



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Departamento de Pedagogía

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

Envejecimiento activo en personas con enfermedad de Alzheimer en la Residencia Nicolás Rodríguez de Olmedo (Valladolid).

Curso Académico 2013/2014

Presentado por: **AMANDA CALLEJO CASQUETE** para optar al **Grado de Educación Social de la Universidad de Valladolid.**

Tutelado por: **XOÁN GONZÁLEZ Y PEDRO URCHEGUI.**

Envejecimiento activo en personas con enfermedad de Alzheimer en la Residencia Nicolás Rodríguez de Olmedo (Valladolid).

RESUMEN: Debido al aumento considerable de la población anciana en la actualidad y a su vinculación con las diferentes demencias, y en especial con la enfermedad del Alzheimer, el presente trabajo de fin de grado pretende que la sociedad tome conciencia de la importancia del envejecimiento activo, proyectando una imagen positiva de las personas mayores. El presente trabajo, haciendo hincapié en la importancia que conlleva desarrollar unos hábitos de vida saludable tanto física como mentalmente, plantea la intervención mediante un proyecto diseñado y aplicado en la Fundación Nicolás Rodríguez de Olmedo, Valladolid, con el objetivo principal de fomentar una buena calidad de vida y disminuir los posibles deterioros cognitivos que sufren tanto las personas mayores como consecuencia del paso de los años, como las personas que sufren de la enfermedad de Alzheimer.

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento activo, Personas Mayores, Calidad de Vida, Alzheimer.

ABSTRACT: Due to the considerable increase in the elderly population today and their linkage with the different dementias, particularly Alzheimer's disease, the present work aims to level the society aware of the importance of active aging, casting a positive image of older people. This paper emphasis on the importance of dealing with developing habits, both physically and mentally healthy life, raises the intervention through a project designed and implemented in Nicolás Rodríguez Olmedo, Valladolid Foundation, with the main objective to promote good quality of life and reduce the potential cognitive impairments who are both older people as a result of the passage of time, such as people suffering from Alzheimer's disease.

KEYWORDS: Active aging, Older, Quality of Life, Alzheimer.



*“Desde que nacemos, envejecemos:
Envejecer es vivir y vivir es envejecer”*

Rocío Fernández Ballesteros

ÍNDICE

CAPITULO 1: PRELIMINAR

1.- INTRODUCCIÓN

2.- JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

2.1.- Relevancia del tema.....

2.2.- Objetivos del tfg en relación con las competencias del título

CAPITULO 2: FUNDAMENTACION TEÓRICA

1.- EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN ESPAÑA

2.- ENVEJECIMIENTO

2.1 Envejecimiento y vejez

2.2 Tipos de envejecimiento

2.3 Teorías sobre el envejecimiento

a. Teorías biológicas

b. Teorías psicológicas

c. Teorías sociales

3.- ENVEJECIMIENTO ACTIVO

3.1 Concepto de envejecimiento activo

3.2 Envejecimiento activo y calidad de vida

3.3 Factores determinantes del envejecimiento activo

3.4 Ventajas del envejecimiento activo

4.- MEMORIA Y ENVEJECIMIENTO

5.- ALZHEIMER

5.1 Definición

5.2 Síntomas de la enfermedad de Alzheimer

5.3 Criterios médicos

6.- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL ALZHEIMER

6.1 Entrenamiento cognitivo

6.1.1 Concepto de reserva cerebral y reserva cognitiva

6.2.1 Reserva cognitiva y la enfermedad de Alzheimer

CAPITULO 3: PROYECTO DE INTERVENCIÓN

1. Introducción

2. Justificación del proyecto

3. Destinatarios del proyecto

4. Contextualización

5. Objetivos del proyecto

6. Temporalización

7. Actividades

7.1 Programa de memoria

7.2 Programa de salidas a la comunidad

7.3 Programa de deporte

8. Recursos

9. Evaluación

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

CAPITULO 1: PRELIMINAR

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende ser una aproximación al conocimiento del concepto de envejecimiento activo y a su importancia para la mejora de las personas mayores que sufren los diferentes síntomas de la enfermedad del Alzheimer. Basándonos en el envejecimiento activo como ayuda al progreso de dicha enfermedad, se plantea una intervención en un centro y finalmente se analizarán sus resultados.

Actualmente nuestra sociedad está mostrando ciertos síntomas de envejecimiento, esto es un hecho. Conceptos como por ejemplo calidad de vida, envejecimiento activo e independencia son términos que, en la actualidad, tenemos más presentes en nuestro vocabulario. El envejecimiento no tiene que ser ningún impedimento para poder desarrollar las tareas del día a día, y la idea de vivir plenamente es difícil de entender sin una actitud positiva.

La longevidad ha crecido de forma espectacular durante todo el siglo XX, y por ello tenemos que ser conscientes de la importancia que tienen los mayores en esta sociedad, ya que algún día nosotros pasaremos a formar parte de dicho colectivo. Sánchez Martínez M. (2009) proyecta la idea de que cuando los viejos se sienten activos, dejan de ser viejos y pasan a ser personas mayores, por lo tanto escapan de la vejez. Cuando pensamos en el término activo no solo nos referimos al ámbito físico y mental, sino que también englobamos la participación en la sociedad que toda persona mayor tiene derecho a disfrutar. El envejecimiento activo trata de aumentar la calidad de vida a todas las personas y la actividad es la clave de un buen envejecimiento tanto físico como mental.

Si recordamos la famosa pirámide que describe Maslow, en ella se explica que la motivación humana se basa en cubrir las necesidades de nivel superior haciendo hincapié en la necesaria participación del sujeto, como por ejemplo la necesidad de autorrealización, la necesidad de relacionarse e integrarse con los iguales, la autoestima, etc.

La necesidad de participación toma un papel importante en el envejecimiento activo y ello se hace patente en los objetivos de la UE al declarar el año 2012 como Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad entre Generaciones, cuyo objetivo es el de promover un envejecimiento activo en varias áreas como por ejemplo en el área de empleo, la participación en la sociedad y el fomento de una vida autónoma e independiente. Desde el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en adelante IMSERSO) se expone que, cuando nos referimos a envejecimiento activo también hablamos de la autonomía de la persona, de su capacidad para poder tomar decisiones en cuanto a su nivel de implicación en la sociedad, hablando ampliamente de participación en todos los sentidos.

En los últimos años nuestro país sigue un proceso de envejecimiento importante. El cambio demográfico sufrido por este envejecimiento supone un reto para la sociedad puesto que los problemas de salud y las enfermedades cognitivas van aumentando con el paso de los años y mayormente en personas que no hayan tenido un envejecimiento activo óptimo. Dentro de estos problemas de salud se encuentra la enfermedad del Alzheimer (en adelante EA).

Según Stern (2002), la pérdida de memoria asociada a la edad puede causar una sensación de descontrol e incapacitación, derivándose en una falta de confianza y un nivel de estrés mayor, llegando a producir un aumento del deterioro cognitivo. Muchas personas mayores piensan que es normal que según vayan cumpliendo años la memoria les falle poco a poco, creen que es un proceso irreversible e inevitable producido por el paso de los años, pero llevando a cabo un adecuado entrenamiento es posible minimizar los efectos propios del envejecimiento y sentirse más activo y saludable.

A finales de los años 80 Katzman y sus colaboradores introdujeron un término nuevo denominado «reserva cognitiva». Este término se refiere a la resistencia de nuestras capacidades mentales ante posibles lesiones neuropatológicas en nuestro cerebro. (Katzman, et al, 1988;). Es decir, que nuestra reserva cognitiva puede ser flexible en cuanto a nuestro rendimiento cognitivo y a nuestra funcionalidad cerebral pudiendo ser modificados y cambiados con la incorporación de un estilo de vida activa y saludable.

Un envejecimiento activo desembocaría en un aumento de la reserva cognitiva creando mayor resistencia a los cambios patológicos que puedan producirse en el cerebro a lo largo de nuestra vida y esto desemboca en una disminución considerable de los fallos de la memoria que muchas personas sufren, así como de enfermedades cognitivas, como por ejemplo la enfermedad del Alzheimer, llegando a aumentar considerablemente y de manera significativa la calidad de vida del individuo.

Actualmente no existe ninguna vacuna contra la EA, pero un envejecimiento activo hace que los efectos de la enfermedad sean menos devastadores por un periodo de tiempo. Por ello es muy importante adquirir unos hábitos de vida saludable y entrenar la mente de manera continuada. Obviamente el estilo de vida y las experiencias adquiridas de cada individuo forman un papel importante en el proceso de envejecimiento añadiendo los factores genéticos de cada persona, pero nunca es tarde para empezar a modificar dicho hábitos y conseguir un estilo de vida activo y saludable física y mentalmente.

El cambio que sufrimos cuando entramos en la etapa de la vejez es complicado y más aún cuando no podemos desarrollar las tareas de la vida diaria con total normalidad. La sociedad sigue relacionando la etapa de la vejez y la falta de independencia con las enfermedades. Pero la misma sociedad pone a disposición recursos para evitar que dicho envejecimiento pase por diversas discapacidades. Estos recursos se refieren a ciertas pautas y hábitos de vida saludable.

2.- JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo relaciona dos temas elementales como es el envejecimiento activo y la enfermedad del Alzheimer en personas mayores.

En cuanto al envejecimiento activo considero importante que la población conozca y comprenda los beneficios que aporta la práctica de un envejecimiento activo y sano para la sociedad en general y no solo para el colectivo de la tercera edad.

En la sociedad existe un gran desconocimiento de la EA y de la necesidad que tienen las familias de mejorar la calidad de vida de aquellos que sufren este tipo de demencia ya que ésta disminuye considerablemente.

2.1.- RELEVANCIA DEL TEMA

Siempre he considerado que el trabajo con las personas mayores es altamente gratificante puesto que se trata, por lo general, de un colectivo con un alto grado de motivación ante cualquier actividad que se les proponga, y no solo por eso, sino también por todo aquello que son capaces de aportar debido a sus vivencias y experiencias. Puedes aprender mucho de las inquietudes, sentimientos y habilidades del colectivo de personas mayores ya que se trata de un grupo que mucha gente desconoce. A modo personal creo que la sociedad debería de dar más importancia a este colectivo ya que todos llegaremos a pasar por esta etapa. Tenemos que aprender a tomar conciencia de la situación actual de nuestros mayores y ayudar a la mejora de la misma, para que en un futuro consigamos que las personas de la tercera edad puedan disfrutar de una vida más larga, activa y saludable.

Desde hace varios meses he podido observar como a las personas mayores no reciben la atención necesaria en cuanto a prestaciones sociales debido a la actual situación de crisis del país. A consecuencia de esto y bajo mi punto de vista, creo necesario establecer más programas que promuevan y aumenten el conocimiento sobre el envejecimiento activo y por consiguiente lograr que las personas mayores puedan sentirse útiles manteniendo en funcionamiento su reserva cognitiva, concepto del cual hablaré más adelante.

2.2 RELACION DEL PRESENTE TRABAJO CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO DE GRADO EN EDUCACION SOCIAL

De manera general el objetivo propuesto es el de dar a conocer la importancia que tiene tanto a nivel individual como social el envejecimiento activo y saludable en las personas mayores como factor de prevención de las enfermedades cognitivas que puedan surgir como consecuencia del transcurso de los años o de enfermedades cognitivas.

De manera específica, los objetivos planteados son:

- Recopilar datos y estadísticas relacionados con el tema tratado.
- Elaborar una herramienta cuyo objetivo sea el de fomentar el envejecimiento activo y tomar conciencia de su importancia en un futuro.
- Promover ciertos hábitos de vida saludable mediante ejercicios relacionados con la prevención y disminución de las enfermedades cognitivas.
- Conocer el estado y la situación actual de las personas mayores con respecto al Alzheimer.
- Planificar una propuesta que desarrolle un modelo de intervención mediante diversas actividades y talleres durante unas sesiones basándose en los objetivos, contenidos curriculares y criterios de evaluación de la Educación Social.

CAPITULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En 2002 se celebró en Madrid la Asamblea Mundial de Envejecimiento en la cual se marcaron pasos a seguir para el cambio de actitudes políticas realizando un llamamiento a la población para promover y fomentar que las personas mayores tengan un nivel de vida más saludable y activo. En este mismo año la Asamblea de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (OMS) pusieron en marcha el Marco de Políticas sobre el Envejecimiento Activo definiéndolo como, "un proceso de optimización de la salud, seguridad y participación en la sociedad del individuo a medida que éste vaya envejeciendo". Hablamos de personas adentradas en una edad que sufren diversas dificultades, pero no por ello son personas inválidas. Es necesario que la sociedad elimine ciertos tópicos generales con respecto a este colectivo y poder ofrecerles varias alternativas con las cuales podamos cubrir sus necesidades mediante la realización de proyectos o programas adaptados para intentar que su envejecimiento sea una etapa positiva, saludable y sobre todo activa.

