



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social
Máster Universitario en Psicopedagogía

Trabajo Fin de Máster

Curso académico 2020/2021

Estimulación cognitiva y sensorial a través de la cocina y la alimentación: propuesta de intervención psicopedagógica para personas diagnosticadas con Enfermedad de Alzheimer en fase leve

Autora: Laura Saldaña Iglesias

Tutor: Dr. Pablo de la Rosa Gimeno

Valladolid, junio 2021

RESUMEN

Gracias a los grandes avances científicos, cada vez se cuenta con más información acerca de la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, aún se desconoce su cura. En la actualidad, la atención a las personas que la sufren está considerada como una prioridad sociosanitaria debido al gran número de porcentaje de población mundial afectada, y que se espera que aumente notablemente en los próximos años, debido a una mayor esperanza de vida de las personas, entre otras razones.

Por ello, se plantea una propuesta de intervención psicopedagógica en estimulación cognitiva y sensorial a través de la alimentación y cocina, con la finalidad de lograr el mayor mantenimiento de las capacidades funcionales de la persona, así como fomentar una mejora en calidad de vida y bienestar personal.

PALABRAS CLAVE: Alzheimer, estimulación cognitiva, estimulación sensorial, cocina, intervención psicopedagógica, tratamiento no farmacológico.

ABSTRACT

Thanks to the big scientific advances, we are more conscious about alzheimer disease, but we don't know how to treat it yet. Nowadays, the care to the people who suffer from it is considered as an important public health due to the big percentage of people affected, besides it is expected to increase in the coming years as there is a bigger people's life expectancy.

Therefore, it is suggested a psychopedagogical intervention in cognitive and sensory stimulation by means of eating and cooking habits in order to archieve a greater maintenance of functional skills to improve the quality of life and personal well-being.

KEY WORDS: Alzheimer, cogntive stimulation, sensory stimulation, cooking, pyschopedagogical, non-pharmacological treatment

ÍNDICE

| | |
|--|----------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 2. OBJETIVOS | 2 |
| 3. JUSTIFICACIÓN | 2 |
| 4. MARCO TEÓRICO..... | 6 |
| 4.1. ENVEJECIMIENTO..... | 6 |
| 4.1.1. Origen, aproximación conceptual y definición..... | 6 |
| 4.1.2. Envejecimiento activo como respuesta preventiva para el deterioro físico, cognitivo y psicoemocional..... | 7 |
| 4.2. DEMENCIA..... | 9 |
| 4.2.1. Aproximación al concepto de demencia..... | 9 |
| 4.2.2. Fases de la demencia | 11 |
| 4.2.3. Tipos de demencia..... | 12 |
| 4.2.4. Criterios diagnósticos | 16 |
| 4.3. ALZHEIMER..... | 18 |
| 4.3.1. La enfermedad de Alzheimer. Aproximación a su origen y definición..... | 18 |
| 4.3.2. Factores de riesgo..... | 22 |
| 4.3.3. Manifestaciones clínicas y fases evolutivas de la enfermedad de Alzheimer | 23 |
| 4.3.4. Criterios diagnósticos | 26 |
| 4.4. TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS PARA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y SENSORIAL | 29 |
| 4.4.1. Estimulación cognitiva | 31 |
| 4.4.2. Estimulación sensorial..... | 34 |
| 4.5. ESTRATEGIAS NACIONALES Y AUTONÓMICAS PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO | 36 |
| 4.6. ATENCIÓN A LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON ALZHEIMER | 40 |
| 4.6.1. Sobrecarga emocional y psicológica en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer..... | 40 |
| 4.6.2. Atención psicosocial a los familiares y/o cuidadores de enfermos de Alzheimer..... | 43 |
| 4.6.3. Documento de Voluntades Anticipadas..... | 45 |
| 4.7. EL ROL DEL PSICOPEDAGOGO COMO PROFESIONAL DE INTERVENCIÓN | 47 |
| 4.7.1. La psicopedagogía: origen y definición..... | 47 |
| 4.7.2. Funciones del profesional de la psicopedagogía..... | 48 |
| 4.7.3. Ámbitos de intervención del psicopedagogo/a..... | 49 |

| | |
|---|-----------|
| 5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN | 50 |
| 5.1. JUSTIFICACIÓN..... | 50 |
| 5.2. DESTINATARIOS DE LA INTERVENCIÓN | 51 |
| 5.3. OBJETIVOS..... | 52 |
| 5.4. METODOLOGÍA | 52 |
| 5.5. TEMPORALIZACIÓN..... | 53 |
| 5.6. ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES | 54 |
| 5.7. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES | 55 |
| 5.8. RECURSOS | 72 |
| 5.9. EVALUACIÓN..... | 73 |
| 6. CONCLUSIONES | 75 |
| 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 78 |
| 8. ANEXOS | 87 |
| ANEXO I. Organización de actividades con sus correspondientes objetivos, sesión a la que pertenecen, duración aproximada y lugar de realización. | 88 |
| ANEXO II. Cuestionario de Pfeiffer | 94 |
| ANEXO III. Ficha actividad 1. Sesión 1..... | 95 |
| ANEXO IV. Ficha actividad 2. Sesión 1..... | 96 |
| ANEXO V. Ficha actividad 6. Sesión 3..... | 97 |
| ANEXO VI. Ficha actividad 7. Sesión 4..... | 98 |
| ANEXO VII. Ficha actividad 8. Sesión 4. | 99 |
| ANEXO VIII. Ficha actividad 10. Sesión 5..... | 100 |
| ANEXO IX. Ficha actividad 12. Sesión 6..... | 101 |
| ANEXO X. Ficha actividad 16. Sesión 8..... | 102 |
| ANEXO XI. Ficha actividad 17. Sesión 8..... | 103 |
| ANEXO XII. Ejemplo de resultado mural- pirámide alimenticia. | 104 |
| ANEXO XIII. Cuestionario de satisfacción de los participantes con la intervención..... | 105 |
| ANEXO XIV. Cuestionario de evaluación de la intervención (objetivos y contenidos planteados, actividades y recursos de la intervención)..... | 106 |
| ANEXO XV. Cuestionario de autoevaluación del profesional de la psicopedagogía sobre su propia acción. | 107 |

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer sigue siendo una de las enfermedades con mayor número de diagnósticos a nivel nacional y en el resto de países del mundo actualmente, aunque no existen datos estadísticos oficiales sobre el número de personas afectadas por esta enfermedad. Los estudios epidemiológicos muestran niveles altos de incidencia de esta enfermedad; esperándose que, en los próximos años la incidencia sea aún mayor debido al aumento de la esperanza de vida (Fillat, 2020).

El abordaje de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias está considerado como una prioridad del siglo XXI, puesto que no solo repercute en la vida de las personas que la sufren, en sus familiares y/o cuidadores principales, sino que también supone un gran impacto socioeconómico para la sociedad en general (González et al., 2019).

Por esta razón, con el presente Trabajo Fin de Máster se pretende dar una respuesta a las necesidades de este colectivo, desde el punto de vista psicopedagógico, con la finalidad de contribuir a la mejora de su calidad de vida y bienestar, mediante la aplicación de una propuesta de intervención basada en estimulación cognitiva y sensorial.

Este Trabajo Fin de Máster se estructura en cinco grandes apartados. En el primero, se establecen los objetivos, los cuales determinan la finalidad que se pretende conseguir con el mismo; el segundo apartado corresponde a la justificación del tema a abordar en este trabajo, destacando las motivaciones e intereses, así como las competencias profesionales desarrolladas dentro del ámbito de la psicopedagogía.

En el siguiente apartado, se refleja la fundamentación teórica elaborada que permite establecer la recogida de información acerca del tema de estudio, realizando una aproximación a la enfermedad de Alzheimer, los tratamientos existentes (ya que aún no existe cura para la misma), la revisión de las estrategias y acciones nacionales actuales para su respuesta así como la atención que recibe el entorno más cercano de cada afectado por esta enfermedad y como puede intervenir el profesional de la psicopedagogía para atender sus necesidades. Seguidamente, se plantea una propuesta de intervención psicopedagógica que permita ralentizar el deterioro funcional en la persona diagnosticada con Alzheimer y contribuir a un mejor bienestar personal y calidad de vida.

Finalmente, el último apartado, recoge las cuestiones finales obtenidas, una propuesta de líneas futuras de investigación, así como la necesidad de valorar y comprender la importancia del profesional de la psicopedagogía, en este caso, en los contextos gerontológicos, debido a las necesidades actuales y las que se presentarán en años posteriores.

2. OBJETIVOS

El presente Trabajo Fin de Máster tiene como **objetivo principal** diseñar una propuesta de intervención psicopedagógica de estimulación cognitiva y sensorial basada en la cocina y la alimentación equilibrada para personas diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer, concretamente en estadio I o fase leve de la enfermedad.

A partir de este objetivo general, se plantean los siguientes **objetivos específicos**:

- Revisar y profundizar en la literatura científica sobre el tratamiento psicosocial a las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer.
- Conocer el impacto actual de la enfermedad en la sociedad.
- Justificar la importancia del papel profesional de la psicopedagogía como agente capacitado para la intervención y atención tanto para las personas diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer como el apoyo psicosocial a sus familiares y/o cuidadores principales.
- Desarrollar una propuesta de intervención psicopedagógica que permita dar respuesta a las necesidades de las personas que padecen dicha enfermedad, con el fin de mejorar su calidad de vida y bienestar y contribuir al mantenimiento de las funciones cognitivas y sensoriales, principalmente.

3. JUSTIFICACIÓN

Como ya se ha mencionado anteriormente, la enfermedad de Alzheimer sigue siendo una de las enfermedades con mayor número de diagnósticos tanto a nivel nacional como mundial, siendo la demencia asociada a ella la más frecuente en la población.

Hasta el momento, la mayoría de las intervenciones realizadas con las personas diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer se han basado en tratamientos farmacológicos; sin embargo, se ha comprobado científicamente que la combinación del tratamiento farmacológico con el no farmacológico resulta más eficaz para la ralentización de las pérdidas funcionales de la persona (CEAFA, 2016; Zamarrón et al., 2008), manifestación clínica muy frecuente especialmente en las capacidades cognitivas y sensoriales.

Por ello, se ha decidido enfocar el presente Trabajo Fin de Máster al abordaje de la enfermedad de Alzheimer a través de intervenciones psicopedagógicas, debido a la necesidad y emergencia sociosanitaria para dar una mayor respuesta y al mismo tiempo concienciar en la importancia de creación de nuevas políticas y planes mundiales, nacionales y autonómicos, no solo para la atención individual de la persona que padece de la enfermedad sino también para sus familiares y cuidadores principales, los cuales se ven especialmente afectados, ya que se caracteriza por una enfermedad de larga duración y de deterioro progresivo incurable, ocasionando en muchos de los casos la dependencia total.

Junto con todo lo anterior, también existe una motivación e interés personal en relación a la justificación de elección del tema de la enfermedad de Alzheimer. Los estudios universitarios realizados durante la etapa formativa de los grados (Educación Primaria y Educación Infantil) proceden del ámbito educativo formal, concretamente con intervenciones con niños y niñas de las primeras edades (concretamente desde los tres a los doce años de edad, aproximadamente). El hecho de haber podido realizar el Máster en Psicopedagogía me ha permitido abordar el presente tema que lleva siendo de gran interés desde años atrás por circunstancias familiares y que no se ha podido trabajar por las características de la formación de los grados anteriormente mencionados.

Por esta razón, en este Trabajo Fin de Máster se plantea iniciar un tratamiento no farmacológico basado en estimulación cognitiva y sensorial desde el ámbito de la psicopedagogía (hasta hace muy pocos años tan sólo recibían atención las personas diagnosticadas con dicha enfermedad desde el ámbito sociosanitario).

Para poder lograr todo lo anterior, es fundamental señalar y aplicar las competencias formativas planteadas para la titulación del Máster Universitario en Psicopedagogía, cursante en la Facultad de Educación y Trabajo Social de Valladolid, Universidad de Valladolid, que se encuentran reflejadas en la Guía Docente del presente Máster.

A continuación, se especifican las competencias que se han desarrollado con la elaboración de este Trabajo Fin de Máster, siendo esencial su adquisición para la capacitación profesional y aplicación en la futura labor profesional en contexto reales.

Competencias generales

- *CG3. 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.*

A lo largo del desarrollo del presente Trabajo Fin de Máster se ha ido empleando de una terminología adecuada a los conceptos a tratar, especificando sus fuentes e importancia para este trabajo, con la finalidad de justificar el porqué de cada uno de los puntos reflejados a lo largo del mismo de una manera clara y concisa, al igual que la naturaleza del tema y su relevancia como atención desde el contexto de la psicopedagogía.

- *CG5. 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.*

La propuesta de intervención psicopedagógica ha estado sustentada a lo largo de su desarrollo por el código ético de la profesión, siempre realizándose bajo el respeto a las personas destinatarias de la misma y su entorno familiar, entendida siempre como una propuesta de mejora y beneficio positivo para las mismas.

- *CG6. Actualizarse de manera permanente en las TIC para utilizarlas como instrumentos para el diseño y desarrollo de la práctica profesional.*

Esta competencia se ve reflejada a lo largo del presente Trabajo Fin de Máster, es decir, no solo durante el período destinado para la búsqueda, análisis y selección de la literatura científica empleada para la construcción del marco teórico sobre el que se sustenta este trabajo, sino también en la propia propuesta de intervención diseñada, ya que se ha empleado como herramienta principal para la creación de algunas de las actividades y materiales diseñados para ella.

Competencias específicas

- *CE1. Diagnosticar y evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto.*
- *CE4. Diseñar, implementar y evaluar prácticas educativas, programas y servicios que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.*

La propuesta de intervención psicopedagógica diseñada se compone de actividades que tienen como objetivo principal atender las necesidades de los destinatarios de la intervención, que en este caso son las personas con enfermedad de Alzheimer, especialmente las referidas a la mejora de su calidad de vida y bienestar personal al igual que el mantenimiento de las funciones cognitivas y sensoriales (las cuales se ven gravemente deterioradas a medida que avanza la enfermedad).

- *CE5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.*

Para el diseño y creación de la propuesta de intervención, se han tenido en cuenta las necesidades que pudiesen presentar las personas diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer (concretamente las que se encuentran en el estadio I o fase leve de la enfermedad), recogidas tras una previa investigación bibliográfica, para poder dar una óptima respuesta a las mismas.

- *CE6. 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.*

En la propuesta, a pesar de que las acciones principales están dirigidas para ser realizadas por un/una profesional de la psicopedagogía, entendido/a como guía en el desarrollo y puesta en práctica de cada una de las actividades, también se cuenta con la colaboración de otros profesionales, por lo que se pretende realizar una coordinación profesional con todos los agentes de intervención (incluidas las familias), para poder ofrecer la mejor y más adaptada respuesta a las

características y necesidades de las personas destinatarias directas de la intervención.

- *CE8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.*

En el apartado de conclusiones del presente Trabajo Fin de Master se presentan una serie de futuras líneas de investigación propuestas que podrían llevarse a cabo para poder ofrecer una mayor respuesta psicopedagógica a las necesidades de las personas con las que se va a intervenir.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. ENVEJECIMIENTO

4.1.1. Origen, aproximación conceptual y definición

La etapa de la vejez y los procesos de envejecimiento han sido objeto de estudio y curiosidad para el ser humano a lo largo de la historia, aunque no siempre desde enfoques científicos; las personas siempre han mostrado interés por “la prolongación de la vida”, con el fin de alcanzar la vida eterna y evitar el momento de la muerte. Gracias a este interés, emergieron disciplinas como la gerontología, la geriatría y la psicopedagogía (Carbajo, 2008).

Hasta hace unos años, el inicio de la etapa de la vejez estaba marcada por el momento en el que la persona dejaba de realizar su oficio o profesión, es decir, la jubilación laboral. En la actualidad, aunque ésta suele ocurrir cuando la persona alcanza los 60-65 años aproximadamente, no se considera que una persona ha comenzado la etapa de la vejez hasta los 75-80 años en adelante (Carbajo, 2009).

En este sentido, Prieto et al. (2009) entienden el envejecimiento como un proceso que transcurre en tres fases:

- Entrada en la cultura y en los escenarios del envejecimiento. Muchas personas, aun sin tener primeras manifestaciones de deterioro multifuncional, comienzan a ser incluidas en la etapa de la vejez al producirse determinados acontecimientos

sociales, familiares y laborales como, por ejemplo, la jubilación laboral o incluso el nacimiento de un nieto/a.

- Primeras manifestaciones de deterioro cognitivo y físico. Aparecen esas primeras adaptaciones y afectaciones sobre las limitaciones producidas.
- Etapa final de la vida, en donde la persona generalmente siente deseo por aferrarse a la vida y seguir disfrutando de ella.

Por lo tanto, el envejecimiento no solo debe ser entendido como un proceso natural en que se van produciendo progresivamente transformaciones físicas, metabólicas y cognitivas en una persona (Queralt, 2016) sino también es una etapa de gran vitalidad, en la que se pueden seguir adquiriendo aprendizajes, estableciendo nuevas interacciones sociales así como la ampliación de la red social, contribuyendo a que la persona pueda seguir desarrollándose y al mismo tiempo alejar la concepción errónea del envejecimiento, que con frecuencia es entendido como una etapa de abandono, renuncia o carencia de oportunidades para la adquisición de nuevos aprendizajes y vivencias por el hecho de haber alcanzado la etapa de la vejez.

Es importante señalar que el concepto de envejecimiento irá cambiando a medida que avancen los años; los avances científicos y tecnológicos, así como los cambios sociales y demográficos, han originado un aumento en la esperanza de vida del ser humano. Entre los años 2015-2050 se espera que el porcentaje de población de edad mayor de 60 años duplique al actual, llegando a representar un 22% del total de la población mundial (Organización Mundial de la Salud, 2018).

4.1.2. Envejecimiento activo como respuesta preventiva para el deterioro físico, cognitivo y psicoemocional

A finales de los años 90, la Organización Mundial de la Salud introdujo el concepto de envejecimiento activo, entendido como un proceso de aprovechamiento de las oportunidades que brinda la vida, con el fin de mejorar su calidad y bienestar personal, es decir, que las personas que se encuentran en la etapa de la vejez sigan siendo consideradas con capacidad para contribuir a la sociedad además de tener la posibilidad de seguir adquiriendo conocimientos y aprendizajes (Organización Mundial de la Salud, 2015); de esta manera se

permite que las personas mayores no solo adquieran nuevas experiencias educativas, sino que además tengan una mayor integración social y establezcan nuevas redes sociales (Cambero y Díaz, 2019).

Junto con lo anterior, el envejecimiento activo y saludable también supone una medida de actuación preventiva, ya que se espera que en los próximos años aumente el número de diagnósticos de demencias, influenciadas en gran medida por el aumento de la esperanza de vida. Por lo tanto, es esencial que las personas sean conscientes de la importancia de realizar una alimentación saludable, ejercicio físico regular, así como actividades que permitan el mantenimiento de la reserva cognitiva, no solo para seguir manteniendo una autonomía personal sino también como prevención de enfermedades y problemas que deriven en demencias. Aunque aún no se conoce el origen y causas que provocan la enfermedad, sí que existen factores de riesgo controlables como la alimentación y la actividad física que pueden aumentar las probabilidades de padecerla años después.

Las políticas públicas orientadas a la atención a las personas mayores se han hecho eco de esos planteamientos y han puesto en marcha planes y actuaciones, tanto a nivel estatal como autonómico, con el fin de promover un envejecimiento activo en la población actual.

A nivel nacional, existe un texto publicado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en adelante IMSERSO), conocido por el nombre de “Libro Blanco del Envejecimiento Activo”, en el que se señala la importancia de desarrollar hábitos de vida saludables, con el fin de mantener las capacidades físicas y cognitivas, así como lograr un bienestar psicológico y emocional de la persona y, por consiguiente, una mejor calidad de vida (Causapié et al., 2011). Para ello, el IMSERSO cuenta con diversos programas nacionales de promoción del envejecimiento, que tienen como finalidad prevenir la dependencia y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, y al mismo tiempo contribuir a la activación de los sectores de turismo y hostelería a través de programas de termalismo y de turismo (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2020). Además de lo anterior, también se han creado los “Espacios Mayores” donde se llevan a cabo programas universitarios para mayores, enfocados en la adquisición nuevos conocimientos y experiencias; están distribuidos a lo largo de las diferentes universidades nacionales; a nivel autonómico se encuentran en la Universidad de Salamanca, la Universidad de León, Universidad de Valladolid y Universidad Permanente “Millán Santos”, entre otras (Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores, s.f.).

A nivel autonómico, la Junta de Castilla y León aprobó en el año 2003 la *Ley 5/2003, de 3 de abril de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León*, que tiene por objetivo asegurar una protección jurídica y de atención de las personas mayores así como la promoción del envejecimiento activo, para mejorar la calidad de vida de las personas mayores de Castilla y León. En ella, se señala la necesidad de diseñar y poner en marcha proyectos y programas de promoción, sensibilización y prevención del envejecimiento, además de promocionar a que las personas mayores pueden seguir participando y contribuyendo en la comunidad social. En este sentido, el Servicio de Atención a Personas Mayores y Prevención de Dependencia de la Junta de Castilla y León, cuenta con un espacio llamado “Club de los 60. Envejecimiento Activo”, donde se recogen diferentes programas vigentes en la actualidad, que están enfocados a la promoción del envejecimiento activo. Algunos de ellos son: programa de viajes, programa integral de envejecimiento activo, programa de acercamiento intergeneracional (Junta de Castilla y León, s.f.).

4.2. DEMENCIA

4.2.1. Aproximación al concepto de demencia

El concepto “demencia”, proviene etimológicamente del latín, *demens*, que significa “sin mente”. En un poema de Tito Lucrecio (siglo I a.C.), se hizo una primera alusión a este término, entendiéndose como una enfermedad cerebral ocasionada por el envejecimiento de la persona, pero asociada al delirio o locura (la esperanza de vida de la época era de 30 años). Por esta razón, se empleaba este término para referirse a cualquier estado de una persona que presentase deterioro cognitivo, conductas y/o comportamientos entendidos como “no-normales” (Díaz et al., 2010).

Tras el paso de los años, el término ha ido evolucionando y adaptándose al ritmo de las investigaciones. A mediados del siglo XIX, fue cuando se comenzó a mostrar mayor atención. Primero fue J. Étienne Dominique Esquirol, un psiquiatra francés que definió la demencia como un hecho irreversible asociado a la edad; Antoine-Laurent Jessé Bayle quien en el año 1822 la estableció como una enfermedad causante de lesiones en el sistema nervioso central, ocasionando en la persona una parálisis general, lo que en la actualidad se conoce como demencia paralítica o enfermedad de Bayle (Díaz et al., 2010).

Existen numerosas definiciones de autores sobre lo que se entiende por demencia, aunque todas son muy similares entre sí ya que comparten la idea de que la demencia provoca el deterioro de las funciones cognitivas principalmente. A continuación, se reflejan algunas de las recogidas tras la revisión de varias fuentes bibliográficas.

1. Deterioro progresivo de las facultades mentales causantes de trastornos graves de conducta (Real Academia Española, s.f.).
2. Reducción de la capacidad intelectual, comparada con el nivel previo de función, que se acompaña de cambios psicológicos y conductuales, dando lugar a alteraciones en las capacidades sociales (Peña, 1999).
3. Enfermedad cerebral caracterizada por la pérdida de habilidades cognitivas, originando lesiones cerebrales hasta alcanzar la plena incapacitación de la persona (Hernández y López, 2016).
4. Síndrome clínico caracterizado por el deterioro significativo de una o más áreas de funcionamiento cognitivo: aprendizaje, memoria, lenguaje cognición social, sensorial y motora (Martín, 2017).
5. Síndrome crónico y progresivo determinado por la pérdida de la capacidad de procesamiento del pensamiento, afectando a las funciones de memoria, orientación, comprensión, cálculo y lenguaje, además del deterioro del control emocional (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Actualmente, la demencia es una de las principales causas de discapacidad en las personas mayores a nivel mundial y se espera sea mayor en los próximos años porque se está comprobando que, debido a una mayor esperanza de vida de las personas, está dando lugar al aumento de patologías de demencia, siendo la demencia asociada a la enfermedad de Alzheimer la más frecuente en las personas mayores (Díaz et al., 2010).

En el año 2010, a nivel mundial, alrededor de 35,6 millones de personas padecían de demencia; se espera que la cifra se duplique cada 20 años, pudiendo llegar a padecerla en el año 2050, 115,4 millones de personas (Martín, 2017).

