



Universidad de Valladolid
Y TRABAJO SOCIAL

FACULTAD
DE EDUCACIÓN

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Máster Universitario en Psicopedagogía

Curso 2012/2013

ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA PERSONAS CON ALZHEIMER: DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

Autora: Rocío Martínez González.

Tutor: Xoán Manuel González González.

Resumen: Debido al alto y creciente porcentaje de individuos que sufren algún tipo de demencia, en especial la enfermedad de Alzheimer, y su demanda en el campo de la Psicopedagogía, el cometido de este Trabajo de Fin de Máster está destinado al diseño de un programa de intervención de rehabilitación cognitiva para personas que padecen Alzheimer. Esta propuesta de intervención comenzó a aplicarse en un centro concreto: la "Asociación de Familiares de Alzheimer", de Valladolid (AFAVA); con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de los enfermos.

El trabajo está compuesto por tres grandes partes: en primer lugar, se hace una descripción de lo que se entiende por Alzheimer y por estimulación cognitiva. Después se explica el contexto donde se ha propuesto desarrollar el programa, detallando los métodos de psicoestimulación que emplean habitualmente. Y finalmente, se expone el planteamiento de nuestro programa; basado en la estimulación y rehabilitación cognitiva a través de tratamientos individuales con cada paciente.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, estimulación cognitiva, calidad de vida, programa de intervención, tratamientos individuales.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	7
2.1. Motivación	7
2.2. Relación del trabajo con las competencias del máster.....	12
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	15
3.1. Enfermedad Alzheimer	15
3.2. La importancia de la evaluación	22
3.3. Métodos cognitivos para trabajar con personas con Alzheimer	26
4. CONTEXTO	34
4.1 Descripción	35
4.2. Destinatarios	38
4.3. Métodos cognitivos desarrollados en AFAVA	40
5. DISEÑO	45
5.1. Presentación del programa	45
5.2. Estructura del programa	48
5.3. Evaluación del programa.....	52
6. CONCLUSIONES	59
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

1. INTRODUCCIÓN

Entendemos este Trabajo de Fin de Máster como la reflexión final, que debe realizar el estudiante, sobre los conocimientos y competencias adquiridas a lo largo del curso. Tiene que demostrar que posee las aptitudes suficientes para desempeñar en un futuro la Psicopedagogía.

La temática escogida, para abordar exitosamente nuestro cometido, trata sobre la estimulación cognitiva para personas con Alzheimer. Un asunto de rigurosa actualidad y muy divulgado por la sociedad. Es cierto que se habla mucho de esta enfermedad, pero no se conocen verdaderamente los efectos que puede producir, tanto a los pacientes como a sus familiares, cuidadores y gente que les rodea. Y es aquí, en este trabajo, donde queremos mostrar los métodos que se pueden utilizar para trabajar las capacidades cognitivas de estas personas y, de este modo, contrarrestar los efectos negativos del trastorno, contribuyendo a que vivan lo mejor posible el tiempo que estén con nosotros.

Concretamente, nuestra misión consiste en el diseño de un programa de intervención, para los enfermos de Alzheimer, mediante tratamientos individuales de estimulación cognitiva. La propuesta de intervención ha sido llevada a cabo parcialmente en el periodo de prácticas de la alumna; por ello, con este trabajo, se pretende completar y valorar su eficacia, además de mostrar la parte ya desarrollada como ejemplo de su aplicación. Con lo cual, podría decirse que el programa de intervención estará formado de iniciativas previas y propuestas futuras.

Para la confección de nuestro trabajo, primeramente, hemos indagado en los diferentes métodos (talleres, programas, materiales, actividades, recursos...) que se llevan a cabo en la actualidad para la estimulación cognitiva de personas con Alzheimer, haciendo una revisión bibliográfica y quedándonos con las más frecuentes y relevantes para nuestro trabajo. Seguidamente hemos expuesto los métodos de la Asociación en la que participamos, para finalmente proponer un programa alternativo y complementario a los ya existentes en dicho Centro.

Nuestro Trabajo de Fin de Máster se divide en diferentes partes:

Comenzaremos con una breve justificación sobre el tema elegido: razones de nuestra elección, relevancia de la temática, objetivos que perseguimos y funciones del psicopedagogo. A su vez, detallaremos la manera en que vamos a demostrar, gracias a la realización de este trabajo, las competencias adquiridas durante el estudio del Máster en Psicopedagogía.

Después, para facilitar la comprensión de todo el trabajo, explicaremos las principales características de las dos grandes variables de nuestra ocupación: la enfermedad de Alzheimer (definición, fases, evolución, síntomas, diagnóstico, posibles causas, avances médicos...) y los métodos de estimulación cognitiva más frecuentes para actuar contra esta patología.

A continuación, describiremos el Centro donde empezamos a emplear el programa de intervención propuesto. Hablaremos de sus rasgos de identidad, funciones, instalaciones, destinatarios y métodos de estimulación que utilizan normalmente con los pacientes diagnosticados de Alzheimer.

Una vez contextualizado el trabajo, entraremos de lleno con la propuesta de intervención que, como hemos comentado, se trata de un programa específico que trabaja la estimulación cognitiva con personas con Alzheimer a través de tratamientos individuales. Presentaremos el programa con una breve descripción, estructura, objetivos, destinatarios y evaluación. Asimismo, enseñaremos en los anexos algunas de las sesiones individuales que llevamos a la práctica, como ejemplo del desarrollo del programa.

Terminaremos reflexionando sobre todo lo elaborado, exponiendo las conclusiones a las que hemos llegado (aspectos positivos, aspectos a mejorar, resultados obtenidos...) Y finalmente mostraremos las referencias bibliográficas que hemos manejado, y que nos han sido de gran utilidad, para la composición de este Trabajo de Fin de Máster.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. MOTIVACIÓN

El tema a tratar en nuestro Trabajo de Fin de Máster, como ya hemos ido diciendo, consisten en la estimulación cognitiva para personas con Alzheimer. Para plantear este asunto, de manera apropiada, hemos diseñado un programa de intervención de rehabilitación cognitiva, a través de sesiones individuales con los pacientes.

Para la realización de este trabajo tuvimos la oportunidad de elegir entre una diversidad de materias, pero escogimos emprender nuestro cometido con la enfermedad Alzheimer por distintos motivos:

El primero tiene que ver con la elevada prevalencia de personas mayores que padecen algún tipo de demencia (parkinson, enfermedad de Pick, demencia vascular, demencia por hidrocefalia, enfermedades metabólicas o tóxicas...) pero, en especial, Alzheimer (que afecta a alrededor del 60% de todas las formas de demencias). Esta dura enfermedad tiene un enorme impacto social e importantes repercusiones económicas, como aclara Acarín (2010) al decir que, en la actualidad, se financian más de treinta mil euros al año para atender a cada persona enferma, "alcanzando los veinticuatro mil millones de euros anuales multiplicando por el total de enfermos". Sin embargo, aún siendo tan difundido y considerado este trastorno, se desconoce su etiología y la existencia de tratamientos verdaderamente eficaces, hasta el punto de ser extremadamente fácil errar en su diagnóstico (actualmente, el único diagnóstico completamente definitivo –como se dirá más adelante- se obtiene tras la muerte del paciente, a través de una autopsia). La pérdida de memoria es el síntoma más generalizado y conocido, no obstante, existen otros muchos problemas que sufren estas personas, como: alteraciones de la conducta y la personalidad, pérdida del razonamiento, pérdida del lenguaje... y que, en ocasiones, constituyen las primeras señales de la aparición de la enfermedad. Es por ello, que pretendemos proporcionar información relevante acerca de este trastorno, el cual diariamente sufre un gran porcentaje de la población; y ya no solo hablamos de los enfermos, sino la gente que les

rodea (familiares, cuidadores, amigos...) en los que se pueden producir también serios problemas (como por ejemplo, depresión, ansiedad o síndrome del cuidador quemado). Deseamos que, con nuestro trabajo, orientemos y ayudemos a encontrar métodos útiles que sirvan para frenar el deterioro que padece este considerable colectivo. Una buena información y un adecuado asesoramiento a tiempo pueden hacer más llevadero la irremediable progresión de la enfermedad.

Nuestro segundo motivo está vinculado con esas consecuencias tan severas, que acabamos de aludir, que produce la enfermedad. El Alzheimer es un trastorno que afecta a todas las áreas del desarrollo (área cognitiva, motora, socioemocional, lingüística, etc.). Por tanto, las personas afectadas precisarán de una intervención multidisciplinar, en la que intervengan diferentes profesionales: médicos, enfermeros, psicólogos, educadores sociales, logopedas, fisioterapeutas, psicopedagogos... (A este último gremio le damos una especial importancia, que expondremos más adelante.) De esto se deduce que existe una gran necesidad de intervención psicoeducativa y, por consiguiente, una demanda laboral significativa. Es por ello que debemos formarnos para adquirir los conocimientos, habilidades, actitudes y experiencia, que nos permitan actuar en consecuencia. Y así, con el presente trabajo, queremos comenzar esta andadura de aprendizaje por mejorar la calidad de vida de nuestros mayores enfermos.

Por último, el tercer motivo que nos llevó a escoger esta temática fue la posibilidad que tuvimos de realizar las prácticas del Máster en la "Asociación de Familiares de Alzheimer", cuya especialidad es la estimulación cognitiva en personas con algún tipo de demencia, en concreto, Alzheimer. Aquí tuvimos la oportunidad de vivir en primera persona lo que supone una enfermedad como ésta (características, comportamientos, emociones...), conocerlos de cerca, apoyar al equipo de profesionales en las actividades que realizan, colaborar en los talleres de psicoestimulación y rehabilitación cognitiva, diseñar y realizar actividades para los pacientes (sesiones de psicomotricidad, actividades de la vida diaria, talleres de memoria, de orientación, etc.), y, muy importante, emplear un programa específico, diseñado por nosotros mismos, para mejorar la atención prestada a los enfermos y acrecentar su calidad de vida. Concebimos de suma relevancia que la teoría del Trabajo de Fin de Máster, estudiada en clase, pueda verse complementada con una pequeña experiencia en un contexto

auténtico; esto proporcionará credibilidad al trabajo y será más completo y enriquecedor. Por eso decidimos que la materia con la que plantearíamos el trabajo tenía que estar relacionada con situaciones y personas reales; como pueden ser las de la "Asociación de Familiares de Alzheimer".

De estas razones que hemos ido aclarando, se desprenden los objetivos que perseguimos con la composición del trabajo final. Y son los siguientes:

- Demostrar las competencias profesionales que hemos adquirido a lo largo del Máster para poder ejercer como psicopedagogos.
- Profundizar en el estudio acerca de la enfermedad Alzheimer: concepto, síntomas, fases, criterios diagnósticos, etiología y posibles tratamientos psicoeducativos.
- Proporcionar información relevante acerca de programas o métodos para frenar el deterioro cognitivo de los enfermos.
- Combinar teoría con práctica y hacer de este trabajo un aprendizaje significativo.
- Empezar un servicio psicopedagógico en un contexto no formal.
- Diseñar, aplicar y evaluar un programa específico, en el que se trabaje la estimulación cognitiva de personas con Alzheimer, a través de una metodología adecuada que responda a las necesidades de sus destinatarios.

Dentro de este apartado, queríamos hacer una mención especial al rol del psicopedagogo en el campo de la intervención en el Alzheimer. Tradicionalmente la psicopedagogía se ha relacionado sobre todo con contextos formales, como colegios e institutos. Pero esta disciplina abarca muchos más escenarios, cualquiera en el que existan personas con problemas o dificultades de aprendizaje, por las razones que sea, y precisen de una atención psicoeducativa. Ya en 1995, como nos explica Careaga, la psicopedagogía se entiende como " la disciplina que estudia la naturaleza y los procesos

del aprendizaje humano, formal y no formal, contextualizados y sus alteraciones" Por tanto, ya se incluyen los contextos no formales (asociaciones, entidades, instituciones, empresas, etc.). Bisquera (2007), por su parte, la define como "un proceso de ayuda continuo a todas las personas, en todos sus aspectos, con objeto de potenciar el desarrollo humano a lo largo de toda la vida. Esta ayuda se realiza mediante programas de intervención psicopedagógica, basados en principios científicos y filosóficos" Esto hace que nuestro campo de intervención sea mucho más amplio y, por ello, debemos formarnos en diversas materias. En el caso que nos ocupa tendremos que conocer con profundidad los síntomas y características de la enfermedad, al igual que los tratamientos y programas existentes para actuar con los pacientes. Es vital no olvidar el hecho de que cualquier intervención, que se haga con un colectivo de características similares a los que tratamos en este tema, precisará de un abordaje interdisciplinar; por lo que tendremos que aprender a trabajar en equipo y cooperar los unos con los otros.

Una definición más completa, que resume lo que queremos describir en este apartado acerca del papel del psicopedagogo, nos la presenta Vélaz Medrano (2002), entendiendo la psicopedagogía como "un conjunto de conocimientos, metodologías y principios teóricos que fundamentan la planificación, diseño, aplicación y evaluación de la intervención psicopedagógica preventiva, comprensiva, sistémica y continuada que se dirige a las personas, las instituciones y el contexto comunitario, con el objeto de facilitar y promover el desarrollo integral de los sujetos a lo largo de las distintas etapas de su vida, con la implicación de los diferentes agentes educativos y sociales."

La intervención psicopedagógica con personas con Alzheimer puede ser muy beneficiosa. Se basa en la estimulación, en especial la estimulación y/o rehabilitación cognitiva (ya que suele ser una de las áreas más afectadas), pero la estimulación no entendida solo como la "recepción" de estímulos sino también como la "acción", es decir, se debe trabajar diariamente con cada paciente las capacidades intelectuales que conserva, potenciando su aprendizaje; ya que, al menos en los estados iniciales y leves de la enfermedad, son capaces de aprender gracias a la neuroplasticidad del cerebro humano. Por eso también es esencial la detección temprana del trastorno, para poder intervenir cuanto antes e impedir que el daño cerebral se extienda y empeore.

Las principales funciones que podrían encomendarse al psicopedagogo encargado de intervenir con este tipo de personas, y que en el programa que hemos planteado ejercerán, son las siguientes:

- Contribuir al desarrollo personal y social de las personas en su contexto.
- Prevenir y detectar dificultades de aprendizaje de los destinatarios.
- Intervención directa con los pacientes a través de tratamientos individuales de entrenamiento cognitivo.
- Programar actividades y talleres en función de las necesidades detectadas de los destinatarios.
- Potenciar la integración e inclusión de este colectivo.
- Colaborar con el resto de profesionales de manera coordinada y eficiente.
- Orientar y apoyar a las familias, aportando la información sobre materiales, técnicas, programas... que necesiten.
- Estar en constante formación, actualizando los conocimientos sobre la materia y sus avances.

En definitiva, se busca que, gracias a la actuación del psicopedagogo y otros profesionales, los enfermos de Alzheimer tengan una calidad de vida, como merece cualquier ser humano. Tener una vida digna es un derecho inherente a los individuos. Como profesionales que trabajan con personas debemos conocerlas, respetarlas y apreciarlas; y no centrarnos exclusivamente a las intervenciones técnicas. Este caso, las personas afectadas por Alzheimer necesitan que las proporcionemos seguridad, tranquilidad, respeto, que procuremos mantener vivos sus recuerdos, que seamos comprensivos y entendamos sus gestos, miradas..., necesitan también sentirse útiles y tener un motivo por el que seguir viviendo con ilusión. Estos pacientes se merecen todo nuestro apoyo, cariño y paciencia mientras trabajamos con ellos. Creemos que los psicopedagogos están preparados para abordar todo esto y ayudar a que los pacientes consigan un desarrollo integral en todos los aspectos de su vida.

