



---

**Universidad de Valladolid**

Facultad de Educación y Trabajo Social

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

Máster Universitario en Psicopedagogía

**ANÁLISIS DE LOS MÉTODOS  
UTILIZADOS PARA LA  
ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN  
ALZHEIMER: PROPUESTA DE  
INTERVENCIÓN**

**Autora:** María del Henar Petite Conde

**Tutor:** Xoán González González

## **RESUMEN**

Numerosos investigadores y expertos coinciden en considerar que el progresivo aumento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad dan lugar a una sociedad cada vez más envejecida, este envejecimiento de la población, provoca un notable deterioro progresivo asociado a las capacidades cognitivas que afecta de manera primordial a la calidad de vida de las personas, del mismo modo, que este envejecimiento se traduce en un crecimiento del número de personas que sufren la enfermedad de Alzheimer.

El presente trabajo hace referencia a tres ideas principales, el conocimiento exhaustivo de la enfermedad de Alzheimer, el análisis de los métodos utilizados de estimulación cognitiva para trabajar con enfermos de Alzheimer y la importancia de emplear técnicas y recursos que mejoren la calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad.

Este proyecto pretende dotar de técnicas y estrategias que permitan favorecer los efectos de esta patología, proponiendo y desarrollando una propuesta de intervención basándose en la estimulación cognitiva para la enfermedad de Alzheimer.

## **PALABRAS CLAVES**

Enfermedad de Alzheimer, estimulación cognitiva, propuesta de intervención, calidad de vida y capacidades cognitivas.

---

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>12</b>
2.1. RELEVANCIA DEL TEMA.....	12
2.2. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS COMPETENCIAS .....	16
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
3.1. OBJETIVO GENERAL .....	22
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b> .....	<b>23</b>
4.1. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER .....	23
4.2. EVALUACIÓN Y SU IMPORTANCIA .....	32
4.3. MÉTODOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA TRABAJAR CON PERSONAS CON ALZHEIMER .....	37
<b>5. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>46</b>
5.1. CONTEXTO.....	46
5.1.1. Ubicación y estructura .....	46
5.1.2. Servicios y otras relaciones del centro con el entorno.....	47
5.1.3. Instalaciones .....	49
5.1.4. Objetivos y funciones .....	50
5.2. DESTINATARIOS.....	51
5.3. MÉTODOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA UTILIZADOS .....	53
<b>6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</b> .....	<b>57</b>
6.1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO .....	58

6.1.1. Objetivos.....	59
6.1.2. Contenidos.....	59
6.1.3. Recursos materiales, personales y espaciales .....	59
6.1.4. Temporalización .....	60
6.1.5. Evaluación .....	60
6.2. DESARROLLO DEL PROYECTO.....	61
6.3. EVALUACIÓN DEL PROYECTO .....	65
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>68</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>71</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

Se entiende este Trabajo Fin de Máster como la conclusión final, que debe realizar el alumnado, en la que debe demostrar que posee las competencias, los conocimientos y las aptitudes necesarias para desempeñar en un futuro la labor psicopedagógica.

El presente proyecto trata de manera primordial los métodos de estimulación cognitiva en Alzheimer, así como su relevancia y trascendencia para la sociedad actual en general y para la mejora de la calidad de vida de dichas personas en particular.

Este proyecto se lleva a cabo para profundizar, conocer y reflexionar sobre los métodos e intervenciones no farmacológicas más utilizadas para trabajar con personas con Alzheimer, sobre su necesaria aplicación y su esencial interrelación con la mejora de la calidad de vida de estas personas y su entorno. De tal modo, que se pretende recalcar como idea primordial que las intervenciones no farmacológicas no se deben tomar como una opción, sino como una necesidad presente para favorecer y mejorar la evolución de esta enfermedad.

Este proyecto surge como consecuencia de una necesidad: la mayor y mejor utilización de los diversos métodos no farmacológicos para tratar la enfermedad de Alzheimer, -en concreto en las técnicas de estimulación cognitiva y de mantenimiento de la funcionalidad-. Tal necesidad se desprende de nuestra realidad social, en la que cada vez el número de personas mayores va aumentando y con ello, crece el número de personas que sufren algún tipo de demencia.

El progresivo aumento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad dan lugar a una sociedad cada vez más envejecida, por tanto, en las últimas décadas el número de personas mayores ha aumentado considerablemente de 46 a 69 millones en los últimos treinta años en toda la Comunidad Europea y se espera un incremento mayor a los 80 millones de personas en 2020. (Mayán y Fernández, 2008)

En cuanto al caso particular de España, según recoge el Libro Blanco de Envejecimiento Activo (IMSERSO, 2011), el número de personas mayores de 65 años supera al de menores de 15. Este dato nos hace reflexionar sobre el futuro de nuestro país, y sobre las consecuencias a largo plazo que este cambio demográfico supondrá en la posteridad.

Los datos anteriores son consecuencia del aumento de la esperanza de vida que viene provocada por una amplia disminución de la mortalidad. Estos datos, nos revelan un cambio en la población de los países desarrollados en los que se ha cambiado de un régimen de mortalidad y natalidad elevadas, a otro en que ambas son bajas, lo que desemboca en un envejecimiento de la población.

Este cambio en los sistemas demográficos conocido como “*transición demográfica*” viene produciéndose desde los últimos dos siglos de forma paulatina y con ritmos diferentes en distintas zonas del planeta. No existe absoluta unanimidad sobre las causas de esta transformación, aunque se asume que están directamente relacionadas con el grado de desarrollo económico de cada país.

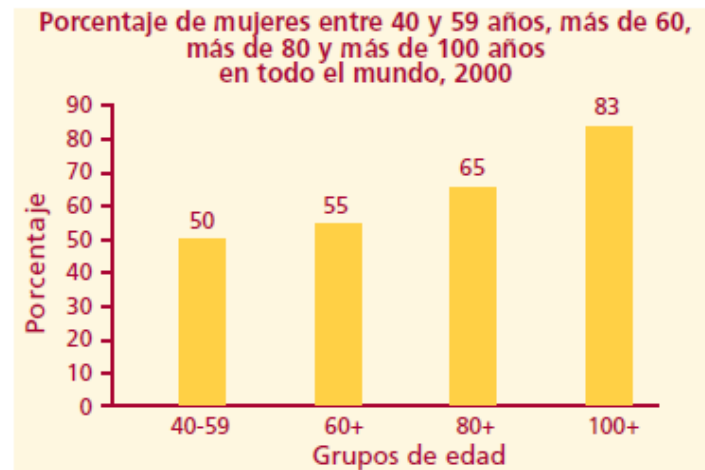
Los datos que se presentan a continuación pertenecen al Año 1990, los cuales han evolucionado hasta el día de hoy, considerando por la “Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento” que la población de ancianos en el mundo está creciendo un 2% anualmente, previniendo que la tasa de crecimiento de personas mayores de 60 años o más alcanzará el 2,8% anual entre los años 2025 y 2030.

**Tabla 1. Porcentaje de >65, >75 y >80, por regiones del Mundo 1990**

<b>REGIÓN</b>	<b>&gt;65</b>	<b>&gt;75</b>	<b>&gt;80</b>
Europa	13.7	6.1	3.2
América del Norte	12.6	5.3	2.8
Oceanía	9.3	3.6	1.8
Asia	4.8	1.5	0.6
América del sur	4.8	1.5	0.6
Oriente próximo y África del norte	3.8	1.2	0.5
África subsahariana	2.7	0.7	0.3

Fuente: *U.S. Bureau of the Census, Center for International Research, International Data Base on Aging. Washington D.C. 1992*

Gráfica 1. Porcentaje de mujeres entre 40 y más de 100 años en todo el mundo en el año 2000.



Fuente: Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. Madrid (8/12 de abril de 2002)

Los datos anteriores y el cambio demográfico existente, desembocan en el envejecimiento de la población, el cual produce un notable deterioro progresivo asociado a las capacidades cognitivas que afecta de manera primordial a la calidad de vida de las personas.

Este deterioro cognitivo asociado al envejecimiento influye en diversas áreas que afectan a distintos niveles; intelectual, atención, capacidad visoespacial, razonamiento abstracto y resolución de problemas.

Del mismo modo, este aumento de población envejecida se traduce también, en un crecimiento del número de personas que sufren la enfermedad de Alzheimer, ya que el principal factor de riesgo para padecerla es la edad.

Por tanto, es imprescindible tanto la investigación como creación y mejora de técnicas e intervenciones de base no farmacológicas que faciliten y mejoren tanto el proceso como la evolución de esta enfermedad.

La temática escogida para la realización de este proyecto, trata sobre el análisis de los métodos aplicados para la estimulación cognitiva en Alzheimer, así como proporcionar la información y los recursos necesarios que permitan facilitar la calidad de vida de estas personas.

Para la realización de este proyecto, en primer lugar se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de los diferentes métodos y técnicas utilizadas para trabajar con enfermos de Alzheimer, para más adelante, poder enunciar los métodos utilizados en la Asociación en la cual se ha mantenido contacto con los enfermos de Alzheimer, para finalmente, exponer una propuesta de intervención alternativa y favorable para llevar a cabo con este colectivo.

Exactamente, el fin último de dicho proyecto es realizar una propuesta de intervención para enfermos de Alzheimer, basándose en las técnicas de estimulación cognitiva. Dicha propuesta ha sido realizada en el periodo de practicum del Máster en Psicopedagogía, por lo tanto, se pretende mostrar y valorar la eficacia de dichos métodos de estimulación cognitiva. Del mismo modo, que podemos obtener las limitaciones y oportunidades que este tipo de técnicas suponen para los enfermos de Alzheimer.

Como síntesis y para finalizar, cabe señalar que el objetivo central, el cual mueve todos los ejes de este proyecto es valorizar los beneficios que se obtienen de la utilización de las técnicas no farmacológicas y su importancia en una sociedad cada vez más longeva, y lo que es más importante hacerlo a través de unas intervenciones que por su naturaleza y especificidades tiene un potencial muy grande.

A modo de esquema y para realizar una pequeña síntesis de todo el proyecto, se realiza la siguiente tabla, en la que aparecen los diferentes apartados con una breve reseña de lo que se trata en cada uno de ellos.

La estructura del proyecto que aquí presentamos es la contenida en la siguiente tabla:



Tabla 2: Estructura en epígrafes del proyecto.

<b>EPÍGRAFES</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
1. Introducción	En este apartado se pretende realizar una pequeña presentación e introducción detallada de todo el proyecto. Deteniéndonos de forma más detallada en los ejes esenciales en los que se fundamenta este proyecto, tratando de realizar una breve panorámica sobre la importancia y relevancia del tema tratado en la actualidad.
2. Justificación del proyecto.	Respecto a este apartado, se pretende otorgar las razones que nos han llevado a la elección de esta temática, la relevancia del tema en la sociedad actual, y las motivaciones existentes para la elaboración de dicho proyecto. Asimismo, se trata de alegar la adquisición de las competencias necesarias que otorga el Título de Máster en Psicopedagogía, así como la fundamentación teórica del eje principal del proyecto: los métodos más utilizados para la estimulación cognitiva en Alzheimer.
3. Objetivos.	En este epígrafe se exponen los objetivos tanto generales como específicos que se pretenden conseguir con la realización de este proyecto.
4. Fundamentación teórica.	Se pretende realizar una visión general sobre las principales características y avances realizados en cuanto a la enfermedad de Alzheimer como en los métodos de estimulación cognitiva empleados para paliar esta patología.

---

5. Aspectos metodológicos.	Se pretende describir el lugar, los destinatarios y los elementos necesarios para llevar a cabo dicho proyecto, para poder contextualizar nuestra propuesta de intervención.
6. Propuesta de Intervención.	El eje principal de dicho proyecto, en el que se explica la propuesta de intervención basada en la estimulación cognitiva con personas con Alzheimer. Se trata de la presentación, el desarrollo y la evaluación de dicha propuesta.
7. Conclusiones.	En este epígrafe, se realiza una síntesis de todo lo aprendido y realizado a lo largo de la planificación y elaboración de este proyecto.  Así como los aspectos más relevantes y significativos de dicho proyecto.
8. Referencia Bibliográfica.	Con este epígrafe se trata de señalar las fuentes a través de las cuales se ha recopilado la información necesaria para la realización de este proyecto.
9. Anexos	Este epígrafe trata de aportar toda la información adicional necesaria para ayudar a mejorar la comprensión y permitir conocer más específicamente algunos de los apartados presentes en el proyecto.

Fuente: Elaboración propia.

## 2. JUSTIFICACIÓN

### 2.1 RELEVANCIA DEL TEMA

En las últimas décadas se viene observando un aumento significativo del número de personas mayores en los países desarrollados, produciéndose un crecimiento relevante del número de octogenarios, aumentando en un 53% en la última década frente al 9% de la población (Mayán y Fernández, 2008) este hecho proviene del incremento de la esperanza de vida que desencadena en un envejecimiento de la población mundial.

Este envejecimiento de la población provoca un deterioro de las capacidades cognitivas y un aumento de personas que padecen algún tipo de demencia.

La realidad social que se quiere atender, es una realidad presente en nuestros días, en la que como es sabido, este envejecimiento de la población cada vez se hace más notable y se precisan de medidas, recursos y estrategias para poder solventar las consecuencias que este envejecimiento provoque en la calidad de vida de esta población cada día más multitudinaria.

Asimismo, resulta más que sorprendente que en la era tecnológica en la que vivimos, en esta sociedad tan rica y multicultural donde la calidad de vida de las personas debería de ser el eje esencial en el que se muevan los hilos de las investigaciones y los avances, todavía no se trate de manera primordial este ámbito, sino que está relegado a un plano secundario.

Por tanto, es necesario que se investigue y se mejore en las intervenciones no farmacológicas más óptimas para llevar a cabo tanto con personas que padecen algún tipo de demencia como con el resto de personas mayores sin deterioro cognitivo, con el fin último de mejorar tanto su calidad de vida como las posibilidades de padecer un deterioro cognitivo leve.

Por otro lado, en cuanto a la enfermedad de Alzheimer que es en la que se centra este proyecto, más de 15 millones de personas en todo el mundo sufren esta enfermedad (Nussbaum y Ellis, 2003) y en cuanto a los efectos de los fármacos existentes en la

actualidad son mínimos, por lo que resulta imprescindible la utilización de otras vías para favorecer la evolución de esta enfermedad.

Los fármacos actuales sólo tienen efectos muy limitados. Sin embargo, las terapias no farmacológicas pueden, a día de hoy, mejorar significativamente las vidas de pacientes y cuidadores. Aunque no se debe olvidar que en algunos casos la utilización de fármacos es imprescindible y que en muchas situaciones, los mejores resultados se obtienen combinando las terapias no farmacológicas con fármacos. En este aspecto, se conoce que los tratamientos farmacológicos combinados con las técnicas no farmacológicas enriquecen y aportan beneficios a la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad, pero, no se debe obviar la importancia de los cuidados, por ello, los autores proponen un modelo dinámico e interactivo en el que se vayan aplicando los tratamientos que demuestren eficacia. Para ello, se deben combinar los tratamientos farmacológicos, con las técnicas no farmacológicas y los cuidados. (Olazarán Rodríguez et al., 2007).

Figura 1: Modelo dinámico.



Fuente: Olazarán Rodríguez J, Poveda Bachiller S, Martínez Martínez U, Muñiz Schwochert R. Estimulación cognitiva y tratamiento no farmacológico. En: Martínez Lage JM, Carnero Pardo C, editores. Alzheimer 2007: recapitulación y perspectivas. Madrid: Aula Médica; 2007: 91-102.

Investigaciones científicas han podido constatar, que las terapias no farmacológicas tienen un abanico muy amplio de efectos clínicos positivos: mejoran la cognición, la conducta o el estado de ánimo, reducen la carga del cuidador y evitan o posponen el ingreso en residencias.

Uno de los mayores beneficios de estas terapias es la inexistencia de efectos secundarios en el enfermo lo cual favorece la aplicación de estas técnicas frente a los meros fármacos. Aunque los efectos de los fármacos y de las terapias no farmacológicas se suman, e incluso es posible, que las terapias no farmacológicas funcionen aún mejor si se combinan con los fármacos habituales para esta enfermedad.

A pesar de ello, estas técnicas obtienen mejores resultados que los fármacos, son más eficientes y más económicas. Por tanto, resultan un recurso inmejorable para trabajar con personas que padecen Alzheimer. Este es una de las motivaciones por las cuales fue elegido este tema para llevar a cabo el Trabajo Fin de Máster.

