



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL

TRABAJO FIN DE GRADO:

**PROPUESTA DE PROYECTO DE ESTIMULACIÓN
COGNITIVA PARA PERSONAS DE TERCERA EDAD
CON DEMENCIA EN EL MEDIO RURAL EN LA
PROVINCIA DE ÁVILA**

Presentado por Isabel Gutiérrez Báñez para optar al Grado de
Educación Social por la Universidad de Valladolid

Tutelado por:

Margarita Nieto Bedoya

Curso académico 2013-2014

ÍNDICE

Introducción.....	4
Capítulo 1: Tercera Edad y Envejecimiento.....	5
1.1. El Envejecimiento	5
1.1.1. Cambios psicológicos durante el envejecimiento.....	5
1.1.2. Cambios físicos durante el envejecimiento	6
1.1.3. Cambios sociales durante el envejecimiento	7
1.2. La Tercera Edad.....	8
Capítulo 2: Demencia.....	8
2.1. Tipos de demencia.....	9
2.1.1. Demencias tipo alzheimer	9
2.1.2. Demencia vascular	10
2.1.3. Otros tipos	10
2.2. Estimulación cognitiva en relación con la demencia.....	11
Capítulo 3: Propuesta de Proyecto de Estimulación Cognitiva para Personas de la Tercera Edad con Demencia en el Medio Rural en la Provincia de Ávila.....	12
3.1. Justificación	12
3.2. Beneficiarios	13
3.2.1. Características de los Beneficiarios.....	13
3.2.2. Necesidades de los beneficiarios.....	15
3.2.2.1. Relacionadas con el envejecimiento	15
3.2.2.2. Relacionadas con la demencia	16
3.3. Objetivos.....	16
3.3.1. Objetivos generales.....	16
3.3.2. Objetivos específicos.....	17
3.4. Metodología.....	18
3.5. Contenidos.....	20

3.5.1. Cálculo	20
3.5.2. Memoria	21
3.5.3. Lenguaje	23
3.5.4. Atención	26
3.5.5. Orientación	27
3.6. Recursos	29
3.6.1. Recursos materiales.....	29
3.6.2. Recursos humanos	29
3.6.3. Recursos espaciales	30
3.7. Temporalización	30
3.8. Evaluación	31
Conclusion.....	34
Bibliografía.....	36
Anexos.....	38
Anexo 1: Ficha de inscripción.....	38
Anexo 2: Ejemplos de fichas escritas por contenidos	39
Anexo 3: Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)	54
Anexo 4: Índice de Barthel	58

INTRODUCCIÓN

El proyecto que se presentará a continuación, denominado “Propuesta de proyecto de estimulación cognitiva para personas de la tercera edad con demencia, en el medio rural de la provincia de Ávila”, forma parte del cuarto curso del Grado en Educación Social realizado en la Facultad de Educación y Trabajo Social de Valladolid. Mediante este, se tratarán de aplicar y desarrollar los conocimientos adquiridos a través de las diferentes asignaturas que comprenden el Plan de Estudios del Grado y demostrar la posesión tanto de las competencias generales como de las específicas exigidas para su realización.

El proyecto está enmarcado en una zona de la provincia de Ávila perteneciente a la comarca de la Moraña, cuya población se caracteriza por una alta tasa de envejecimiento. Dentro del grupo de personas de la tercera edad, el proyecto se centrará en aquellas que tengan diagnosticado algún tipo de demencia, siempre que se encuentren en una fase leve o moderada de la enfermedad.

A través del proyecto se pretende que las personas con demencia que acudan a él mantengan o, al menos, retrasen el mayor tiempo posible la pérdida de las funciones cognitivas. Para ello se trabajaran diferentes contenidos: cálculo, memoria, orientación, atención y lenguaje. Todo ello a través de ejercicios tanto orales como escritos y utilizando estímulos tanto visuales como auditivos.

Para la elaboración del proyecto se han tenido en cuenta las características que los participantes compartirán por pertenecer al grupo de la tercera edad y, además, por tener demencia diagnosticada en fase leve o moderada, además durante la puesta en práctica del proyecto se atenderán a las características individuales con el fin de adaptarlo a cada uno de ellos.

Además de los participantes, a la hora de la elaboración del proyecto también son importantes las familias de estos por diversos motivos. En primer lugar, debido a las características de los candidatos a participar en el proyecto, lo más probable es que sean los miembros de su familia quienes decidan sobre su participación en el mismo y quienes rellenen la ficha de inscripción (Anexo 1). En segundo lugar, se les pedirá que colaboren en la realización de varias de las actividades que forman parte del proyecto y que se responsabilicen de la asistencia continua de los participantes. Por último, y en tercer lugar, se les dará información sobre la enfermedad y pautas de correctas de actuación con la

finalidad de que conozcan y comprendan mejor el curso de la enfermedad, y como consecuencia de ello mejore la calidad de vida tanto del enfermo como de sus familiares.

CAPÍTULO 1: TERCERA EDAD Y ENVEJECIMIENTO

1.1. EL ENVEJECIMIENTO

Según Filardo (2011, p.206) el envejecimiento consistiría en “un conjunto de transformaciones que aparecen en el individuo a lo largo de la vida. Se trata de cambios bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que nos permiten diferenciar cuatro tipos de edad: cronológica (definida por el hecho de haber cumplido un determinado número de años), fisiológica (definida por el envejecimiento de los órganos y tejidos), psíquica (determinada por los acontecimientos externos sociales y afectivos de la vida de la persona) y social (establece el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad)”.

Como se ha explicado en el párrafo anterior, el envejecimiento consiste en un proceso en el que se producen un conjunto de cambios relacionados con aspectos sociales, psicológicos y físicos que se explicaran a través de los siguientes apartados.

1.1.1. CAMBIOS PSICOLÓGICOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

Castanedo y Sarabia (2013) explican que los cambios psicológicos que se producen durante el envejecimiento dependen de las percepciones subjetivas, tanto de las personas que están experimentando dicho cambio como de las personas que les rodean. Lo más habitual es que se produzca una decadencia y una ralentización de las capacidades cognitivas, aunque esto depende de múltiples factores.

Los cambios más habituales en las capacidades cognitivas son los siguientes:

- Memoria: con respecto a la memoria, la más afectada es la memoria reciente. Durante el envejecimiento la persona mayor tiene dificultades para fijar los acontecimientos más recientes.

- Inteligencia: esta es constante aunque suele aparecer una ralentización y también mayor espacio de tiempo antes de la ejecución de la respuesta frente a un problema. Se pueden producir cambios relevantes a partir de los 70 años de edad. Hay dos tipos de inteligencia, la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada. La primera sí suele verse afectada, especialmente en aquellas tareas que implican concentración, rapidez y atención. La última, no se ve afectada con la edad y está formada por el conjunto de experiencias que se van adquiriendo a lo largo de la vida.
- Afectividad: en cuanto a la afectividad esta depende en mayor grado de la propia persona y de su forma de ser, además de la manera en la que afronta las pérdidas y cambios por los que está caracterizada esta etapa de la vida.
- Procesamiento de la información: se produce una ralentización general. Existen diversas variables que pueden influir de manera negativa en dicho procesamiento, como podría ser: estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación con motivo a las pérdidas observables,...
- Lenguaje: el cambio más significativo que se produce es un enlentecimiento, por lo demás, tanto la forma como el proceso comunicativo se mantienen considerablemente bien.

1.1.2. CAMBIOS FÍSICOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento varía en función de la persona y, además, no es un proceso simultáneo, ya que no todos los órganos o sistemas se deterioran al mismo tiempo (Marín, 2013). A pesar de esto, los cambios físicos más comunes durante el envejecimiento son los siguientes:

- Apariencia física, postura y marcha: con respecto a la composición corporal, se produce una reducción de la masa y del agua corporal. La piel, por su parte, sufre un importante deterioro, cuyo resultado son cambios físicos apreciables a simple vista. La talla disminuye debido a los cambios que se producen en la columna vertebral. Los cambios que se producen en la marcha se deben al sistema nervioso y muscular.
- Órganos sensoriales: se producen cambios en la función con lo que se producen pérdidas en la visión, el oído, el olfato,...

- Sistema nervioso: con frecuencia se producen cuadros de confusión mental, las respuestas y los movimientos se realizan de manera más lenta, además se producen errores en la coordinación durante la marcha y pueden aparecer tics, etc.
- Sistema cardio-vascular: se producen modificaciones tanto a nivel vascular como a nivel cardiaco. De los diversos cambios perceptibles durante este proceso, cabría destacar la reducción de respuesta ante situaciones de estrés, el mayor número de arritmias que se producen, disminución de la distribución de sangre a los órganos del individuo, aumento de la presión arterial y mayor percepción del pulso.
- Aparato respiratorio: los cambios más destacables en este ámbito son mayor número de infecciones y menor efectividad de la tos.
- Aparato digestivo: por lo general se produce una disminución en la secreción de las sustancias necesarias para llevar a cabo los procesos digestivos, lo que conlleva que estos se vean dificultados.
- Aparato genito-urinario: se produce una pérdida en la capacidad de reserva funcional del riñón y comienzan a aparecer alteraciones como la incontinencia o la retención urinaria.
- Sistema endocrino: lo normal es que se produzca una disminución en la producción de las diferentes hormonas.
- Sistema inmunitario: la frecuencia a los estímulos es más lenta y con menor intensidad.

