendo a tomar decisiones para mi futuro vocacional

Definiendo mi vocación

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LA ESCUELA

Identificar situaciones de riesgo en el entorno escolar

¿Cuáles son mis estresores en el entorno escolar?

Recursos de afrontamiento

MÉTODOS DE APRENDIZAJE

Técnicas de aprendizaje y administración del tiempo de estudio

Recomendaciones para realizar una composición escrita

7.3 LABORAL-OCUPACIONAL

a) Argumento:

Las personas que están en tratamiento por algún tipo de adicción, generalmente presentan trayectorias laborales irregulares, debido a que el proceso de dependencia

interfiere y dificulta su desarrollo personal y/o laboral. Por esto, usualmente, éstas pierden la capacidad de reconocer cuáles son sus áreas de interés en los diferentes ámbitos, principalmente en el laboral. Una vez terminado el tratamiento, desconocen cómo volver a integrarse aprovechando sus habilidades de una forma socialmente constructiva.

Los factores morales, éticos, sociales, políticos y económicos del contexto en ocasiones dificultan la tarea de estas personas para integrarse a la sociedad y al mundo laboral. En el mundo moderno las formas de buscar y encontrar trabajo se han diversificado (p. ej. Existen sitios en internet donde se pueden buscar), y los grupos de personas excluidas tienden a no manejarlas o desconocerlas y es preciso habilitarlas en la solución de estas dificultades haciéndolas protagonistas de su propia experiencia de integración o inserción socio laboral.

La inserción o reinserción socio laboral puede definirse como el proceso a través del cual una persona que apenas se acerca al mundo laboral o una persona desempleada, de manera permanente o circunstancial, accede a un puesto de trabajo desarrollando una serie de competencias cuya finalidad es el mantenimiento del mismo. Acceder al mercado de trabajo constituye una pieza clave para garantizar una adecuada integración de la persona en la sociedad actual, dado que la obtención de un puesto de trabajo y su mantenimiento permite a la persona ejercer sus derechos y obligaciones para desarrollarse plenamente como ciudadano activo. (Asecedi, 2007).

Hasta ahora, la reinserción e integración se planteaba, en las ofertas terapéuticas, como la última fase de la intervención, cuando el problema de consumo ya está vencido. Aunque, tampoco entonces, el objetivo era la vuelta al mercado laboral completando el proceso de integración o reinserción socio laboral mediante la consecución de un empleo. El empleo no era un objetivo prioritario, mantener la abstinencia era el único fin, y las actividades planificadas durante y después del tratamiento eran de carácter ocupacional. Su finalidad era contribuir a llenar la distribución de tiempos diarios con rutinas.

No había un objetivo real, a medio plazo, de volver al mundo laboral, pues no se esperaba del usuario rehabilitado la capacidad de aguantar la presión de un puesto de trabajo. Sin embargo, la inserción y reinserción social dejan de ser una etapa innecesaria para una complementaria pasando a concebirse como un proceso gradual, con avances y retrocesos, que se inicia y avanza simultáneamente con las intervenciones rehabilitadoras. En una sociedad como la actual se convierte en insostenible un concepto de integración que no contemple la adquisición, por parte de la persona, de la capacidad de consumir bienes y servicios. El empleo es un elemento integrador y la incorporación al mercado laboral es una de las vías para salir de procesos de exclusión, si bien no la única, y en las personas en tratamiento por

adiciones se convierte en un elemento más dentro del proceso terapéutico (Asecedi, 2007).

La rehabilitación Laboral-Ocupacional está dirigida a la recuperación y a la reinserción de la persona en el ambiente laboral a través de aprendizajes y formación dando también atención a favorecer la socialización. El objetivo de esta área es favorecer la orientación, adaptación, formación, colocación y mantenimiento de la persona en el trabajo para obtener su reinserción laboral. Conseguir la reinserción laboral implica al mismo tiempo el logro de la independencia económica de la persona favoreciendo la autonomía de la misma. Lo anterior dicho se favorecerá a través de actividades de aprendizajes como por ejemplo el manejo de dinero, oficios, trabajos manuales, prácticas profesionales, servicio sociales.

Nota: T. Social deberá enseñarle a los pacientes diversos sitios en línea donde pueden conseguir trabajo.

b) Metodología

HOSPITALIZACIÓN

Tiempo en tratamiento: A partir de la 2da semana y hasta concluir su tratamiento.

Tiempo en seguimiento: 3, 6, 12 y 24 meses.

Perfiles profesionales: T. Social

CENTROS DE DÍA:

Tiempo en tratamiento:

1 - 3 meses, con posibilidad de recontractar un tiempo más según criterio clínico.

Posterior a su tiempo en la modalidad de Centro de Día, valorar seguir el proceso de tratamiento y rehabilitación en Consulta Externa o alta parcial , para dar paso al plan de seguimiento .

Tiempo en seguimiento:

- a) Del primero al segundo mes: 1 vez cada mes.
- b) Del tercero a sexto mes: 1 vez cada dos meses.
- c) Del séptimo al doceavo mes: 1 vez cada tres meses.

| Mes | Sesiones | Temporalidad |
|-------------|-----------------|---------------------|
| 1 | 1 | Mensual |
| 2 | 1 | |
| 3 y 4 | 1 | Bimestral |
| 5 y 6 | 1 | |
| 7, 8 y 9 | 1 | Trimestral |
| 10, 11 y 12 | 1 | |

Perfiles profesionales: las actividades serán realizadas preferentemente por Promotores de Salud Comunitario, Practicas Académicas, Promotores de Salud Especialistas con Perfil Afín, Servicio Social o por un integrante del EMT.

CONSULTA EXTERNA BÁSICA:

Tiempo en tratamiento:

Depende de cada caso.

Tiempo en seguimiento:

- a) Del primero al segundo mes: 1 vez cada mes.
- b) Del tercero a sexto mes: 1 vez cada dos meses.
- c) Del séptimo al doceavo mes: 1 vez cada tres meses.

| Mes | Sesiones | Temporalidad |
|-------------|-----------------|---------------------|
| 1 | 1 | Mensual |
| 2 | 1 | |
| 3 y 4 | 1 | Bimestral |
| 5 y 6 | 1 | |
| 7, 8 y 9 | 1 | Trimestral |
| 10, 11 y 12 | 1 | |

Perfiles profesionales: las actividades serán realizadas preferentemente por Promotores de Salud Comunitario, Practicas Académicas, Promotores de Salud Especialistas con Perfil Afín, Servicio Social o por un integrante del EMT.

c) Actividades contenidas y referencias.

I Manual de Apoyo para actividades grupales de CT:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualCTFINALsep.pdf>

Laborterapia (manualidades)

II Talleres para la Rehabilitación y la Reinserción social:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Word/MaterialDidacticoTratamiento/ManualTalleresRehabilitacionNov2012.doc>

TALLER. ADMINISTRACIÓN DE LA ECONOMÍA FAMILIAR.

Dinero y necesidades familiares

Introducción a la administración de la economía familiar

Administración de la economía familiar

III Manual Socio-Laborales Centros de Día

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualSocio-laboral.pdf>

AUTOEVALUACIÓN

Mi historia laboral

Mi proyecto laboral

Mi proyecto de la vida

Los papeles que asumimos
Redes de participación social
Reconociendo mis necesidades
Eficacia en la búsqueda de empleo
Adaptación a las exigencias del trabajo

BÚSQUEDA DE EMPLEO

Mi currículum
Iniciar la búsqueda
Planificar el itinerario
La entrevista de trabajo

LEGISLACIÓN LABORAL

El contrato de trabajo

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Identificar situaciones de riesgo
¿Cuáles son mis estresores?
Estrategias de afrontamiento

EVALUACIÓN FINAL

¿Cuánto aprendimos?

7.4 LÚDICA-CULTURAL

a) Argumento

El juego, es un fenómeno que ha sido estudiado por diversas disciplinas, desde la ludología, hasta la filosofía, la sociología, la biología, la antropología, la etología, el psicoanálisis y la psicología. En términos simples, se puede definir al juego como “una actividad voluntaria con múltiples motivaciones” desarrollada por animales, niños y adultos con un objetivo recreativo, aunque, como veremos, en humanos cobra una

diferencia absoluta en tanto conlleva la dimensión de lo imaginario y lo simbólico inexistentes en el mundo animal.

Aristóteles sostenía que el juego se acompañaba de la felicidad y de la virtud, diferenciándolo de las actividades realizadas por necesidad. Kant, por su parte, definía al juego como una actividad que produce placer, clasificándolas en juego de suerte, de arte musical y de pensamiento. Schiller reconoció en este fenómeno la manifestación del juego estético y afirmó que el juego tiene la función de permitir alcanzar la libertad y la expresión de la fantasía.

Dentro del discurso psicológico, Jean Piaget argumentaba que el juego era la base que permitía el desarrollo de la esfera cognitiva así como la formación de la personalidad. El juego, por medio de la actuación y la experimentación va permitiendo estructurar y organizar las formas complejas del pensamiento. Por otra parte, la experimentación de la actividad motriz autónoma, al decir de Piaget, es fundamental en la primera infancia, en tanto es el momento privilegiado para la estructuración de los aprendizajes y lo que permite relacionarse con el entorno social. En este sentido, el rehabilitar esta área con los pacientes es de suma importancia en tanto impacta en el área cognitiva y en el modo de establecimiento de lazos sociales con los otros.

Según Piaget, cada aprendizaje humano se realiza a través del mecanismo de “adaptación”, caracterizado por la “asimilación” y el “acomodamiento”, ambos mecanismos los encontramos dentro de las actividades lúdicas. Existe asimilación cuando un sujeto incorpora un evento o un objeto en actividad que ya es parte de su repertorio comportamental o cognitivo. Eso predomina en la primera fase del desarrollo. Mientras, en la segunda fase del, predomina el proceso del acomodamiento, en la que el niño hace una observación activa sobre el ambiente intentando también de dominarlo, es decir que modifica la estructura cognitiva y del esquema comportamental para introducir nuevos objetos o eventos que hasta aquel momento eran desconocidos.

Una buena adaptación al ambiente se obtiene cuando la asimilación y acomodación están bien integradas. Por tal motivo, la reestructuración y rehabilitación del área lúdica, por medio de la asimilación y acomodamiento, les permite a los pacientes a su vez contar con más herramientas para su reinserción social.

Además del área cognitiva, el juego, es decir, el área lúdica-cultural conlleva un impacto directo en la estructuración subjetiva, es decir, en modificaciones a nivel de la personalidad. El análisis que formula Sigmund Freud con respecto al juego permite aprenderlo en su estatuto de puerta de entrada a la cultura. La importancia del área de rehabilitación lúdica-cultural radica en el sentido que tiene el juego en la formación de la personalidad, tanto de lo afectivo como de lo cognitivo. Para comprender la importancia de esto, es preciso dar cuenta del lugar que tiene el juego a nivel

biopsicosocial. El juego, es la puerta de entrada para el lazo social con los otros, de ahí radica su importancia fundamental para instrumentarla como rehabilitante y facilitadora de la reinserción social. La entrada al mundo cultural de los infantes está posibilitada precisamente por el juego. El juego permite la entrada de los sujetos a la cultura, así como al pensamiento abstracto.

Los juegos de los niños son expresiones de su vida diaria. Los niños, en algunos de sus juegos, reproducen activamente lo que viven pasivamente. Lo que se vive de modo pasivo, por medio de lo lúdico, puede controlarse, se puede ser dueño de la situación a ese nivel, incluso, el juego propicia el carácter, la introducción de reglas y la relación subjetiva con respecto a ellas, la tolerancia, el dar lugar a la falta (en tanto no siempre se gana), la socialización y diversos procesos de importancia vital para la formación de la personalidad y los vínculos sociales.

Existe un juego primordial que da cuenta de la entrada al pensamiento abstracto y al mundo simbólico de los seres humanos, esto es, la entrada a la presencia y a la ausencia que fue analizado por Freud al observar jugar a su nieto, un juego que enseña que la presencia se instala gracias a la base de la ausencia, con un juego de repetición que se repite a su vez en cada infante de forma diferente. Su abuelo, observó que cuando la madre se iba de la presencia del niño, este tomaba un carrete atado a un hilo y lo tiraba detrás de una cuna, donde no se podía ver, gritando un “ooooo” y después lo jalaba hacia su persona, haciéndolo aparecer a la vista con un “daaaaa”. En esto Freud no podía dejar de escuchar el significante “Fort” (“lejos” en alemán) “da” (“acá” en alemán), así, al parecer, por medio del juego y la articulación con el lenguaje del objeto perdido, el niño intentaba las presencias y ausencias, lo lejano y lo cercano, es decir, el juego es lo que posibilita la entrada de los sujetos al mundo de los símbolos. Así, el juego instrumentado de forma rehabilitadora permite una rehabilitación a nivel cognitivo de aspectos abstractos del pensamiento.

b) Metodología

HOSPITALIZACIÓN:

Tiempo en tratamiento: A partir de la segunda semana hasta concluir su tratamiento.

Tiempo en seguimiento: 3 y 6 meses.

Perfiles profesionales: Enfermería, psicología y T. Social.

CENTRO DE DÍA:

Tiempo en tratamiento:

1 - 3 meses, con posibilidad de recontractar un tiempo más según criterio clínico.

Posterior a su tiempo en la modalidad de Centro de Día, valorar seguir el proceso de tratamiento y rehabilitación en Consulta Externa o alta parcial , para dar paso al plan de seguimiento .

Tiempo en seguimiento:

- a) Del primero al segundo mes: 1 vez cada mes.
- b) Del tercero a sexto mes: 1 vez cada dos meses.
- c) Del séptimo al doceavo mes: 1 vez cada tres meses.

| Mes | Sesiones | Temporalidad |
|-------------|-----------------|---------------------|
| 1 | 1 | Mensual |
| 2 | 1 | |
| 3 y 4 | 1 | Bimestral |
| 5 y 6 | 1 | |
| 7, 8 y 9 | 1 | Trimestral |
| 10, 11 y 12 | 1 | |

Perfiles profesionales: las actividades serán realizadas preferentemente por Promotores de Salud Comunitario, Practicas Académicas, Promotores de Salud Especialistas con Perfil Afín, Servicio Social o por un integrante del EMT.

CONSULTA EXTERNA BÁSICA:

Tiempo en tratamiento:

Depende de cada caso.

Tiempo en seguimiento:

- a) Del primero al segundo mes: 1 vez cada mes.
- b) Del tercero a sexto mes: 1 vez cada dos meses.
- c) Del séptimo al doceavo mes: 1 vez cada tres meses.

| Mes | Sesiones | Temporalidad |
|-------------|-----------------|---------------------|
| 1 | 1 | Mensual |
| 2 | 1 | |
| 3 y 4 | 1 | Bimestral |
| 5 y 6 | 1 | |
| 7, 8 y 9 | 1 | Trimestral |
| 10, 11 y 12 | 1 | |

Perfiles profesionales: las actividades serán realizadas preferentemente por Promotores de Salud Comunitario, Practicas Académicas, Promotores de Salud Especialistas con Perfil Afín, Servicio Social o por un integrante del EMT.

c) Actividades contenidas y referencias:

I Manual de Apoyo para actividades grupales de CT:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualCTFINALsep.pdf>

Papiroflexia

Destreza mental (juegos de destreza)

ELEMENTOS TEATRALES

PERCUSIONES

GUITARRA

II Talleres para la Rehabilitación y la Reinserción social:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualTalleresRehabilitacionyReinsercionSocial.pdf>

I TALLER. ELEMENTOS TEATRALES.

Escucha tu cuerpo

Escucha tu voz

Exprésate

Conoce tu cuerpo

Controla tu cuerpo

II TALLER. PERCUSIONES.

Induciendo estados de relajación

Expresándome

Mi creatividad

Percepción y coordinación

Soy importante

Mi red de apoyo

III. Manual de Técnicas Psicomusicales con Enfoque Humanista.

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualdeTecnicasPsicomusicales.pdf>

Sensibilización musical (pp.:17)

La música y sus efectos (pp.:19)

Género y educación musical (pp.:21)

Elaboración de Instrumentos musicales caseros (pp.:23)

Reconocimiento y expresión a través de la música (pp.:24)

Cuerpo, música y color (pp.:27)

Música y movimiento (pp.:29)

Música combinada con otras artes expresivas (pp.:32)

Creatividad expresiva (pp.:34)

Música para una vida saludable (pp.:36)

Música y relajación (pp.:38)

Fantasía musical guiada (pp.:41)

Educación musical “rítmica” (pp.:43)

IV. Manual Socio-Laborales Centros de Día

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualSocio-laboral.pdf>

1 TALLER GUITARRA.

Estructura de la guitarra

La posición y afinación

Lectura de notas y acordes

El Diapasón

La tablatura, estructura y pisadas

La tablatura y duración del sonido

La Mano Derecha

Técnica de la púa

Ejercicio cromático

Primera posición

La escala de Do Mayor

La primera melodía

Primer acorde

Acordes básicos

Círculo armónico de Do

Arpeggios

Cierre de procesos

7.5 FISICA-DEPORTIVA

a) Argumento:

La actividad física se puede relacionar con la esfera psicosocial de la salud, así como lo menciona De Vargas en su tesis doctoral en 1995, la práctica regular de actividades físicas permite a la persona mejorar la memoria, independencia, confianza, percepción, estabilidad emocional, el rendimiento académico, personalidad, imagen positiva del propio cuerpo, bienestar, satisfacción sexual y eficiencia en el trabajo. Al mismo tiempo permite que disminuya la confusión, cólera, depresión, cefalea, absentismo laboral, fobias, conducta psicótica, tensión emocional y errores laborales. Basándose en esa descripción, Pérez Samaniego (1999) establece una categoría de beneficios que se obtienen a través de la actividad física:

Beneficios psicológicos: prevención y tratamiento de alteraciones psicológicas, estado psicológico de bienestar, sensación de competencia, relajación, distracción, evasión y forma de expresión de las emociones y medio para aumentar el autocontrol.

Se ha comprobado que ayuda para reducir la ansiedad y el estrés (Weinberg y Gould, 1996). Dichos efectos no tienen una explicación del porque se producen (Weyerer y Kupfer 1994), pero se indican estos mecanismos como los más probables:

Mecanismos biológicos:

La práctica regular de un programa de ejercicio genera nuevas redes neuronales y mejora las funciones cognitivas al incrementar la plasticidad sináptica, el metabolismo y la circulación sanguínea cerebral.

Aumentando el flujo de sangre y oxígeno al cerebro.

Ayuda a mantener la condición física, y puede contribuir positivamente al mantenimiento de un peso saludable, al desarrollo y mantenimiento de la densidad ósea, fuerza muscular y movilidad articular; promueve numerosos procesos biológicos (ej. metabolismo, sistema inmune).

Reduce los niveles de cortisol, causantes de numerosos problemas de salud tanto físicos como mentales.

Mejora y fortalece el sistema osteo-muscular (huesos, cartílagos, ligamentos, tendones) contribuyendo al aumento de la calidad de vida.

Prolonga el tiempo socialmente útil de la persona; al mejorar su capacidad física, cardio-vascular, ósea y muscular eleva sus niveles productivos.

Regula todos los índices relacionados con hipertensión, glucemia y grasas en la sangre.

Mejora la calidad del sueño.

Mecanismos psicológicos:

Obtener una mejor condición física permite más control, autosuficiencia y sensación de competencia.

El ejercicio permite la meditación, desencadenando un estado de consciencia más relajado.

Forma un biofeedback (bioretroalimentación) que permite a las personas regular su activación.

El ejercicio favorece la diversión, distracción y la evasión de las conductas y emociones desagradables.

Se pueden obtener estados psicológicos mejorados por el refuerzo social.