En la actualidad un gran número de personas mayores sufren algún tipo de demencia, pero dentro de los diferentes tipos, la más habitual es la demencia de Alzheimer, que afecta a alrededor del 60% de los enfermos (Olivar, 2013). A pesar, de afectar a tantas personas y ser una enfermedad popular, en la actualidad, aún no se conoce su etiología con exactitud ni la existencia de tratamientos verdaderamente eficaces. En cuanto a la etiología, cuatro son las opciones que se barajan para determinar la causa de esta patología, entre las que nos encontramos con: un déficit genético, un fallo en el sistema inmune, un exceso de aluminio o un déficit de acetilcolina (Olivar, 2013). Respecto a los tratamientos existentes, se aplican tanto los fármacos como las técnicas no farmacológicas, aunque aún no se ha hallado un tratamiento eficaz al 100%.

Por este motivo, se pretende realizar una síntesis sobre la información relevante necesaria para solventar de la mejor forma posible este trastorno. Se pretende que, con este trabajo, orientemos y ayudemos a encontrar métodos útiles que sirvan para frenar el deterioro que supone padecer dicha enfermedad. Puesto que, la documentación, información y asesoramiento pueden favorecer la calidad de vida de estas personas.

Por otro lado, uno de los motivos por los cuales se llevó a cabo la elección de esta temática se encuentra, sin duda, relacionado tanto con los contenidos tratados en el periodo lectivo del Máster, como en la duración de las prácticas del mismo.

En cuanto a la interrelación de los conocimientos adquiridos durante el periodo formativo del Máster con el periodo de prácticas, hay que destacar que hemos tratado el tema de deterioro cognitivo en dos asignaturas “*Personas con necesidades educativas especiales*” y “*Programas específicos de intervención para personas con necesidades educativas especiales*” en la primera de ellas, se trataron los aspectos fundamentales y las características principales de cada una de las demencias, tratando de manera principal la demencia tipo Alzheimer. Dentro de la demencia tipo Alzheimer se han tratado las fases, los tipos, la sintomatología, el diagnóstico y la causa por la que se produce.

En cuanto, a la segunda asignatura se trataba de dar estrategias y recursos para trabajar con personas mayores que presentan deterioro cognitivo.

Los contenidos trabajados en ambas asignaturas nos proporcionan información necesaria para poder enfrentarnos tanto al periodo de prácticas como a la realización de este proyecto, teniendo recursos y herramientas suficientes para solventar los problemas que nos puedan surgir.

La posibilidad de haber realizado las prácticas en la “Asociación de Familiares de Alzheimer”, en la cual, se trataba de manera primordial las técnicas de estimulación cognitiva, ha supuesto una mayor unión a esta enfermedad, a sus características, al trabajo que llevan a cabo los profesionales, a las técnicas más utilizadas para solventar las dificultades que presenta esta enfermedad, colaborar en los diferentes programas que allí se imparten, y sobretodo, poder llevar a cabo la propuesta de intervención que aquí se va a desarrollar.

Se considera de gran importancia que tanto los contenidos tratados en el Máster, como la teoría explicada en este trabajo, se completen con una pequeña experiencia en un contexto real; esto hará de este trabajo un proyecto más completo y enriquecedor.

## 2.2.RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO.

Tal y como establece la ordenación de las enseñanzas de Máster Universitario en Psicopedagogía, los estudiantes deben desarrollar durante sus estudios una serie de competencias generales y específicas. Por ello, a continuación se describe la eminente relación entre las competencias del título (UVA, 2012) con las exigencias que requiere la elaboración del presente trabajo.

En concreto, para otorgar el citado título será exigible alcanzar las competencias que relacionamos en la siguiente tabla.

Tabla 3: Competencias del título de Máster Universitario en Psicopedagogía.

<b>PRESENTES EN ESTE TFM</b>	<b>COMPETENCIAS GENERALES</b>
X	G3. Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.
X	G5. Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.
X	G6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.
X	G7. Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que han de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.

<b>PRESENTES EN ESTE TFM</b>	<b>COMPETENCIAS ESPECÍFICAS</b>
X	E3. Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.
X	E4. Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.
X	E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.
X	E6. Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas.
X	E7. Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.
X	E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

Fuente: Elaboración propia.



Tras revisar detenidamente las competencias generales del título de Máster Universitario en Psicopedagogía, creo poder afirmar que la realización de este trabajo de fin de máster contribuye a afianzar y consolidar todas y cada una de las cuatro competencias generales y las seis competencias específicas. Pero veamos una por una cada competencia y su vinculación con este proyecto.

-Competencias generales:

La competencia número 3: Esta competencia queda patente en el intercambio de información y opiniones que se han ido llevando a cabo a lo largo de la realización de este Trabajo Fin de Máster con el tutor. Del mismo modo, que en cuanto a la clarificación de los contenidos, se presentarán frente a un tribunal para comprobar la precisión de los mismos.

La competencia número 5: Se ha pretendido que durante la elaboración de este trabajo, en la revisión bibliográfica de las investigaciones se haya nombrado y citado a cada uno de los autores que aparecen en este texto, de igual forma, se ha procurado no mostrar ningún dato relevante sobre las personas que forman parte de la propuesta de intervención.

La competencia número 6: Esta competencia se desarrolla en tanto en cuanto, se realiza la revisión y el análisis bibliográfico de los diferentes estudios e investigaciones. Del mismo modo, las tecnologías de la información y la comunicación han estado presentes en el desarrollo de la propuesta de intervención, como lo estarán en la presentación y exposición de los resultados del trabajo.

La competencia número 7: Esta competencia es uno de los ejes principales en la realización de este trabajo, ya que es necesario tener un alto grado de autonomía e iniciativa en la toma de decisiones, así como el conocimiento de técnicas y herramientas de aprendizaje y estar dotado de ciertas aptitudes que nos permitan llevar a cabo con éxito este trabajo.

- Competencias específicas:

La competencia número 3: Para poder llevar a cabo la propuesta de intervención, se precisa de la orientación, asesoramiento y documentación necesaria sobre la demencia tipo Alzheimer, para solventar y mejorar tanto la calidad de vida como el desarrollo personal de los enfermos.

La competencia número 4: La principal finalidad de este trabajo es elaborar una propuesta de intervención sobre estimulación cognitiva en Alzheimer, al objeto de dar respuesta a las necesidades de los enfermos, para intentar facilitar tanto su calidad de vida como la de las personas que les rodean. Por ello, esta competencia se desarrolla detalladamente a lo largo de todo el trabajo.

La competencia número 5: Prestar servicios psicopedagógicos es uno de los objetivos principales que se persigue con la realización de este proyecto, ya que, la labor del psicopedagogo lleva implícito tanto contribuir al desarrollo personal y social de las personas en un contexto, como el planificar y organizar respuestas que favorezcan las necesidades específicas de un colectivo concreto.

La competencia número 6: Uno de los pilares básicos que requiere cualquier intervención con este tipo de colectivos es la coordinación y la cooperación por parte de todos los agentes e instituciones que atienden y rodean a estos enfermos. Por ello, es esencial que cada una de las intervenciones o programas que se lleven a cabo deban haberse comunicado al resto de profesionales, del mismo modo, que la toma de decisiones debe realizarse de manera conjunta.

La competencia número 7: Es fundamental tener en cuenta que los contextos en los que se sitúan los enfermos de Alzheimer se encuentran en continua evolución, debido al carácter progresivo de esta enfermedad. Por tanto, se deben ir realizando las modificaciones que se precisen en el programa, para que éste sea óptimo para el usuario al que va destinado y el momento de la enfermedad en que se encuentre.

La competencia número 8: Tras la puesta en práctica de cualquier programa o intervención psicopedagógica se precisa de una evaluación y revisión de los aspectos positivos y negativos de dicha práctica, así como, de sus limitaciones y oportunidades que subyacen tras la puesta en práctica del programa. Y éste, es uno de los objetivos que se llevan a cabo en esta propuesta de intervención, el poder evaluar los resultados y observar qué aspectos se deben mejorar y cuáles deben permanecer.

Dentro de este epígrafe, en el que se tratan las competencias del Título, se cree importante reseñar la importancia que tiene la figura del psicopedagogo dentro del campo del Alzheimer y otras demencias.

Es cierto, que en los primeros años, el rol del psicopedagogo estaba ligado a los contextos formales, pero poco a poco, las cosas han ido cambiando y con ellas los escenarios en los que se requiere la presencia de estos profesionales. De este modo, un autor define la labor del psicopedagogo como “un conjunto de conocimientos, metodologías principios teóricos que fundamentan la planificación, diseño, aplicación y evaluación de la intervención psicopedagógica preventiva, comprensiva, sistémica y continuada que se dirige a las personas, las instituciones y el contexto comunitario, con el objeto de facilitar y promover el desarrollo integral de los sujetos a lo largo de las distintas etapas de su vida, con la implicación de los diferentes agentes educativos y sociales.”(Vélaz Medrano, 2002). De dicha definición, se subyace un aspecto muy importante, “el desarrollo integral de los sujetos a lo largo de las distintas etapas de su vida”, por tanto, se amplía el abanico de oportunidades en las que los psicopedagogos pueden trabajar.

Resulta de gran importancia la necesidad de esta figura en cualquier asociación o centro donde se lleven a cabo terapias de estimulación cognitiva con enfermos de Alzheimer u otras demencias. Ya que la mezcla entre la formación psicológica y pedagógica da a este profesional una doble visión muy interesante para poder dar opción a las diferentes intervenciones que se deban llevar a cabo desde un punto de vista pedagógico pero también utilizando estrategias y recursos psicológicos que ayudan y facilitan dichas intervenciones.

Por tanto, es necesario que se investigue y se mejore en las intervenciones no farmacológicas más óptimas para llevar a cabo tanto con personas que padecen algún tipo de demencia como con el resto de personas mayores sin deterioro cognitivo, con el fin último de mejorar su calidad de vida, y en este aspecto la figura del psicopedagogo es clave. Por lo que, en este momento en el que la población mundial cada vez es más longeva y el número de casos de demencia asciende, resulta imprescindible la formación y presencia de profesionales especializados en este tema en estos contextos.

En conclusión, se pretende que los enfermos de Alzheimer tengan la mejor calidad de vida posible, y por ello, precisan de profesionales que les transmitan seguridad, tranquilidad, respeto, cariño, apoyo, que intenten mantener vivos sus recuerdos por el mayor tiempo posible, que sean comprensivos... Y por otro lado, lo que necesitan estos enfermos es sentirse útiles y tener un motivo por el que seguir viviendo con ilusión. Por consiguiente, se cree que los psicopedagogos están preparados para abordar todo esto y ayudar a que los pacientes consigan un desarrollo integral en todos los aspectos de su vida.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Profundizar, conocer y reflexionar sobre los métodos e intervenciones no farmacológicas, en especial, las técnicas de estimulación cognitiva más utilizadas para trabajar con personas con Alzheimer, la importancia de llevarlas a cabo y su estrecha relación con la mejora de la calidad de vida de estas personas y su entorno.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar y conocer las terapias no farmacológicas más utilizadas para trabajar con las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer, centrándonos en las técnicas más utilizadas de estimulación cognitiva.
- Fundamentar la necesaria aplicación de las técnicas de estimulación cognitiva y su esencial interrelación con la mejora de la calidad de vida de estas personas y su entorno.
- Detallar y profundizar en las características, las fases, los tipos, los criterios diagnósticos, la etiología y los principales tratamientos que se utilizan para paliar la enfermedad de Alzheimer.
- Analizar y conocer los diferentes métodos existentes para llevar a cabo la evaluación de las demencias.
- Diseñar, programar, desarrollar y evaluar una propuesta de intervención, en la que se trabaja la estimulación cognitiva en personas con Alzheimer, en un contexto no formal llevado a cabo por un psicopedagogo.

## 4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El aumento considerable de la población mundial en general, y de los países desarrollados en particular, convierte a la sociedad actual en una comunidad envejecida, este aumento de la población envejecida provoca a su vez, un incremento del número de personas que sufren la enfermedad de Alzheimer, ya que uno de los principales factores de riesgos para sufrirla es la edad.

### 4.1 LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Antes de adentrarnos en la enfermedad de Alzheimer, se debe realizar una aclaración acerca del deterioro cognitivo. Debe quedar claro, que el deterioro cognitivo no es una consecuencia natural del envejecimiento, si no que las demencias están causadas por enfermedades específicas, aunque como se ha dicho con anterioridad, el envejecimiento aumenta el riesgo de sufrirla pero nunca se debe considerar como la causa de ésta. De este modo, las personas mayores pueden tener un envejecimiento natural pero no necesariamente sufrir demencia.

Resulta imprescindible realizar una comprensión del diagnóstico diferencial de las demencias, debido a que dependiendo qué tipo de deterioro tenga el usuario se deberán aplicar un tipo de intervenciones u otras.

Como se decía con anterioridad, con la edad algunas personas sufren un deterioro natural que la Organización Mundial de la Salud (1992) denomina como “Deterioro Cognitivo Asociado a la Edad” (DCAE), el cual define como “un deterioro algo más intenso que la media del grupo control de edad similar” señalando como criterios para su identificación:

-Problemas para recordar nombres o citas y dificultades para solucionar problemas complejos.

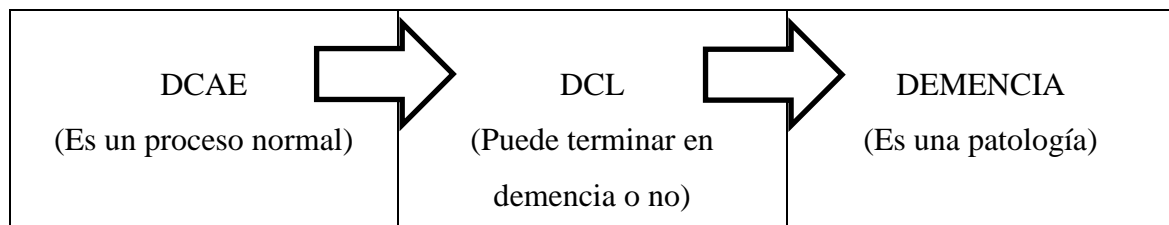
-Rendimiento deficitario (desviación típica por debajo de la media del grupo control de edad y nivel cultural similar) en cualquier función cognitiva superior (memoria, aprendizaje, atención, concentración, lenguaje, pensamiento o coordinación visoespacial).

-No se puede considerar patología, ya que la causa puede ser el entrenamiento o la práctica que haya realizado la persona a lo largo de su vida.

Por otra parte, nos encontramos con otro estadio dentro de la clasificación de deterioros cognitivos. Según la Organización Mundial de la Salud, (1992) se denomina "deterioro cognitivo leve " (DCL) "la persona que presentan una disminución de su rendimiento cognitivo en una o varias áreas cognitivas, sin dificultad funcional notoria y que presenta dificultades en algunas actividades complejas, disminuyendo así su calidad de vida". Este tipo de deterioro cognitivo no tiene relación explícita con la edad pero no es lo suficientemente grave como para ser diagnosticado de demencia. Se podrá definir como el periodo intermedio entre el "Deterioro Cognitivo Asociado a la Edad" y la demencia y en algunos caso, puede ser considerado como el estadio anterior a la demencia.

Para clarificar la información anteriormente detallada se expone una figura en la que se presentan los tres tipos de deterioro cognitivo.

Figura 2: Continuo de las demencias



Fuente: Elaboración propia.

Tras haber realizado esta breve explicación sobre los tipos de deterioro cognitivo, nos vamos a centrar en la demencia, para posteriormente adentrarnos en la demencia de Alzheimer.

En primer lugar, de acuerdo con Wash (2007), "La demencia es un término que se emplea para describir un grupo de enfermedades que tienen un efecto muy importante en la vida de las personas y que tienden a compartir síntomas similares"

Más adelante, encontramos la definición de Olivar (2013), “la demencia está causada por enfermedades específicas que, en conjunto, constituyen un síndrome generalmente crónico o progresivo, caracterizado por déficits cognitivos, motores, sociales y de la personalidad que repercuten en la actividad cotidiana de la persona que lo padece”.

Siguiendo con las aportaciones de Olivar (2013), los principales signos que nos encontramos en las diferentes demencias son los siguientes:

- Inicio insidioso.
- Progresión lenta.
- Pérdida de memoria (en especial la memoria reciente más que la remota.)
- Pérdida del lenguaje.
- Alteraciones en el reconocimiento.
- Dificultad para realizar ciertas tareas.
- Dificultad para planificar y hacer previsiones.
- Problemas de orientación.
- Cambios en la personalidad.
- Alteraciones de la conducta.
- Duración de los síntomas mayor de 6 meses.

