



FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

**LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LA
EDUCACIÓN SOCIAL.**
EL CASO DE LA ASOCIACIÓN COTLAS (VALENCIA)

TRABAJO FIN DE GRADO
GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL

AUTORA: Virginia García Fernández

TUTORA: Judith Quintano Nieto

Palencia.

RESUMEN

En los últimos años, la demencia más común en personas mayores es el Alzheimer que es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta por medio del deterioro cognitivo y de los trastornos conductuales; su característica principal es la pérdida de memoria inmediata junto con otras capacidades mentales. En la actualidad es una enfermedad de la que no se ha encontrado cura aunque existen diferentes tratamientos farmacológicos que ayudan a que la enfermedad avance más despacio; por otro lado, existen también tratamientos no farmacológicos que están cobrando gran importancia como es el caso de la estimulación cognitiva que pretende promover la independencia y autonomía de la persona enferma. Es en la estimulación cognitiva donde juega un papel importante la Educación Social al ser el pilar básico donde llevar a cabo las diferentes intervenciones.

PALABRAS CLAVE

Alzheimer Educación Social Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico Estimulación cognitiva

ABSTRACT

In recent years, the most common dementia in the elderly is Alzheimer's which is a neurodegenerative disease that manifests itself by means of cognitive impairment and behavioral disorders; its main feature is the loss of immediate memory along with other mental abilities. Today it is a disease that cure has not been found although there are different drug therapies that help the disease to progress more slowly; on the other hand, there are also non-pharmacological treatments that are gaining great importance as it is the case of cognitive stimulation that is intended to promote the independence and autonomy of the sick person. It is in the cognitive stimulation where plays an important role the Social education to be the basic pillar which carry out different interventions.

KEY WORDS

Alzheimer Social Education Drug treatment Non-pharmacological treatment
Cognitive stimulation

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pág. 4
2. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	Pág. 5
A. DEFINICIÓN	Pág. 6
B. FASES DE LA ENFERMEDAD	Pág. 9
C. DATOS	Pág. 10
3. TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER	Pág. 12
A. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Pág. 13
B. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	Pág. 14
4. VINCULACIÓN CON LA EDUCACIÓN SOCIAL	Pág. 17
5. CASO DE VALENCIA: ASOCIACIÓN COTLAS	Pág. 21
A. HISTORIA	Pág. 21
B. TRAYECTORIA	Pág. 23
C. MÉTODO DE TRABAJO	Pág. 24
D. RESULTADOS GENERALES	Pág. 27
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	Pág. 28
A. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	Pág. 28
B. ACTIVIDADES	Pág. 30
C. EVALUACIÓN	Pág. 34
7. CONCLUSIONES	Pág. 35
8. BIBLIOGRAFÍA	Pág. 38
9. ANEXOS	Pág. 44
A. ANEXO 1: PROGRAMAS ASOCIACIÓN COTLAS	Pág. 44
B. ANEXO 2: PASAPALBRA	Pág. 46
C. ANEXO 3: CÁLCULO	Pág. 48
D. ANEXO 4: PRODUCTOS TÍPICOS DE CADA REGIÓN	Pág. 50
E. ANEXO 5: GESTUALIDAD/MÍMICA	Pág. 50
F. ANEXO 6: CANCIONES	Pág. 51
G. ANEXO 7: INFORME DE INTERVENCIÓN EN ENTRENAMIENTO COGNITIVO	Pág. 52
H. ANEXO 8: EVALUACIÓN ACTIVIDADES	Pág. 53

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años el número de personas mayores ha aumentado considerablemente en nuestra sociedad. Debido a esto y al estilo de vida que se está adoptando, la perspectiva que se tenía sobre el envejecimiento está cambiando.

La vejez ha pasado de ser la etapa final de la vida en la cual las personas únicamente esperaban que llegase su momento a un planteamiento de vejez completamente diferente. En la actualidad, la vejez es una etapa más de la vida en la que las personas mayores buscan otro tipo de ocupaciones y actividades a través de las cuales desarrollan habilidades y descubren nuevos intereses. La persona mayor adquiere nuevos roles y organiza su tiempo de acuerdo a las actividades que le interesan.

Por ello, debemos plantearnos un cambio en nuestra perspectiva y entender que las personas mayores son agentes activos, dinámicos y capaces de establecer nuevos hábitos y actividades en su día a día.

Sin embargo, el envejecimiento comporta una disminución progresiva de algunas funciones superiores como inteligencia, memoria, capacidad de aprendizaje, reducción de la agudeza sensorial, de la destreza y fuerza motora, y una pérdida de la eficiencia en los sistemas reguladores del organismo, que llevan a un aumento de la morbilidad.

Debido a esto, no todas las personas mayores se desenvuelven del mismo modo ya que cada persona tiene unas características y hay algunas que padecen algún tipo de enfermedad neurodegenerativa lo que hace que su planteamiento de vida de estas personas sea diferente al de una persona mayor que no padezca una enfermedad de este tipo.

Una de las enfermedades más comunes en los últimos años en personas mayores de 65 años es el Alzheimer que es la forma de demencia más frecuente entre las personas de avanzada edad.

“La demencia es una enfermedad del cerebro que se manifiesta de forma crónica y progresiva, con alteraciones en las funciones del conocimiento como la memoria, el pensamiento, la orientación, el cálculo, el lenguaje y la capacidad de aprendizaje” (S.A.E. de Palencia, 2001, p. 35).

Son numerosas las investigaciones que se han realizado y se realizan sobre dicha enfermedad pero hasta la fecha no se ha encontrado una cura. No obstante, existen diferentes fármacos que hacen que la enfermedad evolucione lentamente y es importante también que se trabaje con las personas que padecen Alzheimer a través de la estimulación cognitiva para que mantengan las capacidades que aún no están afectadas.

A lo largo del presente trabajo el tema que se va a abordar es la enfermedad de Alzheimer. Comenzaré presentando en qué consiste la enfermedad, los datos más recientes sobre el número de personas que padecen Alzheimer así como las fases de la misma. Posteriormente, abordaré los diferentes tratamientos de la enfermedad tanto a nivel farmacológico como no farmacológico. A continuación, expondré la importancia de abordar la enfermedad de Alzheimer desde la Educación Social, haciendo referencia al papel que como Educadores/as Sociales podemos desempeñar a la hora de trabajar con personas que padecen esta enfermedad. Debido a mi experiencia en una Asociación en la que se trabaja con personas con Alzheimer en Valencia haré referencia a ella, centrándome en la historia de la misma así como en su trayectoria desde que se formó hasta la actualidad y la metodología de trabajo que se utiliza. Para finalizar, realizaré una propuesta de intervención que llevaré a cabo en la Asociación y la posterior evaluación de dicha intervención.

2. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La vejez es la última etapa de nuestro ciclo vital. Cada vez es más frecuente que en esta etapa aparezcan diversos tipos de trastornos asociados con la demencia; los dos tipos de trastorno degenerativo más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer y los trastornos vasculares.

A. DEFINICIÓN

Francés, Barandiarán y Moreno (2010) establecen que:

“La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que provoca una progresiva pérdida de memoria y de otras funciones cognitivas, con síntomas también en la esfera conductual y psicológica, pérdida de autonomía y todo ello con una importante sobrecarga para la familia y el entorno social” (p. 405).

Las principales características del Alzheimer son la pérdida de memoria inmediata junto con otras capacidades mentales debido a la muerte progresiva de las neuronas y a la atrofia de diversas zonas del cerebro.

Una vez realizado el diagnóstico, la duración media de la enfermedad es de 10 años aunque depende de la severidad de la enfermedad. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, es incurable y terminal y aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años.

Entendemos demencia como “una disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de función, la cual va acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento, dando lugar a una alteración de las capacidades sociales, personales y laborales de quien la padece” (Peña-Casanova, 1999). Por ello, se dice que la demencia es un síndrome que va afectando progresivamente a la memoria, el lenguaje y las capacidades básicas del individuo como puede ser vestirse o andar.

Según el artículo “La enfermedad de Alzheimer sus causas e incidencia en los cambios psicológicos conductuales de los familiares”:

Cuando una persona padece Alzheimer experimenta cambios microscópicos en el tejido de algunas partes de su cerebro y una pérdida de una sustancia química, fundamental para el funcionamiento cerebral, que se conoce como acetilcolina. Esta sustancia permite que las células nerviosas se comuniquen entre ellas y está

implicada en actividades mentales vinculadas al aprendizaje, la memoria y el pensamiento (p. 14).

Para un diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se requiere, además, de un diagnóstico histopatológico, la evidencia de un trastorno de la memoria, sobre todo, de los acontecimientos recientes acompañada de un declive de la percepción espacial y desorientación témporo-espacial.

El deterioro cognitivo puede ser evaluado por numerosos test, los más utilizados son el minexamen del estado mental, información – memoria – orientación y estado mental del anciano.

En los últimos años se ha investigado mucho sobre esta enfermedad, sin embargo, aún no se sabe cuáles son las causas que la producen. Son numerosos los científicos que están de acuerdo en que no se debe a una sola causa, sino que pueden ser varias las causas que la produzcan, lo cual hace que sea más difícil de controlar.

Fernández Merino (2000) señalan:

“Bien es cierto que hay factores que están relacionados con una mayor probabilidad de padecer Alzheimer. Son conocidos como factores de riesgo que hacen que la persona esté más predispuesta para desarrollar la enfermedad. Algunos de estos factores están confirmados por numerosos científicos y son la edad avanzada y que haya habido familiares que hayan sufrido Alzheimer, sobre todo en familiares de primero y segundo grado. Otro factor de riesgo es padecer Síndrome de Down y el tener uno o dos alelos e4 en el gen de la APOE localizado en el cromosoma 19.

Hay también una serie de factores de riesgo probables como el hecho de ser mujer, no obstante los estudios que se han llevado a cabo no son concluyentes con este aspecto sino que se tiende a relacionar que la mujer tiene una mayor esperanza de vida y como consecuencia de ello tiene mayor probabilidad de sufrir la enfermedad” (p. 37 - 39).

Los síntomas que presenta la enfermedad en un principio son poco llamativos por lo que es frecuente que se les atribuyan otras causas. No se habla de demencia hasta que los

fallos de memoria, lenguaje u orientación son muy claros y no es tan fácil ocultarlos a las personas con las que se convive diariamente.

En ocasiones es frecuente que la depresión sea uno de los primeros indicios del padecimiento de la enfermedad. Los síntomas depresivos suelen aparecer alrededor de tres años antes de que se detecte la enfermedad y consisten en la falta de interés por las cosas, de energía vital y dificultad para concentrarse. Por ello, es conveniente realizar un seguimiento preciso para ver la evolución ya que confirmará o descartará el diagnóstico.

También es posible que algún acontecimiento traumático, como pueden ser la muerte de un ser querido o el cambio del lugar de residencia, precipite la aparición de la enfermedad.

Es frecuente que nos encontremos con diagnósticos erróneos ya que es muy complicado reconocer los síntomas al principio de la enfermedad. Por ello, es recomendable realizar un buen seguimiento neuropsicológico al menos una vez al año, o más frecuentemente si la evolución los síntomas lo requieren.


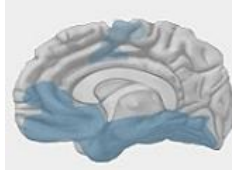
Según Fernández Merino (2000):

“No podemos pensar en el Alzheimer ante la aparición de un solo síntoma, sino que deben presentarse varios. Los más frecuentes son la pérdida de memoria, trastornos del lenguaje, dificultad para reconocer objetos o desorientación. Cuando se detecten dos o más de estas alteraciones, hay que empezar a pensar en la posibilidad de Alzheimer. Por ejemplo, con la edad existe una pérdida de memoria moderada, y a veces progresiva, para los acontecimientos recientes o para la evocación de nombres; si esto se presenta como único síntoma, no debe confundirse con una enfermedad de Alzheimer” (p. 45).

Detectar la enfermedad en sus inicios es fundamental para que los futuros tratamientos sean eficaces. En un primer momento se deben consultar las alteraciones que tenga la persona con el médico de cabecera de forma que desde la atención primaria se pueda orientar el diagnóstico y comenzar a establecer algunas medidas terapéuticas para mejorar así la calidad de vida de la persona enferma.