1.- EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN ESPAÑA

Actualmente el envejecimiento de la población es un tema importante ya que la población de personas mayores ha aumentado de manera significativa y lo seguirá haciendo en los próximos años. Por ello se nos plantea la necesidad de adquirir numerosos conocimientos tanto de las características como de las necesidades de este colectivo para poder contribuir a un estilo de vida pleno y a un bienestar saludable. En la gráfica 1 podemos observar como la proporción de personas jóvenes y niños en el año 2025 descenderá respecto a la población más anciana, en el caso de las personas mayores de 60 años la población asciende. La pirámide de población tomaría una forma o una estructura más cilíndrica.

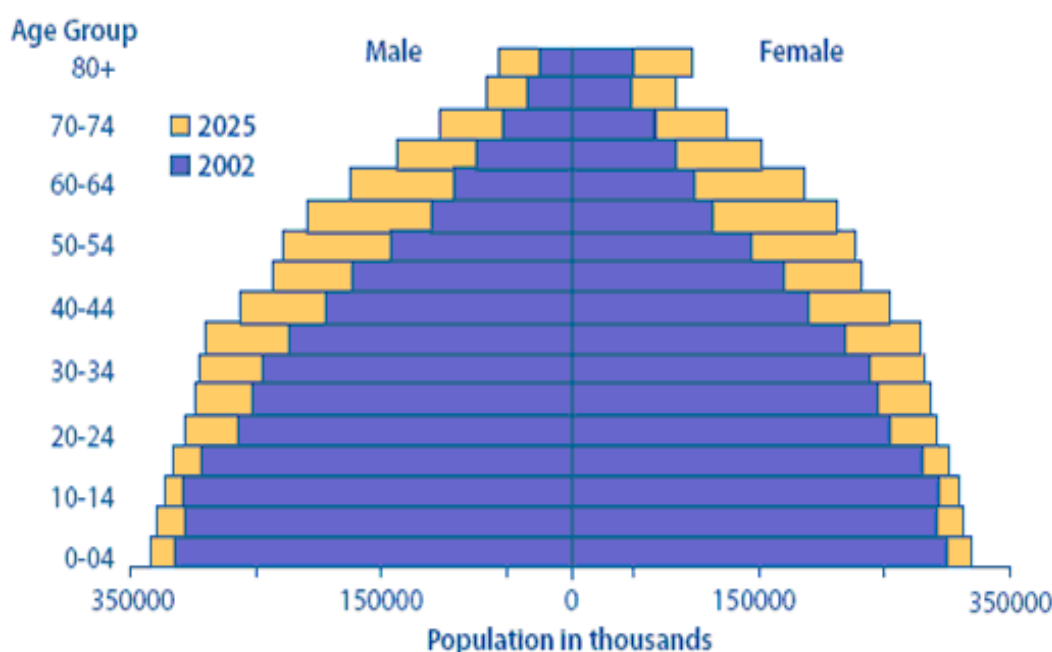


Gráfico 1. Pirámide de población mundial en 2002 y 2025.

Fuente: OMS (2002). Active ageing. A policy framework. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Durante el último siglo España ha vivido una transformación demográfica importante debido al aumento considerable del envejecimiento de la población. El colectivo de las personas que superar los 60 años cada vez va siendo más numeroso.

La esperanza de vida, según Abellán (2005b), se ha incrementado de forma espectacular durante el siglo XX en todos los países, especialmente en España:

“La mayoría de los españoles recién nacidos ahora celebrará su 65 cumpleaños. A principio del siglo XX sólo un 26% llegaba a viejo; en las condiciones de mortalidad actuales, de 100 nacidos más de 87 alcanzarán la vejez (92 de cada cien mujeres u 81 en el caso de los varones). El porcentaje de personas que habiendo superado el umbral de los 65 años espera cumplir los 90 ha pasado de dos a veintidós entre 1930 y 1998. Un auténtico éxito de la supervivencia.” (Abellán, 2005b, p. 91).

2.- ENVEJECIMIENTO

2.1 Envejecimiento y vejez.

Normalmente consideramos que los términos de envejecimiento y vejez van unidos y eso es una apreciación errónea que la sociedad tiene que cambiar. En este apartado diferenciaremos estos dos términos para favorecer su entendimiento y mejorar el uso de los mismos.

Autores como Dulcey-Ruiz, Mantilla, Carvajal & Camacho (2004), realizan una distinción haciendo referencia a que el envejecimiento de la sociedad y de sus individuos son completamente diferentes a la vejez. En cambio, la vejez es la etapa final que lleva consigo el proceso de envejecimiento.

Según Castillo (2007, p.13), es un hecho demostrado el decir que cada individuo envejece de una manera distinta; varias personas de la misma edad pueden mostrar diferentes cambios en su envejecimiento, en su deterioro del día a día etc, por lo que tenemos que distinguir bien y comprender debidamente el término de vejez y los factores que intervienen en este proceso.

Según Romero (2002, p. 204), la vejez se considera como “el momento de la vida en el que se presenta un deterioro de las funciones fisiológicas, con la consiguiente limitación corporal para realizar las actividades cotidianas”. La vejez es una manera social, mental y física que el ser humano vive hasta que le llega el momento de su muerte. Podríamos decir que el envejecimiento es la etapa en la que sufrimos ciertos deterioros en nuestras funciones fisiológicas. Amador, L (2007) añade que el envejecimiento forma parte de una etapa de nuestro ciclo vital y que dependiendo de nuestros hábitos y estilo de vida dicha etapa podrá resultar positiva o no. El envejecimiento deriva en una situación irreversible y degenerativa que afecta a muchos órganos de nuestro complejo organismo (Castillo, 2007, p. 13). El envejecimiento depende también de muchas consecuencias, factores o cambios que con el tiempo provocan ciertos problemas y desequilibrios a nivel físico y mental causando finalmente la muerte.

Como referencia del proceso de envejecimiento y la edad cronológica de la persona, Merino (2002) indica:

“La edad por sí misma no es una referencia fiable para determinar parámetros que nos permitan conocer o clasificar a los individuos. Como sabemos, hay personas más jóvenes con 70 años que otras con 50. (...) Así mismo, entre los 60 y los 90 o más años hay una diferencia de 30, un tramo tan largo como pueda ser el existente entre la niñez y la madurez de la edad adulta” (Merino, 2002, p. 276).

Puesto que existen muchas diferencias entre los sujetos que se encuentran en la etapa de la vejez, debemos de tener en cuenta no solo la edad cronológica del anciano sino también la edad biológica y su capacidad por lo que siguiendo con las contribuciones de Castillo (2007) entenderemos que por edad cronológica nos referimos a la fecha de nacimiento de cada individuo mientras que con el concepto de edad biológica se hace referencia a la edad real que presenta el individuo debido a su aspecto, estado funcional, organismo, etc. En las personas en las cuales su aspecto representa una edad mayor a la real se podría hablar de un envejecimiento acelerado, y en el caso contrario estriamos hablando de un envejecimiento atenuado. La edad biológica se corresponde más con el aspecto que presenta cada persona que con su edad cronológica real. (Castillo M, 2007).

2.2 Tipos de envejecimiento.

A lo largo de nuestra vida pasamos por diversas etapas como la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez. En todas las etapas sufrimos una serie de cambios psicológicos, sociales y físicos aunque dependiendo de cada persona en mayor o en menor medida. En la etapa del envejecimiento muchos de los cambios pueden ser la pérdida de memoria, disminución de la actividad física, etc. Según Moragas (1991) podemos clasificar el envejecimiento en dos tipos: el envejecimiento normal y el envejecimiento denominado patológico. El primer tipo de envejecimiento se produce cuando la persona sufre cambios inevitables asociados a la edad y al paso del tiempo como por ejemplo la aparición de canas. Moragas (1991) también expone que definir un estado de envejecimiento normal resulta complicado, puesto que, para algunas personas ciertos impedimentos físicos son considerados enfermedad o limitación y para otras simplemente son molestias o malestar.

El envejecimiento patológico viene marcado por diversos problemas físicos y mentales producidos por la adquisición de malos hábitos a lo largo de la vida, los cuales no forman parte del envejecimiento normal, como por ejemplo la EA. Hablar de la etapa de la vejez no es hablar de una etapa de enfermedad, pero es en este periodo en el que aumenta considerablemente la probabilidad de padecer algún tipo de enfermedad.

2.3 Teorías sobre el envejecimiento

Actualmente las teorías sobre el envejecimiento permiten entender el envejecimiento activo como un recurso generalizado de intervención en el cual, la actividad física se representa en el escalón más importante para un estilo de vida adecuado (Merino, 2006). Tanto genéticamente como funcionalmente cada persona envejece de manera diferente.

Existen numerosas investigaciones sobre las teorías del envejecimiento a nivel biológico, psicológico y social. Según la revista Española de Geriátría y Gerontología Integración de teorías del envejecimiento (parte II), podemos dividir dentro de las teorías biológicas las llamadas teorías estocásticas, las cuales vendrían ligadas a los factores ambientales sufridos por las personas a lo largo del tiempo.

Entre dicha teorías podemos clasificar la teoría del desgaste, teoría del error catastrófico, teoría del entrecruzamiento y la teoría de los radicales libres. Otra teoría dentro de la biológica es la llamada no estocástica en la cual el envejecimiento es considerado como la continuidad que sufren los individuos en su proceso del desarrollo durante su etapa de envejecimiento, es decir, es nuestra última etapa del ciclo vital. La teoría integradora es la última de las teorías biológicas. Dicha teoría explica que el envejecimiento es la consecuencia tanto de factores ambientales vividos a lo largo de la vida como de los factores genéticos de cada individuo (Revista Española de Geriátría y Gerontología).

El siguiente grupo lo forman las teorías psicológicas dentro de las cuales aparecen la teoría del desarrollo en la que considera que la etapa de la vejez comienza a partir de los 65 años de edad desarrollándose factores individuales y culturales. Dentro de este grupo de teorías nos encontramos con la teoría de la actividad. En esta teoría la actividad es la base de un envejecimiento saludable, explicando que cuanto más actividad se realice a lo largo del ciclo vital más óptimo y saludable se desarrollara la etapa del envejecimiento. Por último nos encontramos con la teoría de la continuidad donde se considera que las personas mayores son las mismas que en su etapa de juventud y que tienen las mismas necesidades psicológicas y sociales. Considera que la vejez es una ampliación de las etapas anteriores. (Revista Española de Geriátría y Gerontología).

El último grupo de teorías son las sociales, en ellas toma vital importancia la teoría de la desvinculación puesto que entienden el envejecimiento como una desvinculación que sufren las personas adentradas en la vejez con el resto de la sociedad, siendo la muerte el distanciamiento definitivo de su ciclo vital. La teoría de la subcultura considera la etapa de la vejez como un aislamiento que sufren las personas mayores formando un nuevo colectivo o grupo que permanece aislado ante el resto. En cambio, la teoría de la modernización explica la situación actual de los adultos mayores en la sociedad, puesto que anteriormente dicho colectivo tenía consigo un estatus elevado y en la actualidad y debido al aumento en la esperanza de vida de la población, se les observa como una carga para la sociedad debido al deterioro que presentan. (Revista Española de Geriátría y Gerontología).

3.- ENVEJECIMIENTO ACTIVO

3.1 Concepto de envejecimiento activo

El estar activos física, mental y socialmente es la clave para poder llegar a envejecer adecuadamente. Para la OMS, el envejecimiento activo es “el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida”. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas. Su objetivo es alargar la vida de una manera más saludable y con más calidad.

El término de envejecimiento activo fue adoptado por la OMS a finales de 1990. Quisieron mostrar un mensaje más directo que el de “Envejecimiento Saludable “.Para que la etapa de envejecimiento sea positiva, el individuo requiere de una alta participación en la sociedad, una buena salud y una mayor protección y seguridad.

Según la OMS (2001), el término de salud se refiere tanto al bienestar mental, como físico y social. “La salud de un individuo depende en un 15% del medio ambiente, un 15% del servicio de salud, en un 55% del estilo de vida y en un 15% de la herencia, por lo que se considera importante y fundamental intervenir desde edades tempranas”. (OMS 2001)

El término activo indica que hay que demostrar una implicación continua, realizando actividades para permanecer activamente tanto a nivel productivo como económico, social etc... Mostrarse saludable es el medio para envejecer activamente. (OMS 2001)

El término autonomía se hace referencia en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002 donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) aporta la siguiente definición: “La autonomía es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.” (OMS 2002) El poder disfrutar de una autonomía en la etapa del envejecimiento es muy importante tanto para los individuos como para los responsables políticos. Al fin y al cabo todos llegaremos a esta etapa.