4.2.2. Fases de la demencia

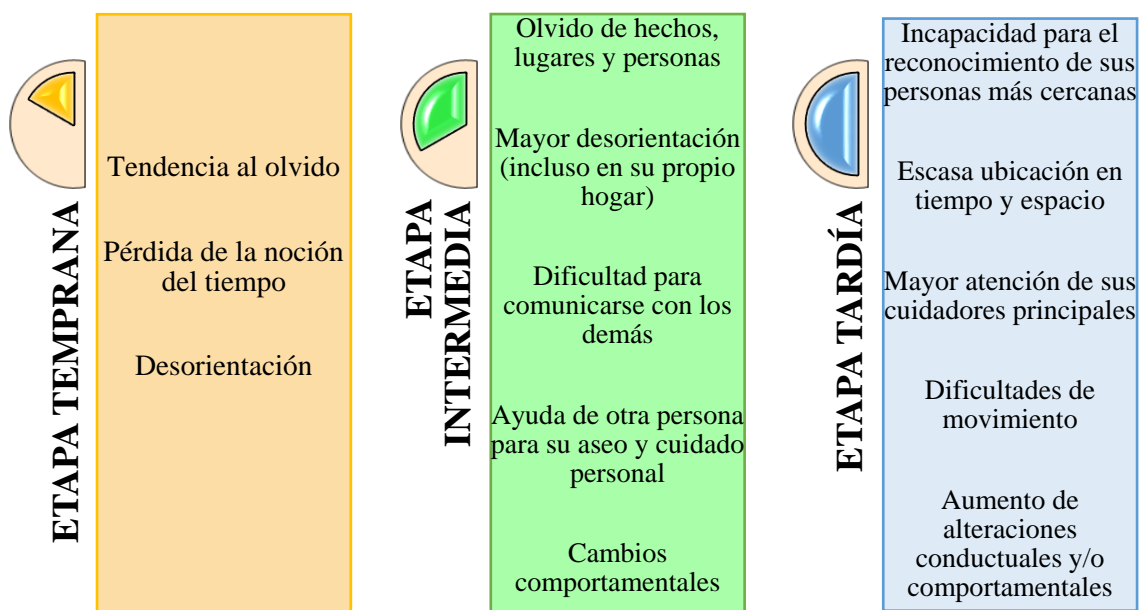
La demencia, aunque posee unas características comunes en las personas que la padecen, puede afectar de manera distinta y tener un ritmo evolutivo diferente porque influye el grado de afectación que se tenga. Aunque no existen etapas precisas cronológicamente sobre el desarrollo de la demencia, sí que es posible realizar una aproximación organizándolas en: temprana, intermedia y tardía (Organización Mundial de la Salud, 2020).

- **Etapa temprana.** Generalmente es desapercibida, de ahí su difícil diagnóstico precoz ya que se va produciendo de manera paulatina.
- **Etapa intermedia.** Se reflejan los primeros síntomas y signos más evidentes.
- **Etapa tardía.** Corresponde a la última etapa, donde el grado de dependencia es muy alto, provocando frecuentemente la nula autonomía de la persona; además, los deterioros funcionales son más y de mayor gravedad.

Además de lo anterior, también se reflejan los signos y síntomas más frecuentes en cada una de ellas.

Figura 1.

Clasificación de las etapas de la demencia.



Nota: Elaboración propia en base a las categorías de Organización Mundial de la Salud (2020).

4.2.3. Tipos de demencia

Como se ha señalado anteriormente, existen muchos tipos de demencia. Por ello, diversos autores han establecido clasificaciones para diferenciarlas, atendiendo a diferentes criterios.

En la tabla 1, se refleja la clasificación de tipos de demencias según Fundación Alzheimer España (2015), donde no menciona ningún tipo de demencia específica, pero sí establece diferentes criterios como: edad de inicio, zonas cerebrales afectadas, etiología y factor genético.

Tabla 1.

Clasificación de los tipos de demencia.

| CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE DEMENCIA | |
|---|--|
| CRITERIOS | TIPOS |
| Según la edad de inicio | <p>Esta cada vez es la menos utilizada y tan solo sirve como complemento para diferenciar los subtipos de demencias.</p> <p>Se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Presenil, temprana o de inicio precoz (comienza antes de los 65 años y es de curso de deterioro muy rápido).• Senil, tardía o de inicio tardío (suele iniciarse en personas de más de 65 años y su curso de deterioro es lento). Esta es la más frecuente. |
| Según las estructuras cerebrales afectadas | <ul style="list-style-type: none">• Demencias corticales: cambios degenerativos en la corteza cerebral (amnesias, afasia, apraxias, agnosias, pérdida de memoria operativa).• Demencias subcorticales: lesiones en la estructura de la sustancia gris y blanca, afectando a los ganglios basales y tálamo, entre otros.• Demencias axiales: lesiones localizadas en las estructuras mediales del lóbulo temporal, hipocampo e hipotálamo, entre otros. |
| Según el grado de implicación del factor genético | <ul style="list-style-type: none">• Familiar: alteración genética hereditaria.• Esporádica: causa aún desconocida, pero se evidencian factores genéticos que pueden aumentar la probabilidad de padecer la enfermedad. |
| Según su etiología | <ul style="list-style-type: none">• Primarias: causa desconocida.• Secundarias: como consecuencia de un trastorno ya existente. |

Nota: Adaptada de *Clasificación de Demencias*, por Fundación Alzheimer España, 2015.

De manera más específica, Goñi et al. (2006) establecen una clasificación de las demencias, atendiendo a su etiología (agente causante de la demencia), conforme se refleja en la tabla 2.

Tabla 2.

Clasificación de las demencias según su etiología.

| Degenerativas | Metabólicas * |
|--|--|
| Enfermedad de Alzheimer Demencia frontotemporal Demencia con cuerpos de Lewy Enfermedad de Parkinson Síndrome de Down Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) Corea de Huntington | Hipo e hipertiroidismo, hipo e hiperparatiroidismo Hipoxia-isquemia Hipoglucemias crónicas recidivantes Síndrome de Cushing Síndrome de Addison Insuficiencia renal Insuficiencia hepática Enfermedad por depósito (Enfermedad de Wilson) |
| Vasculares | Infeciosas |
| Multiinfarto Enfermedad de Binswanger Vasculitis*: lupus, arteritis de la temporal, panarteritis nudosa | Complejo demencia-sida Enfermedad de Crutzfeldt-Jakob Enfermedad de Wipple* Meningoencefalitis brucelosa, tuberculosa*, etc., neurosífilis+, abscesos cerebrales*, panencefalitis esclerosante subaguda, encefalitis herpética* |
| Carenciales* | Desmielinizantes |
| Déficit de vitamina B ₁ , B ₁₂ y ácido fólico | Esclerosis múltiple |
| Neoplásicas | Tóxicas* |
| Tumores cerebrales primaria y metastásicos Meningitis carcinomatosa S. paraneoplásico | Alcohol, insecticidas, disolventes Fármacos: benzodiazepinas, neurolépticos Metales: Pb, Hg, Mn, Cu, Ta, As |
| Traumáticas | Otras |
| Hematoma subdural crónico* Demencia del boxeador y demencia postraumática | Hidrocefalia normotensiva* Sarcoidosis cerebral, epilepsias |
| * Causas de demencias potencialmente reversibles | |

Nota: Tomada de *Demencia por enfermedad de Pick* (p. 174), por Goñi et al., 2006, *SEMERGEN*, 32(4).

Añadiendo a lo anterior, Hernández y López (2016) indican que también encontramos demencias provocadas por infecciones cerebrales, traumatismos repetidos, o incluso por causas tóxicas y carenciales (en las que se destaca principalmente el alcoholismo).

Gil y Martín (2006), como bien se refleja en la tabla 3, establecen una clasificación de las demencias que engloba todo lo abordado anteriormente.

Tabla 3.

Clasificación de los tipos de demencia.

| |
|---|
| <p>Demencias degenerativas primarias</p> <ol style="list-style-type: none">1. Predominio cortical<ul style="list-style-type: none">- Enfermedad de Alzheimer- Demencia frontotemporal: enfermedad de Pick, afectación C. estriado, degeneración lóbulo frontal, afectación neuromotora- Degeneraciones focales: demencia semántica, atrofia cortical posterior, afasia primaria progresiva, prosopognosia progresiva, apraxia primaria progresiva2. Predominio subcortical<ul style="list-style-type: none">- Degeneración corticobasal- Demencias por cuerpos difusos de Lewy- Parálisis supranuclear progresiva.- Enfermedad de Parkinson- Demencia- Enfermedad de Huntington- Atrofias, multisistémica- Hederoataxias progresivas <p>Demencias vasculares</p> <ul style="list-style-type: none">- Demencia multiinfarto.- Demencia por infarto único en área estratégica- Enfermedad de pequeños vasos: estado lacunar, enfermedad de Binswanger, angiopatía cerebral amiloidea, enfermedad colágenos vascular con demencia, CADASIL- Demencia por hipoperfusión (isquemia-hipoxia)- Demencia hemorrágica: hemorragia traumática subdural, hemorragia cerebral- Otros mecanismos vasculares <p>Demencias secundarias</p> <ul style="list-style-type: none">- Metabólica: encefalopatía urémica, hepática, hipóxica e hipercápnica- Carencial: tiamina, ácido nicotínico, ácido fólico y vitamina B12- Endocrino: insuficiencia hipofisaria, hipo e hiperparatiroidismo, hipotiroidismo- Infecciosas: bacterias, micosis, vírica y priones- Mecanismo expansivo cerebral: tumor cerebral e hidrocefalia normotensiva- Fármacos: antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos, anticolinérgicos, antihistamínicos, benzodiacepinas, antidepresivos, anticonvulsivos, antiseoretos, inmunosupresores- Tóxicos: alcohol, toxinas orgánicas, metales pesados y demencia diálisis aluminio- Postraumáticas: demencia postraumática y demencia pugilística- Psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y reacción de conversión- Enfermedades de colágeno: sarcoidosis, bechet, lupus eritematoso sistémico- Enfermedades por depósito: porfiria, leucodistrofias, enfermedad por depósito de lípidos y enfermedad de Wilson- Miscelánea: epilepsia y esclerosis múltiple |
|---|

Nota: Tomada de *Demencia* (p.175), por Gil y Martín, 2006, Sociedad Española de Psicogeriatría.

A continuación, se explican brevemente los tipos de demencias más frecuentes (Martín, 2017).

1. Demencia en la enfermedad de Alzheimer

Es el tipo de demencia con mayor número de diagnósticos, representando entre un 60-80% del total de las demencias (Alzheimer Association, s.f.). Se va produciendo un deterioro cognitivo progresivo y de ritmo lento, afectando en al menos dos de las áreas cognitivas, siendo la memoria una de las más frecuentes.

2. Demencia vascular

La demencia vascular supone el segundo tipo de demencia que más se diagnostica, oscilando entre un 10-20% del total de diagnósticos de demencia; se produce por lesiones vasculares derivadas de ictus previos o micro accidentes vasculares repetidos, provocando alteraciones en las funciones ejecutivas frontales (Gil y Martín, 2006). A diferencia de la anterior, los signos y síntomas aparecen de manera rápida y suele aparecer en edades avanzadas.

3. Demencia con cuerpos de Lewy

De inicio similar la demencia de Alzheimer pero que tiene como principal diferencia la presencia de cuerpos de Lewy, depósitos celulares de proteínas acumulados en las zonas del cerebro encargadas de las funciones ejecutivas (memoria, pensamiento, movimiento...), causando su deterioro. Resulta complicado establecer un diagnóstico para este tipo de demencia ya que existen grandes parecidos con las demencias en las enfermedades de Alzheimer y Parkinson; varios científicos señalan que podría estar interrelacionada con ambas. Los signos más frecuentes son: fluctuación de los síntomas, presencia de alucinaciones, trastornos de conducta durante el sueño REM como: soñar hechos vividos, hablar dormido, movimientos bruscos...

4. Demencia en la enfermedad de Parkinson

Se caracteriza por un inicio agudo, que progresivamente se va agravando debido al desarrollo y evolución de la enfermedad de Parkinson. Posee características parecidas a la demencia en la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, tiene como

principal diferencia que en la enfermedad de Parkinson no siempre se llega a alcanzar la demencia plena en la persona.

5. Demencia frontotemporal

Dicho tipo de demencia se desarrolla de manera gradual y progresiva, observándose signos de deterioro de las funciones cognitivas y/sociales, así como manifestaciones de alteraciones conductuales (apatía, repeticiones de un mismo gesto, desinhibición ...) e incluso la hiperoralidad (tendencia excesiva de saborear objetos no comestibles al igual que tocar y oler de manera reiterada); además, se puede apreciar deterioro en el lenguaje, aunque se mantienen generalmente la memoria y las praxias. Algunos ejemplos de este tipo de demencia son: demencia por enfermedad de Pick, demencia frontal y demencia con enfermedad motoneurona (Goñi et al., 2006).

Además de las anteriores, también encontramos otros tipos de demencias menos frecuentes, que son: demencia en la enfermedad de Huntington, demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y demencia en la infección por VIH o Neurosida (Fundación Alzheimer España, 2015).

4.2.4. Criterios diagnósticos

A la hora de realizar un diagnóstico de demencia, se utiliza mayoritariamente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición, más conocido como DSM-5, ya que pretende servir como manual validado a nivel universal para el diagnóstico de los trastornos. En él, “demencia” es sustituido por “trastornos neurocognitivos mayores”, al considerarse que dicho concepto es peyorativo y de poca utilidad (Hernández y López, 2016).

A continuación, en la tabla 2, se detallan los criterios diagnósticos para Trastorno Neurocognitivo Mayor propuestos por el DSM-5.

Tabla 4.

Criterios diagnósticos de Trastornos Neurocognitivos Mayor, según el DSM-5.

| Criterios de diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Mayor (DSM-5) |
|--|
| <p>A. Evidencia de un declive cognitivo significativo a partir de un nivel previo de rendimiento en una o más áreas cognitivas (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, perceptiva-motora, o cognición social), basada en:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Apreciación del sujeto, una persona que le conozca bien, o del clínico de que se ha producido un declive significativo en el funcionamientob) Un deterioro sustancial en el rendimiento cognitivo, preferiblemente documentado por una evaluación clínica cuantificada. <p>B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía en las actividades cotidianas (esto es, como mínimo dan lugar a que se requiera de ayuda con actividades complejas de la vida diaria tales como pagar facturas o controlar la medicación).</p> <p>C. Los déficits cognitivos no ocurren únicamente en el contexto de un delirium.</p> <p>D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).</p> |
| <p>Especificar si es debido a: enfermedad de Alzheimer, degeneración frontotemporal, enfermedad con cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, daño cerebral traumático, uso de sustancias/medicación, infección por VIH, enfermedad priónica, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, otra entidad médica, etiología múltiple, o no especificada.</p> |
| <p>Especificar:</p> <p>Sin alteración de conducta: si el trastorno cognitivo no se acompaña de alguna alteración significativa de la conducta.</p> <p>Con alteración de conducta (especificar la alteración): si el trastorno cognitivo se acompaña de una alteración de la conducta clínicamente significativa (por ejemplo, síntomas psicóticos, alteración del humor, agitación, apatía, u otro síntoma de conducta).</p> |
| <p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>Ligero: Dificultades con actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, labores domésticas, manejo del dinero).</p> <p>Moderado: Dificultades con actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, alimentación, vestirse).</p> <p>Grave: Completamente dependiente</p> |

Nota: Adaptada de *Deterioro cognitivo y demencias. La enfermedad de Alzheimer* (p.18), por Martín, 2007, Editorial Médica Panamericana.

Existen otras clasificaciones como la CIE-11, elaborada por la OMS, que también se emplea para establecer diagnósticos, así como la clasificación de las diferentes enfermedades. De manera más específica para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, encontramos los criterios NIA-AA (11), elaborados por el *National Institute on Aging y Alzheimer's Association*.

4.3. ALZHEIMER

4.3.1. La enfermedad de Alzheimer. Aproximación a su origen y definición

En el año 1906, el psiquiatra y patólogo alemán Alois Alzheimer, presentó en una conferencia de psiquiatría realizada en la ciudad alemana *Tübingen*, que tras analizar el cerebro de una paciente fallecida que presentaba signos de pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones y demencia, descubrió la presencia de lesiones cerebrales, concretamente se hallaron placas seniles (formadas por el cúmulo de depósitos extracelulares), ovillos neurofibrilares así como una corteza cerebral más estrecha de lo normal, que en la actualidad siguen siendo características patológicas propias de la enfermedad de Alzheimer (Fundación Alzheimer España, 2015; Hernández y López, 2016; Pérez, 2013).

Aunque la demencia más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, seguida de la demencia vascular como ya se ha explicado anteriormente, es erróneo utilizar los conceptos de “demencia” y “Alzheimer”, para referirse a lo mismo, ya que existen otros tipos de demencia. Como señalan Hernández y López (2016), la enfermedad de Alzheimer al inicio no se muestra como una demencia, sino como un deterioro cognitivo leve; a medida que va desarrollando el deterioro cognitivo es mayor y da lugar al inicio de la demencia. Asimismo, es importante clarificar que, aunque la mayoría de las personas que son diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer superan los 65 años, no es correcto asociar esta enfermedad como una demencia de la edad senil, porque se puede iniciar incluso antes de los 45 años de edad (lo que se denomina edad presenil).

A continuación, se reflejan algunas de las definiciones de enfermedad de Alzheimer recogidas tras la revisión bibliográfica acerca de dicha enfermedad.

1. Díaz et al. (1995) la definen como una lesión cerebral orgánica con presencia de masas neurofibrilares, placas seniles y degeneración neurovascular, causante de

cambios conductuales y de personalidad, acompañados de un progresivo deterioro en la memoria y la capacidad verbal, entre otros. A medida que la enfermedad va evolucionando, la incapacidad de la persona va siendo mayor.

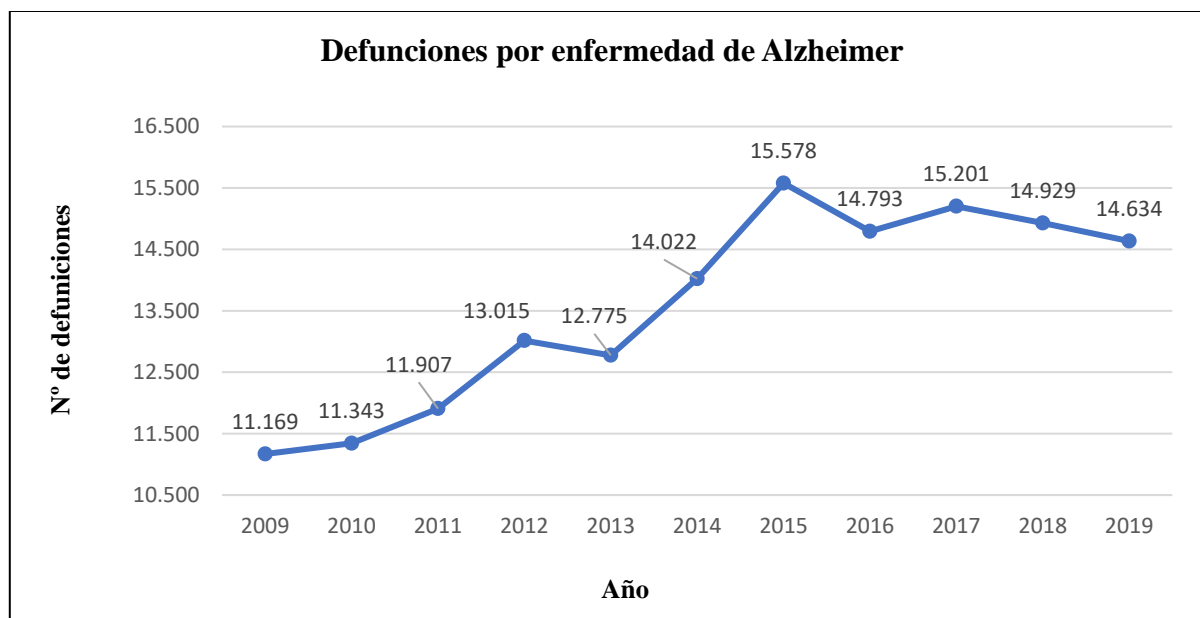
2. Enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la pérdida de facultades cognitivas y conductuales, que presenta un inicio insidioso y de curso progresivo, sobre todo en la etapa de la vejez. Es una enfermedad de etiología todavía desconocida, aunque está considerada como una enfermedad con múltiples factores desencadenantes, principalmente la edad (Valls-Pedret et al., 2010).

3. La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por presentar una progresiva muerte de las neuronas de la corteza cerebral (aún no se conoce su comienzo). Inicialmente, se producen olvidos entendidos como comunes de la etapa de la vejez, pero a medida que va transcurriendo la enfermedad, se van produciendo deterioros en las funciones cognitivas, hasta alcanzar la plena dependencia de la persona, es decir, la incapacidad para la autonomía personal y toma de decisiones (Hernández y López, 2016).

Según los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (s.f.), en el año 2019, hubo un total de 14.634 muertes por enfermedad de Alzheimer, siendo inferior a las producidas en el 2015, año donde se refleja el mayor número de muertes por la misma. En el gráfico 1, se muestra el número de defunciones totales de ambos sexos y edades.

Gráfico 1.

Evolución del número de defunciones por enfermedad de Alzheimer en España, entre los años 2009 y 2019.

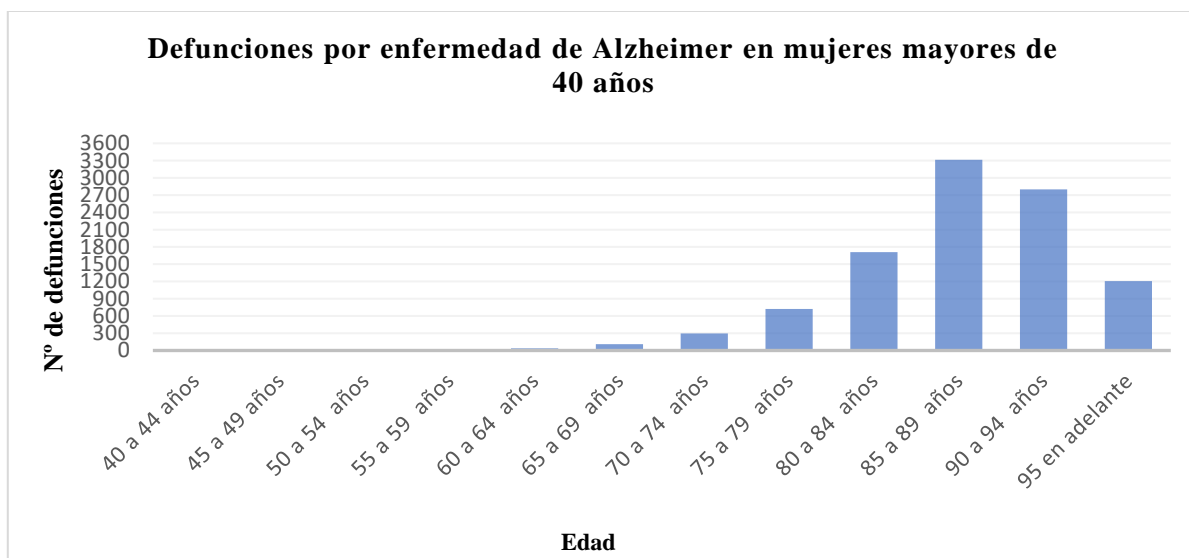


Nota: Tomada de Defunciones según la causa de muerte, por Instituto Nacional de Estadística, s.f.

A continuación, en los gráficos 2 y 3, se reflejan los datos según sexo y edad. En ellos, se pueden observar que, tanto en hombres como en mujeres, el mayor número de muertes por enfermedad de Alzheimer se sitúa en la franja de edad de los 85 a los 89 años, siendo mayor el porcentaje en mujeres. La enfermedad afecta de manera equitativa en ambos sexos, sin embargo, debido a una mayor esperanza de vida en mujeres, a partir de ciertos umbrales de edad, la población en mujeres supera la de los hombres, por eso son mayores los diagnósticos en mujeres (Díaz et al., 1995).

Gráfico 2.

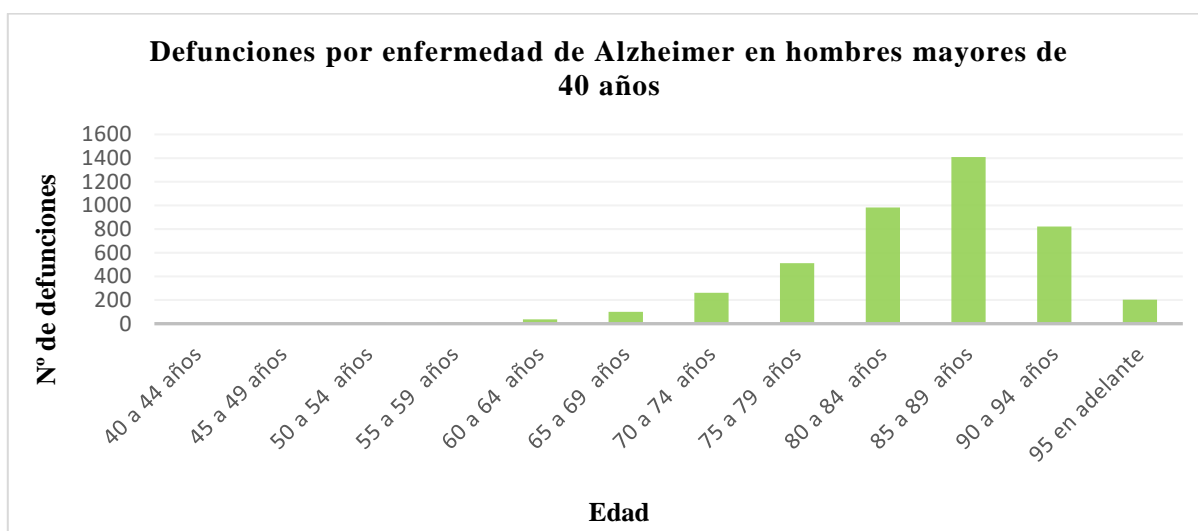
Defunciones nacionales por enfermedad de Alzheimer en mujeres mayores de 40 años de edad. Datos 2019.



Nota: Tomada de Defunciones según la causa de muerte, por Instituto Nacional de Estadística, s.f.

Gráfico 3.

Defunciones nacionales por enfermedad de Alzheimer en hombres mayores de 40 años de edad. Datos 2019.



Nota: Adaptado de Defunciones según la causa de muerte, por Instituto Nacional de Estadística, s.f.