A pesar de tener estos signos comunes encontramos diferentes tipos de demencias, entre las cuales la más frecuente es la enfermedad de Alzheimer. A continuación mostramos una tabla en la que aparece la clasificación de las demencias.



Tabla 4: Clasificación de las demencias.

CLASIFICACIÓN	DEMENCIA
Enfermedad de Alzheimer	Hallazgos corticales
Enfermedad de Pick	
Demencia vascular	
Enfermedad de Parkinson	Alteraciones del movimiento
Enfermedad de Huntington	
Seudodemencia depresiva	Alteración del humor
Demencia por hidrocefalia	Hidrocefalia
Enfermedades metabólicas Enfermedades tóxicas Traumatismos Tumores, infecciones Enfermedades desmielinizantes	Estados confusionales crónicos

Fuente: Olivar Parra, J. S. (2013). Apuntes de la asignatura: *Personas con necesidades educativas específicas*. Máster en Psicopedagogía. Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo Social.

Ahora, nos vamos a centrar en el tipo de demencia más común, la demencia tipo Alzheimer, que afecta a alrededor del 60% de las personas que sufren algún tipo de demencia (Olivar, 2013).

El Alzheimer es un proceso neurodegenerativo irreversible del sistema nervioso central caracterizado por una muerte neuronal progresiva en ciertas zonas del cerebro de etiología aún desconocida. Las consecuencias más significativas de esta enfermedad son: alteraciones en el carácter, cognición, conducta y personalidad y, por tanto, un grave deterioro de la vida social, laboral y cotidiana de la persona afectada. “Suele comenzar con una alteración de la memoria a corto plazo (...) Desde que aparecen los primeros síntomas hasta el fallecimiento pueden transcurrir entre 5 y 10 años”. (Olivar, 2013).

Se trata de la demencia más común que afecta a 15 millones de personas en todo el mundo, suponiendo un porcentaje del 1% para una edad poblacional de 65 a 69 años y de un 40-50% para una edad de 95 años (Nussbaum y Ellis, 2003).

Según Olivar (2013), existe una diferenciación entre tres fases respecto a la progresión de dicha enfermedad, comenzando con una sintomatología leve, pasando por manifestaciones de gravedad moderada, terminando con síntomas irreversibles en el estadio terminal de la enfermedad.

Diferenciación de las fases:

Fase inicial: se caracteriza por:

- Olvidos frecuentes.
- Problemas para expresar las ideas.
- Cambios bruscos de humor.
- Capacidad aún para realizar tareas cotidianas.

Fase intermedia: los síntomas son:

- Olvido de hechos recientes.
  - Recuerdo de hechos lejanos pero mal situados en el tiempo.
  - Reacciones violentas y agresivas.
  - Miedos injustificados.
  - Deambulación sin rumbo ni objetivo.
  - Pérdida de fluidez en el lenguaje.
  - Apraxia: dificultad para realizar ciertas tareas.
  - Falta de coordinación en las actividades habituales.
  - Pérdida de autonomía personal.
-

Fase terminal: se caracteriza por:

- Amnesia general.
- Respuestas emocionales incoherentes.
- Falta de comprensión cuando se le habla.
- Balbuceo o repetición de palabras sin sentido.
- Dificultades para levantarse, sentarse y andar.
- Problemas para tragar y controlar los esfínteres.

En cuanto a los tipos de demencia Alzheimer pueden ser o de aparición temprana o de aparición tardía. La aparición temprana se manifiesta antes de los 60 años y corresponde entre el 5-10% de los casos, mientras que la aparición tardía es el tipo más común y se presenta a partir de los 60-65 años.

Como se ha dicho anteriormente, hoy en día no se conocen las causas por las que se produce esta enfermedad, lo único que se sabe con exactitud es que hay una degeneración progresiva de una neurona.

La posible etiología de la demencia de Alzheimer: se establecen diversas teorías o hipótesis para poder explicar el porqué de dicha patología. Son las siguientes:

- Un defecto genético.
- Un fallo en el sistema inmune.
- Existencia de un exceso de aluminio.
- Existe un déficit de acetilcolina.

La teoría más aceptada entre los investigadores es la hipótesis del defecto genético, aunque no se conoce con exactitud. Pese a que no se conoce cuál es la causa que provoca esta patología, existen ciertos factores de riesgo que benefician la aparición de esta enfermedad.

Según Olivar (2013) son los siguientes:

Edad: a medida que avanza la edad de una persona existe mayor riesgo de sufrir Alzheimer.

Sexo: es más frecuente en mujeres que en hombres.

Exceso de aluminio: se ha comprobado que una cantidad grande de aluminio en agua y nutrientes influye, pero no se sabe aún cómo afecta de manera precisa.

Factores vasculares: algunas enfermedades vasculares, hipertensión arterial y colesterol se señalan también como factores de riesgo.

Sistema inmune: nuestro sistema nervioso central posee un sistema inmune que protege al cerebro, pero en ocasiones se produce un trastorno, debido a una proteína que hace que esa protección ataque al cerebro.

Para llevar a cabo una intervención con estos enfermos resulta imprescindible contar con una serie de criterios diagnósticos que nos faciliten la información necesaria para poder desarrollar programas acordes con las necesidades específicas de cada paciente.

Este aspecto resulta difícil, ya que no existe ninguna forma que nos garantice al 100% que una persona padece esta enfermedad o no hasta que se realiza un examen cerebral postmortem. De este modo, Acarín (2010) decía “no disponemos de ninguna prueba que permita el diagnóstico con certeza antes de la muerte del enfermo, que es cuando se puede realizar el estudio patológico del cerebro”.

A pesar de no poseer un método que nos garantice si una persona padece esta enfermedad, existen varios sistemas para llevar a cabo el diagnóstico psicopatológico.

En el siguiente cuadro se presentan los criterios diagnósticos de esta enfermedad, publicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en la cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2002).

Tabla 5: Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

**A. Desarrollo de deficiencia cognitiva múltiple, manifestada por:**

**A.1.** Alteración de memoria (aprender nueva información y evocar la ya aprendida), y

**A.2.** una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:

-Afasia      - Apraxia

-Agnosia    - Alteración de funciones ejecutivas

**B. Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacional y social.**

**C. La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.**

**D. Las alteraciones expresadas en A.1 y A.2 no se deben a lo siguiente:**

**D.1** Otros trastornos del sistema nervioso central que puedan ocasionar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, tumor cerebral).

**D.2** Trastornos sistémicos que pueden ocasionar demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, fólico, niacina, hipercalcemia, neurosífilis, SIDA)

**D.3** Intoxicaciones.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Por otro lado, encontramos otra clasificación que establece otros criterios diagnósticos, la CIE-10, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en 1992, de la Organización Mundial de la Salud propone los siguientes criterios:

Tabla 6: Criterios diagnósticos CIE-10

**1. Deterioro de memoria:**

- Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva.
- Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado.

**2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento.**

- Reducción del flujo de ideas.
- Deterioro en el proceso de almacenar información:
  - Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez.
  - Dificultad para cambiar el foco de atención.

**3. Interferencia en la actividad cotidiana.****4. Conciencia clara. Posibilidad de la superposición delirio/demencia.****5. Síntomas presentes al menos durante seis meses.**

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: Meditor.

Tras comparar los sistemas de clasificación más utilizados, podemos observar que existen criterios comunes entre ambos.

A pesar de que hoy en día no conocemos la causa que produce esta grave enfermedad, gracias a los avances médicos, económicos, sociales y culturales que hemos ido viviendo a lo largo de estas últimas décadas, las condiciones de vida de la población más longeva han mejorado considerablemente. Asimismo, en la actualidad se están produciendo numerosas investigaciones acerca de cómo poder prevenirla. En este ámbito, se ha publicado un estudio sobre una vacuna contra el Alzheimer cuyo objetivo principal es prevenir la enfermedad de Alzheimer y, en el caso de las personas ya afectadas, reducir el tejido neuronal, mejorando la capacidad cognitiva y frenando la muerte neuronal.

En este ámbito, esperemos que sigan produciendo investigaciones y se consiga avances que mejoren la calidad de vida de estas personas y su entorno.

## 4.2 LA EVALUACIÓN DE LAS DEMENCIAS Y SU IMPORTANCIA.

Como en cualquier otra enfermedad, el Alzheimer también requiere de la detección precoz del deterioro cognitivo para poder solventar cuanto antes las dificultades que se presenten y dotar de estrategias y recursos, tanto al enfermo como a su entorno, para paliar cuanto antes los efectos de dicha patología.

La evaluación es un elemento fundamental para poder detectar la permanencia o no de la enfermedad, así como, los efectos que ya se han producido en el enfermo. De este modo, la evaluación puede ayudarnos a identificar debilidades en áreas o funciones específicas, identificar la presencia y naturaleza de trastornos cognitivos precoces o leves. Asimismo, también pueden servir para ayudarnos a distinguir entre diversas enfermedades, lo cual nos resulta muy importante porque el tratamiento apropiado depende de un diagnóstico preciso.

Para la detección de esta enfermedad, deben efectuarse una serie de pruebas o evaluaciones. Se precisa revisar la historia clínica del paciente, que se puede valorar a través de entrevistas tanto al enfermo como a familiares y/o cuidadores, y en segundo lugar con una exploración cognitiva, mediante diversos test o escalas de evaluación.

Se pueden encontrar numerosos test o escalas existentes para llevar a cabo la evaluación, pero se van a destacar algunos de los más utilizados en la actualidad, ya que hemos tenido la oportunidad de poder conocerlos y examinarlos todos durante el periodo de prácticas del Máster en Psicopedagogía. Todos y cada uno de los test o escalas que ahora van a aparecer figuran en los anexos.

### a) Global Deterioration Scale (Escala de Deterioro Global) de Reisberg. (Anexo 1)

Esta escala es una de las más utilizadas, además de ser una de las primeras en pasarse cuando nos encontramos ante una evaluación. Evalúa el deterioro cognitivo mediante siete estadios progresivos que van desde la ausencia de deterioro cognitivo hasta el deterioro muy severo o grave. A pesar, de llevar utilizándose desde su publicación en 1982, sigue siendo muy útil y utilizada.

b) Test The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX-R) (Anexo 2)

Esta escala mide las siguientes áreas cognoscitivas: orientación (temporal y espacial), lenguaje (comprensión y expresión), memoria (remota, reciente y aprendizaje), atención y cálculo, praxias (visoconstructivas, ideatoria e ideomotora), pensamiento abstracto, percepción y funciones ejecutivas.

Esta prueba es una de las más útiles y prácticas que encontramos, ya que se trata de una prueba globalizada que permite detectar si la persona se encuentra en los estadios iniciales de la demencia, del mismo modo, posibilita la realización de un diagnóstico diferencial, aportando la información necesaria para poder diferenciar entre demencia o pseudodemencia depresiva. Este último aspecto, nos parece de máxima relevancia debido a que en numerosas ocasiones se puede producir una confusión entre ambos términos.

c) Escala de depresión geriátrica de Yesavage. (Anexo 3)

Se presenta esta escala debido a las numerosas ocasiones en que nos encontramos con personas que sufren la enfermedad de Alzheimer y además, padecen depresión. Por ello, es muy importante realizar una escala que sirva para averiguar si existe este tipo de problemática asociada.

Consiste en examinar si el paciente tiene depresión asignando un punto por cada vez que su respuesta coincida con la que aparece en la columna de respuestas, después se suman las puntuaciones y se valora de la siguiente manera:

- 0-10 puntos: normal.
- 11-14 puntos: depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%)
- >14 puntos: depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%)



d) Escala de Barthel. (Anexo 4)

Con este test se pretende evaluar las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene...) para poder comprobar qué nivel de dependencia tienen y si son capaces de ser autónomos.

- 1- Independiente: 100 ptos (95 si permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 ptos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 ptos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 ptos.
- 5- Dependiente total: <20 ptos.

Esta escala resulta muy práctica para determinación del grado de autonomía de los enfermos.

e) Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria.

Similar a la escala de Barthel, valora la capacidad para realizar actividades de la vida diaria a través de diferentes ítems que podemos ver en el anexo 5.

Se mide desde la máxima dependencia hasta la independencia total. Esta escala se puede utilizar de forma complementaria a la de Barthel, para contar con mayor número de información y poder determinar el grado de dependencia del paciente con mayor exactitud.

f) Mini-examen del estado mental ( Mini-mental State Evaluation) (MMSE) de Folstein. (Anexo 5).

Este test examina áreas cognitivas básicas: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido y lenguaje y construcción. Puntúa como máximo un total de 30 puntos: si el paciente saca de 15 a 24 puntos presentaría un deterioro cognitivo leve y si, por lo contrario, puntúa menos de 15 estaríamos hablando de demencia.

Este es uno de los test más difundidos y utilizados, ya que es rápido y sencillo de aplicar para despejar dudas de si un paciente presenta demencia. De este modo, esta es la primera prueba que se lleva a cabo, por tanto, se trata de una prueba de despistaje, a través de la cual, los profesionales médicos observan si el paciente puede sufrir algún tipo de demencia. Por este motivo, se trata de una de las pruebas más utilizadas y eficaces para determinar la patología, aunque hay que señalar, que se debe de tener especial cuidado con las demencias vasculares, ya que dependerá del momento en el que se encuentre el enfermo al realizar dicha prueba.

g) Test del dibujo del reloj de Goodglass y Klapan. (Anexo 6).

Se trata de una prueba en la que el evaluado copie el dibujo de un reloj y después lo dibuje él mismo siguiendo unas instrucciones.

Se señala este test ya que aun siendo muy simple y sencillo de aplicar, puede aportarnos mucha información: errores visoespaciales, de desorganización espacial, perseveración, disgrafía, etc. ya que a la hora de dibujar el reloj se implican mecanismos de comprensión verbal, representación mental, pensamiento conceptual, planificación y ejecución motora (visoperceptiva, visomotora y visoconstructiva).

La puntuación que se lleva a cabo es la siguiente:

- Tres puntos: si la persona coloca el número 12 en su sitio.
- Dos puntos: si ha escrito 12 números exactamente.
- Dos puntos: si dibuja dos manecillas correctamente.
- Dos puntos: si marca la hora exacta.

Si el paciente obtiene un mínimo de 7 puntos se considera que está dentro del baremo normal.

#### h) Trail Making Test (TMT). (Anexo 7).

Es una prueba de atención visual que nos puede aportar información sobre la velocidad de búsqueda visual, la exploración, la flexibilidad mental y las funciones ejecutivas.

Se trata de unir 25 puntos sin soltar el lápiz del papel. Está formado por dos partes: en la parte A la persona evaluada debe unir solo números (el 1 con el 2, el 2 con el 3, etc.) y en la parte B se combinan números con letras (el 1 con la A, el 2 con la B, el 3 con la C, etc.) y debe realizarlo en el menor tiempo posible. La parte A se utiliza para valorar la velocidad de procesamiento cognitivo y la parte B para el funcionamiento ejecutivo.

Una de las mayores ventajas de esta prueba es que resulta sencilla de pasar y sus materiales son baratos y fáciles de conseguir.

Tras haber realizado una síntesis de algunos de los instrumentos más utilizados para llevar a cabo la evaluación de este colectivo, se puede asegurar que contamos con una gran variedad de pruebas que podemos aplicar.

Como conclusión y recomendación, se debe tener en cuenta que no se debe pasar una única prueba o escala, ya que para diagnosticar cualquier enfermedad se deben realizar las pruebas pertinentes, y más, en este caso, en el que no contamos con una prueba que nos certifique al 100% que una persona padece esta enfermedad. Por ello, se deben llevar a cabo varias pruebas que nos faciliten la futura intervención con cada enfermo.

### **4.3 MÉTODOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA TRABAJAR CON PERSONAS CON ALZHEIMER.**

Numerosos son los programas y métodos existentes en la actualidad para trabajar con personas que sufren algún tipo de demencia. Aunque, cabe destacar, que dependiendo del tipo de deterioro cognitivo que presente cada paciente se deberá aplicar un programa u otro más adecuado a las necesidades específicas de este individuo.

Sí se ha llevado a cabo un diagnóstico precoz de la enfermedad, apenas hay muestras evidentes de padecerla y el enfermo se encuentra en la primera fase de la enfermedad con un deterioro cognitivo leve, se deberán realizar programas destinados al aprendizaje, llevando a cabo las funciones rehabilitadora y terapéutica.