El ejercicio compite con estados negativos como lo son la depresión, la ansiedad y los sistemas somáticos.

Consecuencias sociales: en los años '70 se extendió la idea de que el deporte conlleva a mejoras sociales (Sánchez Bañuelos, 1996) en el ámbito del rendimiento académico (cuando el ejercicio físico es de carácter no intensivo competitivo que permite mejorar el nivel de aspiraciones académicas), construcción del carácter y en la movilidad social (se produce de forma ascendente cuando la persona puede conectar su rendimiento deportivo con las relaciones sociales beneficiosas).

Por medio de las actividades física-deportivas queremos entonces transmitir a las personas, normas y valores, disminuir la tensión física y mental y contribuir en fortalecer habilidades psicosociales como el aprender a trabajar en equipo, tomar decisiones bajo presión, aprender a manejar la frustración, así como obtener el cumplimiento de objetivos comunes. Por todo lo anterior, queremos, a través de las actividades físicas y deportivas, favorecer un estilo de vida saludable y libre del consumo de drogas.

Nota: Para realizar todas las actividades, tanto de tratamiento como de rehabilitación, es necesario aplicar la Revisión Médica/Farmacoterapia; por lo tanto aconsejamos revisar las Guías Técnicas de los diferentes departamentos antes de aplicar cualquier servicio.

b) Metodología

HOSPITALIZACIÓN

Tiempo en tratamiento: A partir de la 2da semana hasta concluir su tratamiento.

Tiempo en seguimiento: 3 meses 1 vez por semana.

Perfiles profesionales: Enfermería, Psicología, Medicina y T. Social.

CENTROS DE DÍA:

Tiempo en tratamiento:

1 - 6 meses

Tiempo en seguimiento:

- a) Del primero al segundo mes: 1 vez cada mes.
- b) Del tercero a sexto mes: 1 vez cada dos meses.
- c) Del séptimo al doceavo mes: 1 vez cada tres meses.

| Mes | Sesiones | Temporalidad |
|-------------|-----------------|---------------------|
| 1 | 1 | Mensual |
| 2 | 1 | |
| 3 y 4 | 1 | Bimestral |
| 5 y 6 | 1 | |
| 7, 8 y 9 | 1 | Trimestral |
| 10, 11 y 12 | 1 | |

Perfiles profesionales: las actividades serán realizadas preferentemente por Promotores de Salud Comunitario, Practicas Académicas, Promotores de Salud Especialistas con Perfil Afín, Servicio Social o por un integrante del EMT.

CONSULTA EXTERNA BÁSICA:

Tiempo en tratamiento:

Depende de cada caso.

Tiempo en seguimiento:

- a) Del primero al segundo mes: 1 vez cada mes.
- b) Del tercero a sexto mes: 1 vez cada dos meses.
- c) Del séptimo al doceavo mes: 1 vez cada tres meses.

| Mes | Sesiones | Temporalidad |
|-------------|-----------------|---------------------|
| 1 | 1 | Mensual |
| 2 | 1 | |
| 3 y 4 | 1 | Bimestral |
| 5 y 6 | 1 | |
| 7, 8 y 9 | 1 | Trimestral |
| 10, 11 y 12 | 1 | |

Perfiles profesionales: las actividades serán realizadas preferentemente por Promotores de Salud Comunitario, Practicas Académicas, Promotores de Salud Especialistas con Perfil Afín, Servicio Social o por un integrante del EMT.

c) Actividades contenidas y referencias:

I Manual de Apoyo para actividades grupales de CT:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualCTFINALsep.pdf>

Taller de respiración y relajación

Taller de yoga

Actividades deportivas

II Talleres para la Rehabilitación y la Reinserción social:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualTalleresRehabilitacionyReinsercionSocial.pdf>

Taller de Yoga

Taller de Thai-Chi

LA REINSERCIÓN SOCIAL

a) Objetivo:

Planificar actividades encaminadas a reforzar el proceso de reconstitución del vínculo social de los pacientes que se encuentran en una situación de exclusión debido a su consumo de sustancias.

De acuerdo al artículo “Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción “ realizado por Sergio Arranz López, (Revista hispana para el análisis de redes sociales Vol.18,#7, Junio 2010) se propone incorporar la importancia de la dimensión relacional en los procesos de inserción social de personas con consumo de sustancias, rescatando los conceptos de red social personal, vulnerabilidad relacional, vínculos débiles y motivación para el cambio. A partir de estos conceptos se exponen una serie de estrategias para la diversificación de la red personal de los pacientes en proceso de reinserción, que se encuentran en una situación de vulnerabilidad relacional. Las estrategias que se presentan se desarrollan en el programa de Prevención e Inserción social de la asociación ASPAD, en Madrid. Se analizan desde intervenciones educativas individualizadas de claro carácter motivacional y positivo, enfatizando la importancia de una observación continuada del entorno social, de cara a la identificación de espacios comunitarios y de ocio con potencial para el desarrollo y la recuperación de vínculos saludables.

Beneficio psicológico:

Reconstrucción y resignificación del sistema de relaciones significativas de la persona otorgándole un lugar de mayor estima y desarrollo de sentimientos de pertenencia e identidad.

Beneficio social:

incrementar la capacidad de unirse creativa y productivamente al colectivo social, además de mejorar la relación con los otros disminuyendo factores de conflicto social.

Beneficio biológico:

Mejorar la salud mental y organización cerebral que permite un mejor funcionamiento cognitivo.

b) Metodología

A través de los programas de tratamiento en modalidad ambulatoria, intensiva o residencial, elaborar un plan de Intervención basado también en el análisis de las causas y consecuencias de la ausencia de una adecuada red social personal en los/las pacientes que inician su proceso de Rehabilitación y Reinserción Social, con el propósito de tomar en cuenta lo referente al proceso de reinserción social.

Para tal propósito se sugiere tomar en cuenta el planteamiento descrito en el programa de Prevención e Inserción social de la asociación ASPAD y considerar los siguientes factores:

- Apoyar al/la paciente iniciando la construcción de relaciones fuera de la Institución
- Desarrollo de contactos que puedan servir como puente entre las redes heterogéneas, que le faciliten al/la paciente un mejor aprovechamiento de sus redes de familiares y amigos.

Es importante tomar en cuenta, algunas de las causas del déficit de la red personal:

- “El miedo al rechazo”: Minimizando el Estrés ante nuevas situaciones sociales a través de un acompañamiento activo, y reforzando el trabajo terapéutico en relación a la autoestima y el auto concepto (abordaje del estigma).
- “Desconocimiento o mal uso de los espacios facilitadores de relación”: Dando a conocer y orientando para la optimización de los espacios facilitadores de nuevas relaciones (vinculados normalmente al ocio).
- “Escasa Motivación”: Desarrollando una intervención específica desde la perspectiva de la Entrevista Motivacional. (Figura 1)

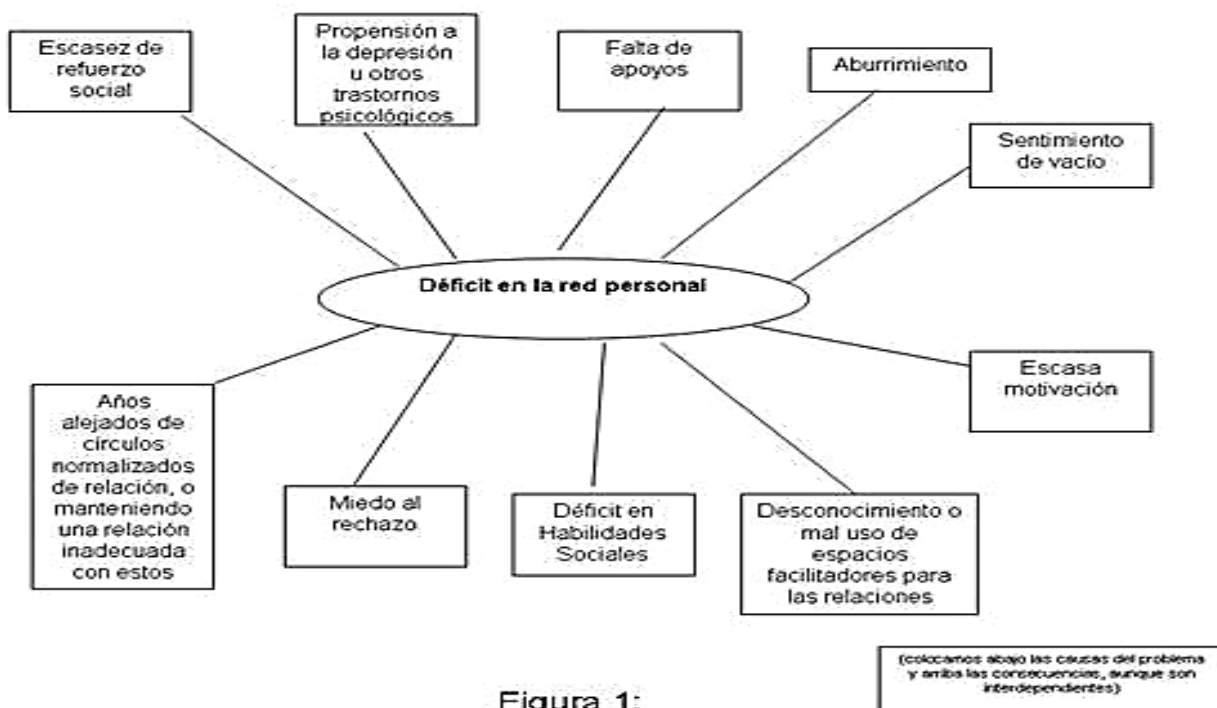


Figura 1:
Árbol de problemas déficit en la red personal

En este momento se puede utilizar el mapa de red y el cuestionario sobre intereses y expectativas para la diversificación de la red e iniciar con la recuperación de vínculos en torno a la red personal.

1.- Mapa de Red. (Villalba1993. Adaptado de Tracy y Whitaker, 1990).

El mapa de red es un apoyo gráfico que nos permite ubicar la red social personal de un individuo concreto. Se compone de tres círculos concéntricos, que se dividen a su vez en cuatro cuadrantes (ver figura 2). En el centro del círculo más pequeño se localiza la persona, en el primer círculo aparecerían las personas más cercanas e importantes, en el segundo círculo las importantes en un segundo grado, y en el tercer círculo los vínculos débiles.

Los cuadrantes se refieren a las cuatro dimensiones que conforman la red personal, dividiéndola en familia, amigos, compañeros (estudio, trabajo) y otras personas importantes. En el mapa se registran los nombres de las personas significativas para la persona, que constituyen la red personal, (ver figura 2). Puede crecer bastante el número de nombres, que aparezcan a lo largo de la vida y experiencias que hayan o estén viviendo las personas. Llegan a aparecer numerosos nombres, en los diferentes niveles, que evolucionan a lo largo del tiempo y según las circunstancias vitales de las personas. Este mapeo nos permite ubicar a personas de importancia para la persona que no tienen contacto con el consumo de drogas. Estas personas se encuentran en el

perímetro del mapa, ya que el contacto con estos vínculos es mínimo, y la estrategia se centraría en el generar ideas y planear la manera de acercarse a estas personas, para que de esta manera se genere una conexión con nuevas redes (Figura 2).

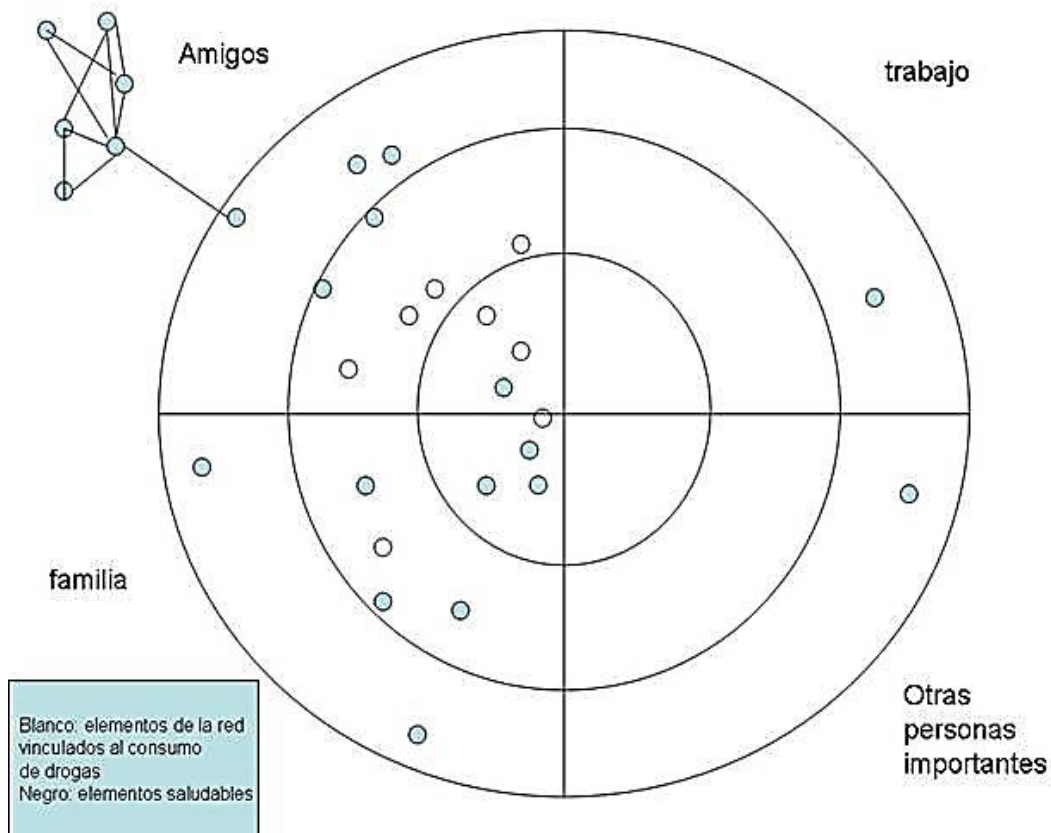


Figura 2. Mapa de red

Para motivar a los pacientes de cara al trabajo sobre su red social, debemos dar varios pasos aplicar las estrategias anteriormente descritas:

1. Diagnóstico sobre red social personal. A través del uso del mapa de red y el cuestionario sobre intereses y expectativas se establecen las necesidades en torno a la diversificación de la red y la posible recuperación de vínculos de la periferia de la red personal.
2. Información: Es imprescindible informar al/la paciente, tanto sobre las ventajas que tiene la constitución de un nuevo grupo de relación para consolidar un cambio vital y el mantenimiento de la abstinencia, como sobre las posibilidades para generar redes sociales en nuestro entorno. Se trata de descubrir al/la paciente las posibilidades y lo ventajoso de generar una red social.

3. Fase de cambio: Identificar en qué fase del cambio se haya el usuario, y definir la intervención en función a esta

| Obstáculos | Servicios o actividades de apoyo que se sugieren | Beneficios |
|---|--|---|
| Falta y/o Empobrecimiento de redes sociales | Actividades psicosociales como el taller de habilidades sociales | Adquisición de habilidades sociales (autoconfianza, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, manejo de conflicto, manejo de emociones, etc.) para el restablecimiento de vínculos sociales. |
| Exclusión y aislamiento | <p>Actividades psicosociales como el taller de habilidades sociales.</p> <p>Actividades Lúdico/culturales a través de diferentes actividades artístico-culturales que fomente el trabajo de equipo (paseos culturales, danza, teatro, etc.)</p> <p>Actividad Físico-deportiva al fomentar el trabajo de equipo: fútbol, basquetbol, volibol, etc.)</p> | <p>Adquisición de habilidades sociales (autoconfianza, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, manejo de conflicto, manejo de emociones, etc.)</p> <p>Integración en equipos de trabajo</p> <p>Integración en equipos de trabajo</p> |
| Expectativas negativas sobre la reintegración | <p>Actividad laboral/ocupacional a través de diferentes talleres ocupacionales.</p> <p>Actividad reeducativa-formativa</p> | <p>Impulsa la autonomía e independencia económica</p> <p>Busca el restablecimiento del desempeño en lo escolar, laboral y comunitario.</p> <p>Alfabetización u otra actividad académica</p> |
| Estrés, ansiedad y depresión asociadas a la abstinencia | Terapia Física con actividades deportivas diversas que implican el movimiento del cuerpo. | <p>La Terapia Física, es un factor importante en la reducción de los principales síntomas del estrés (depresión, ansiedad, trastorno del sueño, concentración, fatiga)</p> <p>Favorece la prevención de recaídas.</p> <p>Para Petruzzello (1991) basta una sesión de ejercicios aeróbicos para reducir la ansiedad.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | | (Folkins y Siem, 1981; Mihevic, 1982; Miller, 1998). Se consigue un efecto tranquilizante a través de ejercicios rítmicos y respetando un mínimo de tiempo (Haskell, 1994; Sutherland, 1987). Quince a veinte minutos de ejercicio estimulan la secreción de catecolaminas en el cerebro y producen liberación de endorfinas en la sangre, las mismas que tienen, por otro lado, un efecto neutralizador del dolor y elevador del ánimo (Davis, 2004). Citados por Mg. Pérez Salinas, _Raquel (s/f) instituto de Salud Lima Perú. |
| Estigmatización | Actividad psicosocial como el taller de habilidades sociales, grupo psicoeducativo y de reflexión Actividad Reeducativa-formativa y la Actividad laboral-ocupacional | Adquisición de habilidades sociales (autoconfianza, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, manejo de conflicto, manejo de emociones, etc.) Deconstrucción del estigma social evitando un trato de exclusión, distinción y omisión por su parte es un trato de persona que es escuchada y tomada en cuenta. Orientadas al restablecimiento del desempeño en lo escolar, laboral y comunitario. |
| Presión de usuarios | Actividad Psicosocial como el taller de habilidades sociales | Adquisición de habilidades sociales (autoconfianza, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, manejo de conflicto, manejo de emociones, etc.) |
| Conflictos de pareja y sexuales | Actividad psicosocial: Grupos psicoeducativos y de reflexión | Visibilizar la violencia familiar Deconstrucción de las relaciones entre los géneros (relaciones abusivas de poder) Establecimiento del diálogo y negociación frente al conflicto. |
| Dependencia económica | Actividad laboral/ocupacional a través de diferentes talleres ocupacionales. | Entrenamiento en algún taller ocupacional para la adquisición de habilidades para ofertar sus servicios o bien autoemplearse. |
| Falta de alternativas para el tiempo libre | Actividad Psicosocial Actividad Reeducativo-formativa Actividad laboral-ocupacional | Contar con un abanico de opciones para ocuparse en actividades placenteras y con beneficios en su salud y su desempeño en todas las esferas sociales. |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>Actividad físico-deportiva Actividad lúdico-cultural (arteterapia)</p> | |
| <p>Pérdida de habilidades sociales y cognitivas</p> | <p>Antes de trabajar las habilidades sociales es pertinente desarrollar el proceso del funcionamiento neurofisiológico involucradas en el aprendizaje con entrenamiento de las habilidades cognitivas.</p> <p>También es necesario considerar problemas emocionales, psicosociales y comportamentales con la adquisición de habilidades sociales y de desempeño.</p> <p>Pudiendo elegir entre diversos talleres de las siguientes áreas: Actividad Psicosocial Actividad Reeducativo-formativa Actividad laboral-ocupacional Actividad físico-deportiva Actividad lúdico-cultural Consultar Manual de apoyo de actividades de Centro de Día</p> | <p>Restablecimiento de las habilidades cognitivas: atención, concentración, memoria, planificación, recuerdo, organización, razonamiento y comprensión, resolución de problemas, toma de decisiones y habilidades de alto nivel que favorezcan un adecuado funcionamiento en actividades de la vida diaria.</p> |
| <p>Escaso involucramiento de la familia</p> | <p>Actividad psicosocial (grupos psicoeducativos y de reflexión y habilidades sociales)</p> | <p>Adquisición de habilidades sociales (autoconfianza, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, manejo de conflicto, manejo de emociones, etc.)</p> |

CUESTIONARIO SOBRE OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

Objetivo: Identificar lo que la persona hace en su tiempo libre.

