

Universidad de Oviedo
Facultad de Formación del Profesorado y Educación

**Máster en “Intervención e Investigación
Socioeducativa”.**

“El baúl de mi memoria”. Proyecto de intervención socioeducativa de estimulación cognitiva para personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias”

Marta Aguado Martínez

Tutora: Susana Torío López

JUNIO, 2016



Universidad de Oviedo
Facultad de Formación del Profesorado y Educación

**Máster en “Intervención e Investigación
Socioeducativa”.**

**“El baúl de mi memoria”. Proyecto de intervención
socioeducativa de estimulación cognitiva para
personas con enfermedad de Alzheimer y otras
demencias”**

Fdo.:

Firma manuscrita de Susana Torío López en tinta negra.

Susana Torío López

Fdo.:

Firma manuscrita de Marta Aguado Martínez en tinta azul.

Marta Aguado Martínez

JUNIO, 2016

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
I. CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE LA VEJEZ Y LA	3
INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ESTA ETAPA	3
1.1. La vejez, una etapa más de la vida	3
1.2. La intervención con personas mayores	7
1.3. Intervención socioeducativa en personas con Alzheimer: Terapias No Farmacológicas (TNF)	10
1.3.1. El Alzheimer.....	10
II. CONTEXTO DEL CENTRO	19
2.1. Ubicación.....	19
2.2. Objetivos del centro de día	21
2.3. Programas del centro de día y recursos	22
III. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “EL BAÚL DE MIS RECUERDOS”	26
3.1. Diagnóstico.....	26
3.1.1. Detección de necesidades y establecer prioridades	26
3.1.2. Población	28
3.1.3. Previsión de recursos.....	28
3.2. Planificación	28
3.2.1. Objetivos.....	28
3.2.2. Metodología.....	29
3.2.3. Propuesta de actividades.....	30
3.2.4. Temporalización	47
3.2.5. Recursos	48
3.3. Aplicación.....	50
3.4. Evaluación	50
3.4.1. Evaluación inicial	50
3.4.2. Evaluación procesual.....	51
3.4.3. Evaluación final.....	51
IV. CONCLUSIONES FINALES	52
V. BIBLOGRAFIA	54
BLOQUE ANEXOS	61

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escala de deterioro global.....	12
Tabla 2. Estimulación cognitiva: Terapias Funcionales.....	22
Tabla 3. Estimulación cognitiva: Terapias socializadoras.....	23
Tabla 4. Áreas de intervención y ejemplos de actividades.....	31
Tabla 5. Cronograma de actividades.....	47
Tabla 6. Cronograma de actividades.....	48
Tabla 7. Presupuesto.....	49

INDICE DE FIGURAS

Ilustración 1. Gimnasio (Centro de Día).....	20
Ilustración 2. Sala de descanso.....	21
Ilustración 3. Dibujos usuarios (Centro de Día).....	25
Ilustración 4. Plantas y huerto (Centro de Día).....	25
Ilustración 5. Estación del año.....	32
Ilustración 6. Orientación a la realidad, meses y días del año.....	33
Ilustración 7. Operaciones matemáticas.....	33
Ilustración 8. Operaciones matemáticas.....	34
Ilustración 9. Actividad cálculo.....	34
Ilustración 10. Ordenar de mayor a menor.....	34
Ilustración 11. Actividad cálculo.	35
Ilustración 12. Actividad de atención.....	36
Ilustración 13. Actividad de memoria.....	38
Ilustración 14. Actividad memoria. Tabú.....	38
Ilustración 15. Actividad Memory.....	38
Ilustración 16. Caja de los recuerdos.....	39
Ilustración 17. Frascos aromaterapia.....	40
Ilustración 18. ¿Qué guardamos en...?	41
Ilustración 19. Actividad ordenar palabras.....	42
Ilustración 20. Tan- gran.....	43
Ilustración 21. Actividad secuencias.....	43
Ilustración 22. Actividad praxias.....	43
Ilustración 23. Actividad praxias destreza manual.....	44
Ilustración 24. Actividad praxias, destreza manual.....	44
Ilustración 25. Asociación imagen- palabra.....	46
Ilustración 26. Asociación de imágenes.....	46
Ilustración 27. Asociación imagen- palabra.....	46

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de vejez, se tiene una idea de persona concreta y de todo lo que engloba a la misma: un determinado aspecto físico, la probabilidad de encontrarse en una situación de dependencia, la aparición de la enfermedad, el deterioro a diversos niveles, etc. Esta etapa podría ser afrontada con la felicidad de haber llegado hasta ella y poder seguir disfrutando de la vida; sin embargo, debido a la imagen que los medios de comunicación y la sociedad transmiten de la vejez, los prejuicios sobre los centros gerontológicos y los centros de día, etc., es habitual que se viva con miedo y se eviten lo más posibles sus síntomas externos. En todo caso, hay que tener en cuenta que, los años pasan factura y, en ocasiones, surge la aparición de enfermedades con un serio nivel de deterioro y dependencia.

En los últimos años, debido al incremento del envejecimiento de la población, la enfermedad del Alzheimer se ha extendido y comienza a cobrar grandes dimensiones. Entre un 30 y 40% de la población podría tener Alzheimer y no estar diagnosticados. Dentro de unos años puede haber muchos millones de personas afectadas. La sociedad debe ser consciente de la situación a la que se enfrenta con esta enfermedad, no rehuyéndola sin afrontarla, ya que es tratable (Lucio, 2013).

El presente Trabajo Fin de Master aborda esta temática: la existencia de enfermedades incurables, pero tratables, y más concretamente, pone su atención en la enfermedad del Alzheimer. Se trata de una enfermedad grave que afecta, en primer lugar, a los pacientes pero sin duda también repercute en familiares y seres queridos. Si bien el diagnóstico de esta enfermedad asusta, es esencial tener la mayor cantidad de información de modo que sea posible comprender la situación por la que está pasando el paciente y partiendo de esto, hacer más fácil la intervención y la atención a sus necesidades. Existen posibilidades de intervención que se abordarán a lo largo del trabajo: “Una persona que vive con Alzheimer es primero una persona, y después, y sólo después, alguien con una enfermedad” (Zeisel, 2011, p.18).

La enfermedad requiere diversos niveles de atención. En primer lugar, destaca el tratamiento farmacológico que dentro del ámbito clínico será establecido y pautado por el doctor, quien decidirá el tratamiento más adecuado para la persona. Si bien, esta intervención es fundamental, en las últimas décadas se está insistiendo en las llamadas Terapias No Farmacológicas (TNF), que tiene como principal finalidad el mantenimiento de las capacidades no afectadas.

Conscientes de la necesidad de paliar el deterioro de estas personas, se ha optado en la elección del Trabajo Fin de Master por la realización de una propuesta de intervención, el diseño de un proyecto que lleva por título “*El baúl de mis recuerdos*”, teniendo como eje central la estimulación cognitiva. Este proyecto surge a consecuencia de mi estancia de prácticas en el Centro de Día de Moreda, donde se ha podido comprobar distintas maneras de trabajar con los usuarios y de sobrellevar la enfermedad. Se ha tenido la posibilidad de poner en práctica algunos de los ejercicios que a continuación se presentarán y no por el contrario en su totalidad, debido a que únicamente he estado en el centro un mes y algunos días.

Mi interés hacia el tema de la vejez y, más concretamente, la Pedagogía Gerontológica no es nueva. El pasado curso académico 2014/15, en la asignatura del Práctium (4º curso) del Grado en Pedagogía, realicé mis prácticas en la residencia de personas mayores: “SARquavitae La Florida”, lugar en el que, además, se encuentra mi

abuela como usuaria que padece Alzheimer. Tanto los motivos personales como el interés profesional en este ámbito de la Pedagogía son el punto de arranque del documento que se presenta.

Respecto a la estructura que aborda el Trabajo Fin de Master, éste se divide en dos partes. En primer lugar, una breve Fundamentación teórica en la que se recogen la opinión e información de diversos autores expertos en el tema a tratar centrandose en: la vejez, la intervención con personas mayores y en la intervención socioeducativa en personas con Alzheimer y Terapias No Farmacológicas. En segundo lugar, el *Proyecto de intervención socioeducativa, "El Baúl de mis recuerdos"*, organizado en cuatro grandes apartados: Diagnóstico, Planificación, Aplicación, y Evaluación según el modelo propuesto por la profesora Pérez Serrano (2006). Cierra el documento las referencias bibliográficas reseñadas a lo largo del texto y los Anexos.

Cabe destacar por último, que a lo largo del presente trabajo se empleará el masculino genérico englobando así ambos géneros, para evitar la redundancia de términos.

I. CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE LA VEJEZ Y LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ESTA ETAPA

1.1. La vejez, una etapa más de la vida

La categorización social por edades es una de las formas más antiguas de organizar las sociedades. Cada grupo de edad tiene unos derechos, unas obligaciones, unas formas concretas de actuar, etc. Cabe destacar que antiguamente las personas mayores eran veneradas, cuidadas, atendidas y respetadas por prácticamente toda la sociedad. Eran una fuente pura de sabiduría. A estas personas se las consideraba la base de la familia, el pilar fundamental y fuente de experiencia y de conocimiento. Cuando ser viejo llevaba consigo todos estos aspectos y significaba sabiduría y respetabilidad, los ancianos no tenían ningún problema en asumir la simbología propia de este hecho (Belando Montoro, 2001a) Sin embargo, a medida que se urbaniza la sociedad, a los ancianos se les asigna un papel marginal y la simbología que adoptan es la de enfermedad y soledad, por lo que prácticamente nadie quiere aceptar la vejez y las consecuencias de la misma. Por eso, las personas utilizan cualquier forma de rehuirla o retrasarla disimulando las evidencias externas que, al fin y al cabo, es lo que se muestra de cara al público: se tiñen el pelo para disimular las canas, utilizan cosméticos para borrar las arrugas de la cara, etc. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esta visión se encuentra mediada por factores culturales ya que todavía hay culturas en las que la tradición no ha cambiado. Por ejemplo, en la etnia gitana: ésta respeta al cabeza de familia, a la persona más vieja de la comunidad. No hacen nada sin que esta persona lo apruebe y dé el consentimiento.

En suma, a pesar de que la vejez es una etapa más de la vida, no se considera en general algo deseable. Existen todo tipo de apelativos para referirse o denominar a este colectivo: viejos, ancianos, tercera edad, seniles, abuelos, etc. Como puede apreciarse se trata, en ocasiones, de un lenguaje que transmite estereotipos negativos asociados a la concepción que existe sobre esta etapa vital.

Suelen vincularse a la etapa de la vejez, una serie de aspectos de deterioro como enfermedad, arrugas, canas, debilidad y, sobre todo, la muerte. A ello hay que añadir que no se trata de personas activas y que rindan económicamente. Se ha interiorizado tan a fondo la imagen que la sociedad muestra de la vejez y de sus consecuencias, que sus propios protagonistas no se reconocen en ella y consideran viejos a otras personas, no queriendo verse reflejados en sus síntomas y manifestaciones (Sánchez y Pedrero, 2003). Muchos ancianos utilizan expresiones del estilo, “está lleno de viejos”, “eso es un sitio para viejos, no para mí...” etc. refiriéndose a grupos de personas de su misma edad, pero de los cuales quieren alejarse. En las investigaciones y entrevistas realizadas por Fericgla (1992) se constata que muchos ancianos tienen una visión negativa acerca de este periodo vital.

Para que este colectivo pueda sentirse identificado con este momento de sus vidas, el resto de personas que les rodean deben adoptar una posición que muestre tener una buena imagen de la misma. Es un ciclo o periodo por el que todo el mundo pasa y no se debe de ver como algo negativo, sino al contrario, ya que esto significa que siguen vivos y pueden seguir disfrutando –desarrollaremos más ampliamente este modelo de vejez- .

También debe tenerse en cuenta que la imagen que ofrecen los medios de comunicación respecto a este colectivo tiene consecuencias importantes en la sociedad, habitualmente, negativas. Dichos medios deberían ser conscientes de la responsabilidad

y de la gran carga que tiene en las personas, la publicidad, las imágenes y los mensajes que transmiten:

Debemos cambiar los mitos que impregnan la percepción de las personas mayores por hechos científicos que permitan un acercamiento a su bienestar, evitando la discriminación por razones de edad y lo que ello significa, entre otros, en términos laborales, económicos, mentales y sexuales. Así el acceso al tratamiento de la información es un factor decisivo en la discriminación social (Sánchez y Pedrero, 2003, p.3).

Esta visión negativa contribuye también a formar una serie de mitos acerca de la vejez que tienen consecuencias en la manera de ver la misma (Butter, Sánchez y Moraga, citado por Limón Mendizabal, 1992):

- El *mito cronológico del envejecimiento*: la edad es un dato que indudablemente se mide por la cifra de años cumplidos. No obstante, hay una gran variación de una persona a otra no solo en cuanto a su estado físico, sino en cuanto a la personalidad y a la manera de llevar diferentes aspectos o etapas, en este caso la vejez.
- El *mito de la improductividad*: el anciano se ve como alguien improductivo, que no vale para nada necesario. Se ve inútil en una sociedad industrializada porque ha dejado de producir.
- El *mito del descompromiso o desvinculación*: está basado en la creencia de que toda persona de edad se retira de los intereses vitales.
- El *mito de la inflexibilidad*: la persona es incapaz de adaptarse a los nuevos retos y al nuevo modo de vida que tiene que vivir una vez jubilada.
- El *mito de la senilidad*: se asocia esta etapa a la pérdida de memoria, incontinencia urinaria, enfermedad, mortalidad...
- El *mito de la sexualidad enervada*: ser anciano implica tener que dejar la sexualidad a un lado.
- El *mito de la vejez necesariamente desgraciada*: se relaciona con el dolor, la frustración, la angustia, abandono, etc.
- El *mito de la sobrevaloración de la juventud*: sostiene que ante el avance del colectivo joven las personas mayores deben retirarse a un lado.

Con el paso del tiempo se ha demostrado que todos estos mitos en realidad no suceden de esa manera. Ser viejo no significa ni implica estar enfermo, ni tener que ser abandonado o ser inútil. Ser viejo no significa que se tenga que dejar de querer, de sentir deseo sexual, ser viejo no significa ser menos que las personas jóvenes.

La vejez no se establece únicamente en función de la edad cronológica sino que hay que tener en cuenta además la edad física, que es un potencial indicador de la misma, así como otra serie de aspectos como pueden ser la historia personal y profesional de la vejez (Belando 2001b; Cabrera, Navarro, Ruiz, Jimenez, Brito y Legido, 2006; Donet 2000; Limón 1992). Se debe valorar, por tanto a la persona al completo y no sólo su variable histórica. Esto se debe tomar en consideración ya que no todas las personas envejecen de la misma forma ni al mismo ritmo. La realidad nos muestra cómo algunas personas de mayor edad poseen mejor salud o aspecto físico que otras que son más jóvenes. El entrenamiento y el cuidado del cuerpo pueden ayudar a retrasar el deterioro del individuo y, por otro lado, poseer un mejor estado físico. Aproximadamente entre un veinticinco y un treinta por ciento de la longevidad de las personas está condicionada por la carga genética, mientras que el setenta por ciento restante depende del estilo de vida

que lleven las personas, la dieta, ejercicio, el día a día, el sexo de la persona, los recursos económicos etc. (Cabrera, Navarro, Ruiz, Jiménez, Brito y Legido, 2006). Por eso la esperanza de vida es más elevada en sitios en los que las personas fomentan y cuidan sus relaciones sociales tanto con la familia como con el resto de amigos y conocidos.

En suma, se puede entender la vejez como fenómeno cronológico, biológico, psicológico pero, fundamentalmente, como constructo social. En efecto, la vejez es un constructo social que cambia y evoluciona conforme cambian las sociedades. Esta etapa lleva consigo una serie de consecuencias ya que es inevitable cumplir años y en mayor o menor medida se producen transformaciones biológicas y fisiológicas que se asocian a este hecho (Aranguren, citado por Hinojo y Aznar, 2001). El problema viene cuando se intenta concretar en qué consiste ser viejo. Se puede asociar a muchos aspectos nombrados anteriormente incluyendo además de aspectos físicos, la pérdida de memoria, menor movilidad, pérdida de reflejos o de vista, etc. Sin embargo, no son suficientes algunos de estos síntomas sino que hace falta algo más que, según Donet (2000), se encuentra impuesto por la sociedad. Es la propia sociedad la que construye la idea de qué significa ser viejo y la que clasifica de un modo u otro a los individuos según sean jóvenes, adultos o viejos. Es importante destacar que según la sociedad en la que nos encontremos es posible apreciar variaciones en la categoría a la que se adscribe a determinadas personas: “Es difícil establecer cuándo se inicia la Tercera Edad¹ ya que es más una cuestión de aptitudes y actitudes que de ubicación cronológica donde concurren dimensiones biológicas, psicológicas y sociales” (Limón, 1992,p.168)

El reto del futuro cercano es envejecer en unas mejores condiciones. Así San Román (citado por Cabrera, et. al., 2006, p.54) lo resume indicando: “No se trata de que lleguemos lo más lejos posible, sino que lleguemos lo mejor posible”. Lo cierto es que no compensa vivir diez años más si éstos van a ser en penosas condiciones y no se va a tener una vida satisfactoria y feliz. Para ello, se pueden llevar a cabo una serie de medidas que favorezcan y faciliten una vida activa para las personas mayores. Requejo (1998) también hace referencia a esta idea comentando que:

Una primera aproximación pesimista destacaría la contradicción entre los cambios en la sociedad actual y los estereotipos que se atribuyen a las personas mayores, en cuanto a sujetos poco proclives al cambio por cuanto miran más al pasado que al porvenir. Una segunda consideración más matizada nos hace observar desde el fenómeno demográfico algunas perspectivas. Vivimos en una sociedad que envejece. Los datos estadísticos nos ponen de relieve el aumento de la esperanza de vida (pp.5-6).

Si bien, como venimos indicando, vivimos en una población envejecida, una de las instituciones más afectadas por esta situación es la familia y más concretamente, las relaciones familiares de las abuelas con su nietos/as y su demás familia. En la investigación que ha llevado a cabo Radl Phillipp (2003) sobre las transformaciones en el comportamiento en función del género en la vejez – una de las pioneras que abordaron este tema incluyendo también una perspectiva de los varones y por tanto, datos sobre el

¹ Consideramos “tercera edad”, al grupo de personas que salen de los circuitos productivos, disponiendo aún de grandes recursos y de la capacidad de participar en el bien común cuya edad oscila de los 65 a los 75 años de edad. Este grupo abundante de “*young old*” (ancianos jóvenes)- así calificados por Cabrera et.al (2006)- se agrega el de los “*oldest old*” (los ancianos más ancianos) que superan los 75 años, la “cuarta edad”.

colectivo masculino-, obtiene como conclusiones más relevantes el evidente cambio en la relación de las abuelas y abuelos con los nietos/as y la importancia que se le está dando a la colaboración entre ambos sexos en el cuidado de sus nietos. Constata cómo las abuelas están tomando una posición de independencia y de autonomía personal, hasta el momento desconocida para este colectivo. Aspectos como éstos, apuntan a un proceso de cambio en el tradicional rol del cuidado de los abuelos.

Según Donet (2000), la vejez puede afectar de diferentes maneras a las personas. Desde el punto de vista de las personas propiamente dicho, este periodo implica que hay que “aprender a ser viejo”, es decir, hay que reestructurar la vida, el tiempo, el ocio... Hoy en día hay cada vez más individuos mayores de 65 años que se ven injustamente clasificados como viejos cuando la realidad es que se encuentran en la plenitud de sus facultades. Por las características tan especiales que posee esta etapa debe tratarse con mucha atención y cuidado para evitar que acabe teniendo como consecuencia la marginación y el abandono de la persona.

Resulta triste e injusto que al final de una vida dedicada al trabajo y a la formación y sostenimiento de una familia, en vez de recibir el afecto y consideración familiar y social merecidos, sólo se les considere como individuos ya improductivos y por consiguiente, inútiles (Limón, 1992, p.167).