Por otro lado, si el enfermo ha sido diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer y se encuentra en fases más avanzadas, los programas irán destinados a prevenir, impedir que el daño cerebral se extienda y a ayudar a afrontar el deterioro tanto a la persona como a su familia. Hay que tener en cuenta, que si existe daño cerebral extenso no pueden restablecerse las capacidades perdidas, por tanto, los programas estarán vinculados a la prevención.

Según De la Iglesia (2012), "dependiendo del grado que padezca el enfermo se abordarán diferentes tipos de programas", como:

Programas de entrenamiento en capacidades específicas (por ejemplo, la memoria): muy útiles cuando el deterioro es leve y no existe una demencia global o enfermedad Alzheimer.

Programas generalistas: cuyo objetivo principal es mantener la reserva cognitiva general o recuperar cogniciones por desuso propio del envejecimiento.

Programas psicosociales específicos para demencias:

- Terapias de aproximación cognitiva.
- Terapias de aproximación conductual
- Terapias de aproximación emocional.

- Terapias de aproximación a la estimulación.

Dentro de este apartado, se van a analizar los programas psicosociales específicos para demencias, ya que el eje principal de este proyecto es la demencia tipo Alzheimer. Por ello, se van a analizar varios de los programas existentes para trabajar con este colectivo y mejorar sus condiciones de vida.

Intervenciones no farmacológicas para Alzheimer: (I Congreso internacional de terapias no farmacológicas para EA, 2006)

Numerosas investigaciones científicas han podido constatar, que las terapias no farmacológicas tienen un abanico muy amplio de efectos clínicos positivos: mejoran la cognición, la conducta o el estado de ánimo, reducen la carga del cuidador y evitan o posponen el ingreso en residencias.

Uno de los mayores beneficios de las terapias no farmacológicas es la inexistencia de efectos secundarios. Aunque en muchas ocasiones los efectos de los fármacos y de las terapias no farmacológicas se suman, e incluso es posible, que las terapias no farmacológicas funcionen aún mejor si se combinan con los fármacos habituales para esta enfermedad.

A pesar de ello, estas técnicas obtienen mejores resultados que los fármacos, son más eficientes y más económicas. Por tanto, resultan un recurso inmejorable para trabajar con personas que padecen Alzheimer.

En cuanto a las diversas intervenciones que se deben llevar a cabo con este colectivo son:

a) Para el paciente:

*Técnicas de estimulación cognitiva:* dentro de las cuales encontramos la orientación a la realidad, a través de la cual se pretende estimular a los usuarios para que “reaprendan” datos sobre sí mismos y su entorno, utilizando elementos relacionados con su vida diaria y su entorno inmediato. Dentro de estas, nos encontramos también con las reminiscencias, que pretenden activar el pasado personal, centrar el recuerdo en los

aspectos personales de los acontecimientos más que en la perfección del recuerdo y su tiempo.

*Mantenimiento de la funcionalidad:* dentro de las que nos encontramos, el entrenamiento en habilidades de la vida diaria y la actividad física, que pretenden rehabilitar a través del trabajo o cualquier actividad que conduzca a un fin (por ejemplo; bailar, cocinar...)

*Mejorar o disminuir la incidencia de problemas conductuales:* entre los que nos encontramos con la musicoterapia.

b) Para el cuidador:

*Talleres:* en los que se le dotará de información sobre la enfermedad, las consecuencias y su evolución, programas conductuales, aprender a realizar tareas con el enfermo en casa y reconocer que la enfermedad es crónica y discapacitante.

*Grupos de autoayuda:* en los cuales, se reunirán cuidadores con la misma problemática y comentarán sus situaciones personales y compartirán experiencias y sentimientos.

*Técnicas de relajación:* que favorecerán el estado anímico y personal del cuidador.

PACID (Programa de Activación Cognitiva Integral en personas con Demencia tipo Alzheimer) (De la Iglesia, 2012)

El PACID es un programa de estimulación cognitiva integral que trata de mantener de forma óptima las funciones cognitivas, dentro del proceso de deterioro del enfermo, prevenir los problemas de conducta y servir de base para la instauración de programas de apoyo psicoeducativos. Es un tipo de intervención basada en la estimulación cognitiva y en la neuropsicología aplicada que aprovecha los recursos de memoria existentes, favorece su ejercicio, y los preserva mediante el desarrollo de tareas adecuadas.

La estructura de este programa y las áreas que en él se trabajan son las siguientes:

Tabla 7: Estructura del PACID

CONTENIDO	ACTIVIDAD
Motivación y emoción positiva	Motivación autocontrol, anosognosia.
Respiración	Hábitos saludables, función cardiovascular.
Percepción y atención	Percepción visual, auditiva, olfativa, táctil y concentración.
Aprendizaje y memoria	Memoria episódica, semántica y autobiográfica.
Pensamiento y lenguaje	Función ejecutiva, memoria trabajo, control emocional, cálculo, lectura, comprensión oral, denominación, razonamiento.
Memoria autobiográfica y relajación	Revisión de vida, reminiscencia, relajación.

Fuente: Elaboración propia.

Programas para personas mayores con demencia: (De la Iglesia, 2012)

Estos programas como se ha añadido anteriormente, están destinados únicamente a prevenir e impedir que el daño cerebral existente se extienda. Asimismo, estos programas tienen una función rehabilitadora y terapéutica, ya que las personas mayores que sufren demencia si son capaces de aprender, al menos en estados iniciales y leves de la enfermedad (gracias a la neuroplasticidad del cerebro humano), pero en estados más avanzados esto resulta imposible, por lo que se diseñan programas adaptados a estas características.

Las terapias o programas de estimulación cognitiva pueden entenderse como una intervención terapéutica, complementaria a los tratamientos farmacológicos que también suelen aplicarse con los afectados de Alzheimer, y su fin principal consiste en mantener capacidades cognitivas o frenar su deterioro a través de la estimulación de las diferentes áreas cognitivas. Con lo cual, estos programas o métodos cognitivos no se

limitan a trabajar las áreas afectadas, sino que también se presta atención a las funciones cognitivas conservadas.

Los tratamientos que se proponen en estos programas son los siguientes:

a) Biológicos:

*Control farmacológico:* el cual precisa de una mayor investigación, pero que nos ayuda a mejorar los síntomas conductuales y el mantenimiento de las funciones cognitivas.

c) Psicosociales:

*Tratamiento cognitivo-conductual:* en el que se trabaja el sistema de refuerzos para mejorar la conducta de los enfermos de Alzheimer.

*Apoyo psicosocial a la familia-cuidadores:* se trata de trabajar la asertividad para evitar que se produzca el “síndrome del cuidador quemado”.

*Ayudas ambientales.*

Todos los programas anteriormente citados son empleados para trabajar con personas que sufren demencia, en los que se trabaja tanto la estimulación cognitiva como otras áreas importantes para mejorar la calidad de vida de estos enfermos y sus familias.

A continuación, se pretende tratar de manera primordial las técnicas más utilizadas de estimulación cognitiva, ya que, el eje del trabajo supone el análisis de estas técnicas y una propuesta de intervención basándonos en el mantenimiento de las capacidades cognitivas.

Los objetivos que cualquier intervención en demencias debe perseguir son los siguientes. Tratados en la asignatura "Programas específicos para personas con necesidades educativas específicas", impartida en el Máster en Psicopedagogía, por la profesora De la Iglesia (2012):

Objetivos generales:

- Mejorar el rendimiento cognitivo y funcional.
- Incrementar la autonomía en las habilidades sociales.
- Mejorar el estado y sentimiento de salud.



### Objetivos específicos:

- Estimular/mantener las capacidades mentales.
- Evitar la desconexión del entorno.
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal del enfermo.
- Estimular la propia identidad y autoestima.
- Minimizar el estrés.

Tras observar los objetivos anteriormente citados, se puede comprobar que las actuaciones llevadas a cabo con personas con Alzheimer no se centran en la estimulación cognitiva únicamente, sino que también se complementan con atención del bienestar social, personal y la salud de los afectados de esta patología, en resumen, contribuir a mejorar todos los ámbitos de su vida.

Métodos de estimulación cognitiva: Revisando diferentes programas y estudios, hemos analizado los métodos más frecuentes y eficaces de estimulación cognitiva, que en la actualidad se están llevando a cabo por los profesionales de este campo de la demencia.

Los programas que hemos encontrado más ventajosos y beneficiosos para los destinatarios son los explicados a continuación:

*Talleres de orientación a la realidad:* estos talleres consisten en trabajar con los enfermos diariamente el lugar donde están, en el momento en qué están, el tiempo en el que viven y cómo se sienten. Para ello podemos servirnos de materiales como apoyo visual: relojes, calendarios, mapas, fichas de lápiz y papel, etc.

Dependiendo del grado de afectación y deterioro cognitivo que presente el grupo con el que se desarrolle el taller, el modo de llevar las sesiones puede variar considerablemente. Para usuarios con deterioro cognitivo leve puede sacarse mucho partido a estos talleres, se puede hablar y debatir sobre un tema de interés para ellos, leer el periódico y comentar noticias de actualidad. Si los destinatarios, por lo contrario, presentan un deterioro cognitivo moderado o grave, este método debe limitarse a favorecer la capacidad de orientación espaciotemporal.

La orientación a la realidad es un método muy extendido y utilizado en la mayoría de los programas cognitivos, ya que no requiere ningún material específico y se puede

llevar a cabo fácilmente en cualquier contexto. Según Peña-Casanova (2005), " las sesiones de orientación a la realidad son rentables y tiene un efecto significativo (...) retrasando los decrementos cognitivos (...) en resumen, con los pacientes de Alzheimer, la orientación a la realidad puede considerarse una guía de acción"

En conclusión, es un procedimiento de ejercicios prácticos que ayudan a mejorar el rendimiento de las aptitudes cognitivas del enfermo por tanto, un método de estimulación cognitiva completo y enriquecedor, que se recomienda hacer diariamente para que los enfermos no pierdan unión con su entorno.

*Entrenamiento en capacidades cognitivas específicas:* este método consiste en trabajar cada función cognitiva básica en diferentes sesiones o talleres con diversas actividades concretas para cada habilidad cognitiva. La finalidad de esta metodología consiste en favorecer la estimulación y actividad cognitiva. Las áreas cognitivas básicas que se suelen atender son las siguientes:

-Memoria: capacidad para retener información a corto y a largo plazo. La pérdida de memoria es uno de los síntomas más conocidos o extendidos de la enfermedad de Alzheimer. Estos enfermos presentan incapacidad para recordar la información ya aprendida y, en los casos más graves, para aprender nueva información.

Se recomienda, a la hora de trabajar la memoria con los pacientes, vivir experiencias directas con material real, apoyos audiovisuales (fotografías, vídeos, música...), utilizar agendas o registros, y en especial aprovechar temas biográficos (reminiscencias) para potenciar la propia identidad y la autoestima.

Para trabajar la memoria se pueden aplicar actividades como: Recitar refranes, frases hechas, cantar canciones, proporcionar determinada información y preguntarla pasado cierto tiempo, recordar diariamente acontecimientos de la vida cotidiana, evocar nombres de personas, personajes famosos o históricos, lugares, etc.

-Lenguaje: función para hablar y comunicarse a través de un sistema de sonidos articulados. En el caso de Alzheimer suele comenzar con problemas en el lenguaje escrito (faltas de ortografía, olvido de la grafía de ciertas palabras...) y alteraciones en el lenguaje oral (afasia) hasta incluso la pérdida total del lenguaje, lo que impide llevar una vida normalizada a la persona afectada.

Para trabajar este ámbito se pueden llevar a cabo actividades como: evocación de los meses del año, semanas... descripción de imágenes o hechos, lectura de textos, dictados, redacciones, debates...

-Cálculo: habilidad para llevar a cabo procedimientos y operaciones matemáticas. Es una de las funciones cognitivas más importantes puesto que se necesita para muchas actividades cotidianas de la persona. Por ello es clave trabajarla e intentar preservar esta capacidad.

Se pueden llevar a cabo actividades como: realizar operaciones aritméticas, ordenar de mayor a menor o de menor a mayor determinados números, completar una serie de números...

-Praxias: aptitud a la hora de realizar ciertas tareas que pueden estar relacionadas o bien con la ejecución de cualquier tipo de movimiento o bien con la construcción. Los problemas en este ámbito pueden dificultar seriamente tanto a los enfermos como a los familiares y/o personas a su cargo ya que, si el paciente está gravemente afectado, no podrá realizar muchas actividades por sí mismo y por tanto será muy dependiente, necesitando constantemente la ayuda de otras personas.

Para trabajar esta área, se plantean las siguientes actividades: Utilizar objetos de la vida diaria, ejercicios de coordinación visual y lineal, copiar o completar dibujos y actividades que ayuden a la escritura.

-Gnosias: reconocimiento y percepción de todo aquello que rodea al individuo, ya sea por vía auditiva, visual, olfativa o táctil. En este tipo de colectivo se comienza normalmente a no reconocer determinados objetos, organización de los espacios, caras, olores familiares... llegando incluso a no reconocerse ellos mismos al mirarse en un espejo. Por tanto, es necesario estimular esta función cognoscitiva con los pacientes de manera constante, para procurar que reconozcan al menos los objetos, espacios y personas que le rodea en su vida cotidiana.

En cuanto a las actividades que se pueden trabajar en este ámbito encontramos: Reconocimiento de imágenes, colores, caras familiares o famosas, reconocimiento de olores familiares, reconocimiento de objetos, números en relieve y reconocimiento e imitación de sonidos conocidos.

Hay que señalar que las actividades propuestas para cada una de las áreas de intervención aparecen en el programa de intervención "Activemos la mente" de Peña-Casanova en su actualización de 2005.

En definitiva, la pérdida poco a poco de todas las capacidades cognitivas en los enfermos de Alzheimer es ineludible, y por esto debemos cuanto antes procurar detener este deterioro cognitivo y conservar aquellas que no se hayan perdido todavía.

También se recomienda combinar los métodos de estimulación cognitiva con otros programas que desarrollen diferentes funciones, de forma que se lleve a cabo una intervención global e interdisciplinar.

## 5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 5.1 CONTEXTO

El contexto escogido para llevar a cabo la propuesta de intervención es la "Asociación de Familiares de Alzheimer" de Valladolid (AFAVA), no solo porque se hayan realizado las prácticas del Máster en este centro y se haya podido comenzar a desarrollar la propuesta de intervención sino porque, además, se trata de un centro especializado en la estimulación cognitiva con personas con Alzheimer.

#### 5.1.1 Ubicación y estructura.

El centro que se va a presentar es la Asociación de Familiares con Alzheimer de Valladolid (AFAVALLADOLID) que se encuentra ubicado en la plaza Carmen Ferreiro, número 3 de esta ciudad.

Esta asociación se fundó en el año 1995 por familiares de personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. AFAVALLADOLID es una Asociación de utilidad pública, sin ánimo de lucro que tiene en funcionamiento distintos servicios de atención a personas que padecen esta enfermedad.

Su actividad también se centra en la formación y el asesoramiento para aquellas personas que no pueden valerse por ellas mismas.

AFAVALLADOLID se caracteriza por la atención personalizada al paciente, la especialización, los materiales empleados, la falta de ánimo de lucro, el cariño y sobre todo, el amplio conocimiento de este tipo de patología.

La empresa pretende ser un referente en el sector, no solo por su continuo afán de crecer y ofrecer servicios nuevos, sino porque todas las normativas pioneras de calidad les avalan.

La empresa cuenta en su plantilla con 15 empleados. El perfil de los empleados es el siguiente: Diplomada en Trabajo Social, Licenciado en Derecho, Licenciada en Medicina, Diplomada en Terapia Ocupacional, Diplomada en Educación Social, Auxiliares de Enfermería , Diplomada en Enfermería , Diplomado en Fisioterapia,

Licenciada en Psicología , Oficial administrativo... El personal empleado pasa por una selección en cuanto a su capacidad para el trato a este tipo de pacientes con el fin de seguir manteniendo el prestigio que han logrado adquirir durante todos estos años.

Es preciso destacar el alto grado de tecnificación de la Asociación, que lleva doce años trabajando con las tecnologías de la información y la comunicación y que en nuestra propuesta de intervención también las tenemos presentes. Incluso, recientemente, han ampliado sus instalaciones con una sala tecnodigital, la cual incorpora los más modernos medios tecnológicos para desarrollar las terapias psicoestimulativas con los usuarios (ordenadores y portátiles con pantallas táctiles, proyectores, tablets, videoconsolas...)