Instrucciones:

1. El cuestionario es anónimo.

2. En la tabla siguiente hay una expresión en cada línea; conteste usted con una X si lo hace actualmente.

3. Si solía hacerlo o si le gustaría hacerlo. (Marque usted por lo menos una de las tres).

Gracias por contestar este cuestionario.

| Expresión | Lo haces actualmente (Si=X No=vacio) | Solias hacerlo (Si=X No=vacio) | Te gustaría hacerlo (Si=X No=vacio) |
|--|---|-----------------------------------|--|
| 1. Escuchar música | | | |
| 2. Tocar algún instrumento | | | |
| 3. Ir al cine | | | |
| 4. Arreglar o reparar objetos | | | |
| 5. Bailar | | | |
| 6. Pintar | | | |
| 7. Arreglarme físicamente | | | |
| 8. Dibujar | | | |
| 9. Realizar trabajos manuales | | | |
| 10. Practicar deportes | | | |
| 11. Ir al campo | | | |
| 12. Ir al teatro | | | |
| 13. Cantar | | | |
| 14. Pasear | | | |
| 15. Tomar el sol | | | |
| 16. Ir a la piscina o a la playa | | | |
| 17. Conocer otros lugares | | | |
| 18. Leer (libros, comics, revistas, periódicos, etc.) | | | |
| 19. Estudiar | | | |
| 20. Escribir (cartas, diarios, poemas, cuentos, etc.) | | | |
| 21. Pasatiempos | | | |
| 22. Escuchar la radio | | | |
| 23. Observar a la gente (parque, terraza, ventana, etc.) | | | |
| 24. Planificar actividades | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 25. Montar en vehículos (bicicleta, moto, coche, etc.) | | | |
| 26. Estar con mi pareja | | | |
| 27. Estar con mis hijos | | | |
| 28. Ordenar mis cosas | | | |
| 29. Dedicar más horas al trabajo habitual | | | |
| 30. Establecer /buscar relaciones personales | | | |
| 31. Viajar | | | |
| 32. Hacer excursiones | | | |
| 33. Realizar algún curso sobre temas de interés | | | |
| 34. Móviles: Hablar o mandar o recibir mensajes, etc. | | | |
| 35. Asistir a conciertos musicales | | | |
| 36. Juegos de mesa (cartas, parchís, dominó...) | | | |
| 37. Cocinar | | | |
| 38. Labores domésticas | | | |
| 39. Ir de compras | | | |
| 40. Coleccionar algo | | | |
| 41. Salir a mirar tiendas, escaparates | | | |
| 42. Actividades de jardinería | | | |
| 43. Jugar al billar, dardos, fútbol | | | |
| 44. Jugar con videojuegos, ordenador | | | |
| 45. Estar con amigos | | | |
| 46. Comer | | | |
| 47. Conocer gente nueva | | | |
| 48. Ir a discotecas, pubs, bares | | | |
| 49. Cuidar animales | | | |
| 50. Ver televisión, videos, etc. | | | |
| 51. Ligar | | | |
| 52. Redecorar, arreglar la casa, el cuarto, etc. | | | |
| 53. Jugar o pasear con mi mascota | | | |
| 54. Dormir | | | |
| 55. Asistir a acontecimiento deportivos | | | |
| 56. Ir a museos, conferencias y exposiciones | | | |
| 57. Visitas familiares | | | |
| 58. Cuidar a personas | | | |
| 59. Lugares de ocio (parque de atracciones, zoo, planetario) | | | |
| 60. Visitar rastros, mercadillos | | | |
| 61. Ir a fiestas populares (verbenas, romerías, fiestas, etc.) | | | |
| 62. Hacer reuniones, fiestas en casa | | | |
| 63. Ir a restaurantes | | | |
| 64. Conversar | | | |
| 65. Realizar actividades religiosas | | | |
| 66. Participar en asociaciones (partidos políticos, peñas deportivas, asociaciones vecinales, etc.) | | | |
| 67. Actividades relacionadas con la costura | | | |
| Internet: | | | |
| 68. Foros de discusión | | | |
| 69. Chat (Windows live, etc.) | | | |
| 70. Video juegos | | | |
| 71. Redes sociales (Facebook, myspace, tuenti, etc.) | | | |
| 72. Blogs | | | |
| 73. Bajar música (Emule, Lime, etc.) | | | |
| 74. Bajar películas | | | |
| 75. Wikis | | | |

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, A.R. (1995). Educación para la Salud. México: Manual Moderno.
2. Asociación Sociocultural para el Fomento del Arte y la Creatividad entre Personas con Diversidad Funcional. Capacit@rte (2009) Taller permanente de Artes Escénicas, Expresión Corporal y Danza Orgánica, Flamenca y Contemporánea, Andalucía. Disponible en:
<http://www.capacitarte.com/talleres/artesescenicas/artesescenicas.html>
3. Bloise, Frank. Manual de Yoga, libro electrónico. Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/469440/Manual-de-Yoga>
4. Caris, N. L. y Gutiérrez, V. R. (2000). “Evaluación de Programas de Prevención del Consumo de Drogas, Principios basados en la Evidencia Científica”, Cuaderno Técnico N°1. Unidad Tabaco, Alcohol y Drogas, Ministerio de Salud. Santiago de Chile.
5. Centro de Apoyo al Profesorado San Martín del Valdeiglesias (s/f). Control del Estrés y Relajación:
6. Estrategias y recursos para favorecer climas agradables. Disponible en:
<http://centros5.pntic.mec.es/capsanmar/recurso/materiales/control%20estress%20y%20relajacion.pdf>
7. Centros de Integración Juvenil (2009). “El arte como alternativa en el tratamiento de los trastornos adictivos”, en: Revista CIJ informa, enero – marzo, Vol. 46 (14) 28-29.
8. Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE) (2004). Abriendo Puertas. Programa para la Integración Socio-ocupacional de personas Drogodependientes. Chile: Ocho libros Editores. Disponible en:
<http://rism.files.wordpress.com/2011/06/capitulo-1-manual-apresto-laboral-conace.pdf>
9. Ferato.com. La pirámide alimentaria. Disponible en:
http://nutricion.ferato.com/index.php/La_Pir%C3%A1mide_Alimentaria
10. Guía de Práctica Clínica Prevención, Tamizaje y Referencia Oportuna de Casos sospechosos de Cáncer de mama en el Primer Nivel de Atención. Actualización 2011. Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/001_GPC_CadeMama/SS_001_08_EyR.pdf

11. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/232_IMSS_09_Ca_Mama_2oN/EyR_IMSS_232_09.pdf

12. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA). Ponencia “Cáncer de mama ¿Eres candidata?”, Primer Foro sobre Atención Integral a Mujeres con Problemas de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Situación Vulnerable. México, D.F., 2011.

13. Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer de mama en el hombre. Disponible en:

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172289546.pdf>

14. Jerzy, Grotowski (2005). Curso de Educación Teatral, profesor Gaetano Oliva, Universidad Del Sagrado Corazón Milán, Teoría “Entrenamiento del actor”.

15. Mangrulkar, L. et. al. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, OPS. División de Promoción y Protección de la Salud.

16. Manual para Formar Agentes de Prevención en Alcohol y Drogas (1993). Ministerio de Salud, División Programas de Salud, Depto. Programas de las Personas, Unidad de Salud Mental. Santiago de Chile.

17. Martín del C. R (2009). El papel de la educación artística en el desarrollo integral del educando. México, Guadalajara. Disponible en:

<http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/15/15Martin.html>

18. Métodos de enseñanza del Hatha Yoga, disponible en:

<http://www.yogamasthai.com/files/MANUAL%20DE%20METODOS.pdf>

19. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Una guía para la práctica básica. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653_spa.pdf

20. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Nota descriptiva No. 297, febrero 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

21. Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO). Disponible en:

<http://www.profeco.gob.mx/>,

22. Robles, G.G. y Civila de Lara, D. "El taller de teatro: una propuesta de educación integral", en: Revista Iberoamericana de Educación, Cádiz, España. Disponible en:

<http://www.rieoei.org/deloslectores/642Robles.PDF>

23. Técnicas de relajación, en La relajación:

<http://www.lareljacion.com/lareljacion/tecnicas.php>

24. Thesz, M. (s/f). Tai Chi Chuan. Conceptos básicos y aplicaciones. Thai Chi del Parque, Córdoba, Argentina. Disponible en:

[http://www.elcuchu.com/taichi/Tai_Chi_Chuan_Conceptos_Basicos_Recopilacion_TCD P.pdf](http://www.elcuchu.com/taichi/Tai_Chi_Chuan_Conceptos_Basicos_Recopilacion_TCD_P.pdf)

25. Touson, S. (2002). El dibujo en la Terapia: creación y curación. Buenos Aires, Argentina.

26. Williams C. B. (S/F). Terapia del arte: cómo puede curar la expresión creativa. EUA, Texas. Disponible en:

<https://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c5987b1e-add7-403a-b817-b3efe6109265&chunkiid=121549>

27. Castillo I, Balaguer I, Duda J, (2003). "Las teorías personales sobre el logro académico y su relación con la alienación escolar." Psicothema, México.

28. Kolhberg, L. (1992). "Psicología del desarrollo moral." Biblioteca de Psicología. Bilbao España.

29. Medina-Mora Me, Rascón MI, Otero Br, Gutiérrez E, (1988). "Patrones de consumo de alcohol en México." En: Jean Gilbert (ed.). Alcohol consumption among mexicans and mexican Americans. A binational perspective. U. C. L A., Los Ángeles, California.

30. Medina-Mora Me, Tapia R, Sepúlveda J, Otero Br, Rascón MI, Solache G, Lazcano F, Villatoro J, Mariño Mc, López E, De La Serna J, Rojas E., (1989). "Extensión del consumo de drogas en México." Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados Nacionales. Salud Mental.

31. Medina-Mora Me y Cols., (1991). "Patterns of alcohol use in mexican urban population: Results from a National Survey, Paper presented at the 17th." Annual Alcohol Epidemiology Symposium; Sigtuna, Suecia.

32. Medina M E, Rojas E, Juárez F, Berenzon S, Carreño S, Galván J, Villatoro J, y Cols, (1993). "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana." Salud Mental.
33. Medina-Mora Me, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván F, Tapia R, (2003). "Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998." Salud Pública. México.
34. Mortimer, J. T., Finch, M. D., Shanahan, M. J., & Ryu, S. (1992). "Adolescent work history, mental health and behavioral adjustment in adolescence." Journal of Research on Adolescence, Cambridge University Press.
35. Negrete Díaz, David Bruno, (2007). "Prevención centrada en factores psicosociales asociados al consumo de drogas." Centros De Integración Juvenil, México.
36. Novak, J., (1998). "Conocimiento y Aprendizaje. Los mapas conceptuales como herramientas facilitadoras para escuelas y empresas." Alianza, México.
37. Oriénta T. Recuperado de:<http://www.orientate.com.mx/>
38. Ortega Salazar Sylvia B., Ramírez Mocarro Marco A., Castelán Cedillo Adrián, (2005). "Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la Ciudad de México" en Revista Iberoamericana de Educación. Número 38. Mayo- agosto. Recuperado de: <http://www.rieoei.org/rie38a04.htm>
39. Paternoster R, Bushway S, Brame R, and Apel R, (2003). "The Effect of Teenage Employment on Delinquency and Problem Behaviors." Social Forces.
40. Pelletier, Denis y Bujold, Charles. (1984). Para un enfoque educativo en orientación. Québec: Gaëtan Morin.
41. Super, Donald E. Psicología de la Vida Profesional, Madrid, Rialp, 1962.
42. Super, Donald E.: Teoría del desarrollo vocacional en 1988. ¿Cómo se producirá? Revista de Psicología General y Aplicada. 1970, 102, 69-84.

Anexo 1



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA
NACIONAL
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL
TLALPAN



Manual de Rehabilitación Cognitiva

+

Autoras:

Aguilar Alva Nadia Nayeli
Aguilar González Gemma
Calderón Céspedes Julia
Cardoso Mercado Anayeli Cristell
González Saavedra Viviana

Coordinación:

Psic. Olivia Jani Vega González

Diseño y Corrección de Estilo:

Ruth Vianney Martínez Cerda

Abril 2014

Manual de Rehabilitación Cognitiva

“No es el desafío lo que define quiénes somos ni qué somos capaces de ser, sino cómo afrontamos ese desafío: podemos prender fuego a las ruinas o construir un camino a través de ellas, paso a paso, hacia la libertad.”

Richard Bach

ÍNDICE

| | |
|--------------------------|----|
| JUSTIFICACIÓN | 1 |
| SUSTENTO TEÓRICO | 2 |
| EL CEREBRO | 3 |
| LÓBULO FRONTAL | 4 |
| LÓBULO OCCIPITAL | 5 |
| LÓBULO TEMPORAL | 6 |
| LÓBULO PARIETAL | 7 |
| REHABILITACIÓN COGNITIVA | 8 |
| ACTIVIDADES | 10 |
| ANEXO 1 | 57 |
| ANEXO 2 | 63 |
| GLOSARIO | 65 |
| REFERENCIAS | 67 |

MANUAL DE REHABILITACIÓN COGNITIVA

JUSTIFICACIÓN

El cerebro de los adolescentes mantiene un alto grado de vulnerabilidad ante el consumo de drogas y el desarrollo de una adicción o dependencia hacia ciertas sustancias psicoactivas, debido a que su cerebro se encuentra en un periodo de alta impulsividad, cambios en la estructura del cerebro (gran plasticidad) y el desarrollo de comportamientos cada vez más complejos (Aguilar, O., Mendoza, M., Valdez, G., López, M. y Camacho, R., 2012).

Por lo anterior, es fundamental resaltar el papel de la neuropsicología ante el consumo de drogas y las adicciones, dado que este campo de la psicología permite brindar la rehabilitación de las funciones cognitivas dañadas por el consumo de alguna sustancia psicoactiva o bien, prevenir el consumo de las drogas si se detectara a tiempo un déficit en el desarrollo de funciones ejecutivas (como problemas de autocontrol, automonitoreo, toma de decisiones, anticipación de consecuencias, etc.), también es importante mencionar el aspecto preventivo que puede brindar la neuropsicología; sin embargo, el objetivo de este proyecto es enfocarse en la rehabilitación de las funciones ejecutivas o cognitivas dañadas por el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva, como es el caso de la mayoría de los adolescentes que se atienden en Centros de Integración Juvenil (CIJ).

De acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), se sabe que de 2008 a 2011 creció el número de bebedores; esta práctica tiene un inicio temprano, pues poco más de la mitad (55%) de la población que ha consumido alcohol, se inició antes de los 17 años (p. 41). En esta misma encuesta se presenta información donde queda claro que, a nivel nacional, en la población de 12 a 17 años (adolescentes) la prevalencia de fumadores activos es de 12.3% (1.7 millones de adolescentes fumadores), de los cuales 16.4% son hombres (1.1 millones) y 8.1% son mujeres (539 mil). Los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente inician el consumo, en promedio, a los 14.1 años. Los fumadores adolescentes consumen en promedio 4.1 cigarros al día (p. 67).

Como lo mencionan CIJ (2013), la inmadurez orgánica de los adolescentes hace que sean más susceptibles a daños físicos y generen dependencia con mayor velocidad a las drogas.

Dadas las características de la etapa adolescente antes mencionadas y asociado esto a las cifras proporcionadas por la ENA (2011), es pertinente optar por un programa de tratamiento que se enfoque en la rehabilitación de los daños a nivel cerebral causados por las sustancias psicoactivas, en virtud de que es poco común

encontrar este tipo de programas o tratamientos. Para ello es importante considerar los daños neuropsicológicos del paciente adicto, ya que se ha comprobado que entre mayores sean éstos, más probabilidad tienen de abandonar los tratamientos, presentar recaídas y/o tener pronósticos adversos a largo plazo (Aguilar, O. y col., 2012).

Por lo anterior, consideramos conveniente la realización de este manual que tiene como finalidad servir en la rehabilitación cognitiva de los pacientes atendidos en CIJ, apoyado de la neuropsicología y los ejercicios correspondientes para cada diagnóstico, con la intención de ayudarlos en la reintegración a sus actividades cotidianas, tanto en el ámbito familiar, como escolar y/o laboral según sea el caso.

SUSTENTO TEÓRICO

NEUROPSICOLOGÍA

La neuropsicología es una disciplina que surgió en la segunda mitad del siglo XIX en el ámbito de la clínica neurológica y su trabajo se centró en la evaluación de pacientes adultos con daño cerebral (Quintanar, 2009).

Hoy en día, la Asociación Mexicana de Neuropsicología (2013), ha definido a la neuropsicología como una especialidad de la psicología que investiga, evalúa, analiza y explica el desarrollo de los procesos psicológicos desde la perspectiva de su organización cerebral en las diferentes etapas de la vida, ya sea en la normalidad o patología; con la finalidad de establecer un diagnóstico y crear estrategias de intervención, asesoría, supervisión y prevención de parámetros que promuevan en todo caso el bienestar general y la calidad de vida de las personas.

Como lo refiere Valdez (2008), la neuropsicología parte de algunas premisas que es necesario considerar, al menos brevemente. En primer lugar, se considera al ser humano como un ser **biopsicosocial** en un sentido realmente integral. Esto significa que los procesos cerebrales, los procesos cognoscitivos (percepción, atención, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), y el comportamiento son el mismo fenómeno. Cuando alguien se comporta está realizando un procesamiento complejo de información que implica activación de grandes zonas de su cerebro. En consecuencia, cuando se altera el cerebro se producen cambios cognoscitivos y de comportamiento; cuando se altera el comportamiento se afecta al cerebro y los procesos cognoscitivos.

Otra premisa de la neuropsicología es que el cerebro trabaja como un todo, organizado en sistemas funcionales complejos. La alteración de un sistema puede repercutir en el funcionamiento de uno o varios de los demás sistemas. Sólo partiendo de este tipo de premisas es factible elaborar un diagnóstico y tratamiento de pacientes

con trastornos cerebrales. Para el diagnóstico se requiere conocer la forma en que funciona el cerebro, así como la manera en que la lesión de una zona específica produce alteraciones cognoscitivas y de comportamiento. Para el tratamiento se requiere, además de un diagnóstico neuropsicológico preciso, conocer y aplicar las condiciones que pueden promover la reorganización funcional del cerebro (Valdez, 2008).

Por último, es importante destacar que la neuropsicología recibe importantes influencias de dos focos tradicionales de investigación experimental y teórica sobre las funciones cerebrales: la hipótesis cerebral, que gira en torno a la idea de que la conducta se origina en el cerebro y la hipótesis neuronal, que se basa en el concepto de que la unidad de estructura y funcionamiento del cerebro es la neurona (Kolb y Whishaw, 2006).

EL CEREBRO

Cerebro es un término derivado del latín que se refiere al tejido que se encuentra dentro del cráneo. El cerebro posee dos mitades relativamente simétricas denominadas hemisferios; uno de los hemisferios se encuentra a la izquierda y el otro, a la derecha. Así como el cuerpo posee dos brazos y dos piernas, el cerebro también es simétrico (Kolb y Whishaw, 2006).

La corteza de cada hemisferio se divide en cuatro lóbulos que se denominan como los huesos del cráneo que los cubre. El lóbulo temporal se ubica aproximadamente detrás de cada sien. El lóbulo que se encuentra inmediatamente por encima del lóbulo temporal se denomina lóbulo frontal porque está ubicado en la zona anterior del cerebro. El lóbulo parietal se sitúa detrás del lóbulo frontal y el lóbulo occipital constituye en área posterior de cada hemisferio (Kolb y Whishaw, 2006).