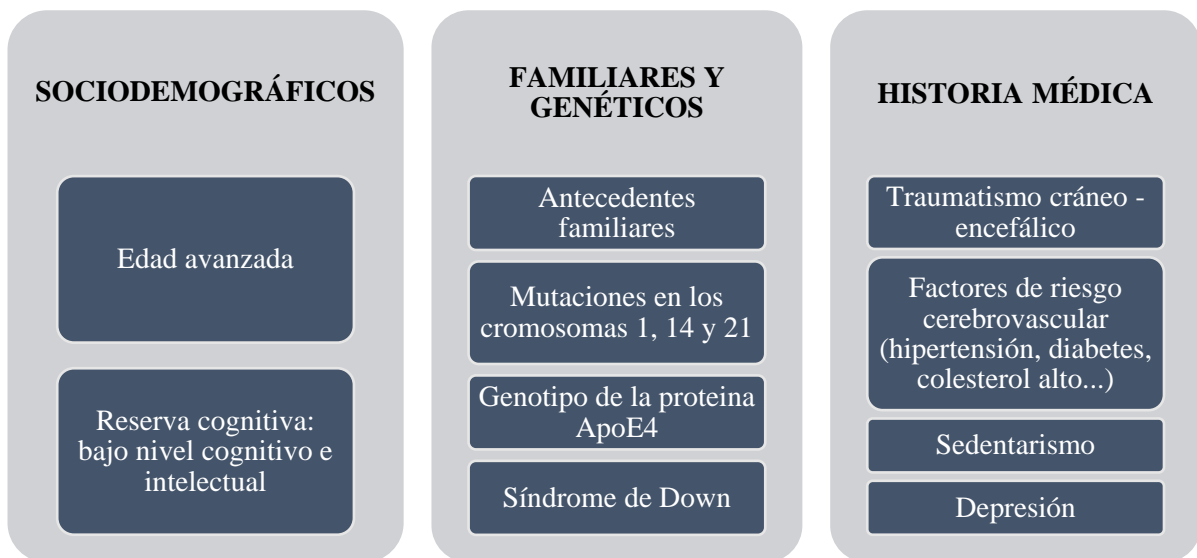
4.3.2. Factores de riesgo

En relación con los factores de riesgo que pueden propiciar la aparición de la enfermedad de Alzheimer, aún se desconoce el por qué se origina esta enfermedad. Existen varios estudios científicos que señalan posibles factores que podrían potenciar la aparición de ella, siendo algunos de ellos fácilmente reversibles como por ejemplo el sedentarismo, la alimentación ...

A continuación, en la figura 2, se reflejan los propuestos según Martín (2017).

Figura 2.

Factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer

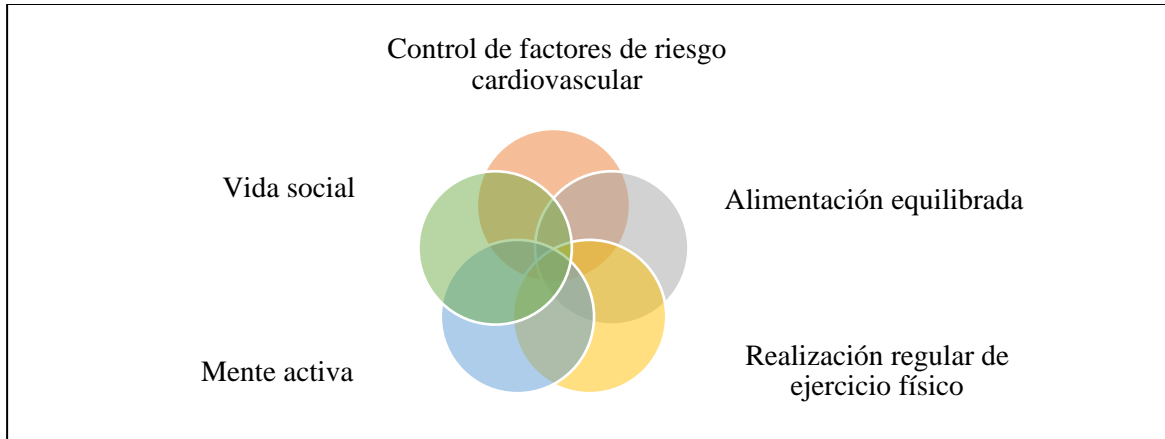


Nota: Adaptada de Martín (2007).

En la misma línea, la Fundación Pasqual Maragall (2020), ofrece una serie de consejos preventivos, señalados en la figura 3, entendidos como recomendaciones preventivas para reducir las probabilidades de padecer la enfermedad de Alzheimer.

Figura 3.

Consejos de prevención para reducir las posibilidades de padecer la enfermedad de Alzheimer.



Nota: Adaptada de “*Como evitar el Alzheimer: ¿se puede prevenir?*” por, Fundación Pasqual Maragall (2020).

4.3.3. Manifestaciones clínicas y fases evolutivas de la enfermedad de Alzheimer

La aparición de los primeros síntomas y signos de la enfermedad de Alzheimer no marcan el inicio de la enfermedad, sino que anteriormente ya se han ido produciendo alteraciones internas alrededor de 10-20 años atrás; de ahí la dificultad de establecer un diagnóstico precoz, como también ocurre en el resto de enfermedades neurodegenerativas.

Martín (2017) señala que en esta enfermedad los síntomas evolucionan progresivamente, entre los que se destaca principalmente: pérdida de memoria, alteraciones del lenguaje, así como de las funciones ejecutivas. Además, refleja que se dan síntomas psiquiátricos como depresión, delirios, alucinaciones, apatía e insomnio, entre otros. Estos síntomas, no solo se ven repercutidos en la persona que padece la enfermedad, sino también la carga psicológica y emocional que supone para sus cuidadores principales y/o familiares, tema que se abordará en este trabajo más adelante.

Es importante indicar que las personas que padecen esta enfermedad no siempre poseen los mismos síntomas ni la evolución de la enfermedad es igual; sin embargo, sí se puede

establecer una clasificación estándar con cada una de las fases o estadios de la enfermedad y hechos más frecuentes, como se reflejan en las tablas 5, 6 y 7.

Tabla 5.

Manifestaciones clínicas en el estadio I en la enfermedad de Alzheimer.

| ESTADIO I: LEVE (1-3 AÑOS DE EVOLUCIÓN) | |
|--|---|
| Memoria | Olvidos frecuentes de cosas, personas, lugares, así como el extravío de objetos |
| Praxias | Se mantienen la capacidad de coordinación de gestos y movimientos corporales; aún no se han producido alteraciones en relación a las habilidades motoras. |
| Habilidades visoespaciales | Se presentan dificultades para la resolución mental de construcciones en varias dimensiones. |
| Funciones ejecutivas | Pérdida de introspección, es decir, la persona ya no es capaz de interpretar sus propios procesos cognitivos y emociones. |
| Lenguaje | Se muestran dificultades de comunicación; la persona cada vez habla menos, emite un menor número de palabras y tal solo responder cuando se le pregunta directamente, pero de manera muy lenta, buscando palabras. No suele completar las frases. |
| Comportamiento | Cambios bruscos de humor y tendencia al aislamiento social, falta de iniciativa, indiferencia. |
| Actividades de la vida diaria | Aún no existe afectación como tal, por lo que es capaz de realizarlas sin demasiados impedimentos. |

Nota: Adaptada de Fundación Alzheimer España (2015); Martín (2017).

Tabla 6.*Manifestaciones clínicas en el estadio II en la enfermedad de Alzheimer.*

| ESTADIO II: MODERADA (2-10 AÑOS DE EVOLUCIÓN) | |
|--|---|
| Memoria | Olvidos de sucesos recientes, pero los lejanos aún se mantienen. Ya no es capaz de comprender nuevos sucesos que se puedan dar. |
| Praxias | Ya no es capaz de realizar una correcta orientación Espacial como, por ejemplo: realizar la presión de los cubiertos para comer o la correcta orientación del correcta del peine para poder peinarse. |
| Habilidades visuoespaciales | La persona muestra presenta dificultades para la construcción espacial de objetos (por ejemplo, apilación de cubos o realización de formas con ellos). |
| Funciones ejecutivas | Aparecen dificultades para realizar cálculos matemáticos. Además, existe un déficit de pensamiento abstracto y de la capacidad de juicio. |
| Lenguaje | Se produce la afasia mixta, es decir, pérdida de la capacidad de la comprensión y expresión, tanto oral como escrita. |
| Comportamiento | La persona experimenta momentos de reacciones agresivas y desproporcionadas, mostrando una gran irritabilidad. En ocasiones, muestra miedos injustificados, camina durante horas de un lado a otro y muestra total indiferencia por lo que rodea. |
| Actividades de la vida diaria | Confusión para la vestimenta (por ejemplo, se pone un abrigo en verano o un pantalón corto en invierno), olvida y altera los pasos rutinarios de ducha (desvestirse, enjabonarse, secarse y ducharse) rutina para ducharse. |

Nota: Adaptada de Fundación Alzheimer España (2015); Martín (2017).

Tabla 7.*Manifestaciones clínicas en el estadio III en la enfermedad de Alzheimer.*

| ESTADIO III: GRAVE (8-12 AÑOS DE EVOLUCIÓN) | |
|--|--|
| Memoria | Ya no es capaz de reconocer a sus familiares y personas más cercanas, ni hechos recientes ni pasados |
| Praxias | Incapacidad para representar dibujos espaciales como por ejemplo un reloj analógico y sus agujas |
| Habilidades visuoespaciales | Plena incapacidad para realizar construcciones de objetos, presenta un deterioro grave en estas habilidades |
| Funciones ejecutivas | Todo lo ocurrido en las anteriores fases se intensifica, manifestándose un deterioro grave de las mismas |
| Lenguaje | La persona realiza ecolalias (repetición involuntaria de una palabra o frase), palilalia (repetición continuada de una misma sílaba logoclonia (repetición de una parte de la palabra) e incluso mutismo y disartria (dificultad para la articulación de sonidos y palabras) |
| Comportamiento | Presenta cambios de humor muy repentitos e imprevisibles, No es capaz de comprender una explicación y reacciona de manera incoherente ante cualquier situación que se presente. |
| Actividades de la vida diaria | Alto grado de dependencia. Pasa la mayoría del tiempo en la cama, comienza a aparición de infecciones respiratoria, llagas ... |

Nota: Adaptada de Fundación Alzheimer España (2015); Martín (2017).

4.3.4. Criterios diagnósticos

Como se ha reflejado con anterioridad, para establecer unos criterios de diagnóstico de los trastornos neurocognitivos, se suele utilizar el DSM-5; no obstante, de manera más específica para la enfermedad de Alzheimer, se están empleado con mayor frecuencia los creados por Dubois et al., como se refleja en la tabla 8, en la que se establecen que se debe cumplir el criterio A (criterio principal) junto con al menos uno de los criterios B, C, D o E para diagnósticas enfermedad de Alzheimer (Dubois et al., 2007, como se citó en López y Agüera, 2015).

Tabla 8.

Criterios diagnósticos de la enfermedad de Alzheimer, según Dubois et al. (2007).

| CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE DE DUBOIS ET. AL, (2007) | |
|---|--|
| Criterio principal | <p>A. Presencia un trastorno de memoria episódica inicial y significativo que incluya las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pérdida de memoria progresiva y gradual durante al menos seis meses comunicada por el paciente o un informador fiable.2. Objetivar mediante tests neuropsicológicos la pérdida de memoria episódica. Recogida de fallos de reconocimiento.3. El defecto de memoria episódica puede ser aislado o asociarse a otras alteraciones cognitivas. |
| Criterios secundarios | <p>B. Presencia de atrofia en el lóbulo temporal medial: Pérdida de volumen del hipocampo, la amígdala y la corteza entorrinal, verificada por la realización de una resonancia magnética o por técnicas de volumetría.</p> <p>C. Alteraciones de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo: Disminución de Aβ42, aumento de la concentración de tau total o tau fosforilada, o ambas.</p> <p>D. Alteraciones características de neuroimagen funcional con tomografía por emisión de positrones: Hipometabolismo de glucosa bilateral en regiones temporales y parietales. Otras alteraciones con radioligandos que sean validadas tal y como se prevé con el compuesto B de Pittsburgh (PIB) o el FDDNP.</p> <p>E. Evidencia de una mutación autosómica dominante en un familiar de primer grado.</p> |

Nota: Adaptada de López y Agüera (2015).

Asimismo, también existen los criterios diagnósticos NIA-AA (11), elaborados por el *National Institute of Aging* y la *Alzheimer's Association* que, aunque establece unos criterios diagnósticos para demencias por cualquier causa, también hace referencia a los correspondientes a la enfermedad de Alzheimer, como se refleja en la tabla 9.

Tabla 9.

Criterios diagnósticos, según NIA-AA (11), para la demencia y la enfermedad de Alzheimer.

| CRITERIOS DIAGNÓSTICOS NIA-AA (11). DEMENCIA Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER | |
|---|---|
| <p>Criterios NIA-AA para el diagnóstico de cualquier demencia (indiferente la causa)</p> | <p>Diagnóstico de demencia cuando hay síntomas cognitivos o conductuales que:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Interfieren con la capacidad de funcionar normalmente en el trabajo o en las actividades habituales2. Suponen un deterioro con respecto a los niveles previos de rendimiento y funcionamiento.3. No se explican por la presencia de un delirium o de un trastorno psiquiátrico mayor.4. Se detectan por la combinación del historial clínico y la valoración objetiva del estado mental (evaluación neuropsicológica o una evaluación cognitiva).5. En la alteración cognitiva o conducta se presentan al menos dos de los siguientes aspectos.<ul style="list-style-type: none">• Dificultades para adquirir y recordar nueva información• Alteración o cambios en el razonamiento, así como la realización de tareas completas o de la capacidad de juicio.• Alteración en las funciones del lenguaje <p>Cambios de personalidad o de comportamiento</p> |
| <p>Criterios de probabilidad de enfermedad de Alzheimer, según la clasificación NIA- AA</p> | <p>La persona, además de cumplir los criterios NIA-AA de demencia, manifiesta:</p> <ol style="list-style-type: none">1. El cuadro clínico presenta un inicio sospechoso2. Existe un evidente progresivo deterioro cognitivo. <p>Manifestación de un cuadro amnésico, (acompañado de la afectación en otras funciones cognitivas), o no amnésico (alteración en el lenguaje, en la función visoperceptiva)</p> |

Nota: Adaptada de López y Agüera (2015).

4.4. TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS PARA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y SENSORIAL

En la actualidad, a pesar de ser una enfermedad que lleva existiendo desde hace muchos años y que cada vez se diagnostican un mayor número en las personas tanto a nivel nacional como mundial, aún no existe un tratamiento curativo para ella. Sin embargo, se llevan a cabo tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos así como actuaciones de atención para minimizar los efectos de la enfermedad y contribuir a una mejor calidad de vida dentro de lo posible, tanto para la persona que padece la enfermedad como para sus familiares y/o cuidadores principales.

Hasta hace pocos años, se pensaba que las personas con enfermedad de Alzheimer perdían la capacidad para aprender, por lo que se consideraba que las intervenciones de estimulación cognitiva no iban a tener efectos positivos en ellos; sin embargo, se ha comprobado que las personas que se encuentran en una fase leve o moderada de la enfermedad y que reciben intervenciones en estimulación cognitiva, han adquirido mayores aprendizajes con respecto a las personas que no han recibido ningún tipo de tratamiento no farmacológico (Zamarrón et al., 2008).

Existen evidencias científicas que demuestran que la combinación de tratamientos farmacológicos con los no farmacológicos permiten reducir los efectos secundarios de los fármacos y el incremento de la reserva cognitiva, ya que con este tipo de intervenciones se contribuye a la mejora de las capacidades intelectuales de la persona que pueden verse deterioradas, a estimular la actividad cerebral favoreciendo las conexiones neuronales así como la ralentización de la autonomía y funcionamiento en la vida diaria de la persona, en definitiva, mejorando su bienestar y calidad de vida (CEAFA, 2016; Zamarrón et al., 2008).

Es importante tener presente que para la enfermedad de Alzheimer aún no existe una cura, ni tampoco los tratamientos farmacológicos y/o los no farmacológicos van a frenar el avance de la enfermedad, sin embargo, sí que pueden contribuir a ralentizar el deterioro multifuncional de la persona, así como mejorar su calidad y bienestar. En el caso de los tratamientos no farmacológicos, entendidos como complementos para los tratamientos establecidos por los profesionales de la medicina, permiten que tanto la persona que padece la enfermedad como sus cuidadores principales, mejoren su calidad de vida así como contribuir a

reducir los niveles de ansiedad y estrés que puedan presentar sobre todo las personas encargadas del cuidado de la persona con enfermedad de Alzheimer (Fundación Pasqual Maragall, 2019).

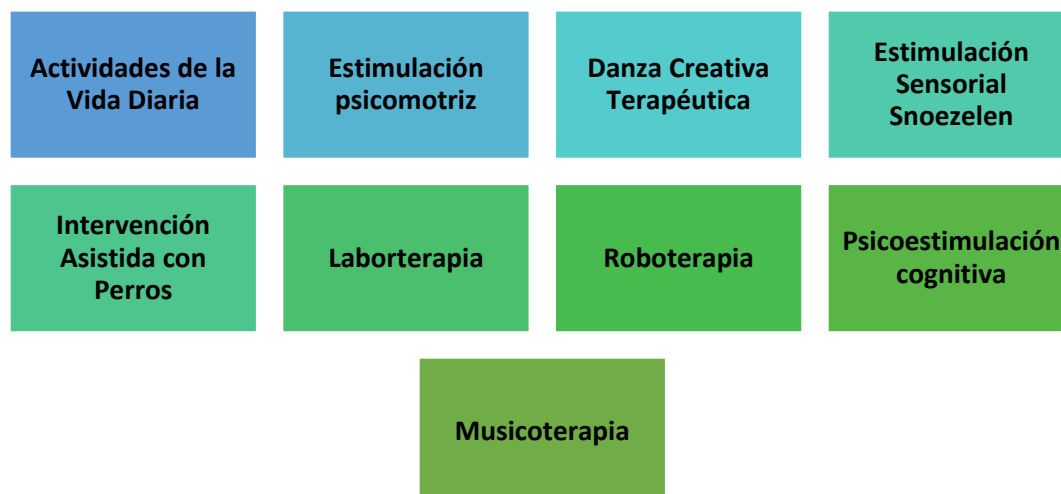
En este sentido, CEAFA (2016) entiende como objetivos terapéuticos del tratamiento no farmacológico, los siguientes:

- 1) Estimular, mantener o potenciar las capacidades conservadas.
- 2) Fortalecer las conexiones con el entorno.
- 3) Fomentar la autonomía de la persona en las Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- 4) Estimular la propia identidad y autoestima.
- 5) Reducir los niveles de estrés en la persona.
- 6) Mantener la reserva cognitiva.
- 7) Contribuir a la mejora de la calidad de vida de la persona y sus familiares y/o cuidadores principales.

En la actualidad, existen numerosas terapias no farmacológicas que se han planteado para dar atender la enfermedad de Alzheimer, en las cuales cada una de ellas están enfocadas en una o varias áreas concretas. En la figura 4, se indican alguna de ellas.

Figura 4.

Ejemplos de intervenciones psicosociales para la enfermedad de Alzheimer.



Nota: Adaptada de Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2020).

Este Trabajo Fin de Máster, se va a centrar principalmente en el abordaje de intervención en personas con enfermedad de Alzheimer en intervenciones de psicoestimulación cognitiva y de estimulación sensorial, dado que son las que cuentan con una mayor fiabilidad acreditada empíricamente tras los resultados de diversos estudios científicos realizados, especialmente la primera de ellas.

Con la aplicación y puesta en práctica de intervenciones de estimulación cognitiva en personas diagnosticadas de la enfermedad de Alzheimer, se obtiene mejoría tanto en las funciones cognitivas y sensoriales como en aspectos conductuales vinculados con el humor y la apatía, entre otros, (Fernández et al., 2011; González et al., 2019). En la actualidad, cada vez con más frecuencia se están llevando a cabo entrenamientos cognitivos basados en nuevas tecnologías a través de programas interactivos digitales, clasificándoles en: por un lado, programas para la rehabilitación de procesos cognitivos específicos y en entrenamiento de habilidades concretas, y, por otro lado, programas para el entrenamiento de las principales funciones cognitivas, ordenadas en programas de mayor a menor complejidad (Garate et al., s.f.).

4.4.1. Estimulación cognitiva

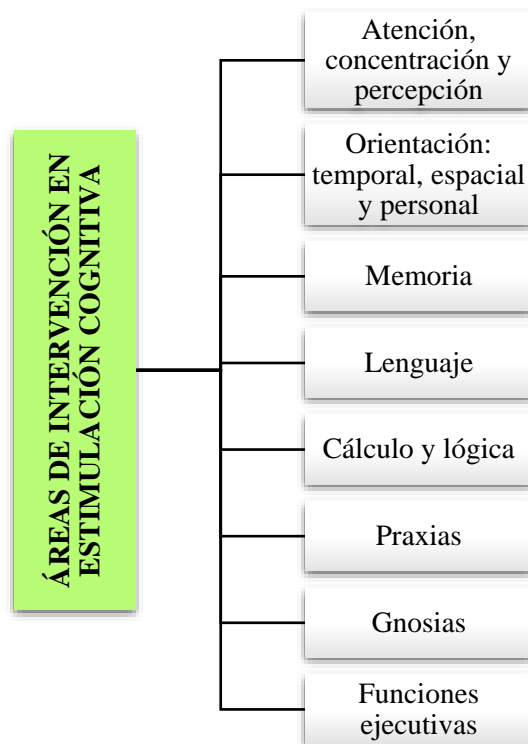
La estimulación cognitiva es la combinación de técnicas y estrategias que tienen como fin servir para activar, estimular y entrenar las diferentes capacidades y funciones cognitivas a través de la puesta en práctica de actividades y tareas concretas enfocadas en la mejora y/o conservación del funcionamiento cognitivo en la persona, a través de la evocación de recuerdos así como de orientación espacio-tiempo y de procesamiento de información (CEAFA, 2016).

Para la enfermedad de Alzheimer, las actuaciones se centran principalmente en el mantenimiento de la reserva cognitiva, ralentización de las capacidades cognitivas que han sido deterioradas y mejora de las capacidades funcionales así como de la conducta y la afectividad.

A continuación, en la figura 5, se recogen las áreas de intervención desde este tipo de terapias.

Figura 5.

Áreas de intervención en terapias de estimulación cognitiva.



Nota: Adaptada de CEAFA (2016).

A partir de las áreas anteriores se diseñan actividades o tareas para dar respuesta a las mismas: tareas de lectoescritura, sensoriales, memoria, orientación, etc. (Brunet, 2020); contribuyendo además a la mejora de la atención, de la percepción sensorial, la orientación y percepción espacio-temporal. Con estas intervenciones, no solo se involucra al propio enfermo, sino también a sus cuidadores y entorno más cercano, para que vayan creando ese clima positivo. Además, es necesario, conocer el grado de relación entre cuidadores y enfermo, para tener en cuenta cómo puede afectar en el proceso una mayor o menor implicación e intervención de ambas partes al mismo tiempo (Gázquez et al., 2015).

En la tabla 10 se mencionan algunos de los recursos (manuales, guías prácticas, cuadernos, programas interactivos...), encontrados tras la revisión de diferentes fuentes bibliográficas, que se han ido elaborando como medio de intervención en estimulación cognitiva tanto para personas que presentan deterioro cognitivo como para su prevención.

Tabla 10.

Recursos para la estimulación cognitiva y prevención del deterioro cognitivo en personas en primera fase de demencia y enfermedad de Alzheimer.

| | RECURSOS | FINALIDAD |
|------------------------------------|--|--|
| GUÍAS, CUADERNOS Y MANUALES | “Estimulación cognitiva: guía y material para la prevención” (Martínez et al., 2002) | <p>Pretende servir como herramienta de estimulación cognitiva en personas con enfermedad de Alzheimer y demencias, que se caracteriza, entre otras cosas, por la pérdida progresiva de las funciones cognitivas. Están formadas por un conjunto de ejercicios para trabajar las diferentes áreas de memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, percepción, lectoescritura y visoconstrucción atención. Todas ellas están organizadas en diferentes niveles de dificultad</p> |
| | “Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer” (Tárraga et al., 2009) | |
| | “Cuadernos de ejercicios de estimulación cognitiva” (Ruiz et al., 2008) | |
| | “Estimulación cognitiva para adultos” (Sardinero, 2010) | |
| | “Córtex. Programa para estimulación y el mantenimiento cognitivo en demencias” (Maroto et al., 2012) | |
| | “Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria” (Ansón et al., 2015) | |
| NUEVAS TECNOLOGÍAS | “Programa Rehacom” (Educaamigos, s.f.) | <p>Programas digitales creados para el entrenamiento y rehabilitación cognitiva, compuestos por ejercicios interactivos de trabajo de las áreas cognitivas, con el fin de lograr un mantenimiento y/o ralentización del deterioro cognitivo.</p> |
| | “Smartbrain” | |
| | “Programa Grador” (Franco et al., s.f.) | |
| | “Stimilus” (Smtimulus, s.f.) | <p>Aplicaciones gratuitas para dispositivos móviles, que están compuesta por ejercicios interactivos, y pretenden servir como herramientas accesibles para todas aquellas personas interesadas en el trabajo de las diferentes áreas cognitivas.</p> |
| | “Imentia” (Imentia, s.f.) | |

4.4.2. Estimulación sensorial

La estimulación sensorial es una terapia no farmacológica caracterizada por la combinación de técnicas y ejercicios experimentales a través de acciones como oler, saborear, ver, tocar y escuchar, con la finalidad de contribuir al mantenimiento de las capacidades sensoriales y lograr estados anímicos positivos, fomentando la relajación y bienestar en la persona. Gracias a ella también se producen mejorías en la percepción sensorial y la expresión emocional, en la capacidad de atención y concentración, así como el incremento de las interacciones de la persona con su entorno social (Castro, 2019).