Como ya se ha dicho anteriormente el proceso de envejecimiento varía en función de las características personales. Lo que quiere decir que estos cambios, aunque son los más habituales, no se presentan en todas las personas y si se presentan se desarrollaran a un ritmo y de una manera diferente.

1.1.3. CAMBIOS SOCIALES DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

Con el envejecimiento queda afectada toda el área social del individuo, desde su entorno más cercano hasta la sociedad en general. Se producen cambios tanto en el rol social como integrante de un grupo, como en el rol individual (Castanedo, y Sarabia, 2013). Y esos cambios son los siguientes:

- Cambios en el rol individual: estos dependen de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios que ocurrirán durante esta etapa. También se ha de tener en cuenta que durante este proceso aparecen problemas relacionados con la edad que supondrán una dependencia y que condicionan a la familia del individuo y a los cambios de roles entre este y sus familiares.
- Cambios en el rol social: se han de tener en cuenta tres aspectos, la jubilación, la distancia intergeneracional y, por último, los prejuicios y mitos relacionados con la vejez dentro de la sociedad.

En conclusión: el proceso de envejecimiento no afecta únicamente a la persona que lo sufre, si no que sus familiares también se ven afectados; y dicho proceso depende, en parte, de las características de la sociedad.

1.2. LA TERCERA EDAD

La tercera edad es la última etapa de la evolución y del desarrollo individual como persona, que suele convertirse en una época de la vida caracterizada por la soledad y la marginación. Resulta complicado definir el inicio de la tercera edad, pero en nuestro país se podría decir que comienza a los 65 años, con la jubilación, y terminaría con la muerte. Por otro lado, se habla de una cuarta edad en la que las capacidades físicas y psíquicas se encuentran grave e irreversiblemente dañadas. En esta etapa de la vida, la persona depende de otras personas para llevar una vida lo más digna posible (Limón, 1992).

Esta última etapa de la vida, tiene unas características comunes en todas las personas, pero varía tanto en función de las características individuales como en función de las características de la sociedad.

CAPÍTULO 2: DEMENCIA

Peña-Casanova (1999a, p.9) describe la demencia como “una disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de función. Disminución que suele ir acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento y da lugar a una alteración de las capacidades sociales y laborales de quien la padece. El concepto de demencia no se refiere a ninguna enfermedad, hace hincapié en un conjunto de síntomas

relacionados con una disminución de las capacidades mentales, por ello se dice que la demencia es un síndrome. Síndrome que constituye un empobrecimiento generalmente progresivo de las capacidades mentales, que va afectando de forma gradual a la memoria, el lenguaje y la capacidad de reconocer y actuar, y que llega incluso a alterar las capacidades más básicas del individuo. El paciente va perdiendo su independencia, no puede desarrollar una vida autónoma y finalmente necesita una ayuda constante y la supervisión de otras personas.”

En resumen, la demencia es un síndrome que va afectando progresivamente a las capacidades mentales del individuo y que, finalmente, provoca que éste pierda su autonomía e independencia.

En cuanto a los criterios de diagnóstico de demencia, cabe destacar los siguientes (DSM-IV. American Psychiatric Association, 1994):

- A. Desarrollo de múltiples trastornos cognitivos manifestados por:
 - 1. Alteración de la memoria: incapacidad para fijar nuevos recuerdos y/o para evocar recuerdos antiguos.
 - 2. Alteración de uno o más de los siguientes aspectos:
 - Afasia: alteración del lenguaje.
 - Apraxia: alteración de la gestualidad.
 - Agnosia: fallos en el reconocimiento de objetos.
 - Alteración de la función ejecutiva: planificar, secuenciar, abstraer...
- B. Alteración significativa del funcionamiento familiar, social o laboral.
- C. Inicio gradual y disminución cognitiva continuada respecto al nivel previo de funcionamiento.

Estos criterios son generales y compartidos en todos los tipos de demencia, pero varían en función de los rasgos característicos de cada uno de los tipos de demencia que explicaremos a continuación.

2.1. TIPOS DE DEMENCIA

2.1.1. DEMENCIAS TIPO ALZHEIMER

Con respecto a la demencia de tipo Alzheimer se puede decir que “es gradual e implica un deterioro cognoscitivo continuo...el diagnóstico sólo se establecerá tras haber descartado otras etiologías de demencia. Específicamente, los déficit cognoscitivos no se

deben a otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit progresivos en las capacidades cognoscitivas y en la memoria, ni a enfermedades sistémicas que es conocido que provocan demencia, ni tampoco a efectos persistentes del consumo de sustancias. ... La demencia tipo Alzheimer no debe diagnosticarse si los síntomas se presentan exclusivamente durante el delirium. Sin embargo, el delirium puede sobreañadirse a una demencia previa de tipo Alzheimer, en cuyo caso debe señalarse el subtipo con delirium. Por último, los déficit cognoscitivos no se explican por la presencia de otro trastorno...” (DSM-IV. American Psychiatric Association, 1994, p.145)

A partir del párrafo anterior, cabría destacar que la demencia de tipo Alzheimer no se debe a ninguna enfermedad ni del sistema nervioso, ni a otras enfermedades que pueden producir demencia, y tampoco se debe a un consumo continuo de sustancias. El Alzheimer hace que las capacidades cognitivas de la persona que tiene diagnosticada la enfermedad se vayan perdiendo con el tiempo y de manera continua.

2.1.2. DEMENCIA VASCULAR

Para el diagnóstico de la demencia vascular “Debe haber demostración de una enfermedad cerebrovascular (p. ej., síntomas y signos neurológicos focales o pruebas de laboratorio) que se estima etiológicamente relacionada con la demencia. Los síntomas y signos neurológicos incluyen la respuesta de extensión del reflejo plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías de la marcha, exageración de los reflejos tendinosos profundos o debilidad de una extremidad. La tomografía computarizada (TC) del cerebro y la resonancia magnética (RM) demuestran con frecuencia múltiples lesiones vasculares en la corteza cerebral y en las estructuras subcorticales. La demencia vascular no debe diagnosticarse si los síntomas se presentan exclusivamente durante el delirium. Si embargo, el delirium puede sobreañadirse a una demencia vascular previa, en cuyo caso debe indicarse el subtipo con delirium.” (DSM-IV. American Psychiatric Association, 1994, p.150)

Este tipo de demencia se produce debido a lesiones cerebrales causadas por alguna enfermedad cerebrovascular. Debe cumplir los criterios de diagnóstico generales, pero además tiene unas características propias.

2.1.3. OTROS TIPOS

Además de las dos explicadas en los apartados anteriores el Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV. American

Psychiatric Association, 1994, p.139) recoge los siguientes: “demencia debida a traumatismo craneal, demencia debida a enfermedad de Parkinson, demencia debida a enfermedad de Huntington, demencia debida a enfermedad de Pick, demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia debida a otras enfermedades médicas, demencia inducida por el consumo persistente de sustancias y demencia debida a etiologías múltiples.”

Todas ellas han de cumplir los criterios de diagnóstico generales, explicados anteriormente, pero cada una de ellas, además, posee unos criterios de diagnóstico específicos.

2.2. ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN RELACIÓN CON LA DEMENCIA

La estimulación cognitiva se podría definir como un proceso de rehabilitación de habilidades que la persona con demencia ya poseía pero, debido a las consecuencias de la enfermedad, ha olvidado, cuyo fin es conservar estas habilidades y retrasar el olvido permanente, así como lograr un completo bienestar físico, psicológico y social. Este proceso lo lleva a cabo la persona con demencia ayudada tanto por profesionales como por la familia, e incluso por más personas residentes dentro de su misma comunidad (López, López y Ariño, 2002, citado por Jara, 2008).

CAPÍTULO 3: PROPUESTA DE PROYECTO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD CON DEMENCIA EN EL MEDIO RURAL EN LA PROVINCIA DE ÁVILA

3.1. JUSTIFICACIÓN

La provincia de Ávila, según cifras oficiales de población del padrón municipal a 1 de enero de 2013 del INE (Instituto Nacional de Estadística), está formada por un total de 248 municipios y en tan solo 3 de ellos se realizan proyectos de estimulación cognitiva. Estos proyectos son llevados a cabo por la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFA), en Arévalo y Ávila, y la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Cebreros, como su propio nombre indica, en la localidad de Cebreros. La considerable escasez de este tipo de proyectos se convirtió en uno de los motivos principales para la elaboración del mismo dentro de la provincia.

La media de edad de la población dentro de la provincia, según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) de 2011, es de 40,1-45,0 años de edad, siendo el 24,42% de la población mayor de 65 años. Teniendo en cuenta estos datos, se considerara a la población de esta provincia envejecida, siendo este otro de los motivos a los que se debe la elección de dicha provincia como lugar adecuado para llevar a cabo este proyecto.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la demencia afecta a nivel mundial a unos 35,6 millones de personas. Cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos y se calcula que entre un 2% y un 8% de la población general de 60 años o más, sufre demencia en un determinado momento de su vida. Siendo este el último de los motivos por el que se considera la adecuación del proyecto.