Algunos de los factores mencionados hasta el momento, ponen de manifiesto la necesidad de potenciar una educación gerontológica que se empieza a desarrollar principalmente durante la segunda mitad del siglo XX, momento en el que comienza a producirse el envejecimiento de la población y que continúa hoy en día. Por ello, se necesita una mayor atención y planificación sobre este grupo que cada vez es más numeroso e importante.

Es necesario por ello, trabajar también con este colectivo para dar respuesta a una intervención socioeducativa que, como se ha dicho, es necesaria pero inexistente hasta el momento. No basta únicamente con atender a los ancianos asistencialmente, sino que hay que buscar además, una educación permanente que permita desarrollar y explorar todas sus capacidades. Desafortunadamente hasta el momento esta necesidad es más un deseo que una realidad.

Actualmente se destaca la necesidad de establecer una “*nueva cultura de envejecimiento*”, que se base en un modelo de desarrollo y participación de las personas mayores y dejando a un lado el modelo deficitario que se basa en el modelo médico, clínico y tradicional que conceptualiza a la vejez en términos de déficit e involución (Martín, A.V. 2000).

Withnall (2003, citado por Serdio, 2008), hace referencia a lo que considera que se ha logrado en los últimos 30 años en lo referido a la Gerontología, como el incremento de la conciencia sobre los cambios en la estructura de la edad de la sociedad, el desarrollo del derecho de acceso de personas mayores a oportunidades educativas, el desarrollo de las relaciones generacionales, etc.

Es cierto que en la actualidad, el campo de la educación a las personas mayores ha evolucionado enormemente, pero aún queda mucho por hacer. Serdio (2008) considera que para la mejora del discurso educativo en la vejez hay que mejorar dos aspectos. Por un lado la investigación y, por otro lado, la formación de profesionales de la educación en la vejez.

En las últimas décadas, como se ha indicado anteriormente, ha crecido significativamente y ha evolucionado hacia propuestas menos asistenciales y con un mayor carácter formativo, dejando a un lado el modelo deficitario y caminando hacia el modelo de desarrollo.

Es necesario romper con los estereotipos y dejar de lado los pensamientos negativos sobre este colectivo. Se debe apostar por la tercera y cuarta edad. Son etapas en las que se ofrecen posibilidades. Sí se siguen unas pautas y se llevan a cabo intervenciones adecuadas para este colectivo, pueden seguir desarrollando sus aptitudes y teniendo una vida activa y participativa en la sociedad.

1.2. La intervención con personas mayores

Como ya se ha dicho anteriormente, es necesaria una intervención con personas de la tercera edad. No se estipula un momento clave en el que termine la necesidad de trabajar desde una perspectiva educativa con las personas. Se suele pensar que cuando se habla de intervención con tercera y cuarta edad, ésta debe desarrollarse en el ámbito clínico y se destina a un colectivo concreto, el de personas muy dependientes y llevadas a cabo en centros gerontológicos. Ésta es una idea que debe ser modificada.

El profesional experto en vejez y en personas mayores tiene que disponer de las herramientas necesarias y adecuadas que le ayuden a realizar su labor con carácter profesional. Para actuar eficazmente, debe utilizar los recursos que le brinda la metodología de acción socioeducativa e indagar en las necesidades individuales y de grupo con el fin de identificar sus carencias (De Miguel Badesa, 2004, p.229).

Hay que destacar que la elaboración de proyectos de intervención para trabajar con personas mayores es uno de los aspectos con mayor repercusión para el cambio social. Todo proyecto de intervención (De Miguel Badesa, 2004) implica siempre:

- Reflexión seria y rigurosa sobre el problema concreto que se pretende mejorar.
- La toma de conciencia sobre las necesidades que existen.
- La selección de un problema que presente una solución viable.
- La elaboración de un diseño completo, sistemático y reflexivo.
- La originalidad y creatividad en su elaboración. □ Partir siempre de la práctica.

Es necesario por otro, lado tener claro la clase de sociedad que se quiere construir y qué papel tiene la educación en ella. El concepto de Educación Permanente se encuentra en continuo cambio, pero actualmente se le está otorgando una importancia creciente considerando que debe dirigirse no sólo a niños sino también a jóvenes, adultos y ancianos (Matía 2001). La educación es un aspecto fundamental a lo largo de la vida de cualquier individuo. Es necesario entender la educación como un derecho fundamental, basado en la igualdad de oportunidades y en el hecho de que debe ser un principio universal. Esta universalidad hace referencia a que cualquier persona, por el hecho de serlo, tiene derecho a conseguir la maduración global de sus capacidades, alcanzando así el máximo de su desarrollo.

Donet (2000) establece que los ancianos pueden tener necesidades y éstas se clasifican en tres grupos. Por un lado, las necesidades materiales y de seguridad económica; por otro, las necesidades de salud y movilidad y, por último, las necesidades

de orden social y cultural. Independientemente de que las personas se jubilen, de la edad o el grado de demencia que tengan, éstas deben tener derecho a permanecer integradas en la sociedad, así como poder disfrutar de los cuidados y protección de la familia y la comunidad, en conformidad con el sistema de valores de dicha sociedad.

Analizando todo lo mencionado hasta el momento, es innegable la importancia que tiene o al menos debería tener la intervención socioeducativa con personas de la tercera y cuarta edad. Desde hace un tiempo se pretende conseguir un envejecimiento saludable y una mayor calidad de vida. Fernández Ballesteros (1998, citado por De Juanas et al., 2013) hace referencia a algunas dimensiones que contribuyen a la calidad de vida dividiéndolas en personales, entre las que se encuentran las relaciones sociales, el ocio, la salud... y en dimensiones socioambientales, donde enmarca el apoyo social, las condiciones económicas, etc. Se puede decir que los diferentes conceptos de calidad de vida en las personas mayores, están caracterizados por su carácter multidimensional. Éste tiene en cuenta no solo el funcionamiento físico y la vitalidad de la persona, sino también aspectos como el bienestar psicológico, el funcionamiento social y el sexual, el apoyo recibido...

Por tanto, lo que busca la Gerontología Educativa como objetivo principal es la promoción de un envejecimiento activo. Es necesario articular procesos de intervención socioeducativa que respondan a las necesidades de las personas mayores y que se adapten y vayan ligadas a sus experiencias para conseguir como fin prioritario una mejora de su calidad de vida (De Juanas et al., 2013). Una de las funciones más importantes de la intervención socioeducativa con este colectivo consiste en que las personas se conviertan en protagonistas de su propio desarrollo.

En España el diseño de una política específica hacia la tercera edad se empieza a llevar a cabo durante los años sesenta aunque el momento más importante en lo que a este tema se refiere se da con la aprobación de la Constitución Española de 1978 y, más concretamente, con la aparición durante la década de los años ochenta de los Ayuntamientos Democráticos y de las Comunidades Autónomas:

Efectivamente, a partir de los años 80 tiene lugar la constitución de los servicios sociales que da lugar a los programas de ayuda a domicilio, a la creación de centros de día, a la creación y renovación de centros de ancianos, al desarrollo de centros culturales para la tercera edad y a otros recursos, como son los viajes, los termalismos, etc. (March y Orte, 1995 p.56).

Kalish (citado por Sánchez y Pedrero, 2003) afirma que en la vejez siguen las adquisiciones y que el crecimiento de la persona es posible y además necesario. Sin embargo, hay que tener en cuenta para ser realistas en la intervención que, aunque el aprendizaje puede tener lugar a cualquier edad, el proceso puede ser más lento a medida que las personas envejecen y ello nos obliga a respetar su ritmo.

Como ya se ha indicado, debido al envejecimiento de la sociedad y además al incremento de la esperanza de vida, se hace necesaria una nueva realidad que dé respuestas a las nuevas necesidades de la sociedad. Sin embargo, se aprecia que existe un escaso número de programas educativos pensados para este periodo del ciclo vital. Según March y Orte (1995), la educación social desde el colectivo de la tercera edad se puede plantear desde los tres perfiles de la educación social:

- La educación social en el ámbito de la *educación especializada* con programas de intervención individual o comunitaria de educación de la salud o de intervención sobre la problemática farmacológica de este colectivo,
- La educación social en el ámbito de la *animación sociocultural* y referida al ocio, utilizando programas de intervención en centros culturales, en programas de ocio.
- La educación social en el ámbito de la *educación de adultos y de la animación socioeconómica*, con programas de cursos de preparación para la jubilación, de universidades de la tercera edad, etc.

Hinojo y Aznar (2001) intentan responder a los principales interrogantes que surgen cuando se plantea la cuestión de la intervención socioeducativa en la tercera edad y cómo abordarla. Se refieren concretamente al cómo, dónde, por qué y para qué. Respecto al “cómo”, indican que hay que acercarse a ellos y observar qué motivaciones y qué carencias poseen; en cuanto al dónde responden que es importante que ésta se desarrolle en su contexto habitual ya que no es conveniente apartarlos del ambiente donde están acostumbrados a desenvolverse habitualmente. Si nos referimos a su justificación, al “por qué” consideran que debe ser para cubrir sus necesidades y sus demandas y, por último, sobre el “para qué”, señalan la necesidad de no perder el sentido de seguir viviendo, de seguir sintiéndose válidos, útiles y a fin de cuentas, vivos. Finalmente, debe tenerse presente la necesidad de conocer las características individuales y particulares de las personas con las que se planea desarrollar una intervención concreta y, en la medida de lo posible, que ésta se encuentre libre de estereotipos: “La sociedad tiene unas consolidaciones que no son del todo positivas, sino todo lo contrario, negativas. Se entiende por persona mayor una serie de estereotipos totalmente consolidados y de muy difícil rectificación” (Hinojo y Aznar, 2001, p.125). Como ya se ha indicado, muchas veces es la sociedad la que les otorga el papel marginal de personas “no válidas” y por ese motivo, el profesional que se encargue de llevar a cabo la intervención socioeducativa con la tercera edad debe luchar y esforzarse por que se minimice esa visión en los casos en los que no se ajusta a la realidad.

Finalmente, pero no por ello menos importante, no debe perderse de vista que los ancianos son personas adultas (Aranguren, citado por Hinojo y Aznar, 2001), por lo que no sería conveniente dirigirse a ellos o emplear en la intervención materiales o metodologías propias de las edades infantiles.

La educación de las personas mayores, se considera como una consecuencia de la educación permanente y como un medio que facilita el ensanchamiento de sus espacios de vida. Ello obliga a cambiar la visión de la educación y dejar de verla como mera socialización, asimilación de reglas y adquisición de competencias que tienen como objetivo entrar a formar parte del mercado de trabajo (Limón 1990 y Requejo 1994). Se hace necesario abogar por una doble integración en lo referido a este colectivo. Por un lado, es necesaria una integración formal con carácter estático y que se manifiesta por norma general a través de la normativa legal. Esta integración es la que realmente tienen conseguida los ancianos ya que en el ordenamiento jurídico no existe discriminación alguna hacia ellos. No puede afirmarse lo mismo cuando nos referimos a la integración dinámica. Para lograr que las personas de la tercera edad salgan de ese estado de dejadez, pasividad, desinterés, que generalmente se les atribuye, deben ser motivados hacia el camino de la acción. La persona debe sentirse útil en la sociedad, no un estorbo y ser consciente de que puede ser capaz de realizar actividades necesarias. Para conseguir una meta de integración social de este colectivo, es crucial además de necesario, una toma de conciencia colectiva por parte de las familias y la sociedad, de los que se espera una

colaboración e implicación para aportar soluciones (Limón, 1990; Malagón, 1995; Requejo, 1994 y Limón y Berzosa 2006).

Como ya se ha visto, la sociedad evoluciona y nosotros evolucionamos con ella en muchos aspectos. Es cierto y ya se ha comentado anteriormente, la visión que se tiene sobre la vejez pero por suerte, esto está cambiando. Muchas personas mayores tienen hoy en día mayor autonomía personal en aspectos como en el envejecer más lento y con más salud, en emplear más tiempo disfrutando del ocio y en pasar los últimos años independientes de la vida de los hijos.

El término de “envejecimiento activo” fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales del siglo XX, con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable y de reconocer los factores y ámbitos, además de la mera atención sanitaria que afectan a cómo envejecen individuos y poblaciones (Limón y Berzosa, 2006, p. 358).

Debe entenderse envejecimiento activo como el proceso por el que se optimizan las oportunidades tanto de la salud, como de participación social, cuyo fin es mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Una dificultad añadida a la intervención con las personas de la tercera edad viene determinada por el estilo de socialización que la mayoría de ellos han desarrollado. En efecto, se trata de personas que por las circunstancias vitales en las que se han desarrollado se encuentran acostumbradas a no disponer de un amplio poder de decisión, optando por una adaptación a la coyuntura y con una escasa participación en la realización de su futuro. Resulta por tanto complicado en la mayoría de los casos, romper con esta dinámica previa, tratar de convertirlos ahora en protagonistas de su propia vida e implicarles en la toma de decisiones sobre sus preferencias o modos de hacer: “Los viejos de hoy siguen siendo lo que siempre fueron, espectadores de su propia vida, ya que nunca participaron en su propia realización” (Malagón, 1995, p.71).

Para conseguir que los ancianos participen es necesario disponer de una buena metodología planificada con anterioridad y que responda a unos objetivos claros respecto a lo que se hace y cómo debe ser el resultado. Así, si se utiliza una metodología activa, por ejemplo, es más probable que el anciano descubra por sí mismo sus necesidades y pase a ser agente de su propio cambio. Las habilidades necesarias e imprescindibles para poder desarrollar con éxito el trabajo con este colectivo, engloban la asertividad, la empatía, motivación, el esfuerzo y mucha comunicación, siendo imprescindible por tanto huir de la imposición:

En el trabajo con personas mayores debemos de poner especial énfasis en todas aquellas actividades que surjan de ellos mismos, es decir, que partan de sus propias necesidades. Para ello no podemos desde fuera imponerles ningún tipo de actividad sin que parta de ellos mismos (Hinojo y Aznar, 2001, p.128).

1.3. Intervención socioeducativa en personas con Alzheimer: Terapias No Farmacológicas (TNF)

1.3.1. El Alzheimer

La enfermedad del Alzheimer es la forma más frecuente de demencia en las personas ancianas que afecta a un 20% de las personas que superan los 80 años (Martín,

2009). Ésta consiste en un trastorno degenerativo que tiene carácter progresivo y que condiciona un deterioro cognitivo y funcional grave en la persona afectada. No se conocen las causas que lo producen ni tampoco se conocen tratamientos eficaces que detengan la neurodegeneración.

Los síntomas clínicos característicos de esta enfermedad son (Martínez, 2009):

- Deterioro progresivo de la memoria.
- Problemas con el lenguaje.
- Dificultad para llevar a cabo tareas.
- Reducción de las funciones motoras.
- Desorientación en el tiempo y en el lugar.
- Problemas con el pensamiento abstracto. □ Cambios en el humor.

Esta enfermedad no es mortal pero a día de hoy, si es incurable. Debe tenerse en cuenta, no obstante, que el Alzheimer aumenta las posibilidades de algunos factores de riesgo que podrán causar la muerte del enfermo. Algunos ejemplos de esto pueden ser el aumento de la probabilidad de tener un accidente doméstico al sufrir un deterioro cognitivo o un mayor riesgo de infección por no tener un control estricto de la medicación, por resaltar algunos ejemplos.

Independientemente de los signos comunes que tiene la enfermedad, ésta se desarrolla de manera diferente en cada persona. Por lo tanto, el avance de la enfermedad y los síntomas que ésta tiene no son los mismos para todos los pacientes. En todo caso, a pesar de esta gran heterogeneidad, es posible establecer una serie de etapas por las que las personas que sufren esta enfermedad pasan: etapa inicial, intermedia y, por último, la etapa avanzada (Martínez, 2009).

La primera fase, *Alzheimer inicial o leve*, se caracteriza por la pérdida poco significativa de la memoria lo que provoca problemas en la conversación fluida y en las relaciones sociales con el resto de personas. Tiene como consecuencia el inicio de la irritabilidad del enfermo porque es consciente de qué le está pasando.

Si un paciente de Alzheimer sufre o no, es una pregunta para la que no tenemos respuesta clara. Parece lógico pensar que en las primeras fases del proceso sí es consciente de la pérdida cognitiva, y su irritabilidad de alguna manera podría estar asociada al sufrimiento interno (Martínez, 2009, p.22).

La segunda fase se denomina *Alzheimer intermedio*. En ella la persona empieza a sufrir pérdidas de memoria en lo referido a hechos relativamente cercanos o presentes, iniciándose con esto una desorientación de espacio y de tiempo. La persona es capaz de relatar un episodio vivido en su infancia con una claridad y detalles perfectos, sin embargo, no recuerda lo que ha comido el día anterior. En esta etapa la persona empieza a sumergirse en sus pensamientos porque se ve incapaz en muchas ocasiones de relacionarse socialmente y mantener conversaciones con las personas cercanas a ella. Por último, en la etapa final de la enfermedad, *Alzheimer avanzado*, el enfermo ha perdido prácticamente el contacto con el entorno y es totalmente dependiente. Ha olvidado además, las habilidades más básicas de higiene, alimentación, comunicación...

La detección precoz de la demencia antes de que los enfermos se encuentren en un estadio muy evolucionado presenta conocidas ventajas (Martín, 2009) identificar causas reversibles y tratables de demencia, utilizar las estrategias farmacológicas y no

farmacológicas disponibles a fin de enlentecer la progresión de la enfermedad, controlar la morbilidad asociada y mejorar la calidad de vida del paciente y su cuidador. En el ámbito gerontológico la dificultad se encuentra en diferenciarla del deterioro cognitivo benigno o leve, como un hecho inherente a la vejez.

El objetivo final que persigue la intervención terapéutica está dirigido, bien sea a corto o largo plazo, a restaurar habilidades cognitivas, a enlentecer la progresión del deterioro y mejorar el estado funcional del enfermo con demencia, así como procurar su estabilización durante el mayor tiempo posible, controlar los síntomas y prevenir las complicaciones y problemas de salud más prevalentes y garantizar la confortabilidad en la fase terminal de la enfermedad. La intervención desde un programa de psicoestimulación cognitiva que abarque en gran medida aquellas funciones intelectuales conservadas y su interacción con las actividades instrumentales de la vida diaria, favorecerá el papel social del enfermo, aumentará la eficacia de los fármacos disponibles en la actualidad para la enfermedad de Alzheimer y, en todo caso, aportará beneficios en cualquier tipo de demencia.

Una de las escalas clinicoevolutivas más utilizadas es la Global Deterioration Scale (GDS) –ver Tabla 1-. Presentamos a modo de síntesis una tabla resumen en la que se refleja los grados por los que atraviesa una persona con esta enfermedad y las características que conllevan cada uno de ellos.

Tabla 1. Escala de deterioro global.

GDS 1 Sin deterioro cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • No hay quejas subjetivas de pérdida de memoria. • No se objetivan déficit de memoria en la entrevista clínica
GDS 2 Deterioro cognitivo muy leve	<ul style="list-style-type: none"> • Hay quejas subjetivas de pérdida de memoria, más frecuentemente en las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> a) Olvidos del lugar donde ha dejado objetos familiares. b) Olvido de nombres familiares. • No hay evidencia objetiva de déficit de memoria en la entrevista clínica. • No hay déficit objetivo en el trabajo ni en situaciones sociales. • Actitud apropiada respecto a su sintomatología.
	<ul style="list-style-type: none"> • Primeros déficit claros. Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> a) Se suele perder cuando viaja a lugares no conocidos.