El término independencia es entendido como la capacidad de vivir con pocas ayudas de la sociedad y en algunos casos con ninguna. Una persona independiente desarrolla las labores de la vida diaria casi sin problemas aparentes, lo que le hace que la persona se sienta gran utilidad y no un estorbo evitando así, en numerosas ocasiones, el poder desarrollar una depresión debido a su autoestima dañada. (OMS 2001)

El término calidad de vida es bastante amplio y se refiere a la percepción individual que hacemos de la vida en relación con los aspectos culturales, sociales, físicos, psicológicos etc... con respecto a su entorno. (OMS 2001)

La sociedad tiene que facilitar diversos recursos para poder desarrollar con efectividad un envejecimiento activo y saludable y con ellos disminuir las posibles enfermedades crónicas, evitar situaciones de aislamiento, reducir los costes de una atención sanitaria y la continúa participación a nivel económico, social, cultural y político en nuestra sociedad.

Basándonos en los estudios de Bermejo L. (2010) el envejecimiento activo:

- Expresa la idea de participación continua de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, sin centrarse sólo en la capacidad para estar física o laboralmente activo.
- Establece un nuevo modelo de sociedad en el que las personas han de tener la oportunidad de envejecer, siendo protagonistas de su vida en un quehacer pro-activo y no como meras receptoras de productos, servicios y cuidados.
- Implica un enfoque comunitario en el que los ciudadanos mayores han de tener oportunidad de participar en todo lo que les es propio, entendiendo por ello no solo lo circunscrito a su ocio, a servicios o entidades para mayores sino a cualquier esfera relativa a su comunidad.

3.2- Envejecimiento activo y calidad de vida

Es una realidad que el llevar un estilo de vida saludable mediante una dieta adecuada y la realización de actividad física desemboca en más y mejores años de vida. El tema de la salud cada vez toma un papel más importante y sobre todo en la época en la que envejecemos. Por lo tanto, la salud puede tomar un carácter positivo o negativo. Una mala salud deteriora la calidad y el estilo de vida, mientras que una buena salud ayuda a nuestra longevidad y al retraso de enfermedades cognitivas importantes como el Alzheimer. En el año 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el concepto de salud como: “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad y minusvalía” (citado por Montorio, I. e Izal, M. 1999).

Desde el IMSERSO se desdobra las siguientes divisiones del envejecimiento activo: “Promoción cultural y adaptación a los nuevos retos y exigencias de la sociedad actual, apoyo a la jubilación gradual y flexible, promoción de las relaciones intergeneracionales, promoción de la salud y de hábitos saludables de vida, y protección General de los derechos de las personas mayores” (Martínez, A. 2007).

El concepto de calidad de vida es mucho más amplio. Según Brod, Stewart y cols, (1999) la calidad de vida en la demencia es el resultado de la experiencia personal y de la evaluación de cada una de nuestras circunstancias particulares. Aunque todavía no existe ningún acuerdo con respecto a la definición de calidad de vida, Cummins (1997,1999) aporta ciertas cuestiones e ideas y puntualiza que la calidad de vida es” un concepto multidimensional que contienen componentes tanto objetivos como subjetivos”. Objetivamente, la calidad de vida debe reflejar las normas culturales de nuestro estado de bienestar y subjetivamente para cada individuo ciertos ámbitos de su vida son más importantes que para otros. (Cummins, R.A. 1997,1999).

3.3.- Factores determinantes del envejecimiento activo.

Como bien venimos diciendo en apartados anteriores, para poder disfrutar de un envejecimiento activo, satisfactorio y saludable es necesario hacer hincapié en ciertos factores que condicionan el envejecimiento activo. Dichos factores se explican más detalladamente en la tabla 1.

Género y Cultura.
Son dos factores muy importantes puesto que tienen una gran influencia en todos los demás. El género conlleva un importante efecto en el estatus de la sociedad, en la salud, en la educación, en el trabajo, en una alimentación correcta, etc. La cultura influye de manera determinante en el comportamiento de las personas mediante la propia visión que la sociedad tiene de las personas adultas.
Los Sistemas Sanitario y Social.
El sistema sanitario requiere tener ciertos objetivos como la prevención de enfermedades y la mejora de la salud del individuo para promover en envejecimiento activo. Por otro lado, los servicios sociales y sanitarios deben ser, universales, coordinados y equilibrados.
Factores Económicos.
Adentrándonos en la etapa de la vejez disminuyen los ingresos familiares debido a la jubilación, por lo que las políticas del envejecimiento activo deben de implantar actividades para reducir la pobreza de este colectivo. Cada vez es más necesario reconocer la labor, remunerada o no, de los mayores en la sociedad. Es necesario que las políticas de protección social garanticen a las familias de las personas dependientes una calidad de vida óptima.
Factores del Entorno físico.
En nuestro entorno existen aun muchas barreras arquitectónicas por lo que el conseguir su disminución nos ayudaría a evitar caídas bastantes comunes en los individuos que estén adentrados en la etapa de la vejez.

Factores Personales.
La genética y la biología son factores personales fundamentales que determina el envejecimiento de una persona. Manteniendo unos buenos hábitos de ejercicio, las personas mayores pueden tener un rendimiento similar al de una persona de baja edad que no esté en forma. La influencia de estos factores genéticos en el desarrollo de enfermedades como el Alzheimer varía entre los distintos tipos de personas y puede llegar a modificarse la herencia genética dependiendo del tipo de conductas adquiridas durante nuestro ciclo vital.
Los factores psicológicos.
Entre estos factores podemos destacar la capacidad cognoscitiva y la inteligencia. Durante el envejecimiento normal, tanto la memoria como la rapidez de aprendizaje disminuyen de una manera natural debido a la edad. Esta disminución es debida, en la mayoría de las ocasiones, a la falta de práctica o entrenamiento de la memoria o a la ingesta de alcohol y medicamentos
Factores Comportamentales.
La sociedad mantiene un pensamiento negativo creyendo que una vez entremos en la etapa de la vejez es demasiado tarde para adoptar nuevos hábitos de vida saludable y nuevos conocimientos. Si realizamos una actividad física adecuada y apartamos factores externos perjudiciales para la salud como por ejemplo el alcohol o lo medicamentos se puede disminuir de manera considerable el riesgo de padecer enfermedades alargando nuestra vida y mejorando su calidad.
Factores del Ambiente Social.
En la sociedad debemos de considerar importantes las oportunidades de una educación para toda la vida y una protección de la violencia y el abuso. Estos factores son definitivos para mantener un buen ambiente social y mejorar la calidad de vida y la independencia durante el envejecimiento.

Tabla 1: Factores determinantes del envejecimiento activo

Elaboración propia. Fuente: Ballesteros 2006, (ELEA). Libro Blanco del Envejecimiento Activo y OMS 2002.

3.4 Ventajas del envejecimiento activo

Según (Fernández López, 2001) promover un envejecimiento activo saludable conlleva una serie de ventajas y beneficios en las personas mayores en diferentes ámbitos como por ejemplo en la salud. El desarrollo de un envejecimiento activo conlleva una mejora de las capacidades físicas de las personas mayores y un retraso de posibles enfermedades cognitivas y, por lo tanto, se logra disminuir la aparición de enfermedades crónicas y sus síntomas asociados. En cuanto a la participación e inclusión se consigue que las personas alcancen su propia autonomía e independencia durante el mayor tiempo posible, disfrutando de una óptima calidad de vida. (IMSERSO 2010).

En cuanto al área familiar, al tener su propia independencia y autonomía no suponen una carga, por lo que no requieren de cuidados adicionales. Al sentirse activos física y mentalmente pueden seguir siendo activos en lo referente al tema económico mediante la realización de diversos trabajos tanto voluntarios como remunerados. Según aporta el libro blanco del envejecimiento (2010), las personas mayores en la sociedad podrían tomar un papel activo en cuanto a transmisores de sabiduría y conocimiento provocando una mejora del nivel educativo de la población.

Considero de vital importancia analizar las ventajas del envejecimiento activo ya que desde un punto de vista sanitario se reduce el gasto de medicamentos y de atención médica hacia este colectivo, contribuyendo a la adquisición de una mayor independencia y cubriendo las necesidades psicológicas de la parte superior de la famosa pirámide de Maslow, es decir, la autorrealización personal, la participación en la sociedad, etc.

Desde el punto de vista de la sostenibilidad y debido al momento económico que estamos sufriendo actualmente, nos encontramos con que el estado de bienestar no nos garantizaría el mantenimiento del actual sistema de pensiones, servicios sanitarios y recursos dirigidos a este colectivo, con lo cual deberíamos buscar una participación más activa de las personas mayores en la sociedad para poder evitar así las carencias económicas e institucionales que actualmente sufre el colectivo de la 3ª edad.

Para poder comprender correctamente las ventajas de mantenerse activo, Moragas (1991) expuso los resultados de un estudio realizado en la universidad de Harvard en el cual se eligieron varios sujetos que convivían en una residencia de personas mayores. Estos sujetos fueron separados formando dos grupos. Al primer grupo les asignaron la tarea de reglar las plantas durante un periodo de tiempo de 18 meses, mientras el segundo grupo tomaba una actitud sedentaria durante el mismo periodo de tiempo. Tras a investigación mediante diferentes pruebas averiguaron que la tasa de mortalidad en un 50% en el grupo que realizaba la actividad física ante el grupo que se mostraba sedentario.

4.- MEMORIA Y ENVEJECIMIENTO

A partir de los 65 años se producen cambios en la memoria. Es necesario conocer el por qué de dichos cambios y cuáles son sus causas, así como poder diferenciar los fallos de la memoria en personas mayores y las pérdidas de memoria en el caso de los diferentes individuos que sufren algún tipo de demencia. Las transformaciones que sufren las personas adentradas en la vejez no sólo les afectan de manera cognitiva, sino también en la realización de las actividades de la vida diaria. En el caso de los enfermos de Alzheimer, según explica la Dra. Nina Gramunt Fombuena en la Edición de la Obra Social Fundación "la caixa" (2010), la perdida se produce en la memoria semántica, es decir, les afecta en lo que no está relacionado con ninguna experiencia en concreto, se olvidan por ejemplo del significado de ciertas palabras entre otras muchas cosas. En cambio, los fallos normales que se producen por el paso de los años en las personas mayores afectan a la memoria episódica, es decir, olvidan sucesos autobiográficos como ciertos lugares, momentos vividos, etc.

Sabemos que con el paso de los años, la memoria sufre ciertos cambios. Esta afirmación está basada en los datos de diversos estudios y observaciones a personas mayores de 65 años, puesto que es el grupo más afectado. A partir de esta edad las personas sufren cierto deterioro en la memoria, pero no por ello dejan de aprender cosas nuevas. Con interés y el trabajo adecuado se puede lograr un rendimiento muy parecido al de una persona joven. La memoria es comparable a un músculo, puesto que cuanto más se ejercita más beneficios y bienestar podemos obtener.

5.- ALZHEIMER

5.1 Definición

La Enfermedad de Alzheimer está considerada como un trastorno mental que se encuentra dentro del apartado de "Demencia" del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM-IV).

Tal y como explica Ruiz Ezquerro JJ sobre Alois Alzheimer en la revista Historia de la enfermedad de Alzheimer, ésta es una enfermedad de tipo neurodegenerativa que se caracteriza por sufrir ciertos síntomas como la pérdida progresiva de la memoria y otras capacidades mentales del cerebro las cuales se atrofian. Su duración aproximada suele ser de 10 años. La EA es la demencia más común, lamentablemente a día de hoy es incurable y aparece por lo general en personas mayores de 65 años. Esta enfermedad suele equivocarse con la sintomatología propia de la etapa de la vejez aunque a medida que va aumentando la enfermedad, la persona sufre cierta pérdida de la memoria a largo plazo, confusión mental, cambios de humor, y finalmente, sufren la pérdida de sus funciones biológicas hasta llegar a la muerte. En 1906, el neurólogo y psiquiatra Alois Alzheimer (imagen 1) definió por primera vez los síntomas de la enfermedad del Alzheimer. Fue a raíz de examinar el cerebro postmórtem de una paciente, Auguste Deter (imagen 2), en el cual logró identificar los daños producidos por dicha enfermedad. Actualmente se sigue investigando para mejorar la calidad y el nivel de vida de las personas que la padecen, así como su tratamiento y prevención mediante la reserva cognitiva, concepto del cual hablaremos más adelante.