Se estudian día a día nuevas líneas de actuación, acordes a las necesidades concretas de cada usuario, para ofrecerle un servicio personalizado. La Asociación de Familiares Con Alzheimer de Valladolid es una empresa dinámica, joven e innovador, que tiene un compromiso con la sociedad y con la calidad de vida de los usuarios.

### **5.1.2. Servicios y otras relaciones del centro con el entorno.**

Esta asociación ofrece múltiples servicios de atención a personas que sufren, en diferentes grados, la enfermedad del Alzheimer y a sus familiares, entre los cuales encontramos:

- Grupo de Ayuda Mutua
- Consultas individuales con la psicóloga.
- Centro de Día terapéutico.
- Asistencia parcial a talleres.
- Estimulación cognitiva a domicilio.
- Ayuda en domicilio especializada.
- Servicio de información y orientación
- Charlas informativas.
- Ciclos de conferencias.

- Cursos especializados.
- Cine forum.

Además, a través de un convenio con el Ayuntamiento de Valladolid se han podido ofertar nuevos:

- Estimulación cognitiva a domicilio para personas en primer estado de la enfermedad.
- Transporte adaptado para enfermos.
- Talleres cognitivos en diferentes horarios.

Los cuatro servicios básicos que se ofertan son los siguientes:

- Centro de día: que ofrece todos los servicios que se han detallado con anterioridad, además de asesorar a las familias en cuanto a los recursos sociales y prestaciones económicas existentes, la tramitación de ayudas y asesoramiento en temas legales.
- Transporte: se pone a disposición a los usuarios del centro terapéutico y de los talleres de estimulación temprana un servicio complementario de transporte adaptado con el fin de descargar a las familias de la tarea de traslado al centro.
- Autoayuda: El grupo de autoayuda responde a la necesidad de proporcionar apoyo psicológico, emocional y social a los cuidadores principales ante la enfermedad que sufren sus familiares. El grupo está formado por familiares, cuidadores y amigos de enfermos, que acuden semanalmente a las sesiones con el único compromiso de pasar unas horas juntos, compartiendo, escuchando, desahogándose, recibiendo y dándose ayuda unos a otros.
- Estimulación a domicilio: trata de un servicio especializado en domicilio cuya finalidad es prevenir y retrasar la dependencia de las personas que viven en sus domicilios y presentan enfermedad de Alzheimer u otras demencias de similar sintomatología en primeras fases, mediante intervenciones rehabilitadoras y terapéuticas realizadas por personal técnico de dicha asociación.

- Voluntariado: hay voluntarios que realizan diferentes talleres como "Reiki" (transmisión de energía vital, paz y equilibrio) grupal e individual, talleres de cálculo, coro, misa una vez al mes, talleres de ordenador y talleres de orientación a la realidad.
- Consultas individuales de familiares con la psicóloga: con el objetivo de conocer y aprender estrategias de actuación, hábitos adecuados, corregir errores y responder a cualquier duda que tengan.

### **5.1.3. Instalaciones.**

Las instalaciones del centro, están organizadas principalmente en tres salas de terapia, en cada una de ellas los usuarios presentan un deterioro cognitivo y unas necesidades similares, de manera que se puedan plantear programas y talleres, acordes a las características de los destinatarios, al igual que planificar objetivos realistas y adaptados a dichas necesidades y capacidades conservadas. Es una forma muy rentable de conseguir una atención especializada, coherente y de calidad.

En cuanto al proceso psicopedagógico que se lleva a cabo en la asociación, se organiza en torno a las tres salas; naranja, verde y amarilla, cuyos usuarios están distribuidos por nivel de deterioro cognitivo.

Debido a la heterogeneidad de los usuarios presentes en el centro y a las óptimas instalaciones de las que se disponen, se organizan a los pacientes en tres grandes grupos. Esta división permite plantear actividades coherentes a las características de los destinatarios y planificar objetivos realistas y adaptados a las capacidades que cada grupo tenga conservadas y por tanto, a las necesidades que presenten.

Por tanto, los grupos de intervención están denominados por el color de la sala de terapia en la que están ubicados cada grupo de pacientes. (Anexo 8)

Sala Naranja: se sitúa en la planta de arriba, cuyos usuarios presentan un deterioro cognitivo leve y un buen grado de autonomía. En esta misma sala existe una zona denominada la "pecera", que ha sido utilizada para llevar a cabo los tratamientos individuales de nuestro programa de intervención.



Sala Verde: localizada también en la planta de arriba, pero con pacientes con un deterioro cognitivo moderado y sin problemas de movilidad.

Sala Amarilla: se encuentra ubicada en la planta baja, debido a que la mayoría de sus usuarios presentan movilidad reducida y riesgo de caída. Estos enfermos se caracterizan por padecer un deterioro cognitivo moderado o grave.

En cuanto a la programación se distribuyen y realizan diferentes talleres en cada una de las salas, adaptando cada taller o actividad a las características de los usuarios que se encuentran en ellas.

#### **5.1.4. Objetivos y funciones.**

En cuanto a los objetivos y funciones principales que pretende conseguir dicha asociación son los siguientes:

Objetivo Principal: Mejorar la calidad de la vida de los Enfermos de Alzheimer y de sus familias.

Objetivos específicos: vienen recogidos en el Artículo III de los Estatutos de la Asociación de Familiares enfermos de Alzheimer de Valladolid.

- Prestar asistencia psicológica y moral a los familiares de los afectados por la enfermedad de Alzheimer.
- Asesorar a los familiares de los enfermos de Alzheimer en materias legales, sociales y económicas.
- Promocionar y difundir en los medios de comunicación social y entre los agentes sociales, todo lo referente al posible diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y la terapia y prevención de la misma, al objeto de facilitar una asistencia adecuada.
- Facilitar, mejorar y controlar la asistencia a los enfermos que padezcan la enfermedad de Alzheimer, para mejorar su calidad de vida.
- Estimular las investigaciones y estudios sobre la incidencia, evolución terapéutica y posible etiología de la enfermedad.

- Mantener los contactos necesarios con otras entidades y asociaciones dedicadas al estudio de la enfermedad de Alzheimer, dentro y fuera de España, con el propósito de estar al día en los avances científicos que se produzcan en esta materia.
- Apertura y mantenimiento de centros de atención a personas que padezcan la enfermedad de Alzheimer.
- Asistencia domiciliaria a los enfermos terminales y estimulación temprana en el propio entorno.
- Pertenencia a asociaciones y fundaciones de carácter regional, nacional o internacional que tenga el mismo objeto que nuestra asociación.

## **5.2 DESTINATARIOS.**

En cuanto a los destinatarios que esta asociación oferta, se encuentran diferentes servicios de atención para las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Asimismo, también ofrecen servicio de asesoramiento a personas que no pueden valerse por sí mismas.

De este modo, los destinatarios del programa son los usuarios de la asociación que se agrupan en tres salas diferenciadas relacionadas con las características y el nivel de deterioro cognitivo que presenta cada grupo, como se ha explicado anteriormente.

El primer grupo de usuarios trabaja en la Sala Naranja. Presentan un deterioro cognitivo leve y pérdida de memoria reciente. Puede que no sitúen bien en el tiempo las situaciones lejanas, pero recuerdan perfectamente las emociones que sintieron en esos momentos. Aún son autónomos para realizar ciertas tareas cotidianas y desplazarse por lugares conocidos.

Este primer grupo es el que más posibilidad de trabajo presente, ya que aún conservan intactas bastantes de sus habilidades cognoscitivas. Son muy participativos y acuden motivados al centro. Lo que se pretende conseguir con este grupo es prevenir e impedir que el daño cerebral existente se extienda y empeore.

El segundo grupo se sitúa en la Sala Verde. En esta sala se encuentran más heterogeneidad. Podemos encontrar personas con un buen grado de autonomía, lenguaje funcional y capacidad para moverse de manera coordinada; y, sin embargo, hay otras que son más dependientes, han perdido fluidez en el lenguaje y deambulan desorientadas al no recordar el lugar en el que están.

Debido a esta heterogeneidad, resulta más complicado el realizar programas del mismo nivel, por tanto, se trata de presentar actividades varias, de corta duración para evitar el cansancio y de una complejidad media.

En último lugar, nos encontramos con la Sala Amarilla que integra usuarios que presentan efectos propios de la fase terminal de la presente patología: deterioro cognitivo grave, dependencia para hacer cualquier tipo de actividad de la vida diaria (comer, vestirse, cuidar la higiene personal, controlar los esfínteres, desplazarse de un lugar a otro...), cambios bruscos de humor (gritan, lloran o ríen sin motivo aparente), amnesia general y pérdida de la mayoría de las habilidades motoras. Dentro de este grupo, uno de los aspectos más variables es el lenguaje, ya que algunos no presentan problemas severos (hablan y se comunican sin dificultad), y en cambio otros han perdido la capacidad para articular palabras.

Los programas y talleres, que se desarrollen con este grupo, se centran básicamente en la estimulación sensorial y en las habilidades de la vida diaria, debido al eminente deterioro cognitivo el objetivo primordial que se pretende es mejorar la calidad de vida de estos enfermos rehabilitando a través del trabajo o cualquier actividad que conduzca a un fin.

Por otra parte, se ofertan servicios para las familias y el cuidador principal del enfermo, llevándose a cabo consultas privadas individuales con la psicóloga y talleres de terapia colectiva que fomenta el contacto entre familias que sufren la misma problemática.

Además de llevarse a cabo los distintos métodos en el propio centro, también se oferta un servicio de estimulación cognitiva en domicilios para las personas que se encuentran en la primera fase de la enfermedad.

### 5.3 MÉTODOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA UTILIZADOS.

En cuanto a los métodos y técnicas más utilizadas en la “Asociación de Familiares con Alzheimer”, se trabaja de manera primordial la estimulación cognitiva, y por ello, se ha elegido este ámbito para la elaboración del programa de intervención. Analizando, documentando y observando cuáles y cómo se ponían en práctica las diversas técnicas para trabajar la estimulación cognitiva con enfermos de Alzheimer, se ha llevado a cabo una propuesta de intervención que se inició en el periodo de prácticas en dicho centro.

Hay que destacar las funciones y el rol que representa el psicopedagogo en este centro, para que de este modo, podamos clarificar cuál es la labor que realiza este profesional dentro de este contexto no formal.

- Coordinar el trabajo en equipo de los profesionales que trabajan en el centro.
- Programar, aplicar y evaluar talleres grupales de estimulación cognitiva con los destinatarios.
- Apoyar y asesorar a las familias y/o cuidadores de los enfermos de Alzheimer.
- Estar en constante estudio e investigación sobre Alzheimer
- Mejorar en técnicas de tratamiento con los pacientes.

Una vez detalladas las funciones del psicopedagogo, se exponen los diferentes métodos de estimulación cognitiva que en dicho centro se trabajan.

Tabla 8: Métodos de estimulación cognitiva.

Orientación a la realidad
Talleres de ordenador
Talleres de atención
Talleres de memoria
Talleres de praxis y pintura
Talleres de cálculo
Talleres de estimulación sensorial
Actividades básicas de la vida diaria

Fuente: Elaboración propia.

Los talleres de orientación a la realidad : es una de las técnicas más utilizadas de estimulación cognitiva con la que se pretende estimular a los enfermos para que “*reaprendan*” datos sobre sí mismos y su entorno cercano, siendo acompañas en muchos casos de “*reminiscencias*”.

En la asociación donde se han cursado las prácticas, diariamente se realiza una orientación a la realidad en la que se recuerda el día, el lugar, la ciudad, el país y el nombre de cada usuario. En el caso concreto de la “*sala naranja*”, se acompaña de una frase que contenga una metáfora, para poder observar sí son capaces de ir más allá de la información que en la frase se presenta.

Del mismo modo, se acompaña de un texto que suele tener relación con algún acontecimiento o día clave de esa semana o mes.

Las áreas principales que se trabajan con la puesta en práctica de estas actividades son: la memoria, el lenguaje y la atención.

Los talleres de ordenador: las actividades llevadas a cabo con este grupo se realizan a través de una presentación power point con el proyector. Con las que se pretende favorecer la memoria a corto y largo plazo a través del canal visual y auditivo.

La utilización de las nuevas tecnologías para favorecer las capacidades cognitivas suponen un gran beneficio en cuanto a los resultados obtenidos, ya que toda la información adquirida por medio del canal auditivo se apoya siempre por medio del canal visual, lo cual supone un incremento en la atención y por tanto, en la capacidad de retención.

En estos talleres se pretende favorecer la atención y la memoria de forma colectiva, así como el lenguaje y las gnosias de forma individual.

Los talleres de atención: consisten en explicar al grupo, a través de un proyector, un tema interesante o estimulante para los destinatarios. Lo más utilizado para exponer el contenido es el power point con fotografías, música y vídeos, relacionados con la temática.

En la realización de estos talleres destinados a este grupo concreto de usuarios lo que se pretende fomentar es tanto la atención como la memoria a corto plazo y las actividades de la vida diaria. Estos talleres son muy variados, se puede utilizar la música como elemento atractivo para mejorar la atención de los usuarios.

Los talleres de memoria: suelen recurrir a recitar refranes, frases hechas, dichos populares, canciones... o el sistema *smartbrain*, este programa se basa en la estimulación cognitiva y entrenamiento mental para personas que presentan síntomas de déficit cognitivo originados por el envejecimiento o por la existencia de algún tipo de demencia. Con él se pueden trabajar diversas áreas cognitivas (memoria, lenguaje, atención, percepción, funciones ejecutivas, orientación y cálculo).

Los talleres de praxis y pintura: se utilizan fichas en las que los usuarios deban recortar, pegar, pintar y todas aquellas actividades que potencien la motricidad fina. También se trabaja con puzzles y juegos de construcción que resultan idóneos para favorecer la motivación y la atención de los usuarios.

Los talleres de cálculo: se realizan con operaciones matemáticas, cálculo mental y reconocimiento de cifras y cantidades. Se pretende mejorar el cálculo y la atención.

Los talleres de estimulación sensorial y actividades básicas de la vida diaria: con estas actividades se pretende fomentar tanto la memoria como la autonomía de los usuarios en un aspecto fundamental, la calidad de la vida diaria de estos enfermos.

La estimulación sensorial busca principalmente impulsar la sensibilidad y asociar estímulos sensoriales a reminiscencias, mediante la exposición y reconocimiento de olores, colores, texturas y formas.

En cuanto a las actividades de la vida diaria, se trata de activar la atención y la memoria a través de objetivos utilizados diariamente. En primer lugar se les muestra los objetos con el fin de comprobar si los recuerdan: qué son, para qué sirven y cuándo se utilizan; y dependiendo del estadio de la enfermedad se puede agravar la complejidad o no.

Con ambos talleres se trabajan diversas áreas: memoria, reminiscencias, atención gnosis y funciones ejecutivas.

Además de llevarse a cabo los diversos talleres de estimulación cognitiva, en la asociación se trabajan ámbitos como la salud, autonomía, autoestima, habilidades sociales y bienestar personal.

Se procura que todos los talleres se trabajen en las tres salas, aunque adaptándolos a las características de cada grupo. De este modo, semanalmente, todos los usuarios entrenan todas las áreas.

Como síntesis, cabe señalar que la intervención que se lleva a cabo en el centro se trata desde una perspectiva multidisciplinar, en la que se trabajan diversas áreas que mejorar las condiciones de vida de los enfermos y sus familias.

## 6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Durante el periodo de prácticas en la “Asociación de Familiares de Alzheimer”, se han llevado a cabo numerosas intervenciones. Asimismo, se diseñó una propuesta de intervención de la cual pudo llevarse a cabo alguna sesión.

Cabe destacar que la intervención que se ha llevado a cabo ha sido destinada a un grupo concreto de usuarios, trabajando indistintamente en cada una de las salas explicadas anteriormente. De este modo, el plan de intervención tendrá diferentes variaciones dependiendo de dónde se realice cada actividad, adaptando ésta a las características y necesidades de cada grupo.

Los talleres llevados a cabo se dividen en dos partes; los talleres grupales y los tratamientos psicopedagógicos tanto individuales como en pareja.

En cuanto a los talleres grupales se llevan a cabo en cada una de las salas con todo el grupo, mientras que los tratamientos individuales se realizan en un espacio aislado, la pecera, en el cual se realiza un seguimiento y atención más personal e individualizada de cada usuario.



Figura 2: Imagen de la “pecera” donde se llevan a cabo los tratamientos individuales y grupales.