<p style="text-align: center;">GDS 3</p> <p>Deterioro cognitivo leve</p>	<p>a) Se evidencia su bajo rendimiento laboral.</p> <p>b) Se hace evidente la pérdida de palabras y nombres.</p> <p>c) Retiene relativamente poco material cuando lee un párrafo de un libro.</p> <p>d) Demuestra una disminución en el recuerdo de nombres de personas que acaba de conocer.</p> <p>e) Pierde o extravía objetos de valor.</p> <p>f) En la exploración clínica se puede evidenciar un déficit de concentración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia objetiva de déficit de memoria que se pone de manifiesto en una entrevista exhaustiva. • Disminución del rendimiento en las áreas laboral y social. • Empieza a negar los déficit • Estos síntomas van acompañados de ansiedad leve o moderada.
<p style="text-align: center;">GDS 4</p> <p>Deterioro cognitivo moderado/Demencia leve</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit evidente al realizar una cuidadosa historia clínica. Son manifiestos en las siguientes áreas: <p>a) Disminución en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes.</p> <p>b) Puede presentar algún déficit en el recuerdo de su historia personal.</p> <p>c) Déficit en la concentración, que se hace evidente en la sustracción de series.</p> <p>d) Disminución en la capacidad para viajar, manejar las finanzas, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No suele haber déficit en las siguientes áreas: <p>a) Orientación en tiempo y persona.</p> <p>b) Reconocimiento de personas y caras familiares.</p> <p>c) Capacidad para desplazarse a lugares conocidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para realizar tareas complejas. • La negación es el principal mecanismo de defensa. • La respuesta afectiva se aplana y el individuo se retrae ante situaciones de mayor exigencia.
<p style="text-align: center;">GDS 5</p> <p>Deterioro cognitivo moderadamente grave/Demencia moderada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente ya no puede pasar sin algún tipo de ayuda. • El paciente es incapaz de recordar detalles relevantes de su vida actual, por ejemplo su dirección o número de teléfono, los nombres de parientes cercanos (p. ej., sus nietos), su colegio, instituto o universidad en que se graduó. • A menudo presenta desorientación temporal (fecha, día de la semana, estación...) o de lugar. • Una persona con educación formal puede tener dificultad al contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2. • Las personas en este estadio se acuerdan de muchos datos importantes referentes a ellos mismos y a los demás. • Invariablemente saben su propio nombre y el de su esposa e hijos. • No requiere ayuda para el aseo ni para comer, pero puede tener alguna dificultad en elegir qué ropa ponerse.

	<ul style="list-style-type: none"> • Puede olvidarse ocasionalmente del nombre de su esposo/a, de quien depende del todo. • No será consciente de acontecimientos y experiencias recientes. • Retiene algún recuerdo de su vida pasada, pero es poco preciso. • Generalmente, no es consciente de su entorno, ni en el tiempo ni en el espacio.
<p>GDS 6</p> <p>Deterioro cognitivo grave/Demencia moderadamente grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultad en contar de 10 hacia atrás y, a veces hacia delante. • Requerirá asistencia en las actividades de la vida diaria, por ejemplo puede ser incontinente, precisará ayuda para desplazarse, pero ocasionalmente mostrará capacidad para trasladarse a lugares conocidos. • Frecuente alteración del ritmo diurno. • Con frecuencia distingue a las personas conocidas de las desconocidas. • Casi siempre recuerda su propio nombre. • Aparecen cambios emocionales y de la personalidad. Éstos son bastante variables e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> a) Conductas delirantes, como por ejemplo, los pacientes acusan a su esposo/a de ser un impostor, hablan con figuras imaginarias de su entorno, o con su propio reflejo en el espejo. b) Síntomas obsesivos, como por ejemplo, la persona continuamente repite sencillas actividades de limpieza. c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso de conducta violenta que no existía hasta entonces. d) Abulia cognitiva, como por ejemplo, pérdida de fuerza de voluntad por no poder mantener la intencionalidad el tiempo suficiente para determinar cómo convertirla en acción.
<p>GDS 7</p> <p>Deterioro cognitivo muy severo/Demencia grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el curso de este estadio se perderán todas las habilidades verbales. Al principio de este estadio verbalizará palabras y frases muy concretas. Al final, no hay lenguaje sólo gruñidos. • Incontinencia urinaria. Requiere asistencia para el aseo y la alimentación. • A medida que avanza el estadio se pierden las habilidades motoras básicas, por ejemplo la capacidad para andar. • El cerebro ya no parece capaz de decir al cuerpo lo que debe hacer.

Fuente: Reisberg, 1982

Cada persona tiene sus propias habilidades y capacidades. Independientemente de la fase de la enfermedad en la que se encuentre, hay que descubrir esas capacidades o habilidades, darles valor y adaptarlas a la persona para que ésta mantenga su independencia y el respeto por sí mismo. Se tiende a clasificar a estas personas como “no personas” (Zeisel, 2011) porque como se ha dicho anteriormente, no se relacionan de la misma manera que antes, por lo que la opción fácil puede ser asumir que es una enfermedad irreversible e institucionalizar a la persona. La consecuencia de actuar de esta manera es trasladarles a los enfermos la carga de la incomprensión, haciéndoles sentir un estorbo. De ello se derivan conductas poco apropiadas por parte del entorno más próximo: por ejemplo, el de visitarlos un rato al día o a la semana a la residencia o institución donde se encuentre viviendo, evitando permanecer ratos prolongados y deseando volver a la vida normal, al margen de la enfermedad.

Otra de las percepciones más habituales de la persona a la que se le diagnostica Alzheimer es que ya no tiene futuro. Para contrarrestar esta idea debe resaltarse que ello se encuentra ligado a la interpretación que se construya sobre el futuro, ya que éste se puede basar en el presente, en todos los minutos que tiene un día.

El futuro para las personas que viven con Alzheimer puede implicar nuevas relaciones, calidad de vida y felicidad. Para tener un futuro así hace falta que nosotros nos demos cuenta de que la persona que vive con Alzheimer es una persona nueva y diferente a la antigua persona que ha sido siempre (Zeisel, 2011, p.21).

Es cierto como se ha mencionado anteriormente, que la enfermedad no tiene cura, pero ello no implica que no sea tratable o que resulte inútil la intervención. Si se trabaja con personas con Alzheimer no conseguiremos suprimir los síntomas ni que la enfermedad desaparezca, pero sí ejercitar sus capacidades y funciones y con ello retrasar el deterioro cognitivo de las mismas.

A pesar de lo difícil que pueda resultar asimilar la nueva situación, es importante cambiar la relación que se tiene habitualmente con esa persona: “Es una enfermedad del cerebro de los pacientes y de los corazones de las familias” (Martínez, 2009, p.22). Esto no hace referencia a la parte afectiva, sino a empezar de cero construyendo como se ha dicho, un nuevo esquema de relación. Cuando la persona descubre que tiene Alzheimer, será la misma que el día anterior y se preocupará por cómo va a vivir en el futuro y por la gente que la rodea, pero con el paso del tiempo irá cambiando. Necesitará estar rodeada de seres queridos, amigos, independientemente de la fase de deterioro. “El enfermo de Alzheimer sigue aquí, no ha muerto, está vivo, aunque en su mente se produzcan lapsos de memoria inmediata y personal, sigue en relación con el mundo. Es necesario estar con él en los espacios que compartimos” (Fernández, 2010, p. 5). Es deseable que la persona que acompaña al enfermo de Alzheimer no piense continuamente que el paciente no se acuerda de determinadas cosas. Las personas que tienen esta enfermedad tienen dificultades para llegar a sus recuerdos. Ello no significa que no estén ahí, sólo que hay diferencias en cómo retienen unos y otros.

La intervención cognitiva con personas que poseen esta enfermedad, abarca todo un conjunto de métodos, técnicas y estrategias con el objetivo es optimizar los rendimientos cognitivos y funcionales de los pacientes, y de este modo mejorar su calidad de vida e incrementar su autoestima. Para poder llevar a cabo una correcta intervención terapéutica con los enfermos de Alzheimer, es imprescindible determinar concretamente cuáles son las capacidades afectadas y cuáles las que aún preserva (Peña-Casanova, 1999a Peña-Casanova, 2005; Tárraga et al., 1999).

No obstante, intervenir con este tipo de personas no es tarea fácil. Pueden compartir enfermedad, características similares, etc. pero cada caso es diferente aunque puedan seguirse patrones similares en algunos momentos de la intervención (Zeisel, 2011). Es importante por ejemplo, evitar situaciones desagradables o que produzcan agobio a los enfermos, tratando de entender a las personas y transmitirles respeto y dignidad con acciones como:

- Dirigirse directamente al enfermo, no referirse indirectamente a él o hacer como que no se encuentra presente.
- Ayudarle a mantener el control de las situaciones pero nunca darle las cosas hechas porque es más cómodo o pierden menos tiempo.

- Ofrecerle pistas a su memoria, aportándole datos concretos que le ayuden a recordar y sin presionar.
- No hacer que se sienta examinado, preguntándole constantemente cómo se llama alguien, diciendo frases como: “tienes que acordarte de esto...”
- Mantenerles informados y orientados sobre cuestiones básicas como la fecha o la ubicación.

Como ya se ha indicado, al principio de la enfermedad, probablemente no haya una notable diferencia entre las realidades del enfermo y las del resto de personas que le rodean pero, a medida que ésta progresa, las diferencias serán más pronunciadas y será necesario ir adaptando la intervención.

Las áreas en las que será inevitable trabajar (Peña Casanova, 1999a):

- La atención: conseguir la atención de estas personas es vital para poder desarrollar la intervención con las mismas.
- La memoria: se busca a través de las dinámicas y actividades no curar la enfermedad, sino retrasar toda la sintomatología donde toma partido la memoria como factor fundamental.
- Lenguaje: una vez que avanza la enfermedad, a las personas que la poseen les cuesta comunicarse verbalmente por lo que hay que trabajar y fomentar esta capacidad.
- Orientación: hace referencia a lo comentado anteriormente, siempre deben saber dónde se encuentran, el día que es, etc.
- Funciones ejecutivas
- Gestualidad

Una de las reflexiones más escuchadas en las últimas décadas y ya comentada anteriormente, es la que se señala que “no basta con dar años a la vida, sino que hay que dar vida a los años” (Cabrera et al., 2006). Este lema sintetiza el camino que hoy orienta gran parte de la investigación y del desarrollo de intervenciones aplicadas en el campo de la gerontología y en el de la discapacidad, es decir, la búsqueda de la mayor calidad de vida en el proceso de envejecer.

En lo que a las demencias se refiere:

Se observa que desde el tradicional modelo médico que basaba la salud en la ausencia de enfermedad y centraba exclusivamente el concepto de rehabilitación en la recuperación de la función dañada, se avanza hacia un modelo de intervención más globalizador, basado en entender la salud ya no como ausencia de enfermedad sino como bienestar bio-psio-cosocial, tomando fuerza el modelo de intervención psicosocial que pone el énfasis en objetivos en estrecha relación con el concepto subjetivo de calidad de vida (Martínez, 2002, p.12)

Como anteriormente se ha dicho, el significado que cobra la enfermedad en la actualidad es diferente a la concepción que se tenía de ella unos años atrás. A pesar de que la enfermedad es incurable, se puede tratar. Además del tratamiento farmacológico pertinente, desde hace unos años se está empezando a utilizar con éstas personas terapias no farmacológicas de estimulación cognitiva. Ambas comparten el mismo objetivo, el retraso de la sintomatológica propia de la enfermedad, así como el mantenimiento de las capacidades no afectadas de la persona.

1.3.2. Terapias No Farmacológicas

“Las Terapias No farmacológicas², son intervenciones no químicas teóricamente sustentadas, focalizadas y replicables, realizadas sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaces de obtener un beneficio relevante para la persona” (Olazarán et al., 2010).

Las denominadas TNF en ocasiones, también denominadas terapias blandas y dirigidas a las personas con deterioro cognitivo o demencia, son un claro ejemplo de la reorientación que están teniendo los objetivos de intervención en las personas en proceso de envejecimiento y del énfasis puesto en el aumento de la calidad de vida y del bienestar personal. El inicio de las intervenciones no farmacológicas en los procesos de deterioro cognitivo podemos situarlo en la década de los años sesenta. Se puede decir que éstas son intervenciones no químicas, teóricamente sustentadas, realizadas sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante.

Numerosas investigaciones científicas han podido constatar, que las Terapias No Farmacológicas tienen un abanico muy amplio de efectos clínicos positivos. Podemos destacar, entre otros, los siguientes: mejoran la cognición, la conducta o el estado de ánimo, reducen la carga del cuidador y evitan o posponen el ingreso en residencias.

Uno de los mayores beneficios de las terapias no farmacológicas es la inexistencia de efectos secundarios. Estas técnicas obtienen mejores resultados que los fármacos, son más eficientes y más económicas. Por tanto, resulta un recurso inmejorable para trabajar con personas que padecen Alzheimer (Hernández, 2013).

Algunas de las Terapias No Farmacológicas son las siguientes:

- *Técnicas de Orientación a la Realidad.* Son técnicas que tratan de proporcionar elementos de orientación (en tiempo, lugar, persona y situación) en diferentes momentos del día. Puede hacerse tanto individual como grupalmente, donde se realizarían distintas actividades relacionadas con dicha orientación.
- *Terapia de Reminiscencia.* Es un tipo de TNF que se ha ido aplicando a personas con deterioro cognitivo o demencia, mostrándose muy adecuadas ya que la pérdida de memoria que conllevan las enfermedades degenerativas como el Alzheimer presentan un gradiente temporal haciendo que los recuerdos más remotos se mantienen hasta fases muy avanzadas de la enfermedad, convirtiendo así las sesiones en adecuados contextos terapéuticos para los enfermos/as.
- *Musicoterapia.* Según la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2011) la musicoterapia es “el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar. La

²Para más información sobre el tema, visitar las siguientes páginas web:

http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/index.htm

<http://www.cvirtual.org/blog-post/terapias-no-farmacologicas-en-demencias>

<http://www.mariawolff.org/index.php/presentacion-investigacion-e-innovacion/terapias-no>

<http://www.mariawolff.org/index.php/presentacion-investigacion-e-innovacion/terapias-no-farmacologicasfarmacologicas>

http://www.fundacioace.com/wp-content/uploads/Volver_a_empezar.pdf (Consultado el 28 de marzo del 2016).

investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos”.

- *Aromaterapia*³. Es una disciplina terapéutica que aprovecha las propiedades de los aceites esenciales extraídos de las plantas aromáticas. Ésta no reemplaza a la medicina tradicional sino que la acompaña y hace que sus efectos sean más rápidos y duraderos porque llegan a la raíz emocional despertando energías de curación.
- *Risoterapia*⁴. Se trata de un proceso terapéutico en el que mediante la risa y otras técnicas, se busca una sensación de satisfacción para la persona. Entre algunos de los beneficios se encuentran, la secreción de las hormonas de la felicidad, una mejora en la columna vertebral, mejoras pulmonares...
- *Estimulación cognitiva*: La estimulación cognitiva es el conjunto de actividades dirigidas a estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes.

Ésta última, es decir, la estimulación cognitiva es la que se va a abordar en la segunda parte del proyecto y la que se desarrollará proporcionando actividades para su mejor entendimiento.

Desde los finales de la década de los 80, estamos asistiendo a un importante avance de las Terapias No Farmacológicas que basan sus programas de intervención en diseños fundamentados en modelos aportados desde la Psicología cognitiva (Martínez, 2002). Modelos del funcionamiento humano en las distintas funciones y procesos cognitivos como la memoria, el lenguaje, la ejecución práxica o los procesos perceptivos y de reconocimiento gnósico. Este es un campo de conocimiento en continuo progreso, y desde el modelo neurocognitivo, modelo que trasciende a la clasificación nosológica de la tradicional neuropsicología clínica, van surgiendo aportaciones de una relevancia incuestionable tanto para el diseño de programas de intervención cognitiva como para la evaluación idiográfica de los casos.

En lo referido a la estimulación cognitiva, ésta se describe como el: “Conjunto de actividades y estrategias de intervención neuropsicológica dirigidas a potenciar la neuroplasticidad de la persona con deterioro cognitivo estimulando fundamentalmente las funciones y procesos cognitivos preservados” (Martínez, 2002, p.14).

Se ha venido comprobando repetidamente que la demencia leve-moderada (el 75% de los casos) se puede beneficiar, además de estas terapias farmacológicas, de otro tipo de estrategias terapéuticas (García y Carro, 2011). Entre ellas, quizás hasta ahora la más importante es la estimulación cognitiva. Algunas de estas actividades cognitivas tales como leer, escribir, participar en grupos de discusión, realizar juegos de mesa, tocar un instrumento musical o hacer puzzles y crucigramas, son de los pocos elementos que parecen disminuir el riesgo de demencia y paliar el rápido desarrollo de la enfermedad

³<http://www.aromaterapia.com.pe/es/articulos-aromaterapia/que-es-la-aromaterapia>

⁴<http://www.20minutos.es/noticia/2263531/0/risoterapia/beneficios-fisiologicos/risa/http://escuelarisoterapiamadrid.com/> (Consultado el 28 de marzo del 2016).

Frente a otros tipos de actividades que buscan prioritariamente el entretenimiento de las personas y donde la improvisación predomina a la planificación, la Estimulación Cognitiva se sustenta en una base científica y teórica y tiene un claro propósito terapéutico donde la programación individualizada se convierte en el eje principal de la planificación. Ésta, se dirige a los diferentes niveles del individuo: funcional, cognitivo, psicoafectivo y relacional.

Uno de los aspectos imprescindible cuando hablamos de Estimulación Cognitiva, es que se aplique según los principios de la individualización de la intervención. Para ello será necesario llevar a cabo una evaluación individualizada de cada persona, dirigida a establecer un diagnóstico neuropsicológico. La evaluación neuropsicológica debe incluir, además de test o baterías abreviadas necesarias para el seguimiento posterior, otras pruebas de exploración neuropsicológica. Asimismo, se deberá recoger información sobre las variables relativas a la persona con importancia para este tipo de intervención, entre las que cabe señalar: el nivel académico, los hábitos e intereses, la existencia de alteraciones de conducta o desajustes psicoafectivos, las habilidades para la relación social y variables de personalidad relevantes como pueda ser el grado de tolerancia a la frustración. Esta evaluación permitirá la selección de tareas adaptadas a las características personales de cada participante, y posteriormente deberá realizarse un seguimiento periódico de la evolución de cada persona con el objeto de ir revisando y ajustando las actividades y tareas al grado de deterioro y evolución psicoafectiva.

II. CONTEXTO DEL CENTRO

2.1. Ubicación

El Centro de Día donde se va a realizar la intervención está situado en Moreda (Concejo de Aller⁴) Éste se encuentra dentro de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, concretamente en la zona centro-sur, tiene una extensión de 375 Kms. Limita al Norte con el Concejo de Mieres, al Este con los Concejos de Laviana, Caso y Sobrescobio, al Oeste con el Concejo de Pola de Lena y al sur con la Provincia de León. Está enmarcado dentro de la comarca de la Montaña Central, lo cual le confiere un paisaje rico en montañas y bosques.

Tiene una población con un alto índice de envejecimiento, distribuida en 18 parroquias las cuales agrupan las 185 entidades de población que están repartidas por todo el Concejo. Está formado por 3 zonas diferenciadas, que son el Bajo, el Medio y el Alto Aller. Geográficamente está formado por la confluencia de 3 valles que son: El 1º va desde Valdefarrucos hasta Cuevas del Puerto San Isidro, el 2º del Río Aller que va desde Collanzo a Llamas y a Casomera y el 3º es el valle del Río Negro que va desde Moreda a Santibañez de Murias.

La capital es Cabañaquinta que junto con Caborana, Moreda y Oyanco son los principales núcleos de población. La economía se basa principalmente en la minería (la cual entró en crisis en la década de los años 80), la construcción, la ganadería, la industria, la riqueza forestal y ahora el turismo, sobre todo en la parte alta del Concejo, gracias al

⁴ Toda la información está sacada de documentación interna del propio Centro de Día en la que se especifican todos los programas, los recursos de los que dispone el centro, además de la metodología de trabajo y los aspectos éticos y legales.

empuje que le está dando la Estación Invernal de Fuentes de Invierno y también la realización como vía de comunicación del Corredor de Aller.

Los recursos sanitarios con los que cuentan los alleranos son 2 Centros de Salud, uno en Moreda y otro en Cabañaquinta y 6 consultorios periféricos en Caborana, Boo, Piñeres, Collanzo, Felechosa y Nembra.