La localidad elegida para llevar a cabo el proyecto se encuentra situada en la ¹comarca de la Moraña, Fontiveros. La elección de este municipio se debe a que, en comparación con las localidades que lo rodean, es el de mayor población, según datos del padrón a 1 de enero de 2013 ésta estaría formada por 821 residentes (INE, 2013). Además del mayor número de población, la localidad cuenta con un mayor número de servicios como: entidades bancarias, servicios de alimentación, biblioteca, piscina, locales pertenecientes al ayuntamiento disponibles para la utilización pública, polideportivo, centro de salud con urgencias las 24 horas,...; mayor accesibilidad a vías públicas principales; líneas de autobuses interurbanas a diario; así como de un centro de educación primaria y un centro de educación secundaria. Otro de los motivos que llevan a que este municipio sea elegido para llevar a cabo el proyecto se debe a su localización geográfica, ya que Fontiveros está a una media de 8,46 km de municipios cuya población tiene características similares a la de este. Debido a esa similitud en las características de la población estos municipios también son considerados adecuados para formar parte del proyecto y son los siguientes: Bernuy de Zapardiel, Cantiveros, Cisla, Muñosancho, Flores de Ávila, Rivilla de Barajas, Crespos y Collado de Contreras.

La característica común, entre todas estas localidades, considerada como la más importante a tener en cuenta, para entender la adecuación del proyecto de estimulación cognitiva, consiste en que la media de población mayor de 65 años de edad es del 35,5% (INE, 2013). Lo que quiere decir que todas ellas están caracterizadas por una población envejecida y con posibilidad, según la OMS, de tener demencia en algún momento de sus vidas.

3.2. BENEFICIARIOS

3.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS BENEFICIARIOS

Los beneficiarios del programa pertenecerían al grupo de la tercera edad, por lo tanto, todos ellos serán mayores de 65 años y estarán jubilados. La procedencia de los participantes serían las localidades de Fontiveros, Cantiveros, Bernuy de Zapardiel, Cisla, Rivilla de Barajas, Collado de Contreras, Crespos, Muñosancho y Flores de Ávila.

¹ Datos extraídos de Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA).

Dado que son personas jubiladas, los recursos económicos de estas personas serán sus pensiones de jubilación, o las pensiones de viudedad. Varias de estas personas, debido a que viven en el campo, además de las pensiones es muy probable que obtengan beneficios de los cultivos de sus tierras o por la renta de estas.

Con respecto al nivel educativo y cultural, es necesario tener en cuenta la edad de estas personas y la historia de nuestro país, ya que la mayoría de ellos han vivido la Guerra Civil o las consecuencias de esta. También, es necesario tener en cuenta que las familias de aquella época solían ser numerosas y que muchos de los niños acudían al campo desde pequeños a trabajar para participar en la manutención de sus familias, especialmente en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres, eran educadas en casa y su educación consistía, principalmente, en enseñarles las tareas domésticas para ayudar en el hogar y ser unas buenas amas de casa.

Debido a estas cuestiones, el nivel educativo, salvo en contadas excepciones, es básico e impartido en las antiguas escuelas unitarias, en las que en una escuela se encontraban los niños, y, separados de estos, en otra escuela se encontraban las niñas. La asistencia a este tipo de escuelas no solía ser muy regular y mucho menos controlada.

En cuanto al grado de salud y validez de estas personas, la mayoría tendrán enfermedades típicas de la edad, como podrían ser la diabetes, la hipertensión, colesterol,... Por otro lado, todos tendrán demencia diagnosticada en una fase leve o moderada, ninguno de ellos se encontrará en una fase avanzada de la enfermedad. Como consecuencia de la demencia diagnosticada, todos ellos compartirán en mayor o menor grado las siguientes características:

- Múltiples trastornos cognitivos:

- Alteraciones de la memoria: incapacidad para fijar nuevos recuerdos y/o para evocar recuerdos antiguos.
- Alteración de uno o varios de los siguientes aspectos: afasia (alteraciones del lenguaje), apraxia (alteraciones de la gestualidad), agnosia (fallos en el reconocimiento de los objetos) y alteraciones de la función ejecutiva (alteración adquirida de la capacidad de razonar, planificar, regular y verificar patrones de conducta adaptada al medio y a las normas sociales),

alexia (alteración adquirida de la facultad de leer), agrafia (alteración adquirida de la capacidad de escribir).

- Disminución cognitiva continuada, pero dependiendo de la persona este proceso irá a distinto ritmo.

- Alteraciones significativas dentro de los ámbitos social y laboral.

- Dependen, en mayor o menor grado, de otras personas, normalmente de familiares residentes en la misma localidad, para realizar actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

- La enfermedad mental que poseen puede tratarse para ser frenada el máximo tiempo posible pero no tiene cura.

- Desorientación en el tiempo y en el espacio.

- Carecen de iniciativa y motivación y tienen dificultades a la hora de la toma de decisiones.

- En ocasiones, pueden manifestar señales de depresión y agresión y perder el interés por ciertas actividades o entretenimientos.

3.2.2. NECESIDADES DE LOS BENEFICIARIOS

Las necesidades se pueden agrupar en dos grupos diferentes, el primer grupo estaría formado por las necesidades relacionadas con el envejecimiento en general, y el segundo grupo estaría conformado por las necesidades observadas relacionadas con la demencia.

3.2.2.1. Relacionadas con el envejecimiento

Dentro del grupo de las necesidades relacionadas con el envejecimiento encontramos cuatro subtipos que explicaremos a continuación:

- De afecto: las personas mayores necesitan cariño, especialmente aquellas, que por diversos motivos, no tienen familiares de las que recibir ese cariño.

- De logro: necesitan sentirse útiles tanto para ellos mismos como para los demás, demostrarse a sí mismos que todavía son capaces de realizar cosas que han hecho durante toda su vida, que no son inútiles.

- De pertenencia: necesitan sentirse aceptados para encontrarse a gusto, tener su propio grupo de amistades. Además, de sentirse aceptados por la sociedad para evitar esa soledad y marginación que suelen caracterizar al envejecimiento.

- De reconocimiento: necesitan que alguien les reconozca su labor, más que un reconocimiento económico, este es verbal, que alguien les diga simplemente que lo que han hecho está bien.

3.2.2.2. Relacionadas con la demencia

Con respecto a las necesidades relacionadas con la demencia podemos distinguir las siguientes:

- Frenar los trastornos cognitivos que genera la demencia mediante actividades que trabajen:

1. El mantenimiento y/o mejora de la memoria: capacitar para fijar nuevos recuerdos y/o para evocar recuerdos antiguos.
2. El freno en las alteraciones de uno o más de los siguientes aspectos:
 - Afasia: alteración del lenguaje (para mejorar la comprensión, expresión...).
 - Apraxia: alteración de la gestualidad (para la mejora de la manipulación objetos).
 - Agnosia: fallos en el reconocimiento de objetos.
 - Alteración de la función ejecutiva: para mejorar la planificación, secuenciación, abstracción...

- La mejora del funcionamiento familiar, social o laboral.

3.3. OBJETIVOS

El proyecto tendrá unos objetivos generales y específicos que tendrán en cuenta la demencia, el envejecimiento y la relación entre las personas con demencia y sus familiares.

3.3.1. OBJETIVOS GENERALES

A continuación se enumerarán los objetivos generales:

1. Recuperación o mantenimiento de las funciones mentales superiores.
2. Incurrir en la orientación espacial, temporal y personal.

3. Proporcionar una estimulación apropiada y constante que produzca cambios favorables en la persona mayor.
4. Aumentar el nivel de satisfacción de la situación personal y las relaciones interpersonales de los participantes.
5. Tratar de reducir los episodios de confusión o problemas de conducta como la inactividad o la incomunicación.
6. Retardar el mayor tiempo posible el deterioro de ciertas capacidades funcionales.
7. Favorecer una óptima calidad de vida a los participantes y sus familias.

3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Con respecto a los objetivos específicos, serán explicitados a continuación:

1. Ayudar a la persona mayor a desarrollarse personalmente tanto como le permitan sus capacidades, incrementando la sensación de autoestima y dignidad.
2. Mantener las habilidades intelectuales el mayor tiempo posible con la finalidad de facilitar la independencia y la autonomía del anciano a través de la creación de un entorno rico en estímulos.
3. Adaptar el programa al paciente, atendiendo a las diferencias individuales.
4. Mantener, estimular las funciones cognitivas y sensoriales compensando el deterioro progresivo trabajando contenidos relacionados con el lenguaje, la orientación, la atención, el cálculo y la memoria.
5. Prevenir o retardar alteraciones de la actividad psicosocial.
6. Minimizar el estrés personal y familiar.
7. Implicar a la familia de la persona mayor en la participación del proyecto, y en el desarrollo de la demencia.
8. Construir unos hábitos en la vida diaria de la persona mayor con demencia.

10. Conseguir el disfrute y la motivación de la persona anciana a través de las actividades.

3.4. METODOLOGÍA

A nivel metodológico se distinguen dos vías, una de ellas relacionada, directamente, con los participantes en el proyecto y, una segunda vía, relacionada con las familias de los participantes.

En cuanto a la vía metodológica relacionada con los participantes, se realizarán sesiones en las que se trabajarán los diferentes bloques de contenidos: memoria, cálculo, atención, orientación y lenguaje. El trabajo de estos contenidos seguirá un orden con la finalidad de trabajar todos ellos de una manera equitativa.

Con la pretensión de trabajar, durante las sesiones y el desarrollo del proyecto, de una manera personalizada y adaptada a las características individuales de cada uno de los participantes, según el modelo de atención centrado en la persona, los grupos de personas con los que se trabajará estarán formados por 10-15 personas como máximo.

