



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL

TRABAJO FIN DE GRADO:

**PROYECTO DE INTERVENCION COGNITIVA CON ENFERMOS DE
ALZHEIMER MEDIANTE TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD**

Presentado por Ángela Aldeano Herrera

Tutelado por Margarita Nieto Bedoya

“Mientras el cerebro sea un misterio, el universo continuará siendo un misterio”
(Santiago Ramón y Cajal)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I ENVEJECIMIENTO, DEMENCIAS Y ALZHEIMER.....	7
1.1 Envejecimiento, teorías sobre el envejecimiento y características del envejecimiento.....	7
1.1.2 El envejecimiento activo.....	8
1.1.3 Marco jurídico relacionado con la tercera edad.....	10
1.1.3.1 Ámbito nacional:.....	10
1.3.1.2 Ámbito provincial	13
1.3.1.3 Ámbito Local	15
1.2 Demencias	16
1.2.1 Neurociencia	16
1.2.2 Demencias y tipos de demencia.....	18
1.2.3 Deterioro cognitivo	20
1.2.4 Actividad mental en la Tercera Edad.....	21
1.3 Alzheimer	22
1.3.1 La enfermedad del Alzheimer (definición, características, causas y tipos).....	22
1.3.2 Trastorno conductual de enfermos de Alzheimer	24
CAPITULO II. TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD CON ENFERMOS DE ALZHEIMER.....	25
2.1 Terapia de orientación a la realidad.....	25
2.2 Terapias no farmacológicas	27
2.3 Tipos de intervención: Estimulación, entrenamiento y rehabilitación cognitiva	30
2.4 Reminiscencia o terapia de recuerdo	31

CAPÍTULO III. PROYECTO DE INTERVENCION COGNITIVA CON ENFERMOS DE ALZHEIMER MEDIANTE TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD	33
3.1 Fundamentación.....	33
3.2 Objetivos.....	34
3.3 Beneficiarios.....	35
3.4 Metodología.....	37
3.5 Programa de actividades.....	39
Módulo 1. Orientación espacio temporal.....	39
Módulo 2. Funciones ejecutivas.....	40
Módulo 3. Lenguaje.....	42
Módulo 4. Atención.....	45
Módulo 5 . Cálculo.....	47
Módulo 6. Gnosias.....	48
Módulo 7. Praxias.....	50
Módulo 8. Memoria.....	52
4.5 Temporalización.....	54
4.5.1 Cronograma.....	54
4.6 Recursos.....	55
4.6.1 Recursos humanos.....	55
4.6.2 Recursos materiales.....	56
4.6.3 Recursos económicos.....	57
4.7 Evaluación de la intervención.....	57
4.8 Conclusión sobre mi intervención.....	64
CONCLUSIÓN.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	67

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las investigaciones sobre demencias están a la orden del día, aumentando el número de estudios sobre esta problemática. Es relevante y asombroso el número de afectados en nuestra sociedad por algún tipo de demencia, y las consecuencias que esto está generando. Por eso es importante seguir luchando, para encontrar respuestas y conseguir una mayor implicación y dedicación por parte de los Servicios Sociales Especializados.

El estudio especializado en áreas como las de funcionamiento y deterioro cognitivo, que a su vez llevaron a cabo investigaciones de los procesos psicológicos, empezaron a fomentarse en el siglo pasado. Las investigaciones realizadas confirmaron que los procesos psicológicos influyen en el deterioro que experimentan las personas con algún tipo de demencia.

A la hora de definir el Alzheimer en particular, se puede decir que es una enfermedad neurovegetativa que afecta a las funciones cognitivas o capacidad mental de pensar, razonar y recordar, teniendo como consecuencia en muchas de las ocasiones un trastorno de conducta en la persona, llegando a afectar a su vida social.

Cuando se hablan de cifras de afectados, el número actual es alarmante, a nivel mundial hay más de 35 millones de personas que padecen algún tipo de demencia, y dentro de estas, el caso de Alzheimer es el más común. Cada año se detectan más de 4,6 millones de casos nuevos de enfermos de Alzheimer. En el caso de España, estas cifras con respecto a afectados de Alzheimer son aun mayor, hasta 1,2 millones de enfermos. Por eso muchos investigadores la denominan “La epidemia del siglo XXI”.

En la actualidad todavía no existe un tratamiento curativo que radique esta enfermedad, por lo tanto, se están difundiendo multitud de terapias para frenar el deterioro a grandes niveles que ocasiona esta enfermedad. En el caso de este proyecto de intervención se trabajará desde la estimulación cognitiva. A través de esta estimulación cognitiva se pretende mejorar sus capacidades como la de lenguaje, memoria, gnosias, praxias, funciones ejecutivas, orientación, cálculo y la atención. Se

considera una de las técnicas más útiles a la hora de combatir esta enfermedad, se han comprobado sus beneficios, confirmándose que retarda el deterioro cognitivo y por lo tanto retrasa la dependencia del enfermo.

Dentro de la estimulación cognitiva, existen numerosas terapias, en este proyecto se trabaja mediante la terapia de Orientación a la Realidad (OR). Se puede definir como un conjunto de técnicas mediante las cuales se intenta que el enfermo comprenda el medio que le rodea, fomentando su autonomía y sensación de control.

Este proyecto se podría llevar a cabo en ámbitos diversos como centros de día, asociaciones de Alzheimer, domicilios particulares, residencias o hospitales... e incluso es aplicable a otro tipo de demencias a parte del Alzheimer.

CAPITULO I ENVEJECIMIENTO, DEMENCIAS Y ALZHEIMER

1.1 Envejecimiento, teorías sobre el envejecimiento y características del envejecimiento.

La vejez pertenece a la etapa más avanzada de nuestro ciclo vital, por lo tanto podemos considerarla también como la etapa donde llegamos a nuestra mayor evolución y desarrollo personal. También es un proceso donde se producen numerosos cambios a distintos niveles, físicos, psicológicos y sociales.

Sería importante definir también el concepto de tercera edad, ya que muchas personas utilizan los dos conceptos, sin saber la diferencia entre ambos. Este concepto abarca al colectivo de mujeres y hombres que superen los 65 años. Lo podemos definir como un fenómeno biológico que produce cambios tanto en la salud física, como mental (funcionamiento cognitivo y emocional), teniendo en cuenta también, lo que supone sociológicamente y económicamente, ya que el aumento de la esperanza de vida es una realidad y por lo tanto, el mantenimiento de estas personas hasta su fallecimiento.

Es importante tratar algunas teorías que propone la ciencia, relacionadas con la tercera edad para comprender en gran medida a este colectivo:

- Teorías biológicas: estas teorías se apoyan en la Biogerontología, es una rama de la gerontología centrada en conocer los procesos de envejecimiento. Se basa en que el envejecimiento depende del estado en el cual se encuentren nuestros órganos y sistemas. Le dan gran importancia tanto a los factores genéticos como a los factores ambientales y la interacción entre ambos.
- Teorías sociales: se basa principalmente en las características del entorno en el que vive el anciano, es decir, sus relaciones sociales y sus condiciones de vida. Por lo tanto estas teorías analizan como influye el contexto social de una persona en su envejecimiento.

- Teorías psicológicas: estas teorías se basan en la relación establecida entre los aspectos cognitivos y la personalidad de un individuo. Un envejecimiento psicológico saludable se encuentra en el equilibrio entre ambas.

Con respecto a las características de este colectivo se puede hablar de las más generalizables:

- Las de orden físico. Cambios visibles en el cuerpo, con respecto a la estructura muscular y ósea, menos movilidad en las articulaciones, pérdida de cabello, arruga, etc.
- Las de orden biológica. Relacionadas con las enfermedades que puedan padecer a esta edad, como por ejemplo pérdida de visión o audición, artrosis, trastornos hormonales, etc.
- Las de orden psicológico: Son aquellos cambios que afectan a la persona a nivel mental, cambios conductuales, depresión, pérdida de memoria, etc.

Es importante añadir, que el envejecimiento es un proceso individual, que no afecta a todas las personas de la misma manera, que depende mucho de la personalidad de cada individuo, su manera de ver las cosas, su interacción con el ambiente que le rodea... es decir, es una interacción a varios niveles que no está condicionado sino que depende de nosotros.

1.1.2 El envejecimiento activo

El envejecimiento de la población es una realidad preocupante en la actualidad, tanto a nivel sociológico como económico. Se ha convertido en un reto concienciar a nuestros mayores de lo importante que es seguir manteniéndose activo físicamente, social y mentalmente.

Cuando hablamos de envejecimiento activo nos referimos a la participación social por parte de nuestros mayores, al hecho de seguir interviniendo en nuestra sociedad cambiante. Es necesario conseguir una sociedad en la que la participación sea absoluta, por parte de todos los ciudadanos y colectivos que forman parte de ella, fomentando así

la autonomía personal la igualdad y la diversidad, aspectos claves para una sociedad de valores.

Un envejecimiento activo nos proporciona bienestar tanto físico, psíquico como social y por consecuencia mejora la calidad de vida y fomenta la esperanza de vida. Se pretende ocupar todo el tiempo libre disponible, del cual dispongan nuestros mayores, con la finalidad de participar en diferentes actividades como pueden ser: actividades culturales, recreativas, educativas...

Nuestra sociedad ha dado un giro de ciento ochenta grados, nuestra forma de ver a nuestros mayores ha ido cambiando poco a poco. Hace pocos años asociábamos la vejez a falta de productividad, dependencia, enfermedades... pero actualmente no es así, nuestros mayores se van adaptando a los cambios poco a poco y pueden llegar a ser potencialmente útiles interviniendo en diferentes actividades tanto voluntarias como remuneradas. Esta participación de la que hablamos nos beneficia a todos los ciudadanos, a la vez que a ellos les proporciona bienestar, mejora su salud y refuerza la dignidad y autonomía.

Es oportuno considerar la existencia de diferentes factores que condicionan el envejecimiento activo (Regato, 2013)

- Género y cultura.
- Los Sistemas Sanitario y Social
- Factores Económicos : Ingresos, Trabajo y Protección social.
- Factores del Entorno físico.
- Factores Personales.
- Factores Comportamentales.
- Factores del Ambiente Social .

Para finalizar me gustaría añadir que el envejecimiento activo no es solo responsabilidad de nuestros mayores, sino también está implicada nuestra sociedad, los servicios sociales y políticos, ya que estos últimos tienen un papel verdaderamente importante a la hora de diseñar políticas para todos los sectores de la población, y en este caso, para la tercera edad. Estas políticas deberán basarse en la participación de

nuestros mayores, asegurando a su vez la seguridad, protección y cuidados que este colectivo se merece.

1.1.3 Marco jurídico relacionado con la tercera edad

1.1.3.1 Ámbito nacional:

Ley de dependencia

Consejo Europeo define dependencia como “el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia o ayuda importante a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y en particular los referentes a cuidado personal”. (Consejo de Europa, 1998)

Según el Boletín Oficial del Estado (BOE) (2006) la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia 39/2006 de 14 de diciembre, conocida como Ley de la dependencia supone una mejora de la calidad de vida de las persona dependientes y un gran progreso en la protección integral de estos pacientes.

Por lo tanto se podrán beneficiar de esta ley, pidiendo el reconocimiento de la dependencia en la institución de cada comunidad autónoma, aquellas personas que estén dentro del baremo de valoración de dependencia (diversas características y circunstancias de casos de dependencia). Examinando las siguientes actividades:

- Comer y beber
- Regulación de la micción y defecación
- Lavarse y secarse todo el cuerpo
- Otros cuidados corporales
- Vestirse, quitarse la ropa y el calzado en orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas
- Mantenimiento de la salud, seguir consejos médicos y evitar riesgos
- Transferencias corporales: Comprende: -Sentarse. Tumbarse. Ponerse de pie.