Según Rozzi, S., Ferrari, P., Bonini, L., Rizzolati, G., y Fogassi, L. (2008) la estructura más compleja y los órganos en el sistema del cuerpo humano, es el cerebro. Las áreas del cerebro y sus funciones ayudan en el control de los diferentes procesos mentales y funciones del cuerpo. Así, los estímulos enviados desde y hacia el cerebro son transportados por una extensa red de nervios que sirven como mensajeros.

LÓBULO FRONTAL

Según Goldberg, E. (2009), es una de las cuatro regiones del cerebro, se encuentra ubicado en la parte delantera del cerebro justo detrás de la frente, es

responsable de las funciones ejecutivas, las cuales son un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de comportamientos y de conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y espacio para obtener resultados eficaces en la resolución de problemas; por tratarse de una función compleja, el trabajo de cada una de sus operaciones dependerá de numerosos factores, tales como la naturaleza de la tarea cognitiva, el entrenamiento académico, la ocupación de las destrezas automatizadas, las demandas de otras tareas simultáneas o secuenciales y la guía cognoscitiva principal de la tarea.

Para Goldberg, E. (2009), el lóbulo frontal es al cerebro lo que un director a una orquesta: coordina y dirige las otras estructuras neuronales del cerebro en una acción concertada.

La memoria de trabajo, el lenguaje, el movimiento o la autoconciencia dependen del lóbulo frontal, así como la originalidad y la creatividad.

Diversos estudios han demostrado que el lóbulo frontal se activa más cuando la tarea es novedosa. El lóbulo frontal (especialmente el derecho) es el responsable de mantener la atención continua. Permite evitar la desconexión cuando se cree que puede existir alguna información importante. Una muestra más de la confrontación continua entre el cerebro inconsciente (más emocional y automático) y la consciencia (más racional y no automática).

Por ello es importante que las tareas a realizar siempre tengan un poco de novedad y así el lóbulo frontal ayudará a poner atención de manera continua.

DAÑOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL LÓBULO FRONTAL

El consumo de distintas drogas puede afectar de manera grave a este lóbulo. Para Verdejo, G., López, T., Orozco, G. y Pérez, G., (2002), el consumo excesivo de alcohol, propicia que los consumidores sean más lentos en procesar información, en recordar información aprendida previamente, presentan problemas de atención y dificultad en la realización de tareas de función ejecutiva, sobre todo si el consumo inicia en la etapa de la adolescencia, puesto que es en ella donde el proceso de desarrollo del cerebro se encuentra en su formación.

En cuanto al consumo de cocaína, los efectos nocivos son múltiples y diversos en el cerebro; dado su mecanismo de acción, resultan especialmente relevantes los daños sobre las vías dopaminérgicas encargadas de utilizar la **dopamina** como

intermediario y en el lóbulo frontal en particular. Se han señalado también efectos del consumo de cocaína sobre los sistemas **serotoninérgico** que se encarga de estimular los receptores neuronales, **noradrenérgico** que se encarga de deprimir el sistema nervioso, **gabaérgico**, **opioide**, **glutamatérgico** que se encargan de la producción de placer; en el caso de este último, su exceso puede provocar la muerte de las neuronas, que a su vez pueden revertir en alteraciones del sistema dopaminérgico por las acciones moduladoras que sobre éste ejercen dichos sistemas.

Al referirnos al consumo de cannabis, para Verdejo, A. y otros (2002), se encuentran mayores problemas en la memoria de trabajo y la memoria a corto plazo, ya que muestran una atención alterada y disminuida, por ello necesitan mayor tiempo para realizar actividades que requieren un pensamiento lógico secuencial, como también provocar en personas con predisposición genética, trastornos esquizofrénicos.

En cuanto al éxtasis o MDMA, causa deterioro tanto en la memoria inmediata, como en las funciones ejecutivas, limita la memoria verbal y la resolución de demandas cognitivas complejas.

Opiáceos (heroína) provoca déficit de memoria verbal y visual, demora en la atención y concentración, habilidades motoras finas, habilidades viso-espaciales, visomotoras, fluencia verbal, y a largo plazo, deterioro en funciones ejecutivas y razonamiento abstracto.

LÓBULO OCCIPITAL

El lóbulo occipital está ubicado en la zona posterior-inferior del cerebro, por detrás de los lóbulos temporal y parietal. Hay un lóbulo occipital por cada hemisferio cerebral. Tiene la forma de una pirámide de tres lados y es el centro de la visión de la corteza cerebral. Su función es la de procesar las imágenes, las cuales son captadas por la retina del globo ocular y enviadas al mismo a través del nervio óptico.

El lóbulo occipital está involucrado en el procesamiento visual espacial, discriminación del movimiento y discriminación del color. Los trastornos del lóbulo occipital pueden causar alucinaciones e ilusiones visuales.

El lóbulo occipital no solamente es responsable de la recepción visual, sino que también contiene áreas de asociación que ayudan al reconocimiento de figuras y colores.

DAÑOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL LÓBULO OCCIPITAL

Diversas drogas pueden causar daños en las funciones de este lóbulo, tal es el caso de la cocaína que produce alteraciones en la memoria visual del sujeto que la consume.

En cuanto al alcohol, se presentan problemas en el procesamiento viso-espacial; de igual manera el consumo de metanfetaminas se ha relacionado con dificultades para resolver tareas que impliquen integración viso-espacial.

LÓBULO TEMPORAL

Se localiza frente al lóbulo occipital, aproximadamente detrás de cada sien. Contiene el área auditiva primaria, secundaria y de asociación.

Área auditiva primaria. Lesiones en esta zona provocan una pérdida de conciencia conservándose la reacción refleja al sonido (información que se procesa a nivel subcortical) Una lesión unilateral en esta zona produce sordera parcial en ambos oídos con mayor pérdida del lado contralateral.

Área auditiva secundaria y de asociación. Influye en la decodificación auditiva del lenguaje (comprensión). Lesiones en estas áreas conllevan problemas en la capacidad para seleccionar o reconocer determinados elementos auditivos principalmente. Lesiones en la corteza de asociación izquierda pueden dar lugar a sordera extrema para las palabras (reconocimiento alterado), también hay casos en los que los pacientes tienen un lenguaje fluido pero sin significado.

Por otra parte, se ha descubierto que el lóbulo temporal izquierdo tiene influencia sobre la estabilidad emocional. La actividad de los lóbulos temporales mejora la estabilidad del humor, mientras que un incremento o decremento en la actividad de esta parte del cerebro conlleva a desarrollar humor y conductas inestables, inconsistentes o impredecibles. Además, el lóbulo temporal está encargado de aspectos como:

MEMORIA: Los componentes esenciales de la memoria están integrados y almacenados en los lóbulos temporales, especialmente los recuerdos explícitos, aquellos que pueden evocar deliberadamente y describirlos, tales como hechos, gente y lugares. Cuando esta parte del cerebro se daña, la memoria a menudo se ve perjudicada.

PROCESAMIENTO SENSORIAL: Los lóbulos temporales están involucrados en la organización de la información sensorial, tal como la que proveen los sentidos de la vista y el oído. Estos te permiten disfrutar la música,

interpretar lo que escuchas y te ayudan a darle significado. El lóbulo temporal izquierdo también ayuda a realizar las conexiones entre cosas no relacionadas.

DAÑOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL LÓBULO TEMPORAL

En el caso del alcohol, provoca deterioro en la memoria a corto y largo plazo. El consumo de marihuana de igual manera afecta la memoria pero en este caso la memoria reciente. La cocaína por su parte, provoca deterioro en la memoria verbal. En el caso de los inhalantes provocan un deterioro en la **sustancia blanca** ocasionando demencia.

LÓBULO PARIETAL

El lóbulo parietal se encuentra, entre los lóbulos frontal y occipital, y por encima de la parte posterior del lóbulo temporal. El **surco parietooccipital** separa al lóbulo parietal del lóbulo occipital. Esta área del cerebro está encargada especialmente de recibir las sensaciones de tacto, calor, frío, presión, etc. y coordinar el balance.

La función principal del lóbulo parietal es la interpretación de la posición del cuerpo de acuerdo con los otros objetos en sus alrededores. Las funciones se difieren para el lóbulo parietal derecho y el lóbulo parietal izquierdo. La función del lóbulo parietal derecho incluye la interpretación de la información espacial y la regulación de la personalidad. La función del lóbulo parietal izquierdo incluye la capacidad de entender los números, la manipulación de diferentes objetos y realizar tareas de escritura..(Vidal, 2007).

DAÑOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL LÓBULO PARIETAL

Un daño o lesión causados por el consumo de tabaco propicia un mal funcionamiento en el **sistema vestibular**, lo que provoca mareo y sobretodo causa dificultades para respirar al practicar alguna actividad física. El consumo de alcohol tiene consecuencias inmediatas ya que retarda los reflejos, incoordinación y marcha inestable y dificultades para mantenerse de pie por la pérdida de equilibrio. De acuerdo con Vidal (2007), el consumo de la marihuana altera la coordinación al igual que causa problemas con las matemáticas.

Por otro lado, el consumo de metanfetaminas tiene serias repercusiones en las funciones que implican la sensación y la percepción junto con la integración de la información sensorial, como la visión, al igual que también provoca desorientación y confusión. La función del lóbulo parietal también implica la creación y la percepción del sistema espacial del mundo que nos rodea (Sack ,2009).

Por otra parte, el éxtasis provoca directamente fallas en el equilibrio (**sistema vestibular**). En el caso del consumo de heroína, alenta las reacciones psicomotoras y pesadez en las extremidades del cuerpo, de hecho puede tener deseo de mover una parte del cuerpo o sentir que ésta se desplaza. Puede también existir pérdida del tono muscular. Las zonas más frecuentemente afectadas son aquellas que tienen una representación cortical más amplia, por ejemplo, la mano, el miembro superior y la cara. Puede también haber sensación de rigidez o frío; los fenómenos sensitivos faciales pueden ser bilaterales. Además por el consumo de disolventes se presentan: sofoco o náuseas, aturdimiento, dificultad para ponerse de pie o caminar por pérdida del equilibrio, disminución en la coordinación, temblores, agitación incontrolable, reducción del tono y pérdida muscular (Rozzi y otros, 2008).

Ocasionalmente se observa dolor, en forma de **disestesia** (disminución o exageración de la sensibilidad en la percepción de los estímulos sensitivos, especialmente del tacto, por ejemplo el roce de un algodón puede causar una sensación dolorosa). Los fenómenos visuales del lóbulo parietal pueden tomar la forma de alucinaciones estructuradas: metamorfosis con distorsión, sensación de alargamiento o acortamiento, que corresponden frecuentemente a descargas provocadas por el consumo de sustancias psicoactivas.

REHABILITACIÓN COGNITIVA

La rehabilitación cognitiva tiene como objetivo mejorar el funcionamiento cotidiano del paciente, remediando o disminuyendo los efectos de las fallas en la percepción, en la memoria, en el lenguaje o en otras funciones cognitivas, que son el resultado del consumo de alguna **sustancia psicoactiva**. Para cumplir con los objetivos de la recuperación del individuo, es necesario que en el proceso intervengan no sólo el paciente y el profesional de la salud a cargo de la rehabilitación, sino que se incluya a la familia del paciente y a su ambiente social.

El término *rehabilitación* según Barnes (1999), alude al conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir en el paciente las desventajas adquiridas a causa de su enfermedad y adquirir una mayor capacidad e independencia posibles; una parte de la labor de la asistencia médica se encargada de

desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. El trabajo se debe llevar de la mano con los profesionales, familiares y otros miembros de la comunidad para alcanzar un óptimo bienestar físico, psicológico, social y vocacional.

La Rehabilitación cognitiva es en sí misma un set estructurado de actividades terapéuticas especialmente diseñadas para re-entrenar las habilidades de un individuo para pensar, utilizar su juicio y tomar decisiones. El foco está puesto en mejorar los déficit en funciones cognitivas tales como la memoria, atención, percepción, aprendizaje, planificación y juicio.

El término *rehabilitación cognitiva* se aplican a una gran variedad de estrategias y técnicas de intervención que apuntan a ayudar a los pacientes a reducir, manejar y afrontar de una manera más eficiente los déficit cognitivos que pueden aparecer luego de un daño cerebral. El fin último de la rehabilitación cognitiva es mejorar la calidad de vida del paciente o su habilidad para funcionar tanto en el hogar como en su comunidad.

Con lo anterior, desde el punto de vista neuropsicológico y considerando todas las funciones cognitivas, es decir, atención, memoria, lenguaje, capacidad de abstracción, funciones ejecutivas y habilidades perceptivas, podemos afirmar que la alteración de las mismas es una constante en el paciente que ha sufrido una lesión cerebral, más allá de la severidad del trauma mismo.

A continuación se muestran una serie de actividades que ayudarán a rehabilitar las funciones cognitivas de los pacientes de CIJ; dichas actividades pretenden ser una herramienta para el Coordinador que trabaja el área de rehabilitación cognitiva.

Las actividades se presentan de menor a mayor complejidad de ejecución, es decir, en primer lugar se muestran aquellas que permitirán trabajar funciones de un solo lóbulo, posteriormente las que trabajan con dos de ellos y así sucesivamente.

En el Anexo 1 se presenta una tabla donde se podrán consultar de manera sencilla qué funciones trabaja cada actividad, qué lóbulo rehabilita y en qué página se encuentra, esto, con la intención de facilitar al Coordinador la elección de la actividad según las necesidades y diagnóstico del sujeto; mientras que en el Anexo 2, se presenta un cronograma que pretende ser de utilidad para que el Coordinador lleve el control de las actividades que realiza con cada individuo durante su proceso de rehabilitación cognitiva, con la finalidad de poder contrastar fácilmente los avances del individuo.

ACTIVIDADES

ACTIVIDADES QUE TRABAJAN UN LÓBULO (VER ANEXO 1)

Asociaciones opuestas

Material: Tarjetas con oraciones opuestas.

Descripción:

1. El Coordinador leerá las frases con las oraciones opuestas por ejemplo:
 - El hielo es frío, el fuego es...
 - Un caracol es lento, el conejo es...
 - El azúcar es dulce, el vinagre es...
 - La nieve es blanca, el carbón es...
2. Los individuos completan las frases cuando el Coordinador lo indique.
3. Cada individuo debe esperar su turno en caso de que el Coordinador así lo indique.

Adecuación: La actividad puede trabajarse con uno o más individuos y las frases pueden variar; el Coordinador puede sugerir nuevas, las que sean necesarias, para ejercitar la asociación auditiva.

Evaluación: El individuo responderá correctamente el 80% de las oraciones.

Asociación de palabras

Material: Tarjetas con múltiples palabras.

Descripción:

1. El Coordinador dirá palabras comunes que pueden asociarse a otras.
2. Los individuos deberán responder alguna palabra que se asocie a la mencionada por el Coordinador, por ejemplo:
 - ◆ Tocino-huevo
 - ◆ Caliente-frío
 - ◆ Calle- banquetas
 - ◆ Bolsa- plástico

- ◆ Pan- mantequilla
- ◆ Trabajo-divertido
- ◆ Oscuro-miedo
- ◆ Cumpleaños-regalo

3. Las respuestas pueden variar.

Adecuación: Las palabras pueden ser diversas, el Coordinador puede elegir cualquiera y puede pedir que sean opuestas o que las asocien a emociones.

Evaluación: El individuo asociará correctamente el 90% de las palabras que se le dan.

Reconocer diferencias

Material: Dos imágenes que aparentemente son idénticas pero que a detalle tienen ciertas diferencias.

Descripción: Se le mostrarán al individuo las imágenes en las cuales deberá marcar con una X las diferencias que existan entre ambas.

Adecuación: Las imágenes las escoge el Coordinador dependiendo las características y necesidades del individuo estas pueden ser de menor a mayor complejidad.

Evaluación: El individuo reconocerá el 90% de las diferencias.

Identificación de sonidos de animales

- Material:*
- ◆ Una lotería con los dibujos de los sonidos que se grabarán, a fin de que el individuo coloque una ficha cuando identifique el correspondiente al animal que aparece en su tarjeta.
 - ◆ Fichas de colores, suficientes para todos los participantes.
 - ◆ Un disco con la grabación de aproximadamente 12 sonidos de animales.
 - ◆ Una grabadora.

Descripción:

1. El Coordinador repartirá las tarjetas de lotería a cada individuo (se puede trabajar en grupo o de manera individual), y las fichas para que las coloque cuando identifique el sonido del animal cuya imagen aparezca en su tarjeta.
2. Posteriormente el Coordinador reproducirá el disco en la grabadora poniendo pausa entre cada sonido, les pedirá que presten atención a los dibujos que hay en su lotería porque cerrarán los ojos y escucharán las grabaciones.
3. Sólo abrirán los ojos cuando identifiquen el sonido de un animal que esté en su tarjeta y colocarán la ficha.
4. Cuando el Coordinador se percate de que alguien ya terminó de identificar los sonidos de su lotería, él lo tocará y éste podrá abrir los ojos, o bien, si el sujeto se percata de que ha terminado, abrirá los ojos sin hacer ruido y observará a sus compañeros.
5. Se dará oportunidad de que el resto de los participantes identifiquen los sonidos, si ya se ha repetido el disco y algún participante no ha identificado aún el sonido, se da por terminada la actividad.
6. El Coordinador les dirá todo lo observado, ya que debe estar muy atento a lo que realizan los participantes por si alguno confunde los sonidos, o nunca los identificó y darles retroalimentación.

Adecuación: La actividad se puede realizar de manera individual o en grupo, dependiendo del número de loterías y fichas disponibles. También se pueden grabar sonidos ambientales como de lluvia, tormenta, mar o incluso de algunos instrumentos musicales.

Evaluación: Los participantes deberán identificar correctamente el 80% de los sonidos, de no ser así, se deberá seguir trabajando la actividad cambiando los sonidos.

Clasificación por categorías

Material: Caja con diversos dibujos de animales, frutas, objetos y personas.

Descripción:

1. El Coordinador proporcionará al individuo la caja con los dibujos de las categorías antes mencionadas.
2. Se le pedirá al individuo que separe por categorías cada uno de los

dibujos.

Adecuación: Se podrán utilizar figuras en relieve en lugar de dibujos y además se podrán utilizar otras categorías, por ejemplo: colores, mascotas, prendas, entre otras.

Evaluación: El individuo clasificará correctamente 80% de los dibujos.

Escuchar y dar respuestas sencillas

Material: Aproximadamente 24 tarjetas con frases.

Descripción:

1. El Coordinador dirá frases como: “Es divertido ir al zoológico”, “la nieve es fría”, “el limón es dulce”, “el café es blanco”, “el azúcar es ácida”, “el lodo o la basura son buenos para comerse”, “el plátano es amarillo”, “el árbol es verde”, “un perro tiene alas”, “una vaca tiene cola”, “un carro tiene ventanas”, etc., son sólo algunas sugerencias.
2. Los participantes deberán responder afirmativa o negativamente “sí, si es” o “no, no es” a cada una de las frases.
3. O bien, el individuo responderá “sí, si tiene” o “no, no tiene” según corresponda.
4. Cuando se terminen las tarjetas se dará realimentación a los individuos, por lo que el Coordinador deberá observar en todo momento la dinámica y prestar atención a los detalles.

Adecuación: El Coordinador puede cambiar las frases y aumentar la complejidad de los enunciados si es necesario, para que los individuos presten más atención.

Evaluación: Los individuos deben responder correctamente al 80% de las afirmaciones, en caso contrario, se deberá seguir trabajando con la actividad hasta observar una mejoría.