B. FASES DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad de Alzheimer pasa por diferentes estadios a medida que se produce un empeoramiento de la sintomatología cognitiva, funcional, conductual y sensoriomotora. Teniendo en cuenta dichos síntomas, se establecen tres fases en la evolución de la enfermedad: demencia leve, demencia moderada y demencia severa.

FASES	SÍNTOMAS	ES IMPORTANTE
LEVE	<ul style="list-style-type: none"> ~ Pérdida progresiva de la memoria. ~ Incapacidad de concentración. ~ Pérdida de memoria más avanzada. ~ Pérdidas andando solos/as. ~ Problemas para manejar el dinero. ~ Repetición de preguntas. ~ Dificultad para completar las tareas diarias. ~ Cambios del estado de ánimo. ~ Deterioro del reconocimiento (agnosia) de objetos, personas familiares o mediante los sentidos. ~ Deterioro del sistema motor o de la destreza motora (apraxia) que se manifiesta en una incapacidad para reproducir figuras geométricas, para imitar posiciones de las manos, para vestirse, en cambios al caminar o movimientos desadaptados. 	<ul style="list-style-type: none"> * Mantener una buena comunicación. * Orientar a la persona en tiempo y espacio. * Asegurarle todo su entorno. * Mantener la capacidad funcional y la independencia. * Evitar la soledad y el aislamiento.
MODERA	<ul style="list-style-type: none"> ~ Complicaciones con el lenguaje y el razonamiento. ~ Problema para reconocer a familiares y personas allegadas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Potenciar las actividades de la vida diaria. * Controlar la pérdida y

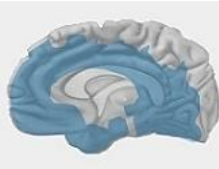
DA	~ Alucinaciones, delirios y paranoias.	<p>retención de la orina.</p> <p>* Controlar la capacidad de tragar los alimentos.</p> <p>* Controlar el insomnio.</p>
SEVERA	<p>~ Imposibilidad de comunicación.</p> <p>~ El cuerpo deja de funcionar y pasan largo tiempo en la cama.</p>	 <p>* Controlar el estado de la piel, para que no salgan llagas.</p> <p>* Hidratar bien la piel.</p> <p>* Evitar la aparición de úlceras.</p> <p>* Movilizar las articulaciones para que no se atrofien.</p>

Tabla 1. Fases de evolución del Alzheimer, síntomas y aspectos importantes. (Tabla de elaboración propia a partir de distintas fuentes bibliográficas)

C. DATOS

El Alzheimer es la demencia más común que nos encontramos en personas mayores en los últimos años y según diferentes estudios se estima que con el paso de los años cada vez van a ser más las personas que padezcan esta enfermedad.

Según un estudio realizado por el INE (Instituto Nacional de Estadística) en 2001 un 0,99% de la población padecía algún tipo de demencia mientras que para 2050 se estima que padecerán demencia el 1,85% de la población.

	Población Total	Mayores de 65 años	Pacientes con Demencia
2001	41.116.842	6.796.936	407.816
2004	43.197.684	7.184.921	431.000
2030*	50.878.142	9.900.000	594.460
2050*	53.159.991	16.387.874	983.272

Figura 1: Datos de población, mayores de 65 años y pacientes con demencia. Fuente INE.

Fernández Merino (2000) señala:

“Se calcula que en todo el mundo pueden estar padeciendo Alzheimer más de 20 millones de personas. En Europa está entre 5 y 6 millones el número de enfermos, y sólo en España se estima que pasan de 400.000 los afectados por ella. Y la cifra crece cada día, por la sencilla razón de que está ligada con la edad, es decir, que cuantos más años se tengan, más probabilidades hay de sufrirla.

Los estudios que se han hecho coinciden en que el 1% de las personas mayores de 60 años tiene la enfermedad de Alzheimer. La cifra aumenta al 5% en las personas mayores de 65 años, al 30% en las que de más de 85 años, y ronda el 40% en las que pasan de 90 años” (p. 32 - 33).

También hay casos en personas de entre 50 y 60 años y entre 45 y 50, aunque el porcentaje en estas edades es muy pequeño. Cuando la enfermedad se produce en estas edades, resulta ser muy intensa y el diagnóstico es más sencillo puesto que no se confunde con las alteraciones características del envejecimiento, como sucede cuando se da en edades superiores. También la duración de la misma es menor, es decir, cuando la enfermedad de Alzheimer empieza en edades tempranas, quienes la padecen fallecen antes que los que la sufren en época de vejez.

Se estima que con el paso del tiempo la enfermedad de Alzheimer va a ser un problema serio ya que el número de personas afectadas irá aumentando, sobre todo en los países industrializados, al ser los que tienen mayores expectativas de vida, y va a repercutir

sobre un elevado número de familias, causando un tremendo sufrimiento y desgaste psicológico en ellas.

En el año 2011 la enfermedad de Alzheimer se situó entre una de las principales causas de defunción en las mujeres con un 4,5% mientras que en el caso de los hombres aún no es una de las principales causas de defunción.

Principales causas de defunción según sexo. 2011

Varones		Mujeres	
Causa	%	Causa	%
Enfermedades isquémicas del corazón	10,0	Enfermedades cerebrovasculares	8,9
Cáncer de bronquios y pulmón	8,7	Enfermedades isquémicas del corazón	7,9
Enfermedades cerebrovasculares	6,1	Insuficiencia cardíaca	5,9
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	5,9	Demencia	5,2
Cáncer de colon	3,3	Enfermedad de Alzheimer	4,5

Figura 2: Principales causas de defunción según sexo. 2011. Fuente INE

3. TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer no tiene cura. Sin embargo, existen diferentes tratamientos que ayudan a que la evolución de la enfermedad se ralentice. Cualquier tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, independientemente de si es o no farmacológico, persigue mejorar la capacidad cognitiva, controlar los trastornos psicoafectivos y de la conducta y mantener la funcionalidad y autonomía de la persona que padece la enfermedad procurando que la enfermedad avance lo más lentamente posible.

Debido a la neuroplasticidad o plasticidad cerebral que es “la respuesta que da el cerebro para adaptarse a nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión” (Geschwind, 1985. En Zamarrón, Tárraga y Fernández-Ballesteros, 2008, p. 433) se puede trabajar con personas que padecen Alzheimer basándonos en tratamientos no farmacológicos de forma que mantengan sus capacidades cognitivas. La neuroplasticidad está presente también en el cerebro de personas mayores excepto en aquellas que se encuentran en una fase grave de Alzheimer debido a la pérdida de masa neuronal y a la falta de conexiones sinápticas.

Podemos considerar la plasticidad cerebral como la flexibilidad del sistema nervioso que hace posible algunos cambios neuronales, nuevas sinapsis y la regeneración de las neuronas lesionadas o remodelación de la morfología y función de las células gliales (son aquellas que sirven de función a las neuronas e intervienen activamente en el procesamiento cerebral de la información). Gracias a ello es posible que el cerebro que presenta una lesión siga teniendo capacidad de aprendizaje (**Deus, 2006**).

Debido a las numerosas investigaciones sobre neuroplasticidad se han modificado los planteamientos terapéuticos y actitudes de la enfermedad de Alzheimer, de modo que se apuestan por tratamientos integrales en los que se combinan los tratamientos farmacológicos con los no farmacológicos.

A. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Hoy en día se cuenta con algunos medicamentos específicos para la enfermedad de Alzheimer. Los fármacos que se utilizan en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer actúan bajo el mismo principio: impedir la degradación del neuromediador acetilcolina, neutralizando la encima responsable de esta operación.

La enfermedad responde al tratamiento farmacológico entre un 10% y un 30% de los casos, parece que la evolución de la enfermedad se enlentece.

En los casos leves y moderados se utiliza la tacrina, aunque cada vez con menos frecuencia debido a su alto nivel de hepatotoxicidad. El último medicamento utilizado es la rivastigmina cuya mejoría es evaluada por test psicométricos. Las personas enfermas están durante más tiempo dentro de la normalidad, no siempre en el plano psicológico pero si, al menos, exteriormente pueden llevar una vida con mayor normalidad. Pueden hacer vida social, ir a un restaurante o marcharse de vacaciones. Con este fármaco la evolución de la enfermedad se retarda más o menos 2 años.

En la fase leve y moderada los fármacos que se utilizan son donepezilo (aricept), rivastigmina (exelon y prometax) y galantamina (reminyl) todos ellos son inhibidores de la acetilcolinesterasa y gracias a ellos se puede conseguir un aumento de la actividad del sistema colinérgico asociada a una mejora de la función cognitiva.

En la fase grave el fármaco que se utiliza es la memantina (axura y ebixa) antagonista del receptor glutaminérgico MND A. Este fármaco puede mejorar la capacidad para pensar y recordar o puede desacelerar la pérdida de estas capacidades en las personas que tienen Alzheimer. No obstante, la memantina no curará el Alzheimer ni evitará la pérdida de estas capacidades en el futuro **Bendicho y Salazar (2013)**.

“La experiencia en el tratamiento farmacológico de la EA nos lleva a la conclusión de que su abordaje será a través de diferentes fármacos, polifarmacológico y multifactorial, en paralelo con estrategias no farmacológicas” (**Triadó y Villar, 2006, p. 375**).

B. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Existen también tratamientos psicosociales para mejorar la calidad de vida del enfermo y del familiar. Los objetivos de estos programas son: promover la independencia y autonomía, tratar de promover actividades y aconsejar a la familia en todos los aspectos del cuidado de la persona enferma y de la dinámica familiar para evitar la sobrecarga del cuidador/a.

El tratamiento no farmacológico por el que se viene apostando desde hace unos años es la estimulación cognitiva ya que incrementa la reserva cognitiva a través de entrenamientos que restauran capacidades intelectuales de manera que se ralentiza el deterioro y se retardan los efectos sobre el funcionamiento de la persona en su vida diaria.

La estimulación cognitiva tiene como objetivo incrementar la calidad de vida del paciente por lo que es fundamental según García-Sánchez y Estévez-González (2002)

“estimular y/o mantener las capacidades mentales, evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales, dar seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente, minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas, mejorar el rendimiento cognitivo, mejorar el rendimiento funcional, incrementar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria, mejorar el estado y sentimiento de salud y mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares y/o personas cuidadoras” (**p. 4**).

“La estimulación cognitiva actúa como una gimnasia mental previniendo el deterioro y manteniendo e, incluso, mejorando el rendimiento cognitivo de los mayores, es decir, optimizando y compensando los procesos cognitivos” (Triadó y Villar, 2006, p. 135).

Para ello es importante que se trabaje el entrenamiento en habilidades de memoria de manera que se proporcione una mejoría en las personas que padecen Alzheimer. Este trabajo se puede realizar en grupos pequeños y homogéneos en relación al deterioro de cada persona o establecer unas pautas y ejercicios para que se realicen en el hogar con el apoyo de un familiar.

Las áreas de intervención que se deben trabajar por medio de la estimulación cognitiva son la memoria, la orientación, la atención, el lenguaje, las habilidades visuomanipulativas, las funciones ejecutivas, la percepción y la solución de problemas de la vida real.

Triadó y Villar (2006) establecen que para realizar de manera correcta una intervención hay que tener en cuenta los siguientes pasos:

- “Cuáles son las capacidades afectadas y cuáles las preservadas.
- Grado de afectación en las diferentes áreas sobre las que se va a intervenir.
- Capacidad real del paciente para la ejecución de determinadas tareas.
- Capacidades y comportamiento del paciente en las actividades de la vida diaria.
- Presencia o no de alteraciones psicológicas y/o del comportamiento.
- Aspectos afectivos y motivacionales” (p. 394).

La estimulación cognitiva debe complementarse con la terapia farmacológica, la orientación familiar y el abordaje social, de forma que se implique al paciente en su propio proceso y se trabaje en red entre las diferentes personas que le rodean. De esta manera, sería posible que se establecieran unos objetivos comunes y el desarrollo de estrategias de prevención y detección temprana de la enfermedad, del mismo modo que se crearían y se pondrían en marcha modelos de atención más rápidos y adaptados a los cambios sociales, lo cual facilitaría el dar respuestas concretas y ajustadas a las necesidades que presente cada paciente y su familia.