## **6.1. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA**

Como se ha explicado con anterioridad todos los programas que se llevan a cabo en el centro están destinados a grupos, lo que supone, debido a la gran heterogeneidad residente dentro de ellos, que no todos los usuarios puedan realizar con éxito ni disfruten de las actividades propuestas. Por ello, con la elaboración de esta propuesta se pretende solucionar esta problemática, llevándose a cabo tratamientos individuales o por parejas mientras se llevan a cabo los talleres grupales.

Se pretende trabajar de manera individual la estimulación cognitiva ajustándolos a los intereses, motivaciones y capacidades de cada persona; potenciando aquellas áreas cognitivas en las que destaca cada uno y rehabilitando aquéllas en las que tenga más dificultades o problemas. Teniendo en cuenta, las necesidades y características de cada usuario.

La propuesta de intervención está pensada para aplicarlo a lo largo de seis meses, en forma de prueba, aunque siempre podrá alargarse durante un periodo más largo de tiempo.

La duración de cada sesión individual será de unos 40 minutos, aunque esto dependerá en gran medida del usuario y el estado en que se encuentre en el momento en que se lleve a cabo las sesiones, por tanto, no es un tiempo cerrado, sino que podrá adaptarse a cada momento.

En cuanto a los tratamientos individuales, se realizan teniendo en cuenta las características y las peculiaridades de cada uno de los usuarios, fomentando y trabajando las áreas que se ven más afectadas, adaptando cada actividad a los intereses y las cualidades de cada individuo.

Esta atención individualizada permite centrarse en cada individuo prestándole en ese periodo de tiempo reducido la atención precisa, interesándose por su estado anímico, sus emociones e intereses. Recaudando la información necesaria para adaptar las actividades y talleres a los intereses y gustos de cada individuo.

### **6.1.1. Objetivos de la propuesta de intervención.**

Como objetivo general: Mejorar el rendimiento cognitivo y funcional de los usuarios, enriquecer la calidad de vida de los enfermos con Alzheimer y, ayudar a impedir que el daño cerebral existente empeore.

Se han establecido los siguientes objetivos específicos:

- Llevar a cabo tratamientos individuales acordes con las características y capacidades mentales de cada individuo.
- Favorecer la motivación y la atención a través de actividades relacionadas con sus gustos e intereses.
- Fortalecer y conservar las áreas cognitivas en las que haya menor deterioro cognitivo.
- Evitar la desconexión del usuario con su entorno inmediato, utilizando acontecimientos de su vida para trabajar reminiscencias.

### **6.1.2. Contenidos de la propuesta de intervención.**

Los contenidos que se van a tratar en las diferentes sesiones son los siguientes:

- Orientación a la realidad.
- Actividades de la vida diaria.
- Motivación.
- Habilidades cognitivas específicas.

La aplicación de los contenidos va a estar íntimamente relacionada con las motivaciones e intereses de cada usuario.

### **6.1.3. Recursos materiales, personales y espaciales.**

Recursos materiales: en cuanto a estos recursos se utilizarán los necesarios para poner en práctica cada sesión, utilizando los materiales existentes en el centro. Como fichas de trabajo de lápiz y papel, cuadernos de registro de las actividades, juegos de mesa, de construcción y puzles, objetos de la vida diaria, fotografías, revistas, periódicos, ordenadores, programas tecnológicos...

Recursos personales: La psicopedagoga de la Asociación se encarga de planificar, organizar y evaluar el programa. Para llevar a cabo las intervenciones individuales, se requiere de personal cualificado en tratamientos psicopedagógicos y en el trato con personas mayores con Alzheimer.

Recurso espaciales: como se ha dicho anteriormente, se necesitará de un espacio aislado, la pecera, para poder desarrollar los tratamientos individuales, para poder realizar un seguimiento y atención más personal.

#### **6.1.4. Temporalización.**

La propuesta de intervención está pensada para aplicarlo a lo largo de seis meses, en forma de prueba, aunque siempre podrá alargarse durante un periodo más largo de tiempo.

#### **6.1.5. Evaluación.**

El proceso de evaluación será explicado más adelante. A pesar de ello, se señalen cuáles van a ser los tipos de evaluación que se van a llevar a cabo en la siguiente tabla:

Tabla 9: Tipos de evaluación.

<b>TIPO DE EVALUACIÓN</b>	<b>MOMENTOS</b>
Evaluación Inicial	Antes de realizar el programa
Evaluación Final	Una vez finalizado el programa
Evaluación Formativa	Mientras se está realizando el programa

Fuente: Elaboración propia.

## **6.2.DESARROLLO DEL PROYECTO.**

El primer paso para comenzar el programa es seleccionar a los destinatarios. Debido al gran número de usuarios de la Asociación, se debe priorizar el tratamiento con aquéllos que precisen mayor necesidad de una atención individualizada. Para ello se siguen una serie de pasos:

1. Análisis de la historia clínica y personal de los pacientes.
2. Observación sistemática de los usuarios.
3. Entrevista inicial con los usuarios con los que se pretende llevar a cabo el programa.
4. Recogida y análisis de los datos anteriormente citados.
5. Elección de los destinatarios.
6. Consulta y comunicación a las familias.

Una vez realizados todos y cada uno de los pasos anteriores, y teniendo claro, quienes van a ser los destinatarios del programa, se debe realizar un análisis de cada uno de ellos, con el que se pretende conocer los gustos, intereses y motivaciones de cada uno para adaptar las actividades a sus características personales. Para ello, se precisa de una entrevista inicial en la cual se indague en cuales pueden ser los elementos más atractivos para trabajar con cada usuario.

Una vez realizada la entrevista y observados los elementos motivadores para trabajar con cada usuario, se debe:

Tener en cuenta la adecuación de los tiempos, ya que en muchas ocasiones se prepara un material adecuado a un tiempo determinado, pero a medida que avanza el desarrollo del taller, en ocasiones, te sobra tiempo y en otras, te hace falta más.

La concreción de objetivos realistas a las características y niveles de deterioro cognitivo de cada usuario. En ocasiones se proponen objetivos demasiado exigentes para las diferencias individuales de este grupo determinado, por tanto, se deberá tener en cuenta este aspecto a la hora de realizar las propuestas de intervención.

Tras haber realizado todas las cuestiones anteriores se pasa a llevar a cabo el tratamiento individual con cada uno de los usuarios. Cada sesión de 40 minutos aproximadamente tendrá lugar una o dos veces por semana, dependiendo de las necesidades que presente cada usuario.

La estructura de las sesiones es la siguiente:

- Inicio: al comenzar cada sesión se deberá tener una conversación con el usuario en el que se haya una breve orientación a la realidad, se explique lo que vamos a realizar en la sesión y nos cuente su estado anímico.
- Introducción: en cuanto a este apartado, se trabajarán los aspectos necesarios para que los enfermos “reaprendan” datos sobre sí mismos y su entorno cercano, siendo acompañas en muchos casos de “reminiscencias”. Para ello, se tratará de realizar un texto que tenga relación con algún acontecimiento o día clave de esa semana o mes, como por ejemplo la visita realizada al museo nacional de escultura (Anexo 9).

Todos los temas tratados en este apartado están acompañados de un texto enmarcando cada uno de ellos y un power point con imágenes y videos relacionados con dicha temática, para apoyar y recordar la información trabajada oralmente a través del canal visual. (Anexo 10).

Siempre que se trabaja la orientación, se realizan reflexiones y preguntas orales para que relacionen los contenidos tratados en ella. Así como experiencias o vivencias personales que tengan que ver con dicha temática.

- Desarrollo: En esta parte de la sesión se pretenden trabajar las áreas que cada usuario necesite, por ello, variarán de unos usuarios a otros dependiendo de sus características personales y su grado de deterioro cognitivo. En este apartado se pueden trabajar diversas áreas cognitivas (memoria, lenguaje, atención, percepción, funciones ejecutivas, orientación y cálculo), siempre procurando potenciar las habilidades que aún se conservan y rehabilitar las que se encuentran más deterioradas. En este caso, ponemos el ejemplo de un taller de

ordenador en el que se trabaja la atención y la memoria. Para la realización de este taller se utilizaron los recursos de la página web “9 letras” que nos ofrece power points para trabajar estas áreas.

Hay que destacar que dentro de este apartado, se llevarán a cabo diversas actividades relacionadas con cada una de las áreas cognitivas que se pretenden trabajar, aunque únicamente se expresen algunos ejemplos llevados a la práctica.

A continuación se detallan algunos de los ejemplos de las actividades que se pueden realizar para cada una de las áreas:

*Memoria y reminiscencias:* revisión de fotografías personales, vídeos de Internet relacionados con su historia de vida, ejercicios de memorización relacionados con las actividades de la vida diaria y actividades de memoria a través de páginas de internet como “9 letras”.

*Lenguaje:* Conversaciones, lectura y comprensión de textos a través de artículos de revistas o del periódico, dictados, copiar y ordenar frases, escribir acontecimientos felices de su vida...

*Praxis y motricidad fina:* Juegos de construcción, puzzles, manualidades, actividades en las que se trabaje la motricidad...

*Cálculo:* Operaciones y problemas aritméticos, manejo de dinero, actividades de cálculo, trabajar con monedas de otros países, realizar operaciones sencillas como pagar la compra, jugar a las cartas para contar los tantos.

*Atención y percepción:* pasatiempos, juegos de mesas, juego de cartas, unir los números...

*Gnosias:* reconocimiento de imágenes, olores, gustos, texturas...

*Actividades de la vida diaria:* Reconocimiento de la denominación y uso de objetos de la vida diaria, secuenciación de acciones de la vida diaria, simulación de actividades cotidianas.

*Estimulación sensorial:* reconocimientos de olores, colores, texturas, formas...

Estos son algunos de los ejemplos de actividades que se pretenden trabajar en los tratamientos individuales, aunque hay que adaptar cada una de ellas a las características de cada usuario. De este modo, se realizarán diferentes niveles para una misma actividad.

- Consolidación: En esta fase se pretende repasar lo realizado, para comprobar si ha sido del agrado del usuario y si cree que algunos aspectos precisan de ser modificados.

Una vez realizadas las sesiones, el profesional, deberá rellenar dos fichas:

Ficha 1: en la que se analice la explicación de las actividades realizadas, las áreas que se intervienen, el grado de participación y las observaciones necesarias.

Tabla 10: Explicación de las sesiones

Nombre y Apellidos:	
Fecha:	
Actividades realizadas:	
Áreas de intervención:	
Participación:	
Observaciones:	

Fuente: Elaboración propia.

Ficha 2: en la que se explique el grado de motivación, el grado de implicación, grado de adecuación a las características del grupo, grado de dificultad de la tarea y posibles aspectos a mejorar.

Tabla 11: Grado de implicación del usuario.

<b>ASPECTOS A OBSERVAR</b>	<b>ANOTACIONES</b>
1. Grado de motivación	
2. Grado de implicación	
3. Grado de adecuación a las características del grupo.	
4. Grado de dificultad de la tarea.	
5. Posibles aspectos a mejorar.	

Fuente: Elaboración propia.

Durante el periodo de prácticas en la “Asociación de Familiares de Alzheimer”, se comenzó a aplicar este programa de intervención, basado en los tratamientos de estimulación cognitiva individuales. Para ello hemos hecho partícipes a usuarios de distintos grupos, con el fin de ver su efectividad o no, dependiendo de los distintos niveles de deterioro que padecen.

### **6.3.EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.**

Según De la iglesia (2012) la evaluación consiste en una " disciplina que explora y analiza el comportamiento de una persona o grupo con distintos objetivos (descripción, explicación, diagnóstico, cambio, selección/predicción y/o valoración) mediante un proceso de toma de decisiones en el que se emplean una serie de técnicas de medida, tanto para la evaluación de aspectos positivos como patológicos."



La evaluación es una de las partes principales de un programa, ya que con ella, se observa si las previsiones iniciales han sucedido, o si por el contrario, se han producido numerosos acontecimientos inesperados.

La evaluación no solo nos permite evaluar la eficacia del programa, sino que también posibilita analizar todo el proceso. De manera que, si es preciso, se puedan modificar aquellos elementos que sean susceptibles de mejora.

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

Objetividad: La evaluación debe estar exenta de los errores por la interpretación del evaluador.

Estabilidad: Los cambios producidos por la intervención no pueden confundirse con las fluctuaciones en el propio instrumento.

Exactitud o validez: Grado en que el instrumento mide aquello para lo que se diseñó.

Fiabilidad: Grado en que una medida es consistente, independientemente de quién y cuándo se utilice.

Confiabilidad: Debe describir síntomas evidentes y fácilmente identificables.

En cuanto a la evaluación de este proyecto, se puede señalar que resulta: sistémica, flexible y continuada.

- **Sistémica:** sigue un plan previamente diseñado y obedece a criterios preestablecidos.
- **Flexible:** existe la posibilidad de introducir las modificaciones que sean necesarias para adaptarse, en todo momento, a los cambios o modificaciones que pueda sufrir el usuario en cuanto a sus capacidades cognitivas.
- **Continuada:** porque se realiza un seguimiento de todo el proceso en diferentes momentos del periodo de intervención.

El hecho de que la evaluación sea continuada queda patente en los diferentes métodos de evaluación que se utilizan en los diferentes momentos de la intervención, lo cual, se explica a continuación:

Para llevar a cabo la evaluación, se va a tener en cuenta el trabajo realizado por los usuarios en cada sesión, de tal modo que mientras se lleve a cabo el programa, el profesional encargado de llevar a cabo la sesión elaborarán informes de cada uno de los usuarios con los que se llevan a cabo estos tratamientos en las diversas actividades que se propongan.

También se va a llevar a cabo una evaluación inicial, que tiene como finalidad lograr un conocimiento inicial del usuario, con el objeto de colaborar en la mejora de sus capacidades. Esta modalidad de evaluación permite averiguar el tipo de deterioro cognitivo que presenta el usuario y qué áreas están más dañadas y cuáles no.

También, se llevará a cabo una evaluación final, que tiene como objetivo fundamental el control de los resultados obtenidos una vez llevado a cabo el programa. Esta ha de permitir determinar si se han conseguido o no, y hasta qué punto, los objetivos propuestos al inicio de la intervención. Este tipo de evaluación pretende recoger datos que permitan emitir juicios de valor sobre la validez del proceso seguido y sobre la situación en la que se encuentra cada uno de los usuarios.

La evaluación final sirve para reorientar y mejorar el proceso que se ha realizado, por tanto este tipo de evaluación se llevará a cabo tras la puesta en práctica del programa con la que se podrá observar si se han adquirido las pretensiones iniciales, para de este modo, determinar los beneficios y aplicaciones de este programa.

Por último, se llevará a cabo una evaluación formativa, que pretende modificar y perfeccionar todo lo que se ajuste al plan establecido o se aleje de las metas fijadas. La evaluación es usada para apoyar o reforzar el desarrollo de un programa con el fin de provocar la reorientación de éste. De tal modo, que se analizarán todas y cada una de las anotaciones que se han ido realizando a lo largo de las sesiones, asimismo, se valorará la propuesta de intervención dotándola de eficaz o inútil.

## 7. CONCLUSIONES

La realización de este Trabajo de Fin de Máster, centrado en la demencia tipo Alzheimer a través de la realización de una propuesta de intervención basada en la estimulación cognitiva, me ha servido para completar la adquisición de las competencias que exige el título de Máster en Psicopedagogía. En primer lugar he de destacar la importancia de aprender a planificar y realizar un proyecto de intervención, fundamentado teórica y epistemológicamente.

Pero, además me ha servido también para mejorar mi formación en material de herramientas y recursos para trabajar con personas que sufren algún tipo de demencia, más específicamente, la demencia de Alzheimer, aprendiendo numerosos recursos y técnicas de gran utilidad para un futuro ejercicio como profesional psicopedagógico en este contexto no formal.

Este proyecto me ha servido también para mejorar mi iniciativa, creatividad y autonomía en la realización del trabajo, a la vez que me ha dotado de numerosas herramientas de aprendizaje.

El proceso de fundamentación teórica, de documentación y de análisis de los métodos más utilizados en estimulación cognitiva, me ha llevado a estimar aún más la gran importancia que tiene en esta sociedad cada vez más longeva el estudio y las investigaciones acerca de las diferentes demencias en general y la adquisición de técnicas específicas para poder mejorar la calidad de vida de estos enfermos en particular.

En este proyecto he tratado de analizar y estructurar los aspectos centrales y significativos de la demencia tipo Alzheimer, así como su especial relevancia en la sociedad actual y en la mejora de la calidad de vida de las personas que la padecen y sus familiares.