Imagen 1: Alois Alzheimer
(Neurólogo y psiquiatra)

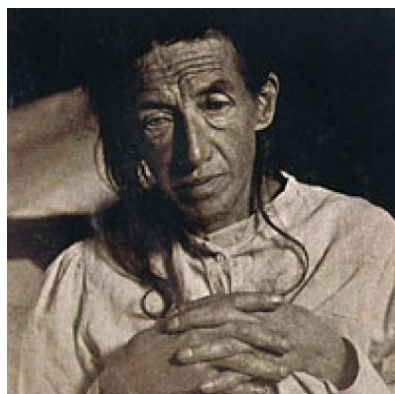


Imagen 2: Auguste Deter
(paciente)

Dicha enfermedad conlleva un proceso de aislamiento por parte de la persona ante la sociedad, puesto que va perdiendo poco a poco capacidades mentales y más tarde sus capacidades funcionales dificultando la realización de las actividades de la vida cotidiana. La revisión bibliográfica realizada, me ha permitido comprobar que las mujeres son las que más sufren de esta enfermedad en comparación con los hombres y esto no es debido a la genética sino que tradicionalmente la mujer en la sociedad tenía menos oportunidades de ejercitar su mente. Afortunadamente el papel que desempeña la mujer en la sociedad actual ha cambiado. Las mujeres ejercitan la mente tanto o más que los hombres por lo que si esta teoría fuera cierta, cuando la generación actual se adentre en la etapa de la vejez tendría que haber una estadística bastante igualitaria entre géneros.

5.2 Síntomas de la enfermedad del Alzheimer

La American Psychiatric Association (1994) para poder detectar el inicio de la EA y no confundirla con la entrada a la etapa de la vejez aportó diversos síntomas que pueden variar de manera distinta entre las personas. Dichos síntomas son los expuestos en la tabla 2:

Pérdida de memoria.
Es uno de los primeros síntomas y el más común. Al inicio de la enfermedad suelen olvidarse de aspectos diarios y frecuentes que realizan en las actividades de su vida diaria como por ejemplo si han cogido las llaves de casa. También suelen olvidarse por momentos de los nombres de los familiares
Dificultad para llevar a cabo tareas habituales.
Les resulta complicado hacer con normalidad las labores que llevan haciendo durante toda su vida como por ejemplo vestirse.
Problemas con el lenguaje.
Sufren cierta lentitud al expresarse, poco a poco van perdiendo vocabulario y repitiendo las palabras frecuentemente resultando muy difícil mantener una conversación fluida con el individuo

Desorientación en tiempo y espacio.
Tienen serias dificultades para acordarse del día en el que viven y para realizar trayectos cortos ya que sufren una importante desorientación y pueden llegar incluso a perderse.
Disminución del juicio.
Se sienten incapaces de valorar o tomar decisiones, por ejemplo no saben que ropa ponerse en las diferentes estaciones del año.
Problemas con el pensamiento abstracto.
Pierden la concentración y la habilidad para realizar cálculos sencillos.
Colocación de cosas en lugares erróneos.
Se desorientan y guardan las cosas en sitios inadecuados como por ejemplo las llaves en el frigorífico olvidándose después de este suceso y creándose una frustración e impotencia mayor.
Cambios de humor o en el comportamiento.
Se comportan de manera inusual si no se encuentran en una situación de comodidad. Sufren bruscos cambios de humor sin motivo aparente.
Cambios en la personalidad.
Se muestran desconfiados, irritables, presentando un malestar continuo junto con depresión y ansiedad producidas por los cambios que están sufriendo a medida que va avanzando su enfermedad.
Pérdida de iniciativa.
Suelen encerrarse en su casa dejando de realizar cualquier actividad de su vida diaria, se vuelven sedentarios y dependientes. No se encuentran motivados

Tabla 2: Síntomas de la enfermedad del Alzheimer
Elaboración propia. Fuente: Alzheimer's Association (1994)

5.3 Criterios médicos

La siguiente tabla refleja los criterios que la Asociación Americana de Psiquiatría (1994) establece los criterios DSM-IV para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer:

1. Desarrollo de deficiencia cognitiva múltiple, manifestada por
A. Alteración de memoria (aprender nueva información y evocar la ya aprendida), y
B. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas: i. Afasia iii. Agnosia ii. Apraxia iv. Alteración de funciones ejecutivas
2. Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacional y social.
3. La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.
4. Las alteraciones expresadas en A.1 y A.2 no se deben a lo siguiente:
A. Otros trastornos del sistema nervioso central que puedan ocasionar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (por ej. enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, tumor cerebral).
B. Trastornos sistémicos que pueden ocasionar demencia (por ej. hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, ácido fólico, niacina, hipercalcemia, neurosífilis, SIDA)
C. Intoxicaciones
5. Las alteraciones no ocurren únicamente durante un síndrome confusional agudo.
6. El trastorno no es atribuible a una alteración psiquiátrica que pudiera justificar las manifestaciones, como por ejemplo una depresión mayor o una esquizofrenia.

Tabla 3: Criterios DSM-IV para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

Fuente: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington DC, 1994

Además del criterio encontrado el DSM-IV encontramos otra clasificación con diferentes criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (Tabla 4). La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 en 1992, de la Organización Mundial de la Salud propone los siguientes criterios:

1. Deterioro de la memoria:
A. Alteración en la capacidad de registrar, almacenar y evocar información B. Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado
2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento
A. Reducción del flujo de ideas B. Deterioro en el proceso de almacenar información: i. dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez ii. dificultad para cambiar el foco de atención
3. Interferencia en la actividad cotidiana
4. Nivel de conciencia normal, sin excluir la posibilidad de alteraciones episódicas
5. Las deficiencias se hallan presentes durante al menos 6 meses

Tabla 4: Criterios diagnósticos CIE-10

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

Los criterios mostrados anteriormente en las tablas 3 y 4 son los más utilizados de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y (DSM-IV). Dichos documentos examinan los criterios operativos diagnósticos e incluyen una definición general de demencia.

6.-TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL ALZHEIMER.

Actualmente no existe ningún tratamiento definitivo que cure la enfermedad del Alzheimer ni conocimiento de la causa por la cual se produce. Afortunadamente se siguen llevando a cabo investigaciones con el objetivo de encontrar una vacuna con la cual prevenir dicha enfermedad y, en el caso de las personas que se encuentren afectadas, disminuir o ralentizar la muerte neuronal.

Podemos decir que mediante un tratamiento no farmacológico podemos retrasar los síntomas y trastornos de dicha enfermedad para que los afectados gocen de una mejor calidad de vida. Este tipo de tratamiento facilita la rutina diaria tanto al enfermo como a los familiares o cuidadores de las personas que la padecen. Para ralentizar la enfermedad es conveniente la estimulación cognitiva y la sustitución de ciertos hábitos por otros más saludables, como por ejemplo la práctica de ejercicio tanto físico como mental y establecer ciertas rutinas para fomentar la propia iniciativa de la persona afectada. Para evitar algunos de los problemas asociados a esta enfermedad (caídas, desorientación, etc) es recomendable adaptar el entorno como por ejemplo la creación de un espacio lo más seguro posible dentro de la propia vivienda.

6.1 Entrenamiento cognitivo.

6.1 Concepto de reserva cerebral y reserva cognitiva.

La reserva cognitiva es el mecanismo activo que retrasa la neurodegeneración de enfermedades del Sistema Nervioso Central y que se basaría en la aplicación de los recursos aprendidos por variables como por ejemplo el nivel educativo del individuo, por ciertas actividades de ocio , etc. (Stern 2006).

Por el contrario la reserva cerebral se correspondería con la parte pasiva, las aptitudes personales y biológicas del individuo en base a su número de neuronas, del tamaño de su cerebro, etc (Stern 2002). Estas variables podrían ayudar a compensar los daños adquiridos causados por posibles enfermedades degenerativas.

A partir de varias investigaciones, Stern (2006) indica que ciertos factores como el nivel educativo, cultural y laboral de cada persona afecta en el desarrollo de posibles demencias. Con sus investigaciones se averiguaron que las personas que practicaban ejercicio físico y mental podían disminuir, en un 38% sus probabilidades de sufrir en un futuro algún tipo de demencia o deterioro cognitivo.

El modelo de la “reserva cognitiva” explica las diferencias individuales en el desarrollo y consecuencias de la enfermedad o demencia y el daño cerebral teniendo un punto importante para la prevención o para el retraso de las enfermedades cognitivas como es el entrenamiento de las mismas ayudándonos a entender las numerosas demencias como por ejemplo los inicios de la enfermedad del Alzheimer, aunque aún quedan muchas cuestiones que resolver. (Stern, Y, 2006). Dicho modelo también nos explica que un individuo con un alto nivel de reserva cognitiva y con la enfermedad de Alzheimer no sufrirá los síntomas de deterioro hasta que dicha enfermedad no se encuentre en una fase avanzada por lo que podemos sacar como conclusión que las personas con un bajo nivel de reserva cognitiva tienen mayor riesgo de sufrir ciertas demencias a lo largo de todo el proceso del ciclo vital, tanto en la etapa adulta como en la vejez.

Según la entrevista que concedió el Dr. Yaakov Stern, Director de Neurociencia Cognitiva, quien lleva investigando desde los años 80 la Reserva Cognitiva, dicha reserva se adquiere mediante la ejercitación de nuestro cerebro a través de ciertos hábitos mentales saludables. El Dr. Stern tomó conciencia de la importancia de nuestra Reserva Cognitiva cuando estudió el caso de un jugador de ajedrez quien empezaba a sufrir ciertos síntomas leves de la enfermedad del Alzheimer. Después de la muerte del paciente y mediante un estudio post-mortem de su estado cerebral averiguó que su enfermedad se encontraba en un estado mucho más avanzada del que se creía inicialmente. Supo manejar la enfermedad gracias a su profesión, la cual le proporcionó una Reserva Cognitiva bastante alta. Su “increíble” manejo del Alzheimer se debía a que, gracias a su profesión, su Reserva Cognitiva era muy alta. Podemos llegar a la conclusión clara que dependiendo de la vida que elijamos ésta puede contribuir de manera negativa o positiva a la elaboración de nuestra Reserva Cognitiva por lo que influyen de manera importante ciertos factores como la educación que recibimos, el trabajo que desempeñamos, el ocio que practicamos, etc.

Según el autor Carnero Pardo, (2007) una mayor educación conlleva un mayor control de las enfermedades, una mejora en los hábitos alimenticios, una disminución de contraer conductas de riesgo tales como el tabaco, alcohol, drogas, etc. Por lo tanto consideramos importante que la sociedad tenga ciertos conocimientos para mejorar su salud física y mental y con ello mejorar su calidad de vida.

6.2.- Reserva cognitiva y la enfermedad de Alzheimer

Existen ciertos tipos de factores que influyen en la reserva cognitiva (en adelante RC) como por ejemplo los determinantes genéticos, el orden de nacimiento, el crecimiento físico, la salud, etc. También existen otro tipo de factores que influyen en la madurez tales como la actividad física y la alimentación entre otros. Se ha comprobado que la realización de actividades de ocio, tanto físicas como mentales, ayudan a nuestra reserva cognitiva. Las actividades con cierto ejercicio de estimulación mental pueden mejorar considerablemente la reserva cognitiva y por lo tanto disminuyen el riesgo de sufrir una demencia. Un ejemplo de ejercicio de estimulación mental sería el desarrollo de un taller de manualidades, así como la práctica de ajedrez, rompecabezas y una vida social sana ayudan a prevenir y en cierta medida a combatir la enfermedad del Alzheimer.

La Enfermedad de Alzheimer y como afecta ésta a las personas que la padecen sería un buen ejemplo para estudiar la reserva cognitiva. La teoría de la reserva cognitiva indica que una RC alta conlleva a tener una protección contra la enfermedad del Alzheimer o retrasa el inicio de su sintomatología aunque no retrasa el daño neuronal. Los síntomas de la EA pueden desaparecer durante un mínimo periodo de tiempo, pero lamentablemente el daño cerebral sigue avanzando (Obra Social Fundación "la caixa"). Cuando los síntomas se manifiestan de forma clara, los daños neurocerebrales empiezan su claro declive y la enfermedad avanza mucho más rápido en personas que tienen una reserva cognitiva menos desarrollada (Stern 2006).