También debemos de apostar por el aprendizaje a lo largo de la vida a la hora de trabajar tanto con personas mayores sin ningún tipo de demencia como con aquellas que padecen alguna demencia como Alzheimer.

El aprendizaje a lo largo de la vida engloba todas aquellas actividades formativas que se producen en cualquier momento del ciclo vital de una persona y tienen como objetivo mejorar sus conocimientos tanto teóricos como prácticos, sus destrezas y sus competencias. Para ello hace hincapié en el trabajo en equipo y en el reconocimiento de aquellos espacios donde se puede adquirir cualquier tipo de aprendizaje.

Pérez, Vázquez y López (2013) hacen referencia al aprendizaje a lo largo de la vida como:

“un concepto sumamente útil para el fomento de una ciudadanía que participe en la sociedad, pero también para fomentar un desarrollo ecológicamente sostenible, para promover la democracia, la justicia y la igualdad entre hombres y mujeres y el desarrollo científico, económico y social, así como para construir un mundo en el que los conflictos violentos sean sustituidos por el diálogo y una cultura de la paz basada en la justicia” (p. 319).

Por ello, se deben crear contextos en los que tenga cabida la educación en todas y cada una de las etapas vitales y no sólo apostar por la educación durante los primeros años. Es importante también que se tengan presentes factores como la edad, la igualdad entre hombres y mujeres, las discapacidades, el idioma, la cultura y las desigualdades económicas a la hora de plantear los contenidos educativos; cada persona tenemos una realidad diferente que se debe reflejar a la hora de adquirir conocimientos.

Debido a los numerosos cambios en los que estamos inmersos es fundamental que aprendamos a adaptarnos a ellos; por lo que debemos adquirir conocimientos y destrezas que hagan posible que las personas podamos aprender ante cualquier situación que se nos presente.

Cuando hablamos de aprendizaje a lo largo de la vida no debemos olvidar lo señalado por Delors (1996):

“El informe de la UNESCO elaborado por la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI propone como meta la creación de la sociedad del aprendizaje, que está sustentada en la creación de los ya clásicos cuatro pilares básicos: *aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a vivir juntos*. Pero esta meta no es posible alcanzarla sin la conjunción de la educación formal, la no formal y la informal, incluyendo todos los aprendizajes informales y ocasionales existentes en una sociedad educativa que está impregnada de todas las culturas y en la que se incluyen tanto los enfoques teóricos como prácticos” (Pérez, Vázquez y López, 2013, p. 319).

Todas las personas podemos seguir aprendiendo a lo largo de nuestra vida, incluso aquellas que padecen Alzheimer. Hasta hace unos años se pensaba que las personas con Alzheimer tenían mermada su capacidad de aprendizaje. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha visto como personas que están en una fase leve o moderada de la enfermedad también son capaces de aprender aunque de forma más limitada. Esto es debido a la capacidad que tienen las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer nuevas conexiones.

4. VINCULACIÓN CON LA EDUCACIÓN SOCIAL

A lo largo de la historia la concepción que se ha tenido sobre la educación ha hecho que las personas mayores durante todos esos años hayan estado fuera de cualquier contexto educativo debido al pensamiento erróneo de que las personas mayores no están en edad de aprender cosas nuevas.

Triadó y Villar (2006) señalan que algunos de los beneficios que les suponen a las personas mayores formarse en esta etapa vital son:

- “Desarrollo de nuevas competencias y conocimientos que permiten optimizar o funcionar de manera más autónoma en ámbitos diversos de la vida cotidiana.
- Mejora del funcionamiento cognitivo general de las personas mayores, dado que mantener una vida activa y estimulante intelectualmente nos hace menos susceptibles al declive cognitivo que puede comportar el envejecimiento.

- Aumento del bienestar y valoración personal, dado que la motivación para aprender en las personas mayores parece especialmente vinculada al propio placer y satisfacción que proporciona el proceso de aprendizaje.
- Participación en nuevos ámbitos de relación social, permitiendo el establecimiento de nuevos lazos sociales satisfactorios. Estos nuevos lazos pueden ampliar nuestra red social o compensar posibles pérdidas en este ámbito a medida que envejecemos.
- Integración dentro de las corrientes de cambio social y, lo que es más importante, disponer de las herramientas necesarias para poder participar y contribuir activamente en ese cambio” (p. 424).

Como señalan Triadó y Villar (2006) el papel del educador/a consiste en

“guiar a los mayores a ver la necesidad de seguir aprendiendo, ofrecer razones del valor del aprendizaje para incrementar la calidad de vida y a la vez la confianza en uno mismo, partir de las motivaciones del alumno, atender a la persona y sus proyectos educativos y necesidades para conjuntamente establecer los objetivos y contenidos objeto de aprendizaje” (p. 427).

Trabajar con personas que padecen Alzheimer permite que como Educadores/as Sociales desarrollemos una serie de actuaciones de contexto dirigidas a crear espacios educativos, mejorarlos y dotarlos de recursos.

Algunas de las funciones que como Educadores/as podemos llevar a cabo con enfermos/as de Alzheimer son la realización de acciones socioeducativas en las que prima el respeto hacia las personas con las que estamos trabajando. También es importante tener en cuenta las decisiones de las personas y sus familias a la hora de llevar a cabo las diferentes intervenciones socioeducativas.

Es fundamental que conozcamos la situación en la que se encuentra cada persona para poder facilitar aquella información que pueda ser de interés para las propias personas y para las familias o tutores legales. Debemos tener siempre presente a la hora de desempeñar nuestro trabajo la confidencialidad a la hora de manejar información sobre cada paciente.

Para poder llevar a cabo las diferentes intervenciones es importante recoger toda la información posible y analizar cada situación una vez se haya obtenido toda la información necesaria. Una vez realizado esto podremos plantear la intervención que precise cada persona de forma adecuada y adaptada a las necesidades que presenta.

Debemos tener en cuenta que en la gran parte de los centros se realiza un trabajo multidisciplinar por lo que es fundamental en estos casos que haya un buen nivel de comunicación entre todas las personas para poder intercambiar la información necesaria a la hora de trabajar con cada persona. También es importante cooperar con el resto del equipo en la planificación, el diseño, el funcionamiento y la evaluación de las diferentes acciones socioeducativas.

Es importante que se respeten y asuman las decisiones que tome el equipo una vez éstas sean contrastadas, argumentadas y acordadas entre todos los profesionales, aún en el caso en el que no se compartan.

Como profesional de la Educación Social es importante tener una serie de habilidades y destrezas para poder realizar nuestra función de forma adecuada. Por ello, es importante que seamos capaces de dominar las metodologías educativas, de formación, de asesoramiento, de orientación, de dinamización social y cultural; identifiquemos aquellos lugares que generan y posibilitan el desarrollo de la sociabilidad, la circulación social y la promoción social y cultural. Debemos también crear y promover redes entre las personas, colectivos e instituciones y potenciemos las relaciones interpersonales y de los grupos sociales.

Otras habilidades que se deben poseer están relacionadas con la creación de herramientas e instrumentos para enriquecer y mejorar los procesos educativos; ser capaces de llevar a cabo procesos de dinamización social y cultural. También debemos conocer los planes de desarrollo de la comunidad en la que nos encontramos.

También debemos ser capaces de formalizar diferentes documentos como el proyecto de centro, el reglamento de régimen interno, el plan de trabajo y otros informes socioeducativos. Debemos dominar las diferentes técnicas de planificación, programación y diseño de programas y proyectos y ser capaces de llevarlos a cabo y evaluarlos posteriormente.

Estas son algunas de las habilidades que debemos tener presentes y adquirir a lo largo de nuestra formación tanto en la Universidad como en el centro en el que realicemos las prácticas para poder desempeñar nuestro papel de manera adecuada.

Considero que a lo largo del presente trabajo se recogen los objetivos y competencias que se pretende alcanzar en el Grado de Educación Social.

Por un lado, teniendo en cuenta los objetivos del Grado se puede observar que debido a mi experiencia con personas con Alzheimer y a haberme documentado sobre la enfermedad comprendo tanto de manera teórica como práctica los procesos socioeducativos que rodean esta realidad. Del mismo modo, está presente la adecuación de los diferentes materiales en función de las características, necesidades, demandas y expectativas de las personas destinatarias.

También podemos observar a lo largo de este documento el diseño, puesta en práctica y evaluación de un proyecto socioeducativo ubicado en una institución concreta que he conocido durante la realización del Practicum II.

Por otro lado, algunas de las competencias que he adquirido a lo largo de la realización del trabajo así como en la puesta en marcha de las actividades planteadas y su posterior evaluación son:

- Organización y planificación.
- Gestión de la información.
- Capacidad crítica y autocrítica.
- Capacidad para integrarse y comunicarse con expertos de otras áreas y en distintos contextos.
- Habilidades interpersonales.
- Autonomía en el aprendizaje.
- Adaptación a situaciones nuevas.
- Compromiso con la identidad, desarrollo y ética profesional.

En relación a los conocimientos adquiridos sobre la enfermedad de Alzheimer durante estos años de formación considero que han sido insuficientes. En Palencia, la única toma de contacto con la enfermedad de Alzheimer consistió en un seminario impartido por una Educadora Social de la Asociación Familiares de Alzheimer de Valladolid

(AFAV) en la asignatura ‘Principios pedagógicos de la educación de personas adultas y mayores’. Sin embargo, durante mi estancia como alumna Sicue en la Universitat de València he adquirido conocimientos tanto teóricos como prácticos sobre la enfermedad en la asignatura ‘Pedagogía de las personas mayores’ y en el Practicum II en la Asociación COTLAS de la que hablaré a continuación.

5. CASO DE VALENCIA: ASOCIACIÓN COTLAS¹

A. HISTORIA

El Centro de Tiempo Libre y Acción Social (COTLAS) es una Asociación juvenil sin ánimo de lucro que nació en 1982 por iniciativa de un grupo de jóvenes del barrio de Senabre en Valencia como una entidad no gubernamental, sin fines lucrativos y no dependiente de partido político o región alguna, constituida legalmente en 1984. Es una entidad inscrita en el registro de asociaciones: Ministerio de interior AJ – 1257, y en Gobierno Civil AJ – 31/2425.

COTLAS recibe subvenciones de diferentes entidades públicas y privadas, dependiendo del programa a llevar a cabo: Taules de Solidaritat de l’ Ajuntament de València, Conselleria Bienestar Social, Conselleria Sanidad, Obras Sociales de entidades financieras, Plataforma de Entidades de Voluntariado Social de la Comunidad Valenciana.

Comenzó atendiendo principalmente las necesidades socioculturales de los/as vecinos/as del barrio con dedicación a la juventud. Con el tiempo ha ido ampliando sus actuaciones diversificando según las necesidades detectadas interviniendo sobre las causas generadoras de exclusión social.

En 1985 COTLAS fundó el Centro Social Senabre, su actual sede. En el centro coexiste junto a otras entidades de carácter vecinal, de tercera edad, escuela de animadores juveniles, cooperativas, scouts...

¹ Bendicho Montés, J. y Salazar, M. C. (2013). *Documentación interna Asociación COTLAS*. Valencia

La mayor parte de su actuación se dirige al ámbito social, siendo el territorio de acción la ciudad de Valencia.

COTLAS siempre ha creído en la importancia del movimiento voluntario, y forma parte de la Plataforma de Entidades de Voluntariado Social de la Comunidad Valenciana de voluntariado (PVSCV), ostentando la Vicepresidencia y la Presidencia alternativamente en los últimos años y teniendo representación en diferentes comisiones de trabajo.

COTLAS está ubicada en el barrio de Jesús-Patraix, cerca del Hospital Dr. Peset, en la Valvanera. Es un barrio que tiene cubiertas todas las necesidades sociosanitarias necesarias y tiene una amplia oferta de servicios. Está cerca del centro de Valencia y es un barrio bien comunicado con autobuses y metro.