Trabalenguas

Material: ♦ Tarjetas con trabalenguas, por ejemplo:

- ♦ Había una madre godable, pericotable y tantarantable que tenía un hijo godijo, pericotijo y tantarantijo.

Un día la madre godable, pericotable y tantarantable le dijo a su hijo

godijo, pericotijo y tantarantijo:

Hijo godijo, pericotijo y tantarantijo tráeme la liebre godiebre, pericotiebre y tantarantiebre del monte godonte, pericotonte y tantarantonte.

Así, el hijo godijo, pericotijo y tantarantijo fue al monte godonte, pericotonte y tantarantonte a traer la liebre godiebre, pericotiebre y tantarantiebre.

- ◆ Tengo una gallina pinta,
piririnca, piriranca,
con sus pollitos pintos, piririncos, pirirancos.
Si ella no fuese pinta, piririnca, piriranca,
no criaría los pollitos pintos, piririncos, pirirancos.

Descripción: El Coordinador le dará al individuo un trabalenguas, el cual tendrá que leer en voz alta, tratando de no equivocarse.

Adecuación: El Coordinador le puede pedir a los participantes, que se pongan un lápiz en la boca para mejorar el lenguaje oral, incluso subir la complejidad de los trabalenguas.

Evaluación: El individuo debe decir el trabalenguas en un 80%, se recomienda que repita hasta decir todos los trabalenguas de manera correcta, pueden practicarse en diferentes sesiones, hasta ver una mejora.

Clasificación de Material

Material: Seis o más tipos diferentes de sopa en pasta.

Descripción:

1. El Coordinador pondrá sobre la mesa un conjunto de seis o más tipos diferentes de sopa en pasta, por ejemplo: fideo, estrella, letras, etc.
2. El Coordinador pedirá al individuo que agrupe por montones cada tipo de sopa, por lo que éste deberá de separarlas y agruparlas según su tipo.

Adecuación: Esta actividad se puede trabajar con diferentes Material que se puedan agrupar.

Evaluación: El individuo separará y categorizará correctamente 80% del material.

Conocimiento de colores y su graduación

Material: Diversos colores en diferentes tonalidades.

Descripción:

1. El Coordinador pondrá sobre la mesa varios colores en diferentes tonalidades.
2. Posteriormente le pedirá al sujeto que nombre los colores.
3. Una vez que haya identificado cada color, se le dará la instrucción de que los agrupe por familias de colores.
4. Por último, se le pedirá que los ordene de manera ascendente o descendente.

Adecuación: Los colores podrán ser cambiados por recortes de hojas de colores con diferentes tonalidades.

Evaluación: El sujeto efectuará esta tarea correctamente el 75% de las veces.

Identificación de prendas de ropa

Material:

- ◆ Dibujos del sol, la lluvia, el viento y la nieve
- ◆ Dibujos de diferentes prendas de vestir

Descripción:

1. El Coordinador proporcionará al individuo dibujos del sol, la lluvia, el viento y la nieve y le pedirá al sujeto que mencione en voz alta qué representa cada uno.
2. Posteriormente le proporcionará dibujos de diferentes prendas de ropa.
3. Por último le pedirá al individuo que identifique y agrupe las prendas que se usan según el dibujo del clima.

Adecuación: El Coordinador podrá pedir al individuo que nombre otras prendas de ropa que considere se puedan usar según cada dibujo de clima.

También se podrá pedir al individuo que nombre actividades que le gusta realizar según cada tipo de clima.

Evaluación: El individuo asociará correctamente el 80% de los dibujos.

Asociación de tareas conocidas

Material: Tarjetas con frases.

Descripción: El Coordinador describirá una tarea y los participantes adivinarán qué tarea es. Por ejemplo: el Coordinador dirá: “Siempre hago esto antes de sentarme a comer” y se espera que el individuo responda: “me lavo las manos”.

Otros ejemplos pueden ser: “siempre hago esto cuando voy a cruzar la calle”: “veo a los dos lados”; “siempre hago esto cuando manejo un carro”: “sujeto el cinturón de seguridad”.

Adecuación: Se pueden agregar tareas sobre actividades cotidianas del individuo, como: “Siempre hago esto cuando estudio”, para que el Coordinador pueda tener un marco de referencia de qué actividades realiza al estudiar o de alguna otra actividad, por ejemplo al aire libre, del hogar, con sus amigos, etc.

Evaluación: El participante debe asociar correctamente las tareas en un 80%.

Clasificación de objetos según su categoría

Material: El Coordinador puede escribir algunos ejemplos de Material en hojas de papel, como madera, metal, plástico, etc.

Descripción:

1. El Coordinador les pedirá a los participantes que piensen en todas aquellas cosas hechas de madera que conocen, la cantidad dependerá del Coordinador, se recomienda que sean aproximadamente 10 cosas de cada material. Ejemplo: lápiz, tablero, rama
2. El Coordinador les pedirá a los participantes que piensen en todas aquellas cosas que están hechas de metal. Ejemplo: anillo, tuerca, tornillo, clavo, tapa de un frasco
3. El Coordinador les pedirá a los participantes que piensen en todas aquellas cosas que están hechas de plástico. Ejemplo: muñeca, carro de juguete, flor de plástico, tapa de plástico.

Adecuación El Coordinador podrá pedirles a los participantes que den su punto de vista sobre la importancia que tienen los objetos que se mencionaron.

También podrán comentar el uso que le dan a los objetos mencionados.

Evaluación: El participante debe nombrar seis objetos correctamente en cada categoría.

Objetos que se encuentran en cierto lugar

Material: Imágenes de objetos que se localizan frecuentemente en una casa.

Descripción:

1. El Coordinador pedirá al individuo que nombre todos los objetos que se encuentren en una cocina, por ejemplo:
 - ◆ Un fregadero
 - ◆ Una estufa
 - ◆ Un refrigerador
 - ◆ Una mesa
 - ◆ Algunas sillas
 - ◆ Alguna cacerola
 - ◆ Sal y pimienta
 - ◆ Cucharas
 - ◆ Cuchillos
 - ◆ Tenedores
 - ◆ Un colador
 - ◆ Un tablero
 - ◆ Una cafetera, etc.
2. Se repite esta actividad nombrando objetos de una recámara, de una sala, de un baño, etc.

Adecuación: El Coordinador podrá pedir al individuo que explique la función de algunos objetos y por qué se encuentran en determinado lugar.

Evaluación: El individuo nombrará al menos 8 objetos que se encuentren en cada lugar.

Búsqueda de objetos que hagan pareja con un color

Material: Tarjetas con nombres de colores y/o objetos, días festivos, antónimos y preguntas de causa y/o efecto.

Descripción:

1. Este es un juego verbal en el cual el participante nombra inmediatamente un objeto del mismo color, se puede emplear para días festivos, uso de antónimos y conceptos de causa y efecto, por ejemplo:

Rojo ----- manzana

amarillo -----sol

Verde ----- pasto

anaranjado-----naranja

2. El Coordinador les pedirá a los participantes que nombren días festivos y/u objetos asociados a esos días, por ejemplo:

14 de febrero --- corazón

calabaza-----día de muertos

3. El Coordinador les pedirá a los participantes que nombren palabras opuestas, se recomienda que sean de 5 a 10 palabras, por ejemplo:

Arriba: abajo

Gordo: flaco

Adelante: atrás

4. El Coordinador les pedirá a los participantes que expresen conceptos de causa y efecto; pueden ser de 5 a 10 preguntas, por ejemplo:

◆ ¿Qué harías si tuvieras mucho frío?

◆ ¿Qué harías si se rompiera tu botón?

◆ ¿Qué pasaría si no tuviéramos calendario?

◆ ¿Qué harías si necesitas pintar el pasto verde y solo tuvieras un crayón azul y uno amarillo?

◆ ¿Qué harías si tu mamá te llamara y tú estuvieras muy ocupado jugando?

◆ ¿Qué harías si te encontraras dinero?

◆ ¿Qué pasaría si nunca limpiáramos nuestros cuartos?

Adecuación: Con cada frase se puede realizar una oración que tenga ambos elementos, por ejemplo, en el caso de los antónimos: "Pedro es muy delgado, pero Javier su amigo es muy gordo, deberían hacer ejercicio juntos", o bien, hacer una historia con todas la palabras y/o frases.

Evaluación: El participante deberá contestar correctamente el 80% de las veces.

P, D, Q y B.

- Material:*
- ◆ Una hoja de papel.
 - ◆ Diurex.
 - ◆ Usar música barroca para aprender mejor, por ejemplo: Vivaldi, Telemann, Bach, Corelli, Albionici o Pachelbel.

Descripción:

1. Se le pedirá al individuo que escriba en una hoja de papel cuatro letras minúsculas: “p, d, q y b”, al azar.
2. Que pegue la hoja en la pared a nivel de sus ojos.
3. Se le dirá que cuando vea una “p”, pronuncie la letra, flexione y levante la pierna izquierda, como si ésta fuera el ganchito de la “p” viéndola en el espejo.
4. Y si ve una “d”, pronunciarla y mover el brazo derecho hacia arriba, como éste fuera el ganchito de la “d” viéndola en el espejo.
5. En el caso de la “q”, pronunciarla y flexionar y levantar la pierna derecha.
6. Si ve una “b”, pronunciarla y mover el brazo izquierdo hacia arriba.
7. Se le pedirá que haga el ejercicio a su propio ritmo; si se equivoca, le dirás que se sacuda y vuelva a empezar, aumenta la velocidad cuando tú lo creas conveniente de acuerdo al individuo.
8. Le pedirás que repita el ejercicio de abajo hacia arriba.

Adecuación: El Coordinador podrá cambiar el orden de las letras, el ritmo, empezar de abajo hacia arriba o intercalado, dependiendo de las fortalezas del individuo.

Evaluación: El individuo tendrá que controlar su equilibrio por lo menos en un 80% de la actividad.

La tarántula

Material: Un espacio en el cual pueda moverse libremente el individuo.

Descripción:

1. Si tiene un problema o conflicto el individuo, le dirás que lo identifique con un animal que le dé asco, por ejemplo una tarántula.
2. Ahora le dirás que imagine varias de ellas pegadas en su cuerpo y le preguntarás ¿Qué harías? ¡Sacúdelas!
3. Que utilice sus manos para golpear ligero, pero rápidamente, todo su cuerpo: brazos, piernas, espalda, cabeza, etc.
4. Le darás instrucciones para que repita el ejercicio a gran velocidad durante dos minutos.

Adecuación: El Coordinador dará la instrucción: cada problema o conflicto el individuo lo podrá identificar con un animal distinto, para que así logre desprender de su cuerpo y mente pensamientos negativos.

Evaluación: El individuo tendrá que realizar la actividad correctamente en un 90%.

Accesando excelencia

Material: Algún tema de Naturaleza Musical, por ejemplo: Olivier Messiaen, Luise Adolpha Le Bean, Einojohani Rautavaara y George Crumb.

Descripción: El Coordinador le pedirá al individuo que recuerde un momento en el que le haya ido muy bien (estado de excelencia) y le dirá que al recordarlo:

1. Ve lo que viste, escucha lo que escuchaste y siente lo que sentiste.
2. Vive y disfruta ese estado de excelencia ahora.
3. Imagina que ese estado de excelencia tiene una forma, un color, un sonido y una sensación (tiene la forma de una estrella dorada, suena como campanitas y es suave).
4. Haz como si esa estrella la guardaras en tu mano, apretándola.
5. Repite el ejercicio varias veces con momentos de excelencia diferentes y guardarlos en el mismo lugar.
6. En el futuro, cuando necesites mantenerte en un estado de excelencia bastará con recordar la estrella en tu mano y este hecho automáticamente disparará el estado de ánimo que desees y lo notarás en tu cuerpo.
7. Y con una actitud de gratitud y esperanza, se despide de las imágenes, sonidos y sensaciones.
8. Le dirás al individuo que recuerde repetir: ES POSIBLE, TENGO LA CAPACIDAD

Y LO MEREZCO.

Adecuación: Cuando el Coordinador vuelva a repetir este ejercicio puede elegir otros lugares en el cuerpo para guardar momentos de excelencia, eligiendo una forma, un color, un sonido y una sensación distinta.

Evaluación: El individuo tuvo que identificar sus emociones y ponerles un nombre al menos en un 80% de la actividad.

Botones cerebrales

Material: Música barroca para aprender mejor, te sugerimos: Vivaldi, Telemann, Bach, Corelli, Albion o Pachelbel.

Descripción: El Coordinador le dará las siguientes instrucciones al individuo:

- ◆ Abre tus piernas moderadamente.
- ◆ Pon tu mano izquierda sobre tu ombligo presionándolo.
- ◆ Los dedos índice y el pulgar de la mano derecha presionan las arterias carótidas (las que van del corazón al cerebro) que están en el cuello; coloca tus dedos restantes entre la primera y segunda costilla, al corazón.
- ◆ Tu lengua, apóyala en el paladar.

Adecuación: El Coordinador podrá disminuir el tiempo o en su caso aumentarlo, dependiendo del ritmo de cada individuo.

Evaluación: El Coordinador tendrá que observar al sujeto detalladamente para ver si lo realiza de forma correcta, desde que se le dan las instrucciones y cómo las sigue, con lo cual podrá darse cuenta cómo es el equilibrio del individuo; por lo menos tendrá que realizarlo bien en un 80%.

La caminata en foto

Material:

- ◆ Tener un espacio cómodo y amplio.
- ◆ Usa como fondo musical algún tema de naturaleza musical; te sugerimos: Olivier Messiaen, Luise Adolpha Le Beau, Einojohani Rautavaara y George Crumb.

Descripción: El Coordinador dará al individuo las siguientes instrucciones:

- ◆ Que coloque su talón de la pierna derecha hacia atrás sin levantarlo, manteniendo derecha la pierna.
- ◆ Ahora que adelante la pierna contraria (izquierda), doblando un poco la rodilla, y apoya un brazo (izquierdo).
- ◆ Que deje medio metro entre una pierna y la otra.
- ◆ Que aspire profundamente, mientras exhala, que mantenga el talón de la pierna trasera (derecha) firme sobre el piso, doblando más la pierna delantera (izquierda).
- ◆ Permanece quince segundos inmóvil, respirando, como si te estuvieran fotografiando, la espalda derecha, sin inclinarte hacia el frente
- ◆ Que lo repita con una y otra pierna.

El individuo tendrá que realizar el ejercicio unas tres veces con cada pierna.

Adecuación: Si se le llegara a complicar al individuo, puede empezar con tiempos más cortos e ir a su paso, y si le sucede lo contrario, puedes empezar con tiempos más largos dependiendo su ritmo.

Evaluación: El individuo tendrá que realizar la actividad de forma correcta en un 80%.

Gateo cruzado

Material:

- ◆ Un espacio amplio en el cual pueda moverse con facilidad.
- ◆ Una pista de música barroca para aprender mejor, por ejemplo: Vivaldi, Telemann, Bach, Corelli, Albionni o Pachelbel.

Descripción: Los movimientos del “gateo cruzado” deben efectuarse como en cámara lenta, por lo que el instructor dará las siguientes indicaciones:

- ◆ En posición de firme toca con el codo derecho (doblando tu brazo) la rodilla izquierda (levantando y doblando tu pierna).
- ◆ Regresa a la postura inicial.
- ◆ Con el codo izquierdo toca la rodilla derecha lentamente.
- ◆ Regresa a la posición inicial.
- ◆ Repite los pasos consecutivamente durante 60 segundos.

Adecuación: El Coordinador podrá manipular los tiempos, al igual que puede iniciar con el brazo derecho o izquierdo e incluso puede cambiar la pista.

Evaluación: El individuo tendrá que mantener su equilibrio y seguir las instrucciones en un 70% de la actividad.

Palabras que riman

Material: Ninguno

Descripción:

1. El Coordinador dirá una palabra y le pedirá al individuo que mencione otras palabras que rimen con ésta. Por ejemplo: banco, gato, cuadro, etc.
2. La actividad se repite hasta que el Coordinador lo considere, máximo en intervalos de tres minutos y al menos debe repetir la actividad cinco veces.

Adecuación: El Coordinador podrá pedir al sujeto que forme una oración que contenga la palabra que rima.

Evaluación: El sujeto deberá responder dando como mínimo tres palabras acertadas en cada intervalo.

Representación de movimientos de animales con el cuerpo

Material: Nombres de animales: conejo, canguro, pájaro, perro, gato, caballo, rana.

Descripción:

1. El Coordinador utiliza imágenes o simplemente menciona a los animales para que el individuo los imite.
2. Pueden pasar más de un individuo a imitar a los animales o el mismo individuo imitar varios de ellos.

Adecuación: Los animales pueden variar, así como el número de participantes.

Evaluación: El individuo deberá hacer 90% de los movimientos.

Asociación de hechos con imágenes

Material: Imágenes múltiples de la vida cotidiana: paisajes, personas viajando en el metro, esperando el camión, en un parque, una plaza comercial, haciendo un deporte, etc.

Descripción:

1. El Coordinador coloca de manera visible la imagen, la cual deberá ser lo suficientemente amplia para que el o los individuos puedan observar, puede ser un solo individuo o varios.
2. Pregunta qué representa para ellos dicha imagen, que imaginan que sucede en ese momento, que opinan de las personas, por qué, etc.
3. Los individuos deben alzar la mano y esperar su turno para dar su opinión, pueden ser varias las opiniones dependiendo las participaciones.
4. Las imágenes deben seleccionarse de acuerdo al contexto de los individuos para que exista una mayor asociación con la vida cotidiana o activación de conocimientos previos partiendo de dicha imagen.

Adecuación: Pueden mostrarse una o más imágenes dependiendo el tiempo disponible, y las imágenes pueden variar dependiendo el contexto o la población, así como la edad de los individuos.

Evaluación: El individuo asociará dos o más hechos a la imagen presentada.

Expresión de ideas a través del movimiento

Material: Personajes para ejemplificar sin hablar, únicamente con el movimiento del cuerpo.

Descripción:

1. El Coordinador pide al individuo que actúe como: maestro, doctor, trabajador de cafetería, un cartero, director de una escuela o repartidor de periódicos.
2. El resto de los individuos tratarán de adivinar de quién se trata por lo que el individuo que actúe deberá dar su mayor esfuerzo.
3. En caso de aplicar el ejercicio a un solo sujeto, el Coordinador valorará la calidad de la representación.

Adecuación: Los personajes pueden variar, es libre elección para el Coordinador, incluso los individuos pueden proponer posibilidades.

Evaluación: El individuo deberá ser capaz de actuar cuatro de los personajes.

Pasos para realizar una actividad

Material: Hojas con descripción impresa de varias actividades cotidianas en oraciones, acomodadas en desorden, por ejemplo: Para atravesar la calle: “cruzo la calle, observo a ambos lados, miro el semáforo, espero a que se paren los carros”.

Descripción:

1. El Coordinador proporcionará al individuo una hoja con una o varias actividades descritas en oraciones, cada una en un renglón.
2. Le pedirá al individuo que las enumere según el orden en que considere se deban realizar.
3. Posteriormente ambos las discutirán para identificar si hay errores.

Adecuación: Esta actividad se puede trabajar primero con actividades cotidianas sencillas, posteriormente se puede ir incrementando su dificultad con actividades más complejas.

Evaluación: El individuo identificará correctamente el 90% de los pasos de cada actividad.

Articular vocabulario

Material: Hojas impresas con oraciones que contengan cada palabra en desorden, cuidando que entre cada oración haya espacio suficiente para que el individuo no se confunda. Por ejemplo: tomar quiero agua, darte abrazo quiero un, etc.