2.2. RELACIÓN DEL TRABAJO CON LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER.

La realización de este trabajo nos ofrece la oportunidad de poder demostrar la adquisición de determinadas competencias requeridas para superar, de manera óptima, el Máster universitario en Psicopedagogía.

Por ello, a continuación describiremos de qué manera se relacionan las competencias del título (UVA, 2012) con las exigencias que han quedado patentes a lo largo de la elaboración del presente estudio:

- Competencia general 3: *Comunicar las decisiones profesionales y las conclusiones así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.* Esta competencia queda demostrada, en primer lugar, a través del intercambio de opiniones y decisiones sobre el desarrollo del Trabajo de Fin de Máster con nuestro tutor experto en la materia y, en segundo lugar, mediante la exposición y defensa de este trabajo, donde se expondrán de forma clara y precisa los aspectos fundamentales del mismo ante un tribunal profesional y especializado.
- Competencia general 5: *Responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, en todos y cada uno de los procesos de intervención.* Hemos procurado en todo momento, sobre todo en el desarrollo de la intervención en el que están implicadas personas afectadas por la enfermedad Alzheimer, no mostrar la identidad ni aspectos personales que estuvieran fuera de lugar, sino solo aquello que nos fuera útil para comprender los procedimientos de la intervención, sin vulnerar ninguna ley moral.
- Competencia general 6: *Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica*

profesional. En este caso las tecnologías de la información y la comunicación han estado presentes tanto para el desarrollo del trabajo (búsqueda, procesamiento y almacenamiento de la información), como para la presentación y exposición de los resultados del trabajo (transmisión o difusión de la información).

- Competencia general 7: *Implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que han de mejorar en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de sus habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional*. El presente estudio nos ha brindado la oportunidad de incrementar nuestra autonomía y responsabilidad a la hora de plantearnos un nuevo reto como es la realización de este trabajo. Es una forma de seguir aprendiendo y demostrar las capacidades profesionales y especializadas que hemos ido adquiriendo en el máster.

- Competencia específica 3: *Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas*. Una parte fundamental de nuestro cometido ha consistido en programar intervenciones que potenciaran la calidad de vida y el desarrollo personal de un grupo de personas con necesidades específicas (enfermos de Alzheimer). Esto ha sido posible gracias a los conocimientos sobre orientación obtenidos en diferentes asignaturas impartidas en este curso.

- Competencia específica 4: *Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos*. Al igual que la competencia anteriormente comentada, han sido impartidas asignaturas específicas de intervención y evaluación, que nos han resultado útiles para intervenir con personas que sufren Alzheimer.

-
- Competencia específica 5: *Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.* En diversos apartados de nuestro trabajo defendemos la importancia del psicopedagogo en un contexto concreto (la "Asociación de Familiares de Alzheimer") en el que los destinatarios (personas con demencia) necesitan una atención profesional y especializada que dé respuesta a su tipo de necesidades específicas.

 - Competencia específica 6: *Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red entre los diferentes agentes e instituciones socioeducativas.* Queda demostrado, en la práctica de la intervención propuesta, que hemos alcanzado habilidades para trabajar en equipo de manera coordinada ya que, aunque los tratamientos han sido llevados a cabo individualmente, hemos tenido que encajar horarios con el resto de trabajadores, seguir y respetar la metodología y dinámica de la asociación, y tomar decisiones de manera conjunta con los distintos profesionales que atienden a este colectivo (psicólogos, médicos, trabajadores y educadores sociales, auxiliares de enfermería, médicos, logopedas, etc.)

 - Competencia específica 7: *Analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas educativas derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.* En relación a esta competencia, es importante saber que el Alzheimer es una enfermedad de carácter progresivo, por tanto debemos tener en cuenta que el contexto en el que actuamos va a ir evolucionando, por lo que debemos analizar y proponer intervenciones de acuerdo a sus características cambiantes.

 - Competencia específica 8: *Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.* Precisamente uno de nuestros objetivos principales consiste en proponer un programa de intervención psicopedagógico que procure mejorar las intervenciones desarrolladas en la "Asociación de

Familiares de Enfermos de Alzheimer" una vez valorados y analizados los métodos utilizados en el centro.

En definitiva, podemos decir que en conjunto, gracias a la interrelación entre las diferentes asignaturas del Máster en Psicopedagogía, hemos adquirido importantes competencias, algunas de las cuales acaban de ser comentadas, y que este Trabajo de Fin de Máster nos permitirá demostrar. Además, nos ha servido como una experiencia más, de gran utilidad, para nuestra formación en este ámbito profesional.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Gracias a los avances médicos, económicos, sociales y culturales que hemos ido viviendo a lo largo de estas últimas décadas, las condiciones de vida de nuestra población más anciana ha mejorado considerablemente y, por ello, se ha dado un incremento sustancial de la esperanza de vida. Cada vez hay más personas que sobrepasan los 70 y 80 años en nuestro país, lo que se traduce en que a las altas tasas de envejecimiento hay que añadir un importante sobrevejecimiento de la población. Esto supone ciertos problemas, debido a que la edad avanzada constituye un factor de riesgo de padecer algún tipo de demencia o deterioro cognitivo.

3.1. ENFERMEDAD ALZHEIMER

Es conveniente aclarar, que la demencia o el deterioro cognitivo no es una consecuencia natural del envejecimiento. Lo que se produce con el paso del tiempo en las personas mayores según la Organización Mundial de la Salud, (1992) es un "deterioro cognitivo asociado a la edad " (DCAE en adelante), y que a su vez lo define como "un deterioro algo más intenso que la media del grupo de control de edad similar, (...) se caracteriza por un rendimiento deficitario en cualquier función cognitiva superior (memoria, aprendizaje, atención, concentración, lenguaje, pensamiento o

coordinación visoespacial)". Estas personas mayores suelen tener dificultades, sobre todo, para recordar nombres y solucionar problemas complejos.

Por otra parte, hay individuos que presentan una pérdida cognitiva que no tiene relación explícita con la edad, pero tampoco es lo suficientemente grave como para diagnosticarla de demencia. En este caso se trata, según la Organización Mundial de la Salud, (1992) de "deterioro cognitivo leve " (DCL en adelante). La persona afectada nota una disminución de su rendimiento cognitivo y presenta dificultades en algunas actividades complejas, disminuyendo así su calidad de vida. Se podría decir que el DCL ocupa un lugar intermedio entre el DCAE (envejecimiento normal) y demencia (patología). Es importante tener clara la diferencia porque dependiendo del diagnóstico la intervención que llevemos a cabo con estas personas seguirá un camino u otro.

Para clarificar mejor la comprensión de este diagnóstico diferencial, mostramos a continuación una figura donde se refleja la evolución que puede seguir el deterioro cognitivo, siendo de izquierda a derecha de menor a mayor deterioro cognitivo:

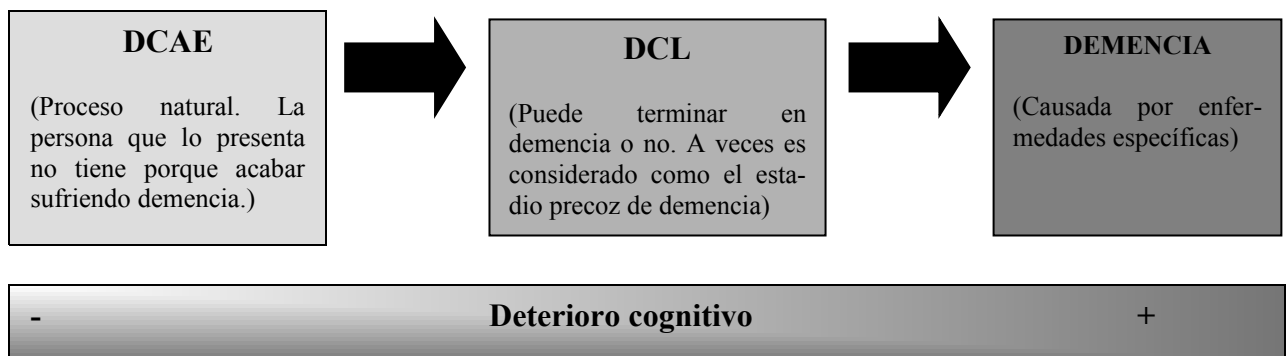


Figura 1: Continuo del deterioro cognitivo. Elaboración propia.

Sin embargo, para nuestro trabajo nos interesa centrarnos en la demencia, concretamente en la conocida como la enfermedad de Alzheimer. Para ello vamos a explicar de manera general en qué consiste la demencia y después, de manera más específica, el Alzheimer.

De acuerdo con Olivar (2013), "la demencia está causada por enfermedades específicas que, en conjunto, constituyen un síndrome generalmente crónico o progresivo, caracterizado por déficits cognitivos, motores, sociales y de la personalidad que repercuten en la actividad cotidiana de la persona que lo padece."

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

Y Agüera (2008), la define como "un síndrome que ha de entenderse como un declinar de determinadas funciones superiores, entre ellas la memoria (...) se añade un deterioro del pensamiento abstracto y la capacidad de razonar, que permiten clasificar la demencia como un trastorno de la inteligencia, además de cambios psiquiátricos, de la personalidad y del comportamiento (...) que representan un declive significativo del nivel previo de funcionamiento".

Existen diferentes tipos de demencias que, aunque nos vayamos a detener en el tipo Alzheimer, es interesante conocer. Por tanto, en el *anexo I*, podemos consultar un esquema donde se clasifican otros tipos de demencia.

En cualquier caso, independientemente del tipo de demencia, los principales signos suelen ser:

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

La forma más común de demencia (aproximadamente el 60%) es el Alzheimer, que consiste en una "enfermedad degenerativa de las células cerebrales y de carácter progresivo que suele comenzar con una alteración de la memoria a corto plazo (...) Desde que aparecen los primeros síntomas hasta el fallecimiento pueden transcurrir entre 5 y 10 años aproximadamente." (Olivar, 2013).

Agüera (2008), la define como "una forma de demencia caracterizada por el deterioro progresivo y generalizado de las funciones superiores"; a lo que Walsh (2007) añade en su conceptualización que "provoca una atrofia del tejido cerebral y muerte de las neuronas".

La progresión de la enfermedad es heterogénea, es decir, que es diferente para cada paciente, pero existen tres marcadas fases que, según Olivar (2013), pasan lenta y progresivamente, con leves problemas al principio de la enfermedad acabando con daños cerebrales irreversibles en la última fase hasta el fallecimiento:

- *Fase 1, fase inicial:* se caracteriza por una sintomatología ligera como por ejemplo:
 - Olvidos frecuentes.
 - Problemas para expresar las ideas.
 - Cambios bruscos de humor.
 - Capacidad aún para realizar tareas cotidianas.

- *Fase 2, fase intermedia:* los síntomas son de gravedad moderada:
 - Olvido de hechos recientes.
 - Recuerdo de hechos lejanos pero mal situados en el tiempo.
 - Reacciones violentas y agresivas.
 - Miedos injustificados.
 - Deambulación sin rumbo ni objetivo.
 - Pérdida de fluidez en el lenguaje.
 - Apraxia: dificultad para realizar ciertas tareas.
 - Falta de coordinación en las actividades habituales.

- Pérdida de autonomía personal.

- *Fase 3, fase terminal:* es un estadio avanzado y terminal de la enfermedad caracterizado por:

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

La aparición de la demencia de Alzheimer puede ser o bien temprana, que sería antes de los 60 años, o de aparición tardía a partir de los 60; ésta última es la más frecuente, en cambio la aparición temprana se suele dar en torno a 5-10%.

En cuanto al diagnóstico, no existe ninguna forma de confirmar si una persona tiene Alzheimer o no hasta que se hace un examen del tejido del cerebro postmortem. En palabras de Acarín (2010), “no disponemos de ninguna prueba que permita el diagnóstico con certeza antes de la muerte del enfermo, que es cuando se puede realizar el estudio patológico del cerebro”. Aún así, existen dos principales sistemas de clasificación y diagnóstico psicopatológico que establecen unos criterios diagnósticos para esta enfermedad.

Uno de estos sistemas es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) por la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), y los criterios que ha publicado son los que adjuntamos en el siguiente cuadro:

- A. Desarrollo de deficiencia cognitiva múltiple, manifestada por:**
- A.1. Alteración de memoria (aprender nueva información y evocar la ya aprendida), y
 - A.2. una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - Afasia
 - Apraxia
 - Agnosia
 - Alteración de funciones ejecutivas
- B. Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacional y social.**
- C. La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.**
- D. Las alteraciones expresadas en A.1 y A.2 no se deben a lo siguiente:**
- D.1 Otros trastornos del sistema nervioso central que puedan ocasionar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, tumor cerebral).
 - D.2 Trastornos sistémicos que pueden ocasionar demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, fólico, niacina, hipercalcemia, neurosífilis, SIDA)
 - D.3 Intoxicaciones.

Tabla 1: Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

Por otro lado, la CIE-10, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en 1992, de la Organización Mundial de la Salud propone estos criterios:

- 1. Deterioro de memoria:**
 - Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva.
 - Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado.
- 2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento.**
 - Reducción del flujo de ideas.
 - Deterioro en el proceso de almacenar información:
 - Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez.
 - Dificultad para cambiar el foco de atención.
- 3. Interferencia en la actividad cotidiana.**
- 4. Conciencia clara. Posibilidad de la superposición delirio/demencia.**
- 5. Síntomas presentes al menos durante seis meses.**

Tabla 2: Criterios diagnósticos del CIE-10.

No obstante, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1992) y la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), existen unos criterios comunes como la pérdida de capacidades cognitivas respecto al nivel premórbido, la existencia de un

deterioro en la memoria, la coexistencia de otros déficits en funciones superiores y la intensidad suficientes como para interferir en el funcionamiento de la persona.

Por último, respecto a las causas de esta enfermedad, todavía se desconocen; sin embargo existen diversas teorías sobre su posible etiología como puede ser: por un defecto genético, por el sistema inmune que en vez de proteger el cerebro lo ataca, por exceso de aluminio, por déficit del neurotransmisor acetilcolina... De acuerdo a Olivar (2013), estos son los principales factores de riesgo:

- *Edad*: a medida que avanza la edad de una persona existe mayor riesgo de sufrir Alzheimer.
- *Sexo*: es más frecuente en mujeres que en hombres.
- *Nivel educativo*: la actividad intelectual crea una "reserva cognitiva" que no previene ni retrasa la enfermedad pero si tiene un "efecto protector hacia el deterioro" (Agüera, 2008)
- *Exceso de aluminio*: se ha comprobado que una cantidad grande de aluminio en agua y nutrientes influye, pero no se sabe aún cómo afecta de manera precisa.
- *Factores vasculares*: algunas enfermedades vasculares, hipertensión arterial y colesterol se señalan también como factores de riesgo.
- *Sistema inmune*: nuestro sistema nervioso central posee un sistema inmune que protege al cerebro, pero en ocasiones se produce un trastorno, debido a una proteína que hace que esa protección ataque al cerebro en vez de protegerlo, produciendo daños en las células cerebrales.

Igualmente, aún no encontradas las causas de esta patología, en la actualidad se están llevando a cabo interesantes investigaciones a cerca de cómo prevenirla. Precisamente, una de las más comentadas y de mayor impacto social en España, ha sido la creación de una vacuna contra el Alzheimer, la vacuna EB-101. Este estudio, realizado por Dr. Ramón Cacabelos y su equipo (Grupo EuroEspes, 2013) del Centro de Investigación Biomédica EuroEspes, ha sido experimentado exitosamente con ratones transgénicos, y se pretende seguir probando su eficacia hasta poder hacer ensayos clínicos con humanos. El objetivo que se pretende conseguir con esta vacuna consiste en prevenir la enfermedad de Alzheimer y ,en el caso de las personas ya afectadas, se

trataría de reducir el tejido neuronal, mejorando la capacidad cognitiva y frenando la muerte neuronal.