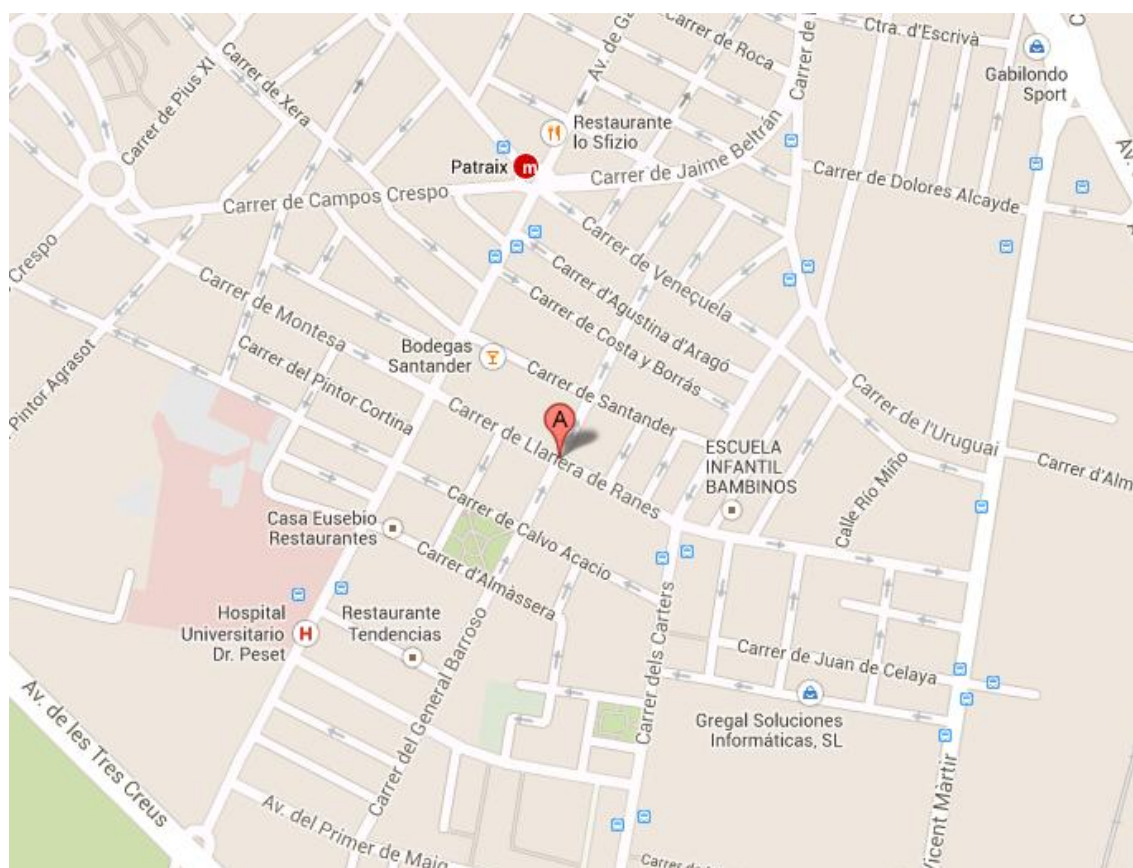


Figura 4: Situación geográfica Asociación COTLAS. Fuente Documentación interna

El Centro Social es un espacio que cuenta con 500 metros cuadrados y en él coexisten diferentes entidades como la Asociación de vecinos, las Oficinas Granja Escuela Mas del Capellá, programas de voluntariado social de COTLAS, Aulas de la Tercera Edad o Grupos de Scouts. El centro además cede su espacio para que otras entidades de forma

puntual lo utilicen para realizar exposiciones de carácter reivindicativo y social, clases para inmigrantes, fiestas populares, etc.

B. TRAYECTORIA

Desde la Asociación se llevan a cabo diversos programas: infancia hospitalizada, club de ocio para jóvenes con discapacidad, club de ocio para niños y niñas con discapacidad psíquica, Alzheimer, activemos a nuestros mayores y servicio de acompañamiento².

A pesar de los diferentes programas que se han señalado, cabe centrar la atención en el programa de Alzheimer el cual se inicia en colaboración con la Universidad de Valencia en 1994.

Durante todos estos años el programa ha ido evolucionando hasta su actual forma de funcionamiento. Está dividido en dos unidades de intervención coordinadas, ofrece una intervención integral atendiendo tanto a la persona afectada como a las necesidades de los/as familiares.

La *Unidad de Estimulación* funciona en horario matinal, de 10:00 a 13:00 horas de lunes a viernes. Se trabaja en la atención directa y la estimulación de la persona afectada por la demencia, desarrollando y potenciando aspectos físicos, cognitivos y emocionales, con el objetivo de atenuar el proceso degenerativo de la enfermedad y mantener activa a la persona afectada el mayor tiempo posible. Las actividades se realizan en grupo, contando durante este año con personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, en sus fases iniciales o por otro tipo de demencias como vasculares, frontales, Parkinson, etc.

La *Unidad Familiar* lleva a cabo su labor de manera individualizada. Los/as terapeutas de la Asociación se desplazan a los domicilios de las personas afectadas y trabajan con ellas cuestiones como la estructuración de ambientes y de tareas, para facilitarlas el funcionamiento en sus propias casas, y también estimulación física y cognitiva. Además se apoya a los/as familiares en sus necesidades con respecto al enfermo/a y se dan técnicas y herramientas para el desempeño de sus funciones como cuidadores/as principales. Dentro de esta actividad se coordinan grupos de apoyo para familiares,

² Consultar ANEXO 1: PROGRAMAS ASOCIACIÓN COTLAS

donde se trabajan en común cuestiones emocionales y de la vida diaria de las personas cuidadoras.

A estas dos unidades de trabajo hay que sumar todo el esfuerzo en cuanto a atención a afectados/as y familiares que se lleva a cabo desde la Asociación, se mantiene un servicio de información y derivación para todas aquellas personas que acuden a COTLAS y solicitan apoyo y orientación.

En la actualidad, la Asociación atiende a un total de 94 personas cuyas edades oscilan entre los 46 y los 95 años. Por las mañanas acuden al centro diariamente 10 usuarios y el resto son atendidos semanalmente en sus hogares.

En la Asociación trabajan un total de tres personas que están contratadas de manera indefinida. Las tres personas están licenciadas en Psicología; una de ellas tiene contrato de jornada completa mientras las otras dos lo tienen de media jornada.

El resto de personal que colabora en la entidad es voluntario. Hay un proyecto que se encarga de la gestión, el apoyo y la formación del voluntariado dentro de la Asociación. Por ello, todos/as los/as voluntarios/as reciben atención individualizada y basada en sus necesidades, motivaciones e intereses en el marco del programa de voluntariado social.

C. MÉTODO DE TRABAJO

Los fines que se pretenden alcanzar desde COTLAS son:

- La promoción de acciones basadas en principios de la solidaridad y el interés general, prestando especial interés a aquellas personas y colectivos con dificultades para su integración social.
- La promoción del voluntariado social como expresión solidaria de un compromiso basado en la libertad y el altruismo.
- El desarrollo de programas y acciones dirigidos a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades neurodegenerativas y a sus familiares, y en concreto a las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer y a sus familias.

- El fomento de programas dirigidos a la infancia desde la animación sociocultural, y especialmente los dirigidos hacia aquellos colectivos infantiles que puedan encontrarse con dificultades para su pleno desarrollo.
- El asesoramiento y apoyo a las personas con discapacidad, y en especial a las personas con discapacidad psíquica, junto al desarrollo de acciones que faciliten su integración social y salvaguarden sus derechos y dignidad.
- Impulsar y desarrollar programas dirigidos a la integración social de las personas mayores y la mejora de su calidad de vida.
- Fomentar la integración y la participación ciudadana a través de programas de animación sociocultural.
- La participación en redes de solidaridad y la colaboración con otras entidades y organizaciones que compartan los mismos fines.

Para conseguir estos fines la Asociación plantea un método de trabajo centrado en la persona en el que las personas mayores merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra.

En los modelos de atención centrados en la persona se reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención por lo que se proponen estrategias para que sea ella misma quien ejerza el control sobre los asuntos que le competen. Es fundamental que sepamos empatizar con la persona, con sus necesidades y permitir el desarrollo de su independencia, individualidad y autonomía el mayor tiempo posible.

También es importante tener presentes todos los derechos de la persona puesto que van a ser el eje central a la hora de plantear y llevar a cabo las intervenciones. Por ello, Rodríguez (2006) destaca como aspectos claves en este tipo de intervenciones

“favorecer el ejercicio de la libertad personal para tomar decisiones y para realizar elecciones, la defensa de la privacidad y la preservación de la intimidad, el respeto a la diferencia, desechar actitudes sobreprotectoras y actuaciones que puedan caer en la infantilización de las personas adultas” (p. 10).

Los principios sobre los que se basa el modelo de atención centrado en la persona independientemente de las personas destinatarias de la intervención son según Martínez Rodríguez (2010: 39 – 40):

- Dignidad: las personas mayores tienen derecho al respeto a su diferencia y a ser consideradas como seres valiosos y merecedores de respeto igual que el resto de personas.
- Competencia: todas las personas mayores tienen capacidades para desarrollar actuaciones competentes, independientemente de los apoyos que requieran.
- Autonomía: las personas mayores tienen derecho a mantener el control de su propia vida por lo que siempre podrán actuar con libertad. Este principio es la base de la dignidad personal.
- Participación: las personas mayores tienen derecho a estar presentes y participar en la toma de aquellas decisiones que afecten al desarrollo de su vida. A la hora de realizar intervenciones, participarán tanto en la elaboración del plan como en su desarrollo y seguimiento.
- Integralidad: la persona es multidimensional ya que en ella interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- Independencia: las personas mayores tienen derecho a mantener el mayor grado de independencia posible en su vida cotidiana y a recibir apoyos diversos y adaptados a la situación en la que se encuentren.
- Individualidad: todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos, pero cada una es única y diferente del resto.
- Inclusión social: las personas mayores son ciudadanos con derechos y miembros activos de la comunidad por lo que han de tener acceso y posibilidad de disfrutar de los recursos comunitarios del mismo modo que el resto de la población.
- Bienestar: es recomendable que todas las personas accedan a programas dirigidos a la promoción de la salud y la prevención de la dependencia y en aquellos casos en los que la persona sea dependiente acceda a servicios y programas que mejoren su funcionalidad y faciliten su bienestar.
- Continuidad de la atención: aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia deben tener acceso a aquellos apoyos que precisan de manera continuada y adaptada permanentemente a sus circunstancias

D. RESULTADOS GENERALES

En 2013 los programas desarrollados por la Asociación no presentaron ninguna incidencia destacable, todos se llevaron a cabo según la programación prevista por lo que los servicios ofrecidos a los diferentes beneficiarios tuvieron un gran éxito.

Se impartieron 650 horas de estimulación a personas afectadas de Alzheimer y otras demencias, 90 horas de grupos de autoayuda para familiares y hubo 120 consultas atendidas en el ámbito de las demencias.

El número de usuarios/as atendidos/as en la Asociación en el año 2013 ha sido de 385 repartidos en los diferentes servicios de sus programas de acción social.