Las intervenciones para personas diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer se centran en ejercicios experimentales a través de los diferentes sentidos; de esta manera, no solo se trabajan el área cognitiva, sino que también se contribuye a la evocación de recuerdos y vivencias, ya que muchos de ellos están asociados a olores, sabores, imágenes, etc. (Confederación Española de Alzheimer, 2017). Se ha observado que las personas que realizan este tipo de intervenciones de estimulación, obtienen mejorías en cuanto a comportamientos y bienestar psicológico, alcanzando un estado anímico más positivo al sentirse con mayor seguridad y relajación; aspecto fundamental tanto para las personas que padecen la enfermedad como para sus familiares y/o cuidadores principales (VitalAstur, 2018), ya que en numerosas ocasiones las personas cuidadoras sufren sobrecarga psicológica y emocional, derivándose en ansiedad y estrés, entre otras cosas.

En la actualidad, cada vez son más los ámbitos donde se están llevando a cabo intervenciones de estimulación multisensorial basada en espacios *Snoezelen*, entendida como una terapia no farmacológica que contribuye a la mejora de las capacidades sensoriales, el aumento de estados de relajación y bienestar, así como comportamientos conductuales menos disruptivos (Matilla et al., 2016). Hasta hace unos años, tan sólo se aplicaba a nivel nacional con personas con discapacidad intelectual; sin embargo, en la actualidad, ya se encuentra más extendido y se está llevando a cabo en contextos muy diversos, como por ejemplo: hospitales con personas embarazadas (tanto en el parto como en el postparto), niños hospitalizados de larga duración, centros de cuidados paliativos, e incluso en personas diagnosticadas con algún tipo de demencia y de enfermedad de Alzheimer (Cid y Camps, 2010), siendo este último de gran interés al ser el tema central del presente Trabajo Fin de Máster.

Esta práctica de intervención se basa en la idea de que todo aquello que nos rodea está repleto de sensaciones producidas por la luz, el sonido, el gusto, el olor, el tacto. Gracias a nuestros órganos sensoriales, percibimos los estímulos del entorno, permitiéndonos adquirir experiencias agradables que contribuyen al fomento de nuestro bienestar emocional, aumento del nivel de relajación y disminución de niveles de sensaciones desagradables (Cid y Camps, 2010).

A continuación, en la figura 6, se recogen las funciones principales que promueven un espacio *Snoezelen*.

Figura 6.

Funciones del espacio Snoezelen.



Nota: Adaptada de Kwok et al. (2003).

Para la puesta en práctica de este tipo de intervención, se suele emplear un conjunto de materiales de diferentes formas, texturas, tamaños, etc. A continuación, se refleja una clasificación de los mismos según el sistema sensorial a estimular (Cid y Camps, 2010; Huertas, 2009; Montero y García-Baamonde, 2005).

- **Elementos táctiles:** piscina de bolas, columnas de burbujas (por la vibración), columnas de fibra óptica (por la textura), alfombras de texturas y sensaciones de temperatura variadas, paneles y cojines táctiles.
- **Elementos vibratorios:** cajas de sonidos, equipos de música, piscina de bolas, materiales vibratorios (*puff*, colchoneta, sillas, almohadas, suelos etc.).
- **Elementos vestibulares:** cama o colchón de agua, columpios, hamacas, cojín-peonza.
- **Elementos visuales:** lámpara tubo de burbuja, bola de espejos giratoria, columna de aire, haz de fibra óptica, proyector de luz, paneles de pared y alfombras luminosas, proyector de aceites.
- **Elementos auditivos:** paneles de voz y sonidos, columnas de aire, equipos de música, silla musical.
- **Elementos olfativos:** cuaderno y paneles de olores, difusor de aromas, pelotas de olor, perfumes.

4.5. ESTRATEGIAS NACIONALES Y AUTONÓMICAS PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

Cada vez son más utilizadas las terapias de estimulación cognitiva para la atención y prevención del deterioro cognitivo, e incluso aún de manera más específica, como tratamiento no farmacológico tanto para las personas diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer como otras demencias.

Desde hace unos años, la demanda social y sanitaria ha ido aumentando debido a la necesidad de ofrecer respuestas que permitan atender esta situación-problema porque se espera que aumente progresivamente como consecuencia de una mayor esperanza de vida de las personas. En este sentido, Ruiz (2012) señala la importancia de un incremento de la puesta en práctica de terapias no farmacológicas, sobre todo para la puesta en práctica en el ámbito del envejecimiento y de las demencias.

Actualmente, existe un Plan Nacional denominado “Plan Integral de Alzheimer y otras demencias 2019-2023”, donde se recoge información sobre la dimensión e impacto de la enfermedad de Alzheimer en la sociedad. Con este Plan se pretende lograr una mayor

sensibilización social, así como contribuir a mejorar la calidad de vida, tanto de las personas que sufren esta enfermedad como de sus familiares y/o cuidadores principales. En el mencionado Plan se establecen unos objetivos y principios generales a alcanzar, así como las estrategias centrales y las actuaciones para su aplicación, seguimiento y evaluación.

En este sentido, este Plan sirve de guía para que las diferentes comunidades autónomas pongan en marcha políticas, acciones y servicios que den respuesta a este reto sociosanitario, entendido como uno de los asuntos emergentes y de gran prioridad para la sociedad. Aunque es un tema relevante y sobre el que se ha ido documentando a lo largo de muchos años, todavía hoy existe mucho desconocimiento y poca información en materia de prevención; tan sólo hay unas pautas y recomendaciones para reducir el riesgo de padecer este tipo de enfermedad; se centran en el establecimiento de hábitos saludables en alimentación y la realización regular de ejercicio físico. Una de las razones por las que aún no existen acciones preventivas, en parte son debidas a la escasa coordinación en los ámbitos social y sanitario.

En relación con la intervención secundaria, se deben priorizar las terapias no farmacológicas para atender a las personas diagnosticadas de Alzheimer u otras demencias, ya que los tratamientos farmacológicos van asociados frecuentemente a efectos secundarios. Por ello, se plantea una mayor puesta en práctica de terapias de estimulación cognitiva, al ser las que cuentan con una mayor fiabilidad acreditada empíricamente tras los resultados de diversos estudios científicos realizados; gracias a ellas, las personas con deterioro cognitivo que llevan a cabo este tipo de terapias, obtienen beneficios como, mejoría en las funciones cognitivas y en aspectos conductuales vinculados con el humor y la apatía (González et al., 2019), entre otros.

En esta línea, el IMSERSO elaboró en el año 2017 el “Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer”, que pretende servir de guía para la implementación de acciones que den respuesta a las diferentes situaciones-problema de atención sociosanitaria, entre las que se encuentra la enfermedad del Alzheimer. Además, se señala que, dadas las características de esta enfermedad, el modelo más eficaz para su intervención sería el modelo de enfoque sociosanitario integral, ya que esta enfermedad provoca deterioros a nivel cognitivo, social, emocional y funcional en la persona que lo padece, añadiendo la carga emocional y psicológica que experimentan frecuentemente sus familiares y/o cuidadores principales. De esta manera sería eficaz llevar a cabo una intervención multidimensional, contribuyendo a alcanzar un óptimo funcionamiento y mantenimiento de las capacidades de la persona. Por ello, las intervenciones estarán orientadas para dar respuesta a las esferas de: funcionamiento cognitivo,

estado afectivo, actividades de la vida diaria, apoyo social y conducta y mejora de la calidad de vida (Yanguas, 2007).

En algunas Comunidades Autónomas, ya se han puesto en marcha planes con la finalidad de dar respuesta a esta emergencia sociosanitaria, e incluso la elaboración de guías y prestación de servicios de ayuda tanto para las personas enfermas de apoyo a sus familiares. A modo de ejemplo, se recogen las actuaciones planteadas en las comunidades autónomas de Andalucía, Madrid, Navarra y Castilla y León.

Andalucía

La Junta de Andalucía ha elaborado la “Estrategia de Alzheimer de Andalucía”, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer y sus cuidadores. En ella se refleja el análisis de la situación del problema y las actuaciones realizadas hasta la actualidad en las ciudades de Andalucía, para poder establecer unos objetivos y líneas estratégicas encaminadas a dar una respuesta óptima. Se entiende que todas las intervenciones que se lleven a cabo deberán ser realizadas de manera coordinada entre los servicios sanitarios y sociales de la comunidad, estableciendo la necesidad de poner en marcha estrategias de actuación y la creación de políticas de atención a las personas con Alzheimer (Sagués et al., 2017).

En el año 2007, se elaboró también el “Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010, entendida como herramienta de guía para la creación y puesta en práctica de actividades enfocadas a mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con dicha enfermedad (Sagués et al., 2010).

En la actualidad, este plan se encuentra en proceso de evaluación para poder ajustarse a las necesidades actuales, así como la creación de nuevas e innovadoras actividades para seguir dando respuesta a la atención de las personas diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer.

Madrid

La Consejería de Políticas Sociales y Familia (2017) de la Comunidad de Madrid puso en marcha la “Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2017-2021”. En este documento, además de abordar los cambios demográficos y sociales, se han establecido estrategias como son: promover medidas encaminadas al envejecimiento activo, la prevención de las situaciones de dependencia y la mejora de la coordinación sociosanitaria. A partir de ellas, se han concretado unas medidas y acciones para poder cumplirlas como, por ejemplo: programa Interuniversitario de personas mayores (medida 2), programas de ejercicio

físico en espacios públicos (medida 7), plan de fomento de lectura acercando los libros a las personas mayores (medida 11), taller “Sácale partido a tu Smartphone” (medida 20).

Navarra

El Servicio de Salud de Navarra ha elaborado una guía de actuación para el abordaje de la demencia, que tiene como objetivo principal mejorar la atención de las personas que acuden a los servicios de atención primaria presentando signos o síntomas de deterioro cognitivo. Se señala la importancia de realizar un diagnóstico precoz para poder dar respuesta lo más temprana posible y adecuar el tratamiento a sus necesidades (Ayuso et al., 2007).

Castilla y León

En la Comunidad Autónoma de Castilla y León, se ha elaborado la “Guía de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria”, donde se reflejan contenidos conceptuales sobre la demencia, así como la importancia de un diagnóstico temprano para poder dar respuesta de la mejor manera posible y lograr la mínima pérdida funcional en la persona. Además, en ella también se habla de los tratamientos no farmacológicos como terapias rehabilitadoras neuropsicológicas, que con su aplicación se obtienen notables mejoras en las personas diagnósticas con demencia (Arrieta et al., 2007).

También, cuenta con un espacio denominado “Aula de pacientes”, donde una de las secciones se dedica exclusivamente a la demencia. En él se puede encontrar información acerca de la enfermedad (qué es, síntomas, tratamientos...) al igual que materiales de guía y apoyo tanto para la atención y cuidado de las personas como para los cuidadores principales (Junta de Castilla y León, s.f.).

Junto con lo anterior, en el año 2017, la Junta de Castilla y León puso en marcha la “Estrategia de Prevención de la Dependencia para Personas Mayores y Promoción del Envejecimiento Activo 2017-2021”, en la cual se establecen unos objetivos generales, así como un conjunto de ejes y actuaciones estratégicas para dar poder dar respuesta a ellos (Gerencia de Servicios Sociales, 2017).

4.6. ATENCIÓN A LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

La intervención con personas que padece la enfermedad de Alzheimer no solo se debe enfocar al propio paciente, sino que también es necesaria la atención a sus cuidadores principales y/o familiares. Como se ha venido reflejando a la largo del presente Trabajo Fin de Máster, esta enfermedad se caracteriza por ser de larga evolución, donde se van aconteciendo deterioros progresivos en la persona, llegando a ocasionar en muchos de los casos la total pérdida de autonomía, repercutiendo en la calidad de vida de la persona diagnosticada con la enfermedad pero también para las personas de su entorno, al ir observando su deterioro y no poder frenarlo ya que no existe aún cura para esta enfermedad.

A lo largo del presente apartado, se reflejan diferentes epígrafes vinculados con la necesidad de atención psicosocial de aquellos y aquellas que se encargan del cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer. Se abordan temas como la sobrecarga emocional y psicológica que con frecuencia presentan, la importancia y necesidad de la atención de estas personas para contribuir a mejorar su calidad de vida y bienestar (ya que frecuentemente se ven alterados), así como importancia que tiene el Documento de Voluntades Anticipadas, entendido no solo como una herramienta de aceptación de la enfermedad sino también para que la propia persona pueda reflejar sus derechos en relación a su atención, procedimientos y acciones a realizar con cuestiones sobre su vida que aseguren el cumplimiento de las misma; asimismo, este recurso permite que los familiares no tengan preocupaciones en relación a las decisiones sobre cuestiones y acciones que podrían estar en contra de las voluntades de la persona cuando ya no posee la capacidad y autonomía para la toma de decisiones.

4.6.1. Sobrecarga emocional y psicológica en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer

El Alzheimer, no solo es una enfermedad que va ocasionando un deterioro multifuncional y la pérdida de autonomía de la persona que la padece, sino que también se ven afectados sus familiares y cuidadores principales, repercutiendo en su bienestar y calidad de vida debido al gran impacto psicológico y emocional que supone el cuidado y trato con la persona (resultando más complicado a medida que avanza la enfermedad). Es por ello, por lo que en ocasiones se suele denominar como enfermedad de los “dos pacientes” (Matías-Guiu,

2005, p. 4)”, por la sobrecarga tanto física como psicoemocional que pueden llegar a alcanzar las personas dedicadas al cuidado y atención de la persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer.

A continuación, se reflejan algunos de los factores o circunstancias que indican posibilidad de riesgo de sobrecarga en el cuidador principal (Hernández y López, 2016).

- Inestabilidad emocional, expresada en síntomas como ansiedad, baja autoestima, cefaleas, dolores múltiples, insomnio,...
- Aislamiento social.
- Dedicación intensa y prolongada al cuidado del enfermo y, por consiguiente, disminución del tiempo libre.
- Falta de apoyo y agradecimiento de otros cuidadores y/o familiares por la tarea del cuidador.
- Repercusión económica desfavorable, al dedicar sus propios ingresos y recursos para el cuidado del paciente, ocasionando incluso pérdidas económicas.

Con frecuencia, se suele emplear el término “paciente oculto” o “paciente desconocido”, para referirse a la persona encargada de la atención y cuidado del enfermo, al ser considerada en riesgo susceptible de sufrir enfermedades físicas y mentales. Muchas de ellas padecen trastornos de ansiedad y/o depresión, alteraciones del sueño, estrés... en definitiva, un peor bienestar y calidad de vida, provocando cambios que no solo afectan a nivel físico y psicológico sino también en su vida familiar, social y laboral (Luque et al., 2020; Lynne y Thomas, 2002). Es por ello por lo que resulta esencial que también reciba el apoyo y atención tanto de las administraciones públicas como de otros organismos encargados de ello, especialmente en las fases más avanzadas de la misma cuando las tareas y el cuidado requieran mayor tiempo y dedicación (Matías-Guiu, 2005).

En esta línea, Caballé et al. (1999) señalan que, en numerosas ocasiones, muchas de estas personas acuden a las consultas médicas de atención temprana al sufrir síntomas como alteraciones físicas, afectivas y psicosomáticas, asociadas a lo que se conoce como el “síndrome del cuidador”. Para los cuidadores, la realización de las actividades cotidianas se vuelve frustrante al no saber a veces cómo actuar y qué hacer tanto para comprender a la persona cuidada como para hacerse comprender por ella (Suárez y Rodríguez, 2020). Además, según la capacidad y estrategias de afrontamiento del cuidador/a, el nivel de sobrecarga podría variar,

es decir, cuantas más estrategias y buen uso de las mismas, menor probabilidades tendrá la persona cuidadora de sufrir sobrecarga al igual que mejorará su bienestar y calidad de vida (Luque et al., 2020). Junto con todo lo anterior, también es muy importante tener en cuenta factores como el parentesco con la persona cuidada, el estadio o fase de la enfermedad, el tiempo de dedicación y atención realizadas, porque influyen directamente a nivel psicoemocional en la persona cuidador.

En cuanto al papel de cuidador, siguen siendo los familiares, especialmente las parejas e hijos/as quienes se encargan del cuidado y atención de la persona, entendida como una responsabilidad por el afecto y el sentido del deber (Hernández y López, 2016; Luque et al., 2020). Un dato de interés a tener en cuenta es que, a pesar de los cambios sociales respecto al modelo tradicional (incorporación de la mujer al mundo laboral y descenso de la natalidad, entre otros), el papel de persona cuidadora sigue siendo asumido mayoritariamente por mujeres (en primer lugar, hijas, seguidas de la esposa o pareja, y en menor medida las nueras); en muy pequeños porcentajes es asumido por hombres, ya sean hijos, esposo/pareja o yerno (Hernández y López, 2016). Esto hace que la mayoría de las mujeres dedicadas al cuidado y atención del enfermo, muestren una mayor tensión emocional y psicológica al tener que compaginar su tarea laboral y conciliación familiar con las tareas de atención y cuidado de la persona con enfermedad de Alzheimer (Osorio y Porto, 2019; Rodríguez y Pérez, 2019); además se señala que, junto con los altos niveles de ansiedad, soledad social y menor calidad de vida, también pueden verse afectado su desarrollo tanto personal como social, llegando incluso a plantearse y/o tomar decisiones de abandono de sus carreras profesionales (Luque et al., 2020).

Por lo tanto, la total responsabilidad del cuidado y atención de la persona con enfermedad de Alzheimer no debería de recaer únicamente en una persona, sino en más miembros de la familia, junto con otros profesionales (cuidadores formales) que presten atención y apoyo a lo largo del proceso. El Alzheimer se caracteriza por ser una enfermedad de larga duración y un poco frustrante, ya que la persona va perdiendo la personalidad hasta tal punto que en ocasiones no es capaz de reconocer ni la persona que se dedica a su cuidado, o sus familiares más allegados, sufriendo alteraciones del ánimo (Matías-Guiu, 2005).

A continuación, se muestra un testimonio real de un familiar de una persona diagnosticada con enfermedad de Alzheimer, en el que se relata brevemente qué supuso para ella la evolución de la enfermedad en su familiar y cuáles fueron los momentos más difíciles y

de mayor sobrecarga emocional y psicológica (S. Velicia, comunicación personal, 10 de abril de 2021).

“Los diez años que duró la enfermedad fueron muy duros. Mi abuelo, antes de que le diagnosticasen la enfermedad de Alzheimer era una persona muy activa, le encantaba realizar diferentes actividades; era muy triste ver cómo poco a poco algo sencillo como comer, vestirse u otras actividades cotidianas se le iba olvidando, hasta tal punto que se le olvidó acciones como comer, vestirse, ... en definitiva, valerse por sí mismo, tampoco era capaz de reconocernos. Conocía mi cara y sabía que era alguien cercano a él, pero termino por olvidarse de mi nombre y más adelante ya no era capaz de reconocermé. Esto ha sido sobre todo lo más duro, difícil, triste y angustiante tanto para mí como para el resto de los familiares.

Muchas veces sentíamos frustración al no contar con las suficientes herramientas e información acerca de cómo atenderlo. Era muy complicado querer dar lo mejor a mi abuelo, pero no saber cómo hacerlo. Además, es una enfermedad que pasa por muchas fases y etapas, por lo que en ocasiones se volvía bastante agresivo y no sabíamos cómo tranquilizarle. Teníamos sentimientos como frustración, tristeza, enfado, al ver cómo se iba deteriorando y “apagando” poco a poco y no podíamos hacer nada para cambiarlo.

La etapa más dura fue al principio, cuando nos tuvimos que enfrentar al diagnóstico y sentíamos mucho desconcierto. A medida que fue avanzando la enfermedad, no fue fácil, pero lo teníamos más asumido; pero sin duda alguna, el momento más difícil y que más me marcó fue cuando comenzó a olvidarse de nuestros nombres y dejó de reconocernos”.

4.6.2. Atención psicosocial a los familiares y/o cuidadores de enfermos de Alzheimer

Teniendo en cuenta todo lo anterior, resulta evidente que el cuidado y atención de la persona con enfermedad de Alzheimer sería más llevadero si fuese repartido entre diferentes personas. De esta forma se podría reducir esa sobrecarga física y psicoemocional, permitiendo a la persona seguir manteniendo su bienestar y calidad de vida a través de esa liberación emocional y psicológica, entendida como “respiro familiar” (Hernández y López, 2016). Como señala Matías-Guiu (2005), el aporte afectivo y de atención desinteresada con la persona enferma de Alzheimer es esencial; sin embargo, a medida que avanza la enfermedad, es importante recurrir a la ayuda de los que se conoce como cuidadores formales, ya sea desde ámbitos clínicos (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, etc.), como trabajadores sociales,

profesionales de la psicología, e incluso de los psicopedagogos, que tienen como funciones, entre otras, prestar apoyo e intervención tanto para las propias personas enfermas como sus cuidadores y familiares. Dentro de estos espacios encontramos: centros de día, estancias temporales en residencias institucionalizadas e incluso servicios de ayuda a domicilio para la realización de las tareas de atención al paciente o incluso tareas domésticas (Hernández y López, 2016).

Existen varios estudios realizados que evidencian los múltiples efectos positivos que tienen los programas de intervención no farmacológicos, tanto para el enfermo como sus cuidadores y/o familiares; de esta manera se permite que las personas que dedican un gran número de horas diarias destinadas al cuidado de la persona con Alzheimer, puedan recibir esa atención contribuyendo de forma simultánea al apoyo psicosocial para la liberación de la sobrecarga psicológica y emocional (Luque et al., 2020). De ahí la importancia de la existencia de espacios y lugares como por ejemplo de los Servicios de Estancia Diurna o también conocidos como Centros de Día, entendidas como instalaciones especializadas para la atención a personas mayores, donde los profesionales se dedican al cuidado e intervenciones rehabilitadoras y preventivas.

Asimismo, se resalta la importancia de establecer grupos de apoyo con otros familiares y/o cuidadores que también se dediquen al cuidado de personas diagnosticadas con esta enfermedad, así como la necesidad de la existencia de asociaciones, donde podrían acudir los cuidadores y familiares para ofrecerles consejos e indicaciones acerca de las tareas del cuidado y atención con la persona, para que la labor resulte más llevadera y menos frustrante. Estos programas, junto con los grupos de apoyo, contribuyen a la enseñanza de los cuidadores para sobrellevar el estrés, logrando de esta manera también que progresivamente se presta más atención a su cuidado como personas cuidadoras, así como una mayor conciencia y sensibilización de la sociedad (Lynne y Thomas, 2002).

En la actualidad, cada vez son más las guías, manuales y recursos que se elaboran para las personas que asumen el cuidado de las personas con esta enfermedad. En el año 2017, la Junta de Castilla y León, aprobó “*La Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León 2017-2021*”, donde no solo se establece un área de actuación para las personas dependientes, sino también para sus cuidadores, con el objetivo de fomentar que estos últimos cuenten con apoyo tanto para la información, asesoramiento en el cuidado, comunicación entre persona dependiente y

el familiar-cuidador y en el transcurso de convivencia al igual que en la preparación para las fases sucesivas, contribuyendo a la creación de una red de apoyo más extensa para la persona cuidadora además de llevar a cabo con ella actividades de autocuidado y uso de recursos de descanso tanto físico como psicoemocional.

Asimismo, además de la FAE (Fundación Alzheimer España) y la CEAFA (Confederación Española de Alzheimer) que prestan apoyo, asesoramiento a las familias y se encargan de la difusión para la concienciación social acerca de la enfermedad, también encontramos otros organismos como la Asociación de Familiares Enfermos de Alzheimer de Astorga (s.f.), en la que se llevan a cabo programas que pretenden servir como recursos destinados a la prestación de apoyo, acompañamiento y colaboración con las familias y cuidadores de personas con Alzheimer. Dentro de ellos, se ponen en práctica diferentes actividades que tienen como objetivo servir de apoyo y liberación emocional para aquellas personas cercanas a un enfermo de Alzheimer y/o que se dediquen regularmente a su cuidado y atención.

La Fundación Pasqual Maragall (s.f.) cuenta con diversas guías relacionadas con la enfermedad de Alzheimer, entre las que se encuentra los “Consejos para cuidadores de familiares de personas con Alzheimer”, entendida como un recurso de apoyo, asesoramiento e información acerca de varios temas como, por ejemplo: consejos para que el cuidador aprenda a cuidarse, pautas para el cuidado de las personas con enfermedad de Alzheimer, consejos prácticos para las actividades cotidianas, etc.

4.6.3. Documento de Voluntades Anticipadas

El Documento de Voluntades Anticipadas, o también conocido como testamento vital, es una herramienta que se utiliza como medio de expresión de las preferencias y voluntades que quiere la persona en relación con los cuidados y atenciones (entre otras cosas), cuando ya no cuenta con la capacidad y autonomía personal para poder expresar sus propias decisiones y acciones (Martin, 2007). Con frecuencia, las personas lo elaboran al conocer que el desenlace de su vida es próximo; en enfermedades como el Alzheimer, sería recomendable que la persona, cuando aún cuenta con capacidad para poder expresarse, refleje en el mismo sus deseos y preferencias (Matías-Guiu, 2005), no solo en relación con el momento del fallecimiento, sino también en cuánto a qué cuidados quiere recibir y cómo quiere ser atendido. Además, esto

permite a sus familiares y/o cuidadores, poder liberarse de la carga emocional al no tener que cuestionarse si están realizando las cosas según el deseo de la persona.