Asimismo, varias son las ideas fundamentales que resuenan en mi cabeza con mayor fuerza tras la realización de dicho proyecto y que en mi opinión deberían estar presentes en la actualidad.

En primer lugar, que el mayor avance en Alzheimer u otras demencias está íntimamente relacionado con la creación de estrategias cada vez más funcionales y efectivas y en consecuencia con la mejora de la calidad de vida de la población mundial.

Otro de los aspectos más reseñables es la importancia de la función del psicopedagogo en este contexto, que ha permanecido olvidada tanto en los diferentes centros como en la formación de estos profesionales y resulta esencial la necesidad de esta figura en cualquier asociación o centro donde se lleven a cabo terapias de estimulación cognitiva con enfermos de Alzheimer u otras demencias. Ya que la mezcla entre la formación psicológica y pedagógica da a este profesional una doble visión muy interesante para poder dar opción a las diferentes intervenciones que se deban llevar a cabo desde un punto de vista pedagógico pero también utilizando estrategias y recursos psicológicos que ayudan y facilitan dichas intervenciones.

Del mismo modo, en las últimas décadas en las que se viene observando un aumento significativo del número de personas mayores en los países desarrollados, ocasionado por el aumento de la esperanza de vida que desemboca en un envejecimiento de la población mundial, hace aún más falta la formación de los psicopedagogos en los aspectos relacionados con las demencias y el deterioro cognitivo.

Por otro lado, el hecho de haber tenido la oportunidad de llevar a la práctica la propuesta de intervención ha resultado un hecho enormemente positivo. En este aspecto, hay que tener en cuenta que el tiempo de aplicación fue muy limitado, con lo cual, no hemos obtenido resultados íntegramente válidos y contrastados. Aunque, es cierto que nos ha permitido conocer personalmente a los usuarios, de tal modo, que se han podido ajustar los tratamientos a cada uno de ellos.

Respecto a los aspectos que podrían mejorarse del trabajo, sería conveniente aumentar el tiempo de aplicación del programa. Con la posibilidad de tener más tiempo sería viable planificar, aplicar y evaluar auténticamente, y no se quedaría en un simple diseño.

En cuanto a la valoración general de todo el proceso de elaboración de este proyecto, lo considero una experiencia positiva y enriquecedora, en la cual he aprendido numerosos

conocimientos relacionados con la práctica que un psicopedagogo debe ejercer y debe conocer.

Sobre todo, de cómo se tiene que realizar una propuesta de intervención y evaluación de necesidades. Del mismo modo, que toda la teoría aprendida en el Máster toma su significado al llevar a cabo la práctica, ya que es de ese modo cuando todos los contenidos cobran sentido y todas las actuaciones que se diseñan se deban adaptar a las características del grupo al que van dirigidas.

Como colofón, se pretende haber contribuido a la difusión de información útil y a la concienciación de la sociedad de lo que supone padecer un trastorno como el Alzheimer, por tanto, es necesario que se investigue y se mejore en las intervenciones no farmacológicas más óptimas para llevar a cabo tanto con personas que padecen algún tipo de demencia como con el resto de personas mayores sin deterioro cognitivo, con el fin último de mejorar su calidad de vida.

Finalmente, solo nos queda agradecer a todas las personas que nos han ayudado a que este trabajo haya sido posible. En primer lugar a nuestro tutor académico, que ha hecho de guía, mediador y consejero para procurar que lo hiciéramos de la mejor manera. Y en segundo lugar, nuestras tutoras de prácticas, por la oportunidad que nos brindaron de hacer realidad nuestra propuesta de intervención. Del mismo modo, que a los enfermos de la asociación que sin su participación este proyecto no hubiera sido posible.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Acarín, N. (2010). *Alzheimer: Manual de instrucciones*. Barcelona: Rba.

Agüera, L.F. (2008). *Demencia: una aproximación práctica*. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Bermejo, F. (2004). *Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia*. Madrid: Díaz de Santos.

Careaga Medina, R. (1995a). *Desafíos y dilemas de la Psicopedagogía*. Santiago: Bravo y Allende.

De la Iglesia Gutiérrez, M. (2013a). Apuntes de la asignatura: *Programas específicos para personas con Necesidades Educativas Específicas*. Máster en Psicopedagogía. Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo Social.

De la Iglesia Gutiérrez, M. (2013b). Apuntes de la asignatura: *Evaluación y diagnóstico psicopedagógico*. Máster en Psicopedagogía. Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo Social.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Psicología de la vejez. Una psicología aplicada*. Madrid: Pirámide.

García, J. J. y Carro, J. (2011). *Programa de Actuación Cognitiva Integral (PACID)*. Madrid: Imsero.

---

IMSERSO (2011) <i>Libro blanco del envejecimiento activo</i> . Madrid: IMSERSO.
Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F. B., Sala, J. M. y Seva, A. (1979). El mini examen cognoscitivo. <i>Actas Luso-Españolas De Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines</i> , 7, 189-202.
López Mongil, R. (2000). <i>Valoración Geriátrica en Residencias de Ancianos</i> .
Martín, M. (2012). <i>Comprender la Enfermedad de Alzheimer</i> . Barcelona: Amat.
Martínez Rodríguez, T. (2002). <i>Estimulación Cognitiva: Guía y Material para la intervención</i> . Asturias: Consejería de Asuntos Sociales.
Mayán, S. y Fernández, M. (2008). <i>Mente activa. Ejercicios para la estimulación cognitiva gerontológica</i> . Madrid: Pirámide.
Merriam A. E., Arosen, M. K., Gaston, P., Wey, S. L. y Katz K. (1998). The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. <i>American Journal Geriatric Psychiatry</i> . 36, 7-12.
Nussbaum, R. L. y Ellis, C. E. (2003) Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease. <i>The New England Journal of Medicine</i> , 348: 1356-1364.
Olazarán Rodríguez J, Poveda Bachiller S, Martínez Martínez U, Muñoz Schwochert R. Estimulación cognitiva y tratamiento no farmacológico. En: Martínez Lage JM, Carnero Pardo C, editores. <i>Alzheimer 2007: recapitulación y perspectivas</i> . Madrid: Aula Médica; 2007: 91-102.
Olivar Parra, J. S. (2013). <i>Apuntes de la asignatura: Personas con necesidades educativas específicas</i> . Máster en Psicopedagogía. Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo Social.

---

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: Meditor.

Peña-Casanova, J. (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de alzheimer*. Barcelona: Obra social La Caixa.

Peña-Casanova, J. (2005). *Activemos la mente*. Barcelona: Obra social La Caixa.

Reisberg B, Ferris S. H., De León M. J. y Crook T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*.

Tárraga L. (2000). El programa de psicoestimulación integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35, 51-64.

Universidad de Valladolid (UVA). (2012). *Guía docente del Trabajo Fin de Máster en Psicopedagogía*. Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo Social.

Recuperado el 22 de marzo de 2013, de:

<http://www.feyts.uva.es/sites/default/files/TFM%20PSICOP%202011-2012.pdf>

Vélaz De Medrano, C. (2002). *Orientación e intervención psicopedagógica: conceptos, modelos, programa y evaluación*. Málaga: Aljibe.

Walsh, D. (2007). *Manual de entrenamiento en el cuidado de personas con demencia para profesionales sanitarios y residenciales*. Donostia: Erein.



# ANEXOS

## **ÍNDICE ANEXOS**

**ANEXO 1: Global Deterioration Scale.**

**ANEXO 2: Camdex- R.**

**ANEXO 3: Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage.**

**ANEXO 4: Escala Barthel.**

**ANEXO 5: Mini-Mental State Evaluati3n MSE de Folstein.**

**ANEXO 6: Test del dibujo del reloj.**

**ANEXO 7: Trail Making Test.**

**ANEXO 8: Fotografía sala verde.**

**ANEXO 9: Taller “Museo Nacional de Escultura”**

**ANEXO 10: Powert point “día de Europa”**

## **ANEXO 1: Global Deterioration Scale**

### **GDS 1 (Sin deterioro cognitivo/normalidad.)**

- No hay quejas subjetivas de pérdida de memoria.
- No se objetivan déficit de memoria en la entrevista clínica.

### **GDS 2 (Deterioro cognitivo muy leve/olvido benigno senil.)**

- Hay quejas subjetivas de pérdida de memoria, sobre todo, en:
  - a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
  - b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.

### **GDS 3 (Deterioro cognitivo leve/compatible con enfermedad de Alzheimer incipiente.)**

- Evidencia objetiva de déficit de memoria que se pone de manifiesto en una entrevista exhaustiva.
- Empieza a negar los déficit.
- Ansiedad leve o moderada.
- Disminución del rendimiento en las áreas laboral y social.

### **GDS 4 (Deterioro cognitivo moderado/Demencia leve.)**

- Incapacidad de realizar tareas complejas.
- Utilizan la negación como mecanismo de defensa.
- La respuesta afectiva se aplanan y se retrae.

### **GDS 5 (Deterioro cognitivo moderadamente grave/Demencia moderada.)**

- El paciente ya no puede pasar sin algún tipo de ayuda.
- Es incapaz de recordar detalles relevantes de su vida actual.
- A menudo presentan desorientación temporal.

- No requiere ayuda para el aseo y comer, pero pueden tener dificultades para elegir qué ropa ponerse.

**GDS 6 (Deterioro cognitivo grave/Demencia moderadamente grave.)**

- Puede ocasionalmente olvidarse del nombre de su esposa.
- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás y, a veces, hacia adelante.
- Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.
- Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.
- Casi siempre recuerda su nombre.

**GDS 7 (Deterioro cognitivo muy severo/Demencia grave.)**

- Pierde todas las habilidades verbales. Al final no hay lenguaje, solo gruñidos.
- Incontinencia urinaria.
- Pérdida de habilidades motoras básicas.
- El cerebro ya no parece capaz de decir al cuerpo lo que debe hacer.

Fuente: De la Iglesia Gutiérrez, M. (2013). Apuntes de la asignatura: *Programas específicos para personas con Necesidades Educativas Específicas*. Máster en Psicopedagogía. Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo Social.

**ANEXO 2 : Candex-R**

**SECCIÓN B. EXAMEN COGNITIVO CAMCOG**

**NOTAS:**

1º) La mayoría de los ítems de esta sección se valoran cuantitativamente. Por ello, debe anotarse la puntuación en la casilla que figura en el margen derecho. En esta sección, las respuestas correctas se puntúan como uno y las incorrectas como cero. En otro caso, el valor de la respuesta se indica en cada casilla.

2º) A partir de los ítems de esta sección se calculan las puntuaciones totales en:

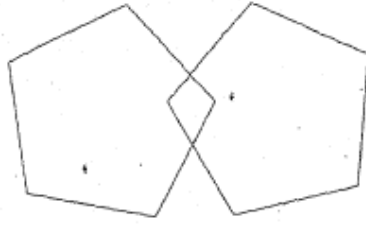
- el MMSE= Suma de los valores que aparezcan en las casillas
- el CAMCOG= Suma de los valores de las casillas  más las  no precedidas de asterisco.

3º) No se ha previsto casilla para la puntuación de las preguntas «añadidas» en la adaptación española con el fin de no alterar los criterios de puntuación final de las pruebas.

<p><b>CREACIÓN</b> <span style="float: right;">Puntuación</span></p> <p>Tiempo</p> <p>139. Día de la semana <input type="checkbox"/></p> <p>140. Día del mes <input type="checkbox"/></p> <p>141. Mes <input type="checkbox"/></p> <p>142. Año <input type="checkbox"/></p> <p>143. Estación del año <input type="checkbox"/></p> <p>Lugar</p> <p>144. País (CC.AA.) <input type="checkbox"/></p> <p>145. Provincia(Comarca) <input type="checkbox"/></p> <p>146. Ciudad <input type="checkbox"/></p> <p>147. Piso del edificio <input type="checkbox"/></p> <p>148. Nombre del lugar <input type="checkbox"/></p> <p><b>LENGUAJE</b> <span style="float: right;">Puntuación</span></p> <p><i>Comprensión: respuesta motora</i></p> <p>149. Cabeza hacia delante <input type="checkbox"/></p> <p>150. Tocar oreja derecha <input type="checkbox"/></p> <p>151. Mirar al techo antes que al suelo <input type="checkbox"/></p> <p>152. Tocar hombros con dos dedos <input type="checkbox"/></p> <p><i>Comprensión: respuesta verbal</i></p> <p>153. ¿Es esto un hotel? <input type="checkbox"/></p> <p>154. Pueblos mayores que ciudades <input type="checkbox"/></p> <p>155. Radio antes que TV en el país <input type="checkbox"/></p>	<p><b>DENOMINACIÓN</b> <span style="float: right;">Puntuación</span></p> <p>156. Mostrar lápiz <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">__ Lápiz    __ Reloj</p> <p style="text-align: right;">Total * <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Máx.=2</p> <p>157. Nombrar objetos</p> <p style="padding-left: 20px;">__ Zapato / sandalia</p> <p style="padding-left: 20px;">__ Máquina de escribir</p> <p style="padding-left: 20px;">__ Báscula</p> <p style="padding-left: 20px;">__ Maleta</p> <p style="padding-left: 20px;">__ Barómetro</p> <p style="padding-left: 20px;">→ Lámpara</p> <p style="text-align: right;">Total <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Máx.=6</p> <p><b>EXPRESIÓN FLUIDEZ</b> <span style="float: right;">Puntuación</span></p> <p>158. Nº animales en 1 minuto</p> <p>Anotar: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Total según tabla <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Máx.=6</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">Tabla de puntuación:</p> <p>0 = 0;                    1 a 4 = 1;</p> <p>5 a 9 = 2;                10 a 14 = 3;</p> <p>15 a 19 = 4;             20 a 24 = 5</p> <p>Más de 25 = 6</p> </div>
---	---



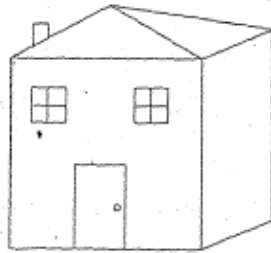
**Pentágono**



**Espiral**



**Casa**



**Reloj**

**Frase**

<b>EXPRESIÓN/DEFINICIONES</b>		Puntuación		<b>Recuerdo información reciente</b>		Puntuación
159. Acción con martillo	<input type="checkbox"/>			172. Nombre del rey actual	<input type="checkbox"/>	
160. Compra de medicinas	<input type="checkbox"/>			173. Sucesor	<input type="checkbox"/>	
161. Puente	<input type="checkbox"/>	Máx.=2		174. Presidente del Gobierno	<input type="checkbox"/>	
162. Qué es una opinión	<input type="checkbox"/>	Máx.=2		175. Noticias recientes	<input type="checkbox"/>	
<b>EXPRESIÓN/REPETICIÓN</b>		Puntuación		<b>Fijación</b>		
163. «En un tragal...»	<input type="checkbox"/>			176. Tres objetos:		
163a. «Ni sí ni no...»	<input type="checkbox"/>			__ Pelota	__ Caballo	__ Manzana
						Total * <input type="checkbox"/>
						Máx.=3
<b>MEMORIA</b>		Puntuación		177. Nº de repeticiones: _____		
<b>Recuerdo</b>				<b>ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN</b>		
164. Recuerdo de objetos				178. Contar hacia atrás a partir de 20		
__ Zapato / sandalia				0 __ Dos o más errores		
__ Máquina de escribir				1 __ Un error		
__ Báscula				2 __ Correcto	<input type="checkbox"/>	Máx.=2
__ Maleta						
__ Barómetro				179. Restar 7 a partir de 100		Máx.=5
__ Lámpara				(1 punto por cada diferencia de 7)	<input type="checkbox"/>	
		Total <input type="checkbox"/>	Máx.=6	179a. Restar 3 a partir de 30	_____	
				179b. Repetir 5 - 9 - 2	_____	
<b>Reconocimiento</b>				<b>MEMORIA/RECUERDO</b>		
165. Imágenes anteriores				180. Objetos a recordar		
__ Zapato / sandalia				__ Pelota	__ Caballo	__ Manzana
__ Máquina de escribir						Total * <input type="checkbox"/>
__ Báscula						Máx.=3
__ Maleta				<b>IDIOMA/LENGUAJES/COMPRENSIÓN</b>		
__ Barómetro				181. Cierre los ojos	<input type="checkbox"/>	
__ Lámpara				__ Analfabeto		
		Total <input type="checkbox"/>	Máx.=6	182. Manos detrás de la cabeza	<input type="checkbox"/>	
				__ Analfabeto		
<b>Recuerdo de información remota</b>		Puntuación		<b>GRUPOS</b>		
Nacidos antes de 1940:				<b>Copiar y dibujar</b>		
166. Inicio I Guerra M. (± 1año)	<input type="checkbox"/>			183. Copiar pentágono	<input type="checkbox"/>	
167. Inicio G. Civil Esp. (± 1año)	<input type="checkbox"/>			184. Copiar espiral	<input type="checkbox"/>	
168. Líder de los alemanes	<input type="checkbox"/>			185. Copiar casa	<input type="checkbox"/>	
169. Jefe de Estado español (fin GCE)	<input type="checkbox"/>			186. Dibujar reloj		
170. Antonio Machín	<input type="checkbox"/>			__ Círculo (o cuadrado)		
171. Famoso trasatlántico hundido	<input type="checkbox"/>			__ Números en posición correcta		
Nacidos después de 1940:				__ Hora correcta		Total <input type="checkbox"/>
166a. Presidente asesinado en Texas	<input type="checkbox"/>					Máx.=3
167a. Grupo musical británico	<input type="checkbox"/>			<b>Escritura: espontánea</b>		
168a. Pintor de "El Guernica"	<input type="checkbox"/>			187. Escritura de frase	<input type="checkbox"/>	
169a. Lola Flores	<input type="checkbox"/>			__ Analfabeto		
170a. Presidente después de Franco	<input type="checkbox"/>					
171a. Partido de Santiago Carrillo	<input type="checkbox"/>					