Descripción:

1. El Coordinador proporcionará al individuo una hoja con oraciones en desorden.
2. Posteriormente le pedirá que observe cada oración, que analice el orden correcto y la diga en voz alta.
3. La actividad se podrá trabajar cuantas veces se considere conveniente.

Adecuación: La actividad se podrá trabajar primero con oraciones simples y posteriormente aumentar el número de palabras por cada oración.

Evaluación: El individuo acertará el orden de las oraciones un 80% de las veces.

Figuras encimadas

Material:

- ◆ Hoja blanca con figuras geométricas impresas, tales como cuadrados, círculos, triángulos y rectángulos. Éstas deberán estar encimadas y combinando diferentes tamaños.

- ◆ Colores

Descripción:

1. El Coordinador proporcionará al individuo una hoja con figuras encimadas.
2. Posteriormente le dará la instrucción de que remarque cada figura con cierto color, por ejemplo: “remarca con rojo los cuadrados, con azul los círculos, con amarillo los triángulos y con verde los rectángulos”.

Adecuación: Las figuras geométricas podrán ser sustituidas por otras figuras, por ejemplo: árboles, mesas, vasos, flores, etc.

Evaluación: El individuo identificará un 90% de las figuras.

ACTIVIDADES QUE TRABAJAN DOS LÓBULOS (VER ANEXO 1)

Identificación de secuencias

- Material:*
- ◆ Hilo elástico
 - ◆ Cuentitas de diferentes formas, 5 distintas
 - ◆ Letreros pequeños para colocarlos sobre las cuentas. Ejemplo: rojo, amarillo, morado, azul, naranja.

Descripción:

1. Se le proporciona al individuo una caja con las 5 cuentas diferentes, un cordón o hilo elástico y los letreros con el nombre de los colores para colocarlos en cada cuenta.
2. El Coordinador demuestra y explica el proceso de enhebrar las cuentas así como el orden de las mismas.
3. Después el individuo trabaja solo, hasta que todas las cuentas se hayan usado.
4. Se espera que el individuo reconozca el patrón establecido entre las cuentitas, y lo repite hasta ensartar todas las cuentas. Ejemplo de secuencia: Rojo (cuadrado), amarillo (rectángulo), morado (óvalo), azul (hexágono), naranja (rombo), rojo (cuadrado), amarillo (rectángulo)...

Adecuación: Los colores pueden variar, así como las formas de las cuentitas que nombran a los colores en las secuencias.

Evaluación: El individuo reproducirá correctamente el 80% de los patrones.

Dados

- Material:*
- ◆ 5 dados de colores diferentes y dos de color negro
 - ◆ Hojas y lápices.

Descripción:

1. Este juego puede ser entre varias personas, no hay un límite.
2. Cada persona por turnos tira los 7 dados en total.
3. Una vez tirados los dados se observan los valores numéricos de los dos dados negros para sumar las cantidades, por ejemplo si cae 5 y 8= 13.

4. Posteriormente se considerarán los valores de los 5 dados restantes para con esos números se realicen operaciones (sumas, restas, multiplicaciones, divisiones y raíz cuadrada) que al final nos den el valor de 13, puede ser un valor aproximado, la diferencia en los valores aproximados tendrán un puntaje de 5 puntos, mientras que los que logren realizar la operación que al final de el valor de la suma con los dos dados negros en este caso 13 tendrá un puntaje de 10.
5. Entre los participantes deciden la cantidad de puntos que hay que lograr, se sugiere un total de 50 puntos.
6. El tiempo para dar las respuestas también puede variar: puede ser 1min., 2 min., incluso pueden empezar con mayor tiempo y poco a poco ir disminuyendo para lograr ser más hábiles al responder.

Adecuación: Los dados negros pueden ser del 1 al 6 o si encuentran dados que tengan cantidades superiores, se recomienda que un dado sea de números de una sola cifra y el otro de dos cifras para que las sumas sean mayores. Como se mencionó anteriormente, los participantes pueden hacer varias modificaciones, una más es el tiempo que se destina al dar las respuestas.

Evaluación: Se propone observar la manera en la que el individuo resuelve los problemas para identificar qué operaciones matemáticas se le dificultan más y tratar de reforzarlas, una vez identificadas el sujeto debe ser capaz de disminuir los tiempos de respuesta.

Figuras geométricas

- Material:*
- ◆ Tarjetas de 10x15 cm. aproximadamente, que contengan tres figuras geométricas como cuadrados, rectángulos, círculos y triángulos, cada uno de diferente color
 - ◆ Hojas blancas
 - ◆ Colores

Descripción:

1. El Coordinador presentará al individuo una tarjeta por 5 segundos y enseguida la retirará de su vista.
2. Después le pedirá al individuo que sobre una hoja blanca dibuje las figuras que observó en la tarjeta, respetando el orden y color de cada figura.
3. Posteriormente el Coordinador irá presentando al participante cada una de

las tarjetas bajo la misma dinámica.

Adecuación: El Coordinador podrá aumentar y/o disminuir el tiempo de presentación de cada tarjeta según la habilidad del individuo.

Evaluación: El sujeto deberá acertar el 80% de las veces.

Descripción verbal de personas

Material: Mínimo siete personas

Descripción:

1. El Coordinador colocará de pie a los integrantes formando un círculo.
2. El Coordinador pedirá que cada integrante diga un número para ver quién comenzará la dinámica, él elegirá a la persona sin importar el criterio que haya tomado en cuenta.
3. El Coordinador pedirá a la persona elegida que describa a un integrante del círculo, dando tres características de éste y los demás deberán adivinar a qué persona está describiendo. Si los participantes no logran adivinar de qué persona se trata, se podrá ir incrementando una característica a la vez.
4. El primero en adivinar será quien continúe con la dinámica, sin importar si las personas se repiten, pero procurando que todos participen.

Adecuación: La actividad se podrá trabajar de manera individual, de manera que el Coordinador será quien describa un objeto que se encuentre en el lugar donde estén trabajando.

Evaluación: Los sujetos serán capaces de adivinar y describir a dos personas.

Trazos en colores

Material:

- ◆ Tarjetas de 10x15 cm aproximadamente, que contengan dos letras semejantes (pueden ser m-n, b-d, t-l, n-h, x-y)
- ◆ Hojas blancas
- ◆ Lapicero

Descripción:

1. El Coordinador proporcionará al individuo una cierta cantidad de tarjetas.

2. El Coordinador dará la instrucción de que por cada letra de sus tarjetas deberá escribir al menos 3 palabras que inicien con esa letra.
3. Posteriormente se le dará la instrucción al individuo de que deberá realizar una historia utilizando la lista de palabras previamente realizada.

Adecuación: El Coordinador podrá repartir la cantidad de tarjetas y pedir el número de palabras que crea conveniente para realizar la historia.

Evaluación: Los participantes deberán integrar al menos el 80% de las palabras en la historia.

Ritmo

Material: Figuras como círculos, cuadrados, triángulos y rectángulos en relieve (madera, foamy o lego), aproximadamente 6 de cada una.

Descripción:

1. El Coordinador acomodará sobre una superficie plana las figuras intercaladas, de manera que se tengan como mínimo 3 filas con la misma cantidad de figuras cada una.
2. Una vez acomodadas, el Coordinador asignará un sonido a cada figura (círculo, cuadrado, triángulo y rectángulo).
3. La actividad comienza de manera que el Coordinador irá señalando cada figura de cada una de las filas y el sujeto hará el sonido correspondiente a cada una de ellas.
4. Se podrá hacer una variación pidiendo al sujeto que cierre los ojos mientras el Coordinador realiza los sonidos de una fila, posteriormente le pedirá al sujeto que adivine la línea de la cual hizo los sonidos.
5. La actividad se podrá repetir cuantas veces lo considere el Coordinador.

Adecuación: Si no se cuenta con figuras en relieve, éstas se podrán dibujar en una hoja blanca.

Evaluación: El sujeto acertará un 80% de las veces.

Letras similares

- Material:*
- ◆ Tira de cartón con letras impresas: d, m, b, n, o, a, p.
 - ◆ Las mismas letras impresas en cuadros de cartulina

Descripción:

1. El Coordinador le proporcionará al participante una tira de cartón con las letras impresas.
2. Le dará también las mismas letras impresas en cuadros de cartulina.
3. Se le indicará al individuo que debe colocar la letra correspondiente en la tira de cartón.

Adecuación: El número de letras puede aumentar de acuerdo a la capacidad del participante

Evaluación: El sujeto asociará correctamente el 75% de las letras.

Letras que se repiten

- Material:*
- ◆ Hojas blancas de papel con 10 columnas y 8 filas (aproximadamente) con letras de la “A” a la “Z”.
 - ◆ Bolígrafo, lápiz o color.

Descripción:

1. El Coordinador proporcionará una hoja con letras impresas (de preferencia).
2. Se le pedirá al individuo que tache o circule cierta letra, por ejemplo, la letra D.
3. La actividad se podrá repetir cuantas veces lo considere el Coordinador, cambiando las letras que deberá ubicar el individuo.

Adecuación: La actividad se podrá trabajar en la misma hoja, identificando diferentes letras con diferentes colores cada una; también se podrá pedir que identifiquen letras mayúsculas, minúsculas, vocales y/o consonantes.

Evaluación: El individuo acertará el 85% de las veces.

Números que se repiten

Material: ♦ Hojas blancas de papel con 15 columnas y 10 filas (aproximadamente) de números del 0 al 9.

♦ Bolígrafo, lápiz o color.

Descripción:

1. El Coordinador proporcionará una hoja con números impresos (de preferencia).
2. Se le pedirá al individuo que tache o circule cierto número, por ejemplo, el número 7.
3. La actividad se podrá repetir cuantas veces lo considere el Coordinador, cambiando los números que deberá ubicar el individuo.

Adecuación: La actividad se podrá trabajar en la misma hoja, identificando diferentes números con diferentes colores cada uno.

Evaluación: El individuo acertará el 85% de las veces.

El número repetido

Material: ♦ Hoja con números

♦ Lápiz

Descripción:

1. El Coordinador entregará en una hoja de papel grupos de números como los siguientes:

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 82325 | 82545 | 82735 | 82325 | 83325 |
| 91348 | 91358 | 92348 | 74625 | 91348 |
| 12712 | 12212 | 12712 | 12812 | 74512 |
| 32684 | 32644 | 31684 | 47512 | 32684 |

2. Los grupos de números de cada línea deben parecerse entre sí
3. Se le indicará al individuo que se fije en el primer grupo de números de cada línea y tache el que esta repetido en la misma línea lo más rápido posible.

Adecuación: Los grupos de números de cada línea pueden aumentar o disminuir, así como también los dígitos de cada cifra, esto de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

Evaluación: El individuo deberá acertar 80% de los grupos de números presentados.

Siguiendo instrucciones

Material: No es necesario ningún material

Descripción:

1. El Coordinador dará algunas instrucciones al individuo, por ejemplo:
 - ◆ Tócate la nariz, siéntate y ponte de pie
 - ◆ Date una vuelta, toca los dedos de tus pies y siéntate
 - ◆ Cierra los ojos, abre la boca y ponte de pie
 - ◆ Brinca, siéntate y cierra los ojos
2. El individuo deberá ejecutar las instrucciones de acuerdo a la secuencia dada.

Adecuación: Las instrucciones pueden ser menos o más amplias según se considere adecuado.

Evaluación: El individuo recordará correctamente por lo menos dos de las tres instrucciones que se le den.

Memorama de animales

Material:

- ◆ 20 fichas con dibujos de diferentes animales
- ◆ Ruleta con círculos de colores alrededor (azul, verde, amarillo, rojo)
- ◆ Vaso azul, verde, amarillo y rojo

Descripción:

1. Esta actividad puede trabajarse con más de un individuo.
2. Todos los individuos hacen girar la ruleta y al primero que le toque el color rojo comenzará, el jugador a seguir será el que se encuentre a su derecha.

3. El Coordinador debe colocar cuatro fichas sobre la mesa, de manera que todos las vean.
4. Las fichas se tapan con los vasos de colores y se hace girar la ruleta.
5. Al participante que le tocó el turno de inicio tendrá que recordar qué animal está debajo del vaso del color marcado en la ruleta.
6. Si el participante acertó, tomará la ficha y se quedará con ella; el Coordinador debe colocar otra ficha alternando los vasos sobre ellas y se hace girar la ruleta dándole el turno de elegir al jugador de la derecha.
7. En caso de que el participante no acierte, se tapan nuevamente las fichas cambiando el orden de los colores de los vasos y se hace girar la ruleta dando el turno al participante de la derecha.
8. Gana el participante que tenga más fichas al finalizar.

Adecuación: Si el Coordinador observa gran dificultad para acertar por parte de los participantes, puede ocupar únicamente tres vasos, por el contrario si observa gran habilidad, puede aumentar el número de vasos que cubran las fichas.

Evaluación: Los participantes deberán acertar al menos 80% de las veces.

¿Dónde quedó la moneda?

Material:

- ◆ Vasos iguales no transparentes
- ◆ Una moneda

Descripción:

1. El Coordinador debe colocar una moneda debajo de uno de los vasos a la vista del individuo.
2. Se le indicará al participante que ponga atención a los movimientos que se harán, de manera que no pierda de vista el vaso en donde está la moneda.
3. El Coordinador debe hacer varios movimientos de los vasos, de manera que queden ubicados de manera diferente.
4. El individuo debe decir en qué vaso está la moneda.

Adecuación: El número de vasos y repeticiones será de acuerdo a las necesidades del individuo.

Evaluación: El individuo deberá acertar un 80% de las veces.

Caras iguales

Material: Dibujos de caras sonrientes y de caras tristes (ambas deben ser el mismo modelo)

Descripción:

1. El Coordinador va a indicar que la cara con sonrisa significa “igual” y la cara triste significará “diferente”.
2. Posteriormente el Coordinador le va a presentar al individuo 4 caras sonrientes y dos tristes en una sola línea y en el orden que prefiera.
3. El individuo deberá nombrar en voz alta y lo más rápido posible “igual” o “diferente” según sea la carita que se presente.

Adecuación: El número de caras puede ir en aumento según se requiera.

Evaluación: El individuo acertará correctamente al menos 80% de las caras.

El espantado

Material:

- ◆ Usa una pista de música para aprender mejor.
- ◆ Un espacio amplio donde puedas moverte con facilidad.

Descripción: El Coordinador le dará las siguientes instrucciones al individuo:

- ◆ Abre tus piernas moderadamente.
- ◆ Abre totalmente los dedos de tus manos y de los pies hasta sentir un poquito de dolor.
- ◆ Sobre las puntas de los pies estira tus brazos hacia arriba, lo más alto que puedas.
- ◆ Al estar muy estirado el individuo le dirás, que tome aire y lo guarde durante diez segundos, estirándose más o echando su cabeza atrás.
- ◆ A los diez segundos le pedirás que expulse el aire con un pequeño grito y que afloje hasta bajo sus brazos y su cuerpo, como si se dejara caer.

Adecuación: El Coordinador podrá cambiar los tiempos y ritmos al igual que las

repeticiones de las series.

Evaluación: El individuo tendrá que realizar la actividad en un 90%.

Tensar y destensar

Material: Usa un tema musical de fondo: “Mozart para aprender mejor”

Descripción:

1. Le pedirás al individuo que este ejercicio de preferencia lo haga en una silla, en una postura cómoda con la columna recta y sin cruzar las piernas.
2. Ahora le darás las siguientes instrucciones:
 - ◆ Que tense los músculos de los pies, junto con los talones, luego las pantorrillas, las rodillas, y que tense la parte superior de las piernas.
 - ◆ Ahora los glúteos, el estómago, el pecho, los hombros.
 - ◆ Le dirás que apriete los puños y tense sus manos, sus brazos y que los cruce.
 - ◆ Ahora que tense los músculos del cuello, que apriete sus mandíbulas, que tense el rostro cerrando los ojos y frunciendo el ceño hasta el cuero cabelludo.
 - ◆ Una vez que esté todo su cuerpo en tensión, que tome aire y lo retenga diez segundos, mientras tensa al máximo todo el cuerpo.
 - ◆ Después de diez segundos que expulse el aire aflojando totalmente el cuerpo.

Adecuación: El Coordinador podrá modificar los tiempos, la pista e incluso solo manejar ciertas partes del cuerpo dependiendo de las necesidades del sujeto.

Evaluación: Tendrá que realizar al menos en un 80% la actividad sin equivocarse.

El Peter Pan

Material: Usa como fondo musical cantos gregorianos.

Descripción: El Coordinador dará las siguientes instrucciones:

- ◆ Toma ambas orejas por las puntas.

- ◆ Tira hacia arriba y un poco hacia atrás.
- ◆ Mantenlas así por un espacio de veinte segundos.
- ◆ Descansa brevemente.
- ◆ Repite el ejercicio unas tres veces.

Adecuación: El Coordinador de acuerdo a su juicio modificará el ritmo y las repeticiones al igual que la pista.

Evaluación: El individuo tendrá que realizar el ejercicio en un 90%.

El Pinocho

Material: Un espacio libre.

Descripción: El Coordinador dará las siguientes instrucciones:

- ◆ Inhala aire por la nariz y frótala rápidamente diez veces.
- ◆ Exhala ya sin frotarla.
- ◆ Repite el ejercicio cinco veces o más.
- ◆ Cada vez que lo hagas nota si el aire que tomas entra por ambas fosas nasales.

Adecuación: Dependiendo del ritmo del individuo se aumentarán el número de repeticiones.

Evaluación: Por la sencillez del ejercicio, el individuo la tendrá que realizar un 100%.

Viso-construcciones

Material: Hojas puestas de manera horizontal con dos columnas; en la columna de la izquierda se presentará una figura de preferencia impresa, por ejemplo un árbol (compuesto por un triángulo y un rectángulo), y la columna de la derecha deberá estar vacía.

Descripción:

1. El Coordinador proporcionará al individuo una hoja con una figura impresa.
2. Le pedirá que la observe y que la dibuje en la columna derecha.

3. La actividad se podrá repetir con otras figuras, pasando de sencillas a más complejas.

Adecuación: La actividad se podrá realizar sustituyendo las hojas impresas por figuras recortadas.

Evaluación: El individuo repetirá las figuras correctamente en un 90% de las veces.

Peces de la misma especie

- Material:*
- ◆ Hoja blanca impresa con figuras de peces de diferente especie, cuidando que de una especie haya un pez, de otra dos, y así sucesivamente hasta llegar a 10 especies y diez peces de ésta última. Los peces se acomodarán en toda la hoja y los tamaños variarán entre chicos, medianos y grandes. Para hacer más atractivo el diseño, se sugiere simular un mar de fondo y probablemente una persona pescando.
 - ◆ Colores.

Descripción:

1. El Coordinador proporcionará al individuo una hoja con peces.
2. Le pedirá que de la especie que haya sólo un pez, lo coloree de un color en específico, por ejemplo naranja.
3. Posteriormente le pedirá que de la especie que haya dos peces sin importar el tamaño, los coloree de otro color, por ejemplo rosa.
4. La actividad se irá repitiendo cambiando de color según el número de peces de la misma especie.

Adecuación: La actividad se puede modificar cambiando los peces por otros dibujos y especificando en la misma hoja el color del cual se deben colorear los peces de una misma especie.

Evaluación: El individuo acertará un 85% de las veces.

ACTIVIDADES QUE TRABAJAN TRES O CUATRO LÓBULOS (VER ANEXO 1)

El A, B y C

- Material:*
- ◆ Una hoja de papel.
 - ◆ Música Barroca para aprender mejor.