Siguiendo a la Fundación Pasqual Maragall (2020), el procedimiento de elaboración de este trámite suele generar miedo y temor en la persona que lo va a realizar por el hecho de pensar en el momento del desenlace de su vida. Sin embargo, sería esencial que cualquier persona lo llevara a cabo, independientemente de su edad, para que se cumpliesen y respetasen sus decisiones llegado el momento en el que no pudiese expresarlas. Desde hace unos pocos meses, se ha permitido que las personas tengan el derecho para decidir si desean la eutanasia y poder reflejarlo en su testamento vital, ya que se ha aprobado y amparado bajo la nueva ley de la eutanasia (Macpherson, 2020).

Según la Comunidad Autónoma donde se realice, este documento tiene diferente nombre, al igual que también existen diferencias en los lugares de registro y los requisitos en cuanto a edad para poder realizarlo. Por ejemplo, en algunas de ellas, también se incluyen el derecho a los menores de edad si quisiesen realizarlo (Castillejo, 2019).

En Castilla y León, este documento se conoce como “Documento de Instrucciones Previas”. En él se señala que cualquier persona, mayor de 18 años y con capacidad para expresar y actuar libremente, puede recoger en el mismo los deseos expresados, de forma anticipada, sobre los cuidados y tratamientos que desearía recibir en los momentos que se encuentre incapacitado para expresarlo verbalmente y/o incluso para que se respetase su voluntad sobre su cuerpo y órganos en caso de fallecimiento. Este documento está dirigido principalmente a los equipos de atención médica, pero también asegura esa descarga psicoemocional para los familiares en la toma de decisiones (Junta de Castilla y León, s.f.).

Este procedimiento suele ser un momento de reflexión complicado tanto para la persona que lo realiza como para sus familiares, porque tienen que pensar en ese momento final de su vida; sin embargo, es esencial elaborarlo para poder ir realizando ese proceso de aceptación del proceso que se va a ir desarrollando en el caso de las enfermedades de larga duración o enfermedades terminales.

4.7. EL ROL DEL PSICOPEDAGOGO COMO PROFESIONAL DE INTERVENCIÓN

Hasta hace relativamente poco, las funciones del profesional de la psicopedagogía se situaban principalmente en contextos educativos formales, como miembros de los equipos de orientación del centro escolar, o incluso prestando apoyo al alumnado que requiriese de una mayor atención y apoyo educativo. Sin embargo, la labor del psicopedagogo va mucho más allá de este contexto, ya que también puede intervenir en contextos educativos no formales e incluso en ámbitos sociales y laborales, como por ejemplo en los departamentos de recursos humanos de empresas e incluso en asociaciones donde se trabaje la inserción sociolaboral.

A lo largo de los siguientes apartados, se refleja el origen de la psicopedagogía, las funciones que puede desempeñar el profesional de la psicopedagogía y los ámbitos de intervención, es decir, los lugares donde puede llevar a cabo sus funciones, dando cabida a este ámbito que se está abordando en este Trabajo Fin de Máster, que es la atención en el ámbito de la gerontología, llevando a cabo funciones de atención e intervención para mejorar su calidad de vida así como el mantenimiento y recuperación de las funciones cognitivas para lograr el máximo grado de autonomía en la persona diagnosticada con enfermedad de Alzheimer.

4.7.1. La psicopedagogía: origen y definición

La psicopedagogía surge por la necesidad de vincular e interrelacionar las disciplinas de pedagogía y psicología, para poder dar respuesta a las necesidades de la población en estos ámbitos. Aunque existen pocas fuentes bibliográficas que definan la disciplina de la psicopedagogía, existen varios autores y autoras que han realizado una definición para aproximarse a su realidad. Velásquez et al. (2021) definen la psicopedagogía como la ciencia encargada de contribuir al desarrollo de las personas a nivel cognitivo, afectivo y social a lo largo de los diferentes momentos de sus etapas de vida; una definición similar realiza Fundación Clínica de la Familia (2014) entendiendo la psicopedagogía como la disciplina encargada de atender, desde un punto de vista multidimensional, el conjunto de aspectos de aprendizajes a lo largo de la vida de cada persona en los diversos contextos y situaciones.

4.7.2. Funciones del profesional de la psicopedagogía

Para poder comprender las funciones del profesional de la psicopedagogía, primero es esencial conocer que entendemos por psicopedagogo/a.

Aznar et al. (2007) definen al profesional de la psicopedagogía como aquella persona encargada de la elaboración y puesta en práctica de estrategias psicoeducativas, tanto en el contexto escolar y familiar como también en el social, a través del asesoramiento, la orientación e intervención psicopedagógicas.

Lorenzo (2000), citado por Sanchiz (2009) entiende que el psicopedagogo se encarga de la elaboración de proyectos, el asesoramiento y acompañamiento de las personas y su correspondiente evaluación psicopedagógica con el resto de profesionales con los que trabaje, ya sean maestros, psicólogos, trabajadores sociales, médicos, etc. con el fin de contribuir a una mejora de la intervención con la persona o grupo de personas que necesiten de la misma y así poder dar la respuesta más óptima y eficaz para atender a la demanda.

En esta línea, Fundación Clínica de la Familia (2014) entienden como psicopedagogo a aquella persona que pretender servir como guía de orientación, asesoramiento y acompañamiento de una persona o grupo de personas (teniendo en cuenta las necesidades y demanda de partida) a lo largo del proceso de intervención, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Para Miret et al. (2002) el psicopedagogo es el profesional encargado de atender todas las personas que precisan de ayuda, ya sea por necesidad o no, en cualquier ámbito.

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo anterior, resulta evidente que el profesional de la psicopedagogía no atiende únicamente en un ámbito específico. Por este motivo, las funciones que desempeña un psicopedagogo/a son múltiples y varían según donde se intervenga al igual que la demanda, necesidades y características de las personas con las que interviene. A continuación, se reflejan algunas de las funciones generales del psicopedagogo (Cabrera y Bethencourt, 2010).

- Atención a las necesidades educativas específicas (desde el ámbito educativo no formal).
- Orientación educativa, vocacional y profesional.

- Evaluación y diagnóstico psicopedagógico.
- Intervención psicopedagógica en la inserción sociolaboral y/o atención a personas en situaciones de vulnerabilidad.

4.7.3. Ámbitos de intervención del psicopedagogo/a

Generalmente, la labor del profesional de la psicopedagogía ha estado únicamente vinculada con ámbitos de intervención en contextos educativos formales, sobre todo en las primeras edades y en la etapa de la adolescencia, debido a la vinculación directa con la orientación educativa.

En los últimos años, han ido aumentando los lugares de intervención, extendiéndose al resto de etapas evolutivas del desarrollo de las personas desde una manera multidimensional (Davicino et al., 2009) debido a la importancia de dar respuesta a otras necesidades emergentes en la actualidad, las cuales necesitan ser respondidas tanto a nivel social como laboral (Benito, 2020). Es importante tener en cuenta que las personas nunca dejamos de aprender, desde que nacemos hasta que morimos, adquirimos saberes y aprendizajes, por lo que el psicopedagogo, puede intervenir desde la estimulación temprana en las primeras edades hasta intervenciones más terapéuticas en la tercera edad, es decir, fomentando el aprendizaje a lo largo de la vida.

Es por ello, por lo que cada vez con más frecuencia encontramos psicopedagogos y psicopedagogas que trabajan en: área de recursos humanos de empresas, asociaciones y fundaciones prestando atención a las personas con necesidades específicas y/o que necesitan de ayuda para la inserción laboral al encontrarse en una situación de vulnerabilidad; además, también puede desempeñar su labor profesional en gabinetes psicopedagógicos (López, 2019), e incluso en residencias de la tercera edad y centros de día.

Para concluir con el presente apartado, debido al aumento progresivo de la esperanza de vida y, por consiguiente, una población más longeva, resulta esencial la existencia de figuras profesionales como el psicopedagogo, entendido como profesional con capacidad para diseñar y poner en práctica intervenciones que tienen como objetivo principal el mantenimiento de las capacidades funcionales, prestando especial hincapié en las funciones cognitivas, asegurando una mejora y óptimo desarrollo personal, y en consecuencia, una mayor calidad de vida (Binotti et al., 2009).

Centrándonos de manera más específica en el campo de estudio e interés del presente Trabajo Fin de Máster con la labor profesional interdisciplinaria entre el profesional de la psicopedagogía y otros profesionales que intervengan, se lograrán realizar intervenciones enfocadas a preservar y potenciar las capacidades que todavía no han sido afectadas en la persona o grupo de personas diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer, además de contribuir en una ralentización del deterioro cognitivo (Equipo de Rehabilitación Neurológica Integral, s.f.), y por consiguiente, una mejora en su calidad de vida.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En este Trabajo Fin de Máster se aborda el diseño y planteamiento de una propuesta de intervención psicopedagógica, encaminada a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer a través de la cocina, la alimentación equilibrada y el disfrute con ello.

En esta sección se refleja la justificación de la propuesta de intervención diseñada, los destinatarios directos a los que va dirigida al igual que los objetivos planteados que se pretenden alcanzar con ella y el procedimiento metodológico que se va a utilizar para el desarrollo de la intervención. Seguidamente, se establece una temporalización para concretar su duración y cómo están distribuidas las sesiones, al igual que el desarrollo explicativo de cada una de las actividades que se han diseñado para su puesta en práctica con la presente intervención.

Por último, se especificarán los recursos con los que será preciso contar para poder poner en práctica la intervención en un contexto y tiempo real con los participantes con los que se va a realizar y la evaluación propuesta compuesta por cuatro tipos de evaluación según el momento que se va a evaluar (evaluación inicial, evaluación procesual, evaluación final y evaluación de seguimiento).

5.1. JUSTIFICACIÓN

La propuesta de intervención psicopedagógica que se va a detallar en los posteriores epígrafes, surge como necesidad de ofrecer un mayor número de respuestas y acciones de atención para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen de la enfermedad de

Alzheimer, permitiendo mejorar su estado emocional y lograr el mantenimiento durante un tiempo más prolongado de las funciones cognitivas, físicas y psicoemocionales.

Tal y como se ha venido reflejando a lo largo del marco teórico del Trabajo Fin de Máster, a pesar de que aún se desconoce el origen específico de la enfermedad de Alzheimer, sí que existen estudios que evidencian factores como el sedentarismo y/o una mala alimentación, entre otros, que pueden aumentar las probabilidades de padecer enfermedades como el Alzheimer. Asimismo, resulta muy complicado realizar un diagnóstico precoz de esta dolencia, ya que es una enfermedad que comienza su desarrollo incluso veinte años antes de la aparición de los primeros síntomas.

Debido a esto, es fundamental realizar intervenciones en estimulación funcionales que permitan lograr una ralentización de las funciones que son alteradas, con la finalidad de contribuir a una mayor autonomía de la persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer.

Como se ha dicho anteriormente, a pesar de la escasez de resultados científicos que permitan crear curas para dicha enfermedad, se ha comprobado que existen evidencias empíricamente válidas que señalan que, la combinación de tratamientos farmacológicos junto con otros no farmacológicos (como la planteada en este Trabajo Fin de Máster), resulta efectivo para lograr que la persona que padece esta enfermedad logre mantener la mayor calidad de vida posible así como a ralentizar el deterioro progresivo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la propuesta planteada está basada en una intervención de estimulación cognitiva y sensorial, porque son las que cuentan con mayor fiabilidad científica, especialmente la primera de ellas. Además, se ha decidido establecer como tema de referencia la cocina y la alimentación, ya que no solo favorece la estimulación sensorial sino que también contribuye al mantenimiento de la autonomía de la persona como se ha señalado anteriormente.

5.2. DESTINATARIOS DE LA INTERVENCIÓN

La propuesta de intervención psicopedagógica está dirigida a aquellas personas diagnosticadas de Alzheimer, concretamente para aquellas que se encuentran en fase leve o estadio I de la enfermedad.

Se ha seleccionado esta fase como muestra de intervención porque es la etapa de la enfermedad donde, aunque ya existen manifestaciones de olvidos frecuentes, alteraciones en el lenguaje y tendencia al aislamiento social (entre otros), todavía no se muestran pérdidas de autonomía personal ni afectación en las habilidades motoras, por lo que el plan de actividades

diseñado, que se explicará más adelante en el apartado 5.6, se ajusta mejor a sus características y necesidades.

Aunque los beneficiarios directos de esta intervención son las personas diagnosticadas con la enfermedad, también serán beneficiarios (aunque de manera indirecta) los familiares y cuidadores principales, porque contribuyen tanto a la mejora de la convivencia familiar y a la liberación temporal de su cuidado y atención, reduciendo las probabilidades de sufrir sobrecarga física y psicoemocional (especialmente en las fases posteriores, cuando va evolucionando la enfermedad).

Esta intervención que podría estar enfocada para realizarse desde el ámbito familiar, está planteada para ser llevada a cabo en centros de día, donde el profesional de la psicopedagogía se encargará de dirigirla y ponerla en práctica, con ayuda de otros profesionales si fuese necesario.

5.3. OBJETIVOS

Para poder definir y concretar la finalidad de la propuesta de intervención diseñada en este trabajo, resulta fundamental establecer unos objetivos, diferenciando el objetivo general, fin principal de la intervención, y los objetivos específicos establecidos para alcanzar de manera más concreta según las actividades planteadas de cada una de las sesiones.

Por ello, los objetivos generales que se pretenden lograr con la intervención son:

- Lograr un mantenimiento de las funciones cognitivas y sensoriales en las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer.
- Contribuir a la mejora del bienestar y calidad de vida de la persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer.
- Mejorar las relaciones sociales y creación de nuevas redes de contacto para reducir el aislamiento social y la apatía, manifestaciones frecuentes en las etapas iniciales.

5.4. METODOLOGÍA

La intervención utilizará una metodología activa, flexible y participativa e integradora, estableciendo como ejes centrales de atención las personas con las que se va a intervenir.

Además, se seguirá un enfoque sociosanitario integral, ya que como señala Yanguas (2007) resulta el más eficaz para su intervención dadas las características de la enfermedad de

Alzheimer, entendida como una enfermedad que provoca deterioros a nivel cognitivo, social, emocional y funcional en la persona que lo padece, añadiendo la carga emocional y psicológica que experimentan frecuentemente sus familiares y/o cuidadores principales.

Por ello, llevaremos a cabo una intervención multidimensional, contribuyendo a alcanzar un óptimo funcionamiento y mantenimiento de las capacidades de la persona. Asimismo, es importante señalar que todas las actividades que se han planteado pretenden dar respuesta a las esferas de funcionamiento cognitivo, estado afectivo, actividades de la vida diaria, apoyo social y conducta y mejora de la calidad de vida, contribuyendo incluso a la participación de la familia y el entorno cercano de cada participante, fundamentales también este proceso por si se realiza una futura implementación de las actividades en el ámbito familiar.

En cuanto a las actividades, serán variadas, ya que algunas se han planteado para llevarse a cabo únicamente de manera individual, otras para llevarse a cabo en pequeños y otras que se realizarán para el grupo completo. Es importante reflejar que, para diseñar cada una de las actividades propuestas, se han tenido en cuenta las características y necesidades generales del grupo, por lo que si fuese necesario sería fundamental realizar las adaptaciones precisas para cada una de las personas con las que se fuese a poner en práctica la intervención propuesta este trabajo.

Por último, el profesional de la psicopedagogía será quién asuma el rol de guía en el desarrollo de la intervención, además de ser el encargado de organizar y recoger los recursos para llevar a cabo cada una de las actividades. Asimismo, será quien se encargue de poner en práctica cada una de las actividades diseñadas, así como otras posibles adversidades que pudiesen surgir.

5.5. TEMPORALIZACIÓN

La propuesta de intervención está planteada para llevarse a cabo durante un mes y medio (6 semanas aproximadamente), concretamente durante tres días por semana. Está formada por un total de doce sesiones, con diferentes actividades; además cada sesión tendrá una duración variable, ya que dependerá del tipo de actividades propuestas para cada una de ellas.

A continuación, en la tabla 11 se refleja una propuesta de organización de los tiempos de la intervención.

Tabla 11.

Propuesta de organización de las sesiones para la puesta en práctica de la intervención.

| | Días de la semana y sesiones a realizar | | |
|-----------|---|-----------|---------------------------------------|
| | Lunes | Miércoles | Viernes |
| 1ª semana | Sesión 1 | Sesión 2 | |
| 2ª semana | Sesión 3 | Sesión 4 | |
| 3ª semana | Sesión 5 | Sesión 6 | Sesión en la sala <i>Snoezelen</i> |
| 4ª semana | Sesión 7 | Sesión 8 | |
| 5ª semana | Sesión 9 | Sesión 10 | |
| 6ª semana | Sesión 11 | Sesión 12 | |

Como se puede observar en la tabla anterior, los lunes y miércoles se llevarán a cabo las actividades correspondientes a cada sesión de la semana; respecto a los viernes, de manera transversal y complementaria a todas ellas, se acudirá a una Sala *Snoezelen* (más adelante, en el apartado correspondiente al desarrollo de las sesiones explicará en qué consiste). Esta actividad tendrá una duración de treinta minutos en cada sesión.

Es recomendable que cada sesión se realice el mismo día y a la misma hora, no sólo porque a la persona le permite organizarse para la realización de otras actividades de su vida cotidiana, sino que también les ayuda a establecer rutinas y contribuir a mejorar su organización espacio-temporal.

5.6. ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES

La propuesta de intervención está diseñada con el fin de llevar a la práctica en contextos educativos no formales; de ahí la importancia de resaltar que, las personas interesadas en realizar las actividades, han decidido ejecutarlas de manera voluntaria, porque no están inscritas en ninguna formación oficial como tal.

Además, es importante tener en cuenta que es una propuesta de intervención flexible y abierta de sufrir modificaciones y adaptaciones, teniendo en cuenta las características y necesidades específicas del grupo con el que aplicaría, así como las condiciones del contexto y lugar de realización, el tiempo y recursos con los que se disponga (aludidos en el apartado 5.8).

En el anexo I se recoge una tabla elaborada con la finalidad de detallar brevemente y de manera esquemática los objetivos generales, las actividades diseñadas, la duración aproximada de cada una de ellas y el lugar donde se llevarían a cabo las mismas.

5.7. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

A lo largo de este apartado, se detalla el desarrollo explicativo de cada actividad planteada en las diferentes sesiones.

Antes de comenzar con las sesiones propiamente dichas, es necesario explicar en qué va a consistir la actividad que se va a abordar de manera transversal durante el desarrollo de la intervención, es decir, la sesión en la *sala Snoezelen*. Este espacio, como se ha explicado en apartados anteriores, no solo permite mejorar la capacidad de atención, el aumento de creatividad de autocontrol y confianza (entre otros), sino que también permite a la persona que experimente con esta práctica, adquiriera estímulos a través de acciones como el olor, el tacto, el sonido o la luz fomentando un aumento del nivel de relajación, así como la reducción de niveles altos de estrés. Los participantes experimentarán con los diferentes materiales que se encuentran en este tipo de espacios (colchones de agua, fibras ópticas, difusor de aromas, columnas de aire, ...)

SESIÓN INTRODUCTORIA

En esta sesión introductoria, se comenzará con una dinámica grupal de presentaciones para establecer esa primera toma de contacto entre los participantes y la persona encargada de guiar y dirigir cada una de las intervenciones (en este caso, la realizará el profesional de la psicopedagogía).

La persona que va a dirigir las actividades, iniciará la sesión con una dinámica de presentación, que consistirá en ir diciendo a los demás que se encuentren en la sala su nombre, lugar de nacimiento o donde vive y alguna afición o *hobbie* que le guste realizar, permitiendo establecer ese clima de confianza y seguridad en el grupo de intervención y al mismo tiempo ir fomentando la creación de nuevos contactos o red social (esencial para las personas diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer al tender al aislamiento social como una de las manifestaciones más frecuentes desde el estadio I o fase leve de la evolución de la enfermedad).

A continuación, se les explicará brevemente en qué va a consistir la intervención, cómo se va a desarrollar y algunas de las actividades que se realizarán. Posteriormente, se les pedirá que completen un cuestionario, concretamente el cuestionario de Pfeiffer (*véase anexo II*) adaptado por Martínez et al. (2001), que permitirá a la persona encargada de desarrollar y guiar la intervención, conocer el punto de partida en relación al deterioro cognitivo de cada uno de los participantes, para poder realizar una comparación al final de la intervención y así ver si se ha logrado cumplir los objetivos planteados para la presente intervención.

SESIÓN 1

La primera sesión está compuesta por dos actividades, que pretenden servir como introducción a las demás que se desarrollarán posteriormente. Estas se van a centrar en el reconocimiento de olores y sabores a través de los sentidos del gusto y el olfato así como una evocación a recuerdos que se asocien a esas sensaciones recogidas tras su experimentación.

Tabla 12.

Sesión 1. Actividad 1.

| Actividad 1. Reconocimiento de olores y sabores | |
|---|--|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular los sentidos de gusto y olfato. • Identificar los diferentes olores y sabores a través de los sentidos. |
| Duración | 20 minutos. |
| Recursos materiales | Alimentos (de diferentes tamaños, formas y texturas), aromas, fichas de anotación de los objetos a identificar (<i>véase anexo III</i>), antifaz o pañuelo. |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Esta actividad consiste en la identificación de varios olores y sabores a únicamente a través de los sentidos de gusto y olfato.</p> <p>Para ello, se dispondrán de diferentes cajas con objetos a identificar dentro de ellas. Se les explicará a los participantes que debajo de las mismas se encuentran diferentes objetos y/o alimentos que tienen que tratar de averiguarlos a través de los sentidos del gusto y el olfato.</p> <p>Seguidamente se les tapaná los ojos con un antifaz o pañuelo y una vez terminado esa vivencia, se le pedirá que anote en la ficha (entregada de manera individual a cada uno de ellos) el objeto u alimento que cree que se trata, y así sucesivamente con la caja de objetos restantes.</p> | |
| Evaluación | La actividad será evaluada a través de la observación directa por parte de la persona encargada de dirigir la actividad y a través de la información recogida de cada ficha individual de los participantes. |

Tabla 13.*Sesión 1. Actividad 2.*

| Actividad 2. Dinámica grupal: ¿A qué te recuerdan estos olores y sabores? | |
|--|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de recordar y verbalizar un recuerdo. • Expresar las emociones y sentimientos. |
| Duración | 30 minutos. |
| Recursos materiales | Ficha actividad 2 de elaboración propia (<i>véase anexo IV</i>). |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Esta actividad, que se realiza tras la finalización de la actividad 1, consiste en una dinámica grupal de puesta en común.</p> <p>A cada participante se le entregará una ficha, elaborada previamente (véase anexo IV), donde tendrá que responder a las preguntas planteadas como, por ejemplo: ¿cuál ha sido el olor que más te ha gustado? ¿por qué?, ¿qué olor u olores te han recordado a acontecimientos y vivencias de tu vida? Es importante señalar que cada respuesta será libre y se compartirá de manera voluntaria, si la persona quiere.</p> <p>Terminada esta actividad, se dará por finalizada esta primera sesión de la intervención.</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa, junto con la ficha elaborada para la actividad 2. |

SESIÓN 2

En esta segunda sesión, el núcleo de las actividades que se van a desarrollar a lo largo de ella será la cocina, concebida como un espacio donde no sólo se elaboran platos para poder alimentarse, sino también entendiéndola como una acción para el disfrute y la adquisición de nuevos aprendizajes con la elaboración de recetas culinarias. Por ellos, las actividades planteadas están enfocadas al reconocimiento de la cocina como una zona dentro de las viviendas, así como la identificación de los diferentes objetos y elementos que se pueden encontrar dentro de ella.

Tabla 14.*Sesión 2. Actividad 3.*

| Actividad 3. ¿Dónde está la cocina? | |
|--|--|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la cocina como espacio de la vivienda. • Saber tanto ubicar espacialmente la cocina de su vivienda como realizar una breve descripción de la misma. |
| Duración | 25 minutos. |
| Recursos materiales | Ordenador, conexión <i>Wi-Fi</i> , presentación digital, folios de papel, lapiceros y rotuladores. |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Esta actividad se iniciará preguntando a los participantes que entienden por el espacio de la cocina. Una vez recogidas sus respuestas, se proyectará una presentación digital, con la que se les explicará qué es una cocina, una imagen de una cocina de un hogar y aquellos lugares, establecimientos u espacios donde se puede localizar una cocina (por ejemplo, en un hospital, en un restaurante, en un colegio, etc.); seguidamente, nos centraremos en la cocina entendida como un espacio ubicado dentro de una vivienda.</p> <p>Por último, para concluir esta actividad, se pedirá a cada participante que, individualmente, dibujen en un folio en blanco la cocina de su vivienda, reflejando los diferentes objetos y elementos que se encuentran en ella.</p> | |
| Evaluación | Para evaluar la presente actividad, se utilizará la observación directa junto con el ejercicio práctico planteado para esta actividad, explicado anteriormente. |

Tabla 15.*Sesión 2. Actividad 4.*

| Actividad 4. Adivina adivinanza, ¿qué tengo en la cocina? | |
|---|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los diferentes electrodomésticos de cocina. • Fomentar la memoria y el ejercicio mental. |
| Duración | 25 minutos. |
| Recursos materiales | Adivinanzas, presentación digital de los electrodomésticos de cocina. |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>La actividad consiste en la identificación de los diferentes aparatos electrodomésticos que podemos encontrar en una cocina a través de adivinanzas. Por ello, se comenzará con una breve explicación a través de una presentación digital para que los participantes reconozcan cada uno de los diferentes tipos de electrodomésticos que podemos encontrar en una cocina, su nombre, características y la función que realiza. Posteriormente, se leerán unas adivinanzas, elaboradas previamente, referidas a todos ellos para que los participantes logren identificarlos.</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y la dinámica de la propia actividad de las adivinanzas. |

SESIÓN 3

La tercera sesión está formada por dos actividades, relacionadas con la identificación de los diferentes utensilios de cocina. Estas actividades tienen como finalidad que las personas reconozcan los diferentes instrumentos de cocina que existen y su utilidad para la elaboración de diferentes recetas de cocina a través de juegos lúdicos que también contribuyen a la mejora de la atención, la concentración y la agilidad mental, entre otros. A continuación, en la tabla 16 y 17 se explicarán las actividades planteadas para ser abordadas en la sesión 3 de la intervención.