Se realizaran actividades tanto por escrito como orales y se utilizaran tanto estímulos visuales como auditivos. Para llevar a cabo las actividades escritas se emplearan fichas de elaboración propia adaptadas a las características propias de las personas mayores. (Anexo 2)

A lo largo del desarrollo de las sesiones primaran los siguientes principios:

- 1) Secuenciabilidad: seguir un determinado orden que de sentido al trabajo.
- 2) Funcionalidad: todo aquello que se propongan (actividades, objetivos,...) debe ser práctico, útil, representativo y funcional.
- 3) Globalización: debe hacer referencia a la unidad del sujeto y al tratamiento a seguir.
- 4) Activismo: es fundamental la participación activa de los participantes en todo momento.
- 5) Socialización: se fomenta la integración social del individuo en el ámbito del grupo y social.

En cuanto a los actores metodológicos fundamentales para el desarrollo de las sesiones se tendrá en cuenta:

- 1) Creación de grupos de participantes en función de las puntuaciones obtenidas en el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) e Índice de Barthel.
- 2) Utilizar siempre la misma sala y ofrecer puntos de referencia que les ayude a orientarse de forma progresiva.
- 3) Respetar y mantener la disposición elegida por cada uno de los participantes para la realización de las sesiones. Se respetan las amistades o empatías que existen entre ellos.
- 4) El lugar que ocupan en la sala es confortable, adaptado a sus posibles necesidades o limitaciones (hipoacusia, si les molesta la luz,...)
- 5) Se mantienen el mismo horario los tres días en los que se realizan las sesiones.
- 7) Evaluación y seguimiento individualizado de cada sesión de trabajo.

Todas las sesiones tendrán la misma estructura, es decir:

- 1) Actividad inicial: saludo, comentario sobre la actualidad, festividad o situación diaria, cotidiana de cada uno de ellos. Recuerdo de la fecha trabajando la orientación temporal.
- 2) Actividad central: dicha actividad variara cada día, teniendo en cuenta la programación semanal que se realizará en función de los diferentes bloques de contenido. Se explica la actividad a realizar y el porqué de su realización, cuál es su función, su justificación, en que nos ayuda esa actividad en nuestra vida diaria.
- 3) Actividad final: Refuerzo y feedback del rendimiento de cada participante en la actividad, recuerdo de la actividad en sí misma. Despedida hasta la próxima sesión.

La vía metodológica relacionada con los familiares de los participantes consistirá, principalmente, en sesiones en grupo con varias familias en las que se les proporcionará información sobre la enfermedad, pautas correctas de comportamiento, consejos del cuidado del enfermo y del cuidador,... Además, se les pedirá que asistan a algunas de las sesiones de trabajo con los beneficiarios para realizar junto a estos varias de las actividades que forman parte del proyecto.

3.5. CONTENIDOS

La estimulación cognitiva en personas con demencia cuyo deterioro mental es leve o moderado ha de dirigirse hacia capacidades mentales con un cierto grado de dificultad y que requieren, también cierto grado de elaboración, como la lectoescritura, el cálculo o el pensamiento abstracto. Pero también es necesario trabajar otras capacidades más sencillas, como la memoria, la atención y la orientación. Para la estimulación de todas ellas, se tendrán como base las capacidades que el sujeto aún conserva (Boada y Tárrega, 1999).

Teniendo en cuenta lo descrito en el párrafo anterior se agruparan los contenidos en cinco bloques, mediante los que se trabajarán varias de las capacidades mentales consideradas como unas de las más importantes en proyectos de estimulación cognitiva dedicados a personas con demencia: cálculo, memoria, lenguaje, atención y orientación. Cada uno de los bloques de contenido tendrá unos objetivos definidos y se trabajará a través de diferentes actividades, con la finalidad de que estas no resulten monótonas. Y todos ellos se evaluarán mediante el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) y el Índice de Barthel.

3.5.1. CÁLCULO

Que una persona sepa llevar a cabo operaciones aritméticas quiere decir que aún recuerda las tablas numéricas que aprendidas en la escuela, que aún entiende y sabe aplicar los conceptos de suma resta y multiplicación, así como el reconocimiento de los símbolos que para realizar estas operaciones se requieren, y que es capaz de realizar paso por paso y de manera ordenada el proceso para realizar las operaciones de manera correcta. (Boada y Tárrega, 1999)

En las demencias leves la capacidad de cálculo está caracterizada según Boada y Tárrega (1999, p.133) por “alteraciones de la estrategia y el procedimiento de resolución de problemas que se manifiestan en situaciones de la vida diaria donde interviene el dinero en las actividades de compra y venta. Los pacientes son incapaces de estimar el precio relativo de los objetos. Los números pierden su valor simbólico. Igualmente, se altera el cálculo mental simple y complejo por una alteración en los sistemas de atención y concentración.”

Debido a que actualmente la sociedad en la que vivimos se mueve por el consumo es muy importante conservar el máximo tiempo posible la capacidad de realizar

operaciones aritméticas y de manipular el dinero, con el fin de que las personas sepan manejarse dentro de esta sociedad y de ser autónomas el mayor tiempo posible.

El objetivo general de trabajar el cálculo dentro del programa de estimulación cognitiva consistiría en la preservación de los conocimientos que las personas puedan conservar sobre esta temática a través del fomento y la estimulación del uso de las operaciones aritméticas mediante diferentes actividades.

Objetivos específicos:

1. Adecuar las actividades de manera individualizada y personalizada a cada uno de los participantes.

2. Conservar los conocimientos numéricos.

3. Fomentar el uso de las operaciones matemáticas a través de la realización de actividades que simulen a actividades cotidianas del día a día.

4. Lograr durante el mayor tiempo posible la autonomía de los participantes dentro de la sociedad del consumo.

El bloque cálculo se trabajará mediante las siguientes actividades:

Secuenciación de números: clasificaciones entre par e impar, ordenar número de mayor a menor, series,...

Operaciones aritméticas: sumas, restas, multiplicaciones, problemas aritméticos, simulación de situaciones cotidianas,...

Juegos con números: bingo, sudoku, sopas de números, parchís, la oca, el dominó, el tres en raya...

Reconocimiento numérico: dictado y copia de números.

Se utilizarán los números del 1 al 100. Las sumas y restas serán de dos cifras y las multiplicaciones de dos cifras por una.

3.5.2. MEMORIA

La memoria según Tulving (1983) citado por Boada y Tárraga (1999, p. 119) es el “sistema cognitivo humano no unitario que nos permite aprender, guardar y recuperar

episodios, acontecimientos, hechos y habilidades personales y sobre el mundo. No hay una memoria sino varias memorias”.

Apoyando la existencia de varios tipos de memoria Signoret (1987), citado por Boada y Tárraga (1999), habla sobre tres tipos de memoria y los denomina como memoria inmediata, memoria reciente y memoria remota.

Memoria inmediata: consiste en la evocación de la información recién percibida.

Memoria reciente: es la memoria del hoy, del día a día, aquella que nos permite construir nuevos recuerdos.

Memoria remota: está constituida por los recuerdos acumulados a lo largo de toda la vida, recuerdos creados por la experiencia vital.

A lo largo de la evolución de la demencia, la memoria se ve gravemente afectada, ya que el deterioro afecta a los tres tipos de memoria explicados anteriormente. La consecuencia de este grave deterioro es que las personas con demencia tienen dificultades para evocar antiguos recuerdos, al mismo tiempo que tienen dificultades para crear nuevos recuerdos, hasta que finalmente se produce el olvido.

El objetivo principal de trabajar la memoria dentro del proyecto consiste en evocar recuerdos, tanto del ámbito social como del personal, en la orientación del participante, tanto en el espacio como en el tiempo así como el fomento de la autoestima individual.

Objetivos específicos:

1. Adecuar las actividades de manera individualizada y personalizada a cada uno de los participantes.
2. Realizar actividades específicas para trabajar cada uno de los tres tipos de memoria explicados.
3. Propiciar la evocación de recuerdos pasados a través de diferentes estímulos.
4. Trabajar la fijación y creación de nuevos recuerdos.

Para trabajar los contenidos del bloque de memoria se realizarán las siguientes actividades, clasificadas en función del tipo de memoria que se trabajará con ellas:

- Memoria inmediata: repetición de número o palabras de manera oral.

- Memoria reciente: actividades de memoria visual mediante imágenes de objetos que cambian de posición, o que desaparecen; relatar alguna historia ficticia o real que después deberán recordar; un diario personal en el que tendrán que reflejar actividades realizadas a lo largo del día: levantarse, desayunar, comer, dar un paseo, leer una revista,...actividades que consideren oportunas y todo ello deberá ir acompañado con la hora del día a la que fue realizada la acción. El diario será fundamentalmente escrito, pero pueden dibujar, pegar imágenes, objetos pequeños (hojas de los árboles, fotografías, dibujos,...),...todo aquello que consideren necesario para su personalización. Cada persona es diferente y puede ayudarle una cosa diferente; memorización de palabras, frases e incluso poesías y canciones;...
- Memoria remota: el cajón de la vida, para el que se necesitarán tanto objetos personales, como por ejemplo fotografías o pequeños objetos que atraigan recuerdos, con la ayuda de los familiares. La actividad consiste en rellenar una caja con todo lo que resulte útil para que recuerden quien son y como ha sido su vida. Podrán meter todo lo que ellos o sus familiares consideren necesario además del libro de la vida. Este constará de diversos apartados: ¿quién soy yo?, mi infancia, mi juventud y adolescencia, mi madurez, así soy ahora, el antes y el ahora, el día a día y mis cosas. Cada uno de los apartados será redactado por el propietario del libro ayudado por sus familiares y amigos, y la redacción, como ya se explicó antes, irá apoyada en imágenes y objetos.