Moverse estando sentado. Moverse estando tumbado.

- Desplazarse dentro del hogar.
- Desplazarse fuera del hogar
- Tomar decisiones.

La tabla de baremos se diferencia por edades:

- De 0 a 3 años. (Valoración específica)
- De 3 a 6 años
- De 7 a 10 años
- De 11 a 17 años
- 18 años y más.

Es imprescindible aplicar la Escala de Valoración Específica (EVE) para profundizar en las características de dependencia del solicitante y su entorno. Hay que tener en cuenta los siguientes factores a la hora de desempeñar las actividades anteriormente nombradas:

1. El desempeño: Si el individuo puede realizar la actividad según su edad.
2. Los problemas en el desempeño: La existencia de dificultad en el desempeño de la tarea. El objetivo respecto a lo anterior es marcar si los problemas son:

(F): físicos- No ejecuta físicamente la tarea.

(C): cognitivos- No comprende la tarea o la ejecuta sin coherencia.

(I) : De iniciativa- No muestra iniciativa.

3. Grado de apoyo personal: Está basado en el grado de dependencia de la persona.

Teniendo en cuenta el estado de dependencia, podemos determinar los siguientes grados:

- Grado I (Dependencia Moderada): Cuando la persona necesita ayuda para realizar algunas actividades que forman parte de su vida diaria, ayuda parcial durante el día.

- Grado II (Dependencia Severa): este grado supone un nivel mayor de ayuda pero no requiere apoyo continuo.
- Grado III (Gran Dependencia): Este grado corresponde al nivel de dependencia más elevado, donde la ayuda y los cuidados, para realizar las actividades de la vida diaria deben ser continuos

Podemos distinguir diferentes tipos de ayuda con respecto a la ley de dependencia:

- De servicios sociales: Servicios de prevención, teleasistencia, ayuda a domicilio, atención a las necesidades del hogar cuidados personales, centros de día y de noche, centro de día para mayores, de atención especializada, centro de noche, servicio de atención residencial, residencia para mayores, centro de atención de dependientes en razón de la discapacidad.
- Económicas: van dirigidas a cubrir los gastos que supone tener al cuidado una persona con algún grado de dependencia. Por ejemplo: los costes sanitarios o de transporte, etc.
 - La enfermedad de Alzheimer y la ley de la dependencia:

La enfermedad del Alzheimer es en un tipo de demencia que afecta a la capacidad de generar nuevos recuerdos, y dentro de la cual podemos encontrar tres niveles con respecto al deterioro cognitivo, teniendo en cuenta que el primer grado es el más leve y el último el más severo. Por lo tanto, analizando los casos de Alzheimer, se puede concluir sabiendo que las personas afectadas por esta enfermedad necesitan un seguimiento médico continuado, adaptar su entorno para mejorar su calidad de vida.

A parte de ayudas para contribuir al cuidado necesario al enfermo, hay que tener en cuenta otros factores, que confirman el porqué una familia con un caso de Alzheimer en el domicilio tiene derecho pedir esta ayuda. Teniendo en cuenta el factor económico, el coste anual de tener a un enfermo en el domicilio familiar o institucionalizado puede ascender a una cuantía de 15.000 €.

1.3.1.2 Ámbito provincial

Ley de acción social y servicios sociales de Castilla y León. BOCyL (2010)

Gracias al Decreto 283/1990 de 27 de diciembre, se aprobaron los primeros planes Regionales de Acción Social y Servicios Sociales de la Comunidad de Castilla y León, que pretendían crear un plan de actuación que considerara las acciones tanto de recursos públicos como privados en tema de Servicios sociales de cada Comunidad Autónoma. Este Decreto no fue el único aprobado, fue el primero de muchos durante veinte años, pero cada tres años se renovaban, hasta que aprobaron la ley del 16/2010.

Hoy en día necesitamos un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, ya que nuestra sociedad ha sufrido grandes cambios en las últimas décadas y una evolución importante en políticas sociales. Por lo tanto nuestra sociedad necesita unos servicios sociales que atiendan a las necesidades de las personas, cubriendo sus carencias y desarrollando sus potencialidades, consiguiendo incrementar el nivel de calidad de vida de aquellos.

En Castilla y León hoy en día, se cuenta con una ley que regula, delimita y define el marco de actuaciones del sistema de Acción Social. En Castilla y León se publicó la Ley de Acción Social y Servicios Sociales (Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León.), una de las leyes más fundamentadas jurídicamente del ámbito nacional.

Es importante definir la finalidad de esta ley (16/2010) de acción social y servicios sociales de Castilla y León:

- a) Promover y garantizar en la Comunidad de Castilla y León el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a un sistema de servicios sociales de carácter universal y facilitar prestaciones a aquellas personas que las necesiten.

- b) Regular a tal efecto el sistema de servicios sociales de Castilla y León, estableciendo el marco normativo al que han de ajustarse las actuaciones públicas y la iniciativa privada en materia de servicios sociales.
- c) Establecer la coordinación necesaria para garantizar una atención integrada contando con los servicios y sistemas para el bienestar social, en especial el sanitario.
- d) Intentar ofrecer unos servicios sociales en las mejores condiciones posibles, posibilitando condiciones para una vida digna.

El objetivo de esta ley, es proporcionar la ayuda necesaria a las personas que requieren un tratamiento individualizado, para fomentar la participación ciudadana en estas personas.

Dentro de la Acción Social podemos distinguir dos niveles:

- Servicios Básicos: dirigidos a todos los ciudadanos con la finalidad de informar, orientar y asesorar a los ciudadanos de sus derechos y recursos a su alcance para la solución a sus necesidades.
- Servicios Específicos: se dirigen a sectores de la población en concreto, dependiendo de sus necesidades y problemas, proporcionándoles ayuda especializada.

Esta ley abarca diferentes ámbitos de actuación, pero nos centraremos en leyes reguladas con la finalidad de beneficiar al colectivo de personas mayores.

En primer lugar es importante nombrar la Constitución española (1978) en su artículo 50, refiriéndose a la atención de personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos, quedando redactado dicho artículo de la siguiente forma:

“Los poderes públicos garantizan, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar

mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”

De esta forma se determina como derecho constitucional el cuidado y la tutela de las personas mayores para que estén integradas y vinculadas en el sistema social, garantizando las prestaciones y recursos: domiciliarios, económicos, asistenciales, médicos y culturales.

Para finalizar, partiendo de la dimensión de la población mayor en la Comunidad de Castilla y León, la Ley 5/2003, de 3 de Abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León plantea la necesidad de promover de recursos programas y servicios que requieren y que requerirá el colectivo de personas mayores. Se apoya en los siguientes principios:

- Esta Ley implica a todas las Administraciones públicas, en la atención de las personas mayores mediante colaboración tanto de las administraciones públicas como privadas.
- Le da gran importancia al principio de solidaridad, fomentando el voluntariado y la participación del colectivo de personas mayores en ámbitos de la Administración (política social, justicia social...)
- Defiende la capacidad de decisión de las personas mayores .
- Finalmente la Ley garantiza a las personas mayores una protección jurídica de la defensa de sus derechos y deberes.

1.3.1.3 Ámbito Local

El Ayuntamiento de Valladolid no posee ninguna legislación propia, referida al colectivo de personas mayores, se limita por lo tanto, a ajustarse a las normativas autonómicas, las cuales dieron paso a la creación de Programa de Personas Mayores de Valladolid. Este programa apuesta por el envejecimiento activo, de ahí el gran número de Centro de Acción Social (CEAS) que contiene esta ciudad, fomentando también la autonomía personal de estas personas. Este programa de Personas Mayores de

Valladolid ha evolucionado mucho en estos últimos años, ofreciendo numerosas posibilidades de seguir participando socialmente.

En cuanto a la normativa del Ayuntamiento de Valladolid (Boletín Oficial de la Provincia de Valladolid, 22 de Diciembre de 2009) con respecto al colectivo de la tercera edad, podemos hablar del reglamento regulador de los Servicios Públicos de Atención a Personas Mayores, mediante el cual se pretende ofrecer ayudas tanto a los Centros de Acción Social del Ayuntamiento y Residencias de Mayores.

A nivel de Diputación podemos destacar otros programas dirigidos a nuestros mayores como por ejemplo los encuentros culturales programados en la Villa del Libro de Urueña, organizados tanto por la Universidad Miguel de Cervantes, como por la UEMC. Sin dejar atrás los 60.000 € que destinará la diputación este año para facilitar la autonomía de las personas mayores dependientes o con discapacidad, facilitándoles también desplazamiento, eliminación de obstáculos a la movilidad y otras ayudas, facilitando la relación con el entorno.

1.2 Demencias

1.2.1 Neurociencia

Es la ciencia encargada del estudio del sistema nervioso central del ser humano. Mediante esta ciencia se estudia y analiza el sistema nervioso central, para llegar a conocer y entender el funcionamiento de nuestro cerebro y todas sus habilidades de aprendizaje.

La neurociencia es un campo científico muy amplio dedicado a conocer cada uno de los campos funcionales del cerebro. Hoy en día podemos hablar de un gran avance en esta ciencia, gracias a este progreso, se han podido dar soluciones a muchas enfermedades relacionadas con el sistema nerviosos central y favorecer la calidad de vida de las personas afectadas, como por ejemplo personas que padecen Parkinson, Alzheimer y todo tipo de demencia, etc.

La neurología se apoya en diferentes ciencias para la verificación de sus investigaciones, no es una ciencia apartada de las demás, siempre tiene en cuenta otras

tales como la biología, física, genética, bioética, química, psicología... En definitiva, es una ciencia multidisciplinaria.

Los objetivos de esta ciencia están claramente definidos:

- Conocer el sistema nervioso en profundidad, es decir, el cerebro y sus áreas de conocimiento.
- Estudiar el cerebro en profundidad para ver como evoluciona en cada uno de los ciclos evolutivos del ser humano.
- Estudiar los procesos de almacenamiento de la información, los procesos cognitivos y de aprendizaje. Por lo tanto, el proceso de aprender.

Podemos hablar de varias clasificaciones de neurociencias según diferentes autores. La autora Gudiño (2014) se apoya en la siguiente clasificación:

Cuadro nº1: Tipos de Neurociencia

Neuroanatomía	Estudio de la estructura del sistema nervioso
Neuroquímica	Estudio de las bases químicas de la actividad neuronal
Neuroendocrinología	Estudio de las interacciones entre el sistema nervioso y el sistema endócrino.
Neuropatología	Estudio de los trastornos del sistema nervioso
Neurofarmacología	Estudio del efecto de los fármacos sobre la actividad nerviosa.
Neurofisiología	Estudio de las funciones y actividades del sistema nervioso
Neuropsicología	Estudio de los efectos psicológicos de las lesiones cerebrales
Neurociencia cognitiva	Estudia las bases neurales de la cognición (procesos intelectuales superiores: pensamiento, memoria, atención y procesos de percepción complejos)

Fuente: Gudiño. V (2009-2014)

<http://www.eneurocapitalhumano.org/shop/otraspaginas.asp?paginanp=219&t=Neurociencia.html>

1.2.2 Demencias y tipos de demencia

La Organización Mundial de Salud (OMS) define demencia como “un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación” (OMS,2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>)

Hoy en día las demencias son una de las problemáticas que más preocupan a nuestros mayores, y no solo a ellos, sino a personas que se van acercando a esta edad y su miedo a padecerla va aumentando. En la actualidad hablamos de un porcentaje alarmante de personas que padecen algún tipo de demencia, en la mayoría de los casos el desencadenante es la dependencia total.