El Centro de Día para mayores dependientes es un recurso social intermedio que se define como centro gerontológico socioterapéutico y de apoyo a la familia que durante el día presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual. El Centro de Día de Moreda, se encuentra dentro del Centro Social de Personas Mayores, equipamiento social que data de 1988 y constituye un referente importante en la vida social, cultural y recreativa del Concejo. Se trata de un edificio de tres plantas, en la primera de las cuales, y tras realizar las correspondientes obras de acondicionamiento, se ha instalado el Centro de Día para personas mayores dependientes. –ver Ilustraciones 1 y 2- .

Ilustración 1. Gimnasio (Centro de Día)



Con una capacidad para 28 plazas, distinguiendo la asistencia permanente de sus usuarios, así como la asistencia parcial. Dicho Centro, abrió sus puertas en mayo del 2002 y desde entonces ha sufrido una ampliación de 7 plazas debido a la demanda social del Concejo, resaltar que todas ellas están ocupadas, existiendo a su vez lista de espera.

La finalidad que guía este recurso es mejorar la calidad de vida tanto de la familia cuidadora como de la persona mayor, a través de una intervención dirigida por una parte a proporcionar una atención integral a la persona mayor dependiente y, por otra, a ofrecer el necesario apoyo a la familia para posibilitar una permanencia adecuada del mayor en su entorno habitual.

Ilustración 2. Sala de descanso



2.2. Objetivos del centro de día

Los objetivos que busca conseguir el Centro de Día y las personas que allí trabajan, están dirigidos a diferentes colectivos, estos son:

Dirigidos a la PERSONA MAYOR

1. Recuperar y/ o mantener el mayor grado de independencia posible.
2. Retrasar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y rehabilitación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
3. Desarrollar la autoestima y favorecer un estado psicoafectivo adecuado.
4. Evitar o retrasar institucionalizaciones definitivas no deseadas o desaconsejables.

Dirigidos a la FAMILIA CUIDADORA

1. Proporcionar tiempo libre y descanso.
2. Proporcionar orientación y asesoramiento.
3. Dotar de conocimientos, habilidades y desarrollar actitudes que contribuyan a una mejora de la calidad de los cuidados dispensados a la persona mayor.
4. Desarrollar habilidades que permitan reducir el estrés así como mejorar el estado psicofísico de los cuidadores.
5. Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados.
6. Favorecer la colaboración de la familia con el centro.

Dirigidos a los CUIDADORES PROFESIONALES

1. Proporcionar, desde la formación continua, conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren una dispensación de una atención integral cualificada.
2. Reducir el estrés desarrollando estrategias para su prevención dotando de habilidades para su manejo.
3. Favorecer un clima social propicio para interacciones positivas y posibilitador de un sentimiento de satisfacción laboral.

2.3. Programas del centro de día y recursos

A continuación, se presentan de manera detallada los programas de intervención diseñados e implementados en el Centro. En la primera tabla, en la que se refiere a las terapias funcionales, se destacan la gerontogimnasia, el gerontoaerobic, la rehabilitación funcional, la psicomotricidad y las Actividades básicas para la vida diaria, -Ver Tabla 1- En la segunda tabla, referida a las terapias socializadoras, se destacan la musicoterapia, ergoterapia, ludoterapia y la alfabetización digital.

Tabla 2. Estimulación cognitiva: Terapias Funcionales.

TERAPIAS FUNCIONALES

	GERONTO GIMNASIA	GERONTOAEROBIC	REHABILITACION FUNCIONAL	PSICOMOTRICIDAD	AVD'S
OBJETIVOS	-Mantener la flexibilidad -Ejercitar la capacidad respiratoria -Mantener la fuerza, coordinación y resistencia. -Regular los ritmos de sueño-vigilia.	-Mantener la fuerza. -Enlentecer la atrofia de músculos, tendones y ligamentos. - Mantener el equilibrio, la flexibilidad.	-Lograr un buen control e higiene postural. -Mantener la fuerza muscular. -Mantener o ampliar la amplitud articular. -Mejorar deambulación y desplazamientos Desarrollar la coordinación.	-Mantener, desarrollar y mejorar el esquema corporal. -Favorecer la orientación temporal y espacial. -Conservar y potenciar la movilidad, el equilibrio y la Coordinación. -Mantener o mejorar la atención y la memoria.	-Mantener o conseguir independencia en: La alimentación. El aseo. Transferencia y deambulación. Actividades relacionadas con el hogar.
	-Movilización de: Cadera Codo. Codo.	-Movilización de: Cadera Codo Rodilla	-Ejercicios de marcha en pasarela con y sin obstáculos	-Ejercicios para trabajar el esquema corporal,	-Reentrenamiento del vestido,
EJERCICIOS REALIZADOS	Rodilla Manos Dedos Tobillos Musculatura facial Hombros Brazos Piernas	Manos Dedos Tobillos Musculatura facial Hombros Brazos Piernas	-Subir y bajar escaleras. -Ejercicios de colchoneta. -Ejercicios de equilibrio. -Ejercicios con aparatos: polea, rueda, bicicleta.	lateralidad, esquema espacial y temporal. -Ejercicios con materiales. -Ejercicios de atención y Memoria. -Ejercicios de marcha y Equilibrio. -Ejercicios de identificación de colores y objetivos -Juegos.	alimentación e higiene personal -Transferencias, deambulación y subir y bajar escaleras. -Utilizar el teléfono. -Entrenamiento en el uso de ayudas técnicas. - Realización de fichas relacionadas con actividades de la vida diaria.

ORGANIZACIÓN	Todos los días 10:00-10:45	Viernes 12:00-12:45	Grupo 1: Miércoles Grupo 2: Jueves Grupo 3: Martes Todos los días 7 usuarios del G.2 y G.3 hacen una hora más ya que son los que más lo necesitan	Grupo 1: Martes Grupo 2: Miércoles El Grupo 3 no realiza ejercicios de psicomotricidad	Una vez al mes se trabaja este tipo de actividades con los usuarios del Grupo 1 y del Grupo 2
RECURSOS HUMANOS	Pautada por la terapeuta y realizada por ella o por auxiliares	Pautada por la terapeuta y realizada por ella o por auxiliares	Pautada por la terapeuta y realizada por ella o por auxiliares	Pautada por la terapeuta y realizada por ella o por auxiliares	Pautado por la terapeuta ocupacional y llevado a cabo por todo el equipo

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Estimulación cognitiva: Terapias socializadoras

TERAPIAS SOCIALIZADORAS				
	ERGOTERAPIA	MUSICOTERAPIA	LUDOTERAPIA	ALFABETIZACIÓN DIGITAL
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar hacia la actividad. -Reforzar la autoestima. -Ocupar el tiempo libre. -Complementar la rehabilitación física. -Desarrollar las relaciones interpersonales y favorecer la integración social. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar la autoestima. -Estimular la actividad mental. -Fomentar la expresividad. -Potenciar la capacidad relacional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar la autoestima y el estado psicofísico. -Fomentar la motivación hacia la actividad en el tiempo libre. -Estimular la actividad física y mental. -Potenciar la capacidad relacional 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar la autoestima y el estado psicofísico. -Estimular la actividad física y mental. -Potenciar la capacidad relacional.
EJERCICIOS DE INTERVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Calendario -Actividades relacionadas con las fiestas del año -Utilización de barro, plastilina, temperas -Realización de collage, papiroflexia, títeres... 	<ul style="list-style-type: none"> -Actividades de baile -Juegos con música -Realizar por imitación diversos ritmos -Ejercicios de atención y memoria -Cantar y recordar canciones 	<ul style="list-style-type: none"> -Juegos realizados por la psicóloga y la terapeuta ocupacional -Juegos de mesa: parchís, domino, cartas... -Juegos de movimiento: bolos, gymkhanas -Salida al mercado 	<ul style="list-style-type: none"> -Pasar a Word poemas, canciones típicas de su época, trabalenguas, recetas de cocina, etc.

ORGANIZACIÓN	Viernes por la mañana y martes y miércoles por la tarde	Los lunes de 10:00 a 11:00	Lunes y viernes por la tarde. Se cuenta con dos voluntarias que acuden al Centro de Día	Miércoles y viernes 11:00 a 12:00. Acuden 4 usuarios un día y 4 usuarios otro día. Todos son del Grupo 1
RECURSOS HUMANOS	Pautadas por la psicóloga, terapeuta ocupacional y por la coordinadora de las auxiliares y realizadas por todo el equipo	Las sesiones pautada y guiada por la terapeuta ocupacional y ayudada por las auxiliares	Las sesiones pautada y guiada por la terapeuta ocupacional y ayudada por las auxiliares	Las sesiones son pautadas por la terapeuta ocupacional y realizadas por ella misma y un voluntario o auxiliar

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, existen otros programas y actividades que desarrollan los usuarios del Centro de Día. Actividades que tienen como objetivo la inclusión de los usuarios del Centro de Día en la comunidad, así como en algunos casos la relación intergeneracional, lo que les aporta una gran satisfacción y mejora su autoestima, favoreciendo además las relaciones interpersonales.

Estas actividades se vienen realizando en algunos casos desde hace cuatro años y durante el 2016 se continuarán. Éstas son:

- “Güeli, ¿qué comemos?”
- “¿A qué jugaban mis abuelos?”
- Villancicos en la Escuela de 0 a 3 años de Caborana.

En relación En relación a los proyectos que se llevan a cabo dentro del propio Centro de día o en las instalaciones del Centro Social, son:

- Poner la mesa: Se realiza diariamente con 6 usuarios, divididos en grupos de 2 repartidos un grupo cada día. Ellos son los encargados de poner la mesa para todos sus compañeros. Esta actividad se realiza en colaboración con el Servicio de Cafetería del Centro Social de Moreda.
- Taller de Alfabetización Digital: se lleva a cabo una vez a la semana en el Aula de Informática del Centro Social con la colaboración de cuatro voluntarios del Centro Social. En este taller participan 4 usuarios del centro de día.
- Taller de Costura: se realiza dos tardes a la semana, y en dicho taller participan 7 usuarias con la ayuda de una voluntaria del Centro Social de Personas Mayores de Moreda. El objetivo principal de este taller no es tanto el resultado material que se obtenga al final, como el ambiente que ésta actividad surja que evoca la época pasada en el que las mujeres se reunían para coser, tejer y a la vez interactuar socialmente.

Ilustración 3. Dibujos usuarios (Centro de Día)

- Taller de Pintura: se imparte una vez por semana con la colaboración de dos voluntarias del Centro Social de Moreda, en él participan 13 usuarios que muestran una mayor afinidad por las actividades plásticas. –Ver Ilustración 3-.
- Regar las Plantas: se lleva a cabo una vez por semana, los miércoles en horario de 10:00- 11:00 h., en él participan 3 usuarias del Centro de Día en colaboración con una voluntaria del Centro Social. –Ver Ilustración 4-.



Ilustración 4. Plantas y huerto (Centro de Día)



- Taller de Cocina: se realiza periódicamente en el Centro de Día, de forma mensual coincidiendo con alguna fiesta (carnaval, día de Asturias, etc.), y lo realizan casi la totalidad de los usuarios.
- El Cafetín: se realiza de forma mensual, consiste en una café distendido en el que participan usuarios del Centro de Día y personas representativas de la sociedad cercana.

Por último, para ofrecer a los usuarios del Centro una atención integral que atienda sus necesidades personales básicas, terapéuticas y sociales, cuenta con los siguientes servicios:

- Transporte: El servicio de transporte es realizado por tres vehículos adaptados con una capacidad, dos de ellos, para cuatro personas, incluyendo una silla de ruedas en cada uno. El tercer taxi tiene una capacidad para ocho usuarios incluida una plaza de silla de ruedas.

Los tres vehículos cuentan con un acompañante, realizando esta función las auxiliares del Centro de Día.

- Manutención: Los menús se realizan trimestralmente y son los mismos para el Centro de Día y el Centro Social, de acuerdo con los criterios de una dieta variada

y equilibrada para personas mayores, introduciéndose las modificaciones y adaptaciones a las necesidades específicas que algunos usuarios requieran.

- Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria: puesto que hablamos de personas mayores dependientes, hay que tener presente que en ciertas ocasiones, es preciso brindarles ayuda o simplemente supervisión, para el correcto desempeño tanto de las actividades básicas de la vida diaria (abvd), entendiendo éstas como aquellas tareas que realizamos de forma cotidiana en nuestro día a día, como de las actividades instrumentales de la vida diaria, es decir, aquellas que implican un grado más de independencia en el día a día. cada usuario perteneciente al centro de día de moreda, posee un plan individualizado de intervención recogido dentro del plan personalizado de atención, en el que se recoge su nivel de dependencia/independencia en las distintas actividades de la vida diaria (avd), tanto básicas (comer, vestirse, asearse...) como instrumentales (ir de compras, poner la mesa...), la utilización de productos de apoyo, y en el caso de que se considerase oportuno, qué tipo de intervención se aconseja realizar debido a las características físico-cognitivas del usuario, es decir utilización de pautas verbales, explicación de tareas mediante pictogramas, imágenes reales, apoyo de una tercera persona, etc.
- Servicios terapéuticos: La función terapéutica del Centro de Día se desarrolla a través de los siguientes servicios:
 - Atención social
 - Atención psicológica
 - Terapia ocupacional
 - Cuidados de la salud

III. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “EL BAÚL DE MIS RECUERDOS”

3.1. Diagnóstico

3.1.1. Detección de necesidades y establecer prioridades

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales más importante del siglo XXI. Se debe diferenciar en primer lugar entre envejecimiento demográfico y el envejecimiento del individuo. El envejecimiento del individuo está unido a la biología de la longevidad humana, al funcionamiento de los sistemas orgánicos, a las enfermedades asociadas a la edad, a las mejoras sanitarias en los tratamientos, a los cambios en el estilo de vida, y cada persona puede experimentar ese proceso biológico evolutivo de forma diferente; es un proceso irreversible ya que los individuos envejecen inexorablemente cada año que sobreviven. Sin embargo, el envejecimiento demográfico, es una característica de la distribución por edad de una población, está unido a la dinámica de las poblaciones. Está afectado por las tendencias de las tasas de natalidad y mortalidad; en teoría es reversible, es decir, una población puede envejecer al ver aumentada la proporción de personas mayores, pero puede rejuvenecer si esa proporción desciende porque han tenido lugar cambios en los otros grupos de edad (INE, 2014)

En 2014, las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 85,6 años mientras que los hombres tienen 80,1. La esperanza de vida se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX. La clave del aumento de la esperanza de vida es el descenso de la mortalidad.

España sigue su proceso de envejecimiento ya que según el INE, a 1 de enero del 2015 había 8.573.985 personas mayores de 65 años o más, es decir, el 18,4 % de la población. Pero según su proyección, en 2061 habrá más de 16 millones de personas mayores (38,7%). Hay que destacar también, que el sexo predominante en la vejez es el femenino, ya que hay un 33% más de mujeres que de hombres.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta que debido al aumento de la esperanza de vida, se ha producido un incremento en el número de personas dependientes. En España, la ratio se sitúa en 51 personas dependientes por cada 100 personas. Se calcula que a mediados de este siglo, será de 95 dependientes por cada 100 adultos (INE, 2015). Hay que destacar que la persona que fundamentalmente cuida de los hombres mayores es su conyugue, seguida de su hija pero sin embargo, en el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda se invierte el orden, es decir, son las hijas las que fundamentalmente se hacen cargo de los cuidados, seguidos de otros familiares y amigos.

En la actualidad, como venimos señalando, en el caso de la tercera edad, se está viendo muy importante llevar a cabo intervenciones socioeducativas que fomenten la participación e integración de este colectivo en la sociedad. Esto se hace más importante aun cuando hablamos de personas mayores con deterioro cognitivo que sufren enfermedades como la demencia.

La distribución de los usuarios del Centro de Día de Moreda de Aller se realiza como ya se ha dicho anteriormente, en tres grupos. Esta división se lleva a cabo en función de diferentes variables como son cognitivas, sociales y /o funcionales, para poder conseguir una mayor integración e identificación de los usuarios dentro de cada grupo.

Para realizar los grupos, se llevará a cabo una valoración inicial que complementa el informe médico con el que cada usuario entra. Se pasará a los usuarios el *Mini-Mental State Examination*⁵ del que se encontrará más información en la parte de evaluación. - Ver Anexo 1-.

Por lo tanto podemos identificar dos líneas de actuación en las cuales aparecen dichas necesidades. Por una parte la sociedad en general y de forma más concreta en el Centro de Día de Moreda, que es donde se va a llevar a cabo la intervención.

Algunas de las necesidades que se han podido identificar y que se pretenden solventar a través de la intervención propuesta, son:

- Proponer nuevos retos en la etapa de la vejez.
- Mantener las capacidades no deterioradas de las personas mayores.
- Fomentar la estimulación cognitiva en la intervención con personas mayores.
- Trabajar áreas como el lenguaje, cálculo, etc. para evitar el deterioro de la persona.
- Fomentar la participación activa de las personas mayores.

De todas las necesidades anteriormente nombradas, consideramos más importantes de cara a trabajar en el proyecto socioeducativo aquellas que fomentan en mayor medida una educación gerontológica, un cambio en la cultura de envejecimiento y un cambio en la concepción que tiene la sociedad de las personas mayores. En lo referido

⁵ Es un método que se utiliza muy a menudo para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas.

al deterioro cognitivo cambiar la visión que se tiene acerca de este tipo de enfermedades. Trabajaremos la estimulación con la idea de mantener las capacidades no deterioradas, fomentando aquellas capacidades con el fin de retrasar el deterioro cognitivo que conlleva estas enfermedades.

3.1.2. Población

En el concejo de Aller, viven 11555 personas ⁶ (INE, 2015) de las cuales 5693 son hombres y 5862 son mujeres.

Hay que destacar que nos encontramos ante una población que ha vivido de la minería, de la agricultura, ganadería... son personas que prácticamente no tienen estudios ya que desde pequeños trabajaban por lo que el nivel académico es escaso o nulo. Además hay que tener en cuenta que muchos de ellos son personas jóvenes, prejubilados de la mina que a los 50 años se ven sin trabajo, con mucho tiempo libre por delante y sin saber qué hacer con él y cómo gestionarlo. Dichas características tendrán que ser tenidas en cuenta a la hora de elaborar las actividades, adecuando el lenguaje y la actividad a sus características individuales.

El grupo de personas que participarán en el proyecto serán 8 personas (Grupo 1, nivel de autonomía y dependencia aceptable). En el apartado dedicado a la Metodología, comentamos más detenidamente las características de estos usuarios del centro.

3.1.3. Previsión de recursos

Para llevar a cabo la intervención planteada y, hablando en líneas generales, ya que posteriormente se detallará de una manera más rigurosa, se necesitarán una serie de recursos materiales y de recursos humanos.

En cuanto a los recursos materiales, se necesitarán todo tipo de material fungible para poder realizar las actividades planteadas, así como amplios espacios para poder desenvolverse mejor. El centro cuenta con una cantidad de espacios amplios y con la mayoría del mobiliario fácil de desplazar.

En lo referido a los recursos humanos, se va a contar con la participación de una pedagoga, una terapeuta ocupacional y las auxiliares del centro que colaborarán si fuese necesario en el desarrollo de las actividades.

3.2. Planificación

3.2.1. Objetivos

Generales

- Promover el uso de terapias no farmacológicas en personas mayores con deterioro cognitivo en el Centro de Día de Moreda

Objetivos específicos

⁶ Ver: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p05/a2015/10/&file=00033002.px>

- Estimular y ayudar a mantener las capacidades cognitivas de las personas con deterioro cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares/cuidadores
- Evitar la desconexión con el entorno y fortalecer las relaciones sociales
- Estimular/mantener las capacidades mentales
- Reforzar el concepto numérico y las operaciones
- Ejercitar la memoria
- Trabajar el reconocimiento de imágenes
- Trabajar el reconocimiento de sonidos
- Mantener y estimular la comprensión verbal
- Ejercitar el lenguaje
- Mantener la orientación de la persona
- Mantener la memoria personal o autobiográfica

3.2.2. Metodología

La metodología que se va a utilizar en todo el desarrollo de la intervención socioeducativa es ante todo participativa y dinámica, en la búsqueda de que los participantes del proyecto convivan en un buen clima y estén conformes con el desarrollo de las actividades, la metodología será en todo momento interactiva con los usuarios.