3.5.3. LENGUAJE

Las principales alteraciones que se producen en el lenguaje según Boada y Tárraga (1999, p.49) serían: “afasias: etimológicamente *sin habla*, este síndrome clínico se traduce en una alteración del lenguaje oral con múltiples signos posibles en la comprensión y en la expresión”; “alexias: etimológicamente *sin lectura*, síndrome clínico que se traduce por una dificultad o incapacidad adquirida para la lectura y/o comprensión de la lectura”; y agrafias:

etimológicamente *sin escritura*, síndrome clínico que se traduce por una dificultad adquirida en la producción del lenguaje escrito”.

En las demencias leves la fluidez a la hora de hablar permanece prácticamente intacta, pueden aparecer errores por incorrecta conjugación verbal o por sustitución de unas palabras por otras. En las demencias moderadas esa fluidez va desapareciendo y con ella el lenguaje espontáneo. Además, se comienzan a utilizar palabras que sirven para referirse a cualquier tipo de contenido y el lenguaje empleado es muy repetitivo. El lenguaje escrito, en cambio, permanece intacto durante un mayor periodo de tiempo. En las demencias leves comienzan a aparecer errores ortográficos, sustitución de unas palabras por otras o directamente la omisión de algunas palabras. Con el avance de la demencia aparecen problemas grámicos. La parte del lenguaje que más tiempo pertenece intacta en el desarrollo de la demencia es la lectura, que sigue el mismo patrón que la escritura. (Boada y Tárraga, 1999)

El objetivo general de la práctica del lenguaje dentro del proyecto consiste en que las personas participantes en este puedan preservar el mayor tiempo posible el lenguaje en todas sus vertientes, tanto hablado como leído y escrito.

Objetivos específicos:

1. Adecuar las actividades de manera individualizada y personalizada a cada uno de los participantes.
2. Conservar las capacidades lingüísticas que las personas ya poseen y tratar de mejorarlas.
3. Trabajar la conservación y mejora de la expresión y fluidez oral.
4. Practicar con el fin de mejorar tanto la escritura como la lectura.

Dentro del bloque de lenguaje se realizarán actividades centradas en potenciar seis ámbitos diferentes (Peña-Casanova, 1999):

- La conversación: para tratar de impedir esa pérdida de la fluidez oral y la pérdida del lenguaje espontáneo se potenciarán conversaciones con los participantes. Las temáticas de estas conversaciones estarán relacionadas con el día a día, aspectos de la vida cotidiana, sobre familiares, vecinos,...

- La descripción: se les mostrarán imágenes de objetos, o incluso algunos objetos para que les describan, que digan para que sirve, como es, antiguo o nuevo,... con esta actividad se intentará que el lenguaje aparezca estimulado a través de las imágenes. La actividad se pueden realizar de manera oral o escrita.
- La repetición: en este ámbito, además del lenguaje, también se trabajan la memoria, la atención y la concentración. Se pueden realizar diferentes actividades, pero todas ellas consistirán en memoriza y repetir palabras, frases, refranes, canciones,... Las repeticiones pueden realizarse de manera oral o escrita.
- El reconocimiento y nombre de las cosas: consiste en utilizar estímulos visuales o auditivos, que los participantes reconozcan lo que ven o escuchan y digan su nombre. Esta actividad se puede realizar tanto escrita como oralmente. Los estímulos deberán estar relacionados con situaciones típicas de la vida diaria, aunque en esta etapa de la demencia las personas suelen ser capaces de emplear un amplio vocabulario del lenguaje cotidiano. También deberían poder identificar todas las partes del cuerpo, comprender e indicar derecha/izquierda, arriba/abajo, delante/detrás, y no tener problema con los números hasta el 100.
- El vocabulario: las actividades dentro de este ámbito consistirían en que las personas produjeran el mayor número de palabras de diferentes maneras, por ejemplo completando una familia de palabras, tanto escrito como oral, palabras que empiecen o contengan alguna letra,...
- La comprensión verbal: se pueden hacer diferentes actividades, ponerles un breve texto y que expliquen lo que han entendido; o darles ordenes simples para que las realicen, como por ejemplo ponte delante de mí, o donde está el objeto, ¿encima o debajo de la mesa?; o al contrario que la actividad anterior, en este caso se diría una frase, por ejemplo el botón está encima de la caja, y ellos tendría que colocar el botón encima de la caja, o dibujarlo,...Algunas de estas actividades son más sencillas si se realizan de

manera oral, pero también se podrían hacer mediante la escritura. En esta fase de la demencia las personas deberían distinguir sin problema lo que es más, menos, mucho, poco, al lado, rápido y despacio.

3.5.4. ATENCIÓN

Según Peñas-Casanova (1999, p.76) la atención “representa la capacidad de atender a estímulos sin distraerse por estímulos no pertinentes. La atención y la concentración constituyen capacidades funcionales de base en todas las tareas cognitivas. La atención es, por lo tanto, una capacidad supramodal que se encarga de seleccionar, entre los numerosos estímulos sensoriales, los más pertinentes para hacer la actividad motora o mental en curso. La atención es el resultado de la interacción de funciones como la vigilancia (estar más o menos despierto o alerta), la concentración, la motivación, la orientación y la capacidad de exploración.”

El grado de atención que requiere cada actividad depende de las características y de dificultad de la misma. En las demencias leves ya es observable como se distraen con mayor facilidad pero son capaces de realizar correctamente varias actividades. En cambio, en las demencias moderadas ya se observa claramente como las personas no son capaces de concentrarse correctamente y como les cuesta mucho mantener una atención selectiva.

Además de practicarla en actividades específicas, como bien explica Peñas-Casanova (1999), la atención se ejercitará en la mayor parte de las actividades que se llevaran a cabo cuando comience a ponerse en práctica el proyecto. La mayor parte de estas actividades se llevaran a cabo en fichas de papel.

El objetivo general en que se basa la práctica de la atención a lo largo de las actividades del proyecto sería ayudar a mantener durante el mayor tiempo posible esa atención y concentración en la actividad que se está realizando.

Objetivos específicos:

1. Adecuar las actividades de manera individualizada y personalizada a cada uno de los participantes.
2. Propiciar un ambiente que ayude a concentrarse y a mantener la atención en las actividades a realizar.

3. Aumentar o preservar el grado de atención/concentración previo a la puesta en marcha del proyecto.

4. Realizar actividades que trabajen como capacidad principal la atención y la concentración.

Las actividades a realizar para practicar los contenidos incluidos en el bloque de atención consistirían en: colorear todos los objetos que sean iguales del mismo color; ponerles dos cuadrículas, una con dibujo y la otra sin nada, y en la que no hay nada que realicen el mismo dibujo que el de la otra cuadrícula; en formas sencillas, como círculos o cuadrados, se pone números, y las que tengan números pares pintarlas de un color y las que tenga números impares de otro color; dibujos con números o letras en los que a cada número o letra le corresponde un color, y que los participantes tengan que pintar los dibujos en función de esos colores;...

3.5.5. ORIENTACIÓN

Boada y Tárrega (1999, p. 43) entienden la orientación “como el conocimiento que el sujeto tiene del entorno espacial y temporal en el cual se desenvuelve”.

En primer lugar se verá afectada la orientación temporal, en segundo lugar la espacial, y, por último, en tercer lugar la orientación personal. (Peña-Casanova, 1999)

La alteración más frecuente en las demencias leves es la desorientación en el tiempo, suelen saber en que año están, pero, en cambio, no se acuerdan del día de la semana, día del mes, ni del mes en que se encuentran. En la fase moderada lo que sucede es que directamente no saben ni en que año, ni día, ni mes se encuentran, hay una desorientación completa en cuanto al tiempo. En cuanto a datos personales, lo primero que olvidan en las demencias leves es la edad. Posteriormente, según va avanzando la enfermedad, también olvidan datos sobre sus familiares. (Boada y Tárrega, 1999)

Además de las actividades que se realizarán con los participantes, en el caso de la orientación es importante tener en cuenta los estímulos visuales. Es importante poner calendarios, o señalar de alguna manera el día del mes, el día de la semana, el mes y el año en el que se encuentran; reloj grande en el que las agujas se vean y se entiendan con claridad para que se sitúen en la hora del día; además es importante poner carteles, tanto en

la sala donde se lleve a cabo la actividad, como en sus casa, para lo que se hablaría con los familiares, para situar los lugares de importancia: los baños, la cocina, la salida,...; además, todo los días se sentaran en los mismos sitios, y en sus sitio habrá un cartel con su nombre.

El objetivo general de practicar la orientación en las actividades del proyecto será conseguir que los participantes tomen conciencia de la situación temporal, espacial y personal en la que se encuentran en ese momento.

Objetivos específicos:

1. Adecuar las actividades de manera individualizada y personalizada a cada uno de los participantes.
2. Conservar los datos personales básicos el mayor tiempo posible.
3. Lograr una mejora en la orientación temporal.
4. Mejorar la orientación espacial con el fin de que la persona pueda realizar más actividades de la vida diaria de manera autónoma.