<p><b>Praxis: ideacional</b></p> <p>188. Doblado de papel          ___ Mano derecha          ___ Dobla          ___ Sobre rodilla      Máx.=3          Total * <input type="checkbox"/></p> <p>189. Meter hoja en sobre      <input type="checkbox"/></p> <p><b>Escribir al dictado</b></p> <p>190. Escribir dirección          0 ___ Incorrecto 1 ___ Aceptable          2 ___ Correcto ___ Analfabeto      Máx.=2  <input type="checkbox"/></p> <p><b>Praxis: Ideomotora</b></p> <p>191. Decir adiós con la mano      <input type="checkbox"/></p> <p>192. Cortar con tijeras          0 ___ Incorrecto 1 ___ Aceptable          2 ___ Correcto      Máx.=2  <input type="checkbox"/></p> <p>193. Cepillar dientes *          0 ___ Incorrecto 1 ___ Aceptable          2 ___ Correcto *      Máx.=2  <input type="checkbox"/></p> <p><b>CÁLCULO</b>      Puntuación</p> <p>194. Dinero _____      <input type="checkbox"/></p> <p>195. Cambio _____      <input type="checkbox"/></p> <p><b>MEMORIA REPETICIÓN</b>      Puntuación</p> <p>196. Repetir dirección          ___ Juan ___ Planas ___ C/ Norte          ___ 42 ___ Palamós      Máx.=5          Total <input type="checkbox"/></p> <p><b>FUNCIÓN EJECUTIVA</b>      Puntuación</p> <p><b>Pensamiento abstracto</b></p> <p>197. Semejanza "Perro-gato"          _____      Máx.=2  <input type="checkbox"/></p> <p>197a. Semejanza "rojo-verde"          _____      Máx.=2  <input type="checkbox"/></p> <p>198. Semejanza "Camisa-vestido"          _____      Máx.=2  <input type="checkbox"/></p> <p>199. Semejanza "Mesa-silla"          _____      Máx.=2  <input type="checkbox"/></p> <p>200. Semejanza "Planta-animal"          _____      Máx.=2  <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Fluidez ideacional</b></p> <p>200a. Uso de objetos          Respuestas: _____          _____          _____          _____          _____          _____          _____          _____          _____          _____</p> <p>Nº (Más de 8 correctas= 8) _____</p> <p>Nº de perseveraciones _____</p> <p><b>Razonamiento visual</b> *</p> <p>200b. 1. ___ C    2. ___ A    3. ___ E          4. ___ D    5. ___ F    6. ___ B</p> <p>Total _____</p> <p><b>PERCEPCIÓN VISUAL</b>      Puntuación</p> <p><b>Personajes conocidos</b></p> <p>201. ¿Quién es?          ___ Rey          ___ Papa, Arzobispo, obispo      Máx.=2  <input type="checkbox"/></p> <p><b>Reconocimiento de objetos</b></p> <p>202. Objetos desde ángulos inusuales          ___ Gafas ___ Zapato ___ Monedero          ___ Taza ___ Teléfono ___ Pipa          Total <input type="checkbox"/>          Máx.=6</p> <p><b>Reconocimiento de persona/función</b></p> <p>203. Quién es o qué hace      <input type="checkbox"/></p> <p><b>CURSO DEL TIEMPO</b></p> <p>204. Estimación de la hora actual: _____</p> <p>205. Duración estimada entrevista: _____</p> <p>206. Duración real entrevista: _____</p>
---	--

Fuente: López Mongil, R. (2000). Valoración Geriátrica en Residencias de Ancianos. Valladolid: Diputación de Valladolid.



**ANEXO 3: Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage.**

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? **No**
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? **Sí**
3. ¿Siente que su vida está vacía? **Sí**
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido? **Sí**
5. ¿Tiene esperanza en el futuro? **No**
6. ¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza? **Sí**
7. ¿Tiene a menudo buen ánimo? **No**
8. ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando? **Sí**
9. ¿Se siente feliz muchas veces? **No**
10. ¿Se siente a menudo abandonado? **Sí**
11. ¿Está a menudo inquieto o intranquilo? **Sí**
12. ¿Se siente lleno de energía? **No**
13. ¿Cree que es agradable estar vivo? **No**
14. ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos? **Sí**
15. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas? **Sí**

Fuente: López Mongil, R. (2000). Valoración Geriátrica en Residencias de Ancianos. Valladolid: Diputación de Valladolid.

---

### **ANEXO 4: Escala Barthel.**

#### **COMER:**

(10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

(5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.

(0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

#### **LAVARSE (BAÑARSE):**

(5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño.

Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.

(0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

#### **VESTIRSE:**

(10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

(5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

(0) Dependiente.

#### **ARREGLARSE:**

(5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

(0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

#### **DEPOSICIÓN:**

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.

(5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

(0) Incontinente.

#### **MICCIÓN ( Valorar la semana previa):**

(10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.

(5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas.

Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.

(0) Incontinente.

**USAR EL RETRETE:**

(10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.

(0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

**TRASLADO AL SILLON/CAMA:**

(15) Independiente. No precisa ayuda.

(10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.

(5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.

(0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

**DEAMBULACION:**

(15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.

(10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.

(5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.

(0) Dependiente.

**SUBIR / BAJAR ESCALERAS:**

(10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.


(1) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Fuente: López Mongil, R. (2000). *Valoración Geriátrica en Residencias de Ancianos*.

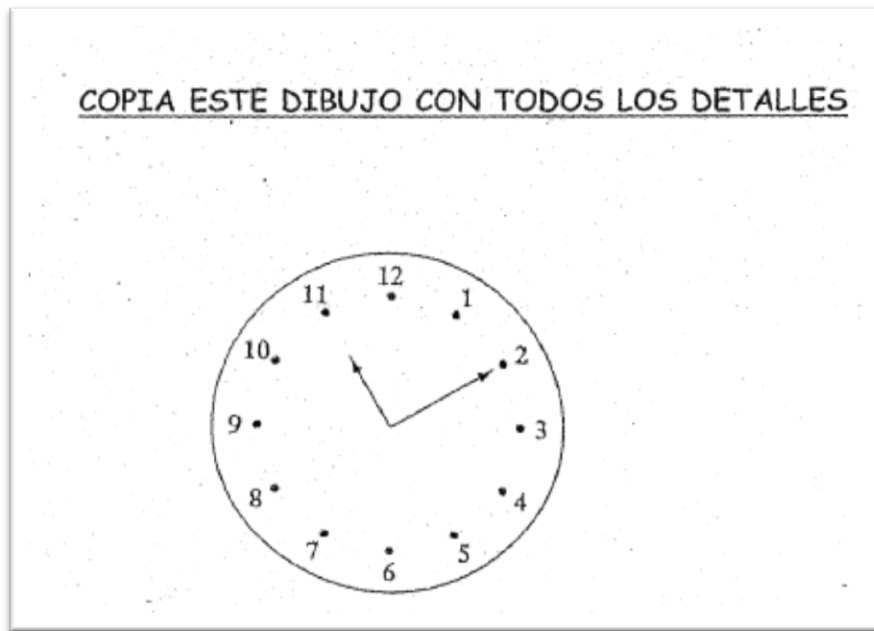
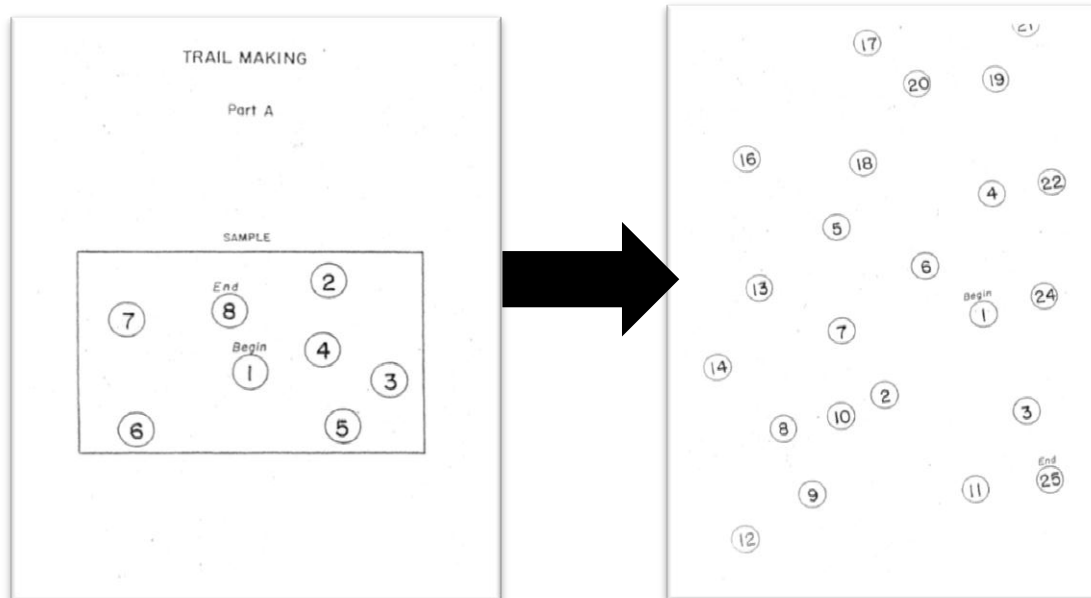
Valladolid: Diputación de Valladolid.

## ANEXO 5: Mini-Mental State Evaluación MSE de Folstein.

### 2.1. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)

Concepto	Puntuación	
	Paciente	Máximo
<b>Orientación</b> Dígame el día _____ fecha _____ mes _____ estación _____ año _____ Dígame el hospital (o el lugar) _____ planta _____ ciudad _____ provincia _____ nación _____	(5)	(5)
<b>Memoria de fijación</b> Repita estas 3 palabras: peseta - caballo - manzana (repetirlas hasta que las aprenda)	(3)	(3)
<b>Concentración y cálculo</b> Si tiene 30 euros y me va dando de 3 en 3: ¿Cuántas le van quedando?: _____ - _____ - _____ - _____ Repita estos números: 5 - 9 - 2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás: _____ - _____ - _____	(4)	(4)
<b>Memoria</b> ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?: _____ - _____ - _____	(3)	(3)
<b>Lenguaje y construcción:</b> Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros» Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? _____ ¿Qué son un perro y un gato? _____ Cójala este papel con la mano derecha, dóblelo, y póngalo encima de la mesa	(4)	(4)
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS Escriba una frase _____	(1)	(1)
Copie este dibujo <div style="text-align: center;">  </div>	(1)	(1)
<b>Puntuación total</b>	(35)	(35)
Nivel de conciencia (marcar): _____ Alerta - Obnubilación - Estupor - Coma		

Fuente: López Mongil, R. (2000). *Valoración Geriátrica en Residencias de Ancianos*.  
 Valladolid: Diputación de Valladolid.

**ANEXO 6: Test del dibujo del reloj.****ANEXO 7: Trail Making Test**

Fuente: López Mongil, R. (2000). *Valoración Geriátrica en Residencias de Ancianos*.  
Valladolid: Diputación de Valladolid.

### **ANEXO 8: Fotografías sala verde.**



Fuente: Elaboración propia.

---

## **ANEXO 9: Taller “Museo Nacional de Escultura”**

### **ORIENTACIÓN A LA REALIDAD**

- Día: \_\_\_\_\_
  - Lugar donde estamos: \_\_\_\_\_
  - Ciudad y País: \_\_\_\_\_
  - Mi nombre: \_\_\_\_\_
  - Dónde y cuándo nació: \_\_\_\_\_
  - Cómo me siento hoy: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### **La frase del día**

**“El arte es la expresión del alma que desea ser escuchada”**

**Qué te sugiere esta frase:**

### **EL MUSEO NACIONAL DE ESCULTURA DE VALLADOLID**

El Museo Nacional de Escultura, perteneciente al Ministerio de Cultura de España, es un museo español situado en la ciudad de Valladolid (comunidad autónoma de Castilla y León, España).

Alberga esculturas desde la Baja Edad Media hasta inicios del siglo XIX, así como cierto número de pinturas de gran calidad (Rubens, Zurbarán o Meléndez, entre otros). Es la colección escultórica española más importante de la Península y una de las más destacadas europeas de este ámbito temático.

El Museo Nacional de Escultura es uno de los museos españoles más antiguos: fue fundado en octubre de 1842 como Museo Provincial de Bellas Artes. Su colección se formó con obras de arte procedentes de los conventos, suprimidos en 1836 por el régimen liberal, tal como sucedió en los países europeos cercanos.

El Museo se encuentra en el antiguo Colegio de San Gregorio, el cual se construyó a finales del siglo XV por iniciativa de Alonso de Burgos, obispo de la diócesis de Palencia y confesor de los Reyes Católicos. En 1487 obtuvo del prior del convento de San Pablo la cesión de la capilla del Cristo y las huertas sobre las cuales se levanta el edificio central del Museo Nacional de Escultura.

El Colegio de San Gregorio fue destinado para que los frailes dominicos estudiaran Teología. Éste, adquirió una notable autoridad doctrinal y actuó como un semillero espiritual y político de la España renacentista y barroca convirtiéndose en uno de los centros de formación teológica con mayor fama para la Orden Dominicana.

### **La fachada:**

La fachada es uno de los aspectos más significativos de este edificio. En ella, el Obispo Alonso de Burgos quiso dejar patente quién lo había mandado construir y porqué. De este modo, aparece una imagen de él mismo, dando la ofrenda a San Gregorio, junto con Domingo de Guzmán y San Pablo.

También aparece la flor de lis, símbolo de este Obispo, junto al escudo de los Reyes Católicos.

### **Obras importantes que encontramos en este Museo:**

En este museo encontramos muchas de las obras escultóricas más famosas de artistas como Gregorio Fernández, Juan de Juni o Alonso Berruguete, así como numerosos pasos de Semana Santa.

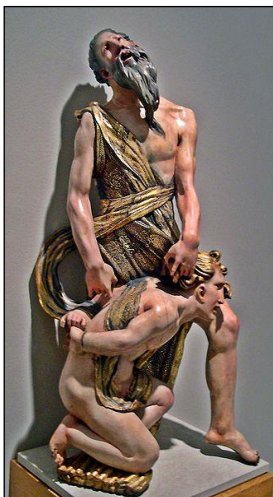
Podemos encontrar dos de las obras más famosas de Gregorio Fernández, “El Cristo Yacente” y “La piedad”. El “Santo Entierro” de Juan de Juni o “El Sacrificio de Isaac” de Alonso Berruguete.



- “El Cristo Yacente” y “La Piedad” de Gregorio Fernández.



- “El Sacrificio de Isaac” de Alonso Berruguete y “Santo Entierro” de Juan de Juni.



- El Colegio de San Gregorio.



Fuente: Elaboración propia.

## ANEXO 10: Powert point “día de Europa”

### HIMNO DE EUROPA

- <https://www.youtube.com/watch?v=8fZaWMHaqw>
- <https://www.youtube.com/watch?v=5YqbCPncHjM>



### ¿DÓNDE ESTAMOS?



### ESPAÑA

- La **peseta** fue la moneda de curso legal en España desde el **19 de octubre de 1868** hasta el **31 de diciembre de 2001**.



Fuente: Elaboración propia.