Actualmente no existe ninguna escala con la que podamos medir la Reserva Cognitiva que posee cada individuo y tampoco se sabe a ciencia cierta que tipos de factores son las más influyentes, pero lo que sí se sabe con exactitud es que mantenerse activo y ocupado previene del daño cerebral.

CAPITULO 3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

1.- Introducción

El presente proyecto de intervención titulado "Activos de cuerpo y mente" consiste en el desarrollo de tres programas: programa de memoria, programa de salidas a la comunidad y por último el programa relacionado con el deporte. Cada uno de los programas consta de diferentes sesiones de actividades realizadas en base a las capacidades y necesidades del colectivo a tratar. El fin del presente proyecto de intervención no es otro que el de fomentar el envejecimiento activo en personas con enfermedad de Alzheimer en la Residencia Nicolás Rodríguez de Olmedo (Valladolid).

El proyecto ha procurado ser flexible por lo que hemos tenido en cuenta las aportaciones y situaciones personales de cada usuario. También ha sido participativo logrando implicar a las personas mayores y sacándolas el mayor beneficio posible. Al inicio de cada una de las actividades, hemos presentado a los participantes en que consiste cada una de las sesiones a realizar, cuales son las técnicas que llevaremos a cabo, etc. Una vez realizada la presentación, explicaremos la actividad ayudando en todo momento a facilitar su comprensión. Al comienzo de dicha actividad prestaremos apoyo y refuerzo durante el tiempo de ejecución. Por último realizaremos una puesta en común para analizar posibles fallos y mejoras en la actividad, así como su grado de satisfacción en ella.

Los usuarios que participan en este programa son personas con edades comprendidas entre los 65 hasta los 80 años de edad, residentes en la Fundación Nicolás Rodríguez de Olmedo. Se trata de un grupo de 15 personas las cuales ya participaban en un taller de memoria impartido por la propia residencia. La mayoría de estas personas sufren un deterioro cognitivo leve por lo que se podría decir que están empezando a desarrollar la enfermedad la EA.

2.- Justificación de la necesidad e importancia del proyecto.

Actualmente el número de personas mayores en España ha aumentado considerablemente. Junto con este incremento y los cambios que conlleva en la estructura familiar, existe cierta preocupación por la situación de nuestras personas mayores. Anteriormente el cuidado de estas personas recaía en la familia, pero en estos momentos requieren ayuda de otro tipo de instituciones tales como residencias, centros de día, teleasistencia, etc. Es muy importante entender que la vejez es una etapa más de nuestro ciclo vital y por ello es importante encontrarse activo y en movimiento y con ello poder evitar problemas típicos de la etapa de la vejez.

Este programa ha pretendido que las personas mayores alcancen una mayor calidad de vida y mayor autonomía. Las actividades propuestas están dirigidas para la estimulación del estado cognitivo en personas que sufren Alzheimer, pero también se pretende dotar a la intervención de un carácter preventivo para asegurar un mayor bienestar durante nuestro ciclo vital.

La estimulación del estado cognitivo se trabajara de manera individual llegando a potenciar las capacidades, motivaciones y necesidades de cada usuario. La duración se extenderá a lo largo de todo el mes de marzo, separando cada programa con diversas actividades, sesiones o talleres específicos de cada uno de ellos. Cada actividad tendrá una duración máxima de una hora aproximadamente, pudiendo variar según las condiciones de cada usuario.

3.- Destinatarios del proyecto

Dicha propuesta socioeducativa está dirigida a las personas mayores que residen en la Residencia Nicolás Rodríguez del municipio de Olmedo, más concretamente a personas que sufren algún deterioro cognitivo como consecuencia de la etapa de la vejez y en especial a las personas que sufren la EA. Se trata de un grupo de quince personas (diez hombres y cinco mujeres) con edades comprendidas desde los sesenta y cinco hasta los ochenta años de edad. En la misma residencia durante la semana los usuarios realizan varios talleres de memoria por lo que los grupos ya estaban formados. La elección de grupo se basó principalmente en los horarios de los que disponían y la compatibilidad con mi realización del practicum.

4.- Contextualización

El proyecto se llevará a cabo en el centro residencial “Fundación Nicolás Rodríguez” situada en el municipio de Olmedo, correspondiente a la provincia de Valladolid. Se encuentra situado al sur de la provincia y está ubicada en lo que se denomina tradicionalmente como Tierra de Pinares. El centro residencial Nicolás Rodríguez es una entidad de interés social, sin ánimo de lucro y con los servicios orientados al cuidado, asistencia y mantenimiento de las personas mayores de 65 años que allí residen. La fundación se crea gracias a su fundador D. Nicolás Rodríguez Martín el día 16 de noviembre de 1935 quien formó la junta de gobierno declarando al Alcalde de la localidad como presidente, al Sacerdote de la localidad como secretario, el Juez de Paz y un representante de los familiares de los usuarios desempeñarían la función de vocal. El centro tiene como finalidad la prestación de los servicios de residencia, asistenciales y ocupacionales, teniendo en cuenta las características y necesidades individuales de cada uno de los usuarios, favoreciendo su desarrollo personal y su integración social. El centro residencial dispone de una capacidad para atender a 60 usuarios y un equipo de trabajo de 23 profesionales distribuidos en los distintos departamentos. La residencia cuenta con enfermería, cocina propia, terraza, jardín, sala de estar, sala de lectura, velatorio, servicio médico propio, podología, terapia ocupacional, respiro familiar, ayudas técnicas, voluntariado, servicio de acompañamiento, manualidades, excursiones, servicio de lavandería, servicio de transporte, arreglo de ropa, peluquería, biblioteca, sala polivalente, ascensor, sala de visitas, baño geriátrico, sala de televisión, capilla, servicios socio sanitarios, etc.



Imagen 3: Centro residencial “Fundación Nicolás Rodríguez”

Fuente: Fundación Nicolás Rodríguez en <http://fundacionnicolasrodriguez.com/>

5.- Objetivos del proyecto

OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar el rendimiento de los usuarios, aumentar la calidad de vida e independencia de los enfermos con Alzheimer y, frenar que el daño cerebral existente empeore.
- Promover un modelo social complementario a los modelos residenciales de atención a las personas mayores de 65 años para lograr que tomen un papel más activo en la sociedad.
- Aumentar la participación de los usuarios de la residencia Nicolás Rodríguez de Olmedo en las actividades ofertadas por dicha entidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar el desarrollo de las capacidad cognitivas (memoria, atención, etc.).
- Favorecer la estimulación cognitiva manteniéndose activo física y mentalmente
- Disminuir la necesidad de atención sanitaria y social y dependencia
- Aumentar el conocimiento de los usuarios con respecto a los hábitos de vida saludables.
- Favorecer la motivación y atención a través de actividades gratificantes
- Favorecer la comunicación mediante contactos sociales
- Potenciar la capacidad de análisis y comprensión de textos
- Determinar el grado de satisfacción de los usuarios con respecto al programa realizado.

6.- Temporalización

Las actividades orientadas a favorecer el Envejecimiento Activo para personas con Alzheimer se han desarrollado a lo largo del mes de marzo de 2014 durante tres días a la semana y con una duración aproximada de una hora, entre las 11:00 y las 12:00 de la mañana. Empezaremos a desarrollar el programa propuesto a partir del sábado 1 de Marzo. El presente horario resulta adecuado para la realización del programa debido a la disponibilidad del grupo formado en el centro residencial. Las actividades a realizar son las siguientes:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
					Taller de recuerdo	Taller de deporte
				Musicoterapia	Taller de orientación	Salida a la comunidad
				Taller de manualidades	Taller estimulación cognitiva	Taller de deporte
				Taller de recuerdo	Musicoterapia	Salida a la comunidad
				Taller de orientación	Taller de manualidades	Taller de deporte

Tabla: 5 Cronograma de las actividades

7.- Actividades

Las actividades propuestas se dividen en tres programas descritos con sus respectivos talleres. En primer lugar se desarrolla el programa de memoria llevando a cabo actividades de musicoterapia así como talleres orientados al recuerdo de los participantes. En segundo lugar realizaremos visitas por el municipio de Olmedo en el programa de salidas a la comunidad y por último se lleva a cabo el programa de deporte. Las características de los programas se amplían en los Anexos.

7.1 Programa de memoria

El presente programa pretende tener un carácter preventivo de la evolución de los deterioros cognitivos tanto si son deterioros de la memoria producidos por la edad como deterioros cognitivos provocados por la enfermedad del Alzheimer. En el caso de las personas que tengan la enfermedad más avanzada el programa pretende mejorar su pronóstico tratando de ralentizar dicho deterioro. La temporalización que se llevará a cabo con el programa de memoria serán los viernes y los sábados y su duración aproximada será de una hora, dependiendo de las necesidades de cada usuario.

Los objetivos generales del programa consisten en:

- Prevenir la aparición y el desarrollo de los distintos deterioros en la memoria
- Fomentar la participación y la autonomía de las personas que padecen algún tipo de trastorno cognitivo.

Al principio de cada una de las cinco sesiones, se realizará una pequeña explicación a modo de orientación de las actividades a realizar. La metodología a seguir será individual adaptándonos a las características y necesidades de cada usuario. Cada sesión comenzara con una breve explicación de los talleres que se van a realizar, después de su ejecución dejaremos un espacio para una pequeña evaluación grupal sobre el grado de satisfacción de dicha actividad.

1º sesión taller del recuerdo

En este taller daremos importancia a la comunicación verbal de nuestros participantes. Se pretende la estimulación de la memoria a través de recuerdos pasados mediante historias, anécdotas, canciones, bailes, tradiciones etc. De esta manera los usuarios crearán un clima participativo y de motivación puesto que les resulta muy gratificante compartir su experiencia con el resto de personas. Esta sesión se llevara a cabo los viernes y sábados de 11:00 a 12:00 horas en la Residencia Nicolás Rodríguez de Olmedo (Valladolid)

Los objetivos pretenden ser:

- Potenciar las capacidades cognitivas
- Mejorar la comunicación verbal
- Favorecer las relaciones sociales
- Conocer ciertas culturas, tradiciones y experiencias.
- Fomentar su autoestima mediante el recuerdo de vivencias pasadas

Para la realización de la actividad utilizaremos varias frases escritas que meteremos en una bolsa en las cuales los temas de conversación estarán relacionados con actividades o recuerdos del pasado que cada usuario tendrá que compartir con el resto del grupo. Los contenidos a tratar tendrán una amplia variedad debido a los numerosos temas que podemos tratar (Anexo1). Varios de los temas a comentar serán los siguientes:

- “Cuando yo era pequeño/a jugaba con.... “
- “El primer trabajo que desempeñe fue de...”
- “En fiestas de mi pueblo hacíamos...”
- “Cuando iba a la escuela...”

Al finalizar la actividad se realizara una pequeña evaluación en la que todos los participantes deberán de expresar su grado de satisfacción y sus recomendaciones de cara al taller desarrollado aportando posibles mejoras a la actividad.

2º sesión: taller de musicoterapia

El presente taller consiste en la utilización de música y sonidos para activar las funciones cognitivas y los aspectos emocionales de cada participante mejorando su bienestar personal y social. Esta sesión se llevara a cabo los viernes y sábados de 11:00 a 12:00 horas en la Residencia Nicolás Rodríguez de Olmedo (Valladolid)

Los objetivos que perseguimos son los siguientes:

- Favorecer el mantenimiento y el estímulo cognitivo.
- Mejorar la comunicación verbal
- Favorecer las relaciones sociales
- Mejorar la autoestima
- Promover el ejercicio físico

Las actividades a realizar se llevaran a cabo mediante el aprendizaje de bailes y canciones tradicionales que los mismos usuarios conocen. (Anexo2). Trabajaremos con el cuerpo para fomentar un envejecimiento activo y saludable mediante una actividad placentera como es el baile. También trabajaremos con instrumentos improvisados y se tocaran en conjunto siguiendo el ritmo de una canción. Utilizaremos canciones que sean conocidas por los participantes para que puedan cantarlas y posteriormente puedan compartir con nosotros lo que dicha canción representa para cada uno de ellos en su propia historia de su vida.

La metodología será activa y participativa puesto que se requiere la atención y el diálogo de todos los participantes para crear un ambiente grupal y de bienestar. Al finalizar la actividad se realizara una pequeña evaluación en la que todos los participantes deberán de expresar su grado de satisfacción y sus recomendaciones de cara al taller desarrollado aportando posibles mejoras a la actividad.