Para trabajar los contenidos del bloque de memoria se realizaran las siguientes actividades, clasificadas en función del tipo de memoria que se trabajará con ellas:

Para practicar los contenidos que componen el bloque dedicado a la orientación se realizan las siguientes actividades, clasificadas en relación del tipo de orientación que trabajan:

- Orientación temporal: al inicio de cada sesión se preguntará y se aclarará la fecha en la que nos encontramos; se trabajará con las horas del día, actividades para relacionar la hora con el momento del día, por ejemplo son las 12:00h por lo tanto estamos a mediodía,...; se trabajará con las estaciones del año, en que estación nos encontramos, cuando comienzan y cuando acaban,...; fiestas especiales, como Navidad, Semana Santa,...
- Orientación espacial: se realizarán actividades para situar la localidad en la que se está realizando el proyecto, calle de la localidad, en que localidad reside cada uno, en que calle y número, las plantas de sus casas y donde están los distintos espacios de las casas de cada uno,... para llevar a cabo algunas de estas actividades se requerirá ayuda familiar.

- Orientación personal: para trabajar este ámbito de la orientación se utilizará la misma actividad que se realizará para trabajar la memoria remota, el cajón de la vida, y dentro de esta especialmente el libro de vida, que se intentará que sea lo más personalizado posible.

3.6. RECURSOS

3.6.1. RECURSOS MATERIALES

A continuación se mostrarán los recursos materiales imprescindibles para poder llevar a cabo el proyecto.

Se necesitará material de oficina:

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| - Paquetes de folios | 6 unidades |
| - Lapiceros | 20 unidades |
| - Gomas de borrar | 20 unidades |
| - Tijeras | 20 unidades |
| - Pegamentos | 20 unidades |
| - Carpetas de gomas | 20 unidades |
| - Sacapuntas | 6 unidades |
| - Papelera | 1 unidad |
| - Cajas de pinturas de madera | 6 unidades |
| - Cajas de pinturas de cera | 6 unidades |

Además de todo lo anterior, se necesitarán una mesa lo suficientemente amplia como para que quepan todos los participantes de cada grupo, que rondaran las 10-15 personas, alrededor de ella, y 20 sillas.

3.6.2. RECURSOS HUMANOS

Para poner en marcha el proyecto y poder llevarle a cabo se requiere un Educador/a Social. Ya que según la Asociación Estatal de Educación Social-ASEDES (2007, p.42) el Educador/a Social tiene como una de sus funciones el “Diseño, implementación y evaluación de programas y proyectos. Campo de responsabilidad que

hace referencia a acciones, actividades y tareas tanto en instituciones como con programas, proyectos y actividades. Competencias asociadas a esta función: Dominio de técnicas de planificación, programación y diseño de programas y/o acciones; Capacidad de poner en marcha planes, programas, y/o proyectos y acciones; y conocimiento de las diversas técnicas métodos de evaluación.”

Por lo tanto el Educador/a Social sería capaz tanto de elaborar el proyecto y llevarlo a cabo como de evaluarlo por sí solo, no sería necesaria la contratación de más personal.

3.6.3. RECURSOS ESPACIALES

Se necesitará una sala amplia, ya que puede que algunas de las personas que vayan necesiten andador o incluso silla de ruedas para moverse, y por este mismo motivo las puertas de entrada deberán ser amplias y que no haya problemas de accesibilidad. Debido a la edad de las personas, también será necesario que la sala tenga acceso a un aseo. Sería apropiado, aunque no imprescindible, que desde la sala hubiese un acceso rápido a una fotocopiadora.

3.7. TEMPORALIZACIÓN

El proyecto se llevaría a cabo a lo largo de un curso académico. Por lo tanto serían aproximadamente 9 meses, ya que las actividades comenzarían a mediados del mes de septiembre y terminaría a mediados del mes de junio.

Para comodidad de los participantes que vivan fuera de la localidad en la que se va a llevar a cabo el proyecto, tan solo se realizaran tres sesiones semanales y en días alternos (lunes-miércoles-viernes).

Las sesiones de una hora se llevarán a cabo, preferiblemente, por las mañanas y la hora se acordará con el grupo. El inicio de las sesiones, como muy temprano, sería a las 10:00h y finalizaría a las 14:00h. Por lo tanto, a lo largo de la mañana se podrían llevar a cabo las actividades con un máximo de cuatro grupos. En el caso de que hubiera más grupos habría que poner sesiones también por las tardes. Con el fin de crear una rutina en la vida de los participantes, estos acudirán los tres días a la misma hora. Lo que quiere decir

que si salen cuatro grupos el horario semanal quedaría tal y como aparece en el siguiente gráfico.

Cuadro nº1: Horario semanal en función de la existencia de 4 grupos.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
10:00/11:00	Grupo 1		Grupo 1		Grupo 1
11:00/12:00	Grupo 2		Grupo 2		Grupo 2
12:00/13:00	Grupo 3		Grupo 3		Grupo 3
13:00/14:00	Grupo 4		Grupo 4		Grupo 4

Fuente: Elaboración propia.

En caso de que salgan menos grupos se comenzaran a quitar las últimas horas, es decir, si salen tres grupos la sesión eliminada sería la que comenzaría a las 13:00h.

3.8. EVALUACIÓN

Se realizaran dos tipos diferentes de evaluaciones: se realizará una evaluación continua a lo largo del desarrollo del proyecto; y otra evaluación que consistirá en pasar a cada uno de los participantes dos pruebas diferentes para evaluar en que fase de la enfermedad se encuentran. Estas se pasaran antes de empezar con el desarrollo de las sesiones y al finalizar las mismas.

La evaluación continua será una evaluación personalizada, centrada en las características individuales según el modelo de atención centrado en la persona. Esto se debe a que, las personas que componen el colectivo con el que se llevará a cabo el proyecto, comparten una serie de características y de necesidades generales, y basándonos en ellas elaboramos dicho proyecto. Pero a la vez, todas ellas poseen características propias, y en cada uno de ellos la enfermedad evolucionará a un ritmo y de una manera diferente, por lo tanto es necesario llevar a cabo una evaluación individualizada para ir modificando

las actividades que se llevarán a cabo a lo largo del proyecto, con el fin de adaptarlo a las necesidades de cada caso particular.

Por cada participante habrá un cuaderno/memoria en el que se irá apuntando día por día su evolución a lo largo de las diferentes sesiones, así como su asistencia a las mismas. Dentro de este cuaderno habrá información de tipo personal: nombre y apellidos, edad y fecha de nacimiento, localidad y dirección, números de teléfono de contacto de las personas responsables del participante y, por último, si además de la demencia tiene alguna enfermedad a tener en cuenta. Habrá un apartado de observaciones generales y, además, habrá un apartado para cada ámbito a trabajar a lo largo del proyecto (cálculo, memoria, lenguaje, atención y orientación) para anotar las observaciones particulares de la evolución de la persona en cada uno de ellos.

Además, tanto al inicio como al final del proyecto se realizará un Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)(Anexo 3) y se pasará a todos los participantes el Índice de Barthel (Anexo 4).

Según López y Martí (2011, p.122) “el MEC es un test breve de cribado del deterioro cognitivo, producto de la adaptación española del instrumento original por Lobo et al, realizada en 1979, 1999 y 2002. El instrumento original es el Mini-Mental State Examination —MMSE o Mini-Mental— de Folstein et al, publicado en 1975, 1998 y 2001.”

El MEC consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones y puede ser aplicado en 5-15 minutos siguiendo las siguientes indicaciones para realizarlo de forma correcta: (López y Martí, 2011)

1. Orientación temporal: está compuesta de 5 preguntas cuya puntuación puede variar entre 0-5 puntos. Si la respuesta es correcta obtendrá un punto, en cambio, si falla obtendrá cero puntos.

2. Orientación espacial: al igual que la anterior consta de 5 preguntas y se puntúa de la misma manera, hasta 5 puntos. Los resultados suelen ser más favorables en entornos familiares.

3. Fijación: consiste en evaluar la capacidad para recordar tres palabras a corto plazo. No importa en que orden de la respuesta, si contesta de manera correcta al primer intento se le dará un punto por palabra correcta, llegando a un máximo de tres puntos en

esta prueba. Si no responde de manera correcta a la primera, se seguirá intentado que las recuerde pero ya no puntuaran.

4. Atención y cálculo: la prueba consiste en realizar al menos cinco veces seguidas la sustracción de tres números empezando por el 30 y facilitando un contexto concreto. Se dará un punto por respuesta correcta llegando a un máximo de cinco puntos.

5. Memoria: consiste en pedirles que recuerden las tres palabras que tenían que fijar en la prueba 3. Al igual que en esa prueba, no se tiene en cuenta el orden de respuesta y se puntuará con un punto cada respuesta correcta.

6. Nominación: la prueba consiste en que reconozcan y nombren dos objetos de la vida cotidiana que se mostraran de forma física. Cada una de las respuestas correctas se evaluará con un punto, por lo tanto la prueba puede llegar a un máximo de un punto.

7. Repetición: la prueba consistirá en la repetición de una frase. Si la repite entera y de manera correcta se les dará un punto, en cambio si no la repite exactamente igual se les dará cero puntos. Se podrá repetir hasta cinco veces con la finalidad de que la repita correctamente pero solo se puntuará si la dice de manera correcta en el primer intento.

8. Comprensión: la prueba se realizará en tres pasos en los que se evalúan la atención, la comprensión y la ejecución de una tarea compleja. Se otorgará un punto por cada paso correcto en la prueba, pudiendo llegar a un máximo de tres puntos. Si se equivocan en alguno de los pasos se le dará cero puntos en ese paso.