Tabla 16.

Sesión 3. Actividad 5.

| Actividad 5. Utensilios de cocina | |
|---|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none">• Conocer que son los utensilios de cocina.• Diferenciar los diferentes utensilios de cocina según su función. |
| Duración | 20 minutos. |
| Recursos materiales | Ordenador, conexión <i>Wi-Fi</i> , presentación digital, utensilios de cocina reales. |
| Desarrollo de la actividad | |
| Para esta actividad, mostraremos a los participantes diferentes utensilios reales que podemos encontrar en una cocina y se les entregará para que puedan observar con mayor detenimiento su forma, textura, peso... Se les explicará cómo se utiliza cada uno de ellos, realizando una demostración real. Posteriormente, los clasificaremos según su función; por ejemplo: utensilios para cortar, batir, colar, rallar, etc. | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa. |

Tabla 17.*Sesión 3. Actividad 6.*

| Actividad 6. ¡Bingo! | |
|---|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> Fomentar la memoria y la agilidad mental. Contribuir a la mejora de la atención y concentración. Distinguir los distintos utensilios y sus nombres. |
| Duración | 40 minutos. |
| Recursos materiales | Tarjetas-papeletas bingo, de elaboración propia (<i>véase anexo V</i>). |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Esta actividad está basada en el juego tradicional “Bingo” pero adaptado al tema de la cocina, concretamente a los utensilios de cocina.</p> <p>Para ello, cada participante, individualmente, contarán con una papeleta de un conjunto de diferentes utensilios (<i>véase anexo V</i>). La persona encargada de guiar la actividad, será quien saque aleatoriamente de una bolsa o caja un pictograma de un utensilio. Cuando el objeto coincida con la imagen de la papeleta, el participante deberá rodear el objeto correspondiente. Hay que identificar cada uno de ellos y conseguir hacer línea en alguna de sus filas o que consiga tener rodeados todos los utensilios.</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y la dinámica de la propia actividad. |

SESIÓN 4

En esta cuarta sesión, el tema a abordar será los diferentes métodos de cocinado que se pueden utilizar para la realización de platos y comidas. Con ella, se pretende que los participantes conozcan las distintas técnicas culinarias para la elaboración de sus comidas a través de actividades de atención y concentración.

Para esta sesión se han elaborado dos actividades. En la primera, se les realizará una explicación de los diferentes tipos de cocinados y sus características principales. La segunda actividad consistirá en la aplicación de lo trabajado en la anterior actividad a través de un juego de memoria y con la realización de la ficha de una sopa de letras, ambas con contenidos de los métodos de cocinado.

Tabla 18.*Sesión 4. Actividad 7.*

| Actividad 7. Métodos de cocinado | |
|--|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los diferentes métodos de cocinado de los alimentos. • Saber aplicar cada uno de ellos según el guiso o preparación de comida. |
| Duración | 30 minutos. |
| Recursos materiales | Ordenador, conexión <i>Wi-Fi</i> , presentación digital, hojas de las sopas de letras (<i>véase anexo VI</i>). |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Iniciaremos la actividad preguntando a los participantes cuáles son los métodos de cocinado que conocen y utilizan, para saber sus conocimientos previos. Una vez recogida la información sobre lo anterior, se comenzará con la presentación digital preparada previamente, donde se explicará que es un método de cocina, los tipos que hay, que elementos se necesita para su realización y como es el procedimiento o pasos a seguir para llevarlo a cabo (Ejemplo: cocer, freír, hornear, al vapor, ...).</p> <p>Para finalizar, se les entregará una ficha con una sopa de letras (<i>véase anexo VI</i>), relacionada con los métodos de cocinado.</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y con la actividad de la sopa de letras (de elaboración propia). |

Tabla 19.*Sesión 4. Actividad 8.*

| Actividad 8. Memori | |
|--|--|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Distinguir los diferentes tipos de cocinado. • Trabajar la memoria, atención y concentración. |
| Duración | 20 minutos. |
| Recursos materiales | Tarjetas “memori” sobre métodos de cocinado, de elaboración propia (<i>véase anexo VII</i>). |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>La actividad consiste en la identificación de aquellos pictogramas de métodos de cocinado que sean iguales.</p> <p>Para llevar a cabo esta actividad se van a formar grupos de 3-4 participantes; por turnos, cada uno de ellos tendrá que dar la vuelta a las tarjetas (las tarjetas se encontrarán boca abajo y los participantes no sabrá de que imagen se trata). Si coinciden, se las queda; en el caso de que no acierte, las tiene que volver a dar la vuelta y se pasará el turno al siguiente. Ganará quien consiga tener el mayor número de parejas de pictogramas al finalizar el juego.</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y el propio juego “memori” de métodos de cocinado. |

SESIÓN 5

Esta quinta sesión se encuentra muy vinculada con la anterior, ya que después de conocer los diferentes métodos de cocinado, se va a elegir una receta para elaborarla y por lo tanto será preciso reconocer y aplicar los métodos necesarios para su elaboración.

La presente sesión está compuesta por un total de dos actividades, que tienen como núcleo central la elaboración de una lista de ingredientes para poder, posteriormente en la siguiente sesión, elaborar una receta de cocina. La primera actividad se centra en el concepto de lista de compra y para qué se realiza; en cuanto a la segunda actividad, los participantes trabajaran con una ficha de identificación de ingredientes.

Tabla 20.

Sesión 5. Actividad 9.

| Actividad 9. Lista de la compra | |
|--|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none">• Conocer qué es una receta y para qué sirve.• Ser capaz de organizar y anotar correctamente cada uno de los ingredientes.• Identificar el supermercado como un lugar para comprar alimentos. |
| Duración | 30 minutos. |
| Recursos materiales | Hoja de una receta de cocina con ingredientes y procedimientos para su elaboración, hojas de anotación de los ingredientes a necesitar y los pasos a seguir en la receta. |
| Desarrollo de la actividad | |
| Iniciaremos la actividad recordando lo que hemos trabajado en la sesión anterior, los métodos de cocinado. Seguidamente, comenzaremos con la actividad correspondiente a la presente sesión. Nos centraremos en la receta (qué es, para qué sirve, dónde encontrarla) y se les mostrará un ejemplo de una receta, con sus correspondientes ingredientes y fases de preparación. Después, se decidirá entre todos una receta sencilla (por ejemplo, unas natillas, un bizcocho, un flan...) para elaborarla y degustarla en posteriores sesiones. La actividad se centrará en la recogida y anotación de los ingredientes que vamos necesitar en una hoja, para en la siguiente sesión acudir a un supermercado para comprar todos ellos. | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y la ficha de la lista de los ingredientes. |

Tabla 21.*Sesión 5. Actividad 10.*

| Actividad 10. ¿Qué ingredientes están repetidos? | |
|--|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la imagen pictográfica que se encuentre repetida. • Trabajar la memoria, atención y concentración. |
| Duración | 10 minutos. |
| Recursos materiales | Ficha de identificación de ingredientes repetidos (<i>véase anexo VIII</i>). |
| Desarrollo de la actividad | |
| Esta actividad consiste en identificar aquellos ingredientes que aparecen repetidos. Para ello, se les entregará la ficha elaborada para esta actividad (<i>véase anexo VIII</i>) y cada participante rodeará aquellos que aparezcan más de una vez en esa hoja. | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y la propia ficha planteada para esta actividad. |

SESIÓN 6

Para esta sesión, que corresponde con el ecuador de las intervenciones propuestas, se han planteado dos actividades a realizar. La primera corresponde con una salida a un supermercado, donde cada participante podrá fomentar su autonomía al tener que efectuar “una pequeña compra” para elaborar posteriormente una receta. Mediante ella, también se trabaja la orientación espacial y el cálculo matemático (ejercicio mental). En la segunda parte de la sesión, se trabajará la memoria así como el lenguaje escrito, al anotar diferentes productos que hayan podido observar en el supermercado.

Tabla 22.*Sesión 6. Actividad 11.*

| Actividad 11. Visita a un supermercado | |
|---|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer que es un supermercado y su función en la vida cotidiana. • Calcular el número de objetos comprados y cuánto nos ha costado la compra realizada. |
| Duración | 1 hora. |
| Recursos materiales | Lista de la compra, bolígrafo, dinero. |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Esta actividad se desarrollará de manera completa en un supermercado. Para ello, nos trasladaremos hasta un autoservicio que se encuentre cercano y allí observaremos como están organizados los diferentes alimentos (estantes de cereales, zona de frutas y verduras, cámaras de lácteos, etc...). Cada participante recogerá alguno de los ingredientes que se van a necesitar, de tal manera que todos y todas participen en este proceso. Una vez que tengamos ya todos los ingredientes, realizaremos un conteo sobre los alimentos y productos que tenemos y comprobando con los de la lista elaborada para verificar que no nos falta ninguno. Finalmente, nos dirigiremos a una caja para pagar la compra y también nos fijaremos en los precios (cuánto dinero nos ha costado, qué y cuántos billetes y/o monedas tenemos que dar para pagar, y la vuelta si fuese necesaria). Por último, recogeremos las bolsas y nos dirigimos de nuevo al centro (lugar donde se están realizando las intervenciones).</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa durante el transcurso de la actividad en la visita a un supermercado. |

Tabla 23.*Sesión 6. Actividad 12.*

| Actividad 12. ¿Qué hemos encontrado en el supermercado? | |
|---|--|
| Objetivos | Ser capaz de diferenciar entre alimentos dulces, salados, amargos, ácidos. |
| Duración | 30 minutos. |
| Recursos materiales | Bolígrafo, ficha de anotación de alimentos diferentes (<i>véase anexo IX</i>). |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Esta actividad tendrá lugar tras la vuelta de la actividad anterior. Se pedirá a los participantes que cuenten como se han sentido en esta salida, cuál ha sido aquello que más les ha gustado y por qué. Después, se le entregará a cada uno de ellos y ellas, una ficha (elaborada previamente) donde tendrán que escribir 5 productos de cada sabor que hayan visto en el supermercado.</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y con la ficha elaborada para esta actividad 12. |

SESIÓN 7

Para esta séptima sesión, se han planteado un total de dos actividades; la primera consiste en la elaboración de una receta y la segunda una secuenciación en la ordenación de los pasos que deben realizarse para lograr el resultado deseado de la receta.

Con estas dos actividades, no solo se trabaja la orientación espacial y la coordinación motriz, sino que también contribuye a la estimulación sensorial, a través de los olores y sabores durante su realización. Junto con todo lo anterior, también se favorece el fomento de la autonomía, al participar directamente en la elaboración de la receta.

Tabla 24.

Sesión 7. Actividad 13.

| Actividad 13. Elaboración de una receta de cocina | |
|--|--|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Clasificar la receta correctamente según si es: salada o dulce. • Comprender y aplicar cada uno de los pasos que se llevan a cabo en la receta. |
| Duración | 1 hora aproximadamente (dependerá de la receta que se elabore). |
| Recursos materiales | Hoja de la receta, ingredientes para elaborar la receta, utensilios y electrodoméstico (según la receta que se realice). |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Esta actividad consiste en la elaboración de una receta de cocina. Para ello, vamos a hacer agrupaciones de 2-3 personas, y cada grupo contará con una hoja de la receta que se va a realizar. Primero comenzaremos leyendo y comprendiendo los pasos a seguir para su elaboración (que previamente habremos leído para saber los ingredientes necesarios). Terminada de leer la actividad, la persona que se encargue de regir la actividad será quien vaya dirigiendo cada proceso, así como los pasos a realizarse. Para que todos y todas puedan participar, se irán alternado los pasos a seguir en cada uno de ellos.</p> <p>Una vez que la receta esté terminada, pasaremos a degustarla, reconociendo el sabor, la textura, si está caliente o fría y también les pediremos que nos cuenten a qué les ha recordado (si se hubiese producido).</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa durante el transcurso de la actividad de la elaboración de una receta. |

Tabla 25.*Sesión 7. Actividad 14.*

| Actividad 14. Ordenación de los pasos a seguir en la receta de cocina | |
|---|---|
| Objetivos | Ser capaz de identificar y secuenciar cada paso de la receta. |
| Duración | 30 minutos. |
| Recursos materiales | Bolígrafo, ficha de la actividad 14, tarjetas de pasos de elaboración de la receta. |
| Desarrollo de la actividad | |
| Tras la realización de la receta y su posterior degustación, se pedirá a los participantes que (sin ya tener el apoyo de la hoja de la receta) ordenen de manera correcta cada uno de los pasos realizados. Para ello, se les entregará diferentes tarjetas con cada paso y según el párrafo y fase que correspondan, tendrán que situarlos correctamente sobre la ficha de la actividad. | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y con la ficha elaborada para esta actividad. |

SESIÓN 8

La presente sesión se caracteriza por tener como núcleo central a trabajar la orientación espacial y temporal, así como la memoria. Está compuesta por un total de tres actividades, donde se trabajarán las diferentes comidas diarias y los momentos en los que se lleva a cabo, recordar las comidas realizadas o a realizar en presente, pasado y futuro, así como representar y situar las agujas en un reloj analógico.

Tabla 26.*Sesión 8. Actividad 15.*

| Actividad 15. Comidas del día | |
|--|---|
| Objetivos | Conocer y diferenciar las comidas principales (desayuno, comida y cena). |
| Duración | 15 minutos. |
| Recursos materiales | Ordenador, conexión <i>Wi-Fi</i> , hojas en blanco, bolígrafos. |
| Desarrollo de la actividad | |
| Iniciaremos la actividad preguntando a los participantes que entienden por comida. A partir de ahí, se le explicará qué es la comida (entendida como rutina de la vida diaria), por qué es importante realizar las cinco comidas diarias, así como los diferentes tipos de comidas y cuándo se realizan (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena) y su importancia de realizarlas todas ellas para que nuestro organismo funcione correctamente. Seguidamente, se les preguntará por el desayuno que realizan, es decir, qué desayunan, ya que es la comida más importante del día; después, se les mostrará diferentes imágenes de ejemplos de desayunos saludables que podrían comenzar a realizar, en el caso de que no fuese así. Para terminar, se les pedirá que anoten de manera secuenciar los nombres de cada comida. (Ejemplo: 1° → Desayuno, 2° → Almuerzo, 3° → Comida, 4° → Merienda, 5° → Cena). | |
| Evaluación | La actividad se evaluará a través de la observación directa durante el transcurso de la misma y con actividad de secuenciar y anotar las diferentes comidas según se realicen). |

Tabla 27.*Sesión 8. Actividad 16.*

| Actividad 16. ¿Qué comí ayer? ¿Qué comeré hoy? ¿y mañana? | |
|--|---|
| Objetivos | Identificar los recuerdos pasados, presentes y futuros, a través de los momentos de comidas. |
| Duración | 15 minutos. |
| Recursos materiales | Bolígrafo, ficha de la actividad 16 (<i>véase anexo X</i>). |
| Desarrollo de la actividad | |
| Después de finalizar la actividad anterior, se le entregará a cada participante una ficha, que tendrán que completar con aquello que hayan comido (se elegirá una o todas de las comidas del día, si se quisiese realizar la actividad más compleja y de mayor duración). De manera individual, cada participante tendrá que ir anotando en cada columna correspondiente (<i>véase anexo X</i>). Una vez que todos y todas lo hayan completado, se pondrá en común y cada participante irá contando sus comidas realizadas en ese día, el día anterior, y lo que comerán al día siguiente. | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y con la ficha elaborada para esta actividad. |

Tabla 28.*Sesión 8. Actividad 17.*

| Actividad 17. ¿A qué hora? | |
|--|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de situar las agujas del reloj según los momentos de comida. • Trabajar la orientación espacial. |
| Duración | 20 minutos. |
| Recursos materiales | Bolígrafo, ficha de la actividad 17 (<i>véase anexo XI</i>). |
| Desarrollo de la actividad | |
| Esta actividad consiste en que cada participante tendrá que representar un dibujo de un reloj analógico y situar cada aguja del reloj donde corresponda, según la hora a la que realice cada una de las comidas diarias (aproximadamente). Para ello, se les entregará a cada uno de ellos una ficha para realizar esta actividad (<i>véase anexo XI</i>). | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y con la ficha elaborada para esta actividad. |

SESIÓN 9

A lo largo de la presente sesión, se abordarán contenidos relacionados con la importancia de llevar a cabo una alimentación saludable y equilibrada. Es necesario trabajar lo mismo ya que como se ha explicado con anterioridad, un factor de riesgo muy importante no solo en la enfermedad de Alzheimer sino también en otras enfermedades cardiovasculares.

Esta sesión está formada por un total de 3 actividades, donde se trabajarán diferentes contenidos relacionados con una alimentación equilibrada a través de la creación de un mural y la clasificación atendiendo a su grupo de pertenencia.

Tabla 29.

Sesión 9. Actividad 18.

| Actividad 18. Dieta equilibrada | |
|---|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none">• Crear hábitos alimenticios saludables y equilibrados.• Diferenciar los grupos alimenticios. |
| Duración | 25 minutos. |
| Recursos materiales | Rueda alimenticia, tarjetas de cada grupo alimenticio (véase anexo), conexión wi-fi, ordenador, proyector, diferentes productos alimenticios. |
| Desarrollo de la actividad | |
| La actividad se comienza con la explicación por parte de la psicopedagoga de la importancia que tiene llevar a cabo una alimentación saludable en combinación con el ejercicio físico. Seguidamente, se les explicará los diferentes grupos alimenticios y una porción aproximada de su consumo diario, según el grupo al que pertenezca (se utilizará de una rueda alimenticia en su explicación para que la misma sea más visual). A continuación, mediante la utilización de diferentes carteles o tarjetas con el nombre de cada grupo alimenticio; se entregará a cada participante diferentes productos alimenticios reales y tendrán que situarlos en la zona correcta según el grupo al que pertenezcan. | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa durante el transcurso de la actividad al igual que con la actividad final, con la correcta colocación de cada alimento en su correspondiente grupo alimenticio. |

Tabla 30.*Sesión 9. Actividad 19.*

| Actividad 19. Mural alimenticio | |
|---|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la creatividad. • Trabajar la orientación espacial y la coordinación óculo manual. |
| Duración | 35 minutos. |
| Recursos materiales | Cartulina, tijeras, revista de alimentos de un supermercado, pegamento. |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Para la puesta en práctica de esta actividad, se comenzará con una explicación del significado de un mural y su finalidad. Una vez trabajado lo anterior, se le pedirá a cada participante que recorte al menos, unos de los productos de las revistas de supermercados (entregadas a cada uno de ellos) de cada grupo alimenticio.</p> <p>A continuación, con el dibujo de la pirámide ya representado sobre la cartulina, cada participante pegará sobre ella cada uno de los trozos de alimentos recortados y los pegará en su correspondiente franja de la pirámide alimenticia. Una vez que tengamos todos pegados, el resultado final será similar a la imagen reflejada en el <u>anexo XII</u>.</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y con la dinámica de la elaboración del propio mural. |

SESIÓN 10

La décima sesión de la intervención, se ha planteado para realizarla en un espacio fuera del aula o sala donde se han realizado la mayoría de las actividades, ya que se acudirá a un restaurante para degustar diferentes platos y posteriormente una actividad de identificación de los ingredientes detectados en cada uno de los platos que se consumirán.

Con esta actividad se pretende que los participantes trabajen la estimulación sensorial a través del disfrute de la comida, así como en el fomento de su autonomía personal con del manejo de los cubiertos para comer.

Tabla 31.*Sesión 10. Actividad 20.*

| Actividad 20. Visita a un restaurante | |
|---|---|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular los sentidos de gusto y olfato. • Contribuir a establecer hábitos de comida. |
| Duración | 1 hora y media (aproximadamente). |
| Recursos materiales | Reserva en un restaurante de la zona. |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>El desarrollo de esta actividad tendrá lugar en un restaurante. Para ello, se acudirá al mismo para realizar la comida en ese día. Cada participante elegirá uno o dos platos y postre si lo quisiese y tendrá que identificar los ingredientes y sabores que tiene cada uno de ellos, para en la siguiente actividad (actividad 21), anotarlo en una ficha elaborada previamente para la misma.</p> <p>La actividad se terminará con la vuelta al aula o lugar de referencia (donde se estén llevando a cabo las intervenciones).</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa durante el transcurso de la actividad. |

Tabla 32.*Sesión 10. Actividad 21.*

| Actividad 21. Ingredientes detectados | |
|---|---|
| Objetivos | Distinguir y diferenciar los diferentes ingredientes de cada plato degustado. |
| Duración | 10 minutos. |
| Recursos materiales | Bolígrafo, ficha de la actividad 21. |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Después de la degustación de cada plato, se les pedirá a los participantes que anoten en la ficha entregada, los ingredientes detectados en el plato y si es un plato dulce, amargo, salado o ácido.</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y con la ficha elaborada para esta actividad. |

Tabla 33.*Sesión 10. Actividad 22..*

| Actividad 22. Diario de un día en un restaurante | |
|--|--|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la memoria y el lenguaje. • Ser capaz de ordenar coherentemente la información, hechos y pensamientos. |
| Duración | 20 minutos. |
| Recursos materiales | Bolígrafo, folios en blanco. |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Ya en el aula, se pedirá a cada participante que plasme una secuenciación explicativa de lo realizado en cada una de las actividades anteriores de la presente sesión. Al final de ello, también señalarán que es aquello que más les ha gustado y por qué.</p> <p>Esto permitirá que cada participante recuerde lo realizado durante el día.</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa y con la ficha elaborada para esta actividad. |

SESIÓN 11

La sesión 11 corresponde a la penúltima sesión de la intervención; se caracteriza por estar formada por una actividad grupal que permitirá recoger todo lo trabajado a lo largo de las sesiones anteriores, enfocándola en una actividad de repaso y pre-cierre de la intervención. Esta sesión, como en el epígrafe siguiente se explicará, va a servir como herramienta de evaluación final, ya que con ella se permitirá comprobar la consecución de algunos de los objetivos planteados para la actividad.

Tabla 34.

Sesión 11. Actividad 24.

| Actividad 22. Trivial alimenticio | |
|--|---|
| Objetivos | Aplicar todo lo desarrollado a lo largo de las sesiones anteriores de la intervención. |
| Duración | 1 hora. |
| Recursos materiales | Tarjetas de contenidos sobre los diferentes temas (con sus preguntas), “pop it” triangular, dado de colores. |
| Desarrollo de la actividad | |
| Esta actividad está basada en el juego del trivial, pero adaptado al tema de trabajo de esta intervención: la cocina. Primeramente, se organizará grupos de 3-4 personas y cada grupo contará con un triángulo “pop it”, cada vez que acierten la pregunta, tendrá que pulsar sobre uno de los círculos del triángulo, y ganará aquel grupo que logren conseguir tener pulsados todos los círculos de su triángulo. En relación al procedimiento del juego, se utilizará un dado con diferentes colores (cada uno de los colores corresponderá a un tema en concreto ya trabajado). Cada grupo, en su correspondiente turno, lanzará el dado y según el color resultante deberán contestar a una pregunta de ese grupo de contenidos particulares. Ejemplo: el color rojo corresponde a preguntas de utensilios de cocina, el color amarillo a métodos de cocinado... | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa durante el transcurso de la dinámica de la actividad. |

SESIÓN 12

La sesión 12 corresponde a la última sesión de la intervención. En ella, cada uno de las tareas que se van a desarrollar en la presente sesión, estarán enfocadas a la evaluación. A lo largo de ella, se hará un recorrido sobre todo lo desarrollado durante estas semanas anteriores así como también permitir conocer el grado de satisfacción de los participantes con la intervención realizada.

Tabla 35.

Sesión 12. Actividad 25.

| Actividad 25. ¿Qué he podido aprender? | |
|--|--|
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none">• Conocer el grado de satisfacción de los participantes.• Saber si se ha alcanzado los objetivos planteados para la intervención.• Identificar las posibles mejoras futuras. |
| Duración | 35 minutos. |
| Recursos materiales | Ovillo de lana o hilo, bolígrafo, cuestionario de satisfacción (<i>véase anexo XIII</i>), cuestionario de Pfeiffer (<i>véase anexo II</i>). |
| Desarrollo de la actividad | |
| <p>Se comenzará con la puesta en práctica de nuevo con la dinámica grupal de presentación que se comenzó en la primera sesión semanas atrás. En este caso, cada participante deberá de decir cómo se han sentido durante estas semanas en las diferentes sesiones y elegir una de las actividades que más le gustó y su por qué.</p> <p>Una vez terminada la actividad anterior, se les entregará a cada participante dos documentos: por un lado el cuestionario de Pfeiffer (que se rellenará nuevamente para poder comprobar los resultados con los recogidos inicialmente); por otro lado, se les entregará un cuestionario de satisfacción para poder evaluar diferentes aspectos en relación con lo trabajado durante la intervención así como el trato recibido por las personas que han trabajado durante el mismo y proponer mejoras futuras para la misma.</p> | |
| Evaluación | La evaluación de la actividad se realizará a través de la observación directa (dinámica grupal) y la información que se recogerá de ambos cuestionarios. |

5.8. RECURSOS

Al igual que es preciso plantear un desarrollo y explicación de cada sesión propuesta con sus correspondientes actividades, resulta fundamental tener en cuenta todos los recursos que se necesitan para la puesta en práctica de la intervención.

Dentro de los recursos que se van a necesitar, vamos a establecer una clasificación en dos tipos distinguiendo en: factor humano y recursos materiales.