Pero mientras los investigadores siguen tratando de frenar esta dura enfermedad, por nuestra parte seguiremos trabajando y buscando, constantemente, métodos no farmacológicos de intervención eficaces, para mejorar la calidad de vida de lo enfermos y procurar que sus capacidades cognitivas se deterioren más lentamente y con las menores secuelas posibles.

3.2. LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN

Según lo visto hasta aquí, hay personas que comienzan a sufrir un deterioro cognitivo leve que puede desencadenar más tarde en demencia o no, dependiendo en gran parte de la atención e intervención que se preste a estas personas. Es por ello que defendemos la importancia de la detección precoz del deterioro cognitivo, para poder detener su avance.

Para su detección deben efectuarse una serie de pruebas o evaluaciones basadas en el estudio, en primer lugar, de la historia clínica (anamnesis, antecedentes familiares...) del paciente, que se puede valorar a través de entrevistas tanto al enfermo como a familiares y/o cuidadores, y en segundo lugar con una exploración cognitiva exhaustiva, mediante diversos test o escalas. Sin embargo, es importante volver a señalar que ninguna prueba nos permite conocer el diagnóstico de esta patología fehacientemente, hasta la muerte del afectado a través del análisis de su cerebro.

De entre las numerosas pruebas existentes, deseamos destacar algunas, recogidas por López (2000), que nos han parecido más útiles e interesantes. Además de figurar recogidas íntegras en los anexos, las describimos ahora brevemente:

a) Global Deterioration Scale (Escala de Deterioro Global) de Reisberg.

Evalúa el *deterioro cognitivo* mediante siete estadios progresivos que van desde la ausencia de deterioro cognitivo hasta el deterioro muy severo o grave. Es muy

útil y, desde su publicación en 1982, está ampliamente aceptado por la comunidad científica por lo que hemos decidido reproducirlo íntegramente como anexo II A.

b) Escala de Barthel.

En este caso lo que se evalúa son *actividades básicas de la vida diaria* (alimentación, vestido, higiene, deambulaci3n...) y clasifica a los pacientes según este baremo:

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

Aunque esta escala no es específica para diagnosticar el cuadro clínico, objeto del presente estudio, resulta práctico para efectuar una primera aproximaci3n en la determinaci3n del grado de autonomía de los pacientes. Los ítems que se analizan son los expuestos en el anexo II B.

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

Similar a la escala Barthel, valora la *capacidad para realizar actividades de la vida diaria* a través de 8 ítems que podemos ver en el anexo II C. Mide desde la máxima dependencia (si el paciente puntúa 0) hasta la independencia total (8 puntos). Podríamos utilizarla como complementaria a la de Barthel, ya que incluye otros ítems sociales de la vida cotidiana interesantes que no aparecen en el primero y nos ayudaría a completar el perfil de dependencia o independencia del paciente. Además, a diferencia de otras pruebas, ésta nos permite no solo puntuar globalmente, sino que se puede valorar cada ítem en concreto.

d) Mini-examen del estado mental (Mini-mental State Evaluation) (MMSE) de Folstein.

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

Pensamos que presenta muy pocos ítems de cada área lo que puede resultar algo limitado (como podemos ver en el anexo II D.), pero bien es cierto que es uno de los test más difundidos y utilizados en el ámbito clínico; ya que es rápido y sencillo de aplicar para despejar dudas de si un paciente presenta demencia (en ese caso se debería pasar más pruebas posteriormente) o no.

e) Test The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX- R)

También mide *áreas cognoscitivas* que son: orientación (temporal y espacial), lenguaje (comprensión y expresión), memoria (remota, reciente y aprendizaje), atención y cálculo, praxias (visoconstructivas, ideatoria e ideomotora), pensamiento abstracto, percepción y funciones ejecutivas. En el anexo II E. podemos ver las puntuaciones y ejemplos de ítems para cada área.

Hemos querido destacar esta prueba porque nos parece muy práctica y eficaz, ya que se trata de una única prueba globalizada que nos permite no solo detectar que la persona tiene demencia, sino detectarla en estados iniciales; además nos facilita hacer un diagnóstico diferencial entre la demencia y algunos trastornos frecuentes en personas mayores, como puede ser la depresión.

f) Test del dibujo del reloj de Goodglass y klapan.

Puede servirnos para discriminar entre el envejecimiento normal y la demencia de tipo Alzheimer. Consiste en que el evaluado copie el dibujo de un reloj (anexo II F.) y después lo dibuje él mismo siguiendo unas instrucciones como por ejemplo: "*dibuje un reloj grande redondo con todos los números en su sitio y que marque las once y diez*".

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

La puntuación que se lleva a cabo es la siguiente: si la persona coloca el número 12 en su sitio son tres puntos, dos puntos más si ha escrito 12 números exactamente, otros dos puntos si dibuja dos manecillas correctamente, y dos puntos más si marca la hora exacta. Si el paciente obtiene un mínimo de 7 puntos se considera normal.

h) Trail Making Test (TMT).

Es una prueba de atención visual que nos puede aportar información sobre la velocidad de búsqueda visual, la exploración, la velocidad de procesamiento la flexibilidad mental y el funcionamiento ejecutivo. Se trata de unir 25 puntos sin soltar el lápiz del papel. Está formado por dos partes: en la parte A la persona evaluada debe unir solo números (el 1 con el 2, el 2 con el 3, etc.) y en la parte B se combinan números con letras (el 1 con la A, el 2 con la B, el 3 con la C, etc.) y debe hacerlo en el menor tiempo posible. La parte A se utiliza para valorar la *velocidad de procesamiento cognitivo* y la parte B para el *funcionamiento ejecutivo*. En el anexo II G. se muestra un ejemplo de este test.

Esta prueba tiene varias ventajas y es por ello que hemos querido mostrarlo. Es rápido de pasar y los materiales son fáciles de conseguir (ya que solo requiere un lápiz y dos hojas de test) y esto es algo que no se puede decir de la mayoría de este tipo de pruebas.

i) Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Examina si el paciente tiene *depresión* asignando un punto por cada vez que su respuesta coincida con la que aparece en la columna de "respuestas" (ver anexo II H.), después se suman las puntuaciones y se valora de esta forma:

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

Como la mayoría de estas escalas, debe ser complementada con otras, pero ésta destaca por sus ítems directamente relacionados con el estado de ánimo.

Como hemos podido observar, existe una gran variedad de pruebas para aplicar a este colectivo, se recomienda que el evaluador no solo se ciña a una única prueba, sino pasar varias, ya que cada una de ellas puede aportar datos interesantes a la hora de intervenir con estas personas.

3.3. MÉTODOS COGNITIVOS PARA TRABAJAR CON PERSONAS CON ALZHEIMER.

Antes de comenzar la explicación de estos métodos, es necesario puntualizar que cualquier programa cognitivo que se lleve a cabo con personas que sufren la enfermedad de Alzheimer y poseen un daño cerebral extenso, no podrán restablecerse las capacidades que se hayan perdido a causa de este trastorno, sino que estos programas o métodos irán encaminados a evitar que el daño cerebral se extienda, ayudar

a afrontar el deterioro tanto del paciente como de sus familiares y/o cuidadores, y mejorar la calidad de vida y bienestar personal.

En caso de que el paciente esté en la primera fase de la enfermedad y tenga un deterioro leve, sí serán capaces de aprender (gracias a la neuroplasticidad del cerebro) y, por tanto, los programas tendrán funciones rehabilitadoras y terapéuticas.

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

- *Programas de entrenamiento en capacidades específicas* (por ejemplo, la memoria): muy útiles cuando el deterioro es leve y no existe una demencia global o enfermedad Alzheimer.
- *Programas generalistas*: cuyo objetivo principal es mantener la reserva cognitiva general o recuperar cogniciones por desuso propio del envejecimiento.
- *Programas psicosociales específicos para demencias*:
 - Terapias de aproximación cognitiva.
 - Terapias de aproximación conductual
 - Terapias de aproximación emocional.
 - Terapias de aproximación a la estimulación.

Para nuestro trabajo vamos a dedicarnos a comentar estos últimos programas para demencias, concretamente las terapias cognitivas, y más detalladamente aquellas que son aplicadas en la "Asociación de Familiares de Alzheimer" de Valladolid (AFAVA). El motivo por el cual nos centramos en los métodos de estimulación cognitiva de AFAVA es porque fue el centro donde realicé las prácticas y tuve la oportunidad de comenzar a desarrollar el programa de intervención, que más adelante se explicará. Además se trata de una Asociación cuya especialidad es la estimulación cognitiva con personas mayores con Alzheimer, por tanto su aportación a nuestro trabajo puede ser de gran utilidad.

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

Los objetivos generales de nuestra intervención terapéutica serán los mostrados en la siguiente tabla, con datos recogidos de la asignatura "Programas específicos para personas con necesidades educativas específicas", impartida en el Máster en Psicopedagogía, por la profesora De la Iglesia (2012):

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el rendimiento cognitivo y funcional. • Incrementar la autonomía en las habilidades sociales. • Mejorar el estado y sentimiento de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular/mantener las capacidades mentales. • Evitar la desconexión del entorno. • Dar seguridad e incrementar la autonomía personal del enfermo. • Estimular la propia identidad y autoestima. • Minimizar el estrés.

Tabla 3: Objetivos de las intervenciones terapéuticas en Alzheimer. Elaboración propia a partir de los apuntes de "Programas específicas para personas con necesidades educativas específicas", impartida en el Máster en Psicopedagogía por la profesora De la Iglesia (2012).

Como podemos observar en la tabla, toda actuación que se realice con personas con Alzheimer no solo se debe centrar en la estimulación cognitiva, sino que también se debe complementar con atención del bienestar social, personal y la salud de los afectados de esta patología, en resumen, contribuir a mejorar la calidad de sus vidas.

Revisando diferentes programas y estudios, hemos analizado los métodos más frecuentes y eficaces de estimulación cognitiva, que en la actualidad se están llevando a cabo por los profesionales de este campo de la demencia. Estos métodos suelen estar compuestos por talleres de orientación a la realidad y entrenamiento en capacidades cognitivas específicas. En ellos es en los que hemos encontrado más ventajas y beneficios para los destinatarios y, por ello, explicamos en qué consisten a continuación:

- *Talleres de orientación a la realidad:* estos talleres consisten en trabajar con los enfermos diariamente el lugar donde están, en el momento en qué están, el tiempo en el que viven y cómo se sienten. Para ello podemos servirnos de materiales como apoyo visual: relojes, calendarios, mapas, fichas de lápiz y papel, etc. Dependiendo del grado de afectación y deterioro cognitivo que presente el grupo con el que se desarrolle el taller, el modo de llevar las sesiones puede variar considerablemente. Para usuarios con deterioro cognitivo leve puede sacarse mucho partido a estos talleres, se puede hablar y debatir sobre un tema de interés para ellos, leer el periódico y comentar noticias de actualidad. Si los destinatarios, por lo contrario, presentan un deterioro cognitivo moderado o grave, este método debe limitarse a favorecer la capacidad de orientación espaciotemporal (por ejemplo, preguntar en qué día estamos, dónde estamos y quiénes somos.)

Los objetivos generales que se persiguen con este método pueden ser, entre otros, los siguientes:

- Favorecer la capacidad de orientación temporal y espacial.
- Potenciar reminiscencias.
- Mejorar el rendimiento cognitivo.
- Practicar la comprensión lectora.
- Mantener una comprensión y expresión oral y escrita adecuada.
- Desarrollar la expresión de opiniones y respeto de las de los demás.
- Evitar la desconexión con el entorno.
- Promover el área social.

La orientación a la realidad es un método muy extendido y utilizado en la mayoría de los programas cognitivos, ya que no requiere ningún material específico y se puede llevar a cabo fácilmente en cualquier contexto. Según Peña-Casanova (2005), " las sesiones de orientación a la realidad son rentables y tiene un efecto significativo (...) retrasando los decrementos cognitivos (...) en resumen, con los pacientes de Alzheimer, la orientación a la realidad puede considerarse una guía de acción"

Asimismo, como experiencia personal desarrollando este tipo de métodos en las prácticas del Máster, pensamos que se trata de una metodología sencilla a la par que beneficiosa ya que, aunque estos talleres se centran en la orientación espacial y temporal de los usuarios y su conexión con el entorno, aborda muchos ámbitos importantes e interesantes desde el punto de vista de la intervención cognitiva: en primer lugar se tratan datos personales de los pacientes (familia, profesión, hobbies...) por tanto se potencia las reminiscencias, un aspecto de suma relevancia en este ámbito, que consiste en estimular la propia identidad. Además se potencia la autoestima y el área social, puesto que se debate en grupo sobre un tema o evento de interés, cada persona expresa sus propias opiniones, escucha a los demás, etc.

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

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

- Memoria: capacidad para retener información a corto y a largo plazo. La pérdida de memoria es uno de los síntomas más conocidos o extendidos de la enfermedad de Alzheimer. Estos enfermos presentan incapacidad para recordar la información ya aprendida y, en los casos más graves, para aprender nueva información. La amnesia suele ser un signo de alerta de demencia, por tanto concebimos realmente importante intervenir en este área lo antes posible. Se recomienda, a la hora de trabajar la memoria con los pacientes, vivir experiencias directas con material real, apoyos audiovisuales (fotografías, vídeos, música...), utilizar agendas o registros, y en especial aprovechar temas biográficos (reminiscencias) para potenciar la propia identidad y la autoestima.

- Lenguaje: función para hablar y comunicarse a través de un sistema de sonidos articulados. En el caso de Alzheimer suele comenzar con problemas en el lenguaje escrito (faltas de ortografía, olvido de la grafía de ciertas palabras...) y alteraciones en el lenguaje oral (afasia) hasta incluso la pérdida total del lenguaje, lo que impide llevar una vida normalizada a la persona afectada. Gracias a este método de entrenamiento en habilidades específicas, concretamente en el área del lenguaje, se potencia las capacidades lingüísticas conservadas: como la expresión y comprensión oral y escrita, la lectoescritura y la fluidez verbal.

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

- Praxias: aptitud a la hora de realizar ciertas tareas que pueden estar relacionadas o bien con la ejecución de cualquier tipo de movimiento (corporal o gestual) o bien con la construcción. Los problemas en este ámbito pueden dificultar seriamente tanto a los enfermos como a los familiares y/o personas a su cargo ya que, si el paciente está gravemente

afectado, no podrá realizar muchas actividades por sí mismo y por tanto será muy dependiente, necesitando constantemente la ayuda de otras personas.

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

En función de la habilidad cognitiva que se vaya a trabajar se aplicarán unas actividades u otras. A continuación mostramos un esquema, basado en el programa de intervención "Activemos la mente" de Peña-Casanova en su actualización de 2005, en el que se relaciona cada capacidad cognitiva con sus componentes, en los que más problemas presentan estas personas con Alzheimer, y posibles actividades para trabajarlo.

<i>Capacidad cognitiva</i>	<i>Componentes</i>	<i>Posibles actividades</i>
MEMORIA	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria inmediata. - Memoria reciente. - Memoria remota. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recitar refranes, frases hechas, cantar canciones... - Proporcionar determinada información y preguntarla pasado cierto tiempo. - Recordar diariamente acontecimientos de la vida cotidiana. - Evocar nombres de personas, personajes famosos o históricos, lugares, etc.
LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje automático. - Lenguaje espontáneo. - Denominación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evocación de los meses del año, días de la semana... - Descripción de imágenes o

	<ul style="list-style-type: none"> - Lectoescritura. -Razonamiento, abstracción. 	<p>hechos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lectura de un texto y posterior debate. - Dictados, redacciones, copias, completar frases...
CÁLCULO	<ul style="list-style-type: none"> - Operaciones aritméticas. - Reconocimiento de números. - Secuenciación de números. - Conjuntos y pertenencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar operaciones aritméticas. - Ordenar de mayor a menor o de menor a mayor determinados números. - Completar una serie de números.
PRAXIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de objetos de la vida diaria. - Motricidad fina. - Construcción gráfica. - Construcción manipulativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar objetos de la vida diaria. - Ejercicios de coordinación visual y lineal. - Copiar o completar dibujos. - Escritura.
GNOSIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Gnosias visuales. - Gnosias olfativas. - Gnosias táctiles. - Gnosias auditivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de imágenes, colores, caras familiares o famosas... - Reconocimiento de olores familiares. - Reconocimiento de objetos, números en relieve... - Reconocimiento e imitación de sonidos conocidos.