Como hemos podido comentar con anterioridad, los usuarios están organizados en tres grupos en función de la dependencia. Los grupos están distribuidos de la siguiente forma:

- Grupo 1: Formado por 8 usuarios con un nivel de independencia y autonomía aceptable tanto en las terapias funcionales y cognitivas como socializadoras, a excepción de los casos comentados anteriormente.
- Grupo 2: Formado por 9 usuarios cuya afectación cognitiva y física es mayor, dándose la característica que aquí se encuentran la mayoría de los usuarios con secuelas de ICTUS
- Grupo 3: Formado por 7 usuarios cuyo nivel de dependencia es moderado a severo con alteraciones conductuales importantes

Con el grupo que se llevarán a cabo las sesiones de Psicoestimulación será con el Grupo 1. Dichas sesiones, se realizarán diariamente de tal forma que cada grupo terapéutico tenga al menos una sesión al día. Estas se realizan a través de dos métodos:

- Fichas individuales: son fichas preparadas y adaptadas a las capacidades de cada uno de los usuarios, de tal forma que a través de estas fichas el usuario va trabajando las diferentes funciones cognitivas.

- Actividades Grupales Cognitivas: son actividades en las que, además de trabajar las funciones cognitivas, se busca también fomentar la participación y el respeto por compañeros aceptando las propias limitaciones así como las limitaciones o dificultades de sus compañeros.

La dinámica de las sesiones se estructura siempre de la misma manera. Se saluda a los usuarios, se habla con ellos, se les presenta el material, tanto individual o grupalmente, dependiendo de en qué consista la actividad de ese día. Y para finalizar se les pregunta qué tal se encuentran, como se han sentido, etc.

La duración de las sesiones de psicoestimulación es de 90 minutos. Las actividades a realizar están previamente establecidas por grupos y por usuario, de tal forma que cada grupo tiene su carpeta y dentro de ésta, cada usuario tiene su propio cuadernillo de trabajo con un orden establecido en el mismo.

Cada día se va a trabajar un aspecto dentro de la sesión de estimulación. Se explicará más visualmente en el apartado de temporalización. Los aspectos a trabajar son:

- Orientación a la realidad
- Cálculo
- Atención y memoria
- Lenguaje
- Praxias
- Gnoxias

Es importante destacar que debido a las características de los usuarios con los que se trabajan, tanto los grupos ya formados como el tiempo de intervención, pueden variar. Esto quiere decir que si fuese necesario mover a alguno de los usuarios del grupo temporalmente o si la profesional viese que trabajar durante 90 minutos seguidos alguno de los aspectos sobre los que se va a intervenir (cálculo, lenguaje, praxias, etc.) fuese excesivo, se podría cambiar la actividad, dándole al usuario materiales manipulativos o intervenir con el de manera distinta. Esto debe hacerse así ya que el objetivo principal de cualquier intervención es buscar el bienestar del usuario.

3.2.3. Propuesta de actividades

En este apartado, presentamos una relación de actividades en función de cada una de las áreas de intervención. -ver Tabla 4-.

Muchas de las actividades aquí propuestas han sido diseñadas e implementadas con los usuarios del Centro de Día de Moreda, durante la realización de las prácticas del Máster de Intervención e Investigación Socioeducativa durante el presente curso académico 2015/16.

Tabla 4. Áreas de intervención y ejemplos de actividades.

ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN	CONTENIDOS
ORIENTACION A LA REALIDAD	Días de la semana Meses del año Estaciones Refranes
CÁLCULO	Operaciones matemáticas (sumas, restas, multiplicaciones) Euros Bingo de números
ATENCIÓN Y MEMORIA	Secuencias de sonidos Memory Trilero Palabras por categorías Reminiscencia Actividades fomento de atención
LENGUAJE	Crucigramas Sopa de letras Ordenar letras Ordenar palabras para formar frases Vocabulario
PRAXIAS	Juego de la mímica Tan- gran Actividades manipulativas
GNOXIAS	Reconocimiento de imágenes Categorización de imágenes

Fuente: Elaboración propia

1. ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

Lo que se pretende en primer lugar, es trabajar las referencias espaciales, temporales y personales para mantener así el contacto con la realidad inmediata. Esto podríamos considerarlo como el objetivo general.

En cuanto a los objetivos específicos que se pretenden conseguir trabajando la orientación a la realidad con los usuarios, se añaden:

- mantener la orientación espacial
- mantener la orientación temporal

- mantener la orientación biográfica
- activar la memoria autobiográfica
- mantener el contacto con la realidad
- incrementar los niveles de atención.

Esto se realizará todos los días antes de comenzar las actividades a las 11:00. Tendrá una duración de 15 minutos y se realizara después de acabar la Gerontogimnasia.

Ilustración 5. Estación del año

Lo que se llevará a cabo durante los 15 minutos de duración son ejercicios como:

- Reconocer, recordar o poner en conocimiento la parte del día en el que estamos, la hora, el día, el mes, el año, la estación del año, las festividades que existen en ese mes, las características propias del mes en cuanto a temperatura, ropas,...
- Utilizar relojes para poner la hora o identificar la hora que aparece en unos relojes; uso de calendarios y ayudas externas de memoria
- Repasar festividades importantes como facilitadores de la orientación temporal.
- Reconocer el lugar en el que se trabaja (características de las diferentes salas,..) el lugar al que se quiere acudir, la ciudad, la provincia, el país, la planta en la que se encuentra, la situación geográfica de nuestra provincia y de otras comunidades autónomas; así como el nombre de alguna de las provincias de esas comunidades autónomas.
- Recordar datos personales: fecha de nacimiento, edad, lugar de nacimiento, estado civil, fecha del matrimonio y otros datos familiares relacionados con la persona del usuario (hijos, nietos, celebraciones de fiestas familiares,... (historia de vida).
- Decir el nombre de los compañeros y de los trabajadores del centro, así como el lugar de procedencia de estas personas.



2. CÁLCULO

Al trabajar el cálculo con los usuarios se pretende que mantengan la capacidad de concentración necesaria para realizar operaciones matemáticas así como preservar el reconocimiento de números, facilitar el conteo y reforzar el concepto numérico y las operaciones aritméticas. Algunos de los objetivos que se pretenden conseguir son:



*Ilustración 6.
Orientación a la realidad
meses y días del año*

- Identificar los números:
- Señalar números pares, impares.
- Contar elementos.
- Ordenar secuencias de números
- Ejercitar el cálculo aritmético: tanto mental como escrito.
- Contar tantos de una baraja española según un determinado juego.
- Participar en la resolución de Juegos de Mesa (cartas, parchís, bingos)
- Resolver problemas aritméticos
- Escribir con números
- Clasificación de números

Ilustración 7. Operaciones matemáticas

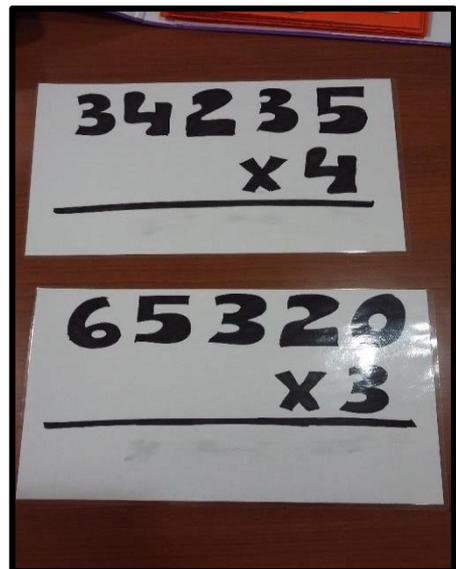


Ilustración 8. Operaciones



Se deberá tener en cuenta en primer lugar el nivel cultural de las personas participantes ya que probablemente muchos de ellos no han acudido a la escuela y no sepan realizar operaciones numéricas. En este caso, lo que se busca no es que aprendan, sino que aquello que sabían realizar anteriormente, puedan seguir haciéndolo, por lo que se fomentarán y favorecerán otros aspectos.

Otro aspecto a tener en cuenta, ya no solo en esta área sino en todas las demás, es el tamaño de los ejercicios. Deberá adaptarse a cada usuario. Se encontrarán más ejemplos de actividades de éste área en el Anexo 2.

Ilustración 9. Actividad cálculo

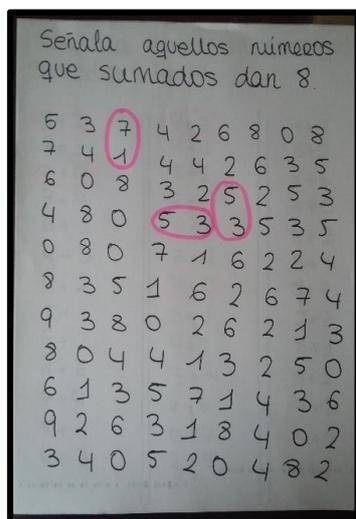


Ilustración 10. Ordenar de mayor a menor

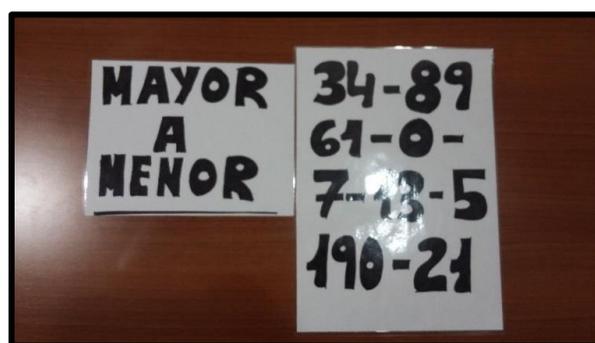
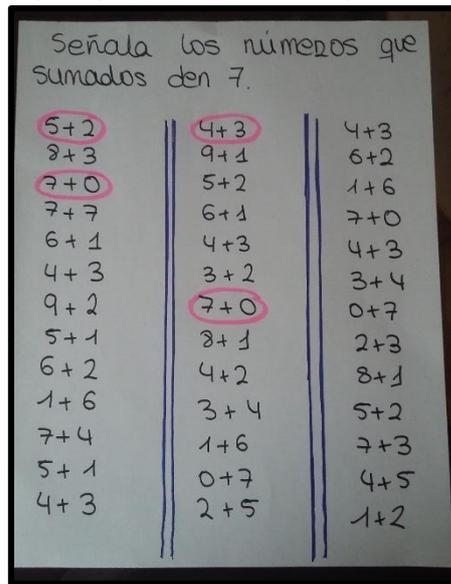


Ilustración 11. Actividad cálculo



3. ATENCIÓN Y MEMORIA

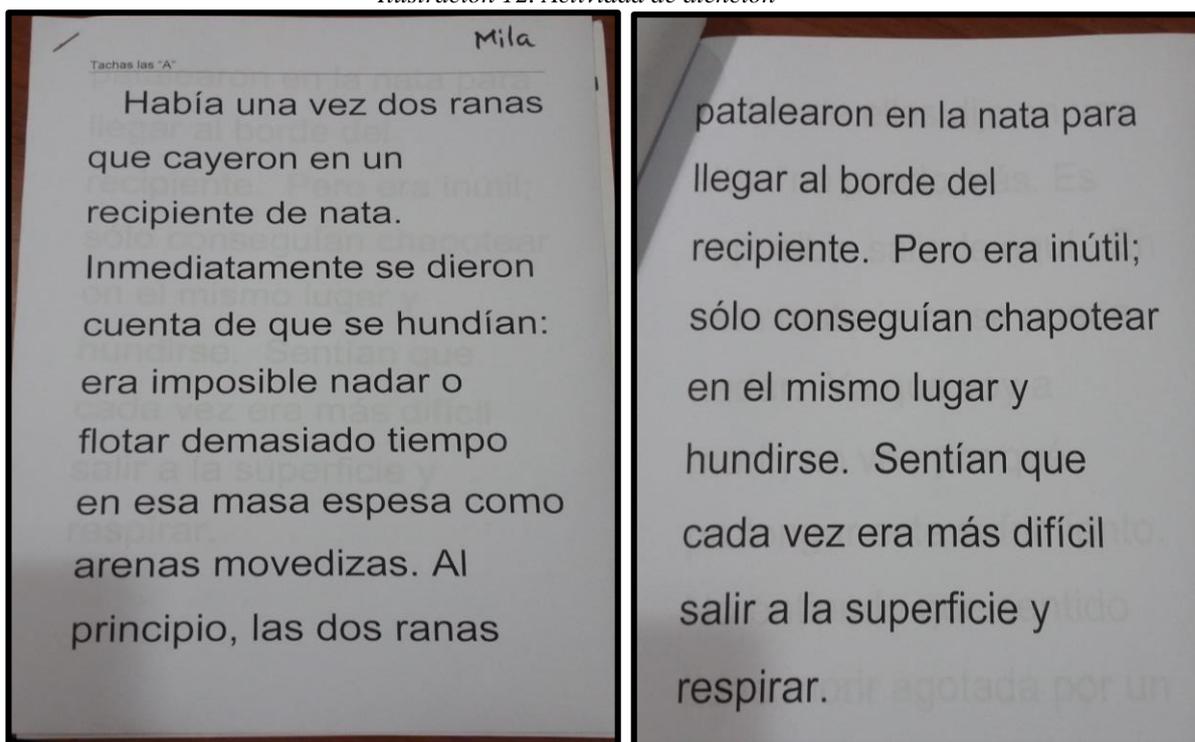
Se entiende por atención “la capacidad de generar, dirigir y mantener un estado de activación adecuado para el procesamiento correcto de la información” (Peña Casanova, 1999: 124).

Los objetivos que se pretenderán conseguir con el desarrollo de las actividades son:

- Mantener la atención auditiva
- Mantener la atención visual
- Mantener la atención sostenida
- Favorecer la atención auditiva
- Favorecer la atención visual
- Favorecer la atención sostenida

Algunos ejemplos de estas actividades son:

Ilustración 12. Actividad de atención



Para ver más ejemplos de actividades de Atención, ver bloque de Anexos 3.

En cuanto a la memoria, ésta se entiende como la “capacidad para codificar, almacenar y recuperar de manera efectiva información aprendida o un suceso vivido” (Peña Casanova, 1999, p. 97).

Se divide en Memoria a Corto Plazo (MCP) y Memoria a Largo Plazo (MLP). La MLP es un tipo de memoria que almacena la información durante un periodo prolongado de tiempo y se divide en: memoria episódica, semántica y procedimental. La MCP se diferencia de la MLP tanto estructuralmente como funcionalmente, pues permite almacenar la información por un corto periodo de tiempo. Si se trabaja con esta información a través de procesos de asociación o de repetición puede pasar a la MLP, pero en caso contrario, se perderá la información.

Algunos de los objetivos que se persiguen al trabajar esta área son:

- mantener la memoria autobiográfica
- mantener la memoria inmediata
- mantener la MCP (Memoria a Corto Plazo) o de trabajo
- mantener la MLP (Memoria a Largo Plazo)
- mantener la capacidad de registro
- favorecer la memoria inmediata
- favorecer la MCP (Memoria a Corto Plazo) o de trabajo
- favorecer la MLP (Memoria a Largo Plazo)

- favorecer la capacidad de registro
- facilitar estrategias de memoria

Para ello algunos ejemplos de actividades son:

- Actividades que consistan en repetir inmediatamente de forma directa y de forma inversa de series de palabras, dígitos, imágenes...
- Actividades de responder a preguntas directas relacionadas con información dada en esos momentos por parte de los profesionales que puede estar relacionada con información sobre el tipo de tarea, la ejecución de la misma.
- Juegos como por ejemplo el memory. –Ver Ilustración 15-
- Participar en la realización de juegos de cartas, juegos de mesa....



Ilustración 13. Actividad de memoria



Ilustración 15. Actividad Memory



En esta área sería muy interesante tratar también, el tema de la reminiscencia, historias de vida, etc. Peña Casanova (1999b) comenta en uno de sus manuales como han ido saliendo recientemente estudios en los que se aborda el tema de la reminiscencia como método de intervención en personas de edad y más con personas que tienen algún tipo de demencia.

La reminiscencia es una forma de activar el pasado personal y de ayudar a mantener la propia identidad. Las personas afectadas por una demencia, al igual que los ancianos que no la tienen, tienen más memoria de su juventud, ya que normalmente se trata de recuerdos muy aprendidos, fijados o repetidos y que tienen un especial significado emocional o personal (Peña Casanova, 1999b).

Para tratar esto, se llevarán a cabo actividades como la “Caja de los recuerdos”, Ver Ilustración 16-⁷ que llevará dentro una selección de objetos que ayuden a las reminiscencias del paciente. Se incluirán elementos como por ejemplo fotografías, relojes, joyas antiguas, recortes de papel, etc. (Peña-Casanova, 1999b).

También se realizará una sesión de aromaterapia⁸ para trabajar con estas personas. Hay que tener en cuenta la época de la que provienen nuestros usuarios por lo que los aromas no pueden ser los mismos que si lo realizásemos con gente joven. Se utilizarán olores de alcanfor, lavanda, betún, romero, achicoria...

Para ver más actividades sobre ambas áreas, ver bloque de Anexos 4.

Ilustración 16. Caja de los recuerdos.



⁷ La Caja de los recuerdos es una técnica motivadora y eficaz para trabajar la estimulación cognitiva, en especial la reminiscencia y el lenguaje. Uno de los aspectos más relevantes de esta actividad, es que activa la memoria sensorial y emocional que es la última que se deteriora.

⁸ La aromaterapia es un tipo de tratamiento que emplea aceites esenciales y líquidos aromáticos de plantas, hierbas, flores, etc. Algunos de los olores más utilizados en personas con Alzheimer son lavanda, melisa, menta... Para ver más información, consultado el 18 de abril del 2016.
<http://www.alzheimeruniversal.eu/2013/01/16/aromaterapia-y-alzheimer/>

Ilustración 17. Frascos Aromaterapia

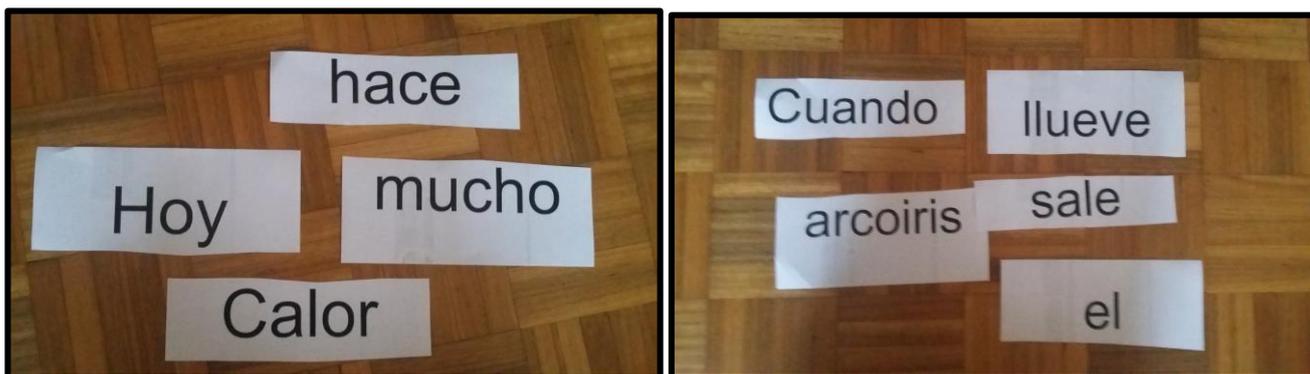


4. LENGUAJE

Para las personas es fundamental saber comunicarse y en el caso del Alzheimer es más importante aún, por ello el lenguaje es otro de los aspectos que se va a trabajar con los usuarios. Dentro de éste área, nos centraremos en:

- Ejercitar la evocación categorial:
 - Formar categorías
 - ✓ Identificar una categoría
 - ✓ Ordenar categorías
- Ejercitar el lenguaje automático:
 - ✓ Evocación de los meses del año
 - ✓ Evocación de los días de la semanas
 - ✓ Evocación de series numéricas
 - ✓ Evocación de refranes
 - ✓ Evocación del abecedario
 - ✓ Evocación de canciones
- Ejercitar el lenguaje espontáneo
 - ✓ Descripción de imágenes
 - ✓ Descripción de láminas
 - ✓ Descripción de situaciones y hechos
- Ejercitar la Repetición
 - ✓ Ejercicios de repetición directa (letras, palabras, frases, números)
 - ✓ Ejercicios de repetición inversa (letras, palabras, frases, números)

Ilustración 19. Actividad ordenar palabras



Para ver más ejemplos de actividades que aborden esta área, consultar bloque de Anexos 5.