Podemos clasificar los tipos de demencia más frecuentes:

- Enfermedad de Alzheimer: Se trata de la demencia más común en el mundo. Afecta directamente a las neuronas de la corteza cerebral y las zonas próximas a esta, es decir, hablamos de una enfermedad neurodegenerativa. Suele empezar por un deterioro progresivo de la memoria, afectando a la vez a la capacidad cognitiva y funcional del enfermo

- Enfermedad de Pick: Se trata de un tipo de demencia conocida por el cambio conductual de los enfermos que la padecen. Su conducta se vuelve impulsiva y se puede hablar de un trastorno psiquiátrico. La enfermedad de Pick se produce por una alteración en la proteína TAU

- Demencia por Cuerpos de Lewy: Según la información recogida en la página web de Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares se define esta demencia como “la pérdida de funciones mentales lo suficientemente severa para afectar las actividades y las relaciones normales. La demencia con cuerpos de Lewy ocurre cuando se acumulan unas estructuras anormales, llamadas cuerpos de Lewy, en ciertas áreas del cerebro”.
<http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/demencias.htm#Que>

Este tipo de enfermedad puede causar los siguientes efectos en el enfermo que la padece:

- Cambios en el estado de alerta y de atención
 - Alucinaciones
 - Problemas con el movimiento y la postura
 - Rigidez muscular
 - Confusión
 - Pérdida de la memoria
- Demencia Vascular: “La expresión demencia vascular (DV) hace referencia al deterioro cognitivo global originado a través de la existencia de enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico o hemorrágico, siendo necesario un nexo temporal entre ambas condiciones. Es un síndrome de etiopatogenia multifactorial, reflejo de la gran heterogeneidad de la patología vascular cerebral” (Vega y zambrano,2007)
 - Demencia mixta: Esta demencia se caracteriza por un solapamiento de diferentes procesos neuropatológicos, aunque normalmente predomina una sobre otra, como por ejemplo, enfermedad de Alzheimer con patología cerebro vascular.
 - Demencia asociada a la enfermedad del Parkinson: es la demencia que afecta a personas que padecen la enfermedad de Parkinson ya establecida, afectando a la persona a nivel cognitivo principalmente, aunque también pueden afectar a diferentes áreas como la atención o las funciones ejecutivas. Normalmente suele parecer al poco tiempo de haberse diagnosticado la enfermedad del Parkinson.

- Demencia fronto-temporal: Es una demencia caracterizada por afectar principalmente a la personalidad, comportamiento y el habla del enfermo. Algo muy característico también de esta demencia es que suele aparecer a edades más tempranas, sobre los 40 años en adelante.

1.2.3 Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo se trata de la pérdida de memoria y habilidades de una persona que se suele dar en procesos de demencia. Estas pérdidas de las que hablamos se pueden atribuir en la mayoría de los casos al proceso fisiológico del envejecimiento.

También pueden verse afectadas diferentes áreas como la intelectual, o alteraciones sensoriales, motrices y de personalidad.

En el caso de la tercera edad el deterioro cognitivo se ve reflejado en la lentitud de los procesos mentales, dependiendo de cuatro factores: atención, procesamiento central, respuesta motora y órganos de los sentidos.

Podemos distinguir diferentes grados de afectación y las características de cada uno de ellos:

- Deterioro cognitivo leve: se puede observar un pequeño deterioro en los procesos mentales y en ciertas funciones cognitivas superiores; este tipo de deterioro puede ser objetivo, ya que no llega a influenciar normalmente en la vida diaria del paciente con grandes repercusiones.
- Demencia leve: en esta fase, la vida diaria del paciente y su situación funcional si se ven afectadas, pero no en gran medida. La desorientación espacial y temporal empieza a apoderarse del enfermo, se empiezan a notar faltas en la memoria reciente y se pueden empezar a dar casos de trastornos conductuales.
- Demencia moderada: es una fase en la cual el deterioro ya afecta a sus actividades de la vida diaria y sus capacidades empiezan a verse mermadas lentamente y

progresivamente (se pueden apreciar carencias en el área de cálculo, comprensión, atención y por supuesto desorientación tanto espacial como temporal). Cuando la persona llega a esta fase, ya son muy evidentes los trastornos de conducta, afectando a su carácter.

- Demencia grave: Es el máximo deterioro de las capacidades de una persona, la comunicación empieza a ser imposible ya que el no comprende lo que los demás le intentan comunicar y por lo tanto lo que él habla tampoco tiene sentido. Su dependencia comienza a ser evidente, su pérdida de memoria ya es absoluta.

1.2.4 Actividad mental en la Tercera Edad

La actividad mental es el proceso por el cual el individuo comprende la realidad mediante los órganos sensoriales, con la finalidad de procesar, integrar y relacionar todo lo que le rodea. Por lo tanto se considera como una acción mental, mediante la cual procesamos información del exterior para darle sentido y construir conocimiento. Se trabaja mediante la memoria inmediata o sensorial.

En cuanto a la actividad mental en la tercera edad, se ha demostrado mediante estudios científicos, que tras el paso del tiempo y llegando a ciertas edades, nuestras capacidades cognitivas disminuyen y con estas capacidades también nuestra memoria y agilidad mental. Pero esta pérdida cognitiva podemos evitarla o atrasarla ejercitando nuestra mente con multitud de actividades, que nos ayudaran a trabajar nuestro cerebro y obtener grandes beneficios para nuestra salud mental.

Hay numerosas técnicas para ayudarnos a ejercitar nuestro cerebro como pueden ser actividades intelectuales y culturales, ejercicio físico, también influye la buena alimentación, seguir desarrollando nuestra capacidad de aprendizaje...

Estas actividades ayudan a desarrollar nuestra mente y nuestras capacidades porque generan una sustancia química que fomenta el crecimiento de células nuevas que proporcionan un mejor funcionamiento a la hora de trabajar los procesos mentales,

estimulando los vasos sanguíneos que proporcionan alimento a nuestro cerebro.

Todas las actividades nombradas anteriormente, realizándolas con motivación y con sentimiento de superación, pueden crear un gran estado de bienestar en nuestros mayores y proporcionarles la salud mental que todos deseáramos mantener.

1.3 Alzheimer

1.3.1 La enfermedad del Alzheimer (definición, características, causas y tipos)

Se trata de una enfermedad clasificada como demencia, que afecta a nivel neurológico a todo aquel que la padece. Es una enfermedad irreversible que genera la muerte de neuronas, produciendo así un gran deterioro en todas las funciones cognitivas. Es una enfermedad que produce un deterioro cognitivo progresivo, pasando por varias fases.

- Las primeras fases se caracterizan por:
 - Ocasiona la pérdida de memoria de cosas pasadas recientemente.
 - Disminuye la capacidad de concentración por parte del enfermo, y la pérdida de interés.
 - Produce desorientación tanto espacial como temporal
 - Puede llegar a producir trastornos conductuales o de personalidad, convirtiéndose en una persona aislada, irritable, agresiva o incluso inhibida.

Cuando la enfermedad avanza y el deterioro va siendo más evidente, el estado de bienestar del enfermo va empeorando y se pueden llegar a producir las siguientes situaciones:

- Va perdiendo capacidades tales como andar o comunicarse
- Tiene incontinencia de esfínteres
- No es capaz de comer por sí solo, poco a poco va convirtiéndose en una persona dependiente de sus familiares o cuidadores.
- Finalmente, la pérdida de todas sus capacidades tiene como consecuencia la muerte.

Las causas por las cuales se puede llegar a ser más propenso a la hora de padecer Alzheimer pueden ser:

- Llegar a una edad avanzada.
- Antecedentes genéticos o poseer un gen llamado APOE que puede ir ligado a esta enfermedad.
- Padecer presión arterial alta
- Pertenecer al sexo femenino. Hay estudios que verifican que las mujeres son más propensas a padecer Alzheimer.
- Algún accidente o golpe que haya supuesto traumatismo craneal.

Teniendo en cuenta la clasificación de Méndez (2011) podemos distinguir dos tipos de Alzheimer teniendo en cuenta la edad de aparición de la enfermedad:

- El Alzheimer de aparición temprana: la aparición en estos casos se da en personas que no han llegado a cumplir los 60 años. Son menos habituales estos casos de Alzheimer, aunque el deterioro cognitivo del enfermo se produce mucho más rápido. Normalmente la causa de la aparición en estos casos es genética.
- El Alzheimer de aparición tardía: es el caso más común asociado a esta enfermedad. La aparición se produce en personas que superan los 60 años. También puede ser hereditario pero en este caso es menos claro.

Hoy en día no podemos hablar de ningún tratamiento que erradique esta enfermedad, pero existen otro tipo de herramientas con las cuales podemos frenar y ralentizar el deterioro cognitivo del paciente, mejorando así su calidad de vida y la de los familiares o cuidadores. Pero para que este tipo de tratamiento no farmacológico sea eficaz, debemos de empezar a trabajarlo cuando aparezcan los primeros síntomas de la enfermedad, ya que si está avanzada, muchas de las capacidades ya se habrán perdido y es algo irreversible.

1.3.2 Trastorno conductual de enfermos de Alzheimer

El trastorno conductual se trata de un desorden emocional que afecta al comportamiento y personalidad de un individuo. Normalmente se caracteriza por un comportamiento negativo, que conlleva no cumplir ciertas reglas y un comportamiento insociable.

En el caso del trastorno conductual asociado a la enfermedad del Alzheimer, también conlleva cambios en la personalidad y comportamiento del enfermo, de manera inconsciente. A medida que transcurre esta enfermedad se pueden apreciar los trastornos psicológicos y comportamientos que no son propios del paciente, llegando a poder ponerse agresivo, padecer ansiedad, depresión, gritar, etc. Los enfermos también se angustian ante la situación y en la mayoría de los casos los más afectados son los familiares o cuidadores que son conscientes de la situación. La convivencia con enfermos de Alzheimer, sobre todo en fase avanzada, se hace muy difícil de llevar.

Hay que tener en cuenta que estos trastornos de conducta son debidos a la enfermedad, en ningún momento podemos culpar a los enfermos, es algo involuntario. Estas alteraciones tienen una explicación científica:

- La estructura de las áreas cerebrales específicas se ven afectadas, dañando el lóbulo temporal, lo que puede llegar a producir alucinaciones, depresión, etc.
- El sistema de neurotransmisores también se encuentra dañado debido a esta enfermedad.

Para facilitar la tarea a los familiares y cuidadores y favorecer también el bienestar de enfermo, debería considerarse la opción de adaptar el medio al enfermo, es decir, establecer un entorno físico, emocional y social, en el cual el enfermo se sienta a gusto y desarrolle al máximo sus capacidades. Un entorno que se caracterice por su sencillez, seguridad, manteniendo una rutina, mantener objetos personales que les resulten familiares y que fomenten la reminiscencia.

CAPITULO II. TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD CON ENFERMOS DE ALZHEIMER

2.1 Terapia de orientación a la realidad

La terapia de Orientación a la Realidad (OR) es un conjunto de técnicas con las que se pretende conseguir que una persona con problemas de deterioro cognitivo sea consciente de tu orientación tanto espacial como temporal, sin dejar atrás la importancia de la orientación personal. Su finalidad es que la persona comprenda el entorno que le rodea, proporcionándole seguridad y autoestima.

La terapia de Orientación a la Realidad es un programa de psicoestimulación cognitiva que toma como referencia el concepto de neuroplasticidad. La neuroplasticidad puede definirse como “el potencial para el cambio, facultad de modificar nuestra conducta y adaptarnos a las demandas de un contexto particular” (Gollin 1981).