3º sesión: taller de orientación

En este taller se trabaja el entrenamiento de la memoria para que los participantes tomen conciencia y una mayor comprensión de lo que se encuentra a su alrededor. Se pretende que los usuarios conserven el máximo tiempo posible las capacidades de orientación con la realidad experimentando una sensación de control y un aumento en su autoestima. Para ello existen varios ejercicios que llevaremos a cabo durante varias sesiones (ver Anexo 3) que se llevaran a cabo los viernes y sábados de 11:00 a 12:00 horas en la Residencia Nicolás Rodríguez de Olmedo (Valladolid).

Los objetivos del taller son:

- Mantener y potenciar la orientación de la persona.
- Mejorar los niveles de atención.
- Evitar la desconexión del usuario con su entorno
- Potenciar la lectura y escritura
- Aumentar la autoestima
- Potenciar la comunicación verbal

La metodología será activa y participativa puesto que se requiere la atención y el diálogo de todos los participantes para crear un ambiente grupal y de bienestar. Al finalizar la actividad se realizara una pequeña evaluación en la que todos los participantes deberán de expresar su grado de satisfacción. Un ejemplo de actividad a realizar en el denominado taller de orientación sería la contestación a determinadas preguntas como por ejemplo:

¿Qué tienen en común las siguientes palabras?

Ejemplo: El perro, el gato y el caballo son animales.

- El sauce y el almendro son.....
- Valladolid, Bilbao y Segovia son.
- El otoño, el verano y el invierno son.....
- La pantalones, las medias y la camisa son.....
- El tres, el siete, el diez y el nueve son.....
- El rosa, el rojo y el azul son.....

4ª sesión: taller de manualidades

Los ejercicios de manualidades están orientados a la mejora de la psicomotricidad de las manos. Esta mejora proporciona un control mayor en cualquier objeto de la vida diaria y con ello poder obtener una mejor autonomía personal. Se pretende que los participantes mejoren sus destrezas manuales y se sientan activos y capaces de realizar tareas de manera independiente. Con la realización de este tipo de talleres se crea un ambiente de grupo y de participación favoreciendo esto al desarrollo de la actividad de una manera saludable y beneficiosa. En cada sesión se desarrollará una manualidad diferente (Ver Anexo 4). El taller de manualidades se realizará los viernes y sábados de 11:00 a 12:00 horas en la Residencia Nicolás Rodríguez de Olmedo (Valladolid).

Los objetivos pretenden ser:

- Fomentar la creatividad y el trabajo práctico
- Mejorar la psicomotricidad.
- Estimular las funciones cognitivas
- Mejora de la autoestima
- Potenciar las habilidades sociales

Un ejemplo de uno de los talleres de manualidades a realizar es la elaboración de collares pendientes y pulseras. Utilizando como material pasta de distintos colores, hilos, enganches de pulseras y barniz.

La metodología será activa y participativa, fomentando la conciencia grupal de una manera lúdica y creativa. Antes del comienzo de cada manualidad se explicará el procedimiento a seguir y se mostrará un ejemplo del trabajo a realizar. Al finalizar la actividad se realizará una pequeña evaluación en la que todos los participantes deberán de expresar su grado de satisfacción.

5º sesión: Taller de estimulación cognitiva

A través de los talleres de estimulación cognitiva se obtiene una estimulación sensorial. Los usuarios de dichos talleres comprueban que sus capacidades cognitivas mejoran como el lenguaje, la memoria, etc. Estos talleres son terapéuticos puesto que aumentan la reserva cognitiva y logran retrasar la aparición de enfermedades como el Alzheimer. El taller de estimulación cognitiva se realizará los viernes y sábados de 11:00 a 12:00 horas en la Residencia Nicolás Rodríguez de Olmedo (Valladolid).

Los objetivos de la estimulación cognitiva son:

- Mejorar el rendimiento cognitivo.
- Mejorar el rendimiento funcional.
- Mejorar la autoestima
- Incrementar la dependencia y autonomía personal del usuario

La metodología será activa y participativa puesto que se requiere la atención y el diálogo de todos los participantes para crear un ambiente grupal y de bienestar. Al finalizar la actividad se realizara una pequeña evaluación en la que todos los participantes deberán de expresar su grado de satisfacción.

Existen numerosas actividades que ayudan a mejorar la capacidad cognitiva y funcional (Ver Anexo 5), un ejemplo de una de ellas que realizaremos en el taller es la siguiente:

.- Marque con una cruz los números 5. Marque con una cruz los números 6. Marque con una cruz los números 3. Marque con un círculo los números pares.

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

7.2 Programa de salidas a la comunidad

El programa de salidas a la comunidad es un programa de ocio y tiempo libre, donde los usuarios podrán disfrutar de diversas visitas a escenarios culturales y recreativos de la localidad de Olmedo. La actividad sirve para que los usuarios pasen momentos agradables, disfruten de la cultura de su municipio, para que se sigan sintiendo útiles y activos. Estas actividades las realizaremos dos domingos del mes de Marzo de 11:00 a 12:00 horas.

El programa de salidas a la comunidad tiene como objetivos:

- Fomentar las relaciones interpersonales
- Fomentar el interés por la cultura
- Proporcionar actividades de ocio a las personas enfermos de Alzheimer o con alguna otro deterioro cognitivo
- Incrementar la dependencia y autonomía personal del usuario
- Aumentar su grado de autosatisfacción.

Una de las distintas actividades que se puede realizar en la localidad de Olmedo será la visita a las instalaciones del famoso Palacio del Caballero (Ver Anexo 6) en el cual se puede disfrutar de numerosas representaciones teatrales rememorando una época dorada como el siglo de oro.

La metodología será activa y participativa puesto que se requiere la atención y el diálogo de todos los participantes para crear un ambiente grupal y de bienestar. Al finalizar la actividad se realizara una pequeña evaluación en la que todos los participantes deberán de expresar su grado de satisfacción

7.3 Programa de deporte

Dependiendo de las posibilidades físicas de cada usuario, realizaremos un taller de deporte cuya finalidad no es otra que la de activarnos y despejarnos para sentirnos con una buena forma física para poder desenvolvemos de manera autónoma y sentirnos mucho más ágiles. Realizar ejercicio regularmente prolonga la vida y retrasa o evita las posibles enfermedades tanto cognitivas como físicas. Se pretende mejorar las capacidades físicas de cada uno de los participantes de manera adaptada a las características de los mismos. Con diversos ejercicios y un poco de constancia se pueden notar múltiples beneficios a nivel físico y cognitivo. Este tipo de talleres tiene un amplio abanico de ejercicios desde gimnasia de mantenimiento hasta juegos y dinámicas de grupo. (Ver Anexo 7). Esta sesión de deporte se llevara a cabo los domingos (excepto dos domingos que se desarrollara el programa de salidas a la comunidad) de 11:00 a 12:00 horas en la Residencia Nicolás Rodríguez de Olmedo (Valladolid)

Objetivos:

- Lograr un nivel físico óptimo y adecuado
- Fomentar la autonomía y la dependencia
- Aumentar la autoestima

Dentro de las cuatro actividades a realizar dentro del programa, una de ellas consiste en la realización de una coreografía de aerobio. Dicha actividad permite ejercitar la mente puesto que hay que prestar atención, mejora el equilibrio y se requiere de una cierta coordinación para poder desarrollar esta actividad con éxito.

La metodología será activa y participativa puesto que se requiere la atención y el diálogo de todos los participantes para crear un ambiente grupal y de bienestar. Al finalizar la actividad se realizará una pequeña evaluación en la que todos los participantes deberán de expresar su grado de satisfacción.

8.- Recursos

- 1) Recursos materiales: Se utilizarán los recursos necesarios para la elaboración de las distintas actividades que contiene cada programa.

Recursos fungibles: papel, bolígrafos, cuadernos de registro de las actividades, radiocasete, ordenadores, botones, vasos de plástico, papel de aluminio, pegamento, pinturas, pinceles, cartón, etc.

- 2) Recursos espaciales e infraestructuras.

Medios naturales y espacios urbanos: Hemos utilizado los espacios de los que dispone la residencia para llevar a cabo las diferentes sesiones planteadas. En cuanto al programa de salidas a la comunidad, hemos aprovechado el medio urbano de que dispone la localidad de Olmedo.

- 3) Recursos personales.

Hemos contado con la colaboración y supervisión del trabajador social y la terapeuta ocupacional de la Residencia para la realización de las intervenciones individuales puesto que, para este tipo de intervención, se requiere disponer de personal cualificado.

9.- Evaluación

Para llevar a cabo la evaluación del presente proyecto se han utilizado tres modelos de evaluación diferentes. El primero se ha centrado en la observación directa con los participantes empleando técnicas cualitativas mediante la realización de un diario de seguimiento de cada una de las actividades a realizar. En el segundo modelo utilizaremos el mini examen cognitivo (MEC) de Folstein (Ver Anexo 8) pero la versión validada por Lobo en España del MMSE (Mini-Mental State Examination). Se trata de un test realizado para averiguar si el paciente sufre algún tipo de demencia pero también para llevar un seguimiento evolutivo de las mismas. El último método de evaluación se llevará a cabo mediante un cuestionario realizado 'ad hoc' con 10 preguntas para determinar el grado de satisfacción de los participantes. Dicho cuestionario contiene preguntas formuladas la mayoría en tipo escala Likert e incorpora varias preguntas abiertas para que el usuario de su opinión y realice aportaciones para la mejora del programa. (Ver Anexo 9).

Mediante la evaluación del proyecto con los participantes, he podido sacar en claro que las actividades realizadas son adecuadas para su comprensión y posterior realización obteniendo como beneficio una mejora tanto en las capacidades físicas y cognitivas como en un aumento considerable en su autoestima al poder llevar a cabo los ejercicios de manera independiente, sintiéndose así vivos y activos.

Los datos obtenidos mediante la realización del cuestionario, con el cual se pretendía medir el grado de satisfacción de los participantes, ha sido bastante favorable. Dentro de este cuestionario cabe mencionar que la mayoría de los usuarios de la residencia coinciden en la necesidad de implantar más programas de deporte en el centro residencial, considerándolos de vital importancia para el desarrollo de un envejecimiento activo óptimo y saludable.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

El proyecto realizado ha partido de una reflexión sobre las necesidades que hoy en día tienen las personas mayores. El presente trabajo ha sido impulsado por la necesidad personal de conocer muchos aspectos sobre este colectivo y para tener una mayor motivación de seguir trabajando en este campo.

El proceso de investigación llevado a cabo para la realización del presente proyecto, nos ha permitido detectar muchas de las necesidades y problemáticas derivadas del envejecimiento que podrían disminuirse e incluso subsanarse mediante la realización de programas de envejecimiento activo que abarquen todos los aspectos de la personalidad (cognitiva, afectiva, psicomotora y social). Como parte de este proceso de investigación la autora ha participado en condición de voluntaria durante el mes de Marzo en la "Fundación Nicolás Rodríguez" situada en el municipio de Olmedo.

Como se ha mencionado en la introducción y posterior justificación, es de vital importancia tener una vida saludable activa tanto mental como físicamente, puesto que es necesario conocer todas las ventajas de desarrollar un envejecimiento activo y pleno. Mediante la puesta en práctica de estos programas se desmitificarían muchos de los mitos que este colectivo lleva consigo como es el caso de la pérdida de la memoria con el paso de los años. Dichas intervenciones deben ser creativas, adaptadas, correctamente planificadas, etc.

Se pone de manifiesto mediante la posterior evaluación y lectura de respuestas de la entrevista realizada, que el presente programa de actividades ha proporcionado una mejora en la capacidad funcional de los usuarios participantes, creando un estilo de vida más saludable e independiente.

Por último quiero mostrar mi agradecimiento a la Fundación Nicolás Rodríguez de Olmedo por haberme permitido la realización de los distintos programas de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

Abellán, A. (2002). Indicadores demográficos. En M. Sancho (Coord.), *“Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”* (pp. 41-88). Madrid: IMSERSO.

Abellán, A. (2005b). Estado de salud. En M. Sancho (Coord.), *Informe 2004. Las Personas Mayores en España* (pp. 89-204). Madrid: IMSERSO.

Amador, L. (2007). *Los mayores: estereotipos y calidad de vida*. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), *Libro de actas d2º Congreso Internacional. De Actividad Física y Deportiva para Personas* marzo 1-3, (pp. 252-263). Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition. Washington DC, 1994

Bermejo García, L. (2010). *“Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores”*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Serie Gerontología Social. México: Editorial Médica Panamericana.

Brod, M.; Stewart, A.L.; Sands, L.P., y cols. *“Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementiaqualityoflife instrument (DQoL)”*. *Gerontologist*, 1999; 39: 25-35.