5. PRAXIAS

Las praxias es la habilidad para poner en marcha programas motores de manera voluntaria y generalmente aprendidos.⁹ Con las actividades trabajaremos:

- Praxias ideomotoras: capacidad de realizar un movimiento o gesto simple de manera intencionada
- Praxias ideatorias: es la capacidad para manipular objetos mediante una secuencia de gestos. Esto implica conocimiento de la función del objeto, de la acción y del orden serial de los actos que llevan a esa acción.
- Praxias faciales: es la capacidad de realizar de manera voluntaria movimientos o gestos con diversas partes de la cara.
- Praxias visoconstructivas: es la capacidad de planificar y realizar los movimientos necesarios para organizar una serie de elementos en el espacio para formar un dibujo o una figura.

Algunos de los aspectos que trabajaremos con la realización de las actividades de esta área son:

- Practicar la mímica, gestualidad:
- Facilitar la destreza manual: realizar encajables, utilizar las piezas de ábaco para insertarlas en su lugar, coser, pintar, usar palos de colores para hacer determinadas plantillas.
- Dibujar: siguiendo unas órdenes, copiando
- Practicar la construcción de puzzles
- Ejercitar la resolución del Tan-gran

⁹ Consultar en <https://www.neuronup.com/es/areas/functions/praxis>

Ilustración 20. Tangran

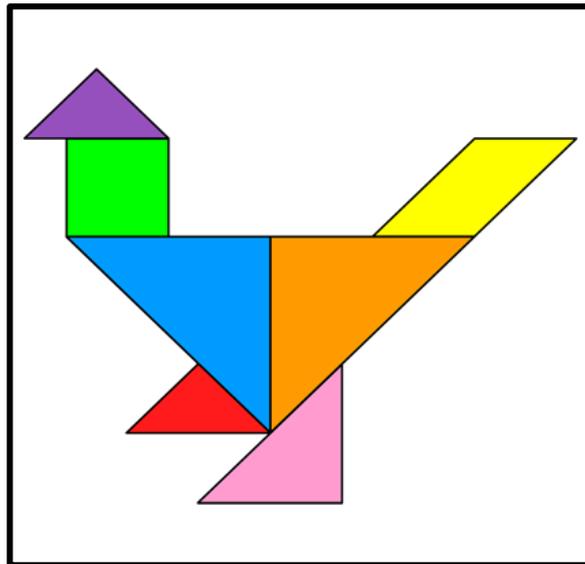


Ilustración 21. Actividad secuencias

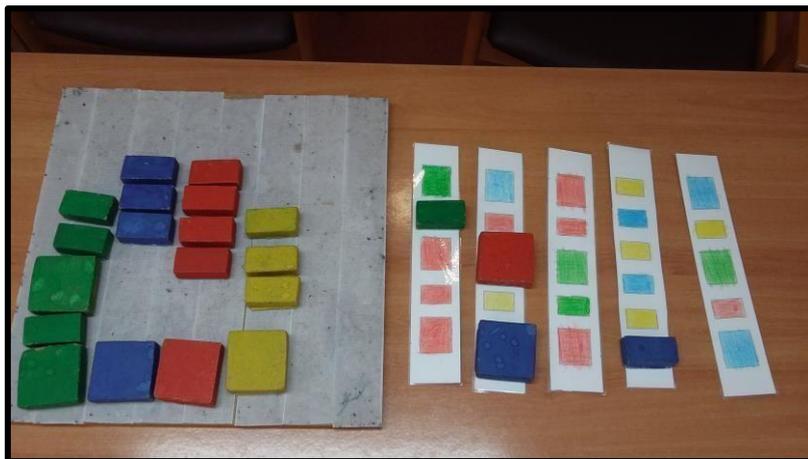


Ilustración 22. Actividad praxias



Ilustración 23. Actividad praxias destreza manual



Ilustración 24. Actividad praxias destreza manual



Para ver más actividades de éste área, consultar bloque de Anexos 5.

6. GNOSIAS

Se entiende por Gnosias a la capacidad de elaborar, interpretar y asignar un significado captado por los sentidos. Existen:

- Gnosias visuales: capacidad de reconocer, de manera visual, diversos elementos y atribuirles significado: objetos, caras, lugares, colores, etc.
- Gnosias auditivas: capacidad de reconocer, de manera auditiva, diversos sonidos.
- Gnosias táctiles: capacidad de reconocer, mediante el tacto, diversos objetos, texturas, temperaturas, etc.
- Gnosias olfativas: capacidad de reconocer, mediante el olfato, diversos olores.
- Gnosias gustativas: capacidad de reconocer, mediante el gusto, diversos sabores.

Las actividades que se desarrollarán para esta área contemplarán los siguientes aspectos: recordatorio de imágenes, de colores y de características faciales.

- Reconocer imágenes:
 - ✓ Asociación de imágenes
 - ✓ Discriminación figura – fondo
 - ✓ Búsqueda de diferencias, errores en el reconocimiento de dibujos
 - ✓ Reconocimiento de letras
 - ✓ Reconocimiento de números
 - ✓ Asociación imagen – palabra
 - ✓ Imágenes superpuestas
 - ✓ Descripción de elementos de fotografías
 - ✓ Reconocimiento de objetos cotidianos
 - ✓ Emparejar imágenes iguales

- Reconocer colores:
 - ✓ Trabajar el concepto de color
 - ✓ Denominación del color
 - ✓ Reconocimiento de objetos asociados a su color habitual
 - ✓ Identificación de conceptos básicos (claro – oscuro)
 - ✓ Emparejamiento de grupo de colores

- Reconocer características faciales:
 - ✓ Reconocimiento de caras
 - ✓ Reconocimiento de expresiones faciales y asignación a situaciones específicas
 - ✓ Reconocimiento de personajes conocidos - Gnosias Táctiles:
 - ✓ Reconocer objetos cotidianos
 - ✓ Reconocer números y letras en relieve

Para ver más actividades de esta área, consultar bloque de Anexos 6.

Ilustración 25. Asociación imagen -palabra



Ilustración 26. Asociación de Imágenes

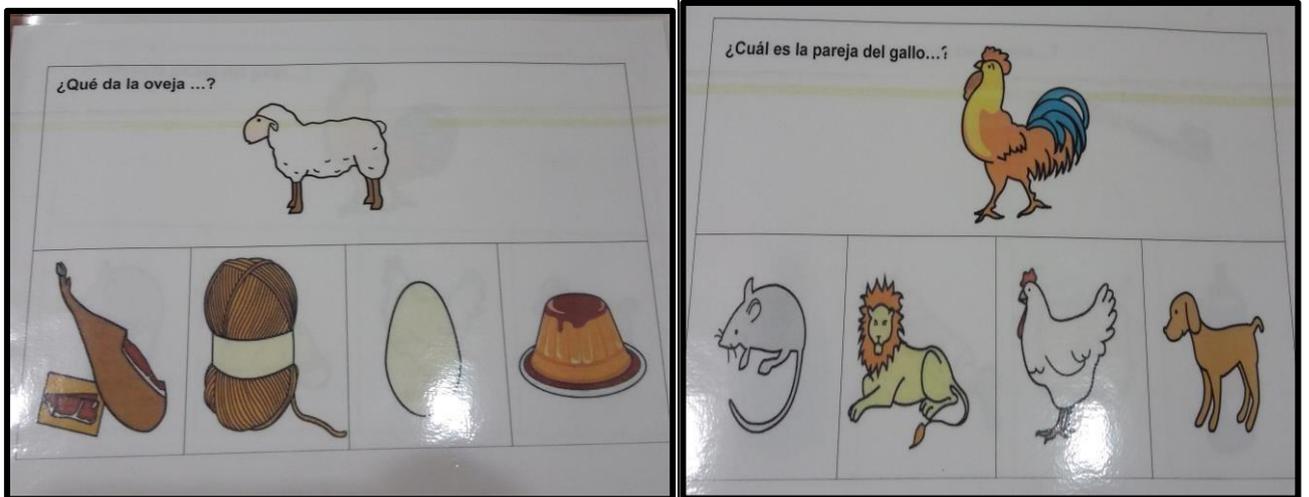


Ilustración 27. Asociación imagen-palabra



3.2.4. Temporalización

El proyecto se ha delimitado con una duración de un mes y medio para su desarrollo. Como se ha indicado anteriormente, cada día de la semana se va a trabajar un área con los usuarios del Grupo 1 y las sesiones tendrán una duración de 90 minutos aproximadamente. Los 10-15 primeros minutos se utilizarán para hacer la orientación a la realidad con el grupo. A modo de ejemplo, presentamos un cronograma de la distribución de las actividades a la hora de la implementación del mismo (supuestamente el mes de Febrero y Marzo de 2017) -ver Tabla 5 y 6-.

Tabla 5. Cronograma de actividades

FEBRERO				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
			1 PRAXIAS	2 GNOSIAS
5 CÁLCULO	6 ATENCIÓN Y MEMORIA	7 LENGUAJE	8 PRAXIAS	9 GNOSIAS
12 CÁLCULO	13 ATENCIÓN Y MEMORIA	14 LENGUAJE	15 PRAXIAS	16 GNOSIAS
19 CÁLCULO	20 ATENCIÓN Y MEMORIA	21 LENGUAJE	22 PRAXIAS	23 GNOSIAS
26 CÁLCULO	27 ATENCIÓN Y MEMORIA	28 LENGUAJE		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Cronograma de actividades

MARZO				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
			1 PRAXIAS	2 GNOSIAS
5 CÁLCULO	6 ATENCIÓN Y MEMORIA	7 LENGUAJE	8 PRAXIAS	9 GNOSIAS
12 CÁLCULO	13 ATENCIÓN Y MEMORIA	14 LENGUAJE	15 PRAXIAS	16 GNOSIAS
19	20	21	22	23
26	27	28	29	30

Fuente: Elaboración propia

3.2.5. Recursos

Los recursos que se van a utilizar para el desarrollo de la intervención planteada, se dividen en: humanos, materiales y económicos.

➤ Humanos:

Teniendo en cuenta que el Centro de Día de Moreda trabaja ya con una psicóloga que es la encargada de llevar a cabo las sesiones con los usuarios, podremos disponer de su ayuda para desarrollar la intervención en el centro. Por otro lado, las personas que también estarán en el desarrollo de las sesiones colaborando y apoyando a la profesional serán las auxiliares del centro. En cada sesión estará al menos una de ellas. Y por último contaremos con la ayuda de una pedagoga que irá de forma voluntaria al centro a implementar el programa.

Cabe destacar que todas las personas que se vean implicadas en el desarrollo de la intervención deben trabajar de forma conjunta para conseguir unos mejores resultados.

➤ Materiales:

Para llevar a cabo la intervención planteada, se necesitará una serie de material fungible como es el caso de, folios, bolígrafos, pinturas, tijeras etc. Precisamos, también, de un ordenador con impresora y fotocopidora para poder realizar las fichas de cada uno de los usuarios con los que se va a trabajar, además de una serie de materiales manipulativos para que los usuarios trabajen en momentos puntuales. En su mayor parte, el Centro de Día dispone de gran variedad de recursos, en muchas ocasiones, de elaboración por parte del equipo de trabajo.

Por otro lado, es necesario contar con una sala amplia con mesas largas para poder mover a los usuarios y colocarlos en función de la actividad que se vaya a realizar.

➤ Financieros:

En cuanto a los recursos financieros, únicamente se encuentran los gastos propios de los materiales empleados.

Tabla 1. Presupuesto.

RECURSOS		PRESUPUESTO
	1 psicóloga 1-2 auxiliares Pedagoga	0 euros
Humanos		
	Mobiliario (mesas, sillas, pizarras, etc.) ordenadores, espacios amplios, Cartón, cartulinas, tijeras, pinturas, pegamento, telas, papeles, imprendibles, rotuladores, bolígrafos, lápices, folios, plastificadora, impresora, fotocopidora, ordenador y materiales manipulativos.	300 euros
Materiales		
TOTAL		300 euros

Fuente: Elaboración propia

3.3. Aplicación

Para la realización del proyecto se solicitarán los permisos pertinentes al centro así como concreción del período de implementación.

3.4. Evaluación

Para llevar a cabo la evaluación del proyecto de intervención, se utilizarán diferentes instrumentos que nos ayudarán a comprobar si se cumplen los objetivos propuestos y si la metodología establecida es la adecuada. La evaluación estará dividida en tres momentos: la evaluación inicial, la procesual o de desarrollo y la evaluación final, en las que se llevarán a cabo una serie de técnicas y se utilizarán instrumentos que nos ayuden a obtener resultados de cara a la mejora del programa. En palabras de Lucas y Santiago (2014):

Mediante la evaluación de programas se determinará si el programa tal como ha sido diseñado e implementando, va a generar los efectos esperados. La evaluación contribuirá a señalar los aspectos fuertes débiles del programa en tres momentos: a) antes; b) durante; y c) después de su finalización (J.F. Lukas & K. Santiago, 2004, p.122).

Como dice De la Iglesia (2012), existen una serie de garantías científicas que nos dicen si los instrumentos de evaluación empleados son correctos. Estos instrumentos son los siguientes:

- Objetividad: La evaluación debe estar exenta de los errores por la interpretación del evaluador.
- Estabilidad: Los cambios producidos por la intervención no pueden confundirse con las fluctuaciones en el propio instrumento.
- Exactitud o validez: Grado en que el instrumento mide aquello para lo que se diseñó.
- Fiabilidad: Grado en que una medida es consistente, independientemente de quién y cuándo se utilice.
- Confiabilidad: Debe describir síntomas evidentes y fácilmente identificables.

A lo largo de este proyecto, se utilizarán como se ha indicado anteriormente, diferentes instrumentos de evaluación, que ayudarán a comprobar si se cumplen los objetivos propuestos, y si la metodología establecida es la adecuada para este proyecto de intervención. Además, tras la evaluación se podrán realizar propuestas de mejora de cara a un futuro, con las modificaciones o adaptaciones que sean necesarias.

3.4.1. Evaluación inicial

Para hacer la evaluación de las necesidades se ha realizado una observación en el Centro de Día de Moreda. Dicha observación la ha llevado a cabo la persona que trabaja a diario con el colectivo de personas mayores en el propio centro, la psicóloga, y que a la vez está integrada en el equipo que se encarga del proyecto.

Como ya se ha comentado en el apartado de Diagnóstico, cuando un usuario entra al Centro se le realiza una prueba (Mini-Mental State Examination). Éste se trata de un cuestionario de 30 preguntas agrupadas en 10 secciones donde se evalúan características como:

- Orientación espacio-temporal
- Capacidad de atención, concentración y memoria

- Capacidad de abstracción
- Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial
- Capacidad para seguir instrucciones básicas

Una de las recomendaciones para pasar el test es aplicarlo en un lugar libre de distractores, tranquilo. Debe realizarse de forma individual y sin limitar el tiempo que el usuario tarde en responder

De igual modo, se considera un instrumento básico en la fase inicial la utilización de la observación a través de unos criterios e indicadores previamente establecidos. Destacamos, entre otros, los siguientes:

- Existencia o inexistencia de actividades, programas o proyectos en los que participen personas mayores
- Disponibilidad de espacios para poder llevar a cabo proyectos de intervención con este colectivo.
- Nivel de deterioro de las personas del Centro de Día.
- Grado de adaptación al entorno y al resto de usuarios.
- Necesidad de trabajar áreas para retrasar así el deterioro cognitivo de la persona.
- Qué proyectos o tipo de actividades tienen mejor acogida en el centro.
- Proyectos que se llevan o se han llevado a cabo en el centro que trabajen las relaciones interpersonales.

A través de esta observación se han detectado una serie de necesidades mencionadas también en el apartado de diagnóstico. Por tanto, se hace necesaria una intervención socioeducativa gerontológica a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores en el centro y en su interacción cotidiana con las familias.

3.4.2. Evaluación procesual

Continuando con la evaluación del proyecto, otro de los instrumentos de evaluación que se va a utilizar, es el análisis de las diferentes tareas que los participantes vayan realizando en las actividades propuestas y el desarrollo de éstas. Para hacer este análisis, los responsables de las actividades, llevarán a cabo un *diario de notas* donde recogerán aspectos que hayan visto importantes en el desarrollo de las sesiones así como registros observacionales de cada uno de los participantes en el proyecto.

Dependiendo de la sesión que se esté observando, se deben tener en cuenta diferentes aspectos, en las actividades individuales habrá que observar a quién le cuesta más, quién tarda más tiempo en ponerse... en cambio en las actividades más grupales, habrá que observar quién participa en mayor medida, quién toma la iniciativa, si las actividades planteadas tienen un nivel de dificultad muy elevado para este grupo de usuarios, etc.

3.4.3. Evaluación final

En esta última fase de la evaluación, lo que se pretende es observar los resultados ya que la evaluación final determinará los avances alcanzados, la consecución de los objetivos, los puntos débiles y fuertes del proyecto, etc.

Para comprobar si ha aumentado el nivel de deterioro cognitivo, o por el contrario se ha conseguido minimizar o mantener, ralentizando así, la evolución del mismo, se volverá a pasar a los usuarios del proyecto el test Mini-Mental State Examination. Es importante destacar de nuevo, la dificultad con la que cuenta nuestro proyecto y es que es muy difícil lograr obtener grandes cambios debido por un lado al poco tiempo que se va a llevar a cabo el proyecto y por otro a la enfermedad que sufren algunos de los usuarios. El objetivo principal por tanto no es observar grandes cambios, sino mantener las capacidades evitando el deterioro progresivo de la persona.

Por otro lado, y para observar si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo, es decir, si se continua con una rutina de trabajo, si se mantienen las capacidades no dañadas, si los usuarios responden positivamente a las actividades, etc. Se realizará, pasados unos meses, una entrevista a los profesionales que trabajan con los usuarios.

Al finalizar el proyecto, toda la información que se haya extraído a través de los instrumentos de evaluación utilizados, se analizará y se utilizará para extraer conclusiones, es decir, comprobar la eficacia del programa, el impacto de los resultados y extraer propuestas de mejora para futuras intervenciones.

IV. CONCLUSIONES FINALES

El motivo por el que he decidido realizar el Trabajo de Fin de Máster centrándome en la demencia tipo Alzheimer y a través de la realización de una propuesta de intervención basada en las Terapias No Farmacológicas, es porque considero que es un tema poco tratado y que viviendo en la sociedad en la que vivimos y con lo mucho que hemos evolucionado en otros aspectos, en cuanto a la vejez y la imagen que tenemos de la misma, nos hemos quedado estancados.

Creo con esto, que es importante la formación de profesionales en este ámbito. Hay que tener en cuenta que tarde o temprano vamos a llegar a la etapa de la vejez, que los años pasan para todos y que es necesario intervenir. Es cierto que la enfermedad antes únicamente se “combatía” farmacológicamente pero gracias a los estudios que se han hecho estos últimos años, se ha descubierto que tienen resultados positivos el optar por un tratamiento que combine las terapias farmacológicas y las no farmacológicas que son en las que nos hemos centrado en el trabajo. Aún queda mucho camino por recorrer en este terreno ya que son muy pocos los que confían en estas iniciativas y nuevas formas de trabajo.