Tabla 4: Relación entre capacidades cognitivas, sus componentes y posibles actividades. Elaboración propia.

La principal ventaja del entrenamiento en capacidades cognitivas específicas es que es un método de estimulación muy completo, ya que se trabaja cada

función cognitiva de manera concreta y existen múltiples y variadas actividades. Además es flexible, se pueden trabajar solo aquellas que el técnico que lo lleve a cabo vea oportuno (se pueden añadir habilidades, prescindir de otras, centrarse en capacidades determinadas...) dependiendo de las características y grado de enfermedad de los destinatarios del taller y objetivos que se planteen. Aunque, bien es cierto que se recomienda que se trabajen todas ellas, ya que se en mayor o menos medida todas están implicadas en la vida cotidiana del ser humano, por tanto son indispensables para llevar una vida de calidad.

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

También se recomienda combinar los métodos de estimulación cognitiva con otros programas que desarrollen diferentes funciones, de forma que se lleve a cabo una intervención global: estimulación sensorial, actividades de la vida diaria, musicoterapia, entrenamiento de habilidades sociales, psicomotricidad, relajación, métodos socioemocionales...

4. CONTEXTO

El contexto que hemos escogido para nuestro trabajo es la "Asociación de Familiares de Alzheimer" de Valladolid (AFAVA), no solo porque durante el mes y medio de permanencia en el centro tuviera ya la oportunidad de comenzar a desarrollar la propuesta de intervención sino porque, además, se trata de un centro especializado en la estimulación cognitiva con personas con Alzheimer y dan mucha importancia a la labor psicopedagógica, lo cual es idóneo para nuestro trabajo.

4.1. DESCRIPCIÓN

AFAVA fue fundada en el año 1995, como una entidad sin ánimo de lucro, con la misión de fortalecer el movimiento asociativo de los familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias en Castilla y León. Actualmente se ha convertido en una utilidad pública que tiene en funcionamiento distintos servicios de atención a personas con Alzheimer y otras demencias (centros de día, intervención terapéutica, etc.), así como programas de apoyo para sus familiares y/o cuidadores (apoyo psicológico, grupos de ayuda mútua...). Exactamente existen, en este momento, 28 asociaciones distribuidas por las provincias de la comunidad, tanto en zonas urbanas como rurales.

Se trata de una organización dinámica, innovadora y comprometida con la sociedad, que persigue ser un referente en el sector, no solo por su continuo afán de crecer y ofrecer servicios nuevos, sino porque todas las normativas pioneras de calidad la avalan.

A través de esta Asociación, se pretende atender a personas que sufren demencia, en especial de tipo Alzheimer, y a sus familiares, centrando sus funciones en formar y asesorar a aquellas personas que no pueden servirse por ellas mismas. Por tanto, su cometido primordial consiste en mejorar la calidad de vida tanto de los enfermos como de sus familias.

El centro, además de prestar servicios como centro de día, es especializado en la estimulación cognitiva en personas mayores con Alzheimer. Por tanto, los programas y actividades que se llevan a cabo van encaminados, principalmente, a trabajar este terreno; gracias a un equipo multidisciplinar de psicopedagogos, psicólogos, médicos, auxiliares de enfermería, logopedas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, educadores sociales, fisioterapeutas, administrativos, monitores, voluntarios...

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

psicoestimulativas con los usuarios (ordenadores y portátiles con pantallas táctiles, proyectores, tablets, videoconsolas...)

A parte de los tratamientos psicopedagógicos de estimulación cognitiva que se prestan en el centro, que abordaremos en el próximo apartado, existen otros servicios interesantes a señalar que también se llevan a cabo en AFAVA:

- Centro de día terapéutico: centrado en atender adecuadamente las necesidades de los enfermos de Alzheimer (mediante la estimulación e intervención integral física, cognitiva y social) y proporcionar un respiro y descanso a los familiares y/o cuidadores. Incluye servicio de comedor y transporte adaptado. Su horario es de 10-00 a 17-30.
- Voluntariado: hay voluntarios que realizan diferentes talleres como "Reiki" (transmisión de energía vital, paz y equilibrio) grupal e individual, talleres de cálculo, coro, misa una vez al mes, talleres de ordenador y talleres de orientación a la realidad.
- Transporte adaptado para los enfermos: para facilitar la llegada al centro y la vuelta a sus domicilios o residencias.
- Servicio de información y orientación: para el conocimiento de los casos y punto de derivación hacia los distintos recursos existentes en la Asociación o en otras entidades semejantes. Incluye charlas informativas, ciclos de conferencias, cursos especializados y cine forum.
- Grupo de ayuda mutua o respaldo con las familias: se trata de terapias colectivas, desarrolladas por un equipo de profesionales cualificados y con experiencia, para familias que viven situaciones problemáticas similares debidas a la enfermedad.

- Ayuda en domicilio especializada: destinada a pacientes que se encuentran en fases moderadas y avanzadas del Alzheimer. Se centra básicamente en el cuidado personal, actividades básicas y gimnasia pasiva.
- Consultas individuales de familiares con la psicóloga: con el objetivo de conocer y aprender estrategias de actuación, hábitos adecuados, corregir errores y responder a cualquier duda que tengan.

Las instalaciones del centro, están organizadas principalmente en tres salas de terapia, en cada una de ellas los usuarios (aproximadamente 15 por cada sala) presentan un deterioro cognitivo y unas necesidades similares, de manera que se puedan plantear programas y talleres, acordes a las características de los destinatarios, al igual que planificar objetivos realistas y adaptados a dichas necesidades y capacidades conservadas. Es una forma muy rentable de conseguir una atención especializada, coherente y de calidad.

Los grupos de intervención están denominados en función del color de las salas y son los siguientes:

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



Figura 2: fotografía de la sala naranja de AFAVA. Figura 3: fotografía de la "pecera" de AFAVA.

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

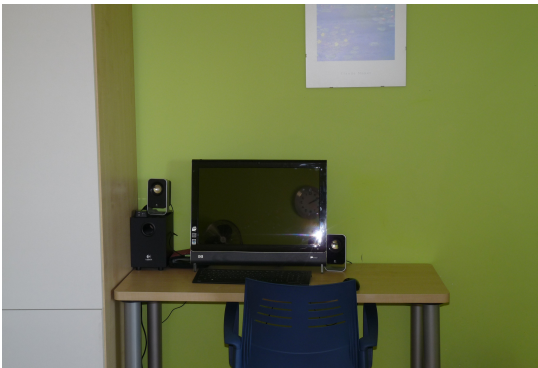


Figura 4 y 5: fotografías de la sala verde de AFAVA.

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

En nuestra opinión, dichas instalaciones son muy alegres, acogedoras y modernas, equiparadas al espíritu que se respira trabajando allí. Las tres salas se componen de mesas para unos 4 o 5 usuarios, de forma que se facilite la atención individualizada y personalizada. Están ambientadas por colores, con el fin de transmitir diferentes estímulos, en función de las características de cada grupo: la sala amarilla busca la relajación y descanso, la verde una pequeña estimulación de colores y dinamización, y la naranja es el más estimulante por su material tecnológico.

4.2. DESTINATARIOS

Los usuarios de la Asociación son también los destinatarios de nuestro programa de intervención. Como acabamos de explicar, trabajan en tres salas diferentes en función del nivel de deterioro cognitivo y estadio de la enfermedad. A continuación describimos cada grupo.

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

Es el grupo con más posibilidades de trabajar con éxito la estimulación cognitiva, dado que aún conservan intactas bastantes de sus habilidades cognoscitivas. Son muy participativos y acuden motivados al centro, aunque algunos de ellos presentan depresión y baja autoestima porque están comenzando a darse cuenta de la enfermedad y sus efectos negativos.

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

todas ellas es en la falta de memoria (especialmente los hechos recientes), la desorientación temporal y deterioro cognitivo moderado.

Debido a esta diversidad de síntomas, va a resultar complicado programar sesiones ajustadas a todo el grupo. Es importante que las actividades tengan una corta duración, sean variadas (para que los destinatarios no se cansen con rapidez) y sencillas (para facilitar su comprensión).

Y por último, la Sala Amarilla la integra el tercer grupo de usuarios. Éstos acusan algunos de los efectos propios de la fase terminal de la presente patología: deterioro cognitivo grave, dependencia para hacer cualquier tipo de actividad de la vida diaria (comer, vestirse, cuidar la higiene personal, controlar los esfínteres, desplazarse de un lugar a otro...), cambios bruscos de humor (gritan, lloran o ríen sin motivo aparente), amnesia general y pérdida de la mayoría de las habilidades motoras. El lenguaje es el área más variable entre los miembros de este grupo: algunos no presentan problemas severos (hablan y se comunican sin dificultad), en cambio otros han perdido la capacidad para articular palabras y simplemente balbucean. Ciertos enfermos, en ocasiones, presentan conductas violentas o amenazadoras cuando se les olvida dónde están y quieren irse a sus casas. Requieren ayuda para cualquier tipo de actividad que se realice con ellos, siempre tiene que haber una persona supervisándoles. La mayoría de las veces no reconocen a las personas que les rodean, pero son conscientes del cuidado y cariño que se les proporciona.

Los programas y talleres, que se desarrollen con este grupo, deben centrarse básicamente en la estimulación sensorial y en las habilidades de la vida diaria, al ser éstas las necesidades prioritarias que presentan.

4.3. MÉTODOS COGNITIVOS DESARROLLADOS EN AFAVA

AFAVA dedica una especial atención a la estimulación cognitiva en la intervención con sus usuarios. Nuestra propuesta de intervención está encaminada a utilizar los métodos cognitivos que se aplican en el centro, solo que ajustándolos para poder ser desarrollados de manera individual. Por tanto, con el fin de comprender mejor

el programa de intervención que hemos propuesto (más adelante se detallará), nos gustaría dedicar este apartado a comentar el modo de trabajar la estimulación cognitiva en la Asociación.

El perfil profesional de las personas responsables de los talleres de psicoestimulación son una educadora social y una psicopedagoga, apoyadas ambas por cuatro auxiliares de enfermería.

La educadora social se encarga de la coordinación y programación de las actividades terapéuticas que se realizan. Tiene mucha experiencia en este campo (lleva más de 10 años trabajando la estimulación cognitiva con personas con Alzheimer). Es una profesional muy responsable, que sabe llevar al equipo de trabajadores de forma organizada. Su filosofía de trabajo es "la atención de calidad basada en la profesionalidad, en el conocimiento y en el afecto".

La psicopedagoga tiene bajo su cometido el llevar a cabo los talleres de estimulación diseñados para los usuarios. Tiene un proyecto, "El futuro de los recuerdos", que apuesta fuerte por las tecnologías de la información y de la comunicación para tratar el Alzheimer. Es una trabajadora activa, que lleva las intervenciones grupales con dinamización y solvencia.

En general, sus funciones básicas, como responsables de la intervención con los enfermos son:

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

Los métodos que se llevan a cabo en el centro los ofrecemos resumidos en la siguiente tabla, en donde se enumeran tanto los talleres desarrollados como las áreas que se trabajan con cada uno.

MÉTODOS	ÁREAS
Orientación a la realidad.	Memoria, lenguaje y atención.
Taller de ordenador.	Memoria, lenguaje, atención y gnosias.
Taller de atención.	Atención y percepción.
Taller de memoria.	Memoria y reminiscencias.
Taller de praxis y pintura.	Praxias y atención.
Taller de cálculo.	Cálculo y atención.
Juegos motrices.	Psicomotricidad.
Kinect.	Psicomotricidad, atención y percepción.
Taller de estimulación sensorial.	Memoria, reminiscencias, atención y gnosias.
Actividades básicas de la vida diaria.	Funciones ejecutivas, memoria y gnosias.

Tabla 5: Talleres de AFAVA. Elaboración propia.

Los talleres de orientación a la realidad ya fueron explicados anteriormente, su objetivo principal es orientar a los enfermos espaciotemporalmente y evitar la desconexión con su entorno. En la Asociación se realizaba diariamente una sesión de orientación (de 50 minutos aproximadamente) antes de comenzar los demás talleres. Dichas sesiones consisten, primeramente, en comentar en qué día estamos, dónde estamos, cómo nos llamamos, dónde y cuándo nacimos, y cómo nos sentimos hoy. Después cada usuario opina sobre "la frase del día" (cada día se proponía una frase o un dicho y se debatía). Seguidamente presentamos un tema de actualidad o de interés para ellos, lo leen en voz alta y dialogamos sobre ello. Dependiendo del tema que se trate se puede complementar con vídeos, power points, imágenes, etc. Con las personas más afectadas la orientación se limita a comentar oralmente el día, mes, año en qué viven, hablar del tiempo y preguntar por su familia.

Los talleres de ordenador consisten en explicar al grupo, a través de un proyector, un tema interesante o estimulante para los destinatarios. Lo más utilizado para exponer el contenido es el power point con fotografías, música y vídeos, relacionados con la temática. A veces también usan un programa de ordenador, el "smartbrain", un sistema interactivo de estimulación cognitiva, con el que se pueden trabajar diversas áreas cognitivas (memoria, lenguaje, atención, percepción, funciones ejecutivas, orientación y cálculo). Está formado por actividades cortas y sencillas, como por ejemplo: recordar

sonidos, palabras y objetos, buscar parejas ocultas, resolver operaciones aritméticas y problemas, reconocer cantidades y cifras, calcular en euros, encontrar analogías, bingo de palabras, completar frases populares, ordenar situaciones de la vida cotidiana, etc. Todas estas tareas tienen diferentes niveles para ajustarse al deterioro cognitivo de cada grupo.

Los talleres de atención son muy variados. Pueden consistir, por ejemplo, en la lecturas de cuentos, el responsable del taller lee una historia (si puede ser acompañado de imágenes y objetos reales que aviven el cuento mucho mejor), van describiendo las situaciones del relato y finalmente se comenta qué les ha parecido. La música también tiene un papel muy importante en estos talleres, se utiliza para reconocer sonidos, sentimientos, relajarse, bailar... Otras veces usan imágenes de animales, alimentos, objetos, etc., para que los pacientes los reconozcan; o incluso emplean tablets, con aplicaciones y juegos de atención.

Para los talleres de memoria suelen recurrir a recitar refranes, frases hechas, dichos populares, canciones... o el sistema *smartbrain* que ya conocemos.

En los talleres de praxis y pintura utilizan fichas en las que los usuarios deban recortar, pegar, pintar y todas aquellas actividades que potencien la motricidad fina. También el centro posee de puzzles y juegos de construcción idóneos para las sesiones.

Los talleres de cálculo los lleva a cabo un voluntario, que realiza con el grupo operaciones matemáticas, cálculo mental y reconocimiento de cifras y cantidades.

Los juegos motrices centran su atención en trabajar la psicomotricidad de forma lúdica: bolos, diana, puntería (lanzar pelotas a una caja, lanzar aros a una pica...), pelotas o globos (pasar, botar, encestar, ejercicio físico...) y expresión corporal (representar con el cuerpo animales, bailes...). De igual modo, a diario, realizan pequeñas sesiones (de 10-15 minutos, aproximadamente) de gimnasia, en las que se entrena extremidades, articulaciones y relajación.