Mediante los programas de psicoestimulación se pretende transformar la organización estructural y funcional de una persona con respecto al entorno que le rodea. Gracias a una estimulación apropiada podemos influir en el funcionamiento de nuestro cerebro.

El principal objetivo de este tipo de terapia es mejorar la calidad de vida de la persona afectada, ayudando a la vez a familiares o cuidadores que se encarguen de sus cuidados. Esta terapia se lleva a cabo mediante la reiteración de ejercicios específicos para mejorar áreas como el lenguaje, cálculo, praxias... Estos ejercicios se llevan a cabo de forma temporalizada, ordenadamente y siempre individualizadamente, es decir, adaptados a la capacidad cognitiva de cada uno de los pacientes. Los resultados de estos ejercicios no se aprecian inmediatamente, si se hacen las sesiones adecuadas y con motivación por parte de los pacientes, los resultados se notará en un futuro cercano, mejorando sus capacidades y retrasando el deterioro cognitivo.

Dentro de esta terapia de orientación podemos hacer una clasificación según el número de implicados:

- Terapia individual: es un ambiente más íntimo donde se pretende que la persona tome confianza para expresar sus emociones y poder trabajar de manera más personal.
- Terapia familiar: en este caso se realiza para que el enfermo cuente con el apoyo de los más allegados y se sienta respaldado y motivado a la hora de hacer cierta actividad. De esta manera la familia también puede observar la intervención y tomarla como ejemplo a la hora de trabajar con el enfermo en casa.
- Terapia de grupo: cuando trabajamos en grupo en estos casos, la clasificación se lleva a cabo mediante la capacidad cognitiva de los implicados. Gracias a estas agrupaciones se consigue que los pacientes participen más y se fomenta la interacción social.

Las características más significativas de la terapia de Orientación a la Realidad se pueden resumir en:

- Se plantean estrategias básicas de intervención.
- Se trabaja mediante la reminiscencia.
- Es una terapia de carácter comportamental.
- Se entrena la memoria, la atención y la capacidad sensorial.
- Adaptación ambiental y funcional del entorno físico y humano
- Entrenamiento cognitivo y del razonamiento
- Utilización de las dinámicas de grupo
- Se utilizan técnicas de observación

Normalmente la terapia de orientación a la realidad se lleva a cabo de forma grupal, aunque como se ha dicho anteriormente, también hay ocasiones en las que se acude a la terapia individual y familiar. A continuación, los dos formatos más comunes:

- Trabajo en grupo terapéutico: Como ya he dicho anteriormente los grupos se clasifican según el nivel cognitivo, para poder realizar las mismas actividades. Se trabaja la orientación en todos los niveles, las habilidades cognitivas y muy importante también, estrategias de conducta. Se mantendrán los grupos durante

la mayoría de las sesiones y compartirán las actividades, que suelen ser de una duración de unos 60 minutos .

- **Orientación a la realidad 24 horas del día:** Se trata de una orientación continua, es decir, señales, objetos o alguna referencia colocadas por el entorno más cercano, que ayude a los pacientes a orientarse en todo momento. Es una terapia en la que se ven implicados tanto familiares como cuidadores, ya que tienen que estar alerta durante todo el día para proporcionarles información verbal y sencilla, con la finalidad de orientarles espacial, temporal y personalmente. De esta terapia deben estar al corriente todas las personas que forman parte del entorno del enfermo.

Para concluir, hay estudios recientes que demuestran que la aplicación de este tipo de terapia (OR), proporciona beneficios observables en el tiempo. Siempre que la terapia se lleve a cabo ordenadamente (trabajando las áreas que queremos mejorar) y repetitivamente (mínimo tres días a la semana), el enfermo mejorará sus capacidades y frenará el declive cognitivo. Muchas investigaciones han verificado la eficacia de este tipo de terapias, haciendo una comparación entre grupos de enfermos de Alzheimer que asistían a terapias de Orientación a la Realidad secuenciadamente y otro grupo que solo asistía una vez por semana, y los resultados de mejora en el primer grupo fueron evidentes, mientras que en el segundo no se apreció casi ningún progreso. Pero hay que tener en cuenta, que esta terapia se tiene que llevar a cabo trabajando con muchísima sensibilidad hacia los enfermos, para no frustrarlos ni estresarlos cuando alguna actividad no salga bien.

2.2 Terapias no farmacológicas

El concepto de terapias no farmacológicas (TNF) se viene utilizando desde hace varias décadas para referirse a intervenciones que, a través de agentes primarios no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas.

Las terapias no farmacológicas se empezaron a llevar a cabo, ya que varios grupos de profesionales (educadores sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos...) creían en la efectividad de esta terapia sin la necesidad de utilizar sustancias químicas.

Según los autores Olazarán y Muñiz (2009) podemos hablar de diferentes terapias no farmacológicas :

- Estimulación cognitiva: utilización de técnicas cognitivas con la finalidad de trabajar la evocación, relación y procesamiento.
- Entrenamiento cognitivo: se trabaja con el paciente mediante actividades, con el fin de realizar diferentes operaciones cognitivas y mejorar sus capacidades funcionales.
- Rehabilitación cognitiva: apoyo ante diferentes operaciones cognitivas, fortaleciendo las capacidades funcionales y sociales que puedan beneficiar al enfermo.
- Entrenamiento en actividades de la vida diaria: técnicas para favorecer la seguridad y autonomía del paciente, mediante actividades que refuercen sus capacidades para realizar sus tareas del día a día.
- Intervenciones conductuales: se trabaja mediante técnicas que ayuden al enfermo a analizar sus propias conductas y las consecuencias de estas.
- Reminiscencia: se utilizan actividades de evocación, con la finalidad de que recuperen algunas de sus vivencias y experiencias pasadas.
- Música: Se utiliza la música como herramienta de trabajo mediante la cual se pretende estimular sus capacidades cognitivas, favorecer su autoestima e incluso mejorar su estado físico.
- Ejercicio físico: Se trata de actividades mediante las cuales fomentamos el ejercicio físico con la finalidad de mejorar su salud y sus capacidades tales como la resistencia, la flexibilidad, el equilibrio y la coordinación.
- Animales: se ha demostrado mediante diferentes estudios que los animales ayudan a mejorar algunas capacidades del enfermo tanto a nivel cognitivo como afectivo y social.

- Psicoterapia: se utilizan técnicas cognitivo-conductuales mediante las cuales ayudamos al enfermo a controlar el estrés y la frustración que le provoca la pérdida de memoria.
- Validación: técnicas utilizadas para fomentar la confianza en el paciente y así establecer una relación más personal.
- Estimulación multisensorial: se trabaja mediante la estimulación de los cinco sentidos.
- Masaje y tacto: mediante el contacto físico se intenta fomentar la afectividad.
- Relajación: Intervención física con la cual se pretende que el paciente se libere todo estrés y tensión.
- Acupuntura: Perforación cutánea, utilizando agujas como indica la tradición china, con la finalidad de mejorar a nivel cognitivo y afectivo.
- Luz: Utilización de luz en distintas frecuencias e intensidades para conseguir descansar mejor a la hora de dormir.
- Estimulación magnética: Utilización de corriente magnética para facilitar funciones cognitivas o de conducta.
- Estimulación eléctrica: Utilización de corriente eléctrica para facilitar funciones cognitivas, mejorar el sueño o mejorar la conducta.

Estudios recientes demuestran que mediante la práctica de las actividades anteriormente citadas, podemos retrasar el deterioro cognitivo y personal y mejorar su autoestima y autonomía, retrasando también en muchos casos la institucionalización del enfermo.

2.3 Tipos de intervención: Estimulación, entrenamiento y rehabilitación cognitiva

La terapia de Orientación a la realidad se apoya en técnicas psicosociales, con la finalidad de que el paciente no solo progrese en su capacidad cognitiva sino que también cree vínculos personales y así favorecer su bienestar emocional. Partiendo de la información que nos ofrecen Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno (2003), los tipos de intervención que se llevan a cabo en la terapia de Orientación a la Realidad son:

- La estimulación: hace referencia a todas esas actividades realizadas para mejorar el rendimiento cognitivo. Se trata de mantener a la persona enferma activa y estimulada, tanto desde la perspectiva intelectual como la física. Se trabaja las capacidades residuales, las capacidades que aún conserva, y no las que ha perdido, así evitamos la frustración del paciente.

- La rehabilitación: la rehabilitación se basa en principios establecidos por la neuropsicología cognitiva, con la finalidad de frenar el daño cerebral progresivo. Este concepto es más amplio que el de estimulación, ya que la rehabilitación puede incluir diferentes tipos de intervención, encuadrados en cuatro grandes grupos, según Muñoz, Blazquez, Galpasoro y González (2009, p.13):
 - Rehabilitación cognitiva
 - Modificación de conducta
 - Intervención con familias
 - Readaptación vocacional

- El entrenamiento: supone la realización reiterada de diferentes ejercicio y actividades con la finalidad de favorecer y fortalecer nuestras capacidades como el lenguaje, la atención, la memoria...para ello se deberá repetir los ejercicios donde se vea implicada la capacidad o el área que queramos trabajar con el paciente. Facilitaremos y aceleraremos la estabilización neuronal.

Para concluir, es muy importante la complementación entre estos tres tipos de intervención, para lograr mejorar las capacidades alteradas de los enfermos de Alzheimer, las cuales serían estimuladas entrenadas y rehabilitadas.

2.4 Reminiscencia o terapia de recuerdo

Se trata de un técnica psicoterapéutica encargada de ayudar a las personas con problemas de deterioro cognitivo, practicando la reminiscencia, para mantener la identidad del enfermo. Mediante esta terapia también se pretende mejorar la autoestima y satisfacción personal del paciente recordando experiencias pasadas gratificantes.

Esta terapia se llevó a cabo por primera vez en 1963 por Butler mediante el trabajo “Revisión de la Vida”, con el cual pretendía que sus pacientes trabajases la memoria, recordando hechos de su pasado.

Esta terapia no solo se basa en la reminiscencia, sino que trata de embarcar más áreas como la socialización, estimulación y comunicación. Ana Belén Martín (2011) cita a Laborda (2002) en un ejemplo de aplicación de terapia de reminiscencia. Sería el siguiente, siguiendo estos dos pasos (<http://blog.infoelder.com/terapia-de-reminiscencia>):

- En primer lugar, se le enseña el material con el cual se va a trabajar y que es familiar para el paciente, es decir, una fotografía, objeto, video, canción...
- En segundo lugar, se pide al paciente que comente que recuerdos le ocasiona dicho material, e intentaremos extraer la mayor información que podamos, ayudándole si es necesario.

Es una terapia muy recurrida para aplicarla con enfermos de Alzheimer, trabajando la memoria episódica, a través de recuerdos y experiencias personales, observando las emociones que se ocasionan en el paciente. Se puede llevar a cabo tanto individualmente, como grupalmente, siendo esta última la más común y siguiendo algún tipo de clasificación para la formación de los grupos. En algunas ocasiones, para hacer más efectiva este tipo de terapia, se utilizan variedad de materiales como pueden ser: Libros históricos, diarios, objetos vinculados a recuerdos, etc.

Pero antes de aplicar este tipo de terapia, tenemos que tener en cuenta que en algunos casos las reacciones de los pacientes no tienen por qué ser siempre positivas. Lo que se pretende mediante la reminiscencia no es irritar al paciente ni saturarlo de información, sino darle la oportunidad, mediante un ambiente relajado, de poder recordar y sentirse satisfecho con su propia vida. Mediante esta terapia, trabajando con casos de Alzheimer, se confirmó que estos pacientes, tienen mayor capacidad para recordar hechos de su infancia y adolescencia que de su juventud y adultez.