El haber tenido la oportunidad de llevar a la práctica parte de la propuesta de intervención, ha resultado un hecho enormemente positivo. Hay que tener en cuenta que el tiempo de aplicación ha sido muy limitado, por lo que no se han podido obtener resultados válidos y contrastados pero sí conocer personalmente a los usuarios del centro y observar cómo trabajaban en las actividades planteadas.

En cuanto a la valoración general de todo el proceso de elaboración del proyecto, considero que ha sido una experiencia enriquecedora y de gran crecimiento personal, además de que le ha dado sentido a toda la teoría aprendida en el Máster ya que ésta toma su significado una vez llevada a la práctica.

Creo que es importante que los profesionales estén en continua formación, que se renueven, que no se acostumbren a una misma metodología de trabajo, que innoven y se reciclen. Es cierto que las personas mayores, son adultos y una de las recomendaciones que es que hay que huir de la infantilización de materiales, pero no por ello hay que

estancarse en el formalismo y la repetición de actividades. El profesional que lleve a cabo las intervenciones y la puesta en práctica de los materiales es para estas personas alguien que les ayuda a distraerse, aunque únicamente sea por unos instantes al día, de la vida rutinaria y sedentaria que suelen llevar a esa edad, y más si padecen enfermedades degenerativas, alguien que además de trabajar con ellos para fomentar sus capacidades y retrasar su deterioro, les escuche y les comprenda, una persona que les ofrezca muestras de cariño y de respeto.

Por último, y finalizando con esto el trabajo, me gustaría concluir diciendo que el ámbito de la gerontología es un campo desconocido para muchas personas por la imagen equivocada que tenemos respecto a él. La elección de realizar mis prácticas del máster en un Centro de día de personas mayores ha cambiado por completo la perspectiva y las sensaciones que tenía sobre los ancianos y considero más interesantes y enriquecedoras las intervenciones que se pueden llegar a llevar a cabo con este colectivo.

“El Alzheimer borra la memoria, no los sentimientos”

Pasqual Maragall

V. BIBLOGRAFIA

- Belando Montoro, M^a. R. (2001 a). *Vejez física y psicológica: una perspectiva para la Educación Permanente*. Cáceres: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura.
- Belando Montoro, M^a. R. (2001b). Cambios físicos y funcionales en el proceso de envejecimiento: ¿Es posible una calidad de vida en la vejez a través de programas socioeducativos? *Revista cuestiones pedagógicas*, 15, pp. 120-137.
- Cabrera Esteve, C., Navarro García, R., Ruíz Caballero, J.A., Jiménez Díaz, J.F., Brito Ojeda, E. y Legido Diez, J.C. (2006). La tercera y la cuarta edad. Una revolución demográfica. *XX Jornadas Canarias de Traumatología y Cirugía ortopédica*, pp. 5354.
- De-Juanas, A., Limón Mendizabal, R. y Navarro Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, pp. 153-168.
- De Miguel Badesa, S. (2004). Metodología de acción socioeducativa con personas mayores. En G. Pérez Serrano (Coord.), *¿Cómo intervenir en personas mayores?* (pp. 229-258). Madrid: Dykinson.
- Donet I Montagut, S. (2000). Algunas reflexiones en torno a la vejez. *Familia: Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 21, pp. 23-41.
- Fericgla, J.M. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- Fernández Fernández, E. (2010). El enfermo de Alzheimer como protagonista invisible. En A. Hidalgo (Coord.), *Trabajo social con enfermos de Alzheimer y sus familias: reflexiones y sugerencias sobre el ejercicio profesional del trabajador social* (pp. 335). España: Netbiblo.
- García, J. J. y Carro, J. (2011). *Programa de Actuación Cognitiva Integral (PACID)*. Madrid: IMSERSO.
- Hernández Ferrándiz, M (2013). Estrategias no farmacológicas en las Demencias. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. En *XVII Jornadas de Actualización en Psicogeriatría* (pp. 137-151). Barcelona.
- Hinojo Lucena, F.J. y Aznar Díaz, I. (2001). Algunas reflexiones sobre la intervención socioeducativa con personas mayores: Gerontagogía. *Pedagogía social: Revista interuniversitaria*, 8, pp. 117-133.
- Instituto Nacional de Estadística, 2015. *Población de Municipios*. Consultado en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_padron.htm
- Limón Mendizábal, M^a.R. (1990). Reflexiones sobre la educación en la tercera edad. *Revista de Educación*, 21, pp. 225-235.
- Limón Mendizábal, M^a.R. (1992). Características psico-sociales de la tercera edad. *Pedagogía social: Revista interuniversitaria*, 7, pp. 167-178.
- Limón Mendizábal, R. y Berzosa Zaballos, G. (2006). Siglo XXI, envejecimiento y solidaridad. *Revista Galega do Ensino*, 48, pp. 351-375.

- Lucio, C. (7 de Febrero del 2013). Los casos de Alzheimer podrían triplicarse en 40 años. *El Mundo*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/02/06/neurociencia/1360177682.html>
- Lukas Mujika, J.F y Santiago Etxebarria, K. (2004). *Evaluación educativa*. Madrid: Alianza.
- Malagón Bernal, J.L. (1995). La intervención del educador social en los servicios sociales comunitarios en relación con la tercera edad. *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, 12, pp. 69-82.
- Martín García, A.V. (2000). Diez visiones sobre la vejez del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo. *Revista de Educación*, 323, pp. 161-182.
- Martín Carasco, M. (2009). *Biomarcadores en la enfermedad del Alzheimer: definición, significación diagnóstica y utilidad clínica*. Navarra: Viguera Editores S.L.
- Martínez Gil, A. (2009). *El Alzheimer*. Madrid: CSIC.
- Marcha Cerdà, M. y Orte Socias, M^a.C. (1995). Planes Gerontológicos, Administraciones Públicas y programas de intervención y educación social en España. *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*, 11, 109-120.
- Martinez Rodriguez, T. (2002). *Estimulación Cognitiva: Guía y Material para la Intervención*. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Asuntos Sociales: Asturias.
- Matía Portilla, V. (2001). Educación permanente y calidad de vida. *Tabanque: Revista Pedagógica*, 16, 35-48.
- Montejo, P., Montenegro, M., Reinoso, A., De Andrés, M. y Claver, M. (1999). Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria multicéntrico para mayores de 60 años. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, 199-208.
- Peña-Casanova, J. (1999a). *Intervención cognitiva en el enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales*, 4. Barcelona: Fundación La Caixa. Recuperado el 28 de abril de 2015. <http://www.sexne.es/areadepacientes/documentos-dehttp://www.sexne.es/areadepacientes/documentos-de-interes/librosdeayudaendeteriorocognitivo/materialapoyofundacionobrasociallacaixa.phpinteres/librosdeayudaendeteriorocognitivo/materialapoyofundacionobrasociallacaixa.php>
- Peña-Casanova, J. (1999b). *Intervención cognitiva en el enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades*, 5. Barcelona: Fundación La Caixa. Recuperado el 28 de abril de 2015. <http://www.sexne.es/areadepacientes/documentos-dehttp://www.sexne.es/areadepacientes/documentos-de-interes/librosdeayudaendeteriorocognitivo/materialapoyofundacionobrasociallacaixa.phpinteres/librosdeayudaendeteriorocognitivo/materialapoyofundacionobrasociallacaixa.php>
- Peña-Casanova, J. (2005). *Activemos la mente*. Barcelona: Obra social “La Caixa”.
- Pérez Serrano, G. (2006). *Elaboración de proyectos sociales: casos prácticos*. Madrid: Narcea.
- Puig, A. (2004). *Ejercicios para mejorar la memoria*. Cuaderno nº 4. Alcalá: CCS.

- Rald Phillip, R. (2003). Transformaciones en el comportamiento en función del género en la vejez: el caso de las relaciones familiares actuales entre abuelas, abuelos y nietas y nietos. *Papers*, 70, pp. 117-134.
- Requejo Osorio, A. (1994). La educación “no formal” en adultos: Ciudad Educativa y “Ciudad Sana” en el contexto del desarrollo comunitario y la intervención socioeducativa en la “Tercera Edad”. *Teoría de la Educación*, 6, pp. 61- 76.
- Requejo Osorio, A. (1998). Sociedad del aprendizaje y tercera edad. *Teoría de la Educación*, 10, pp. 145-167.
- Sánchez Lázaro, A. y Pedrero García, E. (2003). Intervención socioeducativa con personas mayores: Nueva realidad del siglo XXI. *Segundo Congreso virtual “Integración sin barreras en el siglo XXI”*. Disponible en: http://www.quardersdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_43/nr_479/a_6466&6466.html
- Serdio Sánchez, C. (2008). La educación en la vejez: fundamentos y retos de futuro. *Revista de Educación*, 346, pp. 467-483.
- Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Domènech, S., y Llorente, A. (1999). *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva*. Barcelona: Fundación ACE
- Zeisel, J. (2009). *Todavía estoy aquí: Una nueva filosofía para el cuidado del Alzheimer*. Madrid: Edaf.

ANEXOS

ANEXO 1: MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []

] Fecha: _____ F. nacimiento: _____

Edad: _____

Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____

Observaciones: _____

<p>¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1</p>	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
<p>¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1</p>	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
<p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.</p> <p>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.</p> <p>30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)</p>	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.</p> <p>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>	RECUERDO diferido (Máx.3)	
<p>.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".</p>	LENGUAJE (Máx.9)	

Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1
.LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "*Cierre los ojos*". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1
.ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1
.COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1

Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal
24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro
9-12 : demencia

**Puntuación Total (Máx.:
30 puntos)**

BLOQUE ANEXOS 2: CÁLCULO

¿Qué número hay entre el 2 y el 4?	
¿Qué número hay entre el 77 y el 79?	
¿Qué número hay entre el 106 y el 108?	
¿Qué número hay antes del 14?	
¿Qué número hay después del 26?	
¿Qué número hay entre el 15 y el 17?	
Diga un número mayor que el 80	
Diga un número menor que el 15	
Diga un número entre el 35 y el 45	

Diga un número entre el 50 y el 60	
Diga un número entre el 47 y el 66	
¿Cuántos números hay entre el 7 y el 10?	
¿Cuántos números hay entre el 3 y el 6?	
¿Cuántos números hay entre el 1 y el 8?	

Continuar la serie numérica

+2 **2 - 4 - 6**
.....

-2 **30 - 28 - 26**
.....

-3 **30 - 27 - 24**
.....

+4 **8 - 12 - 16**
.....

Lea detenidamente las siguientes cantidades y a continuación escribálas en cifras o letras en la línea punteada

- ✓ Ocho
- ✓ Quince.....
- ✓ Veintitrés
- ✓ Cuarenta y nueve
- ✓ Noventa.....
- ✓ Ciento veintiséis.....
- ✓ Doscientos tres.....
- ✓ Quinientos setenta y tres.....
- ✓ Ochocientos setenta.....
- ✓ Novecientos cincuenta

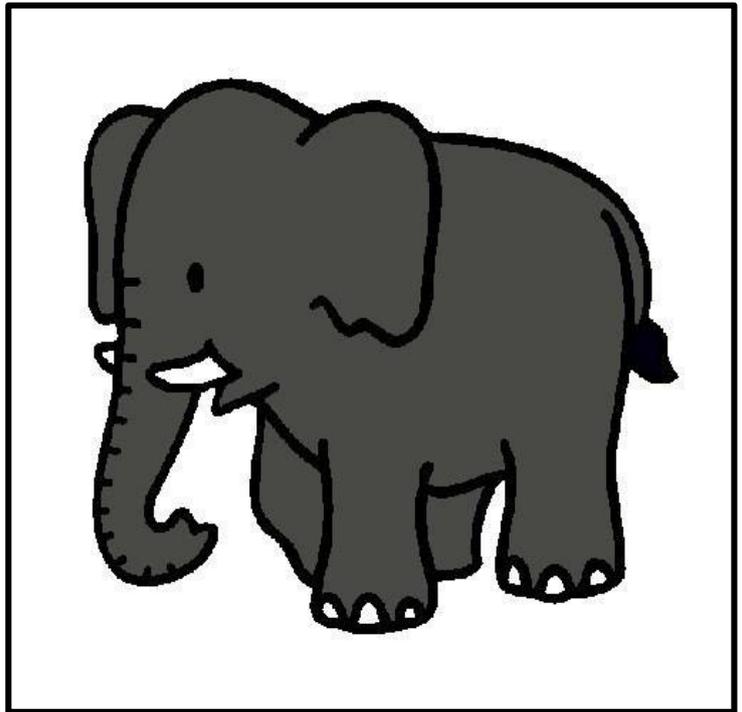
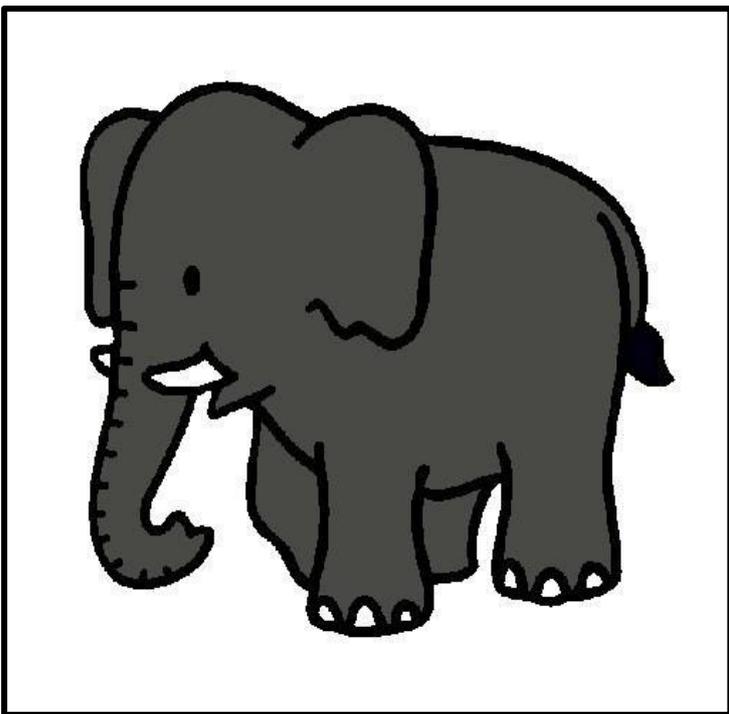
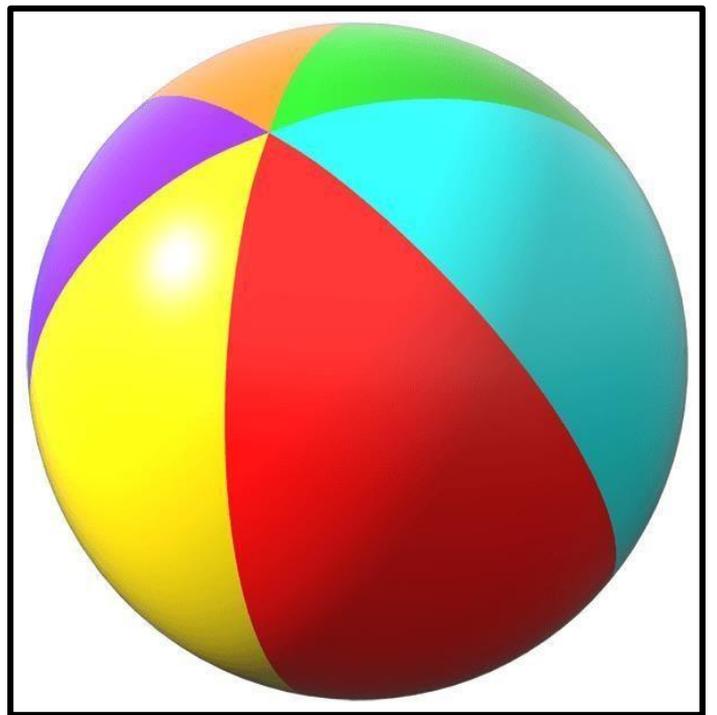
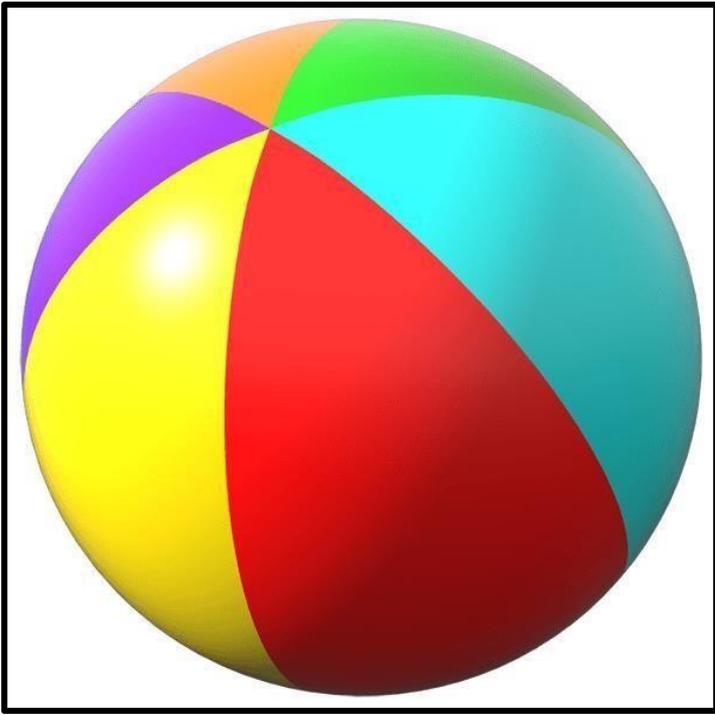
-
- ✓ 2.....
 - ✓ 35.....
 - ✓ 138.....
 - ✓ 64.....
 - ✓ 55.....
 - ✓ 25.....
 - ✓ 82.....
 - ✓ 17.....