La kinect es un aparato electrónico que, conectado a una videoconsola como la *Xbox 360*, permite jugar e interactuar sin manejar ningún tipo de mando, sino con los movimientos, gestos y voz del jugador. Gracias a este dispositivo, las personas mayores con Alzheimer pueden participar y divertirse con la máquina sin tener que manipular aparatos; solo necesitan su cuerpo y voz. De estos estimulantes juegos destacan, entre otros, los de coches y animales.

Los talleres de estimulación sensorial y actividades básicas de la vida diaria, se desarrollan especialmente en la sala amarilla, donde se encuentran las personas más afectadas por la enfermedad. La estimulación sensorial busca principalmente impulsar la sensibilidad multisensorial y asociar estímulos sensoriales a reminiscencias, mediante la exposición y reconocimiento de olores, colores, texturas y formas. En el centro tienen una caja, la "caja de los sentidos". Dentro de la caja podemos encontrarnos todo tipo de objetos útiles para promover la estimulación sensorial con los destinatarios de este taller, como por ejemplo:

- Globos: rellenos de alimentos (como por ejemplo: arroz, harina, garbanzos y ketchup). Cada globo tiene un color, olor y textura diferente, y al trabajar con ellos (verlos, manipularlos, oleros...) se perciben distintos estímulos y sensaciones.

- Puntero láser: a los usuarios les gusta jugar a "atrapar" la luz, les llama mucho la atención. Puede ser muy beneficioso para estimular la atención, la coordinación óculo-manual o ejercitar el seguimiento visual.

- Pequeñas cajas de cartón y una pelota de ping-pong: pueden servir para fomentar la atención y estimulación de los sentidos, si las utilizamos metiendo la pelota en esas cajas y que ellos intenten recordar dónde están, agitar las cajas para averiguar dónde está la pelota, meter las cajas pequeñas en las grandes, envolverlas como si fueran un regalo, clasificar por colores y tamaños...

- Pinzas de la ropa: pueden tener múltiples usos, emparejar por colores, agarrar objetos con ellas, simular tender la ropa...

- Vela: muy útil para favorecer el control de la respiración mediante el sople fuerte, suave, con la nariz, con la boca...

Para las actividades de la vida diaria, la Asociación cuenta también con materiales que simulan los de la vida real: neceser con todo tipo de utensilios de higiene personal (cepillo de dientes, peine, gel, champú, dentífrico, esponja, diadema, pintalabios, cuchilla de afeitar, crema, bastoncillos..), menaje de cocina (sartén, olla, cubiertos, servilletas, platos, vasos...) y juguetes (alimentos de plástico, carro de la compra, monedas...) Para trabajar todo esto, primero se les muestra los objetos con el fin de comprobar si los recuerdan: qué son, para qué sirven y cuándo se utilizan; y dependiendo del estadio de la enfermedad, podemos simular con ellos situaciones de la vida cotidiana usando estos materiales.

Como hemos ido viendo, la programación que sigue AFAVA pretende desarrollar actividades en las que no solo se trabaje la estimulación cognitiva, aunque se la da una gran importancia, sino abarcar otros ámbitos como la salud, autonomía, autoestima, habilidades sociales y bienestar personal.

Se procura que todos los talleres se trabajen en las tres salas, aunque adaptándolos a las características de cada grupo. De este modo, semanalmente, todos los usuarios entrenan todas las áreas. Finalmente, en el anexo III mostramos el horario que se seguía durante mi estancia en el centro, para tener una visión global de las distribución y duración de cada taller en las distintas salas.

5. DISEÑO

Tras haber comentado los servicios más frecuentes de AFAVA, y con la experiencia adquirida durante la estancia en el centro, hemos diseñado un programa de intervención para la rehabilitación cognitiva de personas con Alzheimer, mediante tratamientos individuales, como método complementario a los ya utilizados allí; con la

intención de colaborar en la gran labor que se realiza en la Asociación y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad.

5.1. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

Todos los programas que se emplean en AFAVA son grupales, y aunque los destinatarios están divididos en tres grupos para poder ajustar mejor las actividades, se podrían concretar y personalizar aún más si se realizaran, simultáneamente con las sesiones en grupo, tratamientos individuales.

Estas sesiones individuales consisten en que el responsable del programa trabaje de manera individual, con cada paciente, la estimulación cognitiva mediante los métodos que se utilizan habitualmente en el centro, solo que ajustándolos a los intereses, motivaciones y capacidades de cada persona; potenciando aquellas áreas cognitivas en las que destaca cada una y rehabilitando aquéllas en las que tenga más dificultades o problemas.

El programa está pensado para aplicarlo a lo largo de un año. Si pasado este periodo el programa ha funcionado, se han obtenido beneficios y los pacientes mejoran en calidad de vida, podría alargarse durante más tiempo. La duración de cada sesión individual es de 30 minutos. También se pueden emplear tratamientos en parejas, en función de la afinidad de los pacientes y de la similitud de sus necesidades y características; en ese caso duran 50 minutos. Se procura que las sesiones sean de una duración corta para no cansar al paciente y aprovechar al máximo cada tratamiento.

El objetivo general, de nuestro programa de intervención, consiste en contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer. Y como objetivos específicos hemos establecido los siguientes:

- Programar tratamientos individualizados y personalizados, a las características, necesidades e intereses de los destinatarios.

- Mejorar el rendimiento cognitivo a través de la estimulación o rehabilitación cognitiva.
- Potenciar la motivación y aspectos positivos de los pacientes.
- Destacar aspectos biográficos para desarrollar las actividades.

Después se deben definir objetivos concretos para cada persona y, en consecuencia, para cada tratamiento.

Los contenidos que se trabajan en cada sesión individual son:

- Orientación a la realidad.
- Entrenamiento en habilidades cognitivas específicas.
- Estimulación sensorial.
- Actividades de la vida diaria (AAVD).

Además, contamos con todos los recursos y materiales necesarios:

- *Recursos materiales:*
 - Fichas de trabajo de lápiz y papel.
 - Cuadernos de registro de las actividades.
 - Juegos de mesa, de construcción y puzzles.
 - Objetos de la vida diaria (menaje de cocina, utensilios de higiene personal, monedas y billetes, alimentos, etc.)
 - Fotografías de animales, lugares, números y acciones.
 - Tarjetas de secuencias temporales (relacionadas con actividades de la vida cotidiana)
 - "Caja de los sentidos" .
 - Plastilina, lápices, pinturas, papel y cartulinas.
 - Revistas, periódicos, pasatiempos y libros.
- *Recursos tecnológicos:*

- Ordenador con pantalla táctil (para favorecer el uso a las personas mayores) y tablets, con acceso a Internet.
- Videoconsola Xbox.
- Programa de ordenador "smartbrain".

- *Recursos espaciales:*

Las sesiones se desarrollan en la "pecera" (ya mencionada en el contexto). Es una sala pequeña, ubicada dentro de la Sala Naranja en la planta de arriba. En el caso de los destinatarios con problemas de movilidad, se realizan en la sala de estar de la planta de abajo.

- *Recursos personales:*

La psicopedagoga de la Asociación se encarga de planificar, organizar y evaluar el programa. Para llevar a cabo las intervenciones individuales, se requiere de personal cualificado en tratamientos psicopedagógicos y en el trato con personas mayores con Alzheimer; como puede ser el perfil de un psicopedagogo, educador social o terapeuta ocupacional (todo depende del personal que posea el centro y su organización). En este caso, nuestro programa sería desarrollado por la propia psicopedagoga.

El contacto directo e individual entre el profesional y el paciente, requiere de unas habilidades específicas:

- Capacidad técnica.
- Conocimientos especializados en intervención psicopedagógica.
- Conocimientos específicos de la enfermedad Alzheimer.
- Diligencia y organización en los trabajos.

- Habilidades sociales (comunicación interpersonal, empatía, escucha activa, atención...)
- Sentido de la responsabilidad y motivación.
- Creatividad e implicación personal.

5.2. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

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

- 1º. Análisis y valoración, de la historia clínica y personal, de los pacientes.
- 2º. Observación del rendimiento, actitudes y participación en los talleres grupales.
- 3º. Elección de posibles destinatarios.
- 4º. Consulta y petición a los familiares.

Una vez escogidas las personas con las que trabajaremos, es importante conocerlas a fondo (gustos, estilo de aprendizaje, motivación...) para poder diseñar las actividades de manera personalizada y adaptada a cada uno de ellos. Para ello se las hará una entrevista individual, previa a los tratamientos.

Cada paciente asiste a un tratamiento individual (de 30 minutos) a la semana y un cuaderno donde se van registrando las actividades que se realizan (día, mes, año, hora, tipo de actividad y en qué ha consistido). La estructura de las sesiones es la siguiente:

- *Preparación:* al comienzo de cada sesión se habla con el paciente (preguntarle qué tal el día, cómo se siente, qué ha estado haciendo, conversar sobre su familia, etc.) para crear un clima de cercanía y confianza. Asimismo le recordamos dónde está y lo que vamos a hacer en la sesión.

- *Inicio:* al igual que los talleres grupales, empezamos las actividades con orientación a la realidad: los usuarios que sean capaces de escribir lo apuntan en el cuaderno (nombre, fecha, ciudad, barrio, qué estamos haciendo...) y los que no, lo hacen oralmente. Esta orientación va acompañada de un power point con imágenes personalizadas; por ejemplo, en una diapositiva aparece la pregunta "¿quién soy?" y en la siguiente una fotografía del paciente, otra diapositiva con la pregunta "¿Dónde estamos?" y una imagen representativa de Valladolid, después otra de la puerta de entrada de la Asociación, etc.
- *Desarrollo:* esta es la parte de las sesiones que más varía según el grado de déficit cognitivo de los usuarios. Para las personas menos afectadas y con un deterioro cognitivo leve, se dedica a entrenar capacidades cognitivas específicas; procurando potenciar las habilidades que aún conservan y rehabilitar las deterioradas. Sin embargo, para las personas en estado más severo y con deterioro cognitivo grave, el tratamiento se centra en actividades de la vida diaria (AAVD) y estimulación sensorial.

A continuación mostramos dos cuadros descriptivos, con actividades de ejemplo, para tener una visión general de las sesiones:

<i>Actividades para destinatarios con deterioro cognitivo leve y moderado.</i>	
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES COGNITIVAS ESPECÍFICAS	
<p>Memoria y reminiscencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de fotografías personales (familia, amigos, compañeros de la asociación, pueblo, etc.) y vídeos de Internet (lugar de nacimiento, vacaciones, fiestas tradicionales, etc.) - Memorizar lista de la compra, números de teléfono... - Musicoterapia. - Actividades de memoria con el ordenador a través del programa "smartbrain": buscar 	<p>Lenguaje, lectura y escritura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conversaciones. - Lectura y comprensión de textos, artículos de revistas y noticias de periódico. - Composición de un diario. - Composición de un recetario. - Dictados. - Copiar y ordenar frases. - Actividades de lenguaje con el ordenador a través del programa "smartbrain": bingo de palabras, conjugar verbos, clasificar

parejas ocultas, seguir y recordar sonidos, identificar acontecimientos...	elementos, identificar profesiones...
Praxis, trazos y motricidad fina: <ul style="list-style-type: none"> - Juegos de construcción y puzzles. - Manualidades. - Fichas de lápiz y papel (seguir los puntos, recortar, pegar, pintar, dibujar etc.) 	Cálculo y razonamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Operaciones y problemas aritméticos. - Manejo de dinero. - Actividades de cálculo con el ordenador a través del programa "smartbrain": reconocer cantidades y cifras, relacionar números, continuar series, resolver operaciones...
Atención y percepción: <ul style="list-style-type: none"> - Pasatiempos. - Juegos de mesa: cartas, dominó, ajedrez, lince... - Aplicación de la tablet: encontrar las diferencias, ilusiones ópticas, figura oculta... 	Gnosias (reconocimiento): <ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de imágenes, olores, gustos, formas y texturas. - Musicoterapia. - Aplicación de la tablet: relacionar sonidos con fotografía.

Tabla 6: Tipos de actividades para los tratamientos individuales. Elaboración propia.

<i>Actividades para destinatarios con deterioro cognitivo grave</i>	
AAVD	ESTIMULACIÓN SENSORIAL
<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de la denominación y uso de objetos de la vida diaria. - Secuenciación de acciones de la vida diaria. - Simulación de actividades cotidianas (ir a la compra, a la peluquería...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Juegos con la "Caja de los sentidos". - Musicoterapia. - Exposición y reconocimiento de olores, colores, texturas y formas. - Confección de instrumentos que favorecen la estimulación multisensorial (maracas, palos de lluvia, mándalas...)

Tabla 7: Tipos de actividades para los tratamientos individuales. Elaboración propia.

Es importante realizar con todos los usuarios las diferentes actividades que se plantean, aunque nos centremos en las que más atención necesite cada uno. No

es necesario trabajar todas las áreas en la misma sesión, todo dependerá del destinatario: habrá algunos que se cansen con facilidad y prefieran actividades cortas y variadas, y otros que les cueste centrarse y necesiten más tiempo para cada tarea.

También se recomienda empezar y terminar por actividades que al paciente le guste y se le de bien y ,entre medias, desarrollar aquellas que le cueste un poco más, para no perder su motivación en toda la sesión.

- *Síntesis:* para finalizar recordamos con el usuario las actividades que hemos hecho, le preguntamos si le han gustado y qué tal se ha sentido. Se registran en el cuaderno las tareas realizadas y se completa la rejilla de observación diaria, que veremos a continuación en la evaluación del programa.

Durante el mes y medio de prácticas en AFAVA, comenzamos a aplicar este programa de intervención, basado en los tratamientos de estimulación cognitiva individuales. Para ello hemos hecho partícipes a usuarios de distintos grupos, con el fin de ver su efectividad o no, dependiendo de los distintos niveles de deterioro que padecen. En el anexo IV podemos ver anotaciones y observaciones que fuimos registrando acerca de esta experiencia.

5.3. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

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

Según De la iglesia (2013) la evaluación consiste en una " disciplina que explora y analiza el comportamiento de una persona o grupo con distintos objetivos (descripción, explicación, diagnóstico, cambio, selección/predicción y/o valoración) mediante un

proceso de toma de decisiones en el que se emplean una serie de técnicas de medida, tanto para la evaluación de aspectos positivos como patológicos."

En nuestro caso, la responsable última de la evaluación es la psicopedagoga de la Asociación. Ella misma será la que emplee los instrumentos y técnicas de evaluación que considere oportuno, pero sin olvidar ciertos aspectos imprescindibles a la hora de utilizar cualquier instrumento de evaluación:

GARANTÍAS CIENTÍFICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	
<i>Objetividad</i>	La evaluación debe estar exenta de los errores por la <i>interpretación del evaluador</i> .
<i>Estabilidad</i>	Los cambios producidos por la <i>intervención</i> no pueden confundirse con las <i>fluctuaciones</i> en el propio instrumento.
<i>Exactitud o validez</i>	Grado en que el instrumento <i>mide</i> aquello para lo que se <i>diseñó</i> .
<i>Fiabilidad</i>	Grado en que una medida es <i>consistente</i> , independientemente de quién y cuando se utilice.
<i>Confiabilidad</i>	Debe describir síntomas <i>evidentes</i> y fácilmente <i>identificables</i> .

Tabla 8: Garantías científicas de los instrumentos de evaluación. Elaboración propia a partir de los apuntes de "Evaluación y diagnóstico psicopedagógico", impartida en el Máster en Psicopedagogía por la profesora De la Iglesia (2012).