Hay que matizar, que esta terapia es adecuada a la hora de aplicarla con enfermos de Alzheimer en fase leve o moderada. Para realizar una adecuada intervención se debería tener en cuenta lo siguiente:

- Se suelen recordar experiencias positivas y satisfactorias para el paciente, aunque en algunas ocasiones también se trabaja con experiencias negativas.
- Darle la oportunidad al paciente de que exprese los sentimientos que le suponen tales recuerdos y que los comparta con el resto del grupo o individualmente.
- Ayudarles a sentirse reconfortados y satisfechos por las experiencias vividas y convertir esta terapia en algo positivo y estimulante para el paciente.

La autora De Viguera (2009) manifiesta que según ciertos gerontólogos norteamericanos se pueden definir diferentes tipos de terapia de reminiscencia:

- Reminiscencia integrativa
- Reminiscencia narrativa
- Reminiscencia obsesiva
- Reminiscencia instrumental
- Reminiscencia transmisiva

Generalmente, la terapia de reminiscencia proporciona a los pacientes un sentido de satisfacción con la vida, y se dan cuenta de su capacidad para afrontar problemas, evitando así problemas como puede ser la depresión.

CAPÍTULO III. PROYECTO DE INTERVENCIÓN COGNITIVA CON ENFERMOS DE ALZHEIMER MEDIANTE TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

3.1 Fundamentación.

Actualmente, es una realidad que la enfermedad del Alzheimer se está convirtiendo en una preocupación a nivel mundial. Hoy en día no existe ninguna cura ante esta enfermedad. Existen tratamientos, farmacológicos y no farmacológicos, para frenar el deterioro que pueda ocasionar a los que la padecen. Como ya se ha dicho anteriormente, la enfermedad del Alzheimer se caracteriza por la pérdida de funciones cerebrales, pero en el caso de los grados leve y moderado aún teniendo una capacidad reducida de aprendizaje, es posible trabajar con las capacidades conservadas.

En el caso de este proyecto, hablamos de tratamientos no farmacológicos, que hoy en día están siendo de gran utilidad para plantarle cara a esta enfermedad ya que son capaces de mejorar las áreas afectadas por la enfermedad (cognición, capacidades funcionales, afectividad, conducta, capacidades motoras, salud física, calidad de vida) como del cuidador (bienestar psicológico, carga objetiva, calidad de vida). También cabe destacar, la importancia que tiene la complementación de ambas terapias, tanto farmacológicas como no farmacológicas.

Una de las terapias no farmacológicas más recurridas hoy en día es Orientación a la Realidad, que constata el progreso y la mejorar del enfermo, mediante estimulación cognitiva. Se trata de un tratamiento terapéutico, que trabaja con grupos que se encuentran en la misma etapa de la enfermedad, es decir, grupos homogéneos, con la finalidad de trabajar con ellos las mismas actividades y estimulando la misma área, por sesiones.

Es primordial seguir trabajando mediante proyectos de intervención social, que proporcionen respuestas a las necesidades, tanto de los enfermos como de sus familiares o cuidadores. En este proyecto se utilizan metodologías tales como afectivas, funcionales, conductuales... con la finalidad de alcanzar sus objetivos y evaluarlo seguidamente.

Arriola e Inza (1999 p.15) mencionan que “el cerebro humano es una maquina de una capacidad difícilmente imaginable y extraordinariamente compleja, con unas prestaciones que superan de forma incomparable al más potente de los ordenadores, pero que a su vez mantiene un buen funcionamiento en un delicadísimo equilibrio”.

3.2 Objetivos

Mediante esta intervención cognitiva con enfermos de Alzheimer y teniendo en cuenta las actividades a realizar, podemos fijar los siguientes objetivos:

- Objetivo general:

1. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y de los familiares o cuidadores, favoreciendo su bienestar.

- Objetivos específicos:

1. Trabajar la orientación espacio temporal y personal.
2. Favorecer la capacidad de planificación de los pacientes y la flexibilidad de pensamiento.
3. Fomentar la capacidad de raciocinio.
4. Promover la capacidad de análisis y la capacidad para resolver problemas
5. Mejorar la comprensión, el vocabulario, el lenguaje automático, la lectura y la escritura.
6. Trabajar la atención.
7. Enriquecer la capacidad de asociación visual y la capacidad de concentración.
8. Favorecer la capacidad de cálculo.
9. Fomentar la estimulación sensorial.
10. Promover las habilidades motoras y la coordinación.
11. Enriquecer la memoria, manteniendo una mente activa.

3.3 Beneficiarios

Este proyecto de intervención cognitiva está destinado al colectivo de la tercera edad, y dentro de este colectivo, a aquellas personas que padecen la enfermedad del Alzheimer, especialmente a aquellas personas con un deterioro cognitivo leve o moderado. Podría llevarse a cabo con personas mayores pertenecientes a diferentes ámbitos, como centros de día, asociaciones de Alzheimer, domicilios particulares, residencias o hospitales.

Para llevar a cabo este proyecto se realizaría una clasificación de los implicados, según su grado de deterioro cognitivo, se crearán tres grupos de unas 6 o 7 personas máximo, la clasificación sería la siguiente:

- Grupo 1: Disminución cognitiva leve
- Grupo 2: Defecto cognitivo leve
- Grupo 3: Defecto cognitivo leve-moderado

Para esta clasificación por grupos, se ha tomando como referencia la Escala de Deterioro Global (Global Deterioration Scale, GDS) en la cual se apoyan De la Vega y Zambrano (2010) <http://www.hipocampo.org/reisberg.asp>

Los estadios son consecutivos, es decir, un paciente no pasa del estadio 1 al 3 sin presentar características del 2. Se han diagnosticado siete estadios, de forma que del primero al último el deterioro de las capacidades va en declive:

- GDS-1, ausencia de alteración cognitiva
- GDS-2, disminución cognitiva leve
- GDS-3, defecto cognitivo leve
- GDS-4, Defecto cognitivo moderado
- GDS-5, Defecto cognitivo moderado-grave
- GDS-6, Defecto cognitivo grave
- GDS-7, Defecto cognitivo muy grave

La intervención que se realiza en este proyecto, va destinada para aquellos casos de enfermos de Alzheimer afectados hasta el nivel GDS 4. Se trabaja por lo tanto, con personas con las siguientes características:

- Disminución en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes
- Puede presentar algún déficit en el recuerdo de su historia personal
- Déficit en la concentración, que se hace evidente en la sustracción de series
- No suele haber déficit en las siguientes áreas:
 - o Orientación en tiempo y persona
 - o Reconocimiento de personas y caras familiares
 - o Capacidad para desplazarse a lugares conocidos
 - o Incapacidad para realizar tareas complejas
 - o La negación es el principal mecanismo de defensa
 - o La respuesta afectiva se aplana y el individuo se retrae ante situaciones de mayor exigencia

Se trabaja por lo tanto, con enfermos de Alzheimer que se caracterizan por la afectación de la memoria a corto plazo, ya que el enfermo de alzhéimer en fase leve-moderada conserva parte de la memoria inmediata, semántica, episódica, instrumental y afectiva. Estos pacientes mantienen el lenguaje verbal y las capacidades de leer y escribir.

Con respecto a las características sociológicas de las personas enfermas de Alzheimer, normalmente permanecen en su hogar hasta que se diagnostica la enfermedad, y cuando esta va avanzando, o bien se traslada a la casa de algún familiar cercano o se institucionaliza al enfermo, con la finalidad de ofrecerle los cuidados necesarios. Una persona con enfermedad del Alzheimer moderada ya no debe vivir sola.

Normalmente cuando el deterioro cognitivo va progresando suelen perder todo contacto social, amistades o vínculos personales. Les resultar difícil reconocer a la gente cercana.

Generalmente los enfermos de Alzheimer, viven con sus hijos o familiares cercanos, pero el problema aparece cuando el enfermo pasa a ser totalmente dependiente de una persona, y necesita sus cuidados 24 horas del día. Esto supone una carga económica y un acuerdo y organización dentro del núcleo familiar. Muchas de estas situaciones son sostenibles, pero en otros casos debido al horario de trabajo o múltiples factores, es

imposible ofrecerles el cuidado que necesitan y por eso algunas familias recurren a instituciones especializadas en estos cuidados.

En algunos casos, cuando se institucionaliza al enfermo, se aprecian cambios en su conducta, se encuentran más desorientados. Pero con el paso del tiempo se suelen adaptar al medio, e incluso creen que es su hogar. En el caso de los enfermos de Alzheimer, en residencias o centros específicos, los vínculos sociales no son muy firmes.

3.4 Metodología

La intervención llevada a cabo en este proyecto se trata de una terapia grupal de orientación a la realidad, de carácter cognitivo. Por lo tanto la finalidad de la intervención es ralentizar la pérdida de capacidades mediante actividades creadas para trabajar ciertas áreas, que se puedan ver afectadas por la enfermedad.

Para el correcto desarrollo del proyecto se programarán sesiones, tres días a la semana. Al principio de cada sesión, sin excepción, se dedicaran 15 minutos aproximadamente al área de Orientación espacio temporal y a continuación se llevará a cabo la ejecución del módulo que toque trabajar ese día, como puede ser la de lenguaje, con sus respectivas actividades. A las sesiones acudirán los tres grupos (de 6 o 7 personas cada grupo) aunque trabajarán a distintos niveles de dificultad.

Las diferentes actividades están clasificadas y agrupadas por módulos que corresponden a las áreas que vamos a trabajar.

- Módulo 1. Orientación espacio temporal: Se trabaja la Orientación espacio temporal y personal. También se trabaja la capacidad de localizar mentalmente hechos o situaciones en distintos tiempos, situándolos cronológicamente.
- Módulo 2. Funciones ejecutivas: Fomentar el desarrollo de las capacidades mentales de los pacientes, la autorregulación, la monitorización de las tareas y las capacidades conductuales.

- Módulo 3. Lenguaje: El objetivo de estas actividades es que los pacientes trabajen la comprensión, el vocabulario, la fluencia verbal , el lenguaje automático, la lectura y la escritura.
- Módulo 4. Atención: Se trabaja mediante la concentración y la atención.
- Módulo 5. Cálculo: Mediante operaciones matemáticas se pretende que el paciente ejercita la capacidad de cálculo, la concentración, la atención y los números.
- Módulo 6. Gnoxias: Se pretende estimular el reconocimiento de diferentes realidades, mediante los sentidos. Principalmente se basan en intentar percibir y reconocer las características de objetos que nos rodean, realizando un análisis descriptivo. Normalmente, se utilizan todo tipo de elementos reales para estimular correctamente las capacidades gnósicas de los enfermos de Alzheimer
- Módulo 7. Praxias: Se trata de ejercitar las capacidades prácticas mediante ejercicios adaptados a las capacidades residuales del enfermo. Se suelen utilizar las aficiones y gustos personales de los pacientes (costura, dibujo, manualidades...). Se trabaja con tareas aplicables a actividades de la vida diaria.
- Módulo 8. Memoria : Se trabaja la mejora de los procesos mentales que se están deteriorando, intentando mantener una mente activa.

A la hora de ejecutar las actividades utilizamos diferentes herramientas para captar la atención de los pacientes y motivarlos, utilizando técnicas adaptativas e individualizadas, sin olvidarnos de las capacidades y características de cada paciente. Se tiene en cuenta su progreso o retroceso para reajustar las actividades.

Para finalizar, se llevará a cabo la evaluación, con la finalidad de proporcionar los objetivos alcanzados e intentar mejorar en la próxima intervención.