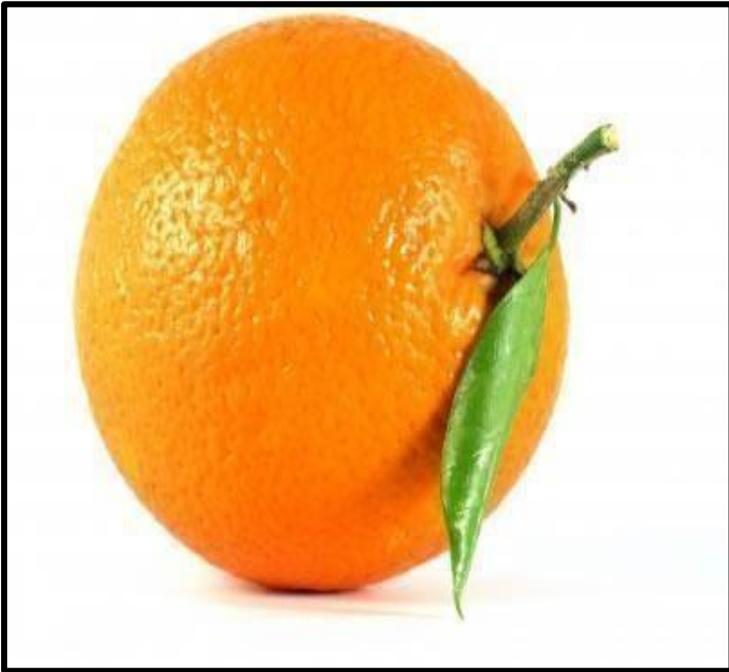
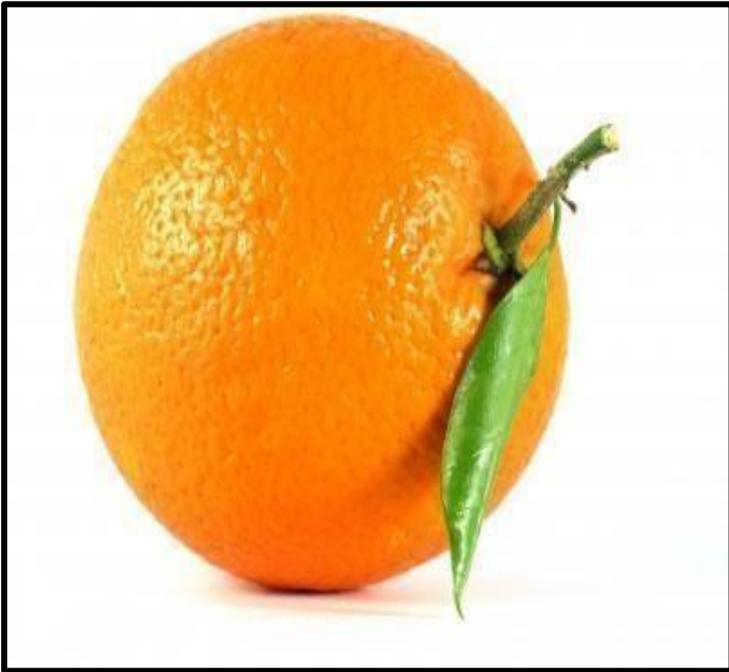
BLOQUE

ANEXOS

3:

ATENCIÓN







Busca los números que formen el 14 y coloréalos:

1	4	1	2	3	1
4	1	5	6	7	4
8	4	9	1	5	1
1	3	2	1	4	2
4	1	7	4	3	1
3	5	1	4	2	4

COLOREA LAS "b"

l	p	b	r	s	a	c	b	d	q
m	o	d	b	e	j	h	t	y	b
v	f	t	r	t	ñ	u	b	e	c
z	q	d	i	t	g	l	p	b	b
a	h	b	d	y	e	l	u	v	s
z	i	g	q	t	l	m	b	c	d
g	h	b	d	b	k	g	y	e	a
i	u	o	k	h	g	r	c	k	l
p	ñ	m	c	q	d	g	h	i	y
e	a	o	i	b	d	c	q	f	h
k	n	g	y	i	o	h	l	f	j
l	p	j	u	b	b	a	n	h	t
d	a	b	s	p	u	o	q	e	h
s	p	a	u	d	o	j	d	o	i

Colorea:

1: azul

3: rojo

5: rosa 2: verde

4: amarillo

6: negro

1	6	5	2	1	3
6	4	3	1	5	6
4	5	1	2	3	4
1	3	6	5	2	1
2	4	1	3	5	4
3	5	6	1	2	3
5	6	5	4	5	1
1	3	2	6	1	4
3	5	1	4	6	3
5	1	2	6	5	2
1	6	1	3	5	1
6	4	2	4	4	3
4	6	1	4	5	6
5	2	4	2	3	1
6	5	3	2	1	4
2	5	3	6	1	2
4	1	2	3	4	5

Colorea:

b: rojo

d: azul

p: amarillo

q: verde

b	q	p	b	d	q	p	p
q	b	d	q	b	b	q	d
p	b	d	q	q	b	p	d
q	b	d	b	d	p	q	b
b	q	b	p	p	b	d	q
p	q	p	q	b	b	q	b
d	d	p	p	b	p	q	q
d	q	b	b	p	b	q	d
d	p	d	b	p	q	b	p
q	d	q	d	b	p	p	q
d	b	d	p	q	b	d	q
p	q	q	p	b	d	d	b
p	b	d	q	d	b	d	b

p	q	b	d	q	q	p	b
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

¿CUANTAS I HAY?:

l	1	l	1	1	i	l	1	L	l
1	i	L	T	1	1	l	l	l	1
D	S	D	l	S	l	1	S	S	D
D	l	1	1	S	l	D	1	D	1
l	S	i	1	D	S	l	l	S	D
1	S	D	i	l	1	D	1	l	D
D	l	D	D	i	l	S	l	S	S
S	l	1	1	S	1	A	1	l	l
S	1	S	i	l	S	S	l	S	S
l	D	l	l	D	i	D	S	D	l
l	D	D	S	l	D	1	l	l	1
l	1	1	D	l	1	i	S	D	D
1	L	l	L	l	i	1	l	i	1
L	D	l	i	S	l	1	S	1	l

BLOQUE

ANEXOS

4:

MEMORIA

EL QUE LA SIGUE....	DIOS LE AYUDA
A GRANDES MALES....	Y TE SACARÁN LOS OJOS
QUIEN SIEMBRA VIENTOS...	POCAS PALABRAS BASTAN
LE DIJO LA SARTEN...	AGUA LLEVA
A PERRO FLACO...	POCO APRIETA
MAS VALE PREVENIR....	LA CONSIGUE

DIME DE QUE PRESUMES...	GRANDES REMEDIOS
QUIEN MUCHO ABARCA....	TODO SON PULGAS
CRIA CUERVOS....	RECOGE TEMPESTADES
A BUEN ENTENDEDOR...	AL CAZO
A QUIEN MADRUGA....	Y TE DIRÉ DE QUE CARECES
CUANDO EL RIO SUENA....	QUE CURAR

Pon las siguientes palabras donde corresponda

SUEGRO, HERMANO, MADRE, PADRE, HERMANO,
MARIDO, TIO, SUEGRA,
CUÑADA, PRIMA, NIETA, HIJO, YERNO, HERMANA,
CUÑADA, TIA, SUEGRO, PRIMO, NUERA,
ABUELO

1. El padre de mi padre es
mi _____
2. El hijo de mi padre es mi _____
3. La madre de mi hermana es mi

4. El abuelo de mi sobrina es mi

5. El hijo de mi madre es mi

6. La mujer de mi hermano es
mi _____
7. El padre de mi hija es mi _____
8. El hijo de mi tío es mi _____
9. El hermano de mi madre es mi

Escribe palabras de cada categoría

ANIMALES	COMIDA

MESES DEL AÑO	ROPA

ENERO	FEBRERO	MARZO
ABRIL	MAYO	JUNIO
JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
LUNES	MARTES	MIERCOLES
JUEVES	VIERNES	SABADO
DOMINGO	PANTALON	FALDA
ZAPATILLAS	VESTIDO	BUFANDA
ABRIGO	GORRO	JERSEY
CAMISA	CAMISETA	PERRO

GATO	PAJARO	ELEFANTE
JIRAFAS	LEON	TIGRE
PEZ	VACA	OVEJA
SERPIENTE	COCODRILO	FABADA
PAN	AGUA	GALLETAS
FABADA	LENTEJAS	CARNE
PESCADO	MANZANA	PLATANO
PERA	COLIFLOR	LECHUGA

Clasifica las siguientes palabras

PLAYA, NIEVE, BUFANDA,
BAÑADOR, GUANTES,
PISCINA, SOMBRILLA,
AGOSTO, FRIO, CALOR,
NAVIDAD, ABRIGO,
VACACIONES, TUMBONA,
ABANICO, MANTA, ESTUFA

VERANO	INVIERNO
--------	----------

--	--

BLOQUE
DE
ANEXOS
5:
LENGUAJE

**1. EL LUNES ES EL PRIMER DIA
DE
LA**

**2. LAS VACAS
DAN _____**

**3. EL HERMANO DE MI MADRE
ES
MI _____**

**4. LOS BARCOS NAVEGAN POR
EL**

**5.SI ESTOY ENFERMO IRÉ AL
_____ MÉDICO PARA
QUE ME CURE**

**6.MIRAMOS LA HORA EN EL
_____**

**7.EL ANIMAL QUE NOS DA LANA
ES LA _____**

**8.EL PRIMER MES DEL AÑO ES
_____**

Completa las palabras

N___OCHE

BAIL___

G___ARAJE

M___DICO D___OM___NGO

S___NTO

P___ADRE

CASTAÑ___

TESOR___

B___LÓN

MONTAÑ___

CAS___

M___ADRE

P___Z

P___BRE

LA___IZ

S___ILENCIO

MA___ERA

JAB___N

M___NISTRO

Escribe palabras que empiecen por....

M	SO	P
---	----	---

--	--	--

Forma palabras usando estas letras:

B - A -

R

- C - E -

L - O - N

- A

Ordena las palabras para formar frases

1. Niña La azul tenía
vestido un

2. ser quiere
jardinero Pedro

3. Hoy calor
hace mucho

4. llueve sale
Cuando arcoíris el

5. amarillo El
plátano es

6. Hoy mucho
llueve

7. morena y Paula de
es verdes ojos

8. puerta la a picaron

BLOQUE

ANEXOS

6:

PRAXIAS

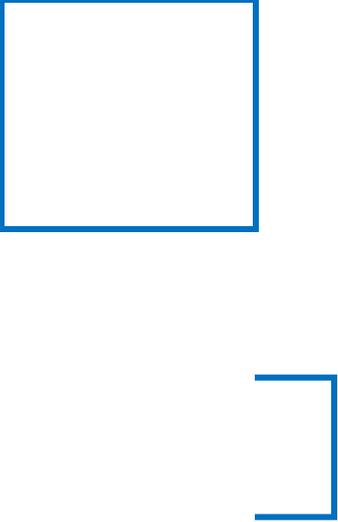
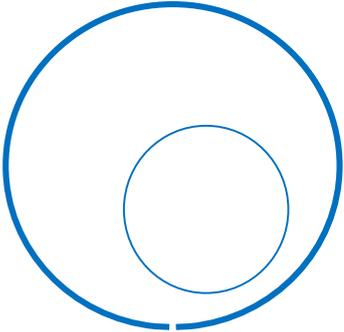
Léale detenidamente las siguientes órdenes, asegurándose de que la persona está atenta a las indicaciones.

Dibuje un círculo. Dentro del círculo dibuje un triángulo.

Dibuje un cuadrado. A su derecha dibuje un círculo.

Dibuje un rectángulo. Dentro del rectángulo dibuje un triángulo

Copia estos dibujos en el cuadrado de al lado

BLOQUE

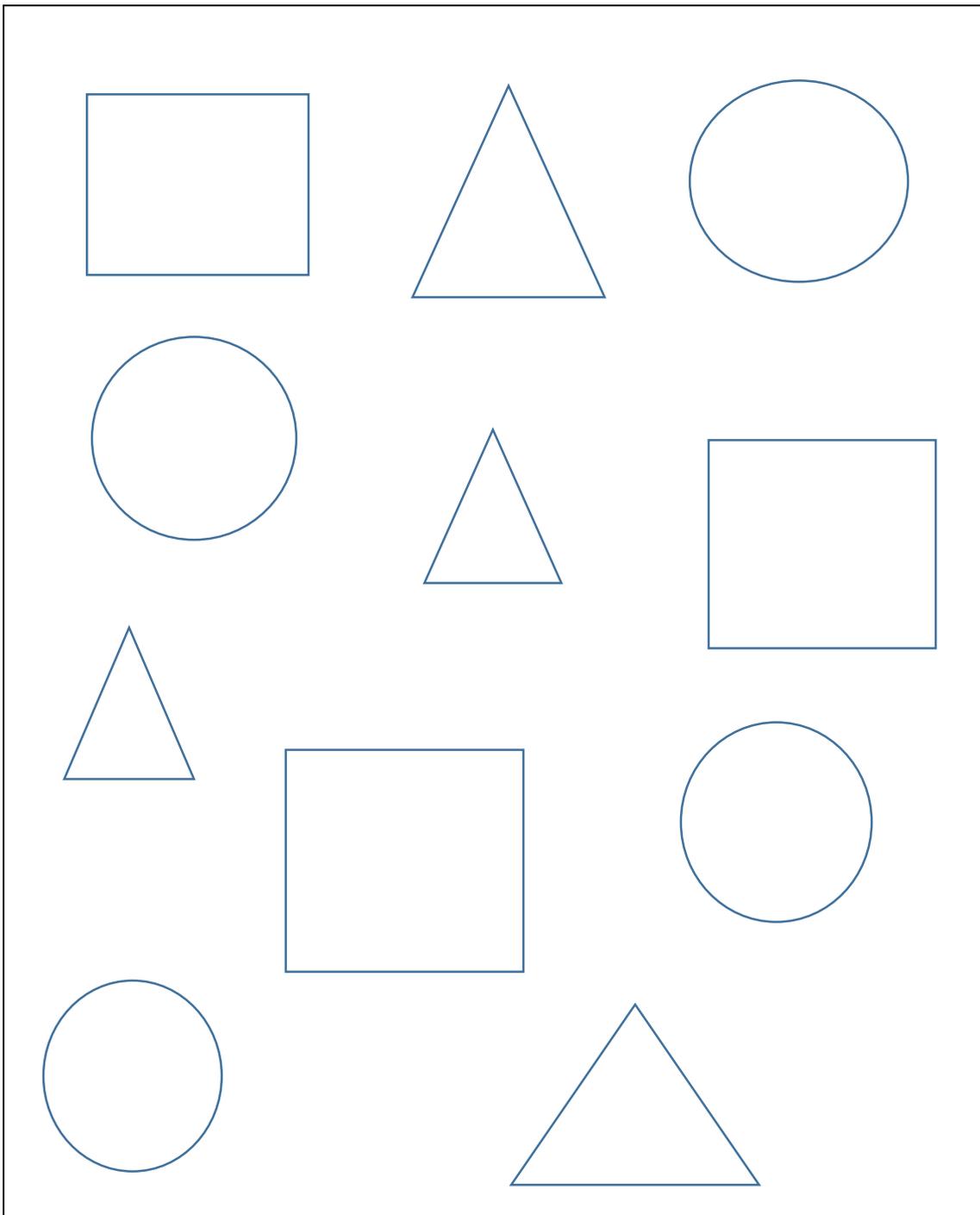
DE

ANEXOS

6:

GNOSIAS

Observa atentamente y señala primero los triángulos, después los cuadrados y por último los círculos.



Material necesario: algodón, papel de lija, un espejo de mano, una naranja, aceite, garbanzos secos, lentejas secas, cuencos. (Proporcione el material por debajo de una mesa, para su manipulación, asegurándose de que no lo vea y formule las siguientes preguntas)

Proporcione el papel de lija y el espejo de mano:

- ¿Cuál de los dos es rugoso?
- ¿Puede decirme lo que es?

Proporcione el algodón:

- ¿Qué tacto tiene?
- ¿Puede decirme lo que es?

Proporcione la naranja:

- ¿Puede decirme lo que es?

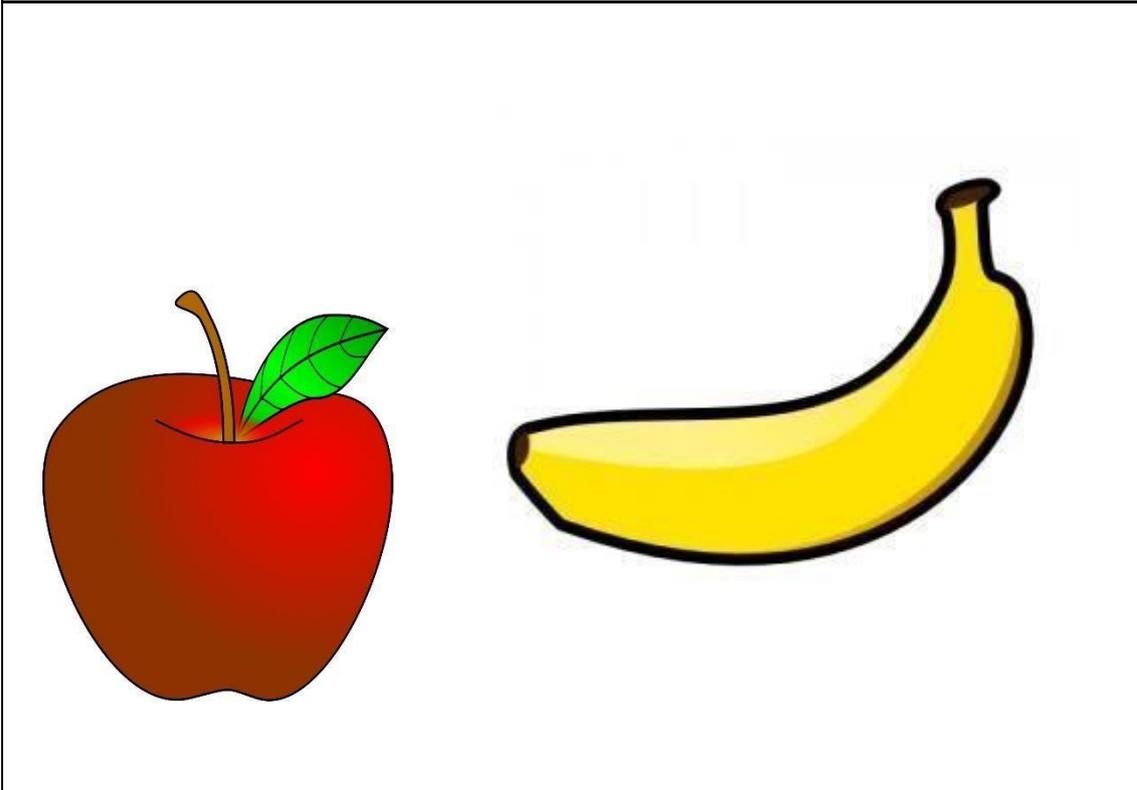
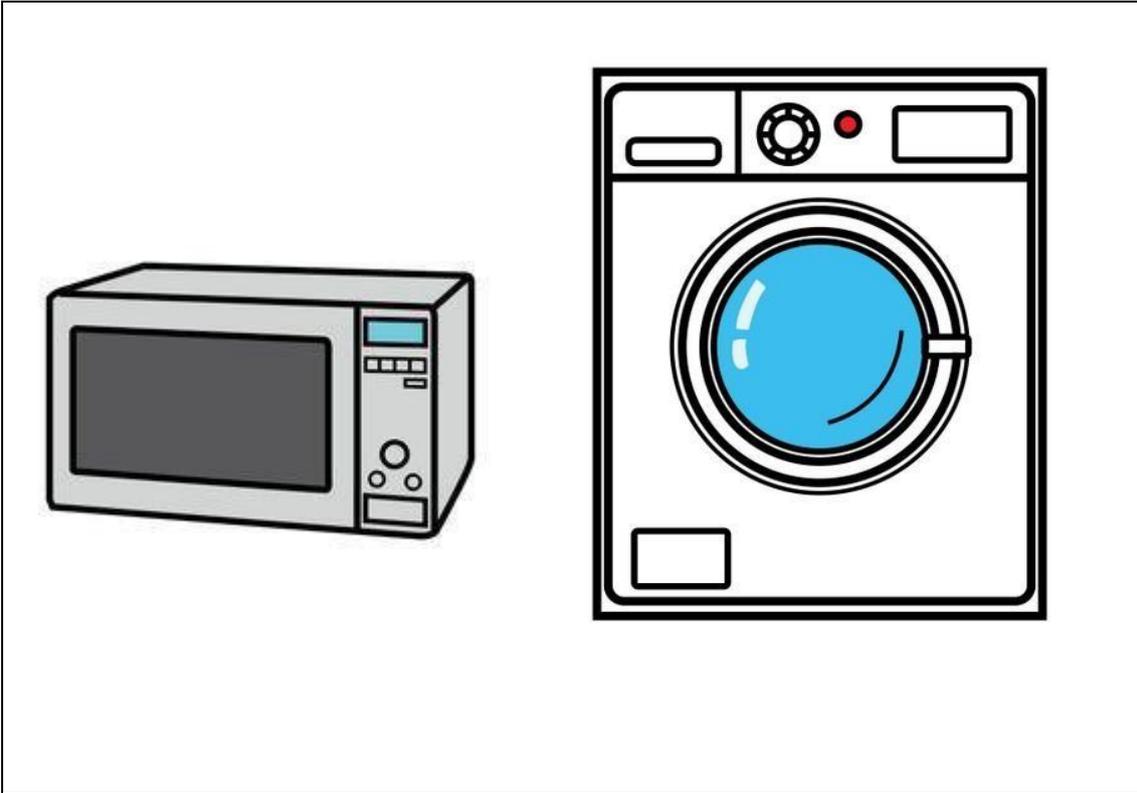
Proporcione un cuenco con lentejas y garbanzos mezclados:

- ¿Puede decirme qué dos tipos de legumbre hay?
- ¿Cuál es más grande?

Proporcione un cuenco con un poco de aceite:

- ¿Qué tacto tiene?
- ¿Puede decirme lo que es?

¿EN QUÉ SE PARECEN? ¿QUÉ TIENEN EN COMÚN?



Empty rectangular box for writing the answer.