Carnero Pardo, C.; T. del Ser (2007), *La educación proporciona reserva cognitiva en el deterioro cognitivo y la demencia*. *Neurología*. 22 (2), 78-85.

Castillo, M. J. (2007). *Ejercicio para (no) envejecer corriendo*. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), *Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores*, marzo 1-3, (pp. 12-25). Málaga: Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Instituto Andaluz del Deporte.

Cummins, R.A. (1997). *“Assessing quality of life”*. En R. Browmn (ed.), *Quality of life for people with disabilities*.

Cummins, R.A. (1999). *“A psychometric evaluation of the comprehensive quality of life scale-fifth edition”*.

De la Vega, R. y Zambrano, A. *Entrevista temática con el profesor Yaakov Stern: la reserva cognitiva*. Circunvalación del Hipocampo, septiembre 2003
(Consulta 10 febrero 2014) Disponible en:

De la Vega, R. y Zambrano, A. Criterios diagnósticos de las demencias [en línea]. Circunvalación del Hipocampo, abril 2011 [Consulta: 10 febrero 2014]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/criterios.asp>

Dulcey-Ruiz, E., Mantilla, G., Carvajal, L. M. & Camacho, G. (2004). *Envejecimiento, comunicación y política*. Bogotá: Cepsiger.

Fernández Ballesteros, Rocío, et al. (2006). "Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)". Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 38. [Fecha de publicación: 01/08/2007].

Fernández López, Aurelio (2001): *Salud y envejecimiento activo: un documento para el debate*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Madrid, (pp.10-15, 22-24)

Gramunt Fombuena, N. (2010). *Vive el envejecimiento activo. Memoria y otros retos cotidianos*. Barcelona: Obra Social Fundación "La Caixa". Disponible en: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/actualmente/Vive_el_envejecimiento.pdf

IMSERSO. Informe 2006. *Las personas mayores en España*. Observatorio de personas mayores. 2007.

IMSERSO (2010): *Encuesta Condiciones de vida de las Personas Mayores*

Instituto Nacional de Estadística <http://www.ine.es/>

Katzman, et al, 1988; R. Katzman, R. Terry, R. De Teresa, T. Brown, P. Davies, P. Fuld, A. Peck, X. Renbing ... in dementia: A subgroup with preserved mental status and numerous cortical plaques. *Annals of Neurology*, 23 (1988), pp. 138–144.

Libro blanco del envejecimiento activo'. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2010.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Madrid; TEA Ediciones: 2002

Martínez, A. (2007). *El envejecimiento activo y su desarrollo a través de las políticas sociales*. En P. Montiel, A. Merino, A. Sánchez & A. Heredia (Comp.), *Libro de actas del 2º Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores*, marzo 1-3, (pp. 12-25).

Merino A. (2002, Diciembre). *Fundamentos y Organización en el Proyecto de Actividad Físico Deportiva para Personas Mayores de la Diputación de Málaga. I Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores*. Torremolinos (Málaga), 273-281.

Merino, A. (2006). *La percepción de la actividad físico deportiva en personas mayores a través de las teorías implícitas. Un estudio de caso: el programa de intervención en la provincia de Málaga*. Tesis doctoral inédita. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Málaga.

Miquel J. *Revista Española de Geriatria y Gerontología. Integración de teorías del envejecimiento (parte II)*, Volume 41, Issue 2, Pages 125-127

Montorio, I. e Izal, M., 1999. *Cambios asociados al proceso de envejecimiento*. En Izal, M. y Montorio, I., eds. *Gerontología conductual, Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis

Moragas Moragas, R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.

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

OMS (1998). *Statement developed by WHO Quality of Life Working Group*. En OMS (Ed.), *Glosario de Promoción de la Salud de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la OMS (2002). *Active ageing. A policy framework*.

OMS (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2002). *Envejecimiento activo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Romero, S. (2002). *Ejercicio físico y salud en edad avanzada*. En A. Merino, J. Vázquez & P. Montiel (Coord.), *Libro de actas del 1er Congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores*, noviembre 28-30, (pp. 201-216). Málaga: Servicios de Juventud y Deporte de la Diputación de Málaga.

Ruiz Ezquerro JJ. 100 años de enfermedad de Alzheimer. Alois Alzheimer: su vida y obra. Historia de la enfermedad de Alzheimer. Alzheimer, realidades e investigación en demencia. [Revista en Internet]. 2007; 37: 12-22. [Consultado 17 de febrero de 2014].

Disponible en:

<http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0162.pdf>

Sánchez Martínez, M. y Díaz Conde, P. (2009). "Análisis sociológico de la vejez en las sociedades occidentales actuales". En: La ancianidad en nuestro mundo. Más allá de los tópicos. Barcelona: Prohom Edicions y Serveis Culturals SL.

Stern Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. Journal of the International Neuropsychological Society, 8, 448-460.

Stern, Y. (2006). Cognitive Reserve and Alzheimer Disease. Alzheimer Dis Assoc Discord. 20, (2), 112-117



ANEXOS

2.- ANEXOS

Anexo 1: Taller del recuerdo

Temas a tratar:

“Cuando yo era pequeño/a jugaba con.....”
“El primer trabajo que desempeñe fue de.....”
“En fiestas de mi pueblo hacíamos.....”
“Cuando iba a la escuela.....”
“Mi familia proviene de.....”
“Mi primera casa fue.....”
“Recuerdo el mejor día de mi vida porque.....”
“Cuando éramos pequeños comíamos.....”
“Las canciones que recuerdo con especial nostalgia son.....”
“La mejor época de mi vida fue cuando.....”
“La primera vez que vi el mar fue cuando.....”

✓ Observe el siguiente menú con atención y siga las instrucciones:

Menú

Primer plato	Segundo plato	Postre
Sopa de cebolla	Pechuga de pollo	Flan de huevo

✓ Comenta detalladamente cada uno de los platos que componen el menú: como se preparan, los diferentes ingredientes que llevan elaborados, con qué ingredientes, si son de su agrado, etc.

✓ Conteste a las siguientes cuestiones:

¿De primer plato había sopa o había pasta?

¿Qué había de segundo?, ¿era carne o pescado?

¿Qué fruta teníamos de postre?

✓ A continuación realizara un ejercicio sobre todos los miembros de su familia aportando la máxima información que pueda, es decir, características físicas, trabajo, etc.

Mi nombre es.....

Mi padre:

Mi madre:

Mis hermanos/as.....

Mi esposo/a:.....

Mis hijos/as:

Mis nietos/as:

Otros familiares:

Anexo 2: Taller de musicoterapia

- ✓ Mientras cantamos, debemos recordar y rellenar los espacios en blanco de cada canción.

ALGO CONTIGO

DOS GARDENIAS

<p>¿Hace falta que te diga que me muero por tener algo contigo? ¿Es que no te has dado de lo mucho que me cuesta ser..... Ya no puedoa tu boca sin deseártela de una manera loca. Necesito controlar tu vida Saber....., quién te abriga. Ya me quedan muy pocos caminos y aunque pueda parecerme un no quisiera yo morirme sin tener Ya no puedo continuar espiando tus llegadas....., ya no sé con qué inocente excusa pasar por..... Ya me quedan muy pocos caminos y aunque pueda no quisiera yo morirme sin tener</p>	<p>Dos gardenias para ti con ellas quiero decir te quiero....., mi vida. Ponles toda tu Dos gardenias para ti que tendrán todo el calor de de esos que te di y queotro querer. A tu lado vivirán y como cuando estás conmigo y hasta que te dirán..... Pero si un atardecerse mueren es porque han adivinado que tu amor porque existe otro querer</p>
--	--

- ✓ Continúe los fragmentos de las siguientes canciones:

Pero mira cómo beben.....
Mirando al mar
Soy minero.....
María de la O, que desgrasiaíta.....
Uno de enero, dos de febrero.....
Cuando en la playa, la bella Lola.....
Por el camino verde.....
Pichi, es el chulo que castiga.....
Amapola, lindísima.....
Fumando espero
Bésame, bésame mucho
Asturias patria querida

- ✓ Compartir con el grupo las canciones que mas os gusten. A continuación tocaremos las castañuelas cantando la siguiente jota:

Que sí que, que no que, que a mi novia le gustan los albaricoques que no que, que si que, que a mi novia le gusta el palique.
Los curas y taberneros, son de la mis opinión
cuantos más bautizos hacen, más pesetas al cajón
más pesetas al cajón, los curas y taberneros.
No canto porque bien sé, ni canto porque bien canto
lo que cantan son los curas, que cantando ganan cuartos
que cantado ganan cuartos, no canto porque bien sé.
Arriba, abajo, que a mi novia le he visto el refajo
abajo, arriba, que a mi novia le he visto las ligas.
Por el filo de una espada, se pasea una culebra
por mucho que corte el filo, más corta una mala lengua
más corta una mala lengua, por el filo de una espada.
Arriba, abajo, que a mi novia le he visto el refajo
abajo, arriba, que a mi novia le he visto las ligas.
Zapateante serrana, y hasta que rompas el suelo
y si rompes los zapatos, yo te compraré unos nuevos
yo te compraré unos nuevos, zapateate serrana.
Que si que, que no que, que a mi novia le gustan los albaricoques que no que, que si que, que a mi novia le gusta el palique.

Anexo 3: Taller de orientación

- ✓ Vamos a realizar un ejercicio para determinar cómo distribuimos el tiempo:

¿Cuántas horas tiene un día?

¿Cuántos minutos tiene una hora?

¿Cuántos segundos tiene un minuto?

¿Cuántos días tiene una semana? ¿Podría decir cuáles son?

¿Cuántos meses tiene un año? ¿Podría decir cuáles son?

¿Cuántos meses tiene un año? ¿Podría decir cuáles son?

¿Cuántos días tiene un año?

¿Cuántos días tiene un mes?

- ✓ Rellene la siguiente ficha:

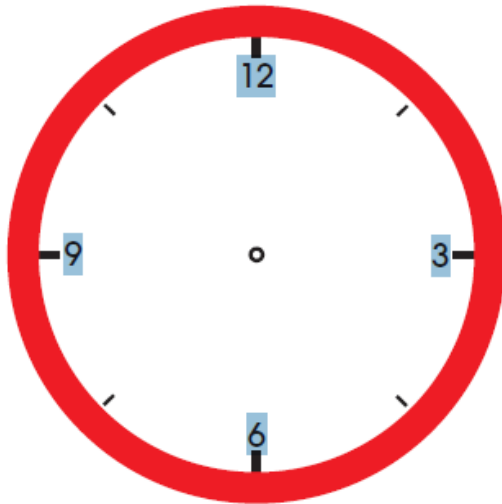
¿Qué tienen en común las siguientes palabras?

Ejemplo: El perro, el gato y el caballo son animales.

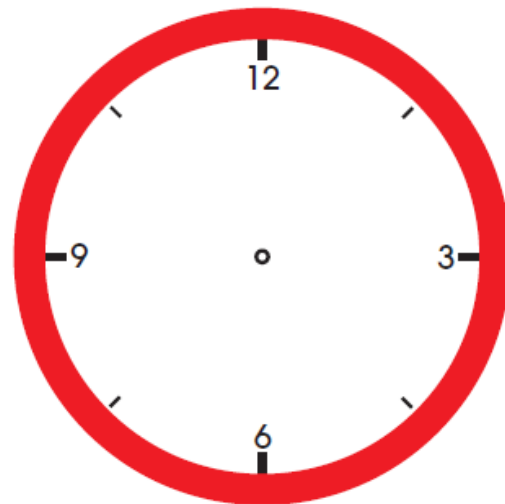
- El sauce y el almendro son.....
- Valladolid, Bilbao y Segovia son.....
- El otoño, el verano y el invierno son.....
- La pantalones, las medias y la camisa son.....
- El tres, el siete, el diez y el nueve son.....
- El rosa, el rojo y el azul son.....
- La cerveza y el vino son.....

- ✓ A continuación, marque en los relojes las distintas horas que se especifican:

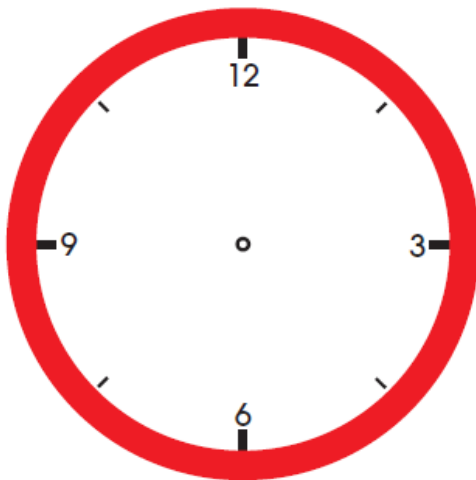
Hora en este momento



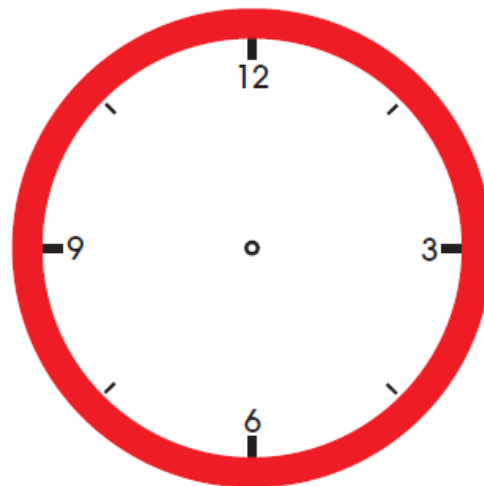
Hora del desayuno



Hora de la comida



Hora de la cena



Anexo 4: Taller de manualidades

.- Cuenco de botones personalizado.

Una vez elegido el bol o recipiente que queremos personalizar solo necesitaremos papel de aluminio y unos botones o cualquier elemento que quieras para decorar el recipiente.

Primero cubre la parte interior del bol con el papel de aluminio, después coloca un poco de pegamento y vete pegando los botones poco a poco por los sitios por donde quieras adornarlo. Pega los botones lo más cerca el uno del otro para que al finalizar no te queden huecos sin terminar. Una vez cubierto todo el recipiente coloca otra capa de pegamento sobre los botones y haz presión con los dedos para certificar que se encuentran bien adheridos para evitar que con el tiempo se puedan despegar. Como último paso deberemos dejar secar como mínimo dos días. Cuando notes que está bien seco, retira el papel de aluminio del recipiente escogido para esta manualidad y contempla tu nuevo bol personalizado.

.- Portaretrato hecho con vasos de plástico

Para realizar esta manualidad necesitaremos vasos de plástico, un tubo de cartón como el del papel del servicio, pinturas, pinceles, y una foto de la persona que queramos en el portaretrato.

Como primer paso damos la vuelta al vaso de plástico y realizamos un agujero en el centro de la base del tamaño del tubo de cartón del que disponemos. Una vez colocado el tubo en el agujero, realizaremos un corte en la parte del tubo que sobresale en nuestro vaso de plástico, esto nos sirve para colocar la foto elegida. A continuación decoraremos el vaso con las pinturas de diferentes colores que disponemos. Al terminar de decorar nuestro portaretrato a nuestro gusto pondremos pegamento y echarnos encima brillantina o purpurina y así añadir un efecto de contraste a nuestra manualidad. Por último colocaremos la foto elegida

Anexo 5: Taller de estimulación cognitiva

- ✓ Marque con una cruz los números 5. Marque con una cruz los números 6.
Marque con una cruz los números 3. Marque con un círculo los números pares.

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

- ✓ Una con flechas los siguientes días y meses para encontrar sus correspondientes festividades

4	MAYO	SAN JUAN
6	JUNIO	DÍA DEL PILAR
15	ENERO	NAVIDAD
12	DICIMEBRE	DÍA DEL PADRE
19	ENERO	REYES
25	OCTUBRE	SAN ISIDRO

✓ Realice las siguientes sumas y restas:

$1 + 4 + 2 + 3 = \dots\dots\dots$
 $7 + 4 + 5 + 7 = \dots\dots\dots$
 $14 + 12 + 7 + 5 + 3 = \dots\dots\dots$
 $37 - 4 - 8 - 5 = \dots\dots\dots$
 $16 - 3 - 3 - 1 = \dots\dots\dots$
 $26 - 5 - 8 = \dots\dots\dots$
 $17 - 5 - 5 + 1 = \dots\dots\dots$
 $3 + 10 - 7 + 5 - 4 = \dots\dots\dots$
 $12 + 11 - 3 + 4 = \dots\dots\dots$
 $15 - 22 + 7 + 8 + 2 = \dots\dots\dots$
 $27 - 7 + 7 - 3 = \dots\dots\dots$
 $15 + 8 - 2 = \dots\dots\dots$

✓ A continuación realizaremos un ejercicio basándonos en las monedas de euro.
Escriba las operaciones y los resultados.

.- ¿Cuántas monedas de 50 céntimos necesita para pagar 6 euros con 50 céntimos?
.- Si paga con 20 euros y le devuelven 3 euros y 20 céntimos ¿cuánto se ha gastado?
.- ¿Cuánto dinero tiene si en su cartera lleva 1 billete de 5 euros, 7 monedas de 2 euros, 3 de 1 euros?
.- ¿Cuántas monedas de 2 céntimos necesita para llegar a tener 1 euro?

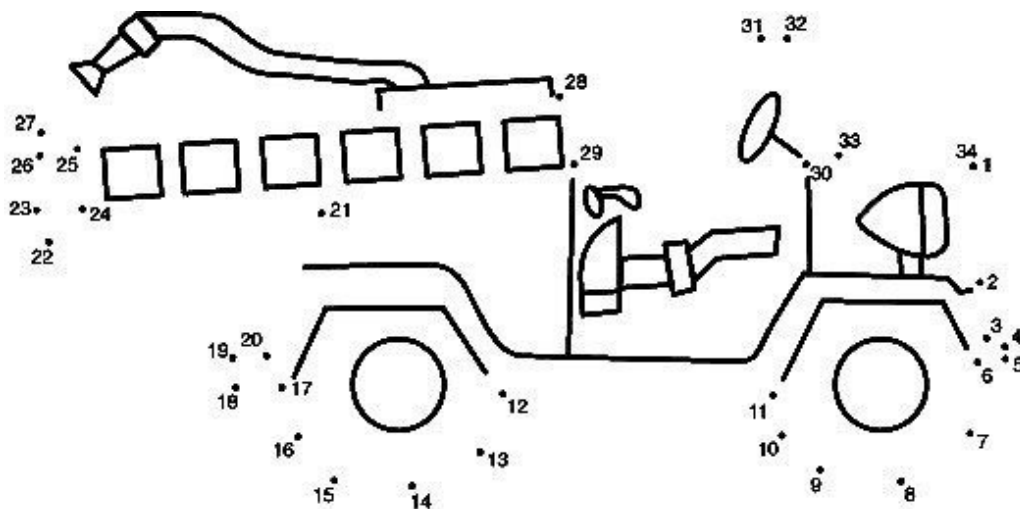
✓ Escriba desde 121 hacia abajo de 3 en 3 hasta llegar al 1.

121 - 118 - 11.....

- ✓ Encuentre 10 nombres de alimentos o platos preparados en la siguiente sopa de letras:

G	A	Z	P	A	C	H	O	M
A	P	A	T	R	A	T	P	K
R	U	M	C	U	N	A	S	A
B	R	J	U	D	I	A	S	E
A	E	C	O	C	I	D	O	L
N	N	A	L	F	D	U	J	L
Z	T	S	O	A	B	O	S	A
O	A	R	G	H	I	J	H	C
S	S	A	J	E	T	N	E	L

- ✓ El siguiente ejercicio consiste en unir los puntos siguiendo la numeración correspondiente hasta tener el dibujo completo



Anexo 6: Programa salidas a la comunidad

El programa de salidas a la comunidad es un programa de ocio y tiempo libre, donde los usuarios podrán disfrutar de diversas visitas a escenarios culturales y recreativos de la localidad de Olmedo. La actividad sirve para que los usuarios pasen momentos agradables, disfruten de la cultura de su municipio, para que se sigan sintiendo útiles y activos.

El programa de salidas a la comunidad tiene como objetivos:

- Fomentar las relaciones interpersonales
- Fomentar el interés por la cultura
- Proporcionar actividades de ocio a las personas enfermos de Alzheimer o con alguna otro deterioro cognitivo
- Incrementar la dependencia y autonomía personal del usuario
- Aumentar su grado de autosatisfacción.

Durante este programa realizamos dos salidas al municipio de olmedo visitando su famoso Palacio del Caballero de Olmedo y otra posterior visita al parque temático del mudéjar. En la primera visita gozaremos de una obra de teatro escenificada por gente del propio municipio, en la segunda actividad, realizaremos una vista guiada por cada uno de los castillos en miniatura que se encuentran en dicho parque temático. A continuación cito las páginas web de los lugares visitados.

<http://www.olmedo.es/pasionmudejar/mudejar.php>

<http://www.olmedo.es/palaciocaballero/>

Al finalizar la actividad realizamos un recordatorio de los lugares visitados así como las impresiones de cada usuario. Finalmente realizaremos una evaluación para comprobar el grado de satisfacción de los usuarios tras la salida programada.

Anexo 7: Programa de deporte

Calentamiento: Antes de cada actividad se dedicara unos 10 minutos de calentamiento mediante unos ejercicios suaves de movilidad articular. Se pretende, aparte de evitar posibles lesiones, que la persona alcance el grado de activación necesario para empezar a disfrutar de la realización de las actividades.

Bailes de salón: Con los bailes de salón se pretende aumentar el ánimo de los usuarios y su actividad física mediante canciones populares con sus correspondientes bailes.

Coreografía de aerobio: Esta actividad permite ejercitar la mente puesto que hay que prestar atención y equilibrio y se requiere de una cierta coordinación para poder desarrollar esta actividad con éxito. Se realizará una coreografía muy sencilla con 5 pasos básicos adaptándonos en todo momento en las capacidades de los participantes.

Dinámicas de grupo

.- Las películas: Se trata de una dinámica de cooperación en la cual se pretende mejorar la autoestima, la expresión, las relaciones sociales y la concentración de los usuarios. El juego consiste en que un grupo deberá interpretar una secuencia de una película conocida mientras el otro grupo intentara adivinar el título de la película.

.- Lanzamiento de aros: Se trata de un ejercicio de fuerza en el que se trabaja la coordinación. Mediante unos aros se limitaran una zona con unas marcas a alcanzar. Cada lanzamiento se puntuara de manera diferente dependiendo del sitio en el que haya caído. Los participantes deberán ir sumando los puntos. El número de lanzamientos son 5 por persona.

.- Carrera de globos: Se trata de un ejercicio cardiovascular en el cual se trabaja los desplazamientos de manera segura. El juego consiste en que cada participante tenga un globo con el cual deberá de recorrer un circuito de 30 m golpeando el globo con las manos.

Anexo 8. Mini examen cognoscitivo (MEC)

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

• Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....Año..... ___5

• Dígame el hospital (o lugar).....
planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... ___5

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) ___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? ___5

• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás ___3

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes ? ___3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj ___2

• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros ___1

• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
¿qué son el rojo y el verde ? ___2

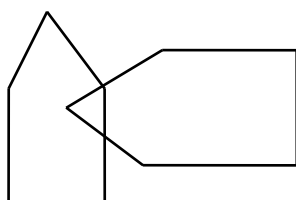
• ¿Que son un perro y un gato ? ___3

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa ___1

• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS ___1

• Escriba una frase ___1

• Copie este dibujo___1



Puntuación máxima 35.
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20

Anexo 9: entrevista en tipo escala likert del grado de satisfacción de las actividades realizadas

1. ¿Ha participado usted en las actividades del programa realizado en la residencia?
Conteste teniendo en cuenta que 1 es poco y 10 es mucho

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿En cuáles?

Talleres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Manualidades 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Salidas y excursiones a la comunidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Deporte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Enumere de las actividades realizadas, la que más le hayan gustado poniendo mediante una escala del 1 al 10 (siendo el 1 la puntuación más baja y 10 la más alta.)

Talleres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Manualidades 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Salidas y excursiones a la comunidad 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Deporte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Estas actividades le parecen:

Adecuadas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Variadas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Interesantes 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Suficientes 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Cuando no hay actividades, ¿las echa de menos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Podría decir por qué?

5. ¿Considera que realizar este tipo de actividades le aporta algún beneficio?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo cuál?

Me provocan un estado de bienestar 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Favorecen la memoria 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Favorecen mis relaciones personales 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aprendo cosas nuevas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me hacen sentirme activo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Otros.....

6. ¿Cree que sería distinta su estancia en la Residencia si no se llevaran a cabo actividades dentro de la misma? ¿Por qué?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. De 1 a 10 (siendo 1: nada y 10: mucho), ¿Cuánto de satisfecho se siente con el programa de actividades que se ha realizado en la residencia)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿Piensa que las actividades han sido divertidas y entretenidas?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ¿Considera que el tiempo para la actividad ha sido el adecuado o por el contrario ha resultado excesivo?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ¿Quiere aportar alguna opinión, queja o sugerencia?