Por otro lado, nuestra evaluación se caracteriza básicamente por ser:

- *Formativa*: tiene un valor pedagógico, que pretende destacar logros, aspectos a mejorar y pautas de actuación, por lo que se evalúa de una manera tanto cuantitativa como cualitativa.
- *Criterial*: basada en una serie de criterios de evaluación, íntimamente relacionados con los objetivos del programa.
- *Sistémica*: sigue un plan previamente diseñado y obedece a criterios preestablecidos.
- *Flexible*: existe la posibilidad de introducir las modificaciones que sean necesarias para adaptarse, en todo momento, a los cambios que se producen en un trastorno progresivo como es el Alzheimer.
- *Continua*: se realiza un seguimiento de todo el proceso en tres momentos diferentes:
 - Evaluación inicial: antes de comenzar los tratamientos, la psicóloga de AFAVA evalúa las funciones cognitivas de los destinatarios, a través de la prueba CAMDEX-R (explicada previamente en la fundamentación teórica), con el fin de obtener información sobre las áreas afectadas y su grado de deterioro. Los resultados de esta primera prueba nos ayudará a definir los objetivos y actividades de cada sesión individual.
 - Evaluación continua: consiste en evaluar la efectividad del programa de forma periódica, con el fin de valorar todo el proceso, seguir la evolución de cada paciente y examinar sus logros. Se efectuará a través de la observación sistemática que, en palabras de Fernández-Ballesteros (2008), "conlleva un

protocolo u hoja de registro (...) realizada por un observador entrenado (...) que permita una anotación sistemática, en una situación natural o análoga". Esas anotaciones acerca de aspectos relevantes de los tratamientos, se llevarán a cabo diariamente (al finalizar cada sesión). Y las hojas de registro, en este caso, serán una rejilla de observación y dos escalas de estimación:

Nombre y Apellidos:	
Día y hora	Observaciones

Tabla 9: Rejilla de observación de la sesión. Elaboración propia.

Esta rejilla de observación va a permitirnos registrar todos aquellos aspectos, conductas o circunstancias importantes que hayan acontecido en cada sesión (por ejemplo: siempre que toca trabajar lectoescritura dice que está cansado, los viernes no rinde lo suficiente, etc.) Estas observaciones pueden ayudarnos a mejorar las próximas sesiones y, por tanto, enriquecer cada tratamiento individual.

Nombre y apellidos: Sesión nº: Fecha: <i>(Marque con una X en la opción que considere más adecuada)</i>	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
Ha mostrado interés y ha participado activamente.				
Existe un clima de confianza entre técnico y paciente.				
Ha resuelto las actividades propuestas de manera autónoma.				
Ha necesitado ayuda o apoyo para realizar las tareas.				
Ha presentado serias dificultades en las actividades.				
ASPECTOS POSITIVOS:				
ASPECTOS A MEJORAR:				
<p><i>Valoración global de la sesión:</i> (Rodee la opción que considere más adecuada)</p>				
Mala	Regular	buena	Muy buena	excelente
1 2	3 4	5 6	7 8	9 10

Tabla 10: Escala de estimación general de la sesión. Elaboración propia.

Con esta escala de estimación pretendemos analizar, de una forma global, el rendimiento del paciente y la efectividad del tratamiento. Para ello observamos determinados aspectos que nos aportarán datos sustanciales para la evaluación final. También califica, del 1 al 10, el funcionamiento de la sesión en general.

GRADO DE RENDIMIENTO COGNITIVO					
Nombre y apellidos:					
Sesión nº:					
Fecha:					
<i>(Rodee la opción que considere más adecuada, siendo 1=bastante mal, 2=mal, 3=regular, 4=bien y 5=bastante bien.)</i>					
Memoria	1	2	3	4	5
Lenguaje	1	2	3	4	5
Lectura	1	2	3	4	5
Escritura	1	2	3	4	5
Cálculo	1	2	3	4	5

Razonamiento	1	2	3	4	5
Praxias	1	2	3	4	5
Gnosias	1	2	3	4	5
Atención y percepción	1	2	3	4	5

Tabla 11: Escala de estimación sobre el rendimiento cognitivo. Elaboración propia.

Esta escala es más específica, mide el rendimiento de las áreas cognitivas trabajadas en las sesiones con cada usuario, con una puntuación del 1 al 5.

- Evaluación final: al terminar el programa, la psicóloga vuelve a pasar a los usuarios el test CAMDEX-R para comparar resultados. De esta forma comprobaremos si los enfermos han mejorado su rendimiento cognitivo y si el programa, por tanto, ha funcionado.

Asimismo, la psicopedagoga completará un informe final sobre el programa (evaluación, resultados, aspectos a mejorar y otras observaciones). Para hacer el informe se basará en otra escala de estimación que nos asegure una recogida de datos útil y completa. Esta escala está compuesta por ítems claros, concisos, y variados, que corresponden a los criterios de evaluación establecidos para el programa y están íntimamente relacionados con los objetivos..

<i>EVALUACIÓN FINAL</i>	<i>(Marque con una X cada indicador según esté de acuerdo o no, siendo 1 nada de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo.)</i>				
Ítems	1	2	3	4	5
En relación al programa					
Los objetivos del programa se han ajustado a las características, necesidades e intereses de los destinatarios.					
Los contenidos del programa se han ajustado a las características, necesidades e intereses de los destinatarios.					

La metodología seguida se ha adecuado a las características, necesidades e intereses de los destinatarios.					
Se han conseguido los objetivos establecidos.					
Se han trabajado todos los contenidos propuestos.					
El diseño de las actividades ha tenido en cuenta aspectos biográficos de cada usuario para personalizar cada tratamiento.					
Las sesiones individuales se han llevado cabo en espacios de tiempo suficientes.					
El horario propuesto para cada tratamiento se ha compaginado con el del resto de talleres grupales.					
La evaluación ha valorado todos los elementos del programa.					
La evaluación ha resultado suficiente y eficaz.					
Los recursos materiales han sido convenientes.					
Los recursos personales han sido convenientes.					
Los recursos tecnológicos han sido convenientes.					
Los recursos espaciales han sido convenientes.					
La responsable de la intervención ha sido competente y ha respetado los códigos éticos y morales de su profesión.					
En relación a los destinatarios					
Han participado motivados.					
El rendimiento cognitivo ha aumentado.					
Han desarrollado autonomía para realizar actividades de la vida diaria.					
Han realizado las actividades con facilidad.					

No han necesitado ayuda para hacer las tareas de las sesiones individuales.					
Su calidad de vida se ha visto enriquecida.					
Han mejorado en autoestima y bienestar personal.					
Las actividades han fomentado una visión positiva a los usuarios.					
Se ha creado una relación profesional y de confianza entre la responsable de los tratamientos y los destinatarios.					

Tabla 12: Escala de estimación final. Elaboración propia.

Finalmente, al año de aplicar el programa, si los resultados de la evaluación resultan favorables y provechosos, se podrá volver a aplicar con una mayor duración (la que estime la asociación).

Recomendamos combinar este tipo de intervención individual con tratamientos grupales, puesto que de ambas metodologías se pueden sacar múltiples beneficios y, por consiguiente, se potencia una calidad de vida para los enfermos de Alzheimer. De dichos beneficios y ventajas hablaremos a continuación en la conclusión.

6. CONCLUSIONES

Queremos dedicar este último apartado del trabajo para reflexionar sobre toda la labor realizada: qué hemos aprendido, qué elementos mejoraríamos, cuáles han sido los resultados de nuestro programa, qué puntos fuertes destacaríamos y qué puntos débiles hemos encontrado.

La principal expectativa que teníamos, antes de comenzar a elaborar este trabajo, consistía en adquirir una serie de conocimientos, competencias y experiencias, que nos

servieran en el futuro de nuestra carrera profesional y laboral. Terminado el trabajo, pensamos que lo hemos logrado. En primer lugar, nos hemos formado sobre el tema en cuestión, el Alzheimer; un trastorno que hasta hace una año (antes de comenzar el Máster en Psicopedagogía) era casi totalmente desconocido para mí. Anteriormente estudié magisterio, la especialidad de educación especial, por tanto, el colectivo con el que estoy acostumbrada a tratar son niñas y niños. Sin embargo, ahora, creo que sé mucho más acerca de esta patología y que tengo aptitudes para poder trabajar con este tipo de colectivo: personas mayores con demencia, en especial de tipo Alzheimer. De este modo, he podido ampliar el campo y destinatarios con los que intervenir profesionalmente.

Pero no solo nos hemos quedado en la mera teoría sobre la enfermedad de Alzheimer. Fue tanta la incertidumbre que me produjo esta temática, estudiada en clase, que realicé las prácticas del Máster en una Asociación donde la mayoría de sus usuarios presentan Alzheimer. Esta entidad ya la conocemos: la "Asociación de Familiares de Alzheimer" de Valladolid, AFAVA. Aunque mi estancia allí fue muy corta, aprendí mucho. De hecho, aún seguimos en contacto con la Asociación aplicando el programa siempre que podemos, con el fin de que nos facilitara la elaboración del presente estudio. Nunca estaré lo suficientemente agradecida a mis tutoras del centro por toda la atención, confianza y libertad que me ofrecieron para experimentar lo que es trabajar con ellos y comenzar a emplear mi programa de intervención. Hasta que no te enfrentas tú mismo a una situación de verdad, con problemas y personas reales, no sabes de lo que eres capaz o no. A medida que iban pasando los días allí fui cogiendo confianza, mejorando y aprendiendo de todos los profesionales e incluso de mis compañeros de prácticas. Pensamos que el trabajo habría quedado incompleto si no se hubiera combinado la teoría con la práctica de esta manera.

El hecho de que tuviera la oportunidad de llevar a la práctica el programa de intervención fue enormemente positivo. Hay que tener en cuenta que el tiempo de aplicación fue muy limitado, con lo cual, no hemos obtenido resultados íntegramente válidos y contrastados. Aunque, es cierto que nos ha permitido conocer personalmente a los usuarios, ajustando los tratamientos a cada uno de ellos, profundizar en los síntomas

y efectos de la enfermedad, y mejorar en técnicas de intervención. Además, hemos podido observar ciertas ventajas e inconvenientes que ofrece el programa:

- *Inconvenientes:* una de las desventajas de los tratamientos individuales, en contraposición con los grupales, es que no se puede atender a todos los usuarios, por falta de tiempo, recursos personales y recursos espaciales, los cuales, también, serían muy costosos de proporcionar. Sin embargo, en los tratamientos grupales se atiende a todos a la vez con una sola persona encargada de cada taller. Por otro lado, la labor del responsable de los tratamientos individuales conlleva más esfuerzo y tiempo, puesto que debe prepararse diferentes actividades para cada paciente; en los grupales solo hace falta una actividad para todo el grupo. También pueden existir incompatibilidad de horarios entre unos talleres y otros.

- *Ventajas:* los tratamientos individuales tienen como mayor ventaja que se les presta a los enfermos una mayor atención personal y directa, ya que las sesiones se ajustan a las necesidades, características e intereses de cada persona; no como los tratamientos grupales que, a veces, al haber un grupo heterogéneo las actividades no encajan con todos. Las sesiones individuales son más específicas, posibilitan potenciar los puntos fuertes del usuario y rehabilitar aquellas áreas en las que presente más problemas. Al tener la oportunidad de personalizar e individualizar cada tarea, se fomenta la participación activa y la motivación. Se hace un seguimiento continuo de las sesiones, lo cual facilita la visión de logros o dificultades. Y además, da pie a conocer a los destinatarios de una forma más intensa, estrechando lazos emocionales que les proporcionará un bienestar personal. En ocasiones es mucho más importante para ellos las emociones que podemos transmitirles: risas, caricias de afecto, miradas confidentes, comprensión, cariño... que cualquier procedimiento técnico.

- En definitiva, tanto los tratamientos grupales como individuales tienen sus utilidades. Lo óptimo sería desarrollar y compaginar ambas formas de trabajar para aprovecharnos de los beneficios de cada tipo de tratamiento. De esta suerte, las personas afectadas por Alzheimer participarían en actividades colectivas, que

fomenten su relación social, afectividad; y aquellas que precisen de una actuación individualizada podrían tener una atención personalizada y adecuada a sus necesidades.

A lo largo del trabajo, hemos procurado destacar la relevancia de la figura del psicopedagogo como elemento fundamental para la actuación con personas mayores con demencia. La psicopedagogía es una ciencia relativamente nueva (desde 1992) y, por ello, todavía existen centros en los que no se encuentra reflejado su papel. Su función suele relacionarse con contextos formales (centros educativos); es más, hasta que no empecé a estudiar el Máster yo también lo creía así. No obstante, en palabras de Cabanes Flores, (2005) "el psicopedagogo es un profesional que se ocupa del ser humano y puede desarrollar sus actividades en el ámbito de la salud y de la educación, con el objeto de obtener mejores logros del individuo y de la comunidad en la que se desenvuelve." Es decir, esta disciplina es totalmente apta para encargarse de atender a cualquier individuo, con problemas de aprendizaje, en todas las etapas del desarrollo (infantes, adolescentes, adultos y ancianos). Y esto es lo que hemos querido cristalizar en el trabajo. Concretamente, en nuestra propuesta de intervención, este profesional no solo se encarga de la coordinación y planificación del programa, sino que él mismo interactúa con los destinatarios. Por tanto, tiene una función social y educativa que no se queda limitada en las cuatro paredes de un colegio; hay muchas asociaciones, instituciones, centros... que precisan de una ayuda para mejorar sus métodos didácticos y pedagógicos.

Respecto a los aspectos que mejoraríamos del trabajo, sugeriríamos aumentar el tiempo de aplicación del programa, ya que es el punto débil de todo este proceso. Con la posibilidad de tener más tiempo sería viable planificar, aplicar y evaluar auténticamente, y no se quedaría en un simple diseño. Como punto fuerte destacamos los conocimientos, competencias y experiencia previa, adquiridas (durante el estudio y prácticas del Máster) y demostradas en el trabajo, que han hecho posible realizar esta tarea con profesionalidad, motivación, implicación personal y entusiasmo.

Deseamos que haya sido un trabajo eficaz, que sirva para prosperar en la atención a este colectivo y mejorar su calidad de vida, que es lo esencial. Hemos querido aportar

nuestro granito de arena con el que esperamos, también, haber contribuido a la difusión de información útil y a la concienciación de la sociedad de lo que supone estar cerca de un trastorno como el Alzheimer; una lucha diaria por hacer que vivan lo mejor posible durante el tiempo que permanezcan con nosotros.

Esta ocupación nos ha despertado un mayor interés sobre el Alzheimer y una enorme devoción por sus damnificados. Detrás de cada diagnóstico hay un paciente con una familia, una vida y unas experiencias, tan distintas y tan importantes que enriquecen nuestro trabajo hasta el punto que nos hacen olvidar la parte más dura de la enfermedad. Procuraremos no "descolgarnos" de este ambiente, seguir estudiando, aprendiendo; creando recuerdos en estos ancianos, aunque sea de una manera efímera, conservar su mundo interior para que, al fin y al cabo, se sientan integrados en la sociedad a la que por derecho pertenecen.

Finalmente, solo nos queda agradecer a todas las personas que nos han ayudado a que este trabajo haya sido posible. En primer lugar a nuestro tutor académico, que ha hecho de guía, mediador y consejero para procurar que lo hiciéramos de la mejor manera. Y en segundo lugar, nuestras tutoras de prácticas, por la oportunidad que nos brindaron de hacer realidad nuestra propuesta de intervención, por facilitarnos toda la información, material... necesario para realizar las tareas, y por su supervisión y asesoramiento. Fue muy reconfortable que después de desarrollar nuestras propias sesiones se preocuparan por saber cómo nos habíamos sentido, si nos gustó lo que realizamos, que nos dieran su opinión para mejorar y, sobre todo, que siempre nos animaran y valoraran. Todos ellos han sido muy pacientes y ha sido un placer colaborar con ellos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

Aranguren, J. L. (1991). *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

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

Berciano Blanco, J. (2006). *Enfermedades degenerativas del sistema nervioso. Demencias. Enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Elseiver.