Descripción:

1. Se le pedirá al individuo que dibuje un abecedario en mayúsculas y pegue su hoja a nivel de sus ojos.
2. Debajo de cada letra deberá colocar las letras “d, i, j” al azar, que quieren decir: d=derecho: brazo derecho; i=izquierdo: brazo izquierdo y j=juntos: ambos brazos.
3. Se le pedirá que escriba estas tres letras en minúsculas cuidando que no esté debajo de la “D” la “d” minúscula, de la “I” la “i” minúscula y de la “J” la “j”.
4. Ya que el individuo ha pegado su hoja en la pared a la altura de sus ojos, se le pedirá que lea el abecedario, indicándole que mientras lee en voz alta la letra, “A” se fije de la letra que hay debajo, por ejemplo: si abajo hay una “d”; entonces deberá subir su brazo derecho y después bajarlo; si hay una “i” sube el brazo izquierdo y lo baja y si hay una “j”, sube ambos brazos y luego lo baja; de este modo deberá hacerlo hasta llegar a la Z.
5. Cuando el individuo haya llegado a la “Z”, a buen ritmo, se le pedirá que empiece de nuevo el ejercicio, ahora desde la “Z” a la “A”.
6. Si en el trayecto de la “A” a la “Z” se equivoca, se le pedirá que se sacuda y vuelva a empezar, escogiendo su propio ritmo, hasta que llegue a la “Z”.

Adecuación: El Coordinador podrá disminuir la complejidad, por ejemplo si en el abecedario son 27 letras, sólo realizar la actividad con 13 letras o por el contrario aumentar la complejidad intercalando las letras.

Evaluación: El individuo tendrá que realizar la actividad por lo menos en un 70%.

Nudos

- Material:*
- ◆ Un espacio libre donde puedan moverse.
 - ◆ Utiliza como fondo, algún tema de naturaleza musical.

Descripción:

1. El Coordinador pedirá al individuo que cruce sus pies, en equilibrio.
2. Se le pedirá que estire sus brazos hacia enfrente, separados uno del otro.
3. Después se le pedirá que coloque las palmas de sus manos hacia afuera y los pulgares apuntando hacia abajo.
4. Posteriormente deberá entrelaza sus manos llevándolas hacia el pecho poniendo sus hombros hacia abajo.
5. Mientras mantiene esta posición apoyará la lengua arriba, en la zona media del paladar, durante 60 segundos.

Adecuación: El Coordinador podrá cambiar el tema musical y aumentar los tiempos y/o disminuirlos.

Evaluación: El individuo tendrá que completar la actividad en un 90%.

Ochitos acostaditos

Material:

- ◆ Una hoja grande de papel.
- ◆ Un lápiz.

Descripción: El Coordinador dará las siguientes instrucciones al individuo:

- ◆ Dibuja un ocho acostado empezando por el centro (donde se cruzan las líneas) y de ahí hacia arriba a la derecha.
- ◆ Cada vez que muevas tu mano, tu ojo debe seguir ese movimiento; si tu ojo tiende a ir más rápido que tu mano, aumenta la velocidad de ésta, lo importante es que tu ojo siga a tu mano y no la pierda de vista.
- ◆ Repite tres veces ese movimiento sobre el mismo ocho que dibujaste inicialmente.
- ◆ Usando tu ocho inicial, cambia la dirección contraria (abajo a la izquierda).
- ◆ Repite tres veces este movimiento.

Adecuación: El Coordinador podrá modificar los tiempos, ritmos y aumentar la velocidad.

Evaluación: El individuo tendrá que seguir de manera correcta las instrucciones en un 80%.

El elefante

Material: Utiliza un fondo musical de Mozart para aprender mejor.

Descripción: El Coordinador dará al individuo las siguientes instrucciones:

- ◆ Que recargue su oído derecho sobre el hombro derecho y deje caer el brazo.
- ◆ Ahora que mantenga su cabeza apoyando su oreja en su hombro.
- ◆ Que extienda bien su brazo derecho como si fuera a recoger algo del suelo.
- ◆ Se le pedirá que relaje sus rodillas abra sus piernas y flexione su cadera.
- ◆ Y que tendrá que dibujar, con todo su brazo y con la cabeza, tres ochos acostados en el suelo empezando por la derecha.
- ◆ Se le pedirá que permita que sus ojos sigan el movimiento de su brazo y que el centro del ocho (donde se cruzan las líneas) quede frente a él.
- ◆ Se le dirá que si su ojo vas más rápido que su brazo y cabeza, disminuya la velocidad de su ojo.
- ◆ Tendrá que repetir el ejercicio en dirección contraria tres veces.
- ◆ Por ejemplo que cambie la posición, ahora con el brazo izquierdo y apoyando su cabeza en el hombro izquierdo.
- ◆ Y que dibuje tres ochos a la izquierda y luego a la derecha.

Adecuación: El Coordinador manipulará los tiempos y las repeticiones de acuerdo las necesidades del individuo.

Evaluación: Tendrá que tener el individuo al menos 80% de coordinación durante la actividad.

Ochitos con los dedos

Material: Usa un tema musical para aprender mejor.

Descripción: El Coordinador dará las siguientes instrucciones:

- ◆ El Coordinador le pedirá que mantenga su brazo derecho o izquierdo ligeramente estirado apuntando con su dedo pulgar
- ◆ Que mantenga la cabeza sin movimiento y mueva sólo los ojos.
- ◆ Que siga con sus ojos su dedo pulgar mientras dibuja un ocho acostado.
- ◆ Le dirá que el centro del ocho debe quedar frente a su rostro.
- ◆ Le pedirá que repita el ejercicio tres veces.
- ◆ Ahora le dará la instrucción que haga el ocho hacia el lado izquierdo y lo repita tres veces.
- ◆ Que cambie su brazo y que repita el ejercicio exactamente igual.

Adecuación: El Coordinador decidirá con qué mano empezar y las repeticiones que deberá seguir el individuo.

Evaluación: El individuo tendrá que seguir las instrucciones de forma correcta en un 80%.

El grito energético

Material: Un espacio en el cual se sientan tranquilos de preferencia un área verde donde estén en contacto con la naturaleza.

Descripción:

1. El Coordinador le pedirá que abra la boca todo lo que pueda y que grite muy fuerte: ¡AAAAHHHH!
2. Al igual que grite durante un minuto con todas tus fuerzas.

Adecuación: El Coordinador manipulará los tiempos en orden ascendente, hasta llegar a cambiar el espacio para realizar la actividad.

Evaluación: El individuo completará la actividad en un 100%.

Dulces de colores

Material: Dulces de colores: rojo, verde, anaranjado, amarillo, café.

Descripción:

1. El Coordinador colocará cinco dulces de colores diferentes en una línea.
2. Se le pedirá al individuo que observe detenidamente el orden.
3. Posteriormente se le pedirá al individuo que se voltee, mientras tanto el Coordinador retirará uno de los dulces.
4. El individuo vuelve a voltear para identificar de qué color es el dulce que falta.

Adecuación: Los colores pueden variar, también pueden ser más de cinco e ir aumentando la cantidad de acuerdo a la capacidad del participante.

Evaluación: El participante deberá acertar correctamente el color que falta, 80% de las veces.

Arreglar la línea

Material: Se necesitan al menos 5 individuos

Descripción:

1. El Coordinador formará en línea a los individuos, donde uno de ellos observará esta acción.
2. Posteriormente se deberá cubrir los ojos el que observa, para que el Coordinador pueda cambiar de lugar a los individuos en línea.
3. Se le pedirá que vuelva a observar y que acomode a los individuos en el orden original.

Adecuación: El número de individuos puede aumentar o disminuir de acuerdo a la capacidad del participante.

Evaluación: El participante recordará correctamente el orden de los individuos colocándolos en sus respectivos lugares 80% de las veces.

Reproducción de figuras

- Material:*
- ◆ Hojas de papel
 - ◆ Lápiz
 - ◆ Tarjetas con dibujos sencillos (casa, ventana, vaso, animales, etc.)

Descripción:

1. El Coordinador mostrará al individuo tres tarjetas durante 5 segundos.
2. Posteriormente el Coordinador le pedirá al individuo que reproduzca en las hojas de papel las figuras que observó en las tres tarjetas a través de dibujos.

Adecuación: El número de diseños que se muestran pueden aumentar o disminuir de acuerdo a las necesidades del individuo.

Evaluación: El individuo deberá acertar un 75% de los dibujos mostrados.

Tacha la palabra que sobra

Material: Tarjetas de cartulina

Descripción:

1. El Coordinador repartirá a los individuos las tarjetas con las siguientes palabras y les dará la indicación de que deben marcar con una X la palabra que crean que no tiene relación con las demás:
 - ◆ Rugoso
 - Áspero
 - Tenaz
 - Liso
 - ◆ Enredo
 - Lio
 - Confusión
 - Carácter
 - ◆ Bronce
 - Aluminio
 - Hierro

Cobre
Madera

- ◆ Ramificación
- Acontecimiento
- Evento
- Suceso
- Fenómeno

2. Posteriormente el Coordinador le pedirá a los individuos narrar una historia con algunas palabras que se usaron.

Adecuación: El Coordinador puede usar palabras que sean sinónimos y antónimos, objetos que se puedan encontrar en algún lugar, nombres de personajes históricos etc.

Evaluación: El individuo debe de identificar el 80% de las palabras que no tengan relación, así como marcar con una X, si marca con una paloma o un círculo, el resultado será considerado como erróneo.

Recordar la secuencia de los nombres de objetos y aumentar un nuevo objeto

- Material:*
- ◆ Hojas blancas
 - ◆ Lápices y/o colores

Descripción:

1. El Coordinador inicia el juego diciendo: “subí a la montaña y vi un... (nopal)”
2. Uno de los individuos continuará diciendo: “subí la montaña y vi un nopal y una... (piedra)”.
3. El siguiente individuo repite la frase anterior y le añade una palabra más.
4. Este juego debe jugarse con un número reducido de participantes para que la serie de objetos no se haga muy larga, se recomienda que se trabaje con grupos de 10 a 15 personas.
5. Se puede pedir de manera azarosa que los individuos expongan las frases anteriores y la propia.
6. A continuación algunos ejemplos de frases con las que el Coordinador puede empezar

- ◆ Fui a un establo y vi un... (becerro)
- ◆ Fui al zoológico y vi una... (cebra)
- ◆ Mi mamá fue a la tienda y me compró unos... (zapatos)
- ◆ Para mi cumpleaños me regalaron un... (carrito)
- ◆ Camino de la escuela vi... (un perro)
- ◆ Esta mañana en el desayuno me comí un... (huevo)
- ◆ Hablaré por teléfono con... (Tomás)
- ◆ Voy a hacer un dibujo y necesitaré... (papel)

Adecuación: Para esta actividad el Coordinador puede utilizar las frases para la elaboración de un cuento, donde los individuos escriban todas las frases dichas y se expongan ante el grupo.

Evaluación: El individuo recordará el 75% del total de la secuencia

Mejorar la expresión verbal

Descripción:

1. El Coordinador le preguntará a uno de los individuos “¿Qué hiciste antes de venir aquí?” y puede preguntar “¿Qué harás cuando salgas?”
2. El Coordinador le pedirá al individuo que muestre con su cuerpo qué es lo que hizo para venir aquí.
3. El individuo dirá que se levantó, se bañó, se puso los calcetines, desayunó, etc., y al mismo tiempo lo reproduce con mímica
4. Esto se puede repetir con varios individuos

Adecuación: El Coordinador puede preguntar varias cosas, no sólo enfocarse en lo que hizo antes de llegar, también puede expresar actividades diarias, como la hora de comer, bañarse etc.

Evaluación: El individuo describirá por lo menos 3 acciones.

Detalles de un cuento

- Material:*
- ◆ Hojas de papel.
 - ◆ Lápices de colores y/o plumones.

Descripción:

1. El Coordinador leerá el título del cuento "El Cuervo" de Edgar Allan Poe; posteriormente preguntará a los individuos ¿De qué creen que trate el texto?, después de la lluvia de ideas, se dará comienzo a la narración:

«Cierta noche aciaga, cuando, con la mente cansada, meditaba sobre varios libracos de sabiduría ancestral y asentía adormecido, de pronto se oyó un golpe, como si alguien muy suavemente llamara a mi portal.

"Es un visitante" -me dije-, "que está llamando al portal; sólo eso y nada más."

¡Ah, recuerdo tan claramente aquel desolado diciembre!

Cada chispa resplandeciente dejaba un rastro espectral.

Yo esperaba ansioso el alba, pues no había hallado calma en mis libros, ni consuelo a la pérdida abismal de aquella a quien los ángeles, Leonor podrán llamar y aquí nadie nombrará.

Cada crujido de las cortinas purpúreas y cetrinas me embargaba de dañinas dudas y mi sobresalto era tal que, para calmar mi angustia repetí con voz mustia:

"No es sino un visitante que ha llegado a mi portal; un tardío visitante esperando en mi portal. Sólo eso y nada más".

Mas de pronto me animé y sin vacilación hablé:

"Caballero" -dije-, "o señora, me tendréis que disculpar pues estaba adormecido cuando oí vuestro llamado y tan suave había sido vuestro golpe en mi portal que dudé de haberlo oído...", y abrí de golpe el portal: sólo sombras, nada más.

La noche miré de lleno, de temor y dudas pleno, y soñé sueños que nadie osó soñar jamás; pero en este silencio atroz, superior a toda voz, sólo se oyó la palabra "Leonor", que yo me atreví a susurrar... sí, susurré la palabra "Leonor" y un eco volvió a nombrar.

Sólo eso y nada más.

Aunque mi alma ardía por dentro regresé a mis aposentos pero pronto aquel golpe se escuchó más pertinaz.

Esta vez quien sea que llama ha llamado a mi ventana; veré pues de qué se trata, que misterio habrá detrás.

Si mi corazón se aplaca lo podré desentrañar. ¡Es el viento y nada más!»

2. Se puede interrumpir la narración para preguntarles a los individuos ¿Qué creen que sea?, ¿alguna vez han escuchado sonidos que produzcan miedo?, ¿Qué podría pasar en el cuento?

3. (Se continúa la narración)

«Mas cuando abrí la persiana se coló por la ventana, agitando el plumaje, un cuervo muy solemne y ancestral.

Sin cumplido o miramiento, sin detenerse un momento, con aire envarado y grave fue a posarse en mi portal, en un pálido busto de Palas que hay encima del umbral; fue, posó y nada más.

Esta negra y torva ave tocó, con su aire grave, en sonriente extrañeza mi gris solemnidad.

"Ese penacho rapado" -le dije-, "no te impide ser osado, viejo cuervo desterrado de la negrura abisal; ¿cuál es tu tétrico nombre en el abismo infernal?"

Dijo el cuervo: "Nunca más".

Que un ave zarrapastrosa tuviera esa voz virtuosa sorprendióme aunque el sentido fuera tan poco cabal, pues acordaréis conmigo que pocos habrán tenido la ocasión de ver posado tal pájaro en su portal.

Ni ave ni bestia alguna en la estatua del portal que se llamara 'Nunca más'.

Mas el cuervo, altivo, adusto, no pronunció desde el busto, como si en ello le fuera el alma, ni una sílaba más.

No movió una sola pluma ni dijo palabra alguna hasta que al fin musité: "Vi a otros amigos volar; por la mañana él también,

cual mis anhelos, volará".

Dijo entonces: "Nunca más".

Esta certera respuesta dejó mi alma traspuesta; "Sin duda - dije-, repite lo que ha podido acopiar del repertorio olvidado de algún amo desgraciado que en su caída redujo sus canciones a un refrán: "Nunca, nunca más". Como el cuervo aún convertía en sonrisa mi porfía, planté una silla mullida frente al ave y el portal; y hundido en el terciopelo me afané con recelo en descubrir qué quería la funesta ave ancestral al repetir: "Nunca más".

Esto, sentado, pensaba, aunque sin decir palabra al ave que ahora quemaba mi pecho con su mirar; eso y más cosas pensaba, con la cabeza apoyada sobre el cojín purpúreo que el candil hacía brillar.

¡Sobre aquel cojín purpúreo que ella gustaba de usar, y ya no usará nunca más!

Luego el aire se hizo denso, como si ardiera un incienso mecido por serafines de leve andar musical.

"¡Miserable!" -me dije-. "¡Tu Dios estos ángeles dirige hacia ti con el filtro que a Leonor te hará olvidar!"

"¡Bebe, bebe el dulce filtro, y a Leonor olvidarás!".

Dijo el cuervo: "Nunca más".

"¡Profeta!" -grité-, "ser malvado, profeta eres, diablo alado! ¿Del Tentador enviado o acaso una tempestad trajo tu torvo plumaje hasta este yermo paraje, a esta morada espectral? ¡Mas te imploro, dime ya, dime, te imploro, si existe algún bálsamo en Galaad!"

Dijo el cuervo: "Nunca más".

"¡Profeta!" -grité-, "ser malvado, profeta eres, diablo alado!"

"Por el Dios que veneramos, por el manto celestial, dile a este desventurado si en el Edén lejano a Leonor, ahora entre ángeles, un día podré abrazar".

Dijo el cuervo: "¡Nunca más!".

"¡Diablo alado, no hables más!", dije dando un paso atrás; "¡Que la tromba te devuelva a la negrura abisal! ¡Ni rastro de tu plumaje en recuerdo de tu ultraje quiero en mi portal! ¡Deja en paz mi soledad! ¡Quita el pico de mi pecho y tu sombra del portal!"

Dijo el cuervo: "Nunca más".

Y el impávido cuervo osado aún sigue, sigue posado, en el pálido busto de Palas que hay encima del portal; y su mirada aguileña es la de un demonio que sueña, cuya sombra el candil en el suelo proyecta fantasmal; y mi alma, de esa sombra que allí flota fantasmal, no se alzaré... ¡nunca más!»

4. Al finalizar la lectura se continúan con las preguntas por parte del Coordinador
- ◆ ¿Por qué creen que el cuervo entró a su casa?
 - ◆ ¿Le entendiste a todas las palabras?
 - ◆ ¿Cómo crees que sería el cuervo?
 - ◆ ¿Cuál es la actitud del personaje principal?
 - ◆ ¿Quién es Leonor?
 - ◆ ¿Si tú fueras el personaje principal que hubieras hecho?

Adecuación: El Coordinador puede pedir a los individuos que dibujen a los personajes de la historia, como también que hagan una nueva historia a partir del dibujo realizado

Evaluación: El individuo debe responder correctamente al 80% de las preguntas

Ordena las palabras para que las frases tengan sentido

Material:

- ◆ Cartulinas
- ◆ Marcadores

Descripción:

1. El Coordinador les dictará y pedirá a los individuos que escriban en la cartulina las siguientes frases:
 - ◆ cerrada la está puerta no del coche

- ◆ hoy luna la preciosa está
 - ◆ fiesta creo la que a no ir voy a
 - ◆ mañana matemáticas un examen que estudiar tengo de
 - ◆ en la revistas compre librería y libros varios
 - ◆ Raquel esta amiga voy tarde a bañarme a ir a la piscina de mi
2. Pedirá a los individuos que ordenen de manera adecuada las frases
 3. Se le puede pedir a los individuos que inventen nuevas frases en desorden para que sus compañeros las ordenen, se recomienda que la actividad se realice en grupo.

Adecuación: El Coordinador puede hacer tarjetas que los individuos deban unir como si fuera un rompecabezas de frases.

Evaluación: Los individuos deben dar respuesta correcta al 80% de las frases.

Termina la historia

- Material:*
- ◆ Hojas de papel
 - ◆ Lápices o marcadores

Descripción:

1. El Coordinador, le pedirá a los participantes que se sienten con los ojos cerrados
2. Posteriormente leerá el fragmento de un cuento titulado “Fuera de este mundo”:

«"Algún día" -pensó- "encontraré un planeta agradable, una especie de planeta paraíso en el que el clima siempre sea perfecto y en el que haya comida siempre al alcance y donde los nativos sean inteligentes, para poder charlar con ellos y acompañarnos de otras maneras. Si lo encontrara jamás lo dejaría. Me negaría a marcharme cuando mi nave estuviera lista para partir. Viviría mis días en un rincón fascinante de una mugrosa galaxia, una galaxia descarnada por el hambre y loca de salvajismo y la soledad más allá de todo lo que pueda expresarse de la soledad.”