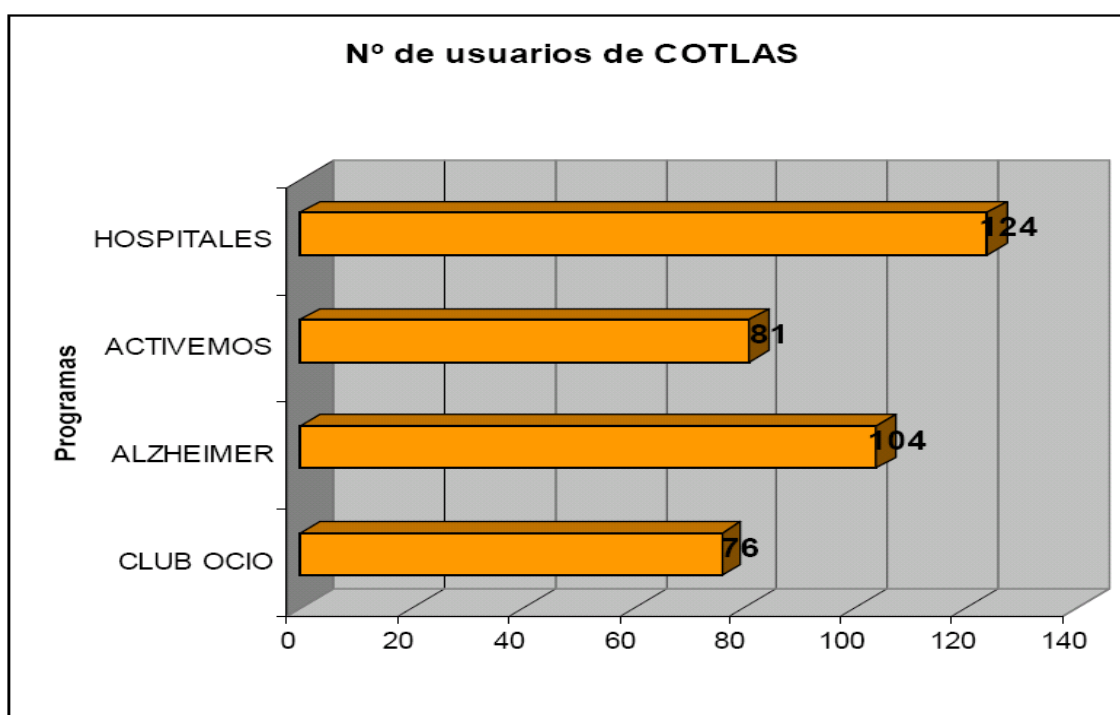


Figura 5: Número de usuarios de COTLAS. Fuente: Documentación interna

En el área de Alzheimer se han atendido un total de 104 personas repartidas dentro de los diferentes servicios que ofrece; así se atendieron 14 personas en la unidad de estimulación, 32 personas fueron participaron en atención domiciliaria, 16 lo hicieron en el programa de apoyo familiar y a 52 se les realizó seguimiento para ver cómo evolucionaban.

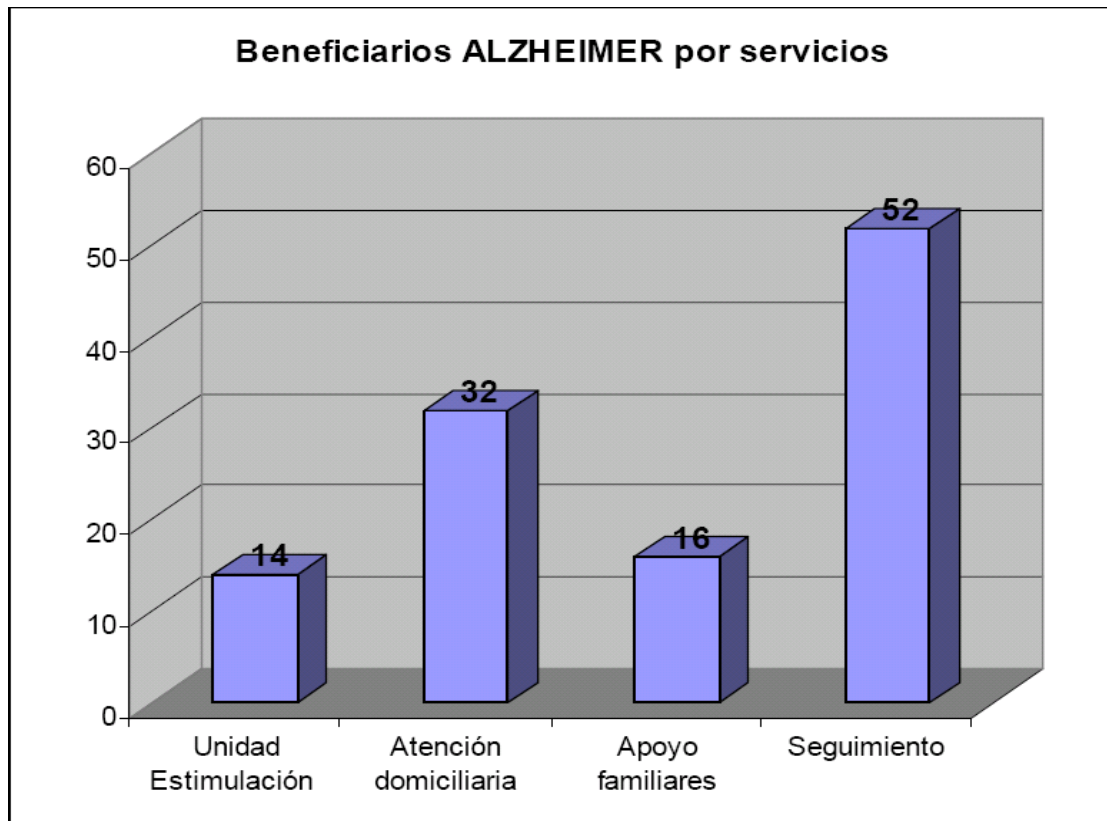


Figura 6: Beneficiarios ALZHEIMER por servicios. Fuente: Documentación interna

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

A la hora de trabajar con personas con Alzheimer es importante diseñar actividades de acuerdo a las capacidades que tiene cada una de ellas. Sin embargo, cuando se trabaja de forma grupal y las características que presenta cada usuario/a son totalmente diferentes resulta complicada la elaboración de dichas actividades.

Trabajando grupalmente es fundamental elaborar actividades que estimulen y motiven a todos/as los/as participantes. Por ello, es necesario que para diseñar las actividades nos informemos sobre los gustos, intereses o aficiones de cada persona tanto antes de ser diagnosticada la enfermedad como después de tener el diagnóstico.

Debido a mi experiencia en la Asociación COTLAS he podido observar la metodología de trabajo que llevan a cabo en la que de manera grupal se trabajan aspectos relacionados con la movilidad y de forma individual se realizan ejercicios escritos de estimulación cognitiva.

Por ello, considero que es importante apostar por otras propuestas en las que también se trabaje la estimulación cognitiva de forma grupal y se dejen de lado las fichas escritas ya que en ocasiones resultan monótonas para algunos/as pacientes. Este tipo de actividades grupales enriquece las relaciones sociales, proporcionan un clima agradable y dan lugar a que las personas puedan expresarse mejor que si lo hacen de forma escrita.

Es importante que a la hora de poner en práctica las actividades haya un clima distendido que, en ocasiones, no se produce cuando lo que se propone a los/as pacientes consiste en la realización de ejercicios escritos ya que se ponen nerviosos/as y se frustran cuando las actividades tienen una dificultad elevada para ellos.

Se deben trabajar las diferentes áreas que no están afectadas para que la persona mantenga las capacidades que tiene y también aquellas que sí lo están para evitar, en la medida de lo posible, frenar su deterioro.

Es importante contar con equipos multidisciplinares a la hora de trabajar la estimulación cognitiva con personas con Alzheimer. En estos equipos debe primar el bienestar de las personas con las que trabajamos, de forma que para la elaboración y puesta en práctica de diferentes proyectos se produzca un intercambio de información entre los/as diferentes profesionales.

Sin embargo, hay autores que como Coll (1996) que a la hora de trabajar la estimulación cognitiva señala

“la importancia de que los procesos de estimulación cognitiva en pacientes con Demencia Tipo Alzheimer sean llevado a cabo por profesionales provenientes del campo de la Psicopedagogía, ya que su objeto de estudio apunta a los procesos de aprendizaje y desarrollo humanos entendidos en un amplio sentido”
(Davicino, Muñoz, De La Barrera y Donolo, 2009, p. 7).

Sin embargo, considero que no sólo deben ser profesionales de este campo quienes lleven a cabo dichos procesos sino que, también, debemos estar presentes en ellos profesionales de la Educación Social ya que gracias a nuestra formación somos capaces de desarrollar y poner en práctica de manera adecuada diferentes procesos de estimulación cognitiva en pacientes con cualquier tipo de demencia.

B. ACTIVIDADES

Debido a la importancia de apostar por nuevas propuestas de intervención en personas con Alzheimer he elaborado una serie de actividades que buscan trabajar mediante una metodología más activa en la que prime un clima distendido dentro de la estimulación cognitiva.

Dichas actividades están diseñadas para realizarlas grupalmente de forma oral de manera que las personas que participan cuando tengan alguna dificultad puedan recurrir fácilmente al resto de compañeros/as o profesionales.

Este tipo de actividades que planteo tienen un enfoque comunicativo y dialógico ya que persiguen fomentar el diálogo entre las personas que acuden a la Asociación de manera que se intercambien experiencias y conocimientos que aún conservan. También buscan que las personas logren concentrarse en la realización de las actividades y sean capaces de abstraer pensamientos sobre las diferentes etapas de su vida.

Considero necesario plantear actividades que sean atractivas para los/as pacientes y que a través de ellas se evoquen ciertas etapas de su vida. Por ejemplo, a través del reconocimiento de canciones se trabaja la memoria biográfica de manera que la persona interactúa con el resto. Por otro lado, mediante la asociación de alimentos con la región a la que pertenecen facilita que cada persona narre al resto diferentes anécdotas de su lugar de procedencia ya que la mayoría de las personas que acuden a la unidad de estimulación no son procedentes de Valencia.

ACTIVIDAD 1: Pasapalabra³		
DURACIÓN: 20-30 minutos		
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">- Trabajar las capacidades lingüísticas.- Mantener el uso del lenguaje y jugar con las palabras.- Promover la interacción personal.- Incrementar la autoestima.		
RECURSOS		
HUMANOS	MATERIALES	FINANCIEROS
1 Educador/a	1 Sala con sillas.	

³ Consultar ANEXO 2: PASAPALABRA

Social.		
Grupo de 10 personas (máximo).	Pizarra y tizas.	
CONTENIDOS:		
<ul style="list-style-type: none"> - Atención, concentración. - Lenguaje. - Asociación de definiciones con la palabra correspondiente. - Agilidad mental. 		
DESARROLLO:		
<p>Se realiza el rosco con todas las letras en la pizarra y se explica en qué consiste la actividad: a continuación se van a ir leyendo una serie de definiciones que corresponden con la letra del alfabeto que se va a indicar previamente; hay que ir adivinando la palabra de la que se trata bien de manera individual o bien de forma grupal ayudándonos entre todos. A medida que se van adivinando las palabras se tacha la letra correspondiente.</p>		

ACTIVIDAD 2: Cálculo⁴		
DURACIÓN: 15 - 20 minutos		
OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> - Estimular el conocimiento y la manipulación numérica. - Facilitar el razonamiento numérico. 		
RECURSOS		
HUMANOS	MATERIALES	FINANCIEROS
1 Educador/a Social.	1 Sala con sillas.	
Grupo de 10 personas (máximo).	Pizarra y tizas.	
CONTENIDOS:		
<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento numérico. 		

⁴ Ver ANEXO 3: CÁLCULO

- Razonamiento abstracto.
- Agilidad mental.

DESARROLLO:

E/la Educador/a va diciendo oralmente los diferentes razonamientos numéricos que quiere que se lleven a cabo. En un primer momento, se preguntará de manera individual a cada paciente en aquellos casos en los que hay una única respuesta y, posteriormente, se preguntará de forma grupal cuando la respuesta que se pretende obtener conlleva varias respuestas.

ACTIVIDAD 3: Productos típicos de cada región⁵

DURACIÓN: 10 – 15 minutos

OBJETIVOS:

- Estimular la asociación.
- Fomentar el conocimiento de comidas típicas de cada región.
- Provocar recuerdos propios de la región a la que se pertenece.

RECURSOS

HUMANOS	MATERIALES	FINANCIEROS
1 Educador/a Social.	1 Sala con sillas.	
Grupo de 10 personas (máximo).	Pizarra y tizas.	

CONTENIDOS:

- Atención, concentración.
- Asociación de alimentos con la región correspondiente.
- Agilidad mental.

DESARROLLO:

El/la Educador/a irá nombrando diferentes alimentos y entre todas las personas tienen que decir a qué región corresponde cada alimento. En aquellos casos en los que les cueste asociar un alimento con su región tendrán apoyo para que logren realizar la asociación correspondiente.