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

Bisquerra Alzina, R. (2007-5ªed.). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Barcelona: Praxis.

Boada i Rovira, M.; Llorente Vizcaíno, A.; Domènech Pou, S.; Morera, A. y Tàrraga Mestre, L. (1999). *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa.

Cabanes Flores, L. (2005). *Tercera edad. Necesidad de la educación en el adulto mayor*. Consultado el 4 de mayo de 2013, en:

<http://www.monografias.com/trabajos23/tercera-edad-educacion/tercera-edad-educacion.shtml>

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

Careaga Medina, R. (1995b). *Tradición y cambio en la Psicopedagogía*. Santiago: Bravo y Allende.

Careaga Medina, R. (1995c). *El hecho psicopedagógico*. Santiago: Bravo y Allende.

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

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

Deví, J. (2012). *Manual de intervención clínica en psicogerontología*. Barcelona: Herder.

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

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

García Sánchez, C., Estévez González, A. y Kulisevsky, J. (2002). Estimulación Cognitiva en el envejecimiento y la Demencia. *Revista Psiquiatría Fac. Medicina*, 29, 374-378.

Grupo EuroEspes. (2013). Dossier de prensa. Vacuna EB-101. Recuperado el 16 de julio de 2013, de: <http://ebiotec.com/Dossierprensa.pdf>.

Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología*. Barcelona: Herder.

León, O. G. y Montero, I. (1996). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación*. Madrid: Mc Graw Hill.

Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F. B., Sala, J. M. y Seva, A. (1979). El mini examen cognoscitivo. *Actas Luso-Españolas De Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 7, 189-202.

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

Valladolid: Diputación de Valladolid.
Martín, M. (2012). <i>Comprender la Enfermedad de Alzheimer</i> . Barcelona: Amat.
Martínez, A. (2009). <i>¿Qué sabemos de? El Alzheimer</i> . Madrid: Catarata.
Martínez Rodríguez, T. (2002). <i>Estimulación Cognitiva: Guía y Material para la intervención</i> . Asturias: Consejería de Asuntos Sociales.
Mayán, S. y Fernández, M. (2008). <i>Mente activa. Ejercicios para la estimulación cognitiva gerontológica</i> . Madrid: Pirámide.
Müller, M. (1990). <i>Aprender para ser. Principios de Psicopedagogía clínica</i> . Madrid: Bonum.
Olivar Parra, J. S. (2013). Apuntes de la asignatura: <i>Personas con necesidades educativas específicas</i> . Máster en Psicopedagogía. Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo Social.
Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). <i>Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)</i> . Madrid: Meditor.
Pastor, M. I. (1999). Ámbitos de intervención en educación no formal. Una propuesta taxonómica. <i>Teoría de la Educación. Revista Universitaria de Salamanca</i> , 11, 183-215.
Peña-Casanova, J. (1993). <i>Las alteraciones Psicológicas y del comportamiento en la Enfermedad Alzheimer</i> . Barcelona: Obra social La Caixa.
Peña-Casanova, J. (1999a). <i>Intervención cognitiva en la enfermedad de alzheimer</i> . Barcelona: Obra social La Caixa.
Peña-Casanova, J. (1999b). <i>El libro de la memoria (historia de vida)</i> . Barcelona: Obra social La Caixa.
Peña-Casanova, J. (2005). <i>Activemos la mente</i> . Barcelona: Obra social La Caixa.

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

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

Universidad de Valladolid (UVA). (2012). *Guía docente del Trabajo Fin de Máster en Psicopedagogía*. Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo Social. Recuperado el 22 de marzo de 2013, de:
<http://www.feyts.uva.es/sites/default/files/TFM%20PSICOP%202011-2012.pdf>

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

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

Yanguas, J. J., Leturia, F. J., Leturia, M. y Uriarte, A. (1998). *Intervención Psicosocial en Gerontología: manual práctico*. Madrid: Cáritas.

Yanguas, J. J. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad Alzheimer*. Madrid: Imserso.

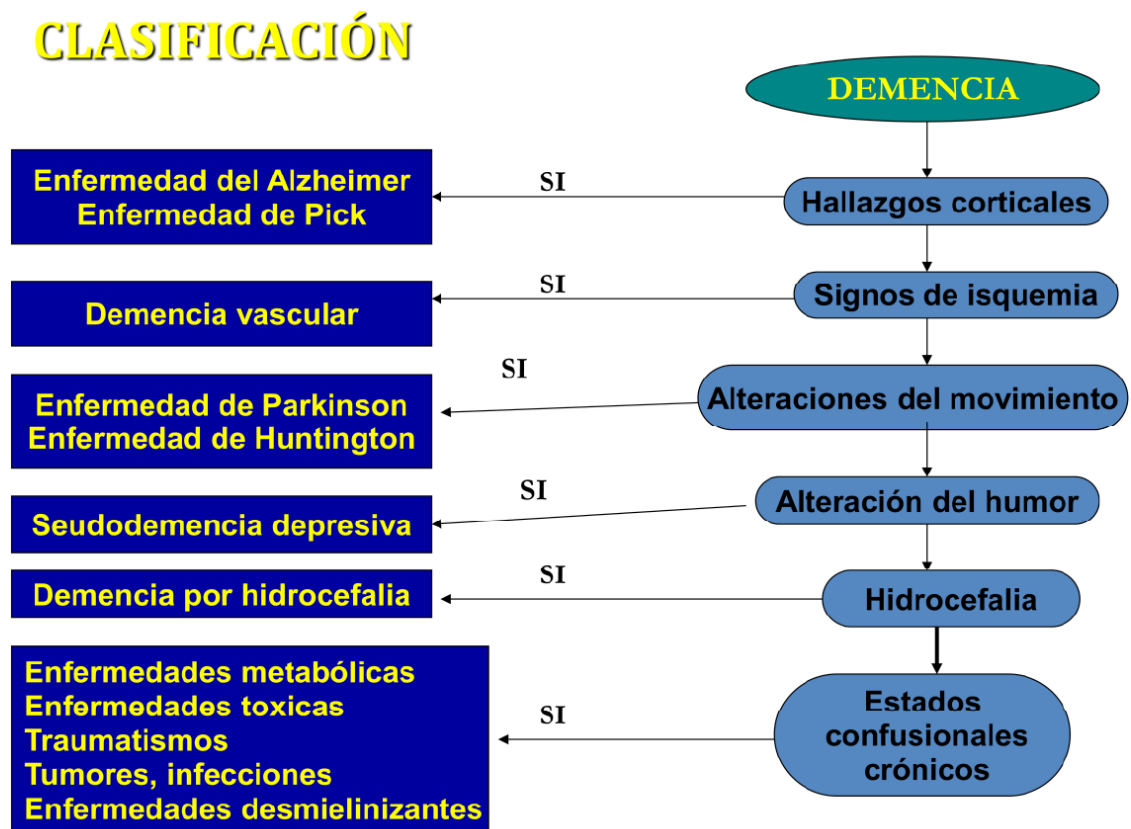
ANEXOS

INDICE ANEXOS

1) ANEXO I : CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS.**2) ANEXO II: PRUEBAS O ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA DEMENCIA ALZHEIMER.**

- **Anexo II A.** Global Deterioration Scale.
- **Anexo II B.** Escala Barthel.
- **Anexo II C.** Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria.
- **Anexo II D.** Mini-Mental State Evaluati6n MSE de Folstein.
- **Anexo II E.** Camdex- R.
- **Anexo II F.** Test del dibujo del reloj.
- **Anexo II G.** Trail Making Test.
- **Anexo II H.** Cuestionario de depresi6n geriátrica de Yesavage.
- **Anexo II I.** Cribado ansiedad depresi6n- Escala de Goldberg.

3) ANEXO III: HORARIO AFAVA: ORGANIZACIÓN DE TALLERES.**4) ANEXO IV: SESIONES PRÁCTICAS DE LOS TRATAMIENTOS INDIVIDUALES.****ANEXO I : CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS**



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

ANEXO II: PRUEBAS O ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA DEMENCIA ALZHEIMER.

ANEXO II A: Global Deterioration Scale (Ejemplo de algunos de los ítems de la escala)

GDS 1 (Sin deterioro cognitivo/normalidad.)

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

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

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

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

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

GDS 4 (Deterioro cognitivo moderado/Demencia leve.)

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

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

- El paciente ya no puede pasar sin algún tipo de ayuda.
- Es incapaz de recordar detalles relevantes de su vida actual.
- A menudo presentan desorientación temporal.
- No requiere ayuda para el aseo y comer, pero pueden tener dificultades para elegir qué ropa ponerse.

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

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

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

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

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

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

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

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

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

- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
 (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
 (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
 (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
 (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
 (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
 (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
 (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
 (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
 (1) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

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

Valladolid: Diputación de Valladolid.

ANEXO II C: Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria


Aspectos a evaluar	Puntuación
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	

Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
Marca unos cuantos números bien conocidos.	1
Contesta el teléfono pero no marca.	1
No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
Realiza todas las compras necesarias con independencia.	1
Compra con independencia pequeñas cosas.	0
Necesita compañía para realizar cualquier compra.	0
Completamente incapaz de ir de compras.	0
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.	1
Prepara las comidas si se le dan los ingredientes.	0
Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada.	0
Necesita que se le prepare y sirva la comida.	0
D. CUIDAR LA CASA	
Cuida la casa solo o con ayuda ocasional.	1
Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer la cama.	1
Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza Aceptable.	1
Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.	1
No participa en ninguna tarea doméstica.	0
E. LAVADO DE ROPA	
Realiza completamente el lavado de ropa personal.	1
Lava ropa pequeña.	1
Necesita que otro se ocupe del lavado.	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche.	1
Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público.	1
Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.	1
Solo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.	0
No viaja.	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas.	1
Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas.	0
No es capaz de responsabilizarse de su propia mediación.	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos.	1
Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos.	1
Incapaz de manejar el dinero.	0

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

ANEXO II D : Mini-Mental State Evaluation MSE de Folstein

2.1. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)

Concepto	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Orientación Dígame el día _____ fecha _____ mes _____ estación _____ año _____ Dígame el hospital (o el lugar) _____ planta _____ ciudad _____ provincia _____ nación _____		(5)
Memoria de fijación Repita estas 3 palabras: peseta - caballo - manzana (repetirlas hasta que las aprenda)		(3)
Concentración y cálculo Si tiene 30 euros y me va dando de 3 en 3: ¿Cuántas le van quedando?: _____ - _____ - _____ - _____ Repita estos números: 5 - 9 - 2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás: _____ - _____ - _____		(6)
Memoria ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?: _____ - _____ - _____		(3)
Lenguaje y construcción Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros» Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? _____ ¿Qué son un perro y un gato? _____ Cójala este papel con la mano derecha, dóblelo, y póngalo encima de la mesa		(4)
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS Escriba una frase _____		(1)
Copie este dibujo 		(1)
Puntuación total		(35)
Nivel de conciencia (marcar): _____ Alerta - Obnubilación - Estupor - Coma		

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

ANEXO II E:

Camdex-R

SECCIÓN B. EXAMEN COGNITIVO CAMCOG

NOTAS:

- 1ª) La mayoría de los ítems de esta sección se valoran cuantitativamente. Por ello, debe anotarse la puntuación en la casilla que figura en el margen derecho. En esta sección, las respuestas correctas se puntúan como uno y las incorrectas como cero. En otro caso, el valor de la respuesta se indica en cada casilla.
- 2ª) A partir de los ítems de esta sección se calculan las puntuaciones totales en:
- el MMSE= Suma de los valores que aparezcan en las casillas
 - el CAMCOG= Suma de los valores de las casillas más las no precedidas de asterisco.
- 3ª) No se ha previsto casilla para la puntuación de las preguntas «añadidas» en la adaptación española con el fin de no alterar los criterios de puntuación final de las pruebas.

ORIENTACIÓN		Puntuación
<i>Tiempo</i>	139. Día de la semana	<input type="checkbox"/>
	140. Día del mes	<input type="checkbox"/>
	141. Mes	<input type="checkbox"/>
	142. Año	<input type="checkbox"/>
	143. Estación del año	<input type="checkbox"/>
<i>Lugar</i>	144. País (CC.AA.)	<input type="checkbox"/>
	145. Provincia(Comarca)	<input type="checkbox"/>
	146. Ciudad	<input type="checkbox"/>
	147. Piso del edificio	<input type="checkbox"/>
	148. Nombre del lugar	<input type="checkbox"/>

LENGUAJE		Puntuación
<i>Comprensión: respuesta motora</i>		
149. Cabeza hacia delante		<input type="checkbox"/>
150. Tocar oreja derecha		<input type="checkbox"/>
151. Mirar al techo antes que al suelo		<input type="checkbox"/>
152. Tocar hombros con dos dedos		<input type="checkbox"/>
<i>Comprensión: respuesta verbal</i>		
153. ¿Es esto un hotel?		<input type="checkbox"/>
154. Pueblos mayores que ciudades		<input type="checkbox"/>
155. Radio antes que TV en el país		<input type="checkbox"/>

DENOMINACION		Puntuación
156. Mostrar lápiz		
<input type="checkbox"/> Lápiz	<input type="checkbox"/> Reloj	Total <input type="checkbox"/> Máx.=2
157. Nombrar objetos		
<input type="checkbox"/> Zapato / sandalia	<input type="checkbox"/> Máquina de escribir	
<input type="checkbox"/> Báscula	<input type="checkbox"/> Maleta	
<input type="checkbox"/> Barómetro	<input type="checkbox"/> Lámpara	Total <input type="checkbox"/> Máx.=6

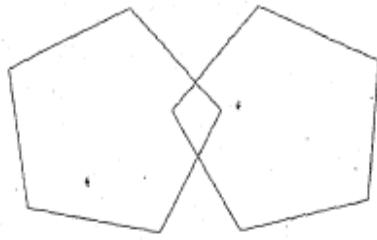
EXPRESION FLUIDEZ		Puntuación
158. N° animales en 1 minuto		
Anotar: _____		

Total según tabla <input type="checkbox"/>		Máx.=6

0 = 0;	1 a 4 = 1;
5 a 9 = 2;	10 a 14 = 3;
15 a 19 = 4;	20 a 24 = 5
Más de 25 = 6	



Pentágono



Espiral



Casa



Reloj

Frase

EXPRESIÓN DE DEFINICIONES

159. Acción con martillo Puntuación
160. Compra de medicinas Puntuación
161. Puente Máx.=2
162. Qué es una opinión Máx.=2

EXPRESIÓN DE REPETICIÓN

163. «En un tragal...» Puntuación
- 163a. «Ni sí ni no...» Puntuación

MEMORIA

Recuerdo

164. Recuerdo de objetos
- Zapato / sandalia
 - Máquina de escribir
 - Báscula
 - Maleta
 - Barómetro
 - Lámpara
- Total Máx.=6

Reconocimiento

165. Imágenes anteriores
- Zapato / sandalia
 - Máquina de escribir
 - Báscula
 - Maleta
 - Barómetro
 - Lámpara
- Total Máx.=6

Recuerdo de información remota

Nacidos antes de 1940:

166. Inicio I Guerra M. (± 1año)
167. Inicio G. Civil Esp. (± 1año)
168. Líder de los alemanes
169. Jefe de Estado español (fin GCE)
170. Antonio Machín
171. Famoso trasatlántico hundido

Nacidos después de 1940:

- 166a. Presidente asesinado en Texas
- 167a. Grupo musical británico
- 168a. Pintor de "El Guernica"
- 169a. Lola Flores
- 170a. Presidente después de Franco
- 171a. Partido de Santiago Carrillo

Recuerdo información reciente

172. Nombre del rey actual Puntuación
173. Sucesor Puntuación
174. Presidente del Gobierno Puntuación
175. Noticias recientes Puntuación