3.5 Programa de actividades

La Programación de actividades, como se ha dicho anteriormente, se divide en módulos con sus respectivas actividades enfocadas a trabajar un área en concreto. Cada actividad está expuesta en un cuadro, en el cual se especifica : los responsables de dicha actividad, el tiempo de duración, los objetivos, el desarrollo de la actividad y el material necesario.

Todas las actividades son de elaboración propia y se evaluarán con las herramientas que se exponen en el apartado de evaluación.

Módulo 1. Orientación espacio temporal

Cuadro nº2

ACTIVIDAD 1.1	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Que los pacientes se organicen tan en el espacio y en el tiempo.	
DESARROLLO: Se les proporcionará a los pacientes una serie de preguntas de Orientacion, como por ejemplo: ¿Cuántos hijos tienes?; ¿ en que fecha nacieron tus hijos?; ¿Cuál era tu trabajo cuando eras joven?; ¿Qué día es hoy?... Habrá unas 10 preguntas, que tendrán que contestar al comienzo de cada sesión.	MATERIALES: Ficha en la cual se encuentran las preguntas, lápiz y goma.

Módulo 2. Funciones ejecutivas

Cuadro nº3

ACTIVIDAD 2.1	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Estimular las operaciones mentales y la monitorización de las tareas.	
DESARROLLO: Se les facilitará múltiples piezas que encajan entre si y forman una figura, el paciente tendrá que colocarlas adecuadamente para formarla. También se podría trabajar con piezas de puzzle e incluso con diferentes piezas de madera, intentar formar una figura que escojan ellos.	MATERIALES: Piezas que pueden ser de cartulina, madera, cartón...

Cuadro nº4

ACTIVIDAD 2.2	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Trabajar las capacidades de razonamiento	
DESARROLLO: Se trata de completar series de números con una lógica fácil, es decir, de dos en dos, de tres en tres, en algunos casos se llevará a cabo sumando y en otras restando lo que corresponda, así hasta llegar al numero acordado. Ejemplo: Completa la siguiente serie hasta llegar a 100; 3- 6- 9- 12- 15- 18- 21- 24- 27....	MATERIALES: Papel, lápiz y goma.

Cuadro nº5

ACTIVIDAD 2.3	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Trabajar la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas.	
DESARROLLO: Se le entregará al paciente una ficha con numerosas acciones encasilladas, el paciente tendrá que enumerar dichas acciones para conseguir que tenga sentido. Por ejemplo: la escenificación de hacer la compra; 1º Preparar la lista 2º Salir de casa 3º Acudir al supermercado 4º Coger los productos que nos hacen falta 5º Pagar	MATERIALES: Papel, lápiz y goma

Módulo 3. Lenguaje

Cuadro nº6

ACTIVIDAD 3.1	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Trabajar la comprensión, el vocabulario, la fluencia verbal, el lenguaje automático, la lectura y la escritura.	
DESARROLLO: Se les entregará a los pacientes unas fichas con un número de palabras incompletas, es decir, les faltará alguna vocal o consonante, pero se les facilitará una pista, proporcionándoles el nombre de la familia léxica a la que pertenecen. Ejemplo: Ciudades; - _ A R _ E L _ _ A - _ A N _ A N _ E R - M _ D _ _ D	MATERIALES: Papel, lápiz y goma

Cuadro nº7

ACTIVIDAD: 3.2	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Estimulación del lenguaje	
DESARROLLO: Se les pedirá a los pacientes que escriban un numero de palabras en concreto, que empiecen por las sílabas que se les indica en la ficha. Ejemplo: <ul style="list-style-type: none">- Escriba 10 palabras que empiecen por Ca:- Escriba 10 palabras que empiecen por Ma:- Escriba 10 palabras que terminen por Ra:- Escriba 10 palabras que terminen por Da:- Escriba 10 palabras que empiecen por Ta:- Escriba 10 palabras que empiecen por Fa:	MATERIALES: Papel, lápiz y goma

Cuadro nº8

ACTIVIDAD: 3.3	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Estimulación del lenguaje	
DESARROLLO: Se pide a los pacientes que con un número de letras (vocales y consonantes), creen un número de palabras con sentido. Ejemplo: Utiliza estas letras para crear 6 palabras diferentes; <ul style="list-style-type: none">• A F R E D S T G H O	MATERIALES: Papel, lápiz y goma

Módulo 4. Atención

Cuadro nº9

ACTIVIDAD: 4.1	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Fomentar la capacidad de atención de los implicados.	
<p>DESARROLLO: Se les mostrará un cuadro con letras, sin ningún orden ni lógica entre ellas, y tendrán que señalar únicamente las que se les pide en la actividad. Ejemplo: Busca en este cuadro las letras : A, D, J, P y enuméralas.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>R T D G C V A O I Y F G H S T E R X Z M L Ñ P G Y U N B A H L U J G K L G Y Q W H G Z V Ñ L U P O U N C G N J T R E W L P A C A H I U M L H M N C T W Y J P H D S A C Z X N K F D H L I T R Q W Ñ K O B V X F J Y E W Q A F Ñ L H N M V C X H Y K P R E C V B H G F V X S A R F H Y K P O M A F R T H J K U T E T R I I</p> </div> <p>A: 8 D: 3 J: 5 P: 6</p>	<p>MATERIALES: Papel, lápiz y goma</p>

Cuadro nº11

ACTIVIDAD: 4.3	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Estimular la atención y fomentar el análisis y la observación.	
DESARROLLO: En la ficha se les proporcionará dos cuadros con una misma imagen, aunque entre ambas imágenes hay ciertas diferencias que tendrán que señalar. Las diferencias son insignificantes, por eso necesitamos que los pacientes estén concentrados para localizarlas.	MATERIALES: Papel, lápiz y goma

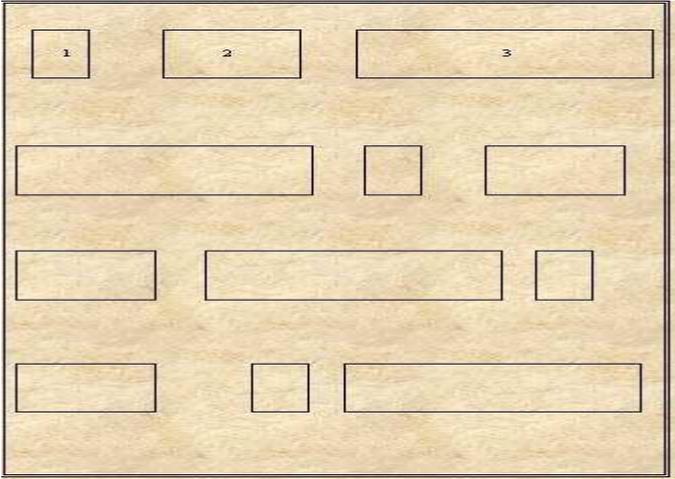
Módulo 5 . Cálculo

Cuadro nº12

ACTIVIDAD: 5.1	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: ejerciten el cálculo, la concentración, la atención y los números.	
DESARROLLO: Cuando trabajamos este área nos limitamos a realizar cuentas, es decir, sumas y restas, siempre adaptadas al grado de deterioro cognitivo de cada grupo.	MATERIALES: Papel, lápiz y goma

Módulo 6. Gnosias

Cuadro nº13

ACTIVIDAD: 6.1	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Ejercitar la estimulación sensorial y trabajar el reconocimiento visual.	
DESARROLLO: Se trata de asociar imágenes y números, es decir, en la parte superior de la ficha se les mostraran unas figuras enumeradas. Se trata de enumerar las mismas figuras de la parte inferior que están sin enumerar. Ejemplo: 	MATERIALES: Papel, lápiz y goma

Cuadro nº14

ACTIVIDAD: 6.2	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: ejerciten la atención y la estimulación sensorial.	
DESARROLLO: Se esparcen por una mesa o por otra superficie cualquiera, numerosos objetos, como pueden ser, un gorro, palillos, cuadernos, botella y papel... A continuación le darás diferentes órdenes a realizar con cada uno de los objetos. Ejemplo: Coge el papel con la mano derecha y dóblalo a la mitad, seguidamente coge la botella y colócala en un extremo de la mesa, abre el cuaderno a la mitad y colócale el gorro encima, finalmente realiza una figura geométrica con los palillos.	MATERIALES: Los objetos que utilizamos para el desarrollo de la actividad.

Cuadro nº15

ACTIVIDAD: 6.3	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Trabajar la estimulación sensorial y la realización de análisis descriptivos.	
DESARROLLO: Se proporcionarán diferentes objetos a los participantes, los cuales mientras que lo visualizan, lo tocan, lo huelen... deben de escribir en la ficha el nombre del objeto y las diferentes características de este. Deben intentar ser lo más descriptivos posibles.	MATERIALES: Los objetos que utilizamos para el desarrollo de la actividad.

Módulo 7. Praxias

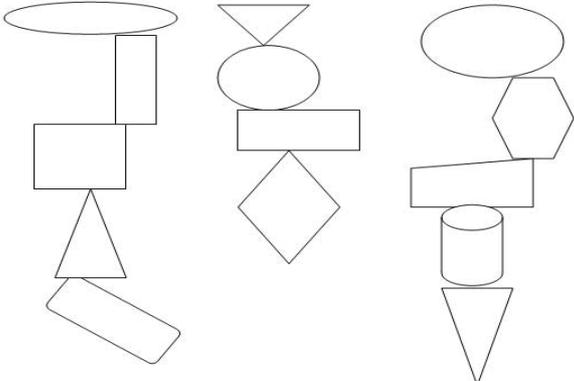
Cuadro nº16

ACTIVIDAD: 7.1	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Ejercitar las capacidades práxicas, en este caso la capacidad gestual.	
DESARROLLO: Se hace de manera individualizada, uno de los pacientes sale al medio, donde pueda ser visualizado por el resto, y se le indica una acción que debe representar mediante mímica, y el resto de los implicados deberán adivinar. Ejemplo: <ul style="list-style-type: none">- Levantarte de la cama por la mañana- Cocinar- Ducharse- Hacer un escrito- Vestirse	MATERIALES: Ninguno

Cuadro nº17

ACTIVIDAD: 7.2	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Ejercitar las capacidades práxicas, en este caso, praxia constructiva.	
DESARROLLO: El paciente con un papel delante y con un lápiz en la mano debe dibujar lo que la persona que dirige la actividad le indique. Ejemplo: Dibuje un cuadrado, al lado derecho de este cuadrado dibuja un círculo y dentro de ese círculo dibuja otro más pequeño	MATERIALES: Papel, lápiz y goma.

Cuadro nº18

ACTIVIDAD: 7.3	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Ejercitar las capacidades prácticas.	
DESARROLLO: Se mostrará en un recuadro un dibujo de figuras geométricas superpuestas, el paciente debe observarlas detenidamente y realizarlas lo más semejante posible. Ejemplo: 	MATERIALES: Papel, lápiz y goma.

Módulo 8. Memoria

Cuadro nº19

ACTIVIDAD: 8.1	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Mejorar los procesos mentales y trabajar la memoria semántica.	
<p>DESARROLLO: Se le proporcionará al paciente una ficha con unos días señalados del año, y al lado dos opciones de respuesta, solo una correcta. Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 de enero Día de año nuevo / Pascua Florida - 6 de enero Día de la madre / Día de Reyes - 19 marzo Día de San José / Día de San Jorge - 1 de mayo Los Santos difuntos / Día del trabajo - Viernes santo Navidad / Semana Santa - 24 de junio Santa Lucía / San Juan 	MATERIALES: Papel, lápiz y goma.