5.8.1. Factor humano

En relación al personal que se va a necesitar para realizar la intervención planteada en el presente Trabajo de Máster, es preciso contar con un profesional de la psicopedagogía, quien será el encargado principal de guiar y dirigir cada una de las actividades planteadas. De la misma manera, también es necesario contar con un cocinero que nos apoye en la actividad de

la elaboración de la receta así como en la actividad de salida a un restaurante e igualmente, con voluntarios que nos ayuden con los participantes en las salidas al exterior.

Asimismo, para la actividad planteada para cada viernes, en la que se acudirán a una sala *snoezelen*, será preciso contar con un profesional especializado en el desarrollo de actividades de estimulación sensorial, como puede ser un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e incluso un profesional de la psicología.

En relación a los recursos materiales, se precisará de una sala, aula o espacio para impartir cada una de las sesiones planteadas dentro de un espacio concreto (por ejemplo, una sala de un centro cívico, un espacio en un centro de día, salón multifuncional...). También, es importante realizar una diferenciación entre material fungible y no fungible:

- Material no fungible: silla, mesa, ordenador, acceso a internet, proyector, presentaciones digitales, utensilios y electrodomésticos de cocina, “pop it” triangular...
- Material fungible: fichas de cada actividad, bolígrafos, ingredientes para la elaboración de la receta (de la actividad 13 de la sesión 7), cartulina, pegamento, revistas con alimentos de un supermercado (para el mural alimenticio), tarjetas pictográficas (para la actividad de memoria y bingo).

5.9. EVALUACIÓN

La evaluación de la intervención propuesta en este trabajo se llevará a cabo en diferentes momentos.

5.9.1. Evaluación inicial

Esta primera evaluación pretende servir como punto de partida de conocimientos previos. Para ello, después de realizar la dinámica de presentación, se empleará el cuestionario de Pfeiffer, adaptado al castellano por Martínez et al. (2001). Esta escala, aunque es una herramienta para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores, se ha considerado que puede servir de gran utilidad para valorar el punto inicial de partida y si posteriormente al finalizar la intervención y en meses posteriores, se está logrando ralentizar el deterioro cognitivo en las personas con enfermedad de Alzheimer. El cuestionario de

evaluación, cuenta con un total de 10 preguntas y se valoran en aciertos o fallos según la respuesta de cada persona. Según el número de fallos contabilizados, se sitúa en un nivel de deterioro cognitivo determinado (Semergen Cantabria, s.f.). En el anexo II se refleja un modelo del mismo.

Por lo tanto, esta evaluación inicial contribuye al conocimiento del punto de partida y su comparación con las respuestas que se obtendrán al ser aplicado nuevamente al finalizar la intervención.

5.9.2. Evaluación procesual

Esta se realiza a través de la recogida de la información obtenida de cada ficha o ejercicio de las diferentes actividades de las sesiones; además, se complementará con la observación directa del profesional de la psicopedagogía, quien será el encargado de guiar y desarrollar cada una de las actividades de cada sesión (apoyado por los profesionales externos, en aquellas que se precise dadas las características para esa actividad específica. La información que se recoja de esa observación directa deberá ser anotada en una hoja de registro, donde registrará lo observado por cada participante, con la finalidad de que favorezca a la posterior complementación de una rúbrica de evaluación final (que en el siguiente apartado se explicará).

5.9.3. Evaluación final

Se realizará al final de la intervención; está compuesta por la aplicación de diferentes herramientas. En primer lugar, se evaluarán las actividades correspondientes a la última y penúltima sesión (es decir, sesión 11 y 12). Con la actividad de “Trivial pop it” se abordarán todos los contenidos presentados a lo largo de las diferentes actividades; en lo referido a la sesión 12, con la puesta en común de cómo se han sentido a lo largo de este proceso, también se recogerá la información que los participantes nos ofrezcan y transmitan. Asimismo, se volverá a utilizar el cuestionario de Pfeiffer como herramienta de evaluación final para comparar con los resultados obtenidos del mismo en la evaluación inicial y así comprobar si existen variaciones en cuanto al grado de deterioro cognitivo de cada participante.

Junto con todo lo anterior, se han diseñado herramientas para llevar a cabo esta evaluación las siguientes:

- Cuestionario de satisfacción de los participantes en relación con la intervención en sí (actividades, docente, ...) (*véase anexo XIII*).
- Cuestionario de evaluación de los contenidos, objetivos planteados, actividades y recursos de la intervención (*véase anexo XIV*).
- Cuestionario de autoevaluación del profesional de la psicopedagogía sobre su propia acción (*véase anexo XV*).

5.9.4. Evaluación de seguimiento

Esta evaluación tiene como finalidad principal conocer y valorar el impacto a medio y largo plazo que ha tenido la intervención en cada uno de los participantes. Es importante indicar, que al finalizar las intervenciones se les entregará un dossier con cada actividad realizada, para que de esta manera puedan seguir trabajando para seguir ese proceso de mantenimiento de las capacidades cognitivas y de estímulos sensoriales. Por ello, volveremos a aplicar de nuevo el cuestionario de Pfeiffer (*véase anexo II*), para comprobar los resultados obtenidos con los recogidos en la evaluación inicial y en la evaluación final y así poder conocer su alcance y si se están logrando los objetivos planteados de la intervención, o si por el contrario es necesarios modificar la intervención diseñada.

6. CONCLUSIONES

Tras la revisión realizada en diversas fuentes bibliográficas para la elaboración del marco teórico del presente Trabajo Fin de Máster así como un diseño de una propuesta de intervención psicopedagogía para abordar el tema central del estudio, resulta esencial hacer referencia a algunas cuestiones finales que han ido emergiendo a lo largo del periodo de su elaboración, además de permitir concluir este Trabajo Fin de Máster.

En primer lugar, se reflejarán los resultados y aportaciones finales obtenidas tras desarrollar este Trabajo Fin de Máster; seguidamente, se hará referencia a una propuesta de líneas de perspectiva futuras, entendidas como mejora y enriquecimiento del trabajo.

Desde hace unos años atrás, se viene observando que la esperanza de vida en la población cada vez es mayor, originando un índice de población más envejecida y longeva en años, lo que se traduce en un mayor número de diagnósticos de demencia, la cual está

considerada como una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y que se espera que aumente en los próximos años notablemente en el número de diagnósticos (Díaz et al., 2010).

Tras la revisión realizada a lo largo del presente Trabajo Fin de Máster, se ha comprobado que, a pesar de ser una enfermedad que lleva siendo estudiada desde hace muchos años atrás y sobre la que hay gran cantidad de literatura científica clínica, existe muy poca documentación sobre estrategias y planes actuales para su abordaje desde ámbitos psicosociales.

Aludiendo al primer objetivo específico para este trabajo, se ha evidenciado que la mayoría de los tratamientos e intervenciones para las personas con enfermedad de Alzheimer siguen basándose en intervenciones farmacológicas aplicadas desde el ámbito clínico. Hasta hace pocos años, se pensaba que las personas que padecían de esta enfermedad perdían completamente la capacidad para la adquisición de aprendizajes, por lo que se consideraba que las intervenciones basadas en la estimulación cognitiva y sensorial resultarían en vano, sin embargo se ha comprobado a través de estudios recientes que aquellos que reciben tratamiento no farmacológico (junto con el farmacológico), obtienen notables resultados con respecto a los que únicamente cuentan con tratamiento farmacológico.

Otro aspecto a destacar es el impacto social que tiene la enfermedad de Alzheimer. En la actualidad, sigue vigente el Plan Nacional para la atención del Alzheimer y otras demencias 2019-2023, que tiene como principal finalidad servir de guía para la creación de estrategias y actuaciones autonómicas. Sin embargo, la realidad es que, tras la revisión de las mismas, tan sólo se han puesto en marcha en algunas de las comunidades autónomas. Resulta esencial que se creen planes para la atención de las mismas, porque no solo se espera que se mantengan el número de diagnósticos, sino que aumenten, como se ha mencionado antes por la mayor esperanza de vida en las personas.

Asimismo, vinculado con lo anterior, la atención a la persona con enfermedad de Alzheimer se debe intensificar, no solo desde el ámbito clínico, sino también en ámbitos psicopedagógicos; además es esencial prestar atención a los cuidadores y familiares principales de estas personas. Como aspecto positivo a destacar, la Comunidad de Castilla y León aprobó en el año 2017 un Plan Estratégico que también pretendía servir como eje y guía de actuación para la atención de las personas cuidadoras y/o familiares. Por lo tanto, se debe potenciar la

creación de planes de actuación en el resto de comunidades, así como aumentar la atención psicosocial, promoviendo la eliminación de ciertos estereotipos creados como la elaboración del Documento de Voluntades Anticipadas.

Para último, señalar la importancia de que aumente la literatura científica acerca del profesional de la psicopedagogía, ya que existen escasos textos que hablen de las funciones de dicho profesional que no están vinculadas con los contextos educativos formales. El profesional de la psicopedagogía puede desempeñar satisfactoriamente sus funciones en otros ámbitos como el gerontológico (como es el caso del presente trabajo), en contextos de inserción social laboral, e incluso dentro del área de recursos humanos de empresas. Por ello, resulta necesario que se vaya realizando nueva literatura sobre la misma e ir eliminando mitos o ideas erróneas sobre sus funciones y campos de intervención profesional.

Gracias al desarrollo y elaboración del Trabajo Fin de Máster, he podido acercarme a una realidad más próxima sobre la enfermedad de Alzheimer a través de recogida y análisis de una documentación extensa, para diseñar una propuesta de intervención lo más adaptada y eficaz a las necesidades reales y actuales de las personas destinatarias de atención, lo cual supone de gran motivación en mi formación profesional al tratar de plantear una posible intervención que se podría llevar a la práctica en un futuro para contribuir a un mejor bienestar y calidad en las personas afectadas por esta enfermedad, que en la actualidad se sigue desconociendo su cura definitiva y que además continúa afectando a muchas personas.

Para terminar, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se plantean como perspectivas futuras la necesidad de la creación de nuevas fuentes y revisiones literarias que permitan no solo acercarse aun más a las necesidades de las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y su entorno más cercano, sino también en cuanto a las funciones laborales que puede desempeñar el profesional de la psicopedagogía, sin tener en cuenta únicamente los contextos educativos formales.

Como propuesta futura relacionada con la intervención, podría llevarse a cabo en un contexto real, para poder comprobar su eficacia y observar si se logran alcanzar los objetivos propuestos para la misma.

A modo de conclusión, señalar la importancia de la labor del profesional de la psicopedagogía en el contexto gerontológico, capacitado en conocimientos y competencias para dar respuesta a las necesidades actuales y futuras emergentes que experimentarán las

personas mayores, las cuales también afectarán de manera indirecta en la sociedad en general causando un gran impacto social y económico si no se le presta la atención que requiere.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer Association. (s. f.). *¿Qué es el Alzheimer?* Recuperado 1 de abril de 2021, de <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer?lang=es-MX>
- Ansón, L., Bayés, I., Gavara, F., Giné, A., Nuez, C. y Torrea, I. (2015). *Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva para reforzar la memoria*. https://www.csi.cat/media/upload/pdf/estimulacion-cognitiva-csi_editora_94_3_1.pdf
- Arrieta, E., Fernández, L., González, V., Goñi, M., Guerrero, M. T., López, P., Trigueros, P., Requejo, M. y Soto, A. (2007). *Guía de atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria* (Junta de Castilla y León).
- Asociación de Familiares Enfermos de Alzheimer de Astorga (s. f.). *Programas dirigidos a familiares y cuidadores*. Recuperado 24 de enero de 2021, de <https://www.alzheimerastorga.es/programas-dirigidos-a-familiares-y-cuidadores/>
- Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores. (s. f.). *Universidades Socias-AEPUM*. Recuperado 7 de marzo de 2021, de <https://www.aepum.es/universidades-socias/>
- Ayuso, T., Ederra, M. J., Manubens, J. M., Nuin, M. Á., Villar, D. y Zubicoa, J. (2007). Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología. En *Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea* (pp. 1-201). Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Aznar, I., Hinojo, F. J. y Fernández, F. D. (2007). Competencia, competencias profesionales y perfil profesional: retrato del perfil del psicopedagogo. *Publicaciones*, 37, 109-139.
- Benito, M. (2020). *Conoce las principales salidas profesionales de la psicopedagogía*. Educación, Psicología y Sociedad. <https://epce.blogs.uoc.edu/es/conoce-las-principales->

salidas-profesionales-de-la-psicopedagogia/

- Binotti, P., Spina, D., De la Barrera, M. L. y Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(2), 119-126.
- Brunet, N. (2020). Programa de estimulación cognitiva en pacientes mayores de 65 años con deterioro cognitivo leve/demencia leve: estudio piloto en la Asociación de Familiares del Alzheimer en la ciudad de Amposta. Universitat Rovira I Virgili.
- Caballé, E., Megidoa, M. J., Espinás, J., Carrasco, R. M. y Copetti, S. (1999). La atención de los cuidadores del paciente con demencia. *Atención Primaria*, 23(8), 493-495.
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-cuidadores-del-paciente-14822>
- Cabrera, L. y Bethencourt, J. T. (2010). La psicopedagogía como ámbito científico-profesional. *Revista Electrónica de Investigación en Psicología de la Educación*, 8(2), 893-914.
- Cambero, S. y Díaz, D. (2019). Aprendizaje a lo largo de la vida como estrategia de envejecimiento activo Caso de estudio de la Universidad de Mayores de Extremadura. *Revista de Sociología de la Educación (RASE)*, 12(1), 104-122.
- Carbajo, M. C. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 18, 237-254.
- Carbajo, M. C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24, 87-96.
<https://doi.org/ISSN 2171-9098>
- Castillejo, A. (2019). *El testamento vital está regulado por las Comunidades Autónomas, pero no todas lo hacen igual*. Sociedad. https://www.65ymas.com/sociedad/el-testamento-vital-esta-regulado-por-las-comunidades-autonomas-pero-no-todas-lo-hacen-igual_4200_102.html
- Castro, M. A. (2019). *Estimulación sensorial en personas con Alzheimer*.
<https://lamenteesmaravillosa.com/estimulacion-sensorial-en-personas-con-alzheimer/>

- Causapié, P., Balbontín, A., Porras, M. y Mateo, A. (2011). *Libro blanco sobre envejecimiento activo* (Instituto de Mayores y Servicios Sociales).
- Cid, M. J. y Camps, M. (2010). Estimulación multisensorial en un espacio snoezelen: concepto y campos de aplicación. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(236), 22-32.
- Confederación Española de Alzheimer. (2016). *Terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con Alzheimer*.
<https://www.ceafa.es/files/2017/08/ManualTNF-2.pdf>
- Confederación Española de Alzheimer. (2017). *La importancia del sentido del olfato*.
<https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/la-importancia-del-sentido-del-olfato>
- Consejería de Políticas Sociales y Familia. (2017). *Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2017-2021* (Comunidad de Madrid).
- Custodio, N., Montesinos, R. y Alarcón, J. O. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(4), 235-250.
- Davicino, N. A., Muñoz, M. S., De la Barrera, M. L. y Donolo, D. (2009). El rol psicopedagógico en la estimulación cognitiva de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(1), 6-11.
- Díaz, M., Doménech, M. Á., Elorriaga, C., Elorriaga, S., Ortiz, A., Perex, M. del S. y Sendagorta, B. (1995). *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer* (A.F.A. BIZ).
- Díaz, U., Matellanes, B. y Montero, J. M. (2010). *Gimnasia de la memoria* (Publicaciones de la Universidad de Deusto (ed.)).
- Educamigos. (s. f.). *Smartbrain - Estimulación cognitiva* -. Recuperado 20 de marzo de 2021, de <http://www.educamigos.com/smartbrain/>
- Equipo de Rehabilitación Neurológica Integral. (s. f.). *Psicopedagogía*. Recuperado 6 de marzo de 2021, de <http://www.ereni.com.uy/especialidades/psicopedagogia>

- Fernández, B., Rodríguez, R., Contador, I., Rubio, A. y Ramos, F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 23(1), 44-50.
- Fillat, Y. (2020). *Censo de las personas con Alzheimer y otras demencias en España. Fundamentación, metodología, datos disponibles, herramientas, aprendizajes y propuestas*. <https://www.ceafa.es/files/2020/12/censo-alz.pdf>
- Franco, M., Orihuela, T., Bueno, Y., Conde, R. y Alonso, M. (s. f.). Programa gradior rehabilitación cognitiva por ordenador. *Fundación Intras*, 1-3. <https://www.intras.es/file/216>
- Fundación Alzheimer España. (2015a). *Clasificación de Demencias*. <http://www.alzfae.org/fundacion/145/clasificacion-demencias>
- Fundación Alzheimer España. (2015b). *Fases del Alzheimer*. <http://www.alzfae.org/fundacion/146/fases-alzheimer>
- Fundación Alzheimer España. (2015c). *Quien es Alois Alzheimer*. <http://www.alzfae.org/fundacion/164/alois-alzheimer>
- Fundación Clínica de la Familia. (2014). *Día del Psicopedagogo: los desafíos del rol profesional*. Informar para la salud. <https://www.fundacionclinicadelafamilia.org/dia-del-psicopedagogo-los-desafios-del-rol-profesional/>
- Fundación Pasqual Maragall. (s. f.). *Guía: Consejos para cuidadores familiares de personas con Alzheimer*. Recuperado 13 de abril de 2021, de https://recursos.fpmaragall.org/consejos-cuidadores?__hstc=89075716.b46e403486327b656b11e1658eb21367.1614457158175.1618125754238.1618337895353.17&__hssc=89075716.2530253125312530.1618337895353&__hsfp=1636068616&_ga=2.137758195.252241812.1618337896-1477157
- Fundación Pasqual Maragall. (2019). *El tratamiento no farmacológico en la enfermedad de Alzheimer*. <https://blog.fpmaragall.org/tratamiento-no-farmacologico-alzheimer>
- Fundación Pasqual Maragall. (2020a). *Cómo evitar el Alzheimer: ¿se puede prevenir?* <https://blog.fpmaragall.org/como-evitar-el-alzheimer>

- Fundación Pasqual Maragall. (2020b). *El testamento vital, ¿qué es y para qué se utiliza?*
<https://blog.fpmaragall.org/el-testamento-vital-que-es-y-para-que-se-utiliza>
- Garate, M., Mondragón, G., Agirregomezkorta, L., García, O., Zozaia, M. S., Checa, A., Salaverría, B., Miranda, J., Larrumbide, I., Gurrutxaga, A., Genua, M. I., Cuartango, I. y Etxeberria, I. (s. f.). Modelo de Atención Centrado en la Persona y sus concreciones en la organización de la vida cotidiana : Intervenciones Terapéuticas basadas en la Vida Cotidiana y las preferencias de los usuarios. *Instituto Gerontológico Matia*.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/proyecto_intervenciones_cotidianas_memoria_final.pdf
- Gázquez, J. J., Pérez, M. del C., Molero, M. del M., Barragán, A. B., Martos, Á. y Cardila, F. (2015). *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. Volumen I* (ASUNIVEP).
- Gerencia de Servicios Sociales. (2017). *Estrategias de prevención de la dependencia para personas mayores y promoción del envejecimiento activo. 2017-2021* (pp. 1-215). Junta de Castilla y León.
- Gil, P. y Martín, J. (2006). Demencia. En Sociedad Española de Psicogeriatría (Ed.), *Tratado de geriatría para residentes* (pp. 173-188).
- Goñi, M. C., Goñi, A. C. y Goñi, M. P. (2006). Demencia por enfermedad de Pick. *SEMERGEN*, 32(4), 172-175.
- González, M. I., Vicente, F., Martínez, P., Rodrigo, J. y Lleó, A. (2019). *Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)* (pp. 1-92). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
- Hernández, C. López, S. (2016). *Alzheimer. Guía práctica para conocer, comprender y convivir con la enfermedad*. (Ediciones Nobel (ed.)).
- Huertas, E. (2009). La sala snoezelen en terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)*, 6(1), 1-9.
- Imentia. (s. f.). *Imentia. Cuidamos de tus recuerdos*. Recuperado 20 de marzo de 2021, de

<https://www.imentia.com/>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2020a). *Envejecimiento activo*.

https://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/index.htm

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2020b). *Terapias No Farmacológicas*.

https://crealzheimer.imserso.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/index.htm

Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *Defunciones según la causa de la muerte*.

Recuperado 2 de abril de 2021, de <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10803>

Junta de Castilla y León. (s. f.-a). *Atención a la persona con demencia*. Recuperado 21 de marzo de 2021, de

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/demencia/cuidados-personas-demencia-guia/atencion-persona-demencia>

Junta de Castilla y León. (s. f.-b). *Club de los 60. Envejecimiento activo*. Recuperado 7 de

marzo de 2021, de <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/club-envejecimiento-activo.html>

Junta de Castilla y León. (s. f.-c). *Documento de Instrucciones Previas e inscripción en el Registro*. Recuperado 24 de enero de 2021, de

<https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionElectronica/es/Plantilla100Detalle/1251181050732/21/1264513764716/Tramite>

Kwok, H., To, Y. y Sung, H. (2003). The application of a multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities-Hong Kong experience. *Hong Kong Medical Journal*, 9(2), 122-126.

López, D. (2019). *Trayectorias profesionales y empleabilidad del psicopedagogo*.

Universidad Internacional de la Rioja.

<https://www.unir.net/educacion/revista/trayectorias-profesionales-y-empleabilidad-del-psicopedagogo/>

López, J. y Agüera, L. F. (2015). Evolución histórica Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría.

Psicogeriatría, 5(1), 3-14.

- Luque, P., Morales, I., Carmona, J. M., Manfredini, R., Rodríguez, M. A. y López, P. J. (2020). Enfermería global. *Enfermería Global*, 58, 390-405.
<https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/89280>
- Lynne, R. y Thomas, J. (2002). *Asistencia y cuidado del paciente de Alzheimer. Guía práctica* (Ediciones Témpora S.A. (ed.)).
- Macpherson, A. (2020). *El alzheimer estará amparado por la ley de eutanasia si consta por escrito*. Voluntades anticipadas.
<https://www.lavanguardia.com/vida/20200221/473675023825/alzheimer-ley-de-la-eutanasia-voluntades-anticipadas.html>
- Maroto, M. A., Blanco, V., Berrocosa, J. ., Sánchez, T. y Saavedra, C. (2012). *Programa para la estimulación y el mantenimiento cognitivo en demencias*.
<http://web.teaediciones.com/CORTEX--PROGRAMA-PARA-LA-ESTIMULACION-Y-EL-MANTENIMIENTO-COGNITIVO-EN-DEMENCIAS.aspx>
- Martín, M. (2017). Deterioro cognitivo y demencias. La enfermedad de Alzheimer. En Editorial Médica Panamericana (Ed.), *Guía Esencial de Psicogeriatría* (pp. 15-50).
- Martin, P. (2007). Voluntades anticipadas. *Escritura Pública*, 44, 64-67.
- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, M. del C., Aguado, C., Albert, C. y Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129-134. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(01)72040-4)
- Martínez, T., García, E., Rodríguez, M. E., Rascón, M. y Rodríguez, P. (2002). *Estimulación cognitiv: Guía y material para la intervención* (Gobierno del Principado de Asturias).
- Matías-Guiu, J. (2005). *Convivir con Alzheimer* (Editorial Médica Panamericana).
- Matilla, R., Martínez, R. M. y Fernández, J. (2016). Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(6), 349-356.
- Miret, L., Fuster, A., Peris, E., García, D. y Saldaña, P. (2002). El perfil del psicopedagogo. *Jornades de Foment de la Investigació. Universitat Jaume I.*, 1-21.

