

**Experto Universitario en Intervención en la Calidad de  
Vida de las Personas Mayores 2012**

**PROYECTO**  
**“Fomento de la Autonomía personal y  
Prevención del deterioro en Personas  
Mayores institucionalizadas”**

**AUTORA: Ana Pinel Sánchez**  
**[anapinelsanchez@hotmail.com](mailto:anapinelsanchez@hotmail.com)**

## INDICE

1. Introducción.....	3
1.1 Temática y contenido.....	3
1.2 Motivos e intereses.....	3
2. Marco teórico.....	4
3. Análisis de la realidad .....	5
3.1 Contexto de ubicación del Centro Residencial.....	5
3.2 Recursos materiales.....	5
3.3 Recursos humanos.....	5
3.4 Tipo de población a la que van dirigidos los servicios.....	7
3.5 Recogida de datos del ámbito de la realidad.....	7
3.6 Información obtenida tras el análisis de la realidad.....	7
3.7 Reflexión de los datos del ámbito de la realidad.....	8
4. Planificación del Proyecto.....	10
4.1 Objetivos.....	10
4.2 Metodología.....	11
4.3 Diseño de las actividades.....	11
4.4 Desarrollo de las actividades.....	13
4.5 Estrategias de intervención.....	14
4.6 Temporalización.....	15
4.7 Grupo seleccionado para el proyecto.....	15
4.8 Instrumentos de control y seguimiento.....	15
5. Ejecución del proyecto .....	20
5.1 Realización .....	20
5.2 Metodología .....	20
5.3 Espacios y tiempos invertidos.....	23
5.4 Problemas/ dificultades encontradas.....	24
5.5 Pasos de la ejecución.....	25
6. Evaluación del proyecto .....	32
7. Conclusiones y propuesta de mejoras.....	33
8. Bibliografía.....	34

## PROYECTO DE INTERVENCION

### **“Fomento de la Autonomía personal y Prevención del deterioro en Personas Mayores institucionalizadas”**

#### **1.- INTRODUCCIÓN**

- *Temática y Contenido del Proyecto de Intervención*

El proyecto se denomina. *“Fomento de la Autonomía personal y Prevención del deterioro en Personas Mayores institucionalizadas”*. Va dirigido a personas que residen de forma permanente en la residencia.

Generalmente el perfil de los usuarios del centro es muy variado, pero en nuestro caso la mayoría de residentes presentan deterioro cognitivo en distintas fases. Por tanto, la intervención se centrará en aquellos sujetos que padecen algún tipo de deterioro cognitivo (GDS 3-5) producido por la Enfermedad de Alzheimer. Decido actuar sobre este colectivo de residentes, porque opino que la intervención del Terapeuta Ocupacional en dicho estadio de la enfermedad es fundamental, con el fin de conseguir la máxima independencia posible del anciano para la realización de sus actividades cotidianas y el desempeño de sus roles, la máxima satisfacción y motivación personal y la mayor calidad de vida.

La intervención consistirá en la aplicación de un programa de *Actividades de la Vida Diaria*. Este término, que actualmente se emplea de una manera general, se refiere dentro del campo de la Rehabilitación a áreas muy específicas. Podríamos definir las como "todas aquellas tareas que el ser humano realiza de una forma cotidiana, y cuya no realización supone mayor o menor grado de discapacidad (pérdida de función)", lo que le lleva a dependencia de terceras personas. De ahí la importancia asistencial/económica y social/familiar que conllevan las AVD.

En geriatría las Actividades de la Vida diaria (AVDS) se clasifican en Actividades Básicas o físicas (*ABVDS*), Actividades Instrumentales (*AIVDS*) y Actividades Avanzadas (*AAVDS*).

- *Motivos e intereses*

Los motivos que me han llevado a decantarme finalmente por este tema, han sido muy diversos. Por un lado, en mi experiencia diaria con ancianos, observo que la principal preocupación de las personas mayores **es la salud**, seguida *del bienestar económico* (dinero) y *del bienestar emocional* (amor). Y la salud es su principal preocupación por su asociación con la dependencia. Lo que a cualquier edad, pero especialmente en la vejez, la dependencia es causa de sufrimiento y con ello la mala calidad de vida, es el ser dependiente, es decir, necesitar de una persona para deambular, para bañarse, para el aseo,

poder comer, etc. Cuando se da esta situación el anciano generalmente acaba siendo institucionalizado, y es ahí cuando comienza mi labor como Terapeuta Ocupacional. Cuando la dependencia aparece hay que actuar de inmediato con el fin de que la persona recupere al máximo la función y cuando ésta recuperación ya no es posible, se debe actuar para evitar que dicha pérdida avance a estadios más severos, es decir, prevenir el deterioro.

Por otra parte fomentar la autonomía personal y con ello la independencia de los ancianos que viven en residencias o prevenir su incapacidad, son algunos de los beneficios que se consiguen a través de las actividades de terapia ocupacional que se llevan a cabo en el centro.

Además, debo añadir, que con este trabajo, pretendo contribuir a desarrollar, mejorar e impulsar la Terapia Ocupacional en personas mayores dentro de las instituciones modernas, y demostrar con mi programa, la efectividad y la importancia que supone la figura de dicho profesional.

Pretendo además ir aboliendo mitos que evitan que la profesión crezca. En el campo de la Geriatría el rol del Terapeuta se desdibuja. A menudo son frecuentes las personas que conocen al Terapeuta Ocupacional, como el “chico/a de las cestas o de los ceniceros”. Hay muchísimas intervenciones terapéuticas (como hacer cestas o ceniceros) que benefician a los adultos mayores y contribuyen a conservar el mantenimiento de sus actividades diarias logrando así un incremento en la calidad de vida.

## **2.- MARCO TEÓRICO**

- *Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Demencia*

Desde Terapia Ocupacional se contribuye a intentar maximizar la funcionalidad del paciente y minimizar el esfuerzo del cuidador en cada uno de los estadios de la enfermedad.

Es fundamental apoyar el nivel de ocupación del paciente de acuerdo con los problemas que aparecen en cada fase. Mantener el funcionamiento ocupacional es la mejor arma contra la inactividad, sedentarismo, sentimientos de inutilidad, aparición de conductas problemáticas (vagabundeo, gritos, delirios...) desesperanza y depresión. Continuar realizando actividades en la medida que sea posible mantener la seguridad, contribuye a la orientación, establecimiento de rutinas, disminución de conductas disruptivas, fomentar el sentimiento de utilidad y conservar la identidad personal.

La intervención se dirigirá a mantener en lo posible las diferentes áreas ocupacionales mediante diversas técnicas que se adaptarán a la evolución de la enfermedad. Estas técnicas, descritas ampliamente en la literatura, se complementan entre sí y son utilizadas por el Terapeuta Ocupacional para abordar los déficits funcionales y hacer terapéutica la ocupación/actividad empleada.

- *Valoración de Terapia Ocupacional en Demencia*

Tradicionalmente, la valoración de la demencia se ha analizado desde el punto de vista cognitivo (capacidades mentales o neuropsicológicas), pero esta aproximación es incompleta, ya que el trastorno mental tiene un impacto directo o indirecto sobre las capacidades para vivir en el día a día. Un nivel de funcionamiento normal adaptativo es fruto del equilibrio entre áreas, componentes y contextos ocupacionales.

Las **áreas ocupacionales** son los distintos tipos de ocupaciones: autocuidados, productivas (instrumentales y laborales) y actividades de ocio y tiempo libre.

Los **componentes ocupacionales** son las capacidades necesarias para realizar una ocupación: sensoriales, perceptivas, motoras, neuromusculares, cognitivas y psicosociales.

Los **contextos ocupacionales** son los distintos ambientes en los que tiene lugar la ocupación (domicilio, residencia, club, etc.).

### 3.- ANÁLISIS DE LA REALIDAD

#### 3.1 Contexto de ubicación del centro residencial

La residencia está ubicada en la localidad de "Layos" provincia de Toledo es un organismo municipal cuya gestión depende de la empresa privada.

El centro residencial es un edificio de nueva construcción abierto desde Abril de 2010. Se encuentra situada en la calle Nueva Nº1, justamente a la entrada del pueblo, a unos cinco minutos aproximadamente del centro de la localidad.

- Territorio

Layos pertenece a la Comarca denominada "Meseta de Toledo", situada al sur de la capital toledana entre la Vega del Tajo y el arco septentrional de los Montes de Toledo.

- Geografía

El Término Municipal de Layos está situado al Suroeste de la Provincia de Toledo.

El término municipal de Layos tiene una extensión superficial de 18,73 km<sup>2</sup>, siendo la topografía del mismo ondulada mixta de zonas llanas y partes escabrosas, enlazando con la Sierra de Layos.

### 3.2 Recursos materiales

La *residencia*, es un centro adaptado a todas las necesidades del anciano residente, donde un experimentado equipo de profesionales tiene como único objetivo el *bienestar* de la población mayor.

El edificio tiene 1.700 m<sup>2</sup> construidos, distribuidos en 3 plantas y 1.800 m<sup>2</sup> de jardín. En la planta baja se encuentran los vestuarios de los trabajadores, que se distribuyen en dos estancias no muy amplias y un cuarto de baño.

En la primera planta se encuentra la entrada principal, la cual está adaptada para el acceso a sillas de ruedas y tiene acceso controlado. En ella se desarrolla toda la actividad diurna del centro ya que se encuentran todas las zonas comunes: Sala de TV, tres salones amplios y con luz natural, sala de visitas, sala de juegos de mesa y lectura, cuatro baños adaptados, sala de terapia ocupacional, despacho de dirección, gran comedor, cocina, lavandería, gimnasio, capilla y jardín.

En la segunda planta se encuentran las habitaciones de los residentes (11 individuales y 16 dobles). Todas las habitaciones disponen de baño geriátrico con suelo antideslizante, luz natural con vistas al exterior, TV, camas eléctricas articuladas, interfonía y sistema de aviso a control de planta. Además se encuentra el despacho de enfermería, la farmacia y un office para el personal.

Hay que destacar una característica peculiar del centro a diferencia de otras residencias. En esta residencia los residentes pasan el día en la misma planta. De esta forma se potencian y enriquecen las relaciones entre los residentes.

Los servicios que ofrece son:

- Servicio médico.
- Servicio de enfermería.
- Fisioterapia y rehabilitación.
- Terapia Ocupacional.
- Peluquería
- Podología
- Cocina propia.
- Servicio de acompañamiento a consultas externas
- Servicios sociales.
- Lavandería.
- Centro de día.
- Servicio de Webcam.

- Estancias permanentes y estancias temporales (respiro para familiares, convalecencia y rehabilitación).
- Valoración Geriátrica Integral.
- Servicio de Lavandería.
- Servicios Religiosos.
- Farmacia.
- Unidad de memoria y estimulación cognitiva.
- Unidad para demencias y enfermos de Alzheimer.

### *3.3 Recursos humanos*

- Director
- Supervisora de enfermería.
- 12 auxiliares de enfermería
- 1 auxiliar de terapia ocupacional y fisioterapia.
- Médico
- 2 enfermeras
- Terapeuta Ocupacional
- Fisioterapeuta
- 2 cocineras
- 2 lavanderas
- 2 limpiadoras
- Podólogo
- Peluquera

### *3.4 Tipo de población a la que van dirigidos los servicios*

Los servicios que se ofrecen en la residencia van dirigidos a personas de la 3º edad asistidos y válidos. Cuenta en su totalidad con un número de 43 residentes, 12 válidos y 31 asistidos. Del total de residentes hay 13 hombres y 30 mujeres. La distribución por edades es la siguiente:

- Más de 90 años: 6
- Más de 80 años: 33
- Más de 70 años: 4
- Más de 60 años: 0

La procedencia de los residentes, es variada, pero en su mayoría provienen de Toledo capital y de los municipios más cercanos a Layos como son Cuerva, Pulgar, Cobisa, Burguillos, Argés, etc.

### *3.5 Recogida de datos del ámbito de la realidad descrito*

De los 43 residentes que viven en la actualidad en el centro, 23 están diagnosticados de enfermedad de Alzheimer y solo 8 sujetos son candidatos para participar en la aplicación del programa de AVD, ya que se encuentran en

fase inicial de la enfermedad (GDS 3-5). Además coincide que todas ellas son mujeres.

Quiero destacar que el tipo de asistencia que reciben es parcial y no total. El personal auxiliar supervisa algunas de las actividades de autocuidados. Las 8 residentes elegidas para llevar a cabo la intervención, son sometidas a un proceso de valoración compuesto por distintas escalas o test de valoración estandarizados y no estandarizados como es la entrevista o la observación del profesional.

### *3.6 Información obtenida tras el análisis de la realidad*

Las evaluaciones realizadas a las 8 residentes, nos han permitido identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar cada uno de ellas en la fase inicial de la enfermedad. Los resultados de dichas pruebas son bastantes similares.

Antes de pasar a explicar los datos obtenidos en las escalas de valoración, quiero comentar el perfil ocupacional de las personas que serán sometidas al estudio. Se trata de 8 mujeres con edades comprendidas entre 79 y 82 años, con estudios básicos, que han trabajado como empleadas del hogar y en su propia casa, siendo viudas y con hijos. Ingresan en el centro por decisión de algún familiar (hijos). Ninguna ha estado antes en otra residencia y todas conservan su casa. En general, tienen buen apoyo familiar, reciben visitas y llamadas telefónicas al menos 2 veces en semana. Llevan viviendo en la residencia desde hace un año aproximadamente y confiesan no echar de menos su hogar.

En general, en las entrevistas confiesan que están satisfechas con la vida que llevan en el centro y 5 de las 8 residentes no encuentran ningún aspecto negativo de vivir en una residencia, ya que la conciben como un “nuevo hogar”, donde se les da libertad para actuar, decir, entrar o salir y hacer uso de los recursos materiales del centro cuando ellas quieren. Manifiestan estar muy bien atendidas (demasiado) por el personal del centro y en ocasiones les genera sentimientos de frustración e inutilidad.

Los sentimientos que más aparecen durante las entrevistas son de preocupación por la pérdida de salud y la aparición de la dependencia. He de añadir, que sólo 1 residente de las 8 está informada de la Enfermedad que padece, el resto achacan su pérdida de memoria a la vejez.

Al preguntarle sobre sus gustos e intereses por lo general se inclinan por actividades lúdicas, laborterapia, gimnasia de mantenimiento, dinámicas grupales, excursiones, ver películas de la época, manualidades y ejercicios de estimulación cognitiva.

Mediante la observación compruebo que las 8 residentes poseen unas capacidades físicas bastante buenas, ninguna es portadora de ayuda técnica para la deambulaci3n.

Observo también, demasiada atención por parte del personal auxiliar que en ocasiones impiden actuar al anciano acorde con sus capacidades globales. Por otra parte, la jornada laboral del Terapia Ocupacional es insuficiente (15 horas semanales), lo que conlleva a una atención deficitaria y poco significativa para los usuarios. La mayor parte de su jornada es destinada a realizar actividades lúdicas en su mayoría.

### 3.7 *Reflexión sobre el proceso seguido para el análisis de la realidad:*

- *Significado del análisis de la realidad en el proceso de intervención*

Tras el proceso de recogida de datos he llegado a varias conclusiones:

En primer lugar, los datos obtenidos tras el proceso de evaluación muestran como la evolución de la enfermedad de Alzheimer dificulta el desempeño de actividades de la vida diaria de los participantes escogidos para elaborar el proyecto.

Por otra parte se observa un fuerte sentimiento de inutilidad y frustración en el residente, generado por la sobreprotección del personal auxiliar a la hora de realizar actividades de la vida cotidiana y sobre todo en las de autocuidado. Este problema se debe a razones: por el desconocimiento del manejo de este tipo de pacientes en materia de AVD y por la visión que tienen algunos familiares de residentes con respecto a la asistencia del anciano, que influye de forma directa sobre el personal auxiliar (“yo pago tú me haces”).

Y por último decir que el tiempo que emplea el terapeuta ocupacional a realizar actividades lúdicas es excesivo, restringiendo así sus funciones principales dentro de la institución.

- *Priorizar las necesidades reales detectadas*

Tras detectar las necesidades existentes dentro de las personas mayores institucionalizadas con enfermedad de Alzheimer y después de analizarlas, he concluido que la prioridad de este proyecto debe ser conseguir que el anciano se implique en la realización de las AVD, con el fin de frenar los efectos negativos que produce en su desempeño ocupacional. Así pues es de vital importancia la actuación del Terapeuta Ocupacional y de todo el equipo multidisciplinar.

- *Inventario de recursos pertinentes*

El proyecto será llevado a cabo en las instalaciones de la residencia. Las estancias donde se realizarán la mayor parte del trabajo son: sala de terapia ocupacional, salones, sala de juegos, comedor, cocina, jardín y habitaciones de

los residentes. He de añadir, que el inventario de recursos empleados es aproximado ya que cuando aplique el proyecto probablemente surgirán nuevas necesidades.

El material que se estime ser empleado será:

- Material de Gerontogimnasia y Psicomotricidad
  - ✓ Aros para ejercicios
  - ✓ Balón medicinal de 1 Kg y pelotas
  - ✓ Palo de ejercicios de 1,5m
  - ✓ Taburetes de colores multifuncionales
  - ✓ Cadena de música
  
- Material didáctico para trabajar la estimulación cognitiva:
  - ✓ Calendario y reloj de pared
  - ✓ Prensa
  - ✓ Puzzles de diferentes tamaños y temas.
  - ✓ Juegos de mesa (domino, cartas, etc.)
  - ✓ Cuerda para trenzar
  - ✓ Encajes de madera de colores
  - ✓ Engarzable de bolas
  - ✓ Engarzable de botones
  - ✓ Figuras geométricas de madera
  - ✓ Figuras para acordonar
  - ✓ Actividades de estimulación cognitiva
  
- Material para el entrenamiento las AVD:
  - ✓ Ropa para el entrenamiento del vestido y cama.
  - ✓ Pinza de mango largo para aproximar objetos.
  - ✓ Calzador de mango largo para facilitar la entrada del zapato.
  - ✓ Cama.
  - ✓ Tabla para abotonar.
  - ✓ Tablero para acordonar y hacer lazadas.
  - ✓ Tablero para el entrenamiento de las cremalleras
  - ✓ Menaje para poner la mesa
  
- Material para el Ocio y Tiempo libre:
  - ✓ Material de cocina para elaborar recetas.
  - ✓ Vehículo adaptado para hacer salidas y excursiones
  - ✓ Juegos de mesa
  - ✓ Material de manualidades
  - ✓ Material para laborterapia.
  
- Posibles alternativas de acción

Como alternativa de acción creo conveniente realizar la instrucción y formación del equipo auxiliar en el manejo de residentes elegidos para el proyecto en ausencia del terapeuta ocupacional para no interrumpir el proceso. De igual forma se informaran a las familias de las pautas a seguir en caso de que el residente salga de la institución.

#### **4.- PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO**

Para la aplicación de mi proyecto, me he apoyado en un enfoque integral del individuo que me permite abordar la compleja problemática de los enfermos de Alzheimer desde el plano psíquico, físico y social, incluyendo el entorno, ya que todos estos factores actúan de una u otra manera sobre la realización de las AVD. De ahí que las técnicas que empleamos abarquen todos esos aspectos.

##### *4.1 Objetivos*

Objetivos generales:

- ✓ Fomentar la autonomía personal.
- ✓ Prevenir el deterioro funcional y cognitivo.
- ✓ Comprobar la efectividad de la actividad del Terapeuta Ocupacional en instituciones.
- ✓ Fomentar las actividades básicas, instrumentales y de ocio.
- ✓ Potenciar las relaciones con los demás y con uno mismo.
- ✓ Fomentar la memoria, atención, concentración, juicio, organización y resolución de problemas.
- ✓ Mejorar/mantener las capacidades psicofuncionales a través de la actividad física.

Objetivos específicos:

- ✓ Mejorar las capacidades sensoriales, perceptivas cognitivas y motrices por medio de la realización de actividades.
- ✓ Favorecer/mantener la orientación del sujeto en tiempo, espacio y persona.
- ✓ Mantener una percepción adecuada del entorno, mediante la estimulación de los receptores.
- ✓ Retrasar el deterioro de las capacidades cognitivas el mayor tiempo posible.
- ✓ Graduar /adaptar las actividades en función a las capacidades que posea el sujeto.
- ✓ Hacerles sentir a gusto y vivir un momento agradable.
- ✓ Mejorar la calidad de vida de los ancianos con EA en instituciones.

## 4.2 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo he utilizado una metodología participativa, activa, orientada al grupo, a los intereses del mismo y al análisis de la evolución y la situación de la terapia ocupacional en España en la actualidad, así como de la aplicación de la misma en colectivos de personas mayores que viven en instituciones. Para continuar después con el análisis descriptivo y concreto de la realidad de una residencia de carácter pequeño, y poder elaborar de este modo un proyecto de terapia ocupacional adaptado a las características de un colectivo determinado.

Se ha utilizado también una metodología cuantitativa, que pone el acento en la medición objetiva y en la generalización de los resultados del trabajo. La recogida de la información ha sido estructurada y sistemática, y el análisis estadístico.

Las estrategias y técnicas empleadas más adecuadas son:

- Terapia de Orientación a la realidad (TOR), en dos formas de trabajo.
- Terapia de reminiscencia.
- Estimulación sensorial.
- Terapia psicomotriz. Actividad física adaptada.
- Actividades de Ocio y tiempo libre: laborterapia, salidas del centro.
- Entrenamiento en AVD (Básicas e Instrumentales).

## 4.3 Diseño de las actividades

### 1. Estimulación cognitiva

Por un lado emplearé técnicas de orientación a la realidad con dos modalidades de trabajo y por otro lado he decidido utilizar los “cuadernos de repaso” que contienen ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada” (2003) L. Tárraga y M. Boada, editores. *Fundación ACE. Parte I y Parte II*. Los ejercicios están clasificados en diferentes áreas (lenguaje, praxias, cálculo, gnosias, función ejecutiva, etc.)

### 2. Estimulación sensorial

La terapia de estimulación sensorial tiene como objetivo, como el propio nombre indica, estimular los receptores sensoriales con el fin de conseguir así una mayor respuesta del sujeto ante los estímulos y un mejor conocimiento del medio y de si mismo. Para ello, dedicaremos un día a la

semana donde se realizará una sesión organizada de 60 minutos utilizando estímulos sensoriales diversos (sonidos, texturas, fragancias, contacto corporal, etc.), mediante una serie de aparatos y técnicas que se determinan según el tipo y dificultad del déficit.

### 3. Terapia de reminiscencia (“Revisión de la vida”).

La Terapia de Reminiscencia es una forma de activar o actualizar sobre todo la memoria biográfica del paciente; además, se favorece un proceso de reconocimiento e identificación (gnosis, memoria semántica) de estímulos familiares que conecta con toda la red de recuerdos relacionados con dichos estímulos (memoria episódica y semántica). Ahora bien, quiero resaltar la idea de que la Reminiscencia no es considerada estrictamente una técnica destinada a potenciar los aspectos cognitivos. Sus objetivos fundamentales son: propiciar la interacción, generar interés por el acto de recordar y aumentar la autoestima y la confianza. No se estimula la evaluación de los recuerdos, ni tampoco se trata de que éstos sean perfectos, sino que sean lo mas vivos posible, en toda su amplitud, y vayan acompañados de las emociones correspondientes.

### 4. Psicomotricidad

Desde un punto de vista psicológico, se considera que la actividad motriz establece un nexo entre el pensamiento y la acción, y que un buen desarrollo psicomotor facilita la expresión y comunicación del lenguaje corporal, mejora el conocimiento y la identidad personal y favorece la relación con el espacio. Pues bien, la psicomotricidad es el conjunto de herramientas corporales que incluyen el tono muscular, el ritmo, el equilibrio, el movimiento, la respiración y el gesto destinados a incrementar el conocimiento del cuerpo en el espacio que le rodea.

### 5. Entrenamiento en actividades significativas y de la vida diaria

El uso y entrenamiento terapéutico de las denominadas actividades significativas (también conocidas con el nombre de ocupacionales o funcionales) y de la vida diaria es el objetivo de la disciplina conocida con el nombre de *Terapia Ocupacional*, una disciplina que surge a principios del siglo XX, y cuya finalidad es alcanzar el máximo nivel de independencia en actividades de la vida diaria (AVD) del individuo, tales como comer, asearse, llamar por teléfono, hacer la compra, etc. Para ello he diseñado talleres de entrenamiento en AVD.

Nadie duda actualmente que los déficits cognitivos tienen una clara relevancia para la realización de las actividades de la vida cotidiana y que, a su vez, que el ejercicio y entrenamiento de las AVD y de las AVDI también favorecen la estimulación de diversas capacidades y funciones cognitivas: las gnosias, la atención, la comprensión de órdenes, la memoria procedimental, la planificación del acto motor y su secuenciación, las praxias, la coordinación motora fina y gruesa, las relaciones espaciales, etc.

## 6. Laborterapia

Atendiendo a los gustos e intereses de los participantes del proyecto se hace necesario incluir este tipo de actividades muy demandadas entre ellos.

Estos programas son un método de rehabilitación que utiliza el trabajo manual para la reeducación y tratamiento de los enfermos.

La actividad elegida para llevar a cabo el programa será de costura. Dicha actividad ha sido elegida por los participantes.

### *4.4 Estrategias de intervención para el desarrollo del proyecto*

- Facilitar un entorno tranquilo para la realización de las actividades. El entorno debe ser lo más cómodo y acogedor posible: que tanto el mobiliario como las condiciones de iluminación o de ruido no puedan causar al enfermo una desorientación o afecten sobre su falta de atención.
- Muy importante crear unas rutinas en cuanto al horario y las actividades: para proporcionarle seguridad porque las actividades le marcan el ritmo del día, las rutinas deberán establecerse desde el primer momento.
- Fomentar la toma de decisiones: que exprese si le apetece comer una u otra cosa, poner un color u otro, ponerse falda o pantalón, etc.
- Fomentar las situaciones sociales: si antes salíamos a comer fuera, seguir haciéndolo, que elija menú, que pague la cuenta si antes lo hacía, etc.
- Evitar que la persona se angustie o frustre. No es necesario que realice todos los ejercicios, puede pasar a otro que sepa hacer o disminuir el grado de dificultad. Si no sabe responder adecuadamente, hay que ofrecerle ayudas para encontrar la respuesta. Si con ello no es necesario se le da la respuesta y se le pide que la repita. Hay que reforzar las respuestas apropiadas, apreciar sus esfuerzos y ayudar a disminuir la frustración que puede sentir ante la incapacidad para responder.
- Se precisa una supervisión activa y constante de la persona. Realizar los ejercicios conjuntamente. No prestar ayuda si no la necesita, aumentando la asistencia en caso de que presente dificultades para la resolución de alguno de los ejercicios.

- Adelantarnos a sus necesidades, pero sin sobreprotegerlos, estimulando su autonomía.

#### 4.5 Temporalización y cronograma de intervención

La aplicación del proyecto comenzará el 07/05/2012 y finalizará el 08/06/2012.

El proyecto se llevará a cabo de lunes a viernes en horario de mañana, iniciándose desde que el residente se levanta de la cama hasta que termina de comer. Durante cada día se desarrollarán las actividades anteriormente descritas de forma organizada como indica el siguiente cronograma.

#### Cronograma de intervención.

CRONOGRAMA ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL					
--	--	--	--	--	--

HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
De 8:30 A 10:00	Entrenamiento en AVDS	Entrenamiento en AVDS	Entrenamiento en AVDS	Entrenamiento en AVDS	Entrenamiento en AVDS
De 10:00 A 11:15	Terapia Cognitiva	Estimulación sensorial	Terapia Cognitiva	Estimulación sensorial	Terapia Cognitiva
De 11:30 A 12:30	Gerontogimnasia/ Psicomotricidad	Reminiscencia	Entrenamiento en AIVD.	Reminiscencia	Gerontogimnasia / Psicomotricidad
De 13:00 A 13:45	Laborterapia	Laborterapia	Entrenamiento en AIVD.	Laborterapia	Laborterapia
De 14:00 A 15:00	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA

#### 4.6 Grupo seleccionado para el proyecto

El programa se lleva a cabo con 8 mujeres afectadas de enfermedad de Alzheimer en estadio leve y que residen actualmente en el centro. Las características cognitivas y funcionales de las 8 participantes son muy similares.

#### *4.7 Instrumentos de control/seguimiento y evaluación*

Para poder comprobar la efectividad del proyecto tras su aplicación y cuantificar resultados, he decidido emplear las escalas o test estandarizados y no estandarizados, que fueron empleados para determinar la situación funcional y cognitiva de los participantes en un principio. Por otra parte he diseñado una serie de registros que me permitan llevar un seguimiento de la participación de los sujetos en las sesiones diarias.

Dichas escalas son las siguientes:

##### *1.- Escalas de evaluación estandarizadas*

###### Valoración funcional:

- El **Índice de Barthel**, ampliamente utilizado en geriatría, nos proporciona el nivel ejecución e independencia en diez **actividades básicas de la vida diaria** (baño, aseo, vestido, retrete, deambulacion, transferencias, escaleras, continencia urinaria, continencia fecal y alimentación) aunque no establece ninguna relación con el nivel cognitivo.

- El **Test Cm98 de AIVD** (López Mongil R, 1998), es una escala con 16+2 ítems que se diseñó para evaluar la capacidad funcional del desempeño ocupacional de actividades instrumentales de la vida diaria de los sujetos en las residencias de ancianos, prever la cantidad de cuidados requeridos y detectar precozmente el deterioro cognitivo.

###### Valoración cognitiva:

- Para la valoración de estos componentes existen pruebas estandarizadas más o menos complejas. Entre las más rápidas de aplicar y por ello más utilizadas, destacan el **Test de Pfeiffer** (SPMSQ), el **Mini Examen Cognoscitivo** (MEC; Mental Status Examination-MMSE) de Folstein y el **Test Cognitivo del Reloj** (CDT; Clock Drawing Test) y el **Set Test**.

- **El GDS** (Reisberg, 1982) es la escala global que se utiliza normalmente para definir la situación y el estadio en el que se encuentra el paciente. Se divide en seis niveles del 1 al 6 siendo este número el que corresponde al deterioro más grave.

##### *2.- Instrumentos de control/seguimiento y evaluación no estandarizados*

- Mantengo entrevistas con los participantes del proyecto desde el inicio del mismo hasta el final.
- En todo momento me apoyo en la observación directa durante la ejecución de las actividades.

### 3.- Tablas de control:

Con el fin de llevar un control diario de los participantes en las sesiones del programa he decidido diseñar unas tablas de control para cada una de las actividades.

Tabla de control para las sesiones de estimulación cognitiva.

Fecha	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
¿Es capaz de recordar con una sola explicación lo que hay que hacer en la actividad?								
¿Completa adecuadamente* la actividad?								
¿Escribe/pinta/recorta de forma autónoma?								
¿Reconoce la fecha?								
¿Reconoce su nombre y apellidos?								
¿Reconocen el nombre de las demás personas del grupo?								
Actitud durante la sesión								

Tabla de control para las sesiones de laborterapia.

Fecha	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
¿Se sienta de forma correcta?								
¿Tiene dificultades para seguir patrones de costura?								
¿Comprende y sigue patrones de color?								
Actitud durante la sesión								

Tabla de control para las sesiones de estimulación sensorial

Fecha	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
¿Es capaz de recordar con una sola explicación lo que hay que hacer en la actividad?								
Reconoce texturas y objetos con el tacto								
Reconoce olores								
Reconoce sabores								
Reconoce sonidos familiares								
Reconoce objetos sencillos con la vista								
Reconoce formas y Colores								
Actitud durante la sesión								

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tabla control sesión de psicomotricidad.

Fecha	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
Identifica segmentos corporales de su cuerpo								
Diferencia derecha/izquierda								
Ejecuta desplazamientos								
Capaz de equilibrarse								
Sentarse en la postura correcta								
Se mueve cuando escucha la música y se mantiene estático cuando se detiene								
Capaz de hacer ejercicios en bipedestación								
Representa la acción de comer, escribir, hacer ejercicio.								
Actitud durante la sesión								

Tabla de control para las sesiones de entrenamiento de ABVD.

Fecha	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
Necesita refuerzo para realizar la actividad								
¿Se viste/desviste correctamente?								

¿Se calza/descalza correctamente?								
¿Se ata/desata los cordones correctamente?								
¿Es capaz de bañarse correctamente?								
¿Realiza el aseo y acicalado personal correctamente?								
¿Es capaz de comer solo? (Implica uso de cubiertos, servirse el agua, beber, etc.).								
Uso del WC								
Actitud durante la sesión								

Tabla de control para las sesiones de entrenamiento de ABVD.

Fecha	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
Necesita refuerzo para realizar la actividad								
¿Es capaz de usar el teléfono?								
¿Conoce el valor del dinero y lo maneja?								
¿Es capaz de ordenar su								

habitación?								
¿Es capaz de realizar compras?								
Actitud durante la sesión								

## 5.- EJECUCIÓN DEL PROYECTO

### 5.1 Realización del Proyecto

La ejecución de mi proyecto se pudo llevar a cabo relativamente bien según lo planificado dentro de la institución. A pesar de que estaba diseñado para poder ser desarrollado en un período de tiempo más amplio durante más días a la semana.

En primer lugar antes de comenzar con el programa de actividades se realizó una reunión con los participantes seleccionados y se les informó tanto del programa como de su contenido y de la finalidad del mismo. La reacción de los participantes fue muy positiva y acogieron el programa con muchas ganas. Del mismo modo se informó al resto de trabajadores del centro así como a los familiares.

Al final de la aplicación se les informó de los logros conseguidos.

### 5.2 Metodología empleada durante el desarrollo del proyecto

#### 5.2.1 Pautas a seguir en la higiene personal

- El baño o ducha debe ser una actividad placentera, teniendo especial cuidado con la temperatura del agua.
- Siempre que sea posible dejar que el sujeto se lave, peine o afeite solo, proporcionándole el tiempo necesario.
- Explicarle al sujeto los pasos a seguir guiándole con ligera ayuda.
- El lavado de cabeza debe ser realizado lo último para evitar agitación.
- Secado concienzudo de los pliegues, especialmente de pies y manos.
- Se requiere el cepillado de los dientes y de la lengua con un cepillo suave, después de cada comida y antes de ir a dormir.
- En el caso de la dentadura postiza, debe limpiarse como mínimo una vez al día, con un cepillo de fibras duras y guardarla en un vaso de agua que se cambiará diariamente.

- Recordar al sujeto que una buena higiene hace sentirse mejor y tener una buena imagen.
- Dar tiempo al sujeto para prepararse y lavarse.
- Respetar su intimidad.
- Dejar siempre las cosas en el mismo lugar y no cambiar los colores o formas de los objetos utilizados.
- No meterles prisa.

### 5.2.2 Pautas a seguir en la nutrición y alimentación

- ✓ Intentar mantener el horario y el lugar de las comidas. El servicio de mesa será lo más sencillo posible, suprimiendo objetos que puedan confundirlo, deben sentarse siempre en el mismo lugar.
- ✓ Cuando aparezcan problemas para manejar los cubiertos, se le dará de uno en uno y más tarde se le dejará comer con los dedos.
- ✓ El ambiente debe ser tranquilo, sin estímulos externos (TV, radio), para evitar que se distraiga.
- ✓ No se le debe obligar a comer por fuerza, hay que utilizar estrategias de distracción con tono tranquilo y suave.
- ✓ Una buena estrategia a la hora de comer es ponerse enfrente para que pueda imitar sus mismos actos.
- ✓ En las fases avanzadas, cuando no sea capaz de masticar, lo más indicado es la alimentación triturada.
- ✓ Se les invita a poner y quitar la mesa.
- ✓ Darles los cubiertos de uno en uno.
- ✓ Permitirles que coman con la mano cuando no sepan utilizar los cubiertos.
- ✓ Partirles la comida en trozos pequeños y si se atragantan aplastarlos o triturarlos.
- ✓ No mezclar sólidos y líquidos.
- ✓ Utilizar para los líquidos gelatinas y espesantes.

### 5.2.3 Pautas a seguir en el entorno

- ✓ Cada habitación deberá señalizarse con un dibujo apropiado o palabras reconocibles en mayúsculas (ejemplo: baño con un dibujo del inodoro o la bañera).
- ✓ Se cerrarán aquellas estancias en las que no se desee que entre o pueda resultar peligrosa (ejemplo: la cocina).
- ✓ El entorno debe ser sencillo, seguro y facilitar la autonomía.
- ✓ Las adaptaciones deben de hacerse de forma gradual y acorde a las necesidades.

### 5.2.4 Pautas a seguir en la autonomía

- Necesitan orientación para ello: Se pueden poner en los armarios, dibujos que indiquen la ropa que hay y separarla por temporadas o fines.
- Tendrán dificultades para ponerse la ropa y olvidarán los pasos a seguir: Para ayudarles colocaremos la ropa en el orden en que deben ponérsela. Sustituiremos todo lo que no sepan abrocharse por velcros o cremalleras.
- Utilizaran zapatos cómodos que sean fáciles de poner y quitar (con cierre adhesivo).

### 5.2. 5 Pautas a seguir en el uso de WC

- Señalizaremos la puerta del baño con un distintivo fácil de reconocer (dibujo, luz, etc.).
- La ropa debe ser fácil de quitar.
- Interpretar sus gestos cuando tienen ganas de ir al WC (caminar en exceso, desabrocharse el pantalón, etc.).
- Acompañarles y decirles en todo momento lo que deben hacer.
- Establezca una rutina de micción y defecación, si es preciso, recuérdale que es hora de ir al baño.
- Cuánto más tiempo se utilicen estas capacidades básicas, mas tiempo se conservará la “*calidad de vida*”.

### 5.2. 6 Pautas a seguir en la estimulación cognitiva

- Captar la atención de los participantes durante el desarrollo de la sesiones.
- Recordarles quienes son. Tratarles por el nombre.
- Recordarles donde están, qué día es, si es la mañana o la tarde, el día, el mes, etc.
- Hablarles de lo que están haciendo. Elegir temas agradables.
- Fomentar relaciones de confianza.
- Fomentar el buen humor.
- Evitar agresividad, malos gestos, gritos, acciones violentas, brusquedad. Trato adecuado.
- No fomentar confusión (Evitar cortes bruscos ¡No hoy es jueves!).
- Pedirles que hagan solo aquellas cosas que son capaces de hacer.
- Fomentar la conversación siempre situándose en el tiempo y en el espacio (como hoy es jueves, nos vemos mañana viernes a las 10).
- Hablar en tono y volumen adecuados.
- Hablar en positivo. Es preferible decirle lo que debe hacer y no lo que no debe hacer.

### 5.2.7 Pautas en la conversación con la persona afectada de demencia

- \* Cuando tenga dificultad en encontrar palabras precisas para designar los objetos familiares o personas que conoce. Pídele que las señale con el dedo y nómbraselas en su lugar.
- \* Cuando tiene dificultades para expresar su pensamiento lo resume en pocas palabras. Asegúrate de que ha comprendido bien diciéndole lo que cree que él/ella está pensando. Esta confirmación evitará desencadenar una reacción desmesurada, frecuente cuando tiene la sensación de no ser comprendido.
- \* Cuando utilice una palabra por otra, no le corrija sistemáticamente pero comprueba que le has entendido bien.
- \* Cuando se detenga en medio de una frase, déjale tiempo para que la termine. Repite las dos últimas palabras que ha dicho para ayudarlo. Si no vuelve a coger el hilo de la frase, cambia de tema.
- \* Cuando le hagas una pregunta evita ponerle ante una situación difícil. Las preguntas tienen que ser sencillas, que sólo exijan respuestas sencillas, evitando tener que elegir.
- \* Cuando responda comprobar que lo que ha dicho es correcto.
- \* Hablarle con tranquilidad y amabilidad.
- \* Acostumbrarte a decir en alto lo que está haciendo. Aunque no te responda tendrá la impresión de estar integrado en la actividad.

### *5.3 Espacios y tiempos invertidos*

Una vez fue seleccionado el grupo con el que se llevaría cabo el proyecto, comenzó la aplicación del mismo, concretamente se inicia a primeros de mayo y termina a finales de mes. Durante el período de tiempo que se desarrolló hubo un festivo (15 de Mayo) en el que no se aplicó.

Antes de su puesta en marcha se acordó con la dirección del centro el período de tiempo de aplicación (yo les propuse un mes para la intervención todos los días de la semana) pero finalmente, la dirección sólo me dejó aplicarlo durante el mes de Mayo de lunes a miércoles ya que consideraban que el programa interrumpía el ritmo normal de las actividades del centro. Con respecto al horario decidieron que sería mejor de mañana debido a la temática del proyecto, ya que las ABVD se podrían trabajar mejor en un entorno real como eran las habitaciones o el comedor, por tanto se dedicó un total de cinco horas y media diarias durante un mes tres veces en semana.

Las estancias o espacios empleados para el desarrollo del proyecto fueron la sala de trabajo de terapia ocupacional, el gimnasio, el comedor, las habitaciones, etc.

### *5.4 Problemas/ dificultades encontrados y posibles soluciones*

En mi caso los problemas y dificultades encontrados a la hora de aplicar el proyecto han sido casi todos de carácter institucional. He de destacar que la intervención que han realizado los ancianos del centro ha sido muy positiva, en todo momento se han mostrado muy colaboradores e interesados con lo que estaban haciendo. Sin embargo, el personal auxiliar no entendía ni respetaba las órdenes que se les daba. Las sesiones de Entrenamiento en ABVD tenían que ser realizadas en las habitaciones dejando hacer al individuo, y en ocasiones cuando yo llegaba al centro para comenzar con las sesiones había participantes que ya estaban levantados y vestidos, y por tanto, yo no podía supervisar su actuación. Según me contaban algunos de ellos, las auxiliares terminaban haciéndoles todo sin darle ninguna oportunidad de acción. Este problema fue comentado a la dirección pero no tomaron medidas para resolverlo.

Por otro lado, tengo que destacar las continuas interrupciones en medio de las sesiones por parte del personal en general y los familiares, rompiendo constantemente la concentración de los participantes.

También quiero reseñar la ignorancia que existe por parte del personal que trabaja en el centro y por algunos familiares con respecto a la profesión, en general desconocen en que consiste y la finalidad que tiene la Terapia Ocupacional. Aunque se lo expliqué una infinidad de veces la gente sigue viendo la profesión como un aliciente que sirve para entretener a los ancianos.

La solución a todos estos problemas intenté buscarla durante el proceso con ayuda de la dirección, haciendo reuniones con el personal para explicarle en que consistía la disciplina y el proyecto que yo había diseñado pero los problemas siguieron sucediéndose durante todo el proceso.

Para poder cuantificar grandes cambios con este proyecto considero que debería haber durado más tiempo la intervención pero este problema no pude solucionarlo.

A pesar de todos estos contratiempos el resto de sesiones se pudieron desarrollar sin problemas.

### *5.5 Pasos de la Ejecución (algunos ejemplos de sesiones)*

#### **Lunes Día 7 de Mayo, Hora 8.30 Actividad: Entrenamiento en ABVD**

Se comienza la aplicación del proyecto el lunes 7 de mayo a las 8:30 horas de la mañana. Me dispongo a poner en marcha el taller de **Entrenamiento de ABVD** en las habitaciones de cada uno de los participantes. El tiempo que empleo para que cada una de ellas realice las actividades de autocuidado es de 10 a 15 minutos por participante. Durante este período de tiempo se realizan las siguientes tareas con cada una de ellas:

- Se levantan de la cama
- Se calzan las zapatillas
- Llegan al cuarto de baño y utilizan el WC.
- Se quitan el pijama.
- Se realiza la actividad de ducha con todo lo que la tarea conlleva (uso de esponja, enjabonado de cuerpo y cabeza, aclarado, secado del cuerpo y uso de crema hidratante).
- Salida del baño y elección de la ropa adecuada.
- Vestido y acicalado (cepillado del pelo, limpieza de boca, maquillaje, etc.)
- Bajamos a desayunar.
- En el desayuno se entrena el uso de cubiertos correcto a la hora de cortar y untar la tostada, el manejo del menaje (capacidad para beber de la taza de desayuno).

La realización de todas estas actividades implica que además sean trabajadas muchas actividades instrumentales como abrir y cerrar puertas, poner la mesa y quitarla, uso de llaves, etc. Que aunque en mi proyecto no están reflejadas se trabajan diariamente.

Ítems a valorar	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
Necesita refuerzo para realizar la actividad	SI (instrucciones verbales)	NO	SI (instrucciones verbales)	NO	NO	SI (instrucciones verbales)	SI (instrucciones verbales)	SI (instrucciones verbales)
¿Se viste/desviste correctamente?	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
¿Se calza/descalza correctamente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
¿Se ata/desata los cordones correctamente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
¿Es capaz de bañarse correctamente?	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO
¿Realiza el aseo y acicalado personal correctamente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

¿Es capaz de comer solo? (Implica uso de cubiertos, servirse el agua, beber, etc.).	SI							
Uso del WC	SI							
Actitud durante la sesión	Buena							

OBSERVACIONES: Se precisa el uso de ayudas técnicas para el vestido como calzador y esponjas de mango largo por limitación articular.

### Actividad Terapia Cognitiva Hora 10:00 A 11:15

A continuación las participantes se desplazan a la sala de terapia donde tiene lugar el taller de estimulación cognitiva. Comenzamos la sesión empleando las técnicas de orientación a la realidad. Tras enseñarles el calendario les pregunto la fecha exacta, hora, lugar en el que nos encontramos, el nombre de cada una de ella y el mío. El tiempo empleado es de 30 minutos.

Seguidamente les reparto los cuadernillos de actividades de repaso y el material para realizarlo (lápices, goma de borrar) y les explico que vamos a trabajar el lenguaje y la forma de realizar la ficha. Las residentes realizan la ficha en 40 minutos.

**Instrucciones:** pídale que diga el nombre de tres ingredientes que puedan utilizarse para la elaboración de:

- ✓ Una paella.....
- ✓ Una ensalada.....
- ✓ Una tarta.....
- ✓ Una menestra.....
- ✓ Unas croquetas.....
- ✓ Un sofrito.....
- ✓ Un gazpacho.....
- ✓ Una macedonia.....
- ✓ Un potaje.....
- ✓ Un estofado.....
- ✓ Un flan.....

Nombre y apellidos: ..... Fecha. ....

<b>LENGUAJE</b>	Nivel de dificultad: medio  Vocabulario
-----------------	---

Ítems a valorar	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
¿Es capaz de recordar con una sola explicación lo que hay que hacer en la actividad?	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
¿Completa adecuadamente* la actividad?	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
¿Escribe/pinta/recorta de forma autónoma?	SI							
¿Reconoce la fecha?	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI
¿Reconoce su nombre y apellidos?	SI							
¿Reconocen el nombre de las demás personas del grupo?	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO
Actitud durante la sesión	Buena							

OBSERVACIONES: La actividad se desarrolla sin incidencias.

**Actividad Gerontogimnasia/Psicomotricidad Hora 11:30  
A 12:30**

Posteriormente nos desplazamos al gimnasio del centro para comenzar la sesión hacemos un calentamiento previo donde los participantes movilizan todas las articulaciones en los distintos planos del espacio (durante 30 minutos).

Como ya he dicho anteriormente empleo 2 modelos de sesiones que se sucederán durante los días que dure el proyecto. En ellas se realizan ejercicios que ayudarán a cumplir los objetivos propuestos para estas sesiones.

Ítems a valorar	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
Identifica segmentos corporales de su cuerpo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Diferencia derecha/izquierda	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Ejecuta desplazamientos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Capaz de equilibrarse	SI	SI	SI	Con dificultad	Con dificultad	Con dificultad	SI	SI
Mantiene el equilibrio sentado	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Se mueve cuando escucha la música y se mantiene estático cuando se detiene	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI
Capaz de hacer ejercicios en bipedestación	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
Representa la acción de comer, escribir, hacer ejercicio.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Actitud durante la sesión	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena

**OBSERVACIONES:** Disfrutan con la sesión de ejercicios.

## Actividad Laborterapia

Hora 13:00 A 13:45

Para concluir, regresamos a la sala de terapia y las participantes realizaron la actividad de laborterapia.

Ítems a valorar	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
¿Se sienta de forma correcta?	SI	NO (Recordarle que corrija la postura)	NO (Recordarle que corrija la postura)	SI	NO (Recordarle que corrija la postura)			
¿Tiene dificultades para seguir patrones de costura?	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
¿Comprende y sigue patrones de color?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Actitud durante la sesión	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena

OBSERVACIONES: Esta actividad les encanta. Generalmente no mantienen una postura adecuada a la hora de sentarse (sillas desarrimadas, codos no apoyados en la mesa).

## Martes día de Mayo Actividad: Taller de estimulación sensorial Hora 10.00 a 11:15

Como ya señalé en el desarrollo de las actividades en la sesión de estimulación sensorial trabajaremos en una misma sesión todos los sentidos.

- a) Sentido del tacto: manipular y reconocer distintas texturas (algodón, lija, estropajos, plumas, toallas, terciopelo, etc.). Todo este material se le proporcionará a cada participante. Por medio de preguntas observaré si contestan correctamente. Esta tarea se realizará con los ojos tapados y descubiertos.
- b) Sentido del gusto: Se le proporciona distintos sabores para que los distinguan (kiwi, plátano, fresa, aceitunas, pan, etc.). Por medio