Cuadro nº20

ACTIVIDAD: 8.2	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Mejorar los procesos mentales y trabajar la memoria semántica.	
DESARROLLO: La persona encargada de realizar la actividad le dirá un numero de palabras al paciente, con un orden concreto y el debe repetirlo en ese mismo orden, se irán añadiendo palabras si el paciente va acertando. Dependiendo del deterioro cognitivo, la numeración de palabras será mayor o menor.	MATERIALES: Papel, lápiz y goma.

Cuadro nº21

ACTIVIDAD: 8.3	
RESPONSABLES: El educador social o equipo (si lo tuviese) responsable del desarrollo y la gestión de la actividad.	TIEMPO DE DURACIÓN: 45 minutos (aprox)
OBJETIVOS: Se trabaja la memoria episódica mediante la lectura y la comprensión.	
<p>DESARROLLO: Se les facilitará a los pacientes un texto con un historia y después de su lectura y comprensión, deberán contestar a unas preguntas relacionadas con esa historia. Ejemplo:</p> <p>Una chica de Cáceres llamada Andrea, vivía en el campo rodeada de sus animales preferidos: gatos, perros y caballos. La chica de 22 años se sentía muy feliz y salía toda la mañana a montar en su caballo, llamado Lima. Sus padre vivían algo lejos de ella, pero recibía la visita de ambos dos veces por semana.</p> <p>Preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿De donde era la joven y cuantos años tenía?- ¿Cuáles eran sus animales preferidos?- ¿Qué le gustaba hacer todas las mañanas?- ¿Vivía con sus padres?	MATERIALES: Papel, lápiz y goma.

Las áreas trabajadas siempre serían las mismas, con la misma frecuencia que indica el cronograma. Las fichas cambiarían de temática, pero siempre enfocadas a conseguir el mismo objetivo dentro del área le corresponde. En el caso de los destinatarios de las actividades, los enfermos de Alzheimer, hay que tener en cuenta que el grado de dificultad estará adaptado según el grupo al que vaya dirigido, que como anteriormente se ha dicho las sesiones se impartirán en grupos de unas 6 o 7 personas clasificadas por tu nivel cognitivo.

4.5 Temporalización.

La frecuencia de las sesiones serían tres veces por semana (lunes, miércoles, viernes). Comenzaría a las 9:00 de la mañana, hasta las 13:30 de la tarde. Asistirían los tres grupos al mismo tiempo, trabajando las mismas áreas y compartiendo los mismos horarios, pero el nivel de dificultad de las actividades será diferente para cada grupo. En el cronograma se exponen las sesiones y el área que se trabaja en cada una de ellas. Este es el ejemplo del mes de junio, pero no habría ninguna diferencia con respecto a los otros meses.

4.5.1 Cronograma

Cuadro nº22

Áreas	Actividades	Junio												HORA
		Días												
		L	X	V	L	X	V	L	X	V	L	X	V	
Módulo 1 Orientación espacio-temporal	Orientación en el espacio y en el tiempo.	Todos los días												9:00-9:15
Módulo 2 Funciones ejecutivas	Actividad 1	X			X			X			X			9:15-10:00
	Actividad 2		X			X			X			X		
	Actividad 3			X			X			X			X	
Módulo 3 Lenguaje	Actividad 1	X			X			X			X			10:00-10:45
	Actividad 2		X			X			X			X		
	Actividad 3			X			X			X			X	
Módulo 4 Atención	Actividad 1	X			X			X			X			10:45-11:30
	Actividad 2		X			X			X			X		
	Actividad 3			X			X			X			X	
Módulo 5 Calculo	Actividad 1	X			X			X			X			11:30-12:15
Módulo 6/7 Gnosias Praxias	Actividad 1		X			X			X			X		12:15-13:00
	Actividad 2			X			X			X			X	
	Actividad 3	X			X			X			X			
	Actividad 4		X			X			X			X		
	Actividad 5			X			X			X			X	
Módulo 8 Memoria	Actividad 1		X			X			X			X		13:00-13:45
	Actividad 2			X			X			X			X	
	Actividad 3	X			X			X			X			

Fuente: elaboración propia

4.6 Recursos

4.6.1 Recursos humanos

Para la puesta en marcha de este proyecto necesitaríamos trabajadores especializados que se organicen interdisciplinariamente para llevar a cabo tanto las actividades como el seguimiento de los pacientes, por lo tanto, contaríamos con la ayuda de un/a terapeuta ocupacional, un psicólogo/a, un trabajador/a social y un educador/a social. Encargados de :

- Terapeuta ocupacional

Para definir el trabajo de Terapeuta Ocupacional con enfermos de Alzheimer, hemos tenido en cuenta a Redondo (2005, p.17), basándose en que el terapeuta ocupacional en el tratamiento del Alzheimer, busca enlentecer el avance de la discapacidad y mejorar la calidad de vida del enfermo y de su familia. Para ello, enfrenta la compleja problemática de los enfermos de EA desde el plano psíquico, físico y social, incluyendo el entorno, ya que todos estos factores actúan de una u otra manera sobre la realización de la actividad diaria. La ocupación puede ser considerada como favorecedora de la independencia personal, ayudando a los procesos de inclusión, pertenencia y participación social.

- Psicólogo

El papel del psicólogo en este proyecto, se basaría en trabajar mediante diferentes terapias, con la finalidad de disminuir múltiples alteraciones de estados de ánimos que sufren estos enfermos, como pueden ser: depresión, ansiedad, soledad, angustia son algunas de las más frecuentes. El psicólogo pretende crear diferentes estrategias de afrontamiento de estas problemática, empleando: información acerca de la sintomatología de la EA, disminución de la tensión físico-cognitiva, expresión de emociones, solución de problemas, intervenciones dirigidas a la reducción del aislamiento social.

- Trabajador social

El trabajador social enfoca su labor a la intervención en las siguientes áreas:

- Situación familiar

- Situación económica
 - Estado de la vivienda
 - Situación funcional del enfermo
 - Red social
 - Apoyo social
 - Recursos sociales
- Educador social.
 - Potenciar la dimensión creativa y social de la persona.
 - Generar ilusión.
 - Motivar a la persona para que dé continuidad a su propio proyecto de vida y animar a sus familiares a que formen parte de este proceso de dinamización.
 - Potenciar la capacidad de decisión y de autogestión de la persona.
 - Teniendo siempre en cuenta que estás trabajando con personas no enfermos.
 - Recuperar y mantener la vinculación con la institución, el entorno y la vida social.
 - Mantener y potenciar las capacidades físicas, psíquicas y sociales de la persona.
 - Diseñar, planificar y evaluar las actividades de dinamización
 - Promover y facilitar iniciativas.
 - Transmitir estrategias y herramientas que faciliten la relación y la comunicación interpersonal.

4.6.2 Recursos materiales

En el caso de los recursos materiales necesitaríamos todo tipo de material fungible para realizar las fichas y una variedad de objetos que utilizaríamos para la realización de algunas actividades como son las del módulo de praxias y gnosias donde la utilización de objetos sirven para estimular correctamente las capacidades de los enfermos de Alzheimer.

4.6.3 Recursos económicos

Para llevar a cabo este proyecto necesitaríamos ciertos recursos económicos, con la finalidad de mantener el material necesario y el sueldo de los trabajadores.

En recursos materiales se necesitaríamos una cuantía de unos 300€ para gastos como: fotocopias, folios, lápices, tijeras, colores, gomas, bolígrafos, grapadora...que gastaríamos durante la puesta en marcha del proyecto, (seis meses)

Para recursos humanos tendríamos que disponer de una cuantía mayor, que cubra el sueldo mensual de cada uno de los profesionales que llevarían a cabo este proyecto, durante los 6 meses propuestos de duración, teniendo en cuenta que trabajan 13 horas y media a la semana.

- Terapeuta Ocupacional: 550 €
- Psicólogo: 700 €
- Trabajador/a social: 650 €
- Educadora Social: 600 €

TOTAL: 15.300 € (aproximadamente)

4.7 Evaluación de la intervención

Para llevar a cabo la evaluación se han utilizado tres herramientas:

La primera herramienta es una tabla (ver cuadro nº23), la cual contiene una puntuación orientativa de cada uno de los pacientes en las diferentes áreas. Es una herramienta que se apoya en la observación de la Educadora social, que nos proporciona una calificación (del 1 al 5), que informa del nivel de cada paciente en las áreas trabajadas. Ejemplo:

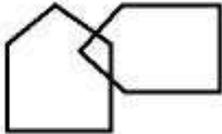
Cuadro nº23

GRUPO1		Funciones ejecutivas	Lenguaje	Atención	Cálculo	Gnoxias	Praxias	Memoria
Paciente 1								
Paciente 2								
Paciente 3								
Paciente 4								
Paciente 5								
Paciente 6								

Fuente: elaboración propia

En segundo lugar se utilizaría una herramienta más técnica, el test Mini Examen del Estado Mental (MMSE) de Folstein, para evaluar diferentes funciones cognitivas, entre ellas, la memoria, el lenguaje, la praxis, la atención. Concretamente el test utilizado se le conoce como test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción. (De la vega, y Zambrano, 2007 <http://www.hipocampo.org/folstein.asp>)

A continuación un ejemplo de un test que se podría realizar, aunque se cuenta con varios modelos:

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"	
Paciente	Edad
Ocupación	Escolaridad
Examinado por	Fecha
ORIENTACIÓN	PUNTOS
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año ....."	..... (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar)	Planta
Ciudad Prov.	Nación
.....	..... (5)
FLUJACION	
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda) .....	..... (3)
CONCENTRACION Y CALCULO	
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? .....	..... (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) .....	..... (3)
"Ahora hacia atrás" .....	..... (3)
MEMORIA	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? .....	..... (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj .....	..... (2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" .....	..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?" .....	..... (2)
"¿Qué son un perro y un gato?" .....	..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" .....	..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS .....	..... (1)
"Escriba una frase" .....	..... (1)
"Copie este dibujo":	
	
	.....(1)
PUNTUACION TOTAL	(35)
Nivel de conciencia	
Ciego	Sordo
Otros	

Cuadro nº24

Fuente: Examen del Estado Mental (MMSE) de Folstein

<http://www.hipocampo.org/folstein.asp>

Para finalizar, la tercera herramienta que se ha escogido para realizar la evaluación es la Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth (1968, p 797-811), un instrumento muy eficaz a la hora de trabajar con personas con deterioro cognitivo, ayudándonos a valorar el grado de severidad del deterioro cognitivo, su control evolutivo y la respuesta a nuevos tratamientos. <http://getm.sen.es/escalas-de-valoracion/escala-de-demencia-de-blessed-timlison-y-roth/>

A la hora del recuento de puntos hay que tener en cuenta:

- Menos de 3: ausencia de deterioro cognitivo
- Del 4 al 9: deterioro cognitivo leve-moderado
- A partir del 9: demencia senil o deterioro grave

En el tercer apartado de esta herramienta de evaluación (cuadro nº 27), hay que tener presente las características personales del paciente y el comportamiento previo al deterioro. En este test también hay que ser conscientes de que el nivel de estudios puede influir en los resultados.