9. Lectura: se presenta una frase en una hoja a parte que deberán leer como “cierre los ojos”, el evaluado deberá leerlo y cerrar los ojos para poder evaluarlo de forma correcta con un punto. Si no realiza la acción se le darán cero puntos.

10. Escritura: deberán escribir una frase coherente que contenga sujeto, verbo y predicado. Si la escriben correctamente se les dará un punto, si se equivocan se les dará cero puntos.

11. Dibujo: deberán dibujar dos pentágonos entrelazados que se les mostrarán en una hoja aparte. Deberán dibujar correctamente los cinco lados y la intersección entre ellos para otorgarles un punto, si no se les dará cero puntos.

Si los resultados son entre 13-23 puntos la demencia es leve; entre 14-18 moderada; y < 14 grave. En este caso se tendrán en cuenta estas puntuaciones, pero lo importante es

que la puntuación sea más alta al final del proyecto cuando pasemos por segunda vez la evaluación, que la primera vez que lo pasamos al inicio del proyecto.

El Índice de Barthel “valora la capacidad de una personas para realizar de forma dependiente o independiente diez actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de respuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y necesidad de ayuda para llevarla a cabo.” (Trigás, Ferreira y Mejide, 2011, p.13)

Si el resultado es menor de 20 puntos existe una dependencia total; entre 20-40 es una dependencia grave; entre 45-55 es una dependencia moderada; y cuando son 60 o más puntos es una dependencia leve. (Trigás, Ferreira y Mejide, 2011)

CONCLUSION

Como conclusión de la elaboración del Trabajo de Fin de Grado, podemos afirmar que ha servido para reforzar y ampliar contenidos ya aprendidos durante los cuatro años de duración del Grado en Educación Social.

Es necesario tener en cuenta las altas tasas de envejecimiento en la sociedad actual, y las enfermedades relacionadas con este proceso. Cada vez existe un mayor número de personas mayores de 65 años, que en muchos casos se ven solos y en riesgo de exclusión social debido a los prejuicios existentes con respecto al grupo de la tercera edad por parte de la sociedad. Es necesario modificar esta situación, son personas que se merecen un respeto y aprecio por el resto de la sociedad. Al igual que estos han colaborado por el mantenimiento de la sociedad en la que ahora vivimos, la sociedad debe colaborar para ayudarles.

Para ayudar a las personas pertenecientes al grupo de la tercera edad o que están envejeciendo, es necesario tener en cuenta que, aunque existen características comunes, cada persona es diferente y única y por ello su proceso de envejecimiento será único y poseerá unas características propias.

Una de las enfermedades más frecuentes en la tercera edad, como explica la OMS, es la demencia. Enfermedad que como, ya hemos visto, tiene graves consecuencias tanto para los afectados como para la sociedad en general. Por ello, consideramos que son necesarios un mayor número de programas y proyectos que trabajen tanto con las personas que padecen esta enfermedad como con sus familiares. Programas y proyectos que les ayuden a comprender y a llevar lo mejor posible la demencia.

En las ciudades si existen proyectos de estimulación cognitiva, donde se ve una falta de este tipo de proyectos es en el medio rural. Todas las personas, vivan donde vivan, deberían tener los mismos derechos y las mismas oportunidades, por lo tanto las personas residentes en el medio rural deberían tener la oportunidad de disfrutar de los mismos proyectos de los que disfrutaban las personas residentes en las ciudades.

Tan importante como la existencia de estos proyectos sería su difusión, hacer llegar la información de sus existencia a las personas interesadas. Ya que, en ocasiones, la falta de información puede llevar a que el proyecto fracase.

A través de este proyecto se intentará concienciar a la sociedad de que la demencia es un problema de todos y que todos debemos ayudar, ya que como dice la OMS esta afecta a 35,6 millones de personas y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Castanedo, C. y Sarabia, C. (2013) Tema 3: Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento. Obtenida el 5 de marzo de 2014, de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-3.-cambios-psicologicos-sociales-y-familiares>
- Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias. CEAFA (n.d.). Asociaciones. Obtenido el 28 de febrero de 2014, de <http://www.ceafa.es/asociaciones-alzheimer/castilla-y-leon>
- Asociación Estatal de Educación Social- ASEDES (2007) *Documentos Profesionalizadores. Definición de Educación Social. Código deontológico del Educador y la Educadora Social. Catálogo de funciones y competencias del Educador y la Educadora Social*. Barcelona: Asociación Estatal de Educación Social- ASEDES.
- Filardo, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, 49, 204-219.
- Instituto Nacional de Estadística. INE (n.d.). Padrón. Población por municipios. Obtenido el 8 de marzo de 2014, de http://www.ine.es/inebmenu/mnu_padron.htm
- Jara, M. (2008). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista la Cúpula*, 22(2), 4-14.
- Limón, M^a. (1992). Características psico-sociales de la tercera edad. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 7, 167-178.
- López, J. y Martí, G. (2011). Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). *Revista española de medicina legal*, 37(3), 122-127.
- Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Salud Pública Educ Salud*, 3(1), 28-33.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (n.d.). Demencia. Obtenido el 7 de marzo de 2014, de <http://www.who.int/topics/dementia/es/>
- Peña-Casanova, J. (1999a). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- Peña-Casanova, J. (1999b). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales*. Barcelona: Fundación “la Caixa”.

- Tàrraga, L. y Boada, M. (Eds.) (1999). *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades y Alzheimer Centre Educatival.
- Trigás, M., Ferreira, L. y Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin*, 72(1), 11-15.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE INSCRIPCIÓN PROYECTO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA PERSONAS DE TERCERA EDAD CON DEMENCIA EN EL MEDIO RURAL DE LA PROVINCIA DE ÁVILA

DATOS PERSONALES:

- NOMBRE:.....
- APELLIDOS:.....
- EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:.....
- DIRECCIÓN:.....
.....
- LOCALIDAD:
- TELÉFONOS DE CONTACTO:/.....
- ASPECTOS A TENER EN CUENTA / ENFERMEDADES:
.....
.....
.....
.....

Yo D. / D^a. con
D.N.I..... me comprometo a participar y a asistir de forma constante al
Proyecto de Estimulación Cognitiva para Personas de Tercera Edad en el Medio Rural de
la Provincia de Ávila y doy mi consentimiento para la utilización de mis datos en futuros
estudios/proyectos.

En....., a..... de.....de.....

FDO.:

ANEXO 2: EJEMPLOS DE FICHAS ESCRITAS POR CONTENIDOS

CÁLCULO

1. Continúa la serie sumando de 3 en 3:

0 - 3 - ... - 9 - ... - ... - ... - 21 - ... - 27 - ... - ... - ... - 39 -
 ... - ... - ... - 51 - ... - ... - 60 - ... - ... - ... - 72 - ... - ... - ... - ...
 - 87 - ... - ... - 96 - ...

2. Clasifica los siguientes números según sean pares o impares:

7 - 12 - 8 - 21 - 32 - 45 - 3 - 88 - 97 - 66 - 24 - 55

Números Pares	Números Impares

3. Continúa la serie restando de 2 en 2:

100 - 98 - ... - ... - ... - 90 - ... - 86 - ... - ... - ... - ... - 76 - ... -
 ... - 70 - ... - ... - ... - 62 - ... - ... - 56 - ... - ... - ... - ... - 46 - ...
 - ... - ... - 38 - 36 - ... - ... - ... - 28 - ... - ... - ... - ... - ... - 16 -
 14 - ... - ... - 8 - ... - ... - 2

4. Escribe en letra los siguientes números:

98:

75:

62:

46:

30:

25:

12:

7:

5. Escribe en número:

Nueve:

Quince:

Veintiocho:

Treinta y nueve:

Cuarenta y tres:

Cincuenta y cuatro:

Sesenta y siete:

Setenta y cinco:

Ochenta y dos:

Noventa y uno:

6. Realiza las siguientes operaciones:

$$\begin{array}{r} 27 \\ + 37 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 81 \\ + 12 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 54 \\ + 15 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 82 \\ - 43 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 75 \\ - 32 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 28 \\ - 12 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 25 \\ \times 3 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 33 \\ \times 2 \\ \hline \end{array}$$

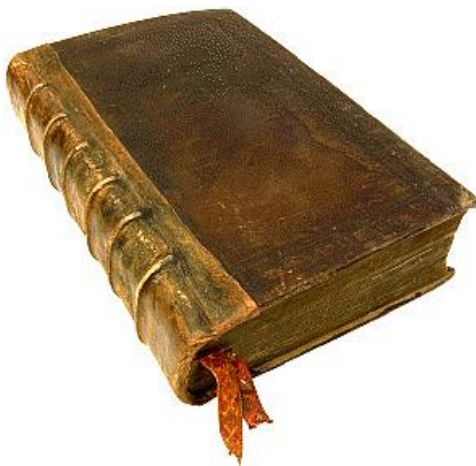
$$\begin{array}{r} 10 \\ \times 9 \\ \hline \end{array}$$

LENGUAJE

1. Identifica los siguientes objetos:



.....



.....



.....

2. Describe los siguientes objetos: de que colores es, de que forma, largo o corto, bonito o feo,...



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Escribe palabras de las siguientes familias:

Flores:

.....
.....
.....
.....

Animales:

.....
.....
.....
.....

Meses del año:

.....
.....
.....
.....