⁵ Consultar ANEXO 4: PRODUCTOS TÍPICOS DE CADA REGIÓN

ACTIVIDAD 4: Gestualidad/Mímica⁶		
DURACIÓN: 10 minutos		
OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la actividad gestual manipulativa. - Producción de la gestualidad a partir de órdenes o estímulos diversos. - Promover la interacción personal. - Incrementar la autoestima. 		
RECURSOS		
HUMANOS	MATERIALES	FINANCIEROS
1 Educador/a Social.	1 Sala con sillas.	
Grupo de 10 personas (máximo).	Pizarra y tizas.	
CONTENIDOS:		
<ul style="list-style-type: none"> - Gestos de actividades de la vida diaria. - Gestos de manipulación. - Recepción y comprensión de la orden. 		
DESARROLLO:		
El/la Educador/a va diciendo a cada paciente una acción que tendrá que representar utilizando la mímica al resto del grupo.		

ACTIVIDAD 5: Canciones⁷		
DURACIÓN: 15 – 20 minutos		
OBJETIVOS:		
<ul style="list-style-type: none"> - Estimular los recuerdos personales y sociales. - Mantener el uso del lenguaje. - Promover la interacción personal. - Incrementar la autoestima. 		
RECURSOS		
HUMANOS	MATERIALES	FINANCIEROS

⁶ Consultar ANEXO 5: GESTUALIDAD/MÍMICA

⁷ Consultar ANEXO 6: CANCIONES

1 Educador/a Social.	1 Sala con sillas.	
Grupo de 10 personas (máximo).	Pizarra y tizas.	
CONTENIDOS:		
<ul style="list-style-type: none"> - Atención, concentración. - Lenguaje. - Memoria semántica. - Agilidad mental. 		
DESARROLLO:		
El/la Educador/a lee una frase de una canción conocida y entre todos/as los/as pacientes tienen que continuar cantando la canción y tienen que decir quién es el intérprete de dicha canción.		

C. EVALUACIÓN^{8 9}

El transcurso de todas las actividades ha sido adecuado ya que en todas ellas se ha logrado alcanzar el objetivo que se pretendía.

En algunas de las actividades no participaron todos/as los/as pacientes del mismo modo sino que hubo pacientes que debido a sus capacidades a la hora de expresarse necesitaban el apoyo de una persona que les ayudara durante el transcurso de la actividad. Pese a esto, en rasgos generales la participación fue muy activa y dinámica; antes de buscar apoyo en cualquier profesional lo buscaban en el resto de compañeros/as lo que hace que se favorezcan las redes sociales y el intercambio de experiencias y sensaciones.

En las cinco actividades planteadas la duración de las mismas fue acorde a la planificación previa a excepción de la actividad de canciones que debido a la participación y el disfrute por parte de los/as pacientes se alargó 5 minutos más.

⁸ Ver ANEXO 7: INFORME DE INTERVENCIÓN ENTRENAMIENTO COGNITIVO

⁹ Ver ANEXO 8: EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES

Las actividades en las que más disfrutaron fueron en la de productos típicos de cada región y en la de canciones porque facilitaron recuerdos pasados sobre su lugar de procedencia, sobre las comidas que más les gustaban cuando eran jóvenes y también disfrutaron recordando canciones significativas para cada uno/a durante su vida.

Algunas de las sensaciones y sentimientos que se observaban en cada persona fueron placer durante la realización de cada actividad, concentración y atención para resolver lo que se pedía en cada actividad y alegría al acertar cada respuesta independientemente de si requerían apoyo del resto o lo hacían solos/as.

7. CONCLUSIONES

El Alzheimer es una enfermedad compleja debido a que no se puede diagnosticar con exactitud hasta que la persona fallece y se realiza un estudio cerebral. No sólo es compleja por su diagnóstico sino que también lo es porque pese a la existencia de diversos medicamentos que frenan su avance aún no se ha logrado encontrar una cura. Es compleja también porque hay muchas formas de trabajar con personas que padecen Alzheimer para que mantengan las capacidades que aún tienen. Y, por último, es compleja para los familiares de las personas enfermas ya que hay un gran desconocimiento de la enfermedad que hace que las personas no estemos bien informadas de cómo se debe actuar cuando en nuestro entorno tenemos a alguien con Alzheimer.

Trabajar con personas que padecen Alzheimer es una tarea complicada. Cuando las actividades que planteamos tienen que realizarse de manera grupal es frecuente que nos encontremos con dificultades puesto que no todas las personas se encuentran en la misma fase de la enfermedad. Sin embargo, los resultados que se obtienen cuando las actividades se realizan grupalmente son más satisfactorios que cuando trabajamos de manera individual mediante ejercicios escritos ya que resultan más monótonos.

En los últimos años la estimulación cognitiva en personas con Alzheimer ha avanzado mucho. Sin embargo, los materiales que se difunden desde diversas instituciones no están adaptados de manera adecuada a las diferentes etapas de la enfermedad ni a las características de cada persona sino que todos estos materiales son muy similares entre ellos; por ello, debemos apostar por la creación de nuevas actividades al mismo tiempo

que se fomenta el trabajo grupal de forma dinámica. Este tipo de materiales adaptados adecuadamente vienen muy bien para que los familiares trabajen en casa con la persona enferma pero en los diferentes centros destinados a la atención de personas con Alzheimer se deberían crear otros materiales.

Además de la estimulación cognitiva se deben tener en cuenta otros aspectos. En varias investigaciones (Cotman y Berchtold, 2002; Dishman et al., 2006; Hamer y Chida, 2008 y Woo y Sharps, 2003) se concluye que “la práctica de ejercicio físico regula el funcionamiento de Mecanismos básicos tanto fisiológicos como neurobiológicos y psicológicos reportando grandes beneficios a las personas mayores para conservar la autonomía y reducir por tanto la dependencia” **(Rey, Canales, Táboas y Cancela, 2009, p. 114).**

Es fundamental que a la hora de trabajar con personas con Alzheimer que se pueda contar con equipos multidisciplinares en los que se trabaje de manera conjunta para lograr el bienestar tanto de la persona enferma como de los familiares con los que convive diariamente. Tan importante es trabajar con el/la enfermo/a como con la familia puesto que en ocasiones se va a ver sobrecargada y, en muchas ocasiones, no cuenta con la información necesaria para convivir de manera adecuada día a día con una persona con Alzheimer.

Cuando el equipo está formado por diversos profesionales la recogida de información y la puesta en práctica de las diferentes estrategias es mucho más sencilla ya que se realizan reuniones frecuentemente en las que se pone en común toda la información que se va obteniendo día a día sobre cada paciente y se pueden barajar diferentes puntos de vista con un objetivo común que es el bienestar de la persona.

En la Asociación COTLAS el equipo estaba formado por un amplio abanico de profesionales: Psicólogos/as, Terapeutas Ocupacionales, Pedagogos/as y Educadores/as Sociales. Sin embargo, el papel que desempeñábamos los/as Educadores/as Sociales no era tan significativo ya que en la Asociación los profesionales que mayor cabida tenían eran los/as Psicólogos/as y tanto la planificación y puesta en marcha de la mayoría de las actividades así como la evaluación de los/as pacientes recaía sobre ellos.

Sin embargo, debido a mi experiencia en la Asociación, considero que el papel de los/as Educadores/as Sociales a la hora de trabajar con personas con Alzheimer es fundamental ya que nuestra formación nos capacita para realizar de manera adecuada todas y cada una de las tareas que durante los meses de prácticas me encomendaban; por ello, la Educación Social debe estar presente a la hora de trabajar con estas personas.

Como profesionales de la Educación Social estamos capacitados para intervenir de forma adecuada con personas que padecen Alzheimer debido a la formación y las competencias que vamos adquiriendo como la autonomía en el aprendizaje, las habilidades interpersonales, la capacidad de adaptación a nuevas situaciones o la capacidad para integrarnos y comunicarnos con otros profesionales.

Gracias al período de prácticas y a la realización del presente trabajo he tenido la posibilidad de conocer y formarme sobre la realidad de las personas que padecen algún tipo de demencia y de forma más precisa sobre la enfermedad de Alzheimer.

También he conocido los diferentes tipos de tratamiento que se pueden llevar a cabo, teniendo especial relevancia el tratamiento no farmacológico ya que es en el que tiene cabida la Educación Social al ser en este plano donde se llevan a cabo las intervenciones socioeducativas.

Cada día son más las personas que padecen Alzheimer y con el paso del tiempo las cifras que se estiman resultan alarmantes, por ello, considero que se debería invertir más en su investigación para poder tener más información sobre la enfermedad y, así, poder plantear también nuevas vías de actuación a la hora de intervenir con personas con Alzheimer.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Trabajos citados:

Bendicho Montés, J. y Salazar, M. C. (2013). *Documentación interna Asociación COTLAS*. Valencia.

Davicino, N. A., Muñoz, M. S., De La Barrera, M. y Donolo, D. (17 de Junio de 2009). *El rol psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de pacientes con Demencia tipo Alzheimer*. Recuperado el 4 de Enero de 2014, de El rol psicopedagógico en la Estimulación Cognitiva de pacientes con Demencia tipo Alzheimer: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317756002>

Deus, J. (3 de Abril de 2006). *Estimulación cognitiva en demencias: eficacia o placebo*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2013, de Estimulación cognitiva en demencias: eficacia o placebo: http://www.revistahospitalarias.org/info_2006/02_184_05.htm

Fernández Merino, V. (2000). *Alzheimer. Un siglo para la esperanza: Una Guía familiar para conocer la enfermedad y actuar con el enfermo*. Madrid: EDAF.

García-Sánchez, C. y Estévez-González, A. (2002). *Estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2013, de Estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer: <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0091.pdf>

Francés, I., Barandiarán, T. y Moreno, I. (Diciembre de 2010). *Estimulación psicocognoscitiva en las demencias*. Recuperado el 3 de Enero de 2014, de Estimulación psicocognoscitiva en las demencias: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007

I.N.E. (s.f.). *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado el 22 de Abril de 2014, de www.ine.es

Martínez Rodríguez, T. (Junio de 2010). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Recuperado el 20 de Febrero de 2014, de La atención gerontológica centrada en la persona: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradanlapersona.pdf>

Muñiz, R., Olazarán, J., Poveda, J., Lago, T. y Peña-Casanova, J. (2011). *Non Pharmacological Therapy Experience Scale*. Recuperado el 21 de Marzo de 2014, de <http://www.mariawolff.es/pdf/escala-experiencia-terapia-no-farmacologica.pdf>

Peña-Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación "la Caixa".

Pérez Pérez, C., Vázquez Verdera, M. V. y López Francés, I. (2013). El aprendizaje a lo largo de la vida como estrategia para lograr una vejez más saludable. En J. J. Gázquez Linares, *Calidad de vida, Cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento* (págs. 317-322). Almería: Artes Gráficas Salvador.

Rey, A., Canales, I., Táboas, M. y Cancela, J. (2009). *Consecuencias cognitivas del programa "Memoria en movimiento" en las personas mayores*. Recuperado el 4 de Enero de 2014, de Consecuencias cognitivas del programa "Memoria en movimiento" en las personas mayores: [http://revistamotricidad.es/opensjs/index.php?journal=motricidad&page=article&op=view&path\[\]=201](http://revistamotricidad.es/opensjs/index.php?journal=motricidad&page=article&op=view&path[]=201)

S.A.E., Palencia (2 de Abril de 2001). Alzheimer y calidad de vida. Palencia, Palencia, España.

Triadó, C. y Villar, F. (2006). *Psicología de al vejez*. Madrid: Alianza Editorial.