Paciente:

Sexo:

Edad:

Hª clínica:

Fecha:

Cuadro nº25

A-CAMBIOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS

	INCAPACIDAD		
	Total	Parcial	Ninguna
1. Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	1/2	0
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	1/2	0
3. Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (p. ej. compras, etc.)	1	1/2	0
4. Incapacidad para orientarse en casa	1	1/2	0
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	1/2	0
6. Incapacidad para valorar el entorno (p.ej. reconocer si está en casa o en el hospital, discriminar entre parientes, médicos y enfermeras, etc.)	1	1/2	0
7. Incapacidad para recordar hechos recientes (p. ej. visitas de parientes o amigos, etc.)	1	1/2	0
8. Tendencia a rememorar el pasado	1	1/2	0

Fuente: Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth (1968) <http://getm.sen.es/escalas-de-valoracion/escala-de-demencia-de-blessed-timlison-y-roth/>

Cuadro nº26

B.-CAMBIOS EN LOS HABITOS

9. Comer:

1. Limpiamente, con los cubiertos adecuados	0
2. Desaliñadamente, sólo con la cuchara	2
3. Sólidos simples (galletas)	1
4. Ha de ser alimentado	3

10. Vestir:

1. Se viste sin ayuda	0
2. Fallos ocasionales (en el abotonamiento)	1
3. Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse	2
4. Incapaz de vestirse	3

11. Control de esfínteres:

1. Normal	0
2. Incontinencia urinaria ocasional	1
3. Incontinencia urinaria frecuente	2
4. Doble incontinencia	3

Fuente: Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth (1968)

<http://getm.sen.es/escalas-de-valoracion/escala-de-demencia-de-blessed-timlison-y-roth/>

Cuadro nº27

C.-CAMBIOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA

	SI	NO
12. Retraimiento creciente	1	0
13. Egocentrismo aumentado	1	0
14. Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1	0
15. Afectividad embotada	1	0
16. Perturbación del control emocional (aumento de la susceptibilidad e irritabilidad).	1	0
17. Hilaridad inapropiada	1	0
18. Respuesta emocional disminuida	1	0
19. Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)	1	0
20. Falta de interés en las aficiones habituales	1	0
21. Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1	0
22. Hiperactividad no justificada	1	0

Fuente: Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth (1968) <http://getm.sen.es/escalas-de-valoracion/escala-de-demencia-de-blessed-timlison-y-roth/>

PUNTUACION A: _____

PUNTUACION B: _____

PUNTUACION C: _____

Puntuación TOTAL:

4.8 Conclusión sobre mi intervención

La intervención anteriormente expuesta es una suma de esfuerzo, ilusión y motivación. Es una intervención que podría llegar a ser eficaz, eficiente y productiva, si se llevase a cabo por los profesionales especializados, tanto en residencias de ancianos, como centros de día, asociaciones, etc.

Con respecto a las actividades, se ha intentado proporcionar la mejor variedad en cada área, para trabajar diferentes funciones cognitivas, facilitando un programa de actividades que no les resulte pesado ni cargante a los participantes, sino que les proporciona autoestima, confianza y sentimiento de superación. Dichas actividades se llevan a cabo con fines concretos, que mejoran la calidad de vida de los enfermos. Si se llevasen a cabo, proporcionarían una mejora en la capacidad de orientación del enfermo tanto personal, temporal y espacial, ejercitarían su capacidad de pensamiento y memoria, manteniendo activa su mente mediante las actividades destinadas a este fin, se fomentaría la capacidad de razonar facilitando así, la capacidad de resolver problemas y enfrentarse a las adversidades, se trabajarían también todas las áreas relacionadas con la comunicación, tanto verbal como escrita, se mejoraría la capacidad de atención de los pacientes mediante la asociación visual y la capacidad de concentración, así mismo se trabajaría el cálculo mediante cuentas sencillas y adaptadas a sus capacidades, se le daría mucha importancia a la estimulación de todos los sentidos, trabajándolos mediante actividades más prácticas, al igual que las habilidades motoras y de coordinación.

Sería imprescindible que esta intervención se mantuviese en el tiempo, ampliando si fuese posible, la duración de seis meses, para realizar una recogida de datos que nos ayude a verificar el impacto de la terapia de Orientación a la Realidad en los pacientes, ya que las herramientas de evaluación utilizadas no permiten evaluar la intervención en su totalidad.

Con la puesta en marcha de esta intervención se pretende dar respuestas a esas familias que están viviendo casos de Alzheimer en sus casas y no encuentran recursos para afrontarlo y mediante propuestas de estas características podemos ayudar a mejorar sus condiciones de vida, tanto a enfermos como cuidadores.

CONCLUSIÓN

Es una realidad que el colectivo de la tercera edad forma parte de un gran porcentaje de la población española actual y va a seguir aumentando en las próximas décadas, y con él también crecerá el porcentaje de enfermedades que les afecta. Por lo tanto se deben buscar respuestas y soluciones a aquello que les preocupa.

El caso de la enfermedad del Alzheimer, es una enfermedad que poco a poco te va arrebatando las capacidades funcionales, hasta que desemboca en la muerte. Hoy en día no tiene cura, pero tenemos que ser conscientes de que podemos plantarle cara de alguna forma, mediante terapias farmacológicas y entrenamiento cognitivo podemos frenarla.

El papel de los familiares en el transcurso de esta enfermedad es verdaderamente importante ya que asumen funciones importantísimas y útiles para su evolución y cuidado, por eso también es importante implicarles en su entrenamiento cognitivo, ya que está demostrado que motiva mucho más al enfermo a realizar las tareas y a mejorar sus capacidades.

Creo que es necesario aportar más información y divulgación por los organismos responsables y por los medios de comunicación. La sociedad debe ser consciente de que la enfermedad de Alzheimer se incrementará en los próximos años, por eso es de vital importancia seguir llevando a cabo investigaciones e intervenciones que nos ayuden a conocer en profundidad esta enfermedad, para así poder tratarla y conseguir una solución. Con respecto a los Servicios Sociales, deberían amoldarse a las necesidades de las personas y no que las personas se adapten a los Servicios Sociales y podríamos conseguirlo mediante la cooperación entre entidades públicas y privadas, mejorando estos servicios y cubriendo demandas concretas.

La terapia de orientación a la realidad, ejecutada correctamente, mediante la coordinación multidisciplinar de los trabajadores, puede llegar a tener un efecto importante sobre la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, facilitando la continuación de los enfermos en su entorno habitual y manteniendo el máximo tiempo posible la autonomía personal. Se ha demostrado anteriormente, que mediante la intervención cognitiva con enfermos de Alzheimer, realizando las actividades

reiteradamente, se puede llegar a conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que frenan la autonomía. Siempre y cuando dicha intervención se realice nada más diagnosticada la enfermedad, ya que si dejamos pasar el tiempo se van perdiendo capacidades imposibles de recuperar.

Es imprescindible seguir fomentando la creación de proyectos de cuidados a la enfermedad del Alzheimer, ofreciendo diferentes recursos y ayudas, tanto a nivel social como psicológico a aquellas familias que lo necesiten.

La elaboración del Trabajo fin de Grado me ha aportado múltiples conocimientos sobre este campo de trabajo que es el Alzheimer y que me gustaría seguir profundizando en él. Según iba empleando horas a la recopilación de la información y la posterior lectura, iba aumentando mi inquietud por saber más.

BIBLIOGRAFÍA

- Arriola Manchola, E, Inza Iraola, B. *Protocolos de atención en residencias para mayores*. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales, 1999.
- Bendito G, Tomlinson BE, Roth M. *La asociación entre las medidas cuantitativas de la demencia senil y del cambio en la sustancia gris cerebral de los sujetos de edad avanzada*. Br J Psychiatr 1968; 114: 797-811.
- Blessed G et al. Br. J. Psychiatr (1968). *Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth*. Sociedad Española de Neurología. 114; 797-811. Recuperado el 1 de junio del 2014 de <http://getm.sen.es/escalas-de-valoracion/escala-de-demencia-de-blessed-timlison-y-roth/>
- Consejo de Europa. Comité de Ministros del Consejo de Europa (1998) *Ley de dependencia*. (Recomendación nº 98 del 18/07/1998)
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. (1978). Consultado el día 5 de junio del 2014 en:<http://www.boe.es/legislación/enlaces/documentos/ConstituciónCASTELLANO.pdf>
- De la vega, R y Zambrano, A (2007) *Mini mental State Examination. Circunvalación del hipocampo*. Recuperado el 3 de Junio del 2014 de <http://www.hipocampo.org/folstein.asp>
- De la Vega, R y Zambrano, A (2010). *Escala de deterioro global (GDS). Circunvalación del hipocampo*. Recuperado el 2 de junio del 2014 de <http://www.hipocampo.org/reisberg.asp>
- De Viguera, V. *Educación para el envejecimiento*. Obtenido el 1 de junio del 2014 de <http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/reminiscencia.htm>
- España. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. (2006). *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: (BOE, núm. 299, de 15/12/2006)
- España. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. (2010). *Ley de servicios sociales de Castilla y León*. Madrid: (BOE, núm. 244, de 21/12/1010)
- Gollin E S. Desarrollo y plasticidad (1981). *Aspectos biológicos y de comportamiento de la variación en el desarrollo*. (sp) Nueva York: Academic Press.

- Gudiño. V (2009-20014). *¿Qué es Neurociencia?*. Ciencias y neurociencia aplicadas al Desarrollo Humano, Social y la Felicidad. Recuperado el 26 de mayo del 2014 de <http://www.e-neurocapitalhumano.org/shop/otraspaginas.asp?paginanp=219&t=Neurociencia>
- I. Francés, M. Barandiarán, T. Marcellán, L. Moreno. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias . *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, v.26 n.3.
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (2013). *Demencia con cuerpos de Lewy*. Recuperado el 29 de mayo del 2014
- Ley 5/2003, de 3 de abril, de *Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León* (BOCyL, 67, de 08/04/2003)
- Lubriny G, Periañez J.A y Rios-Lago M (2009). *Introducción a la rehabilitación cognitiva y la rehabilitación neuropsicológica*. Ed: UOC. (p.13) Barcelona.
- Martín, A.B (2011). *Terapia de reminiscencia*. InfoElder. Recuperado el 30 de Mayo del 2014 de <http://blog.infoelder.com/terapia-de-reminiscencia>
- Méndez. A (2011). *Enfermedad del Alzheimer*. Recuperado el 5 de junio del 2014 de <http://blog.ciencias-medicas.com/archives/1490>
- Muñiz, R y Olazarán J (2010) *Terapias No Farmacológicas para Demencias Tipo Alzheimer* (p.4) Salamanca.
- Muñiz.R y Olazarán.J (2007). *Mapa de Terapias No Farmacológicas para Demencias Tipo Alzheimer* . Fundación Maria Wolff. (p.5) Salamanca
- Muñoz Marrón, E., Blázquez Alisente, J.L, Galparsoro Izaguirre, N., Gonzalez Rodríguez, (2009). *Estimulación cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica*. Barcelona: UOC.
- OMS (2012). *Demencias*. Obtenido el 26 de mayo del 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- R. M. Crum, J. C. Anthony, S. S. Bassett y M.F. Folstein. *Normas basadas en la población para el Mini Examen del Estado Mental por edad y nivel educativo*. *Journal of the American Medical Association* 1993; 269 (18) :2386-239).
- Redondo, A. (2005). *Terapia Ocupacional en Alzheimer y otras demencias. Nuevos puntos de vista para un cuidador*. Cuadernos prácticos sobre la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.Madrid

- Regato. P (2003). *El envejecimiento activo desde la perspectiva de atención primaria*. (p.1408) Madrid: Jano extra
- Santiago Ramón y Cajal (1926) *mecanismos que gobiernan la morfología y los procesos conectivos de las células nerviosas*. Recuperado el 1 de junio del 2014 de <http://www.frasesypensamientos.com.ar/autor/santiago-ramon-y-cajal.html>
- Valladolid. Asesoría Jurídica General. (2009). *Reglamento regulador de los Servicios Públicos de Atención a Personas Mayores y a Personas Dependientes*. Valladolid: (B.O.P. N.º 292, de 22/12/2009)