



**FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

JUNTOS CONTRA EL OLVIDO. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER.

**TRABAJO FIN DE GRADO
EN EDUCACIÓN SOCIAL**

AUTOR/A: REBECA ALONSO GONZÁLEZ

TUTOR/A: ASUR FUENTE BARRERA

Palencia, 15 de julio de 2025

ÍNDICE:

0.	RESUMEN/ABSTRACT.	- 2 -
1.	INTRODUCCIÓN.....	- 3 -
2.	JUSTIFICACIÓN.....	- 4 -
3.	OBJETIVOS.....	- 5 -
4.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	- 6 -
4.1.	ALZHEIMER. CONTEXTUALIZACIÓN.	- 6 -
4.1.1.	BREVE HISTORIA SOBRE EL ALZHEIMER.	- 6 -
4.1.2.	DATOS ESTADÍSTICOS.	- 7 -
4.1.3.	ETIOLOGÍA.....	- 9 -
4.1.4.	ETAPAS O NIVELES Y EFECTOS	- 10 -
4.1.5.	CONSECUENCIAS EN LAS PERSONAS CUIDADORAS.....	- 10 -
4.2.	LEGISLACIÓN Y RECURSOS PÚBLICOS PARA LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE LAS PERSONAS CON ALZHEIMER.	- 12 -
4.2.1.	LEGISLACIÓN.....	- 12 -
4.2.2.	RECURSOS PÚBLICOS DISPONIBLES.....	- 12 -
4.2.3.	RECURSOS PRIVADOS DISPONIBLES.....	- 14 -
4.3.	EDUCACIÓN SOCIAL PARA LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ALZHEIMER Y SUS FAMILIAS.....	- 14 -
4.3.1.	REDES COMUNITARIAS: APOYO SOCIAL.....	- 15 -
5.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: “JUNTOS CONTRA EL OLVIDO”.....	- 17 -
5.1.	METODOLOGÍA.....	- 17 -
5.1.1.	MEDIACIÓN ARTÍSTICA.....	- 18 -
5.1.2.	HUERTO SOCIAL.	- 19 -
5.1.3.	INTERVENCIÓN BASADA EN LA NATURALEZA.....	- 19 -
5.2.	TEMPORALIZACIÓN.....	- 20 -
5.3.	DESARROLLO DE LAS SESIONES.....	- 21 -
5.4.	EVALUACIÓN.....	- 32 -
6.	CONCLUSIONES.	- 35 -
7.	BIBLIOGRAFÍA.	- 36 -

0. RESUMEN/ABSTRACT.

RESUMEN

Este Trabajo Fin de Grado aborda el Alzheimer y sus consecuencias prestando especial atención a las personas cuidadoras. El Alzheimer es una demencia progresiva cuyo primer y más pronunciado síntoma es la pérdida de memoria, pero, según va avanzando la enfermedad, va dando lugar no sólo a una pérdida cognitiva, sino también motriz y sensorial. Sin embargo, las personas cuidadoras también sufren de manera directa (y en este caso, consciente) las consecuencias de esta enfermedad, teniendo que soportar una sobrecarga, fundamentalmente, emocional, con efectos psicosociales importantes (frustración, ansiedad, depresión...).

En este contexto, la Educación Social tiene mucho que decir, pudiendo aportar enfoques y metodologías para trabajar tanto con las personas con Alzheimer en el envejecimiento activo y la prevención o ralentización de la enfermedad, como con las personas cuidadoras, mediante intervenciones destinadas a aliviar la sobrecarga o mitigar los efectos psicosociales de la enfermedad, por ejemplo, creando grupos de apoyo comunitario en los que las familias puedan compartir experiencias y preocupaciones con otras personas que sufren su misma situación.

Por todo ello, en este trabajo se plantea un programa de intervención comunitaria dirigido tanto a las personas con Alzheimer como a sus familias, con el objetivo de crear un espacio de encuentro lúdico y educativo encaminado a fortalecer redes de apoyo social capaces de mitigar los efectos negativos de la enfermedad en unos/as y otros/as, empleando para ello herramientas como la mediación artística, el huerto social y la intervención basada en la naturaleza.

Palabras clave: Alzheimer, persona cuidadora, intervención comunitaria, mediación artística, huerto social, intervención basada en la naturaleza.

ABSTRACT

This Bachelor's Final Project addresses Alzheimer's and its consequences by paying special attention to carers. Alzheimer's is a progressive form of dementia whose main and most noticeable symptom is memory loss. Still, as the illness progresses, it affects not only cognitive loss but also motor and sensory functions. Nevertheless, carers also suffer directly (and are conscious of) the consequences of this illness, having to endure a mainly emotional, burden with important psychosocial effects (frustration, anxiety, depression...).

In this context, Social Education has a lot to contribute, being able to provide paths and methodologies to work on active aging for people with Alzheimer's and the prevention and deceleration of the illness. It can also provide help for carers through interventions intended to alleviate the overload or mitigate the psychosocial effects of this illness. For example, local

community support groups can be created in which families can share their experiences and worries with other people who are also in the same situation.

Taking all of this into account, this essay offers a community intervention program directed at both people with Alzheimer's and their family members. The main objective is to create a fun and educational meeting space focused on strengthening support networks, in order to ease the negative effects of the illness in everyone by employing tools such as artistic mediation, community garden and nature-based intervention.

Keywords: carer, community intervention, artistic mediation, community garden, nature-based intervention.

1. INTRODUCCIÓN.

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa que afecta, directa o indirectamente, a buena parte de la población, por lo que es una problemática social a la que se debe prestar atención y recursos. Esta enfermedad está relacionada con el envejecimiento de la población y, aunque las principales personas afectadas son las que padecen Alzheimer, también afecta enormemente a las personas que se encargan de sus cuidados que, generalmente, no reciben demasiada atención y reconocimiento, a pesar de la carga física y, sobre todo, emocional, que supone cuidar a una persona dependiente.

En este trabajo, analizaremos con cierto detenimiento el Alzheimer, realizando un breve recorrido histórico sobre la enfermedad, examinando datos estadísticos nacionales y regionales, profundizando en su etiología, etapas y niveles y, sobre todo, en sus consecuencias, tanto para las personas que lo padecen como para sus cuidadores/as. Además, también repararemos en la legislación pertinente y los recursos, tanto públicos como privados, de los que disponen las familias cuidadoras de las personas con Alzheimer.

Finalmente, este trabajo propone un programa de intervención comunitaria orientado a crear redes de apoyo para las personas con Alzheimer y sus familias y/o cuidadores/as, con el objetivo de mitigar los efectos negativos de la enfermedad para unos/as y otros/as, aprovechando los efectos beneficiosos que tiene compartir experiencias con otras familias que se encuentran en la misma situación. Dicho programa utilizará diferentes herramientas como el arte, el huerto social y la intervención basada en la naturaleza con el objetivo de estimular la memoria o entrenar destrezas motoras con las personas con Alzheimer y, al mismo tiempo, aliviar la sobrecarga emocional de sus cuidadores/as.

2. JUSTIFICACIÓN.

El Alzheimer no sólo tiene efectos directos en las personas que lo padecen, sino también indirectos en sus familias cuidadoras. Por eso resulta necesario plantear intervenciones comunitarias capaces de movilizar tanto a las personas con Alzheimer como a sus familias para mejorar la calidad de vida de ambas.

El Alzheimer suele acontecer en la vejez y lleva asociado un alto nivel de dependencia, por lo que resulta imprescindible el acompañamiento de las personas que lo padecen. El apoyo a las personas cuidadoras por parte de las instituciones públicas suele traducirse en una compensación económica, ayuda a domicilio de una persona externa a la familia, ayuda en el pago de servicios como centros de día o residencias, etc. Pues bien, este tipo de recursos de apoyo son necesarios, pero no suficientes, porque más allá del apoyo instrumental, está el apoyo emocional.

Por todo ello, en el presente TFG se planteará un programa de intervención comunitaria para generar/fortalecer redes de apoyo social que puedan mitigar los efectos negativos de la enfermedad (directos e indirectos) creando un espacio de encuentro entre pacientes y familias que comparten una situación vital común. Y, para ello, se utilizarán recursos metodológicos capaces de generar interés y de incitar a la interacción, como la mediación artística, el huerto social y la intervención basada en la naturaleza.

La elección de este tema tiene un motivo muy personal. Soy hija de padres divorciados desde los 10 años, y desde los 12 a los 16 viví en casa de mis abuelos maternos junto con mi madre y mis dos hermanos. Por motivos varios, perdí contacto con mi padre a los 13 años y mi abuelo pasó a ocupar su lugar, convirtiéndose en una fuente de apoyo fundamental para mí y en todo un ejemplo a seguir (es la persona que más admiro).

Hace relativamente poco –unos 5 años–, mi abuelo comenzó un proceso de demencia y, actualmente, tiene Alzheimer y acude todos los días de 11:00 a 19:00 horas a un centro de día, puesto que mi abuela ya no se puede hacer cargo de él. Es decir, he visto y vivido, aunque no tan de cerca como mi abuela, lo que esta enfermedad provoca en las personas que la padecen y en sus cuidadoras. Así que, en honor a estas dos personas que hicieron por mí todo lo que estuvo en su mano –y siguen haciendo–, he querido dedicarles este pequeño homenaje en forma de Trabajo de Fin de Grado.

Este trabajo, por otra parte, permitirá desarrollar diferentes competencias de la Educación Social: por un lado, competencias generales como “Organización y planificación” (G2), “Reconocimiento y respeto a la diversidad y multiculturalidad” (G10), “Habilidades interpersonales” (G11), “Compromiso ético” (G12), “Adaptación a situaciones nuevas” (G14), “Creatividad” (G15),

“Apertura hacia el aprendizaje a lo largo de toda la vida” (G18), “Compromiso con la identidad, desarrollo y ética profesional” (G19) y “Gestión por procesos de indicadores de calidad” (G20); por otro lado, competencias específicas como “Diseñar y desarrollar procesos de participación social y comunitaria” (E6), “Promover procesos de dinamización cultural y social” (E10), “Gestionar estructuras y procesos de participación y acción comunitaria” (E29), “Organizar y gestionar proyectos y servicios socioeducativos (culturales, de animación y tiempo libre, de intervención comunitaria, de ocio...)” (E32), “Utilizar técnicas concretas de intervención socio-educativas y comunitaria (dinámica de grupos, motivación, negociación, asertividad, etc.)” (E35), “Producir medios y recursos para la intervención socioeducativa” (E37) y “Mostrar una actitud empática, respetuosa, solidaria y de confianza hacia los sujetos e instituciones de educación social” (E41).

3. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es realizar un análisis del Alzheimer prestando especial atención a las familias cuidadoras para ofrecer un programa de intervención comunitaria encaminado a fortalecer los lazos entre pacientes y familias y amortiguar los efectos psicosociales que para ambos acarrea la enfermedad.

Este objetivo general, se concreta en los siguientes objetivos específicos:

OE1: Analizar en profundidad el Alzheimer y sus consecuencias tanto para las personas que lo padecen como para las familias cuidadoras, así como los recursos públicos a su disposición.

OE2: Estudiar el papel que puede desempeñar la Educación Social en la intervención tanto con personas con Alzheimer como con sus familias cuidadoras.

OE3: Explorar las posibilidades que tienen la mediación artística y la horticultura para la intervención comunitaria en el ámbito del Alzheimer.

OE4: Diseñar un programa de intervención comunitaria dirigido a personas con Alzheimer, sus familias cuidadoras y la comunidad en general, para fomentar las redes de apoyo social y mitigar las consecuencias psicosociales de la enfermedad a través del arte, el huerto social y la intervención basada en la naturaleza.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

4.1. ALZHEIMER. CONTEXTUALIZACIÓN.

Según Romano, Nissen, del Huerto y Parquet (2007), la demencia es el deterioro adquirido de las capacidades cognitivas que entorpece realizar de forma satisfactoria las actividades de la vida cotidiana. En este sentido, la enfermedad de Alzheimer es una demencia progresiva que tiene en el déficit de memoria uno de sus síntomas más tempranos y pronunciados. Su carácter irreversible, la ausencia de tratamiento curativo y la carga que representa para las familias de las personas afectadas, hace que esta demencia tenga un fuerte impacto tanto en el sistema sanitario como en el conjunto de la sociedad.

4.1.1. BREVE HISTORIA SOBRE EL ALZHEIMER.

Solón fue de las primeras personas en hablar del deterioro del juicio como resultado del envejecimiento, y el “síndrome de demencia” se remonta al año 500 a.C. (Guerra, Arjona y Marante, 2014). Hipócrates, Cicerón y Celso señalaron la relación entre la edad avanzada y la patología psiquiátrica, pero fue Arataeus de Cappadocia, en el siglo II d.C., el primer médico en reconocer el envejecimiento como una causa de demencia. Y hasta el siglo XIX, cuando Esquirol definió la demencia como un síndrome general que afecta a las facultades de la comprensión, el entendimiento y el recuerdo, no se diferenciaba el retraso mental y el síndrome demencial.

Fue el doctor Alois Alzheimer, un neuropatólogo y eminente psiquiatra alemán, quien en 1906 descubrió y definió la enfermedad de Alzheimer como una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro y, al hacerlo, seguramente no imaginó el impacto que tendría con el progresivo envejecimiento general de la población (Guerra, Arjona y Marante, 2014).

Durante los primeros 50 años del siglo XX, el Alzheimer tendía a considerarse como un proceso “normal” inherente al envejecimiento. Sin embargo, en la década de los 60 se descubrió la “relación entre la declinación cognitiva y el número de placas seniles y ovillos neurofibrilares en el cerebro” (Guerra, Arjona y Marante, 2014, p.7), lo que llevó a la comunidad médico-científica a considerar el Alzheimer una enfermedad.

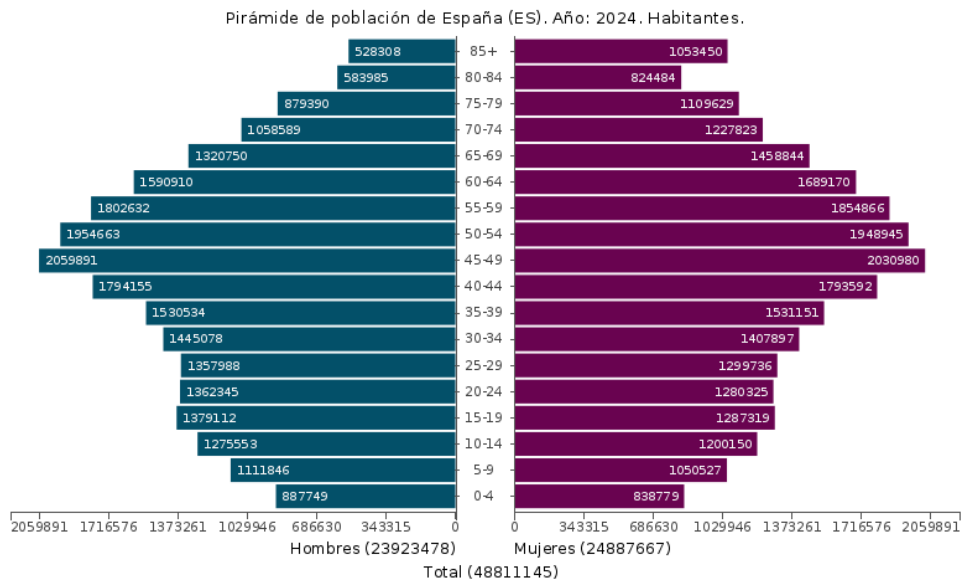
Ya en la década de los 70, el Alzheimer atrajo un mayor interés científico gracias a los avances que permitieron incorporar y desarrollar nuevas herramientas. Y, de esta forma, en 1985 el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento llega a determinar los criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer.

4.1.2. DATOS ESTADÍSTICOS.

Para entender el trasfondo de este Trabajo de Fin de Grado, es importante analizar datos relativos a la población en España y, más concretamente, en Castilla y León, que es el marco desde el que se diseñará la propuesta de intervención.

En la figura 1 se muestra la pirámide nacional de población por edad del 2024 que, como se puede ver, es una pirámide regresiva, es decir, más ancha en el centro y más estrecha en la parte de arriba y de abajo, un patrón característico de los países desarrollados. Esta forma de pirámide es el resultado del descenso de la natalidad y del aumento de la esperanza de vida. A su vez, se puede observar que, a partir de los 55 años, hay más mujeres que hombres.

Figura 1: Pirámide de población en España por edades.



Fuente: Ministerio de Sanidad (2024).

Como se puede ver en la Figura 2, la esperanza de vida ha aumentado progresivamente en España desde 1991 hasta 2022 (sólo en 2020 se registra una disminución relacionada con la pandemia de covid-19), una esperanza de vida claramente superior en las mujeres.

Pues bien, si el Alzheimer está relacionado con una edad avanzada, y en esta edad hay más mujeres que hombres, podríamos hipotetizar que, a medida que la población envejezca, será más probable encontrar personas con Alzheimer, especialmente mujeres.

Figura 2: Gráfico de esperanza de vida en España por sexo.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2024).

En España, más de 800.000 personas tienen Alzheimer y en el mundo 44 millones de personas, es decir, estamos ante problema de salud mundial de envergadura (Alzheimer's association, s.f.). La duración media del Alzheimer suele oscilar entre los 10 y los 12 años aproximadamente (Romano, Nissen, del Huerto y Parquet 2007) y supone el 8% del total de defunciones al año en España (Pérez, 2024).

Centrándonos en Castilla y León, de las 111.000 personas con dependencia en la comunidad autónoma, el 42% tienen algún tipo de demencia y, concretamente, 60.000 personas están afectadas directamente por el Alzheimer, aunque si contamos a sus cuidadores/as esta cifra se elevaría con creces (Rosado, 2022). Por otra parte, como adelantábamos antes, el número de personas que sufren Alzheimer es bastante superior en mujeres. De hecho, en Castilla y León, tal y como se muestra en la Tabla 1, el 70,38% de las personas con Alzheimer y otras demencias son mujeres, frente al 29,62% de hombres (CEAFA, 2022).

Tabla 1: Personas con Alzheimer y otras demencias en Castilla y León según sexo.

Provincia	Hombres		Mujeres		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
ÁVILA	455	31,80%	976	68,20%	1431	7,62%
BURGOS	660	29,77%	1557	70,23%	2217	11,80%
LEÓN	1275	29,09%	3108	70,91%	4383	23,33%
PALENCIA	335	32,06%	710	67,94%	1045	5,56%
SALAMANCA	719	27,45%	1900	72,55%	2619	13,94%
SEGOVIA	410	29,62%	974	70,38%	1384	7,37%
SORIA	247	27,47%	652	72,53%	899	4,79%
VALLADOLID	1089	30,13%	2525	69,87%	3614	19,24%
ZAMORA	373	31,29%	819	68,71%	1192	6,35%
Total	5.563	29,62%	13.221	70,38%	18.784	100%

Fuente: Sistema de Información de Sanidad Castilla y León. CEAFA (2022).

Por otra parte, centrándonos en las personas cuidadoras, el 80,9% son mujeres, es decir, una clara mayoría, situándose la edad media en 62,9 años. Concretando un poco más, el 85,1% de las personas cuidadoras son familiares directos de la persona cuidada (51,2% hijas/os y 33,9% cónyuges), más del 60% conviven con ella y el 75% dedican más de 12 horas diarias al cuidado (Peña, Machado, Muro y Saiz, 2017). Estos datos ponen de manifiesto la importancia que tiene prestar atención a las personas cuidadoras que, como hemos visto, mayoritariamente son mujeres y de la familia.

4.1.3. ETIOLOGÍA.

Al igual que otras muchas patologías crónicas, el Alzheimer es multifactorial, es decir, depende de múltiples variables (Gómez-Virgilio et al., 2022). He aquí algunas de ellas (Paca, Parra, Mena y Galarza, 2022; Sarmiento y Bajaan, 2023):

- Edad: la mayoría de los casos se observan en adultos mayores de 65 años. Concretamente, padecen esta enfermedad el 5% de las personas de entre 65 y 74 años y el 50% de las personas mayores de 85.
- Género: hay más mujeres que hombres con Alzheimer, quizá porque la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres.
- Origen étnico: algunos estudios revelan que los afroamericanos o hispanos presentan mayor riesgo de padecer Alzheimer que los americanos o europeos.
- Educación: se desconocen las causas concretas, pero las personas con menor nivel educativo parecen tener un mayor riesgo de padecer Alzheimer. Algunas teorías apuntan a que un mayor nivel educativo conduce a formar más conexiones simpáticas en el cerebro.

Así, la educación crearía una “reserva simpática” en el cerebro, de tal manera que, según va avanzando la edad y se van perdiendo neuronas, estas “reservas” lo irían compensando.

- **Genética:** en el Alzheimer esporádico, es decir, el más común que suele afectar a las personas mayores, no hay un patrón hereditario claro. Sin embargo, en el caso del Alzheimer familiar que suele afectar a menores de 65 años (un 10% del total de personas con Alzheimer), el responsable puede ser una mutación de los cromosomas 1, 14 y 21. Si esta mutación se hereda, la persona tiene un 50% de riesgo de sufrirla.
- **Problemas de salud coexistentes:** existe un gran vínculo entre la salud cardiovascular y la salud cerebral de un paciente con Alzheimer. El riesgo de desarrollarlo aumenta si se tiene una enfermedad cardíaca, presión arterial alta o colesterol alto, debido al daño que pueden causar a los vasos sanguíneos del cerebro, produciendo un menor flujo sanguíneo y la posibilidad de una muerte drástica en el tejido cerebral. De esta forma, factores como la diabetes tipo 2, la obesidad, el tabaco y el alcohol pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad.

4.1.4. ETAPAS O NIVELES Y EFECTOS

Según diversos autores, el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer se puede dividir en tres etapas o niveles (Romano, Nissen, del Huerto y Parquet, 2007; Albert et al., 2014):

- **Inicial:** la persona tiene síntomas ligeros o leves, mantiene su autonomía y cuando realiza tareas complejas necesita supervisión. Los efectos de esta etapa van desde una simple, pero a veces recurrente, pérdida de memoria, hasta su pérdida constante a corto plazo, de tal manera que la capacidad para crear nuevos recuerdos o aprender se ve afectada.
- **Intermedia o moderada:** los síntomas son de moderada gravedad y provocan un nivel de dependencia que lleva a la persona a necesitar cuidadores/as para la realización de las tareas cotidianas. En esta etapa, se hacen cada vez más evidentes los problemas con el lenguaje, puesto que la dificultad para recordar el vocabulario, conduce a la utilización de palabras erróneas. En esta línea, las personas reducen su capacidad para leer, escribir o realizar actividades rutinarias, empiezan a no reconocer a sus familiares y se deteriora su memoria a largo plazo.
- **Terminal o avanzada:** el nivel de dependencia es absoluto. Se produce un deterioro en la masa muscular que lleva a la pérdida de movilidad, lo que termina provocando en la persona una situación de cama y de incapacidad de alimentarse por sí misma. Por su parte, el lenguaje se va volviendo cada vez más desorganizado, hasta que llega a perderse.

4.1.5. CONSECUENCIAS EN LAS PERSONAS CUIDADORAS.

Las personas cuidadoras se pueden dividir en 2 tipos (Cerquera y Galvis, 2014):

- Informales: Miembro de la red social de la persona que lo padece, le ofrece atención voluntariamente sin percibir remuneración económica.
- Formales: No forma parte de la familia de la persona, puede o no estar capacitada para ejercer este rol y recibe compensación económica a cambio.

Este trabajo, como se adelanta ya en el título, se va a centrar en las informales y, más específicamente, en las familias. Pues bien, según Roig, Torres y Desfilis (1998), para que una persona sea considerada cuidadora informal tiene que cumplir las siguientes características:

- Asumir las principales tareas de su cuidado, con la responsabilidad que eso acarrea.
- Ser percibida como la persona responsable de asumir los cuidados por el resto de miembros de la familia.
- No tener remuneración económica por estas funciones de cuidado.
- Haber realizado las tareas de cuidado, como mínimo, de 6 semanas a 3 meses.

Según un estudio de Herrera, Laguado y Pereira (2020), más de la mitad de las personas cuidadoras tienen más de 55 años, y más del 80% son mujeres (la mayoría, amas de casa). Y lo más significativo es que muchas presentan sobrecarga física y emocional, lo que provoca una disminución de su energía vital y su calidad de vida. En esta línea, las personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer presentan síntomas de ansiedad, depresión, impotencia, culpa y aislamiento social (Cerquera, Granados y Buitrago, 2012). Y es que muchas de estas personas cuidadoras están sometidas a una situación de estrés crónico que tiene repercusiones importantes en su estado de salud física y emocional. No en vano, comparadas con el resto de población, tienen altos niveles de ira, síntomas ansiosos y depresivos, menor nivel de bienestar subjetivo y autoeficacia y mayor probabilidad de sufrir alteraciones cardiovasculares e inmunes (Cerquera y Galvis, 2014). Y, en muchos casos, sufren de *burnout* (Gil y Navas, 2017).

Por todo ello, es necesario establecer medidas encaminadas a disminuir la sobrecarga que sufren, coordinando una atención conjunta para la cuidadora y la persona cuidada. Esto, en gran medida, se hace posible con la ayuda domiciliaria de una persona externa que colabore con los cuidados, los esfuerzos físicos, etc. En este sentido, la creación de grupos de autoayuda en los que compartir información y experiencias, ha mostrado ser muy beneficiosa (Gil y Navas, 2017).

4.2. LEGISLACIÓN Y RECURSOS PÚBLICOS PARA LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE LAS PERSONAS CON ALZHEIMER.

4.2.1. LEGISLACIÓN.

En el contexto español al que se remite el presente trabajo, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, parte del objetivo de garantizar los derechos y la atención que las personas necesitan para que sus actividades básicas estén cubiertas, con la ayuda que requieran.

Por su parte, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su Artículo 27.1, indica que “todas las personas tienen derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten”. Y el Artículo 29.1 manifiesta que “todas las personas tienen deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella pueden desarrollar libre y plenamente su personalidad”.

Por último, la Constitución Española contiene varios artículos de interés para este trabajo: en su Artículo 14 recoge que “los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”; en su Artículo 44.1 señala que “los poderes públicos deben promover y tutelar el acceso a la cultura, a la que todas las personas tienen derecho”; en el Artículo 49.2 indica que “los poderes públicos impulsarán las políticas que garanticen la plena autonomía y la inclusión social de las personas con discapacidad, en entornos universalmente accesibles”; y en su Artículo 50 indica que los poderes públicos “con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

Como se verá más adelante, este articulado legal apunta varias cuestiones relevantes para la propuesta de intervención que aquí se presentará.

4.2.2. RECURSOS PÚBLICOS DISPONIBLES.

Existen varios servicios públicos disponibles para la atención de personas en situación de dependencia. Las personas con Alzheimer, como ya se ha comentado arriba, son personas en situación de dependencia, puesto que se ven reducidas algunas de sus capacidades y, por tanto, necesitan apoyo, un apoyo que se hace extensible a las personas que se encargan de sus cuidados y que, en ocasiones, no pueden hacer frente solas a todos los cuidados que estas personas necesitan. Estos son los principales recursos públicos disponibles (Fundación Pasqual Maragall, 2019):

- Atención domiciliaria. Una persona externa acude al domicilio donde se encuentra la persona dependiente un tiempo determinado y a realizar algunas tareas concretas, en función de lo que se haya solicitado y concedido. Esta atención puede ir desde levantar y duchar por la mañana a la persona dependiente y acostarla por la noche (media hora en cada tramo), hasta varias horas diarias para realizar diversas tareas domésticas en la casa.
- Centros de día. Centro al que acuden unas horas al día las personas dependientes, en función del horario pactado con el centro y/o concedido por los servicios sociales. Para ir y volver a estos centros, se pueden flotar autobuses. Este servicio no tiene el mismo costo económico para todas las personas puesto que, según la situación económica, el importe a abonar varía: un porcentaje lo abonan las familias y otro el Estado.
- Residencias. Lugar en el que viven internadas las personas dependientes y donde son atendidas continuamente por profesionales especializados/as. Cada residencia tiene un funcionamiento diferente en cuanto a la convivencia y las visitas de las familias. En este caso, la persona cuidadora queda liberada totalmente y relevada en sus funciones. El pago económico, al igual que en el centro de día, va en función de la capacidad económica de cada familia: un porcentaje lo paga la persona o su familia y el porcentaje restante la Administración Pública.
- Teleasistencia. En el domicilio donde reside la persona dependiente se coloca un dispositivo enchufado a la red y conectado con un “collar” que lleva la persona cuidadora. Cuando ocurre cualquier accidente o percance, si necesitan ayuda externa sólo tienen que presionar un botón en el collar que directamente les comunicará con los servicios de emergencias (112). De este modo, si la persona no se puede mover o necesita cualquier ayuda, no queda desamparada. A su vez, las personas que se encuentran al otro lado de la línea, saben a quién está vinculado el dispositivo desde el cual realizan la llamada, para poder tener un trato más personal y directo. Además, realizan llamadas puntuales cuando llevan mucho tiempo sin conocer su estado, para asegurarse de que se encuentran correctamente.
- Prestaciones económicas. Todos los meses, la persona dependiente y la persona cuidadora perciben un apoyo económico, pero en el momento en que la persona dependiente es internada en una residencia, esta ayuda se deja de percibir, puesto que ya no hay ninguna persona de la familia que se encargue de los cuidados. Nuevamente, esta cantidad no es igual para todas las personas; depende del grado de dependencia, de si acude o no a otros servicios, etc. Y es que si, por ejemplo, tienen atención domiciliaria, se entiende que necesitan menos apoyo económico puesto que lo perciben de otro modo.
- Programas de respiro para las personas cuidadoras. Este servicio permite que las personas cuidadoras puedan descansar temporalmente de la carga que supone el cuidado de una

persona dependiente. Concretamente, esto es posible gracias a las ayudas para la financiación de estancias en residencias o centros de día durante un determinado periodo.

- Programas integrales. El Imsero y el Ministerio de Sanidad ofrecen programas integrales que buscan mejorar la atención tanto de las personas con Alzheimer (promocionando su autonomía) como de sus familias (apoyando a las personas cuidadoras).

4.2.3. RECURSOS PRIVADOS DISPONIBLES

Al igual que ocurre con los servicios públicos, también hay recursos privados a los que las personas con Alzheimer y sus familias pueden acudir. Estos recursos son:

- Residencias y centros de día. Se refieren a los mismos espacios del apartado anterior, en los que profesionales especializados/as atienden a las personas con Alzheimer de manera permanente (residencias) o temporal (centros de día). La diferencia reside en que, en este caso, los servicios no son financiados, en ninguna medida, por la Administración Pública, sino que son las familias quienes se tienen que hacer cargo del gasto que supone acceder a estos recursos.
- Asociaciones de familiares. Ofrecen información, apoyo y servicios a las personas afectadas y a sus familias cuidadoras.
- Grupos terapéuticos para las personas cuidadoras. Conjunto de personas que ofrecen estrategias a las personas cuidadoras de las personas dependientes para que sepan cómo desarrollar los cuidados con eficacia y sin desatender su propia salud física y mental.

4.3. EDUCACIÓN SOCIAL PARA LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS CON ALZHEIMER Y SUS FAMILIAS.

La educación va más allá del ámbito formal de las aulas, por lo que conviene prestar atención a la educación no formal e informal (Marenales, 1996). Pues bien, la Educación Social es una disciplina pedagógica que tiene, entre sus objetivos, fomentar la inclusión social, la participación y el bienestar de la ciudadanía, ya que, entre otras cosas, promueve la igualdad, la cohesión social y el desarrollo comunitario, previniendo conflictos (Universidad Francisco de Vitoria, 2024). Esta disciplina es una fuente de cambio social, puesto que forma personas capaces de transformar su realidad y construir comunidades que anticipan la sociedad a la que aspiramos (Schmelkes 2024). En este sentido, esa sociedad a la que aspiramos, debe prestar más atención a sus mayores. De hecho, en países como Canadá, India, Reino Unido y España, ya se están creando ciudades y comunidades “comprensivas”, una iniciativa que busca enseñar a cuidar a las personas que se encuentran en la

última etapa vital, implicando a la comunidad mediante educación, compromiso y sensibilización (Pérez, 2024).

En el ámbito del Alzheimer, la estimulación cognitiva es clave para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad, disminuyendo su ansiedad y confusión y mejorando su orientación a la realidad. En este sentido, es importante trabajar la atención, la memoria, la desorientación, así como prevenir o mitigar la agnosia, la apraxia, la afasia y otras alteraciones de las funciones ejecutivas con el objetivo de ralentizar el deterioro y generar una afectividad más positiva (UNIR Salud, 2022). Pues bien, estas cuestiones se pueden abordar desde la Educación Social mediante intervenciones adaptadas a cada persona y entorno, puesto que, aunque todas las personas sufren la misma patología, la experimentan y les afecta de maneras diferentes.

La Educación Social tiene un claro componente de intervención y mucho que decir en el desarrollo de un envejecimiento activo como herramienta de prevención o ralentización frente al Alzheimer. La intervención social en este campo difiere en función de a quién va destinada la acción y del área de actuación (Seijo, 2009):

- Personas con Alzheimer: estimulación cognitiva, funcional y motriz, ergoterapia/laborterapia, dramático-musical, interacción social y actividades de evaluación, planificación y gestión.
- Familiares/cuidadores principales: evaluación, información y asesoramiento-orientación, lúdico-social y formativa.
- Profesionales o futuros profesionales del ámbito: gestión, formación y coordinación.
- Entorno sociocomunitario: acciones formativas, de sensibilización y difusión e intervenciones dirigidas a prevenir el deterioro cognitivo y promocionar la salud.

La intervención que se plantea en este trabajo, como se verá a continuación, se basa en crear redes comunitarias para fomentar el apoyo social, empleando como áreas de intervención la mediación artística y la horticultura. Y es que esta intervención va dirigida tanto a las personas con Alzheimer como a las personas y familias cuidadoras, y tiene el triple objetivo de estimular cognitiva y afectivamente a las personas que padecen de la enfermedad, aliviar el estrés y la sobrecarga emocional de las personas cuidadoras y generar entre las familias una red de apoyo capaz de mitigar los efectos negativos de la enfermedad a unos/as y otros/as.

4.3.1. REDES COMUNITARIAS: APOYO SOCIAL.

El apoyo social se refiere al “conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza, y que pueden producirse en situaciones tanto cotidianas como de crisis a lo largo del

ciclo vital” (Lin, 1986, p.8). Estos sistemas de apoyo juegan un papel imprescindible para mantener el ajuste y bienestar psicosociales, ya que entre sus funciones está suministrar provisiones para satisfacer las necesidades emocionales, psicológicas e instrumentales de las personas. A su vez, también es una herramienta de intervención social (Gracia, 2011).

Por todo ello, es importante fortalecer las redes de apoyo comunitario para las personas con Alzheimer y sus familias, fomentando la participación, socialización y recreación en el entorno, identificando centros comunitarios para brindarles servicio, formando a las personas cuidadoras y generando grupos de apoyo para ellas (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, s.f.).

Al margen de fomentar la participación social y la creación de redes de apoyo, son varios los motivos por los que es importante realizar actividades con las personas mayores (Agoraocio, 2019):

- Algunas personas mayores sienten que no son capaces de hacer nada, pero es importante hacerles sentir que aún siguen siendo muy útiles y que tienen mucho que aprender y enseñar.
- Son un antídoto contra la monotonía y el desánimo, en los que es tan fácil caer.
- Pueden descubrir nuevos intereses que quizá no hayan tenido oportunidad de descubrir con anterioridad.
- Aunque se encuentren en la última etapa de su vida, tienen mucha creatividad por desarrollar, algo que quizá no han podido hacer en el pasado.
- Pueden potenciar su agilidad mental para evitar el deterioro cognitivo.
- Realizadas junto con familiares, las actividades pueden contribuir a evitar el aislamiento y la soledad.
- Fomentan el bienestar físico, mental y emocional.

Además, realizar actividades intergeneracionales tiene otra serie de beneficios (Gutiérrez, 2012):

- Posibilitan la transferencia de conocimientos y experiencias entre distintas generaciones.
- Permiten conocer, de primera mano, eventos de nuestra historia relatados por sus protagonistas.
- Estimulan el aprendizaje de nuevas tecnologías.
- Permiten explorar las implicaciones emocionales de las diferentes etapas de la vida, que se pueden comparar en un mismo momento temporal.
- Muestran la interdependencia entre las diferentes generaciones de una misma sociedad y cómo pueden complementarse.
- Desdibujan el límite entre cuidador y persona cuidada porque ambos reciben y dan a la vez, enriqueciéndose y cuidándose mutuamente.

- Combaten los estereotipos asociados a cada grupo de edad.
- Promueven el contacto entre culturas distintas, más allá de las diferencias de edad.

Más allá de todos estos beneficios, Antelo y Espinosa (2017) recuerdan la importancia del apoyo social para las personas cuidadoras de personas con Alzheimer, puesto que puede actuar como mediador ante la autoestima y la satisfacción y, en definitiva, promover una mayor calidad de vida.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: “JUNTOS CONTRA EL OLVIDO”.

La propuesta de intervención que se presenta aquí lleva por título “Juntos contra el olvido” y, como hemos ido avanzando, parte de la base de incluir en la intervención tanto a las personas con Alzheimer como a sus cuidadores/as y familias, que tendrán que interactuar a través de actividades organizadas, fundamentalmente, en torno a tres áreas: arte, huerto social e intervención basada en la naturaleza.

Las personas con Alzheimer se caracterizan por un deterioro cognitivo asociado a la pérdida de la memoria, pero también por un importante deterioro físico. Esto hace que requieran, según va avanzando la enfermedad, cuidados constantes, es decir, la ayuda de, al menos, una persona cuidadora, generalmente, perteneciente a su familia. Pues bien, aunque las personas cuidadoras puedan disponer de algún apoyo, son las que sufren la mayor carga. Por eso resulta tan necesario realizar intervenciones que incluyan tanto a las personas que sufren Alzheimer como a las personas encargadas de sus cuidados, creando espacios comunitarios donde puedan encontrarse personas que comparten situaciones similares y que ayuden a hacer más llevadera la sobrecarga, fundamentalmente, emocional.

Como también ya se ha comentado en los objetivos globales del trabajo, el objetivo de la presente propuesta no es otro que fomentar las redes de apoyo social entre pacientes, cuidadores/as y familias para mitigar las consecuencias psicosociales del Alzheimer, tanto en unos/as como en otros/as. No obstante, cada sesión propuesta tiene sus objetivos específicos que serán desarrollados más adelante.

5.1. METODOLOGÍA.

En Educación Social, como en cualquier otra disciplina que aspire a la eficacia, es imprescindible realizar intervenciones con un adecuado enfoque metodológico para cumplir con los objetivos que se plantean. En este caso, la intervención que se plantea aquí apuesta por una metodología activa y

colaborativa, es decir, las personas participantes (personas con Alzheimer, cuidadores/as y familias) no serán meras observadoras, sino que tendrán que participar activamente y en colaboración mutua.

La metodología activa hace referencia a un proceso participativo e interactivo que se emplea para motivar a las personas con las que se interviene para que contribuyan activamente en su propio conocimiento. Esta metodología implica que las personas destinatarias participen directamente, asumiendo el protagonismo de la acción y construyendo soluciones para el desarrollo de sus habilidades emocionales, cognitivas y sociales (Moreno, 2024).

Por otro lado, la metodología colaborativa consiste en inducir al grupo a construir su propio conocimiento mediante el debate, la discusión, la indagación, la negociación y la reflexión colectiva, promoviendo oportunidades para el desarrollo de capacidades y habilidades sociales y personales (Klein, Kuh, Chun, Hamilton y Shavelson, 2005; Scagnoli, 2005).

Bajo este enfoque metodológico, como veremos, se trabajará en tres grandes áreas: percepción (estimulación sensorial), memoria (estimulación cognitiva) y relajación. Y para ello se utilizarán tres herramientas fundamentales: el arte (mediación artística), la horticultura (huerto terapéutico-social) y la intervención basada en la naturaleza.

5.1.1. MEDIACIÓN ARTÍSTICA.

La mediación artística consiste en acompañar profesionalmente en determinados procesos creativos a personas, grupos y comunidades, buscando mejorar su salud y bienestar, el desarrollo comunitario, la inclusión social y la cultura de la paz. Y, aunque relacionadas, es distinta a la arteterapia, que se desarrolla en contextos clínicos, psicosociales y educativos, para facilitar y acompañar en procesos psicoterapéuticos, sirviendo de vía para la inclusión social, el desarrollo humano y el bienestar psicológico (González, 2022).

El arte, como indica Fleischer (2015), sirve como herramienta para la participación y transformación social, creando nuevas matrices de aprendizaje. Y lo mismo pasa con la cultura en general, que sirve como instrumento para que las sociedades se desarrollen y cohesionen, permitiendo adquirir habilidades y saberes (Preciado, 2016).

En este contexto es en el que se inserta la mediación artística, que parte de la interacción entre la arteterapia, la educación artística y la educación social (Barona, 2024). Y es que el arte tiene un importante papel en la vida de los seres humanos, pudiendo contribuir a su salud y desarrollo socioemocional; además, tiene un enorme potencial educativo y transformador. Para mostrar la potencialidad de este tipo de acercamiento, he aquí dos proyectos de ejemplo:

- Mapa de colores: proyecto de intervención artística en el ámbito del Alzheimer que tiene como objetivo configurar un espacio de encuentro y cuidados para fomentar experiencias de empoderamiento, salud y bienestar (López, 2022).
- Includanza: proyecto socioeducativo dirigido, fundamentalmente, a personas con discapacidad, que tiene como objetivos la mejora de la salud, la convivencia comunitaria, la inclusión social y la cultura de la paz a través de la danza (Camolez, 2022).

Pues bien, la propuesta de intervención que se desarrollará a continuación, tiene en la mediación artística uno de sus ejes vertebradores, y hará uso de artes diversas como el cine, la música o la danza. Con este tipo de herramientas, como veremos, se busca estimular el recuerdo de las personas con Alzheimer, pero también la expresión de emociones y la interacción social con las familias.

5.1.2. HUERTO SOCIAL.

La horticultura también tiene múltiples beneficios: físicos (mayor actividad y reducción de la vida sedentaria, pérdida de peso y mejora de los hábitos alimenticios), psicológicos (sentimientos de satisfacción y empoderamiento, disminución del estrés, la ansiedad y la depresión) y sociales (creación de nuevas relaciones y mejora de la calidad de las ya existentes) (Wong, 2022).

En este sentido, los denominados huertos sociales tienen un gran valor socioambiental y mucho potencial para trabajar con diferentes personas y problemáticas desde la Educación Social. Con este tipo de aproximación a la intervención, además, se puede promover, por ejemplo, el respeto a la biodiversidad y la alimentación saludable y de calidad, el desarrollo comunitario, la autonomía y el empleo, la economía local y sostenible, el patrimonio cultural, etc. (Esteban y Amador, 2021; Barraza-Álvarez, 2021; País América Futura, 2024).

Muchas de las personas que tienen Alzheimer han dedicado su vida al campo y la agricultura y otras han vivido en pueblos y cerca del campo, haciendo de la horticultura un medio y/o herramienta que puede facilitar la intervención, tal y como se propone en este trabajo.

La horticultura es una gran fuente de posibilidades a la hora de intervenir con personas con Alzheimer, puesto que puede estimular los sentidos y, con ello, los recuerdos, para, por ejemplo, volver a la niñez, la adolescencia o la juventud, para conectar con sus familias a través de sus conocimientos y vivencias..., a la par que se potencia el trabajo manual que requiere de actividad física, coordinación visomotora, etc.

5.1.3. INTERVENCIÓN BASADA EN LA NATURALEZA.

La intervención basada en la naturaleza plantea programas y proyectos cuyo desarrollo y/o metodología incorporan elementos o entornos naturales, creados para la mejora de la salud física,

emocional, mental o social de las personas con las que se interviene. Esto es importante puesto que, actualmente, una de cada cuatro personas adultas tiene problemas de salud mental a lo largo de su vida, y el contacto directo y regular con la naturaleza contribuye a la reducción del estrés, la mejora de los patrones de sueño y la progresión en la autoestima y en el estado de ánimo (Gómez, Rodríguez y Pérez 2020).

Los beneficios que aporta el contacto con la naturaleza en personas con Alzheimer pueden ser muy diversos y van desde la estimulación sensorial y de la memoria, hasta el desarrollo intelectual, la mejora de la psicomotricidad fina o el aumento de la autoestima (Fundación Alzheimer Reina Sofía y Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, 2018).

5.2. TEMPORALIZACIÓN.

En este apartado se recoge visualmente, en un diagrama de Gantt, la distribución temporal de las sesiones que desarrollaremos a continuación.

DIAGRAMA DE GANTT											
Sesiones	1er sábado	2º sábado	3er sábado	4º sábado	5º sábado	6º sábado	7º sábado	8º sábado	9º sábado.	10º sábado.	11º sábado.
Creemos juntos (parte 1).											
Mira quién baila.											
Moviendo el esqueleto.											
El silencio de los vaqueros.											
Trivial del conocimiento.											
Quien buena siembra realiza, buenos frutos recoge.											
Este olor me recuerda a...											
¿Qué toco?											
¿Qué veo?											
El valor del silencio.											
Compartiendo lo que tenemos.											
Creemos juntos (parte 2).											

5.3. DESARROLLO DE LAS SESIONES.

A continuación, presentamos una tabla con cada una de las sesiones en la que se recogen los aspectos fundamentales de las mismas: objetivos, recursos, duración, etc. Una vez finalizada cada actividad, se entregará un cuestionario a las familias y personas cuidadoras para la evaluación (en el apartado de evaluación se encuentra detallado).

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD: Creemos juntos (parte 1).	
ÁREAS DE INTERVENCIÓN: Motricidad y socialización.	
MOMENTO DE REALIZACIÓN: 1er sábado.	DURACIÓN: 1 hora aproximadamente.
OBJETIVOS: • Crear una obra artística conjunta entre todas las personas. • Entrenar la actividad motriz. • Generar un ambiente distendido • Fomentar la socialización	RECURSOS: • Sillas. • Mesa grande. • Trozo grande de papel de dibujo. • Útiles de pintura: pintadedos, acuarelas, temperas, etc. • 1 educador/a social.
METODOLOGÍA: Mediación artística: pintura.	
DESARROLLO: En esta primera sesión se presentará el sentido general de la propuesta de intervención, puesto que se trata de la primera toma de contacto. Seguidamente, tal y como se hará al inicio de cada sesión, se presentarán todas las personas participantes para facilitar, en la medida de lo posible, el recuerdo de sus nombres y, seguidamente, se explicarán los objetivos de la sesión y se resumirá lo que se va a hacer. Previamente, se habría contactado con las familias para indicarles la necesidad de acudir con ropa vieja que se pueda manchar, ya que la primera sesión va encaminada a pintar un mural colectivo, en el que cada participante tiene que aportar su granito de arena intentando conectar su aportación con las del resto para generar un todo con cierta coherencia. Esto hará que las personas trabajen en equipo y se comuniquen de acuerdo con los objetivos. No obstante, para	

facilitar la coordinación, se les pedirá que reflejen lo que esperan del programa.

Una vez finalizada esta actividad, se les avisará de que la siguiente consistirá en aprender pasos de bailes regionales, por si quieren acudir con ropa cómoda o especial para la ocasión.

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:

Mira quién baila.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

Memoria, motricidad-coordinación y socialización.

MOMENTO DE REALIZACIÓN:

2º sábado.

DURACIÓN:

1 hora aproximadamente.

OBJETIVOS:

- Aprender pasos de bailes regionales (cultura popular).
- Recuperar momentos de la infancia.
- Entrenar la actividad motriz y la coordinación.
- Generar un ambiente distendido
- Fomentar la socialización

RECURSOS:

- Sillas.
- Sala amplia.
- 1 bailarín/a regional.
- 1 educador/a social.

METODOLOGÍA:

Mediación artística: bailes regionales.

DESARROLLO:

En esta primera sesión se presentará el sentido general de la propuesta de intervención, puesto que se trata de la primera toma de contacto. Seguidamente, tal y como se hará al inicio de cada sesión, se presentarán todas las personas participantes para facilitar, en la medida de lo posible, el recuerdo de sus nombres y, seguidamente, se explicarán los objetivos de la sesión y se resumirá lo que se va a hacer. En este caso, la primera sesión va encaminada a que los/as participantes aprendan unos pasos de bailes tradicionales (jotas y sevillanas), típicos de cuando las personas con Alzheimer eran pequeñas, con la ayuda de un/a profesional de la danza vestido/a para la ocasión. La música, los trajes, el baile..., pueden ser disparadores que faciliten los objetivos de la sesión, estimulando conversaciones intergeneracionales sobre el pasado y el presente.

Una vez finalizada esta actividad, se les anunciará que la siguiente será de bailes de salón, por si alguien quiere acudir con algún tipo de vestimenta en concreto.

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD: Moviendo el esqueleto.	
ÁREAS DE INTERVENCIÓN: Memoria y motricidad-coordinación	
MOMENTO DE REALIZACIÓN: 3 ^{er} sábado.	DURACIÓN: 1 hora y media aproximadamente.
OBJETIVOS: • Aprender pasos al ritmo de los bailes conocidos de la época de las personas con Alzheimer. • Recordar momentos de la juventud. • Entrenar la actividad motriz y la coordinación. • Generar un ambiente distendido • Fomentar la socialización	RECURSOS: • Aula amplia. • Sillas. • 1 educador/a social.
METODOLOGÍA: Mediación artística: bailes de salón.	
DESARROLLO: Inicialmente, se presentarán todas las personas participantes recordando sus nombres. Después se explicarán brevemente los objetivos y el desarrollo de la sesión. Tras esta explicación, todas las personas participantes, en función de sus posibilidades e intercambiando parejas, bailarán al son de las canciones típicas de la época de juventud de las personas con Alzheimer: vales, pasos dobles, etc. Los que sepan bailar recordarán ciertos pasos y los/as novatas (por ejemplo, nietos/as), aprenderán algo nuevo.	

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD: El silencio de los vaqueros.
ÁREAS DE INTERVENCIÓN: Memoria y socialización.

MOMENTO DE REALIZACIÓN: 4º sábado.	DURACIÓN: 1 hora y media aproximadamente.
OBJETIVOS: • Visualizar y representar fragmentos de películas que las personas con Alzheimer veían en su infancia y juventud para estimular y compartir recuerdos de la infancia. • Generar un ambiente distendido. • Fomentar la socialización.	RECURSOS: • Proyector. • Ordenador. • Pen drive con fragmentos de películas. • Sillas. • 1 educador/a social.
METODOLOGÍA: Mediación artística: cine y teatro (role-playing).	
DESARROLLO: Al inicio, como en todas las sesiones, se presentarán todas las personas participantes recordando sus nombres. Después se explicarán brevemente los objetivos y el desarrollo de la sesión. A continuación, se visualizarán pequeños fragmentos de películas (no más de 5 minutos) que podrían haber visto las personas con Alzheimer en su infancia y juventud, recurriendo a dos directores míticos del cine mudo (Chaplin) y del oeste (Sergio Leone). Por otra parte, se facilitarán elementos sencillos de vestuario, complementos y maquillaje para que, tras la visualización, puedan caracterizarse, meterse en el papel y jugar, dando la oportunidad de crear un diálogo compartido sobre las películas, las situaciones, los personajes, la época, los recuerdos... También se incitará a que todas las personas participantes compartan sus rituales a la hora de ver películas, comparando épocas históricas, dando lugar a un aprendizaje compartido y facilitando la socialización y la cohesión grupal.	

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD: Trivial del conocimiento.	
ÁREAS DE INTERVENCIÓN: Memoria y socialización.	
MOMENTO DE REALIZACIÓN: 5º sábado.	DURACIÓN: 1 hora y media aproximadamente.
OBJETIVOS:	RECURSOS:

• Aprender cosas sobre la naturaleza colectivamente y de un modo lúdico y divertido. • Generar un ambiente distendido. • Fomentar la socialización.	• Tarjetas con preguntas. • Sillas. • 1 educador/a social.
METODOLOGÍA: Intervención basada en la naturaleza.	
DESARROLLO: Al inicio, como en todas las sesiones, se presentarán todas las personas participantes recordando sus nombres. Después se explicarán brevemente los objetivos y el desarrollo de la sesión. Esta actividad consiste en aprender colectivamente distintas curiosidades sobre la naturaleza, la sostenibilidad, etc. Para ello, se realizará un concurso por grupos, no pudiendo estar en un mismo grupo personas de una misma familia, para que de este modo todas las familias estén mezcladas y se potencie la socialización, las relaciones sociales y la red de apoyo entre todas las personas destinatarias. Estas son las preguntas y respuestas a utilizar en el concurso (ganaría el grupo que más se acercase a las respuestas correctas): • Si en el mundo hubiera 100 personas... ○ ¿Cuántas habría distribuidas en cada continente? América 13, África 13, Oceanía 1, Asia 61 y Europa 12. ○ ¿Cuántas sabrían leer? 86. ○ ¿Cuántas tendrían estudios universitarios? 1. ○ ¿Cuántas mujeres sabrían leer y escribir? 79. ○ ¿Cuántos hombres sabrían leer y escribir? 88. ○ ¿Cuántas tendrían agua potable? 83. ○ ¿Cuántas tendrían luz? 76. • Ordenad los siguientes transportes del que más contamina al que menos contamina: avión (25kgCO₂/km), barco (0,25kgCO₂/km), coche (0,12kgCO₂/km), moto (0,07kgCO₂/km), minibús (0,07kgCO₂/km), autobús grande (0,01kgCO₂/km), bici y andando (0kgCO₂/km). • ¿Qué es la obsolescencia programada? Práctica en la que se fabrican los aparatos electrónicos para que tengan una vida útil concreta y, de este modo, se estropeen antes y se comercialice y compre más. • ¿Y la obsolescencia percibida? Práctica en la que se hace creer a la persona consumidora	

que el aparato electrónico ya no sirve, que ha pasado de moda, etc., para que de este modo compre uno nuevo, aunque el suyo siga teniendo utilidad, generando así un mayor consumo.

- ¿De dónde provienen los siguientes alimentos que consumimos en España? (En este caso, deberían ubicar los diferentes productos en las diferentes procedencias geográficas).
 - Resto de Europa: cereales y harinas, carnes, huevos y lácteos, pescado y marisco, legumbres, frutas, verduras, azúcar, miel, cacao y café.
 - Reino Unido: azúcar y miel.
 - Norteamérica: café y carne.
 - Sudamérica: café, carne, azúcar, miel, pescado y marisco.
 - África: legumbres, fruta, verduras, café y cacao.
 - Asia: carne, pescado y marisco, café, té y especias.

Para que esta actividad sea más enriquecedora y divertida, se va a crear un pequeño debate posterior a las respuestas y previo a las soluciones, para que puedan compartir sus conocimientos. Una vez terminada la actividad, se les informará de que, en la siguiente sesión, deberán llevar ropa que puedan manchar.

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:

Quién buena siembra realiza, buenos frutos recoge.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

Memoria, estimulación sensorial, motricidad-coordinación y socialización.

MOMENTO DE REALIZACIÓN:

6º sábado.

DURACIÓN:

3 horas aproximadamente.

OBJETIVOS:

- Compartir conocimientos.
- Entrenar la actividad motriz y la coordinación.
- Generar un ambiente distendido.
- Fomentar la socialización.

RECURSOS:

- Alimentos a cultivar: tomate, lechuga, pepino, pimiento, cebolla, zanahoria, rabanitos, etc.
- Tierra.
- Maceteros.
- 1 educador/a social.

METODOLOGÍA:

Huerto social.

DESARROLLO:

Tras las presentaciones y explicaciones propias de la sesión, los/as participantes tendrán que plantar las diferentes hortalizas en la huerta, teniendo en cuenta su tiempo de maduración para que, en la última sesión, todos estén listos para recoger y comer.

Durante la siembra y siguiendo el hilo de la sesión anterior, se les realizará preguntas relativas a las épocas propicias, la luz y el agua necesarios, etc.

Finalizada la actividad, se les indicará que en la siguiente sesión se va a continuar con el huerto, por lo que tendrán que acudir también con ropa acorde.

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:

Ese olor me recuerda a...

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

Memoria, estimulación sensorial y motricidad-coordinación.

MOMENTO DE REALIZACIÓN:

7º sábado.

DURACIÓN:

1 hora y media aproximadamente.

OBJETIVOS:

- Estimular recuerdos de otras épocas y emociones a través del olfato.
- Entrenar la actividad motriz y la coordinación.
- Generar un ambiente distendido.
- Fomentar la socialización.

RECURSOS:

- Plantas aromáticas: menta, manzanilla, lavanda...
- Venda para los ojos.
- Tierra.
- Maceteros.
- 1 educador/a social.

METODOLOGÍA:

Huerto social.

DESARROLLO:

Inicialmente, al igual que en las próximas sesiones, las/os participantes tendrán que regar lo plantado en la 6ª sesión, para que pueda dar los frutos que se recogerán el último día.

Tras regar y las presentaciones y explicaciones propias de la sesión, los/as participantes tendrán que oler las plantas aromáticas e intentar detectarlas con los ojos vendados y en parejas de familias distintas y, al mismo tiempo, compartir los recuerdos y emociones que les suscitan. Después, ya sin vendas, tendrán que plantarlas en unos maceteros, lo que requiere cierta destreza y

coordinación y, al mismo tiempo, puede estimular ciertos recuerdos en torno al campo, la siembra, la recolecta..., algo que las personas con Alzheimer podrían compartir con sus familias.

Al concluir esta sesión, se les indicará que, a partir de ahora, tendrán que venir con ropa apropiada para atender el huerto en las sesiones posteriores.

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:

¿Qué toco?

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

Memoria, estimulación sensorial y socialización

MOMENTO DE REALIZACIÓN:

8º sábado.

DURACIÓN:

1 hora y media aproximadamente.

OBJETIVOS:

- Estimular el tacto para reconocer diferentes elementos.
- Profundizar en las sensaciones, emociones y recuerdos que evoca cada elemento/textura.
- Generar un ambiente distendido.
- Fomentar la socialización.

RECURSOS:

- Sillas.
- Mesa.
- Vendas para los ojos.
- Hojas de plantas de diferentes texturas, piña de pino, corteza de árbol...
- Lana, hilo de costura, lienzo tejido a ganchillo...
- Objetos diversos: candelabros y velas, lechera, nariz de payaso, peluca, varita mágica, peonza, mando de consola, cubo de Rubik, un Sonny Angel, etc.
- 1 educador/a social.

METODOLOGÍA:

Ninguna específica, más allá de la participación colaborativa.

DESARROLLO:

Las/os participantes tendrán que regar lo plantado en la 6ª y 7ª sesión. Después, tras las presentaciones y explicaciones oportunas de la sesión, los/as participantes tendrán que palpar, por parejas rotativas, diferentes materiales con los ojos vendados ya que, cuando un sentido falta, se agudiza el resto. Algunos de estos materiales estarán relacionados con la infancia y juventud de las

personas con Alzheimer, para que de este modo se puedan trabajar la memoria y los recuerdos, a la par que crear conocimiento compartido a través de la conversación en un ambiente distendido. También habrá objetos contemporáneos para generar contraste y diversión.

Una vez finalizada la actividad se les indicará que para la siguiente necesitarán ropa y calzado cómodos para pasear por la naturaleza.

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD:

¿Qué veo?

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

Memoria, estimulación sensorial, socialización y relajación.

MOMENTO DE REALIZACIÓN:

9º sábado.

DURACIÓN:

1 hora y media aproximadamente.

OBJETIVOS:

- Desconectar del estrés y conectar con la naturaleza.
- Trabajar el reconocimiento visual.
- Compartir conocimientos.
- Generar un ambiente distendido.
- Fomentar la socialización.

RECURSOS:

- Láminas con elementos de la naturaleza.
- 1 educador/a social.

METODOLOGÍA:

Intervención basada en la naturaleza.

DESARROLLO:

Una vez regado el huerto, hechas las presentaciones y dadas las explicaciones pertinentes de la sesión, los/as participantes darán un paseo por el campo, observando el paisaje en busca de los elementos que aparecen en unas tarjetas que previamente se les habrá facilitado. Cada vez que se localice un elemento, tendrán que compartir alguna experiencia o conocimiento sobre el mismo.

Además, durante el paseo, se les incitará a cantar canciones que conozcan las distintas generaciones, generando un intercambio musical.

Terminada la sesión, se les indicará que la siguiente sesión también tendrá lugar en el campo, por lo que deberán llevar ropa cómoda.

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD: El valor del silencio.	
ÁREAS DE INTERVENCIÓN: Memoria, estimulación sensorial, socialización y relajación.	
MOMENTO DE REALIZACIÓN: 10º sábado.	DURACIÓN: 1 hora y media aproximadamente.
OBJETIVOS: • Aprender a relajarse. • Conectar con la naturaleza. • Generar un ambiente distendido. • Fomentar la socialización.	RECURSOS: • Esterillas de pilates. • 1 educador/a social.
METODOLOGÍA: Intervención basada en la naturaleza.	
DESARROLLO: Los/as participantes, tras regar, recordar sus nombres y recibir las explicaciones de la sesión, acudirán nuevamente a la naturaleza para disfrutar del aire libre. Una vez en el lugar elegido, se colocarán unas esterillas en el suelo sobre las que recibirán una sesión de relajación guiada. En este contexto, los únicos sonidos que escucharán serán el de la naturaleza y el de la voz tenue de la persona encargada de guiar la relajación, que hará que los/as participantes focalicen su atención en diferentes partes de su cuerpo: de los pies a la cabeza. También tendrá lugar un ejercicio de yoga por parejas, cuyos integrantes tienen que pertenecer a diferentes familias, para seguir potenciando el intercambio y la socialización. Por último, se le pedirá a cada familia, de cara a la siguiente sesión, que preparen un plato para compartir con el resto de familias, y que sea especial por algún motivo que tendrán que contar. También se les indicará que lleven ropa cómoda y que se pueda manchar.	

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD: Compartiendo lo que tenemos
ÁREAS DE INTERVENCIÓN: Memoria, estimulación sensorial y socialización

MOMENTO DE REALIZACIÓN: 11° sábado. Primera parte.	DURACIÓN: 4 horas aproximadamente.
OBJETIVOS: • Compartir platos realizados por cada persona. • Realizar un cierre especial de la intervención. • Generar un ambiente distendido. • Fomentar la socialización.	RECURSOS: • Mesas. • Sillas. • Utensilios de cocina • Vajilla reciclable
METODOLOGÍA: Recolección de frutos.	
DESARROLLO: Por última vez, los/as participantes recordarán sus nombres antes de recibir las explicaciones propias de la sesión. Y en este caso ya no habrá que regar, sino recoger los frutos sembrados. En primer lugar, por tanto, irán al huerto a recoger los vegetales para hacer una ensalada y poder disfrutar del trabajo realizado. También recogerán las aromáticas con las que, después de la comida, prepararán unas infusiones. Seguidamente, cada familia tendrá que presentar el plato gastronómico que se les ha pedido en la anterior sesión. Tendrán que explicar el motivo de la elección de dicho plato y su modo de preparación, al margen de reconocer a sus cocineros/as. Una vez explicados los platos, se procederá a comer todas las personas juntas, compartiendo los momentos vividos. Y terminada la comida, prepararán conjuntamente unas infusiones con las aromáticas plantadas la sesión anterior, con las que tendrán que brindar a modo de cierre. Pero este no va a ser un cierre definitivo, puesto que, por la tarde, tras hacer comido tranquilamente, se realizará una última actividad que cierra el círculo abierto en la primera sesión y que se explica a continuación.	

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD: Creemos juntos (parte 2).	
ÁREAS DE INTERVENCIÓN: Motricidad y socialización.	
MOMENTO DE REALIZACIÓN: 11° sábado. 2ª parte.	DURACIÓN: 1 hora aproximadamente.

OBJETIVOS: • Crear una obra artística conjunta entre todas las personas. • Entrenar la actividad motriz. • Generar un ambiente distendido. • Fomentar la socialización.	RECURSOS: • Sillas. • Mesa grande. • Trozo grande de papel de dibujo. • Útiles de pintura: pintadedos, acuarelas, temperas, etc. • 1 educador/a social.
METODOLOGÍA: Mediación artística: pintura.	
DESARROLLO: Este cierre, ya sí definitivo, representa la cara B de la primera sesión con la que se iniciaba el programa. En este caso, también se va a realizar un dibujo colectivo que requiere de comunicación y coordinación, pero con la diferencia de que este mural tiene que recoger cómo se han sentido en las sesiones, qué les ha parecido la experiencia, qué han aprendido, si han disfrutado o no, si se han sentido cómodas/os, etc. De este modo, y en comparación con la primera sesión, esta actividad sirve como evaluación indirecta.	

5.4. EVALUACIÓN.

La evaluación de programas es una práctica indispensable, en el proceso mejora en la calidad, la eficacia y la efectividad en las intervenciones sociales. Esta se puede diferenciar en tres tipos en función del momento de su realización (De la Rosa, 2008):

- Evaluación diagnóstica (inicial). Se realiza previa a la intervención y recoge la realidad antes del desarrollo. Se suele emplear para compararla con la evaluación posterior, y así comprobar la evolución.
- Evaluación de proceso. Se realiza durante la ejecución de la intervención y se van evaluando las intervenciones realizadas para, de este modo, ir modificando la intervención o los componentes de esta que no están resultando de la manera esperada.
- Evaluación de resultados (final). Se realiza una vez finalizada la intervención, para comprobar que se hayan cumplido con los objetivos planteados y si las sesiones se han desarrollado según lo establecido.

A su vez, la evaluación se divide en tres tipos diferentes en función de la persona que evalúa (De la Rosa, 2008):

- Evaluación interna. Realizada por el equipo técnico, es decir, por la persona que la desarrolla y por la persona que la ejecuta (pudiendo ser la misma persona o personas diferentes).
- Evaluación externa. Realizada por la persona a la que va destinada la acción, respondiendo un cuestionario, encuesta, entrevista, etc., diseñados previamente.
- Evaluación mixta. Se trata de una evaluación que combina las dos anteriores, tanto la interna como la externa.

En esta intervención se propone realizar una evaluación mixta, es decir, que combine la evaluación interna de la persona encargada de ejecutar la intervención (educador/a social) con la evaluación externa de las personas cuidadoras y las familias, que tendrán que responder a un cuestionario una vez finalizada cada sesión, de tal manera que la evaluación sea tanto diagnóstica-inicial, como de proceso y resultados.

En este sentido, se combinarán dos métodos de evaluación: por una parte, la observación participante del/la profesional (educador/a social), que tendrá en cuenta aspectos como la actitud, implicación y satisfacción de las personas participantes, la adecuación de las actividades, etc., y, por otro lado, el cuestionario a cumplimentar por los/as cuidadores/as y las familias, que será siempre el mismo aplicado a cada sesión:

EVALUACIÓN DE CADA SESIÓN	
Recursos.	Valoración.
¿Se han adecuado los recursos materiales a lo que la actividad requería? ¿Han sido escasos los recursos materiales?	
¿La persona dinamizadora ha realizado correctamente sus funciones? ¿Harían falta más personas dinamizadoras?	
¿El espacio del que se disponía era suficiente y adecuado para la actividad realizada?	
Actividades.	Valoración.
¿Te ha gustado la actividad?	
¿Recomendarías realizarla a alguna persona conocida?	
¿Te has sentido a gusto?	

¿Crees que la actividad ha sido enriquecedora?	
Observaciones a realizar:	

Por último, el registro fotográfico y el análisis comparativo de los murales de inicio y cierre también pueden suponer materiales complementarios para la evaluación.

6. CONCLUSIONES.

En este Trabajo de Fin de Grado se profundiza en el Alzheimer, una enfermedad degenerativa que no sólo afecta a las personas que la padecen directamente, sino también a sus familias, que son, frecuentemente, las que se encargan de sus cuidados (habitualmente, mujeres). Es decir, no estamos ante una problemática individual, sino profundamente social.

Por eso, este trabajo ha prestado especial atención a las personas cuidadoras, es decir, a quien no la recibe habitualmente, a pesar de la sobrecarga, fundamentalmente emocional, que acarrea el responsabilizarse de los cuidados de una persona dependiente. Y es que las consecuencias psicosociales de la enfermedad trascienden a la persona con Alzheimer para hacerse extensivas a su entorno más próximo.

Tras realizar un breve recorrido histórico sobre la enfermedad, analizar algunos datos estadísticos, profundizar en su etiología y consecuencias directas e indirectas, o estudiar la legislación y los recursos disponibles para las familias, este trabajo propone un programa de intervención comunitaria orientado a crear redes de apoyo social para las personas con Alzheimer y sus cuidadores/as, con el objetivo de amortiguar los efectos negativos de la enfermedad para unos/as y otros/as, aprovechando los efectos positivos que tiene compartir experiencias con otras familias que pasan por una situación parecida.

Esta propuesta de intervención tejida desde la Educación Social, pone en juego, entre otras cosas, el arte, el huerto social y la intervención basada en la naturaleza, para trabajar áreas como la memoria, la percepción, la motricidad, la socialización o la relajación, con el objetivo de mejorar el bienestar psicosocial tanto de las personas con Alzheimer como de sus familias. Y es que la mediación artística, el huerto social o la intervención basada en la naturaleza ofrecen múltiples posibilidades de intervención.

Tenemos que transcender los modelos biomédicos individualistas para poner en valor el trabajo en red, atendiendo no sólo a las personas afectadas directamente sino también a sus entornos. “Juntos contra el olvido” parte de abordar una problemática, a priori individual, desde una perspectiva comunitaria, acercando a personas que comparten situaciones y vivencias comunes, lo que hace que el proceso sea más llevadero y, con toda probabilidad, las intervenciones más eficaces.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- Agoracio. (2019). Importancia de la recreación en adultos mayores. 3–5.
<https://www.agoraocio.com/importancia-de-la-recreacion-en-adultos-mayores>
- Albert Cabrera, M. J., Martínez Pérez, R., Gutiérrez Ravelo, A., Hakim Rodríguez, D., & Pérez Davison, G. (2014). Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Farmacia*, 48(3), 508-518.
<http://scielo.sld.cu/pdf/far/v48n3/far16314.pdf>
- Alzheimer's Association (s/n). La enfermedad de Alzheimer y la demencia en España.
<https://www.alz.org/es/demencia-alzheimer-espa%C3%B1a.asp#:~:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20m%C3%A1s%20de%20800.000,salud%20mundial%20que%20debe%20abordarse>
- Ana Pérez Menéndez (19 de septiembre de 2024). Las demencias ya suponen el 8% del total de defunciones que se producen cada año en España. Sociedad Española de Neurología.
<https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link451.pdf>
- Antelo, P., & Espinosa, P. (2017). La influencia del apoyo social en cuidadores de personas con deterioro cognitivo o demencia. *Revista de estudios e investigación en Psicología y Educación*, 017-021. <https://revistas.udc.gal/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.14.2235/pdf>
- Barona Encinas, M. (2024). Propuesta de una intervención mediante el arte como herramienta para fomentar el desarrollo personal en personas adultas con discapacidad intelectual. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Institucional. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/69982>
- Barraza-Álvarez, F. V. (2021). *La Horticultura y su relación con las expresiones socioculturales que unen a los pueblos del mundo*. *Hombre, Ciencia y Tecnología*, 25(3). Recuperado de <http://portal.amelica.org/ameli/journal/441/4412517002/index.html>
- Camolez Fantazia, N. (2022). Includanza. Una experiencia artística en la vida de las personas con discapacidad intelectual. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Institucional. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/57034>
- (CEAFA) Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (2022). Censo de personas con Alzheimer y otras demencias en España. Resultados y conclusiones. <https://www.ceafa.es/files/2023/05/informe-censo-alz-2-web.pdf>

- Cerquera Córdoba, A. M., Granados Latorre, F. J., & Buitrago Mariño, A. M. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 35-45. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a04.pdf>
- Cerquera Córdoba, A. M., & Galvis Aparicio, M. J. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico*, 12(1), 149-167. <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v12n1/v12n1a11.pdf>
- Constitución Española (1978). Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, pp. 1978-31229. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- De la Rosa, G.P. (2008). *La evaluación de programas de intervención social. Servicios Sociales y Política Social*, (83), 69–84. https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/revista_digital/publicas/no_83_instrumentos_de_valoracion_y_programacion/
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/span.pdf
- El País América Futura. (2024, 16 de agosto). *Sol, plantas y mermelada: cuando los estigmas de salud mental se desarman en un huerto*. El País América Futura. Recuperado de <https://elpais.com/america-futura/2024-08-16/sol-plantas-y-mermelada-cuando-los-estigmas-de-salud-mental-se-desarman-en-un-huerto.html>
- Esteban Ibáñez, M. y Amador Muñoz, V. (2021). *El huerto social como estrategia para la educación ambiental*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/343747650_El_huerto_social_como_estrategia_para_la_educacion_ambiental
- Fleischer, L. (2015). El arte como herramienta de intervención social. Recuperado de: <https://www.buenastareas.com/ensayos/El-Arte-Como-Herramienta-De-Intervenci/76306093.html> https://www.edumargen.org/docs/2018/curso56/unid04/apunte05_04.pdf
- Fundación Alzheimer Reina Sofía & Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. (2018, junio 7). *Los beneficios de la botánica artística como terapia para personas con Alzheimer*. Geriatricarea. Recuperado de <https://www.geriatricarea.com/2018/06/07/los-beneficios-de-la-terapia-con-botanica-artistica-para-personas-con-alzheimer/>

- Fundación Pasqual Maragall (17 de mayo de 2019) *Recursos sociales para personas con Alzheimer y familiares* <https://blog.fpmaragall.org/recursos-sociales-para-personas-con-alzheimer-y-familiares>
- Gil, J. S., & Navas, M. F. (2017). Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3(2), 119-126. <https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1187/864>
- Gómez-Virgilio, L., Reyes-Gutiérrez, G. S., Silva-Lucero, M. D. C., López-Toledo, G., & Cárdenas-Aguayo, M. D. C. (2022). Etiología, factores de riesgo, tratamientos y situación actual de la enfermedad de Alzheimer en México. *Gaceta médica de México*, 158(4), 244-251. <https://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v158n4/0016-3813-gmm-158-4-244.pdf>
- Gómez, M., Rodríguez, A., & Pérez, J. (2020). Naturaleza y salud: una alianza necesaria. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202002016. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112020000200016&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com
- González, A. M. (2022). Mediación artística y arteterapia. Delimitando territorios. *Encuentros: Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico*, (15), 32-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8299219>
- Gracia Fuster, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. *Sedano, IF, Domínguez, JFM, & Alonso, FM Psicología de la Intervención Comunitaria. Editora Desclée de Brouwer Bruges: Bélgica.* https://www.researchgate.net/profile/Enrique-Gracia/publication/278775932_Apoyo_social_e_intervencion_social_y_comunitaria/links/5e48fa25458515072da0b906/Apoyo-social-e-intervencion-social-y-comunitaria.pdf
- Guerra, J. J. L., Arjona, L. G., & Marante, J. P. D. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer un recorrido por la historia. *GeroInfo*, 9(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2014/ger141b.pdf>
- Gutiérrez, M. (Universidad de M. (2012). Importancia de las relaciones intergeneracionales. Instituto Universitario Investigación Envejecimiento, 38–52.
- Herrera Merchán, E. J., Laguado Jaimes, E., & Pereira Moreno, L. J. (2020). Daños en salud mental de cuidadores familiares de personas con Alzheimer. *Gerokomos*, 31(2), 68-70. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-68.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2023). Evolución de la esperanza de vida al nacimiento. Brecha de género. España. Serie 1991-2022. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1

[254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888](https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/dia-mundial-del-alzheimer-elementos-para-fortalecer-las-redes-de-apoyo-social-de-las-personas-con-la-enfermedad-de-alzheimer-y-sus-familias)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (s. f.). *Elementos para fortalecer las redes de apoyo social de las personas con la enfermedad de Alzheimer y sus familias*. Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/dia-mundial-del-alzheimer-elementos-para-fortalecer-las-redes-de-apoyo-social-de-las-personas-con-la-enfermedad-de-alzheimer-y-sus-familias>

Klein, SP, Kuh, G., Chun, M., Hamilton, L., & Shavelson, R. (2005). Un enfoque para medir los resultados cognitivos en las instituciones de educación superior. *Investigación en educación superior*, 46(3), 251-276

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, pp. 2006 a 21990 <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (Eds.), *Social support, life events, and depression*. Nueva York: Academic Press.

López-Méndez, L. (2022). *Mapas de color: Un proyecto de intervención artística con personas con Alzheimer y otras demencias*. *Encuentros. Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico*, 15, 146–162.
https://encuentros.unermb.web.ve/index.php/encuentros/article/view/220?utm_source=chatgpt.com

Marenales, E. (1996). Educación formal, no formal e informal. *Temas para concurso de maestros*, 1-9.
<https://infopedaunahvs.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/02/eduformal.pdf>

María Rosado (2022). Unos 60.000 afectados por Alzheimer en Castilla y León. EFE
<https://efe.com/castilla-y-leon/2022-09-21/unos-60-000-afectados-por-alzheimer-en-castilla-y-leon-el-triple-con-sus-cuidadores/#:~:text=El%20Alzheimer%20es%20la%20principal,por%20ciento%20tiene%20alguna%20demencia>

Ministerio de Sanidad (2024). Pirámide de población de España.
<https://inclasns.sanidad.gob.es/report/population/>

- Moreno Jarrín, E. N., Moposita Moposita, A. G., & Escobar Vinueza, V. A. (2024). *Metodologías activas para impulsar el proceso enseñanza-aprendizaje*. SocieteC. Revista Científica del Instituto Jubones. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9589735.pdf>
- Oscanoa, T., Romero-Ortuno, R., & Cruz-Jentoft, A. (2016). Estereotipos negativos asociados a la fragilidad en personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51(4), 225-228. https://www.researchgate.net/profile/Teodoro-Oscanoa/publication/306258354_Estereotipos_negativos_asociados_a_la_fragilidad_en_personas_mayores_Negative_stereotypes_associated_with_frailty_in_the_elderly/links/58f391e30f7e9b6f82e7b026/Estereotipos-negativos-asociados-a-la-fragilidad-en-personas-mayores-Negative-stereotypes-associated-with-frailty-in-the-elderly.pdf
- Paca, M. J. T., Parra, D. R. P., Mena, N. V. P., y Galarza, A. G. A. (2022). Enfermedad de Alzheimer. *Recimundo*, 6(4), 68-76. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1816/2169>
- Peña Camarillas, A., Machado, A., Muro, T. y Saiz, M. (14 de febrero de 2017). *Las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de pacientes dependientes*. *Atención Primaria*, 50(1), 66-67. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.014>
- Pérez Roma, N. (2024). Acompañamiento social al final de la vida. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Institucional. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/71972/TFG-G7042.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Preciado Rodríguez, A. (2016). El arte como herramienta de transformación social: Evaluación de programas referentes. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/19510/TFG-G1907.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Roig, M. V., Torres, M. C. A., & Desfilis, E. S. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 14(2), 215-227. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/31561/30671>
- Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 75(1), 9-12. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37218372/3_175-libre.pdf?1428299286=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER.pdf&Expires=1747608600&Signature=FreBsGN~MJOh6~qw~orE6oSbQCir2dVNRRrvTz2refGoNa7BaE2MijWS4r1Q6uq~S9CrrJjoC40cgSg5UAAbmqWpkNAroccVYbEbr7LPzKXX-

AKKdJLR03K~OdFuVZori32RhYcw8K6FzKg3gc9qVUF9rL2KSMCcOGCKWM12cubg
mebvm3kRf2ft8LnYld6WbXaSa6kWpUduzflzb6VQZzAkvnETCY4v4~SJevwLcrRTpVt
HryQiC4R5mgqT6lYjyE9-tf4RBywK03noATj15-
gRqVfffeh3bwwMrmE4L8lvy7Zzc752K9QyosGLJ4Ee~ivo4B8bnSLn2REbnawwQ_&K
ey-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Samó, L. M. M. (2014). El vínculo humano-animal y sus implicaciones para la psicología en Puerto Rico. *Revista puertorriqueña de psicología*, 25(2), 160-182.
<https://psykebase.es/servlet/articulo?codigo=4895938>

Sarasola, D. (2023). La enfermedad de Alzheimer: una epidemia del siglo XXI. *Alzheimer*, 35.
https://repositorio.fleni.org.ar/bitstream/handle/123456789/1160/Bagnati_2023_Enfermedad_de_Alzheimer_yotrasdemencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=35

Sarmiento, L. A. S., & Bajaan, M. D. C. O. (2023). Enfermedad de Alzheimer: Etiología y principales factores de riesgo. *E-IDEA 4.0 Revista Multidisciplinar*, 5(14), 44-53.
<https://revista.estudioidea.org/ojs/index.php/mj/article/view/260/349>

Scagnoli, N. (2005). *Estrategias para motivar el aprendizaje colaborativo en cursos a distancia*. Universidad de Illinois.
Recuperado de:
<https://www.ideals.illinois.edu/bitstream/handle/2142/10681/aprendizaje-colaborativo-scagnoli.pdf?sequence=4>

Seijo, P. (2009). *Ámbitos emergentes en educación social: intervención socioeducativa con personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos neurocognitivos mayores*. En M.H. Zapico et al. (Coords.), *El Alzheimer e otras demencias en Galicia: unha visión interdisciplinaria* (pp. 73–88). Toxosoutos.
Recuperado de Recyt FECYT:
https://www.researchgate.net/publication/372736002_Ambitos_emergentes_en_educacion_social_intervencion_socioeducativa_con_personas_afectadas_por_la_enfermedad_de_alzheimer_y_otros_trastornos_neurocognitivos_mayores

Schmelkes, S. (2024). El potencial de la educación para conservar y para transformar. *Revista latinoamericana de estudios educativos*, 54(1), 411-430.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/rlee/v54n1/2448-878X-rlee-54-01-411.pdf>

UNIR Salud. (2022, 22 de julio). *La estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*. UNIR Revista.
<https://www.unir.net/salud/revista/estimulacion-cognitiva-alzheimer/>

Universidad Francisco de Vitoria (2024). *¿Qué es la educación social?* https://www.ufv.es/que-es-la-educacion-social-preguntas-grados/?utm_source=chatgpt.com

Wong Castillo, C. K. (2022). Sistema para la práctica de la horticultura con enfoque terapéutico para personas mayores. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/191978>