Salió de su ensueño para ver a Jackson parado en el borde

del pabellón, mirándolo.

-“¿Qué sucede, Jackson?” – Preguntó Decker -con repentina amargura- “¿Por qué no estás...?”

-“Traen a un nativo, señor”- explicó Jackson, sin aliento. “Una de esas cosas que vieron Waldron y Dickson. Los robots lo atraparon señor.”

El nativo era humanoide, pero no humano.

Como había dicho Waldron y Dickson era un hombre de palo, con una extensión de carne y hueso del dibujo que podría hacer un niño de cuatro años. Era tan negro como el as de espadas y no llevaba ropa de algún tipo, pero los ojos que miraban a Decker desde la cabeza con forma de calabaza brillaban con una luz que podría ser inteligencia.

Decker se tensó al ver esos ojos, luego desvió la mirada, vio a los hombres parados en silencio en torno al pabellón, esperando, tan tensos como él.

Lentamente Decker extendió la mano a una de las diademas gemelas del mentógrafo. Sus dedos se cerraron sobre ella y por un momento, sintió una renuencia vaga pero contundente a colocarla en su cabeza.

Ponerse en contacto o intentar ponerse en contacto con una mente alienígena era perturbador. Causaba una sensación de náuseas en la boca del estomago. Era algo, pensó, que el hombre no estaba diseñado para realizar jamás, una experiencia que era completamente ajena a cualquier experiencia humana.

“Valor”, pensó Decker, puro y simple; es lo que necesita para estar aquí parado aquí, en este entorno que le es súbitamente desconocido y que surgió casi de la noche a la mañana, en su sitio familiar, sin moverse y muy derecho, rodeado de criaturas que deben parecerle salidas de alguna espantosa pesadilla.

El humanoide dio un paso para acercarse a la mesa, estiró la mano y tomó la diadema. Manipulando con torpeza el aparato desconocido, se lo colocó en la cabeza. Y ni por un solo instante, sus ojos se apartaron de los de Decker, siempre

alertas y vigilantes.

Decker se obligó a relajarse, trató de forzar su mente a una actitud de calma y paz. Era algo con lo que había de tener cuidado. No había que asustar a las criaturas, sino atraerlas, tranquilizarlas, hacerlas sentir tu amistad.

Estarían perturbadas y asustadas y un pensamiento repentino, la más mínima indicación de brusquedad humana, podían ponerlos más tensos que el cuero de un tambor.

“Este es inteligente”, se dijo así mismo teniendo buen cuidado de mantener su mente serena, más inteligente de lo que uno pensaría al mirarlo. Lo bastante inteligente para saber que tenía que ponerse la diadema... y con el valor suficiente para hacerlo.

Recibió el primer y débil atisbo mental del hombre de palo y sintió cómo, repentinamente, se le encogía la boca del estómago y que se le clavaba un dolor en la barriga. No había nada en la imagen que recibió, nada que pudiera poner en palabras, pero había esa sensación de algo desconocido, como un aroma extraño, tenía una connotación no humana que te ponía los pelos de punta, luchó por controlar la negra náusea causada por el repulsivo disgusto que trataba de acabar con la perfecta imagen de amistad que tenía en mente.

-“Somos amistosos” -se obligó a pensar Decker- “somos amistosos. Somos amistosos, somos amistosos. Somos...”

-“No debieron haber venido” -dijo el pensamiento del hombre de palo

-“No te haremos daño” -pensó Decker- “somos amistosos. No te lastimaremos. No te lastimaremos...”

-“No se irán jamás” -dijo el humanoide

-“Seamos amigos” -pensó Decker- “seamos amigos. Tenemos regalos. Les ayudaremos. Podemos...”

-“No debieron haber venido” -dijo el pensamiento del hombre de palo- “pero como ya están aquí, no podrán marcharse”

“Síguele la corriente” -se dijo así mismo Decker- “síguele la

corriente. Síguele la corriente”

-“Muy bien” -pensó-. “entonces nos quedaremos y seremos amigos. Nos quedaremos y les enseñaremos. Les daremos las cosas que hemos traído para ustedes y nos quedaremos con ustedes”

-“No se marcharán -dijo el pensamiento del hombre de palo y había algo en la manera en la que lo expuso aquel pensamiento, algo frío, lógico y definitivo, que dejó a Decker helado.

El humanoide hablaba en serio... era sincero en cada palabra de lo que decía. No pretendía ser dramático ni fanfarroneaba... y tampoco estaba tratando de engañarlos. Realmente pensaba que los humanos no se marcharían, que no vivirían para dejar el planeta.

Decker sonrió para sí suavemente.

-“Van a morir aquí” -pensó el humanoide-

-“¿A morir?” -preguntó Decker- “¿Qué es morir?”

El pensamiento del hombre de palo se convirtió en disgusto puro. Con parsimonia levantó las manos y se quitó la diadema; la puso con cuidado sobre la mesa. Luego se volvió y se alejó caminando y ningún hombre hizo el esfuerzo por detenerlo.

Decker se quitó la diadema y la golpeó sobre la mesa.

-“Jackson” -dijo- “toma un teléfono y dile a la legión que lo deje marcharse. Que lo dejen partir, que no traten de detenerlo”, se sentó sin fuerza en su silla y miró el círculo de rostros que lo observaba.»

3. El Coordinador le pedirá a los participantes que abran los ojos y que posteriormente escriban la continuación de la historia, que a ellos les gustaría
4. Les pedirá a los participantes que lean en voz alta lo que escribieron para compartirlo con el grupo.
5. Cada individuo comentará sobre cómo se sintieron con este ejercicio

Adecuación: Se puede acompañar con música ambiental, como también con otro tipo

de textos que sean de interés de los individuos

Evaluación: Los individuos deberán escribir un final, el cual debe tener relación con lo que se narró anteriormente, por lo menos en un 80% y contestar las siguientes preguntas:

- ◆ ¿Qué harías si fueras Decker?
- ◆ ¿Qué sensación te provocó esta actividad?
- ◆ Si fueras a conocer otro planeta, ¿Cómo te gustaría que fuera?
- ◆ ¿Si fueras el hombre de palo como te sentirías?
- ◆ ¿Qué fue lo que más te gustó del cuento?

Identifica el sonido

- Material:*
- ◆ Una regla
 - ◆ Una pelota
 - ◆ Algún instrumento (piano, xilófono, flauta dulce, etc.)
 - ◆ Alguna grabación

Descripción:

1. Los individuos deberán cerrar los ojos y escuchar:
 - ◆ El número de golpes hecho con una regla
 - ◆ El número de aplausos
 - ◆ El número de veces que rebota una pelota
 - ◆ El número de veces que se toca una nota (puede usarse cualquier instrumento un piano, un xilófono o una flauta de dulce, etc.)
2. El Coordinador les preguntará cuántas veces escucharon los golpes, los aplausos, etc.

Adecuación: Los individuos no sólo dirán el número de veces que se escucharon los sonidos sino además tratarán de captar cuál fue el objeto que lo provocó, el Coordinador se puede apoyar de múltiples objetos.

Evaluación: Los individuos contestarán el 80% de las preguntas.

ANEXO 1

| Actividad y/o Juego | Función que trabaja | Lóbulo que rehabilita | Pág. |
|---|--|------------------------------|-------------|
| Asociaciones opuestas | Asociación auditiva | Temporal | 10 |
| Asociación de palabras | Asociación auditiva | Temporal | 10 |
| Reconocer diferencias | Asociación visual | Occipital | 11 |
| Identificación de sonidos de animales | Recepción auditiva | Temporal | 11 |
| Clasificación por categorías | Percepción visual | Occipital | 12 |
| Escuchar y dar respuesta sencillas | Recepción auditiva | Temporal | 13 |
| Trabalenguas | Lenguaje y atención | Frontal | 13 |
| Clasificación de Material | Recepción visual | Occipital | 14 |
| Conocimiento de colores y su graduación | Recepción visual | Occipital | 15 |
| Identificación de prendas de ropa | Recepción visual | Occipital | 15 |
| Asociación de tareas conocidas | Asociación auditiva | Temporal | 16 |
| Clasificación de objetos según su categoría | Asociación auditiva | Temporal | 16 |
| Objetos que se encuentran en cierto lugar | Asociación auditiva | Temporal | 17 |
| Búsqueda de objetos que hagan pareja con un color | Asociación auditiva | Temporal | 18 |
| P,D,Q y B | Área sensomotora y sentido de dirección | Parietal | 19 |
| La tarántula | Disminuye el estrés y activa el sistema nervioso | Parietal | 19 |

| Actividad y/o Juego | Función que trabaja | Lóbulo que rehabilita | Pág. |
|---|---|------------------------------|-------------|
| Accesando excelencia | Reflejos y capacidad de respuesta | Parietal | 20 |
| Botones cerebrales | Alerta el sistema vestibular | Parietal | 21 |
| La caminata en foto | Concentración y equilibrio | Parietal | 21 |
| Gateo cruzado | Activación mente/cuerpo y balance de la activación nerviosa | Parietal | 22 |
| Palabras que riman | Asociación auditiva | Temporal | 23 |
| Representación de movimientos de animales con el cuerpo | Motricidad | Parietal | 23 |
| Asociación de hechos con imágenes | Asociación visual | occipital | 24 |
| Expresión de ideas a través de movimientos | Motricidad | Parietal | 24 |
| Pasos para realizar una actividad | Memoria, razonamiento y atención | Frontal | 25 |
| Articular vocabulario | Lenguaje y atención | Frontal | 25 |
| Figuras encimadas | Percepción visual | Occipital | 26 |
| Identificación de secuencias | Razonamiento, deducción y asociación visual | Frontal y occipital | 27 |
| Dados | Razonamiento y memoria auditiva | Frontal y temporal | 27 |
| Figuras geométricas | Percepción visual, memoria visual y atención | Occipital y frontal | 28 |

| Actividad y/o Juego | Función que trabaja | Lóbulo que rehabilita | Pág. |
|--------------------------------|--|------------------------------|-------------|
| Descripción verbal de personas | Percepción visual y asociación auditiva | Occipital y temporal | 29 |
| Trazos en colores | Percepción visual y atención | Occipital frontal | 29 |
| Ritmo | Asociación visual y atención | Frontal y temporal | 30 |
| Letras similares | Atención y percepción visual | Frontal y occipital | 31 |
| Letras que se repiten | Atención y percepción visual | Occipital y frontal | 31 |
| Números que se repiten | Atención y percepción visual | Occipital y frontal | 32 |
| El número repetido | Atención y percepción visual | Occipital y frontal | 32 |
| Siguiendo instrucciones | Atención memoria y ejecución | Frontal y temporal | 33 |
| Memorama de animales | Atención y memoria | Frontal y temporal | 33 |
| ¿Dónde quedo la moneda? | Atención y percepción visual | Frontal y occipital | 34 |
| Caras iguales | Atención y percepción visual | Temporal y occipital | 35 |
| El espantado | Alerta el sistema vestibular | Parietal y frontal | 35 |
| Tensar y destensar | Atención y concentración, movimientos corporales | Parietal y Frontal | 36 |
| El Peter Pan | Audición y memoria | Temporal y frontal | 36 |

| Actividad y/o Juego | Función que trabaja | Lóbulo que rehabilita | Pág. |
|----------------------------|--|--------------------------------|-------------|
| El Pinocho | Memoria, atención y concentración | Temporal y frontal | 37 |
| Viso-construcciones | Recepción visual y motricidad fina | Occipital y parietal | 37 |
| Peces de la misma especie | Recepción visual y atención | Frontal y occipital | 38 |
| El A, B y C | Atención, visión y audición | Parietal, temporal y occipital | 39 |
| Nudos | Activa la corteza motora y sensorial. | Parietal, temporal y occipital | 39 |
| Ochitos acostaditos | Comunicación escrita, coordinación mano/ojo. | Parietal, frontal y occipital | 40 |
| El elefante | Activa el sistema vestibular y coordinación mano/ojo | Parietal, temporal y occipital | 41 |
| Ochitos con los dedos | Coordinación mano/ojo | Parietal, occipital y frontal | 42 |
| El grito energético | Sistema auditivo, emociones y estrés. | Temporal, frontal y parietal | 42 |
| Dulces de colores | Atención, memoria y percepción visual | Frontal, occipital y temporal | 43 |
| Arreglar la línea | Atención, memoria y percepción visual | Frontal, occipital y temporal | 43 |

| Actividad y/o Juego | Función que trabaja | Lóbulo que rehabilita | Pág. |
|--|--|-------------------------------|-------------|
| Reproducción de figuras | Percepción visual, memoria, atención y ejecución | Occipital, temporal y frontal | 44 |
| Tacha la palabra de sobra | Función ejecutiva y percepción visual | Temporal, frontal y occipital | 44 |
| Recordar la secuencia de los nombres de objetos y aumentar un nuevo objeto | Función ejecutiva, memoria, atención | Temporal, frontal, occipital | 45 |
| Mejorar la expresión verbal | Atención, memoria, memoria auditiva | Frontal, occipital y temporal | 46 |
| Detalles de un cuento | Memoria auditiva y función Ejecutiva | Parietal, frontal y temporal. | 47 |
| Ordena las palabras para que las frases tengan sentido | Percepción visual y función ejecutiva | Frontal, occipital y temporal | 50 |
| Termina la historia | Percepción auditiva, memoria, función ejecutiva | Frontal, parietal, occipital | 51 |
| Identifica el sonido | Memoria auditiva de secuencias, función ejecutiva y atención | Frontal, temporal y parietal | 55 |

ANEXO 2
Cronograma

| Ejercicio | Horario | Día | Mes | Resultados |
|------------------|----------------|------------|------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

GLOSARIO

Biopsicosocial: Modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

Disestesia: Disminución o exageración de la sensibilidad.

Dopamina: Es un neurotransmisor que está presente en diversas áreas del cerebro y es importante en la función motora del organismo.

Funciones cognitivas: Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea.

Gabaérgico: Es el neurotransmisor inhibitorio, mayoritariamente interneuronales, estas neuronas están distribuidas en el cerebro de manera difusa, puede causar trastornos de ansiedad.

Glutamatergico: Es un neurotransmisor encargado de la producción del placer; la producción de este en exceso puede provocar la muerte de las neuronas.

Habilidades psicomotoras: Son parte del desarrollo de la condición física: el trabajo de equilibrio, coordinación, percepción. Estas capacidades están presentes en cualquier práctica de actividad física que realicemos y por lo tanto son objeto de desarrollo.

Noradrenérgicos: Es un neurotransmisor que se encarga de deprimir el sistema nervioso, aumenta la frecuencia cardíaca.

Opioide: Que es un agente receptor ubicado en el sistema nervioso central, son sustancias endógenas con capacidad de unirse a los receptores neuronales.

Serotoninérgico: Sustancia encargada de estimular los receptores neurológicos.

Sistema vestibular: Llamado aparato vestibular está relacionado con el equilibrio y el control

espacial. Está formado por dos ensanchamientos: el utrículo y el sáculo, ambos informan de la posición de la cabeza en relación con el suelo. Sobre los cilios de sus células sensoriales se hallan unos pequeños cristales de carbonato cálcico llamados otolitos. Sus células sensoriales generan impulsos que llegan hasta el cerebelo, lo que nos permite mantener el equilibrio a pesar de que realicemos desplazamientos, giros o aceleraciones.

Surco parietooccipital: Surco de cada hemisferio cerebral que marca la división de los lóbulos cerebrales parietal y occipital.

Sustancia blanca: Es el tejido que se encuentra en el cerebro y que contiene fibras nerviosas. Muchas de estas fibras nerviosas (axones) están rodeadas por un tipo de grasa llamada mielina.

Sustancia psicoactiva: Se considera psicoactivo a toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC), ocasionando cambios específicos a sus funciones; que está compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

REFERENCIAS

Asociación Mexicana de Neuropsicología. ¿Qué es la neuropsicología?. Consultado el 19 de diciembre de 2013, en <http://www.amnweb.org/iquestqueacute-es-la-neuropsicologiacutea.html>

Barnes, P. (1999). Rehabilitation after traumatic brain injury. *Br Med Bull*; 55(4):927-34.

Benedtet, M. (2002). Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva. Consultado el 19 de diciembre de 2013, en Neuropsicología cognitiva

<http://www.psicologia-online.com/ebooks/general/neurotransmisores.htm>

Blumer, D., & Benson, D. Personality changes with frontal and temporal lesions. In D.F. Benson and F. Blumer, eds. *Psychiatric Aspects of Neurologic Disease*. New York: Grune & Stratton, 1975.

Goldberg, E. (2009) *El cerebro ejecutivo: lóbulos frontales y mente civilizada*, Crítica. Consultado el 15 de enero del 2014, en <http://escuelaconcerebro.wordpress.com/2012/08/12/el-lobulo-frontal-el-director-ejecutivo-del-cerebro/>

Glisky E. (1997). Rehabilitation of memory disorders: Tapping into preserved mechanisms. *Brain Cogn*.

Herrero Márquez P. (2010). Estimulación Cognitiva Audición y Lenguaje EOE POZOBLANCO <http://orientacionlospedroches.blogspot.com/>

Kolb, B., y Wishaw, I. (2006). *Neuropsicología Humana/Fundamentals of Human Neuropsychology*. New York: Médica Panamericana, 1-2. Consultado el 19 de diciembre de 2013, en <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=-vxlWKmXMmsC&oi=fnd&pg=PR15&dq=que+es+la+neuropsicologia&ots=Ahqpyjv5qX&sig=nrCo7kZ5go5JF97sqe7UdIRkUEc#v=onepage&q=que%20es%20la%20neuropsicologia&f=false>

López, B. (1999) Orientaciones en rehabilitación cognitiva. Conferencia en Primer Congreso Virtual de Neuropsicología. Consultado el 2 de abril del 2014 en: [html://www.uninet.edu/union99](http://www.uninet.edu/union99)

Montañés, P. y Brigard, F. (2005). Aspectos históricos de la neuropsicología. En: *Neuropsicología clínica y cognoscitiva*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 13-27.

Rozzi, S., Ferrari, P. F., Bonini, L., Rizzolati, G., & Fogassi, L. (2008). Functional organization of inferior parietal lobule convexity in the macaque monkey: electrophysiological characterization of motor, sensory and mirror responses and their correlation with cytoarchitectonic areas. *European Journal of Neuroscience*, 28, 1569–1588.

Rufo-Campos, M. (2006). La neuropsicología: historia, conceptos básicos y aplicaciones. *Neurología*, 43, 557-558. España.

Sack, A. T. (2009). Parietal cortex and spatial cognition. *Behavioural Brain Research*, 202, 153–161.

Tapert, S. Consumo de alcohol en adolescentes efectos sobre el cerebro consultado el 10 de enero del 2014, en <http://www.drogasextremadura.com/archivos/Alcohol-y-desarrollo-cerebral-en-adolescentes.pdf>

Valdez, P. (2008). Introducción a la neuropsicología. Consultado el 06 de enero de 2014, en http://www.neuropsi.org/Valdez_Introd_Npsic_2008.pdf

Verdejo G., López T., Orozco G, y Pérez G. (2007) Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. Consultado el 15 de enero 2014 en,

<http://www.adicciones.es/files/Impacto%20de%20los%20deterioros.pdf>

Vidal, J. R. (2007). Espacialidad, temporalidad y comunicación-Red.Buenos Aires: Ediciones del Signo.