4. Memoriza las siguientes palabras y repítelas en voz alta:

Brazo

Perro

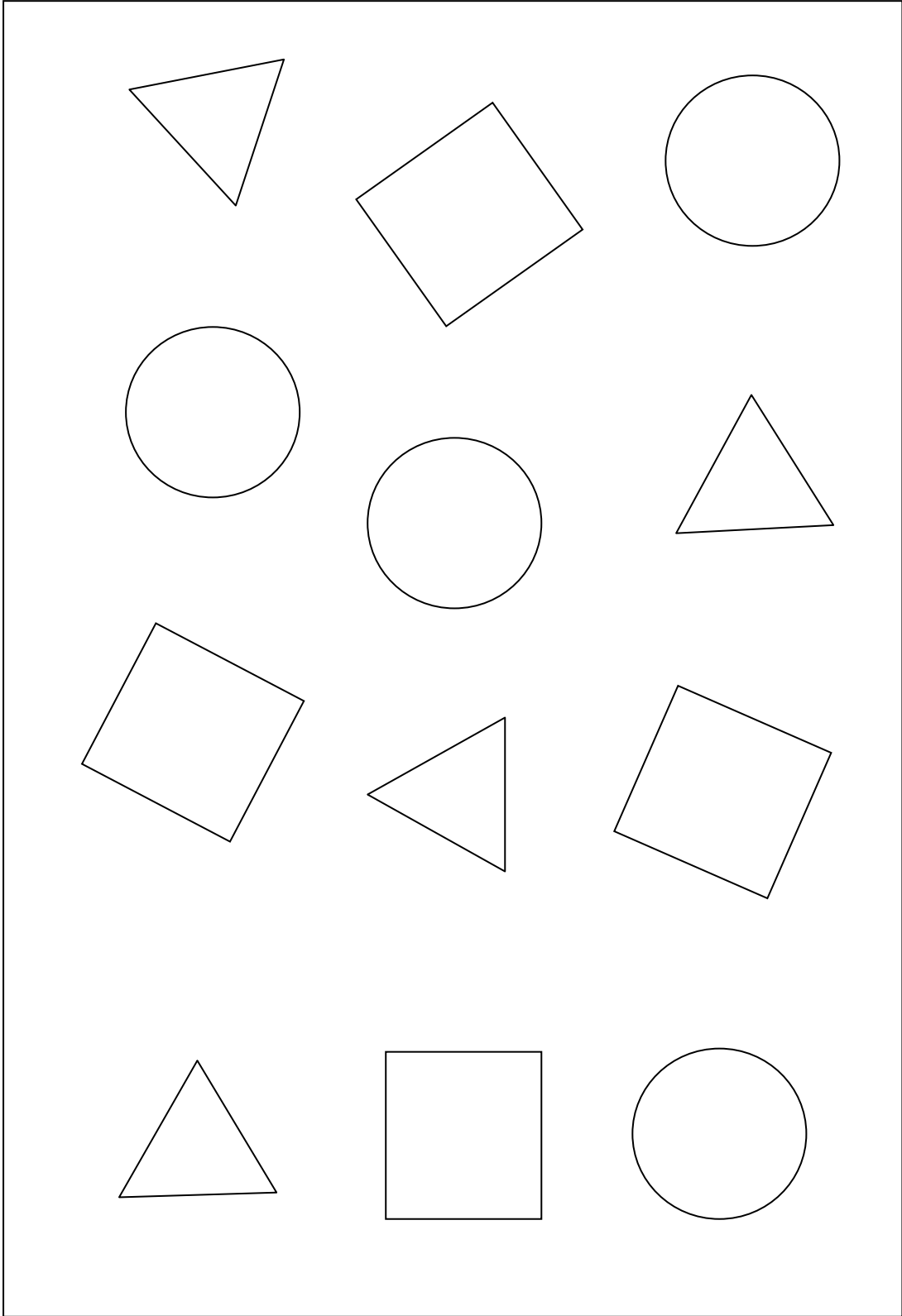
Zapato

ATENCIÓN

1. Rodea todos los plátanos que veas en el dibujo de abajo:



2. Colorea los círculos de **rojo**, los cuadrados de **azul** y los triángulos de **verde**:



3. Rodea las imágenes que se repiten en cada fila:



MEMORIA

1. Fíjate bien en las imágenes que presentamos a continuación:



2. ¿Qué imagen falta?



2. Completa los siguientes refranes:

A cada cerdo le llega

Perro ladrador

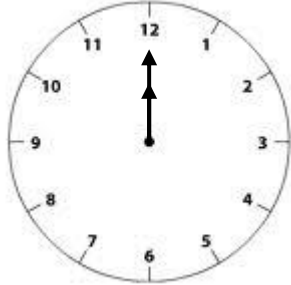
Se coge antes a un mentiroso.....

No hay mal que por.....

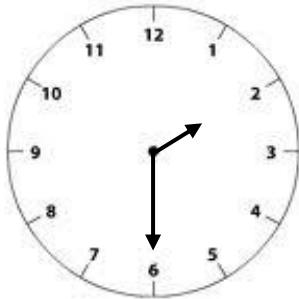
Cuando el río suena.....

ORIENTACIÓN

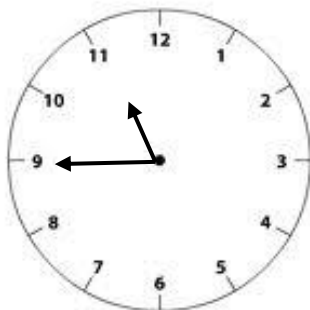
1. Relaciona cada reloj con su hora correspondiente:



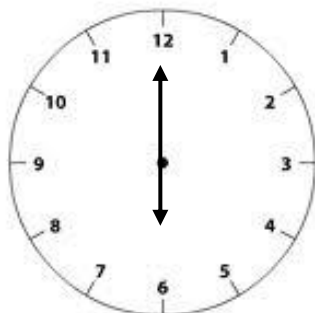
Las 11 menos cuarto.



Las 6 en punto.



Las 12 en punto.



Las 2 y media.

2. Contesta las siguientes preguntas:

¿Cómo te llamas?.....

¿Cuántos años tienes?.....

¿Dónde vives?.....

¿Conoces la dirección de tu casa?.....

.....

¿Cuál es tu número de teléfono?.....

¿Con quién vives?.....

.....

3. Realiza un árbol genealógico:

ANEXO 3: MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

NOMBRE:.....

EDAD:..... NIVEL FORMATIVO:.....

FECHA:...../...../.....

1. ORIENTACIÓN TEMPORAL

	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
¿En qué año estamos?		0-1
¿En qué estación o época del año estamos?		0-1
¿En qué mes estamos?		
¿Qué día de la semana es hoy?		0-1
¿Qué día es hoy?		0-1
		0-1

2. ORIENTACIÓN ESPACIAL

¿En qué país estamos?		0-1
¿En qué provincia/comunidad autónoma estamos?		0-1
¿En qué población estamos?		0-1
¿Dónde estamos ahora? (establecimiento/casa: nombre de la calle)		0-1
¿En qué planta/piso estamos?		0-1

3. FIJACIÓN

Ahora, por favor, escúcheme atentamente. Le voy a decir tres palabras y deberá repetirlas cuando yo termine. Estas son las palabras: PELOTA		0-1
--	--	-----

CABALLO	0-1
MANZANA	0-1
¿Me las puede repetir?	

4. ATENCIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas monedas le quedan? Siga restando de 3 en 3 hasta que le diga que pare.		
30 menos 3 ... (27)		
...menos 3... (24)		0-1
...menos 3... (21)		0-1
...menos 3... (18)		0-1
...menos 3... (15)		0-1
		0-1

5. MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?	
PELOTA	0-1
CABALLO	0-1
MANZANA	0-1

6. NOMINACIÓN

¿Qué es esto? (mostrar un lápiz o bolígrafo)		0-1
Y esto, ¿qué es? (mostrar un reloj)		0-1

7. REPETICIÓN

Ahora le voy a decir una frase que deberá repetir.		
--	--	--

EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS ¿Me la puede repetir?		0-1
--	--	-----

8. COMPRENSIÓN

Tenga una hoja de papel a mano

Ahora escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo siguiendo mis instrucciones.		
Coja el papel con la mano derecha...		0-1
...dóblelo por la mitad...		0-1
...déjelo en el suelo/mesa...		0-1

9. LECTURA

Ahora le voy a mostrar un papel con una frase, debe leerla y hacer lo que está escrito.		
CIERRE LOS OJOS		0-1

10. ESCRITURA

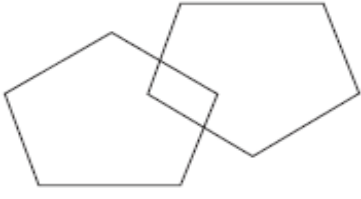
Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano.

Ahora le voy a pedir que escriba una frase, lo que quiera, algo que tenga sentido. Si no responde se le puede pedir, por ejemplo, que escriba algo sobre el tiempo que hace hoy.		0-1
--	--	-----

11. DIBUJO

Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano.

Ahora le voy a pedir que copie este dibujo (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo y mostrar la hoja con el dibujo estímulo)		
---	--	--

 Two regular pentagons are drawn, overlapping each other. The left pentagon is slightly lower and to the left of the right pentagon, with their right and left sides respectively overlapping.	0-1
PUNTUACIÓN TOTAL	/30

ANEXO 4: ÍNDICE DE BARTHEL

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
TOTAL:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, ...	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse,...	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa,...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de	5

	mantenerse solo sentado	
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0