- Montero, P. J. y García-Baamonde, M. E. (2005). Snoezelen: El despertar sensorial. *Puertas a la lectura*, 18, 153-161. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3734923>
- Nascia Rehacom. (s. f.-a). *¿Qué es Rehacom?* Recuperado 20 de marzo de 2021, de <https://rehacom.es/>
- Nascia Rehacom. (s. f.-b). *INTRODUCCIÓN A REHACOM*. Recuperado 20 de marzo de 2021, de <https://www.youtube.com/watch?v=Xfx-he0NTIQ>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y salud. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Osorio, M. y Porto, V. (2019). El cuidador familiar de pacientes con Alzheimer y su calidad de vida, en una institución de salud de Cartagena. *Revista Ciencias Biomédicas*, 8(1), 9-14.
- Peña, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. (Fundación). https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Enfermedad_Alzheimer_de_diagnostico_a_terapia.pdf
- Pérez, J. M. (2013). Breve biografía de Alois Alzheimer. *Neurosciences and History*, 1(3), 125-136.
- Prieto, D., Etxeberria, I., Galdona, N., Urdaneta, E. y Yanguas, J. (2009). *Las Dimensiones subjetivas del envejecimiento*.
- Queralt, M. (2016). *Definición de envejecimiento. ¿Qué es el envejecimiento?* CanalSALUD MAPFRE. <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/cambios-en-la-vejez/definicion-de-envejecimiento/>
- Real Academia Española. (s. f.). *Demencia*. Recuperado 1 de abril de 2021, de <https://dle.rae.es/demencia>

- Rodríguez, A. y Pérez, L. (2019). Estrategias de afrontamiento en cuidadoras de personas con alzhéimer. Influencia de variables personales y situacionales. *Revista Española de Discapacidad*, 7(1), 153-171.
- Ruiz, J.M, Reinoso, A. I., Llanero, M., Fernández, M. ., De Andrés, M. ., Gómez, J. ., Brizuela, A. C., García, A., García, E., Lozano, M., Aragón, M. ., Montenegro, P. y Montejo, P. (2008). *Cuaderno de ejercicios de estimulación cognitiva*. Instituto de Salud Pública.
- Ruiz, J. M. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32, 57-66.
- Sagués, A., García, J. M., Suárez, R., Espinosa, J. M., Balbuena, E. M., Ruíz, I., López, J. M., Martín, A. y Torró, C. (2010). *Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010* (Consejería de Salud. Junta de Andalucía).
- Sagués, A., Pérez, A., García, Á., Espinosa, J. M., Velasco, A., Bascón, M., Sánchez, F., Martínez, A., Porras, A. y Suárez, R. (2017). *Estrategia de Alzheimer de Andalucía* (Junta de Andalucía).
- Sanchiz, M. L. (2009). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica*. Publicacions de la Universitat Jaume I. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/23882>
- Sardinero, A. (2010). *Estimulación cognitiva para adultos*. Talleres cognitiva. www.tallerescognitiva.com
- Semergen Cantabria. (s. f.). *Instrucciones para pasar el test de Pfeiffer*. Recuperado 13 de mayo de 2021, de http://www.semergencantabria.org/docaux/instrucciones_testpfeiffer.htm
- SmartbrainPro. (s. f.). *Smartbrain*. Recuperado 20 de marzo de 2021, de <https://www.smartbrain.net/smartbrainpro/que-es-smartbrain-pro/>
- Stimulus. (s. f.). *STIMULUS -APP profesional de estimulación cognitiva*. Recuperado 20 de marzo de 2021, de <https://stimuluspro.com/>
- Suárez, T. A. y Rodríguez, L. J. (2020). Cuido comunicando : diseño y validación de un

- programa de entrenamiento de habilidades comunicativas para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. *Cultura de los cuidados*, 24(58), 305-314.
- Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Doménech, S. y Llorente, A. (2009). Volver a empezar: Ejercicios de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. En *Glosa Ediciones* (Vol. 33, Número 9). www.pharma.es.novartis.com
- Universidad de Valladolid. (2020). *Guía docente de la asignatura Trabajo Fin de Máster 2020-2021. Máster Universitario en Psicopedagogía*.
- Valls-Pedret, C., Molinuevo, J. L. y Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Revista de Neurología*, 51(8), 471-480.
- Velásquez, A. N., Moreira, J. A. y Barcia, M. F. (2021). Rol de las tecnologías de la información y la comunicación en el acompañamiento psicopedagógico durante el confinamiento por COVID-19. *Dominio de las ciencias*, 7(1), 937-950.
- VitalAstur. (2018). *La estimulación sensorial como terapia para el tratamiento de Alzheimer en personas mayores*. <https://www.vitalastur.com/2018/08/>.
- Yanguas, J. J. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Zamarrón, M. D., Tárraga, L. y Fernández, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437.

8. ANEXOS

ANEXO I. Organización de actividades con sus correspondientes objetivos, sesión a la que pertenecen, duración aproximada y lugar de realización.

Tabla 36.

Organización de actividades con sus correspondientes objetivos, duración aproximada y lugar de realización: sesiones 1 y 2.

| Objetivo general | Objetivos específicos | Sesión | Actividades | Duración aproximada | Lugar de realización |
|--|--|--------|---|---------------------|----------------------|
| 1. Lograr un mantenimiento de las funciones cognitivas y sensoriales en las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer. 2. Contribuir a la mejora del bienestar y calidad de vida de la persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer. 3. Mejorar las relaciones sociales y creación de nuevas redes de contacto para reducir el aislamiento social y la apatía, manifestaciones frecuentes en las etapas iniciales, agravándose en las fases posteriores. | <ul style="list-style-type: none"> - Estimular los sentidos de gusto y olfato. - Identificar los diferentes olores y sabores a través de los sentidos. | 1 | Actividad 1. Reconocimiento de olores y sabores. | 50 min. | Aula/sala |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de recordar y verbalizar un recuerdo. - Expresar las emociones y sentimientos. | 1 | Actividad 2. Dinámica grupal: ¿A qué te recuerdan estos olores y sabores? | 50 min. | Aula/sala |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer la cocina como espacio de la vivienda. - Saber tanto ubicar espacialmente la cocina de su vivienda como realizar una breve descripción de la misma. | 2 | Actividad 3. ¿Dónde está la cocina? | 50 min. | Aula/sala |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los diferentes electrodomésticos de cocina. - Fomentar la memoria y el ejercicio mental. | 2 | Actividad 4. Adivina adivinanza, ¿qué tengo en la cocina? | 50 min. | Aula/sala |

Tabla 37.

Organización de actividades con sus correspondientes objetivo, duración aproximada y lugar de realización: sesiones 3 y 4.

| Objetivo general | Objetivos específicos | Sesión | Actividades | Duración aproximada | Lugar de realización |
|---|---|--------|--|---------------------|----------------------|
| 1. Lograr un mantenimiento de las funciones cognitivas y sensoriales en las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer. | <ul style="list-style-type: none"> - Conocer que son los utensilios de cocina. - Diferenciar los diferentes utensilios de cocina según su función. | 3 | Actividad 5. Utensilios de cocina. | 20 min. | Aula/cocina |
| 2. Contribuir a la mejora del bienestar y calidad de vida de la persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer. | <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la memoria y la agilidad mental. - Contribuir a la mejora de la atención y concentración. - Distinguir los distintos utensilios y sus nombres. | 3 | Actividad 6. ¡Bingo! | 40 min. | Aula/sala |
| 3. Mejorar las relaciones sociales y creación de nuevas redes de contacto para reducir el aislamiento social y la apatía, manifestaciones frecuentes en las etapas iniciales, agravándose en las fases posteriores. | <ul style="list-style-type: none"> - Conocer los diferentes métodos de cocinado de los alimentos. - Saber aplicar cada uno de ellos según el guiso o preparación de comida. | 4 | Actividad 7. Métodos de cocinado. | 30 min. | Aula/sala |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Distinguir los diferentes tipos de cocinado. - Trabajar la memoria, atención y concentración. | 4 | Actividad 8. “Memori” sobre métodos de cocinado. | 20 min. | Aula/sala |

Tabla 38.

Organización de actividades con sus correspondientes objetivos, duración aproximada y lugar de realización: sesiones 5 y 6.

| Objetivo general | Objetivos específicos | Sesión | Actividades | Duración aproximada | Lugar de realización |
|---|---|--------|--|---------------------|----------------------|
| 1. Lograr un mantenimiento de las funciones cognitivas y sensoriales en las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer. | <ul style="list-style-type: none"> - Conocer qué es una receta y para qué sirve. - Ser capaz de organizar y anotar correctamente cada uno de los ingredientes. - Identificar el supermercado como un lugar para comprar alimentos. | 5 | Actividad 9. Lista de la compra. | 30 min. | Aula/ cocina |
| 2. Contribuir a la mejora del bienestar y calidad de vida de la persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer. | <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer la imagen pictográfica que se encuentre repetida. - Trabajar la memoria, atención y concentración. | 5 | Actividad 10. ¿Qué ingredientes están repetidos? | 10 min. | Aula/sala |
| 3. Mejorar las relaciones sociales y creación de nuevas redes de contacto para reducir el aislamiento social y la apatía, manifestaciones frecuentes en las etapas iniciales, agravándose en las fases posteriores. | <ul style="list-style-type: none"> - Conocer que es un supermercado y su función en la vida cotidiana. - Calcular el número de objetos comprados y cuánto nos ha costado la compra realizada. | 6 | Actividad 11. Visita a un supermercado. | 1 h. | Supermercado |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de diferenciar entre alimentos dulces, salados, amargos, ácidos. | 6 | Actividad 12. ¿Qué hemos encontrado en el supermercado? | 30 min. | Aula/sala |

Tabla 39.

Organización de actividades con sus correspondientes objetivos, duración aproximada y lugar de realización: sesiones 7 y 8.

| Objetivo general | Objetivos específicos | Sesión | Actividades | Duración aproximada | Lugar de realización |
|---|--|--------|--|---------------------|----------------------|
| 1. Lograr un mantenimiento de las funciones cognitivas y sensoriales en las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer. | - Clasificar la receta correctamente según si es: salada o dulce. - Comprender y aplicar cada uno de los pasos que se llevan a cabo en la receta. | 7 | Actividad 13. Elaboración de una receta de cocina. | 1 h. | Cocina |
| | - Ser capaz de identificar y secuenciar cada paso de la receta. | 7 | Actividad 14. Ordenación de los pasos a seguir en la receta de cocina. | 30 min. | Aula/sala |
| 2. Contribuir a la mejora del bienestar y calidad de vida de la persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer. | - Conocer y diferenciar las comidas principales (desayuno, comida y cena). | 8 | Actividad 15. Comidas diarias: Desayuno, comida y cena. | 15 min. | Aula/sala |
| 3. Mejorar las relaciones sociales y creación de nuevas redes de contacto para reducir el aislamiento social y la apatía, manifestaciones frecuentes en las etapas iniciales, agravándose en las fases posteriores. | - Identificar los recuerdos pasados, presentes y futuros, a través de los momentos de comidas. | 8 | Actividad 16. ¿Qué comí ayer? ¿Qué voy a comer hoy? ¿Qué comeré mañana? | 15 min. | Aula/sala |
| | - Ser capaz de situar las agujas del reloj según los momentos de comida. - Trabajar la orientación espacial. | 8 | Actividad 17. ¿A qué hora...? | 20 min. | Aula/sala |

Tabla 40.

Organización de actividades con sus correspondientes objetivos, duración aproximada y lugar de realización: sesiones 9 y 10.

| Objetivo general | Objetivos específicos | Sesión | Actividades | Duración aproximada | Lugar de realización |
|---|--|--------|--|---------------------|----------------------|
| 1. Lograr un mantenimiento de las funciones cognitivas y sensoriales en las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer. | <ul style="list-style-type: none"> - Crear hábitos alimenticios saludables y equilibrados. - Diferenciar los grupos alimenticios. | 9 | Actividad 18. Dieta alimenticia. | 25 min. | Aula/sala |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la creatividad. - Trabajar la orientación espacial y la coordinación óculo manual. | 9 | Actividad 19. Mural- pirámide alimenticia. | 35 min. | Aula/sala |
| 2. Contribuir a la mejora del bienestar y calidad de vida de la persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer. | <ul style="list-style-type: none"> - Estimular los sentidos de gusto y olfato. - Contribuir a establecer hábitos de comida. | 10 | Actividad 20. Visita a un restaurante. | 1 h. y 30 min. | Restaurante |
| 3. Mejorar las relaciones sociales y creación de nuevas redes de contacto para reducir el aislamiento social y la apatía, manifestaciones frecuentes en las etapas iniciales, agravándose en las fases posteriores. | <ul style="list-style-type: none"> - Distinguir y diferenciar los diferentes ingredientes de cada plato degustado. | 10 | Actividad 21. Ingredientes detectados. | 10 min. | Aula/sala |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Trabajar la memoria y el lenguaje. - Ser capaz de ordenar coherentemente la información, hechos y pensamientos. | 10 | Actividad 22. Diario de un día en un restaurante. | 20 min. | Restaurante |

Tabla 41.

Organización de actividades con sus correspondientes objetivo, duración aproximada y lugar de realización: sesiones 11 y 12.

| Objetivo general | Objetivos específicos | Sesión | Actividades | Duración aproximada | Lugar de realización |
|--|--|--------|---|---------------------|----------------------|
| 1. Lograr un mantenimiento de las funciones cognitivas y sensoriales en las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer. | <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar todo lo desarrollado a lo largo de las sesiones anteriores de la intervención. | 11 | Actividad 23. Trivial alimenticio. | 1 h. | Aula/sala |
| 2. Contribuir a la mejora del bienestar y calidad de vida de la persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer. 3. Mejorar las relaciones sociales y creación de nuevas redes de contacto para reducir el aislamiento social y la apatía, manifestaciones frecuentes en las etapas iniciales, agravándose en las fases posteriores. | <ul style="list-style-type: none"> - Conocer el grado de satisfacción de los participantes. - Saber si se ha alcanzado los objetivos planteados para la intervención. - Identificar las posibles mejoras futuras. | 12 | Actividad 24. ¿Qué he podido aprender? | 35 min. | Aula/sala |

ANEXO II. Cuestionario de Pfeiffer

Tabla 42.

Cuestionario de Pfeiffer para evaluar el deterioro cognitivo, adaptado de Martínez et al. (2001).

| | |
|---|----------|
| Nombre y apellidos: | Fecha: |
| Instrucciones A continuación, se muestran un total de 10 preguntas que deberás contestar anotando la respuesta correspondiente a cada pregunta. | |
| 1. ¿Qué día es hoy? Día____ Mes____ Año____ | |
| 2. ¿Qué día de la semana es hoy? | |
| 3. ¿Dónde te encuentras ahora? | |
| 4A. ¿Cuál es tu número de teléfono? (Responde solo si <u>SÍ</u> tienes teléfono) | |
| 4B. ¿Cuál es tu dirección? (Responde solo si <u>NO</u> tienes teléfono) | |
| 5. ¿Cuántos años tienes? | |
| 6. ¿Cuál es tu fecha de su nacimiento? (Día, mes y año) | |
| 7. ¿Quién es el actual presidente del gobierno? | |
| 8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno? | |
| 9. ¿Cuáles son los dos apellidos de tu madre? | |
| 10. Resta de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0 | |
| Número total de errores | ____ /10 |

Nota: Adaptada de Martínez et al. (2001).

ANEXO III. Ficha actividad 1. Sesión 1.

Tabla 43.

Ficha actividad 1. Sesión 1.

| |
|---|
| <p>Nombre y apellidos: _____ Fecha _____</p> <p style="text-align: center;">Ficha actividad 1: Reconocimiento de olores</p> <p>Tras haber reconocido los diferentes olores de los objetos ocultos, anota a continuación, el objeto que crees que se trata.</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> |
|---|

ANEXO IV. Ficha actividad 2. Sesión 1.

Tabla 44.

Ficha actividad 2. Sesión 1.

Nombre y apellidos: _____ **Fecha** _____

Ficha actividad 2: ¿A qué te recuerdan estos olores y sabores?






























En el siguiente cuestionario, responde a las preguntas planteadas:

1. ¿Te ha resultado agradable identificar los diferentes olores y sabores de la anterior actividad?
2. ¿Has sido capaz de reconocer todos los olores y sabores?
3. De los que has identificado, ¿cuáles han sido los que más te han gustado ¿por qué?
4. ¿Has podido evocar sucesos o acontecimientos con algún sabor u olor de los experimentados?
5. ¿Volverías a repetir la actividad anterior?

ANEXO V. Ficha actividad 6. Sesión 3

Tabla 45.

Actividad 6. Sesión 3.

| BINGO- MODELO TARJETA 1 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  | | |  | |  | |  |
|  | | |  |  | |  | |  |
| |  |  | |  |  | |  | |
| | | | | | | | | |
| BINGO- MODELO TARJETA 2 | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  |
| |  | |  | |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  | |  |

ANEXO VI. Ficha actividad 7. Sesión 4.

Tabla 46.

Ficha actividad 7. Sesión 4.

Nombre y apellidos: _____ Fecha _____

Ficha actividad 7. Sopa de letras de métodos de cocinado

Encuentra las palabras señalas en el margen inferior de la ficha que están escondidas en la siguiente sopa de letras sobre métodos de cocinado.

Métodos de cocinado



www.educima.com

| | |
|----------|---------|
| Asar | Brasear |
| Confitar | Estofar |
| Freir | Glasear |
| Gratinar | Grillar |
| Hervir | Hornear |
| Plancha | Pochear |
| Poeler | Saltear |
| Vapor | |

ANEXO VII. Ficha actividad 8. Sesión 4.

Tabla 47.

Actividad 8. Sesión 4



ANEXO VIII. Ficha actividad 10. Sesión 5.

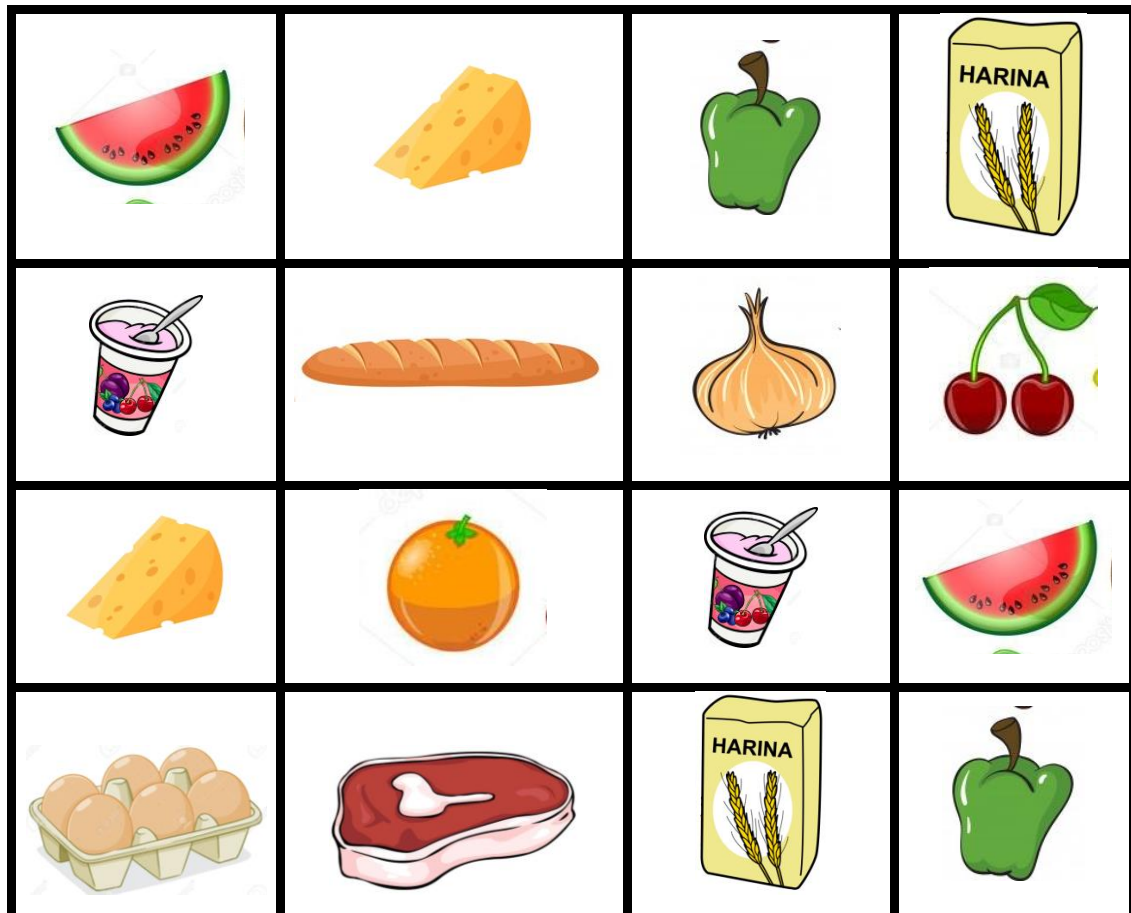
Tabla 48.

Actividad 10. Sesión 5.

Nombre y apellidos: _____ Fecha _____

Ficha actividad 10: ¿Qué ingredientes están repetidos?

A continuación, se muestran diferentes ingredientes, sin embargo, algunos de ellos están repetidos. Identifícalos y rodea aquellos que aparezcan más de una vez.



ANEXO IX. Ficha actividad 12. Sesión 6.

Tabla 49.

Actividad 12. Sesión 6.

| |
|--|
| <p>Nombre y apellidos: _____ Fecha _____</p> <p style="text-align: center;">Ficha actividad 12: ¿Qué hemos encontrado en el supermercado?</p> <p>Anota en la siguiente ficha al menos:</p> <ul style="list-style-type: none">• 5 alimentos dulces • 5 alimentos amargos • 5 alimentos salados • 5 alimentos ácidos |
|--|

ANEXO X. Ficha actividad 16. Sesión 8.

Tabla 50.

Actividad 16. Sesión 8.

Nombre y apellidos: _____ **Fecha** _____

Ficha actividad 16: ¿Qué he comido ayer?, ¿qué voy a comer hoy? ¿qué comeré mañana?

En la siguiente tabla, deberás completar cada uno de los recuadros correspondientes, teniendo en cuenta el pasado, presente y futuro.

| | DESAYUNO | ALMUERZO | COMIDA | MERIENDA | CENA |
|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------|-------------|
| AYER | | | | | |
| HOY | | | | | |
| MAÑANA | | | | | |

ANEXO XI. Ficha actividad 17. Sesión 8.







Tabla 51.

Actividad 17. Sesión 8.

Nombre y apellidos: _____ Fecha _____

Ficha actividad 17: ¿A qué hora...?

Dibuja en los siguientes cuadrados los relojes con su correspondiente colocación de las agujas, según la ingesta de las principales comidas del día. Además, señalar la hora en reloj digital.

| | | |
|---|--|---|
| DESAYUNO | COMIDA | CENA |
|  |  |  |
|  |  |  |

ANEXO XII. Ejemplo de resultado mural- pirámide alimenticia.

Figura 7.

Actividad 19. Sesión 9.



ANEXO XIII. Cuestionario de satisfacción de los participantes con la intervención.

Tabla 52.

Cuestionario de satisfacción de los participantes.

| Nombre y apellidos: | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Fecha: | | | | |
| Valora del 1 al 4, las siguientes preguntas sobre tu nivel de satisfacción con las actividades realizadas, donde 1 es la puntuación más baja y el 4 la más alta. | | | | |
| Pon una X en la casilla adecuada según su criterio para cada una de las cuestiones planteadas. | | | | |
| ¡Muchas gracias por tu colaboración! | | | | |
| Crterios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. La duración de la intervención ha sido adecuada | | | | |
| 2. El horario de desarrollo de las actividades se ha ajustado al tiempo establecido | | | | |
| 3. Las actividades planteadas me han resultado positivas. | | | | |
| 4. La duración de cada una de las actividades trabajadas han sido adecuadas | | | | |
| 5. El profesional de la psicopedagogía siempre se ha mostrado con un trato de predisposición y respeto hacia los demás | | | | |
| 6. Las fichas elaboradas responden a las actividades planteadas | | | | |
| 7. Los recursos empleados han permitido la realización de las actividades correctamente. | | | | |
| 8. La realizado de las actividades han contribuido a la creacion de nuevas redes sociales. | | | | |
| 9. La satifacción global de la intervención ha resultado positiva. | | | | |
| 10. Recomendaría a otras personas realizar esta intervención. | | | | |
| Sugerencias de mejora | | | | |
| | | | | |

ANEXO XIV. Cuestionario de evaluación de la intervención (objetivos y contenidos planteados, actividades y recursos de la intervención).

Tabla 53.

Cuestionario de evaluación de la intervención.

| | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Nombre y apellidos: | | | | |
| Fecha: | | | | |
| Valora del 1 al 4, las siguientes preguntas sobre la evaluación de la intervención planteada. | | | | |
| Pon una X en la casilla adecuada según su criterio para cada una de las cuestiones planteadas, siendo el 1 la puntuación más baja y el 4 la puntuación más alta. | | | | |
| Criterios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Los objetivos planteados han sido adecuados | | | | |
| 2. Los contenidos trabajados han contribuido al alcance de los objetivos | | | | |
| 3. La metodología empleada ha resultado eficaz para el desarrollo de la intervención | | | | |
| 4. La temporalización global de la intervención ha sido óptima. | | | | |
| 5. La distribución y organización de las sesiones han estado adaptadas a los objetivos propuestos. | | | | |
| 6. La duración de cada actividad ha sido apropiada. | | | | |
| 7. Las actividades han respondido a las necesidades de los participantes. | | | | |
| 8. Los recursos disponibles han permitido llevar a cabo de manera óptima cada una de las actividades. | | | | |
| 9. El espacio donde se han desarrollado las actividades ha respondido a las necesidades requeridas para cada una de las actividades. | | | | |
| 10. Los instrumentos de evaluación han sido adecuados. | | | | |
| Sugerencias de mejora | | | | |
| | | | | |

ANEXO XV. Cuestionario de autoevaluación del profesional de la psicopedagogía sobre su propia acción.

Tabla 54.

Cuestionario de autoevaluación del profesional de la psicopedagogía.

| | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Nombre y apellidos: | | | | |
| Fecha: | | | | |
| Valora del 1 al 4, las siguientes preguntas sobre la evaluación de la intervención planteada. | | | | |
| Pon una X en la casilla adecuada según su criterio para cada una de las cuestiones planteadas, siendo el 1 la puntuación más baja y el 4 la puntuación más alta. | | | | |
| Criterios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Conozco y comprendo las características y necesidades específicas de cada participante. | | | | |
| 2. Poseo conocimientos actualizados que me permiten realizar la intervención propuesta. | | | | |
| 3. Diseño las actividades en concordancia con los objetivos a conseguir. | | | | |
| 4. Superviso eficazmente el desarrollo de cada sesión, introduciendo modificaciones oportunas para adecuarse a situaciones imprevistas. | | | | |
| 5. Desarrollo situaciones y actividades motivadoras para despertar el interés en los participantes. | | | | |
| 6. Puedo utilizar los recursos disponibles adaptados a los participantes. | | | | |
| 7. Elaboro instrumentos válidos para evaluar los logros alcanzados por cada participante. | | | | |
| 8. Analizo de manera crítica y objetiva los resultados obtenidos en las evaluaciones para la toma de decisiones futuras y retroalimentación oportuna. | | | | |
| 9. Promuevo la colaboración y participación de otros profesionales del ámbito de la psicopedagogía y de otros sectores. | | | | |
| 10. Empleo las TICs como soporte de carácter innovador en el ámbito de la geriatría. | | | | |
| Sugerencias de mejora | | | | |
| | | | | |