Zamarrón Cassinello, M., Tárraga Mestre, L. y Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2013, de Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva: <http://www.psicothema.com/resumen.asp?id=3504>

- Bibliografía complementaria:

Aranda-Abreu, G. E., Hernández, M. y García, L. I. (2010). *¿Cuál es el mejor modelo de estudio de la enfermedad de Alzheimer?* Recuperado el 3 de Enero de 2014, de ¿Cuál es el mejor modelo de estudio de la enfermedad de Alzheimer?: <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2010/1/Aranda-et al/Aranda1%281%29070710-2010.pdf>

- Arango Lasprilla, J. y Lynn Rogers, H. (2002). *Signos y síntomas comportamentales y psicológicos más comunes en la enfermedad de Alzheimer*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2013, de Signos y síntomas comportamentales y psicológicos más comunes en la enfermedad de Alzheimer: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/225>
- ASEDES (2007). *Documentos Profesionalizadores*. Recuperado el 21 de Abril de 2014, de <http://www.eduso.net/archivo/docdow.php?id=143>
- Belsky, J. (2001). La memoria y la demencia. En J. Belsky, *Psicología del envejecimiento* (págs. 197-227). Madrid: Paraninfo, S.A.
- Bendicho Montés, J. (2013). *Una reflexión sobre las terapias no farmacológicas y su aplicación desde la experiencia: 20 años del "Programa de atención a afectados de Alzheimer" de la asociación COTLAS*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2013, de Una reflexión sobre las terapias no farmacológicas y su aplicación desde la experiencia: 20 años del "Programa de atención a afectados de Alzheimer" de la asociación COTLAS: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/32>
- Cuetos, F., Rodríguez-Ferreiro, J. y Martínez, C. (2003). *Alteraciones de memoria en los inicios de la enfermedad de Alzheimer*. Recuperado el 4 de Enero de 2014, de Alteraciones de memoria en los inicios de la enfermedad de Alzheimer: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11236/alteraciones_memoria_inicios_enfermedad_alzheimer.pdf
- Donoso Sepúlveda, A. (2007). *Deterioro y demencia. Orientación para médicos no especialistas*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2013, de Deterioro y demencia. Orientación para médicos no especialistas: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000200003
- Fernández Pérez, L., Isidro Carretero, V., Pérez Muñano, C., Sánchez-Valladares Jaramillo, C. y Balbás Repila, A. (2012). *Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2013, de Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer: <http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/15/Gui>

- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez. Una psicorontología aplicada*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Fernández-Calvo, B., Contador, I., Serna, A., Menezes De Lucena, V. y Ramos, F. (27 de Octubre de 2010). *El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer*. Recuperado el 4 de Enero de 2014, de El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer: <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2010-15-2-5030/Documento.pdf>
- Fish, S. (1990). *Enfermos de Alzheimer. Cómo cuidarlos/Cómo cuidarse*. Oxford: Ediciones Mensajero, S.A.
- Flores Lara, M. y Escarabajal Arrieta, M. D. (2013). Utilidad de la fisioterapia en la enfermedad de Alzheimer: desarrollo de un programa de intervención. En M. d. Pérez Fuentes, y M. d. Molero Jurado, *Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento* (págs. 23-26). Almería: Imprenta Diputación Almería.
- Flórez, J. (Junio de 2010). *Enfermedad de Alzheimer y síndrome de Down*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2013, de Enfermedad de Alzheimer y síndrome de Down.: <http://www.downcantabria.com/revistapdf/105/63-76.pdf>
- Losada Baltar, A., Montorio Cerrato, I., Fernández de Trocóniz, M. I. y Márquez González, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2013, de Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales.: <http://docentes.cs.urjc.es/~alosada/estudiomalestarpscuidadores.pdf>
- Martínez Cepero, F. E. (2009). *Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2013, de Necesidades de aprendizaje del cuidador

- principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192009000200006&script=sci_arttext
- Moreno, F. J. (2012). *Una revisión de las principales tareas para evaluar el deterioro semántico de la enfermedad de Alzheimer*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2013, de Una revisión de las principales tareas para evaluar el deterioro semántico de la enfermedad de Alzheimer: <http://espacio.uned.es/revistasuned/index.php/accionpsicologica/article/view/493>
- Pardo Palenzuela, N., López García, R., García López, M., Valero Cervantes, B. y Gavilán Sabiote, M. (2012). *Eficacia de la estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2013, de Eficacia de la estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer: www.revistaalzheimer.com/PDF/0258.pdf
- Pérez De Guzmán Puya, M. V. (2004). Aspectos psicológicos en las personas mayores. En M. G. Pérez Serrano, *Calidad de vida en personas mayores* (págs. 205-244). Madrid: Dykinson.
- Pérez Serrano, M. G. (2004). Esterotipos, vejez y bienestar social. En M. G. Pérez Serrano, *Calidad de vida en personas mayores* (págs. 51-75). Madrid: Dykinson.
- Pérez Serrano, M. G. (2006). Estimulación Cognitiva. En G. Pérez Serrano, *Intervención y desarrollo integral en personas mayores* (págs. 43-84). Madrid: Universitas.
- Rodríguez Rodríguez, P. (Noviembre de 2010). *La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia*. Recuperado el 14 de Enero de 2014, de <http://www.fundacionpilares.org/docs/pilar-atencion-01.pdf>
- Sánchez Gil, I. y Pérez Martínez, V. (14 de Enero de 2008). *El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor*. Recuperado el 3 de Enero de 2014, de El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgi11208.htm
- Segovia De Arana, J. y Mora Teruel, F. (2002). *Enfermedades Neurodegenerativas*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2013, de Enfermedades

Neurodegenerativas:

http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_1041.pdf

9. ANEXOS

A. ANEXO 1: PROGRAMAS ASOCIACIÓN COTLAS

- **Infancia hospitalizada:** el objetivo de este programa se centra en atender las necesidades de apoyo y/o animación de niños y niñas hospitalizados de edades comprendidas entre los 3 y los 14 años, con la finalidad de hacer más agradable su estancia en los centros hospitalarios, y en ayudar a los/as familiares a descargar la tensión acumulada, durante unas horas al día. Durante los fines de semana, festivos y periodos de vacaciones escolares se llevan a cabo actividades educativas mediante lecturas, juegos y trabajos manipulativos, bien en grupo de la ludoteca del centro, o bien individualmente con los/as niños/as encamados/as, aislados/as o preescolares.

- **Club de ocio para jóvenes con discapacidad:** los objetivos de este programa son fomentar la integración y normalización de jóvenes con discapacidad psíquica, fomentar habilidades sociales que reviertan en un mejor desarrollo de la autonomía e independencia personal, fomentar aspectos de camaradería, amistad, participación y responsabilidad, y desarrollar actitudes adecuadas hacia el tiempo libre. El programa alterna actividades de interior con actividades externas. Las primeras se realizan en el propio centro, y el resto en diferentes espacios de concurrencia habitual de gente joven.

- **Club de ocio para niños y niñas con discapacidad psíquica:** en el seno de este programa se realizan actividades educativas y lúdicas. Acontecimientos deportivos, excursiones, campamentos, etc. para los/as niños/as con discapacidad. También se proporciona orientación familiar desde el punto de vista pedagógico.

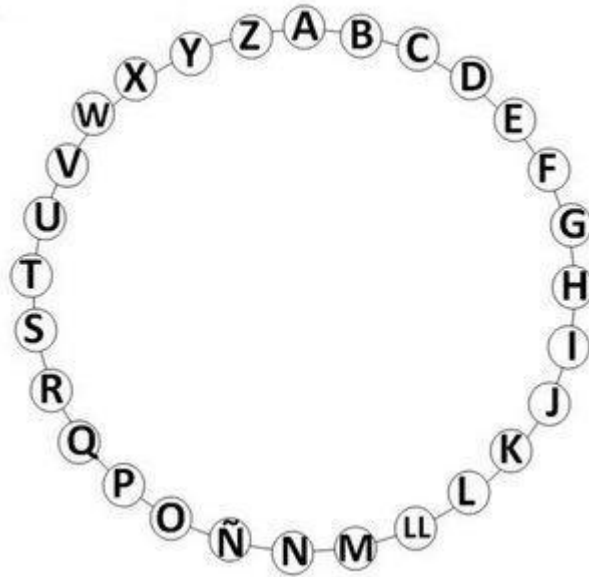
- **Alzheimer:** los objetivos del programa son proporcionar una ayuda eficaz a los/as enfermos/as y a sus familiares, dar información sobre la enfermedad e impartir formación a los/as familiares, facilitar la permanencia del enfermo/a en el domicilio familiar, promover servicios de acompañamiento, para descarga de los familiares y ofrecer estrategias de intervención a los/as familiares ante los problemas que puedan surgir. Los servicios que se ofrecen en este programa son los siguientes: información y asesoramiento, asesoría social, grupos de formación a familiares, grupos de apoyos entre familiares, entrenamiento de la memoria del afectado/a, estructuración de ambientes, terapia ocupacional, acompañamiento domiciliado y unidad de día. La

unidad de día es un servicio para la atención de casos en el centro durante las mañanas, en la que se lleva a cabo una rehabilitación de las facultades afectadas por la enfermedad por medio de la estimulación cognitiva.

- **Activemos a nuestros mayores:** este programa es un recurso para aquellas personas de edad avanzada que quieran aprovechar su tiempo de forma práctica y divertida, participando de una concepción de la tercera edad como un periodo de actividad y disfrute. Están dirigidos principalmente a aquellas personas que viven situaciones de aislamiento o soledad. La tarea que se realiza parte del trabajo en grupo, potenciando las capacidades de cada participante. Las actividades se estructuran en talleres, como son gimnasia, tradiciones populares, entrenamiento de la memoria, piscina, etc. Además, se organizan conferencias, programas formativos específicos, salidas culturales.

- **Servicio de acompañamiento:** programa dirigido a personas de edad avanzada que se sienten solas, con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Los servicios del programa se centran en acompañamiento a domicilio (fomento de las aficiones personales, aniversarios...), gestiones externas (compra de alimentos, ropa, medicamentos, visitas médicas...) y orientación social y jurídica ante situaciones cotidianas (reuniones de escalera, derechos sociales...). Las actividades se llevan a cabo generalmente en el domicilio de los/as beneficiarios/as. Las actividades externas se realizan en el contexto de la ciudad de Valencia.

B. ANEXO 2: PASAPALABRA



A: automóvil de servicio público que sigue un trayecto y paradas fijas, especialmente en las ciudades. *Solución: Autobús.*

B: pelota grande para jugar a un deporte. *Solución: Balón.*

C: cinco veces diez. *Solución: Cincuenta.*

D: último día de la semana. *Solución: Domingo.*

E: establecimiento en el que se venden tabaco y sellos. *Solución: Estanco.*

F: que carece de belleza y hermosura. *Solución: Feo.*

G: planta de jardín de tallo carnoso y flores de colores vistosos. *Solución: Geranio.*

H: alejarse rápidamente de un daño o peligro. *Solución: Huir.*

I: la más fría de las cuatro estaciones. *Solución: Invierno.*

J: sexto mes del año. *Solución: Junio.*

K: 1000 metros. *Solución: Kilómetro.*

L: quitar la suciedad. *Solución: Limpiar.*

LL: instrumento de metal para abrir o cerrar una cerradura.	<i>Solución: Llave.</i>
M: el que hace magia.	<i>Solución: Mago.</i>
N: árbol que da naranjas.	<i>Solución: Naranja.</i>
Ñ: animal africano que parece un caballo pequeño con cabeza de toro.	<i>Solución: Ñu.</i>
O: mandar que se haga una cosa.	<i>Solución: Ordenar.</i>
P: hembra del perro.	<i>Solución: Perra.</i>
Q: el que hace o vende queso.	<i>Solución: Quesero.</i>
R: flor del rosal.	<i>Solución: Rosa.</i>
S: período de siete días consecutivos que empieza el lunes y acaba el domingo.	<i>Solución: Semana.</i>
T: de color azul verdoso.	<i>Solución: Turquesa.</i>
U: fruta que comemos con las 12 campanadas.	<i>Solución: Uva.</i>
V: recipiente que sirve para beber.	<i>Solución: Vaso.</i>
W: bebida alcohólica.	<i>Solución: Whisky.</i>
X: instrumento musical.	<i>Solución: Xilófono.</i>
Y: parte amarilla del huevo.	<i>Solución: Yema.</i>
Z: lugar donde se venden los zapatos.	<i>Solución: Zapatería.</i>

C. ANEXO 3: CÁLCULO

- ¿Qué número hay entre el 2 y el 4?
- ¿Qué número hay entre el 15 y el 17?
- ¿Qué número hay entre el 77 y el 79?
- ¿Qué número hay entre el 32 y el 46?
- ¿Qué número hay antes del 14?
- ¿Qué número hay después del 26?
- Decidme números mayores que el 80
- Decidme números menores que el 15
- Decidme números entre el 35 y el 45
- Decidme números entre el 50 y el 60
- Decidme números entre el 47 y el 67
- ¿Cuántos números hay entre el 1 y el 8?
- ¿Cuántos números hay entre el 3 y el 6?
- ¿Cuántos números hay entre el 7 y el 10?

D. ANEXO 4: PRODUCTOS TÍPICOS DE CADA REGIÓN

- Fabada
- Merengue
- Paella
- Ensaimada
- Gazpacho
- Morcilla de arroz
- Mojo picón
- Cava
- Pulpo
- Cerezas del Jerte
- Vino tinto
- Pescaíto frito
- Txacolí
- Melocotón
- Caramelos de Tafala
- Plátano
- Pan con tomate
- Espárragos

E. ANEXO 5: GESTUALIDAD/MÍMICA

- Póngase crema en la cara
- Póngase un collar y unos pendientes
- Corte un trozo de carne
- Pele una naranja
- Atornille un tornillo
- Acune a un bebé
- Tienda una camisa
- Hágase el nudo de la corbata
- Utilice una calculadora
- Monte en bicicleta
- Abra un candado
- Suba una persiana
- Dele la vuelta a la tortilla
- Unte una tostada
- Póngase un guante
- Abra una botella y sirva dos copas
- Lávese el pelo
- Maquillarse/afeitarse
- Plante unas semillas
- Pare un taxi
- Ponga un imperdible
- Doble unos calcetines
- Abra una lata
- Lave un trapo a mano
- Haga una hoguera
- Hinche un globo
- Siegue el trigo
- Ordeñe una vaca

F. ANEXO 6: CANCIONES

- Uno de enero, dos de febrero...
- Son tus perfúmenes mujer...
- Somos novios...
- Granada, tierra soñada por mí...
- La cucaracha, la cucaracha...
- Ande, ande, ande, la marimorena...
- Mocita dame un clavel...
- Asturias patria querida...
- Amapola, lúndisima...
- Pichi, es el chulo que castiga...
- María de la O, que desgrasiaíta...
- Fumando espero...
- Pero mira cómo beben...
- Bésame, bésame mucho...
- Mi carro...
- Tengo el corazón contento...
- En los pueblos de mi Andalucía...
- Hace tiempo que sueño con ella...
- Toda una vida, me estaría contigo...
- Si tú me dices ven...
- Violeta para ti tengo una canción...

G. ANEXO 7: INFORME DE INTERVENCIÓN ENTRENAMIENTO COGNITIVO

INFORME DE INTERVENCIÓN ENTRENAMIENTO COGNITIVO

Fecha:
Duración:

DÍA	ACTIVIDAD	VAL.

-2 = Muy Mal -1 = Mal 0 = Regular 1 = Bien 2 = Muy Bien

ÍTEMS	NUNCA	ALGUNA VEZ	A MENUDO	SIEMPRE	NO VALORABLE
A- PARTICIPACIÓN	0	1	2	3	
B- DISFRUTE	0	1	2	3	
C- RELACIÓN CON OTROS	0	1	2	3	
D- DISPLACER	3	2	1	0	
E- RECHAZO	3	2	1	0	
TOTALES					

0-15 PUNTOS (cuanto mayor es la puntuación más positiva la experiencia)

NPT-ES (Muñiz, Olazarán, Poveda, Lago, Peña-Casanova, 2011)

Objetivo Sesión:

Descripción de la actividad:

INCIDENCIAS/ PROBLEMAS PLANTEADOS/DIFICULTADES:

H. ANEXO 8: EVALUACIÓN ACTIVIDADES

Fecha: 25- Febrero- 2014

Duración: 15 minutos

DÍA	ACTIVIDAD	VAL.
25	Pasapalabra	2

-2 = Muy Mal -1 = Mal 0 = Regular 1 = Bien 2 = Muy Bien

ÍTEMS	NUNCA	ALGUNA VEZ	A MENUDO	SIEMPRE	NO VALORABLE
A- PARTICIPACIÓN	0	1	2	3	
B- DISFRUTE	0	1	2	3	
C- RELACIÓN CON OTROS	0	1	2	3	
D- DISPLACER	3	2	1	0	
E- RECHAZO	3	2	1	0	
TOTALES					15

0-15 PUNTOS (cuanto mayor es la puntuación más positiva la experiencia)

NPT-ES (Muñiz, Olazarán, Poveda, Lago, Peña-Casanova, 2011)

Objetivo Sesión:

Trabajar las capacidades lingüísticas a través del juego con palabras.

Descripción de la actividad:

Se realiza el rosco con todas las letras en la pizarra y se explica en qué consiste la actividad: a continuación se van a ir leyendo una serie de definiciones que corresponden

con la letra del alfabeto que se va a indicar previamente; hay que ir adivinando la palabra de la que se trata bien de manera individual o bien de forma grupal ayudándonos entre todos. A medida que se van adivinando las palabras se tacha la letra correspondiente.

INCIDENCIAS/ PROBLEMAS PLANTEADOS/DIFICULTADES:

El transcurso de la actividad fue adecuado ya que se consiguió el objetivo que se pretendía. No obstante, todas las personas no participaron del mismo modo ya que de los 10 usuarios hubo 2 que apenas participaron debido al estado de la enfermedad en el que se encuentran; se les asignó el apoyo de otra persona a cada uno pero los resultados fueron los mismos. El resto de pacientes participó de forma muy activa y dinámica, en los casos en los que no sabían de qué palabra se trataba buscaban el apoyo del resto de compañeros. La actividad estaba programada para que durase de 20 a 30 minutos y, finalmente, duró 15 minutos debido a la participación y el entusiasmo que mostraron los/as usuarios/as.

Fecha: 3 – Marzo – 2014
Duración: 15 minutos

DÍA	ACTIVIDAD	VAL.
3	Cálculo	1

-2 = Muy Mal -1 = Mal 0 = Regular 1 = Bien 2 = Muy Bien

ÍTEMS	NUNCA	ALGUNA VEZ	A MENUDO	SIEMPRE	NO VALORABLE
A- PARTICIPACIÓN	0	1	2	3	
B- DISFRUTE	0	1	2	3	
C- RELACIÓN CON OTROS	0	1	2	3	
D- DISPLACER	3	2	1	0	

E- RECHAZO	3	2	1	0	
TOTALES					15

0-15 PUNTOS (cuanto mayor es la puntuación más positiva la experiencia)

NPT-ES (Muñiz, Olazarán, Poveda, Lago, Peña-Casanova, 2011)

Objetivo Sesión:

Trabajar el razonamiento numérico.

Descripción de la actividad:

E/la Educador/a va diciendo oralmente los diferentes razonamientos numéricos que quiere que se lleven a cabo. En un primer momento, se preguntará de manera individual a cada paciente en aquellos casos en los que hay una única respuesta y, posteriormente, se preguntará de forma grupal cuando la respuesta que se pretende obtener conlleva varias respuestas.

INCIDENCIAS/ PROBLEMAS PLANTEADOS/DIFICULTADES:

El transcurso de la actividad fue adecuado ya que se consiguió el objetivo que se pretendía. Sin embargo, la participación no fue la misma en todos los casos ya que algunos de ellos se encuentran en un estado avanzado de la enfermedad y no tienen las capacidades necesarias para hacer frente al razonamiento numérico. La actividad estaba prevista para realizarse de manera oral, sin embargo, en algunos casos hubo que utilizar la pizarra como apoyo visual. La participación del resto de pacientes fue buena en todo momento. La actividad estaba programada para que durase de 15 a 20 minutos y finalmente tuvo una duración de 15 minutos.

Fecha: 11 – Marzo - 2014
Duración: 15 minutos

DÍA	ACTIVIDAD	VAL.
11	Productos típicos de cada región	1

-2 = Muy Mal -1 = Mal 0 = Regular 1 = Bien 2 = Muy Bien

ÍTEMS	NUNCA	ALGUNA VEZ	A MENUDO	SIEMPRE	NO VALORABLE
A- PARTICIPACIÓN	0	1	2	3	
B- DISFRUTE	0	1	2	3	
C- RELACIÓN CON OTROS	0	1	2	3	
D- DISPLACER	3	2	1	0	
E- RECHAZO	3	2	1	0	
TOTALES					15

0-15 PUNTOS (cuanto mayor es la puntuación más positiva la experiencia)

NPT-ES (Muñiz, Olazarán, Poveda, Lago, Peña-Casanova, 2011)

Objetivo Sesión:

Estimular la asociación entre diferentes productos y la región de la que proceden.

Descripción de la actividad:

El/la Educador/a irá nombrando diferentes alimentos y entre todas las personas tienen que decir a qué región corresponde cada alimento. En aquellos casos en los que les cueste asociar un alimento con su región tendrán apoyo para que logren realizar la asociación correspondiente.

INCIDENCIAS/ PROBLEMAS PLANTEADOS/DIFICULTADES:

El transcurso de la actividad fue adecuado ya que se consiguió el objetivo que se pretendía. No obstante, todas las personas no participaron del mismo modo ya que de los 10 usuarios hubo 2 que apenas participaron debido al estado de la enfermedad en el que se encuentran; se les asignó el apoyo de otra persona a cada uno pero los resultados

fueron los mismos. El resto de pacientes participó de forma muy activa y dinámica, hubo casos en los que no sabían a qué región correspondía cada alimento y, por ello, buscaban apoyo en otros/as compañeros/as.

Fecha: 25 – Marzo - 2014
Duración: 10 minutos

DÍA	ACTIVIDAD	VAL.
25	Gestualidad/Mímica	2

-2 = Muy Mal -1 = Mal 0 = Regular 1 = Bien 2 = Muy Bien

ÍTEMS	NUNCA	ALGUNA VEZ	A MENUDO	SIEMPRE	NO VALORABLE
A- PARTICIPACIÓN	0	1	2	3	
B- DISFRUTE	0	1	2	3	
C- RELACIÓN CON OTROS	0	1	2	3	
D- DISPLACER	3	2	1	0	
E- RECHAZO	3	2	1	0	
TOTALES					15

0-15 PUNTOS (cuanto mayor es la puntuación más positiva la experiencia)

NPT-ES (Muñiz, Olazarán, Poveda, Lago, Peña-Casanova, 2011)

Objetivo Sesión:

Trabajar la estimulación de la actividad gestual manipulativa.

Descripción de la actividad:

El/la Educador/a va diciendo a cada paciente una acción que tendrá que representar utilizando la mímica al resto del grupo.

INCIDENCIAS/ PROBLEMAS PLANTEADOS/DIFICULTADES:

El transcurso de la actividad fue adecuado ya que se consiguió el objetivo que se pretendía. Todas las personas participaron de forma activa y dinámica. La duración de la actividad fue la prevista debido a la participación y el entusiasmo que mostraron todos/as los/as pacientes.

Fecha: 2 – Abril - 2014
Duración: 25 minutos

DÍA	ACTIVIDAD	VAL.
2	Canciones	2

-2 = Muy Mal -1 = Mal 0 = Regular 1 = Bien 2 = Muy Bien

ÍTEMS	NUNCA	ALGUNA VEZ	A MENUDO	SIEMPRE	NO VALORABLE
A- PARTICIPACIÓN	0	1	2	3	
B- DISFRUTE	0	1	2	3	
C- RELACIÓN CON OTROS	0	1	2	3	
D- DISPLACER	3	2	1	0	
E- RECHAZO	3	2	1	0	
TOTALES					15

0-15 PUNTOS (cuanto mayor es la puntuación más positiva la experiencia)

Objetivo Sesión:

Estimular los recuerdos personales y sociales.

Descripción de la actividad:

El/la Educador/a lee una frase de una canción conocida y entre todos/as los/as pacientes tienen que continuar cantando la canción y tienen que decir quién es el intérprete de dicha canción.

INCIDENCIAS/ PROBLEMAS PLANTEADOS/DIFICULTADES:

El transcurso de la actividad fue adecuado ya que se consiguió el objetivo que se pretendía. Todas las personas participaron de forma activa y dinámica, en aquellos casos en los que alguna persona no sabía de qué canción o de qué cantante se trataba buscaba apoyo en el resto de compañeros/as.