Fijación

176. Tres objetos:
- Pelota Caballo Manzana
- Total Máx.=3

177. Nº de repeticiones: _____

ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN

178. Contar hacia atrás a partir de 20
- 0 Dos o más errores
 - 1 Un error
 - 2 Correcto
- Máx.=2
179. Restar 7 a partir de 100 (1 punto por cada diferencia de 7) Máx.=5
- 179a. Restar 3 a partir de 30 _____
- 179b. Repetir 5 - 9 - 2 _____

MEMORIA RECUERDO

180. Objetos a recordar
- Pelota Caballo Manzana
- Total Máx.=3

LENGUAJE VERBAL COMPRENSIVA

181. Cierre los ojos Puntuación
- Analfabeto
182. Manos detrás de la cabeza Puntuación
- Analfabeto

FRASES

Copiar y dibujar

183. Copiar pentágono Puntuación
184. Copiar espiral Puntuación
185. Copiar casa Puntuación
186. Dibujar reloj
- Círculo (o cuadrado)
 - Números en posición correcta
 - Hora correcta
- Total Máx.=3

Escritura: espontánea

187. Escritura de frase Puntuación
- Analfabeto

Praxis: ideacional

188. Doblado de papel
 ___ Mano derecha
 ___ Dobla
 ___ Sobre rodilla Total Máx.=3
189. Meter hoja en sobre

Escribir al dictado

190. Escribir dirección
 0 ___ Incorrecto 1 ___ Aceptable
 2 ___ Correcto ___ Analfabeto Máx.=2

Praxis: Ideomotora

191. Decir adiós con la mano
192. Cortar con tijeras
 0 ___ Incorrecto 1 ___ Aceptable
 2 ___ Correcto Máx.=2
193. Cepillar dientes
 0 ___ Incorrecto 1 ___ Aceptable
 2 ___ Correcto Máx.=2

CÁLCULO

194. Dinero Puntuación
195. Cambio

MEMORIA REPETICIÓN

196. Repetir dirección
 ___ Juan ___ Planas ___ C/ Norte
 ___ 42 ___ Palamós
- Total Máx.=5

FUNCIÓN PERSONAL

Pensamiento abstracto

197. Semejanza "Pérrro-gato" Máx.=2
- 197a. Semejanza "rojo-verde" _____
198. Semejanza "Camisa-vestido" Máx.=2
199. Semejanza "Mesa-silla" Máx.=2
200. Semejanza "Planta-animal" Máx.=2

Fluidez ideacional

- 200a. Uso de objetos
 Respuestas: _____

- Nº (Más de 8 correctas= 8) _____
- Nº de perseveraciones _____

Razonamiento visual

- 200b. 1. ___ C 2. ___ A 3. ___ E
 4. ___ D 5. ___ F 6. ___ B
- Total _____

PERCEPCIÓN VISUAL

- Personajes conocidos*
201. ¿Quién es?
 ___ Rey
 ___ Papa, Arzobispo, obispo Máx.=2

Reconocimiento de objetos

202. Objetos desde angulos inusuales
 ___ Gafas ___ Zapato ___ Monedero
 ___ Taza ___ Teléfono ___ Pipa
- Total Máx.=6

Reconocimiento de persona/función

203. Quién es o qué hace

CURSO DEL TIEMPO

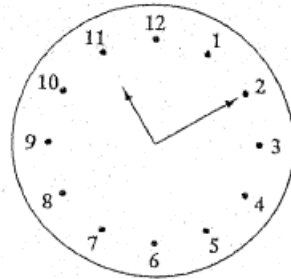
204. Estimación de la hora actual: _____
205. Duración estimada entrevista: _____
206. Duración real entrevista: _____

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

ANEXO II F:

Test del dibujo del reloj

COPIA ESTE DIBUJO CON TODOS LOS DETALLES



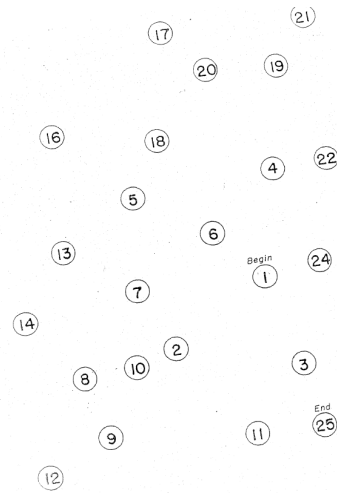
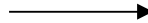
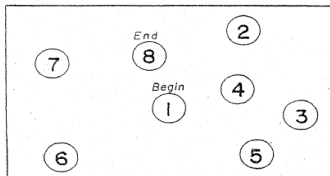
ANEXO II G:

Trail Making Test

TRAIL MAKING

Part A

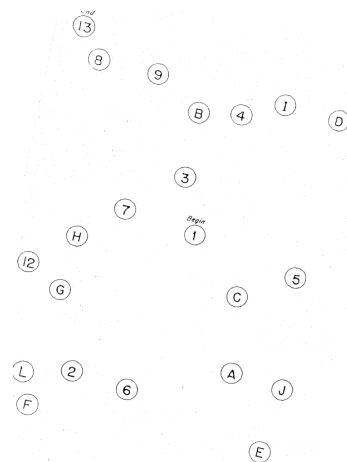
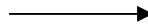
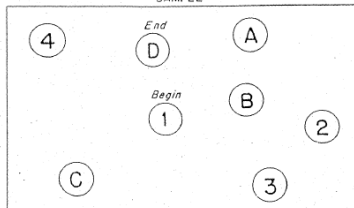
SAMPLE



TRAIL MAKING

Part B

SAMPLE



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

ANEXO II H: Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage. (Versión reducida de 15 ítems)

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

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

ANEXO III: HORARIO AFAVA: ORGANIZACIÓN DE LOS TALLERES

Sala Amarilla

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
16.00-16.20	Recepción y distribución de usuarios.				
16.20-17.15	Taller de memoria	Taller de pintura	Taller atención	Estimulación sensorial	Taller de ordenador
17.15-18.15	Meriendas + baños + Revistas + terminar fichas				
18.00-19.00	Orientación + psicomotricidad + AAVD		Kinect	Orientación + psicomotricidad + talleres varios	Kinect
19.00-19.15	Organización usuarios por transportes				
19.15-19.45	coro	cuento	refranes	coro	cuento

Sala Verde

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
16.00-16.20	Recepción y distribución de usuarios.				
16.20-17.15	Taller de memoria	Taller de Lectoescritura	Taller atención	Estimulación sensorial	Taller de pintura
17.15-18.15	Meriendas + baños + Revistas + terminar fichas				
18.00-19.00	Funciones ejecutivas	Taller de ordenador	Juegos motrices	Juegos motrices	Taller de ordenador
19.00-19.15	Organización usuarios por transportes				
19.15-19.45	Coro	Cálculo	Praxis	AAVD	Tablets

Sala Naranja

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
16.00-16.20	Recepción y distribución de usuarios.				
16.20-17.45	Taller de orientación +Psicomotricidad				
17.45-18.10	Meriendas + baños + Revistas + proyector o tablets				
18.10-19.00	Taller de memoria	Taller de cálculo	Taller de lectoescritura	Taller de atención	Taller de trazos y praxis
19.00-19.15	Organización usuarios por transportes				
19.15-19.45	Coro	Pintura	Taller de ordenador	Refranes	Tablets

ANEXO IV: SESIONES PRÁCTICAS DE LOS TRATAMIENTOS INDIVIDUALES

Tratamiento Individual con C. R.

Esta usuaria presenta un deterioro cognitivo moderado/grave con un alto grado de dependencia y riesgo de caída. Debido al estadio severo de la enfermedad de la paciente, dedicamos especial atención a las actividades de la vida diaria y estimulación sensorial a través de tres sesiones de 30 minutos cada una:

1ª SESIÓN
<i>Descripción de las actividades:</i> Entrevista con la paciente para tener un primer contacto y conocer aspectos relevantes de su vida, así como su centro de intereses con el fin planificar las próximas intervenciones de acuerdo a ello.
<i>Áreas de intervención:</i> Lenguaje, memoria, atención y orientación.
<i>Participación:</i> Buena.
<i>Observaciones:</i> Se mostró participativa y comunicativa con ayuda.

2ª SESIÓN
<i>Descripción de las actividades:</i> Esta sesión se trabajó ciertas actividades de la vida diaria, concretamente en relación a la higiene y aseo personal. Llevamos un neceser con utensilios de higiene y aseo (esponja, cepillo de dientes, pasta de dientes, champú, gel, colonia, peine, cepillo, toalla...) y fuimos paso por paso explicando para qué sirve cada cosa y cómo y cuándo se utiliza; dejando que fuera ella la que nos explicara con nuestra ayuda. Después pasamos una ficha en la que tenía que colorear solo los utensilios que sirven para el aseo.
<i>Áreas de intervención:</i> Lenguaje, memoria, atención y funciones ejecutivas.
<i>Participación:</i> Buena.
<i>Observaciones:</i> La costaba recordar el nombre de muchos utensilios pero sabía bastante bien para se usaba cada uno.

3ª SESIÓN
<i>Descripción de las actividades:</i> En esta ocasión trabajamos con el programa de ordenador "smartbrain" (sistema interactivo de estimulación cognitiva) actividades cortas y sencillas de las diferentes áreas cognitivas para definir el nivel que tiene en cada una y descubrir sus puntos fuertes y débiles. A partir de estos puntos podríamos plantearnos actividades que potencien sus fortalezas.
<i>Áreas de intervención:</i> Lenguaje, memoria, atención, funciones ejecutivas, orientación y cálculo.

Participación: Buena.

Observaciones: Se mostró más cansada que otros días pero de igual modo trabajó bien.

Tratamiento Individual con E. O.

El deterioro cognitivo de esta paciente es medio o moderado y sospechamos que también sufre depresión por la muerte reciente de su marido; por ello procuramos establecer un vínculo de confianza y seguridad con ella y fomentar sobre todo experiencias positivas y motivadoras. También se desarrollaron 3 sesiones de 30 minutos:

1ª SESIÓN

Descripción de las actividades: Entrevista con la paciente para tener un primer contacto y conocer aspectos relevantes de su vida, así como su centro de intereses con el fin de planificar las próximas intervenciones de acuerdo a ello.

Áreas de intervención: Lenguaje, memoria, atención y orientación

Participación: Buena.

Observaciones: Al principio se mostró reticente, pero a medida que hablamos se fue sintiendo más cómoda y me contó muchas cosas de su vida. Se puso bastante triste al hablar de la muerte de su marido.

2ª SESIÓN

Descripción de las actividades: Como en la entrevista me dijo que le gustaba la repostería, utilizamos como sesión de motivación una ficha con una receta incompleta para rellenar.

Después le mostramos fotografías de postres y debía escribir el nombre de cada uno de ellos.

Áreas de intervención: Lenguaje, memoria, gnosias y atención.

Participación: Regular.

Observaciones: Se ha mostrado cansada y con los ánimos bajos. No quería trabajar porque decía que no se acordaba de nada y que lo iba a decir mal.

3ª SESIÓN

Descripción de las actividades: Terminaremos las tareas programadas en la anterior sesión que no pudimos acabar debido a que la usuaria estaba cansada. Charlaremos con ella para crear un clima de confianza y que cada vez se sienta más cómoda en las sesiones individuales.

Áreas de intervención: Lenguaje, memoria y gnosias.

Participación: Regular.

Observaciones: No quiso escribir porque según ella lo hacía muy mal y no se iba a acordar de nada, así que hicimos las actividades oralmente. Supo reconocer todos los postres, pero pronto se cansó y quería irse.

Tratamiento en Parejas con I. A. y A. R.

Con estas dos pacientes realizamos las sesiones en pareja, son muy amigas y están acostumbradas a trabajar juntas, además presentan unas características y deterioro cognitivo moderado similar que nos facilitará ajustar las actividades.

En este caso desarrollamos 4 sesiones de 50 minutos cada una:

1ª SESIÓN
<i>Descripción de las actividades:</i> Entrevista con las pacientes para tener un primer contacto y conocer aspectos relevantes de su vida, así como su centro de intereses con el fin de planificar las próximas intervenciones de acuerdo a ello
<i>Áreas de intervención:</i> Lenguaje, memoria, atención y orientación.
<i>Participación:</i> Buena.
<i>Observaciones:</i> Ambas son participativas y extrovertidas lo que facilita el trabajo con ellas. Me hablaron sobre su familia, pueblos, vacaciones... y que les encanta venir al centro.

2ª SESIÓN
<i>Descripción de las actividades:</i> En primer lugar enseñamos varios vídeos de los lugares en los que nacieron: Fresnedo de Valdellama (León) y Salamanca, para que ellas nos vayan contando lo que ven, lo que reconocen y lo que sienten. Tras el vídeo mostramos fotos que han aparecido en el vídeo para que nos escriban como se llaman esos lugares.
<i>Áreas de intervención:</i> Lenguaje, memoria, atención, praxias, gnosias y orientación.
<i>Participación:</i> Buena.
<i>Observaciones:</i> Reconocieron sin dificultad la mayoría de los lugares que aparecían tanto en los vídeos como en las fotos.

3ª SESIÓN
<i>Descripción de las actividades:</i> El trabajo de esta sesión consiste en confeccionar una lista con todas las ciudades de España en las que han vivido o visitado para finalmente localizarlas en un mapa político mudo. Para terminar buscamos en internet fotografía

y vídeos interesantes sobre los lugares trabajados. (Véase en el <i>ANEXO V E</i>)
<i>Áreas de intervención:</i> Lenguaje, memoria, atención, orientación y gnosias.
<i>Participación:</i> Buena.
<i>Observaciones:</i> Como siempre muy participativas y colaboradoras. Recordaron muchos lugares pero necesitaron cierta ayuda para localizarlos en el mapa.

4ª SESIÓN

<i>Descripción de las actividades:</i> Como las gusta mucho pintar y es la última sesión, haremos una ficha para trabajar la atención en la que deberán colorear un dibujo en función de las instrucciones que aparecen en la ficha.
<i>Áreas de intervención:</i> Atención y praxias.
<i>Participación:</i> Buena.
<i>Observaciones:</i> Les gustó mucho pero no las dio tiempo terminarlo.

Tratamiento en Parejas con I. B. y L. S.

Estas pacientes tiene un deterioro leve y han hecho muy buenas migas desde que están en el centro, así que desarrollamos 3 sesiones en pareja con una duración de 50 minutos:

1ª SESIÓN

<i>Descripción de las actividades:</i> Entrevista con las pacientes para tener un primer contacto y conocer aspectos relevantes sobre sus vidas y centro de intereses para así planificar las próximas intervenciones de acuerdo a ello.
<i>Áreas de intervención:</i> Lenguaje, memoria, atención y orientación.
<i>Participación:</i> Buena.
<i>Observaciones:</i> Tienen una buena memoria remota, me contaron muchos detalles sobre su vida: cuando se casaron, trabajo de sus hijos, colegio de sus nietos, ciudades donde vivieron... L. se puso a llorar y nos confesó que la acababan de decir que tenía alzheimer. Al principio se enfadó con su hijo por traerla al centro pero ahora dice que no lo cambiaría por nada (lleva en el centro un mes escaso.)

2ª SESIÓN

<i>Descripción de las actividades:</i> Trabajamos varios Power point sobre discriminación perceptiva, atención y lenguaje.
<i>Áreas de intervención:</i> Lenguaje, memoria y atención.
<i>Participación:</i> Buena.
<i>Observaciones:</i> Estuvieron muy activas y trabajadoras, lo acertaron prácticamente

todo.

3ª SESIÓN

Descripción de las actividades: Utilizamos una baraja de cartas para trabajar esta sesión: agrupar por palos, por números, tapar cartas y memorizarlas, buscar parejas...

Áreas de intervención: Lenguaje, memoria, atención.

Participación: Buena.

Observaciones: Les gustó mucho el juego y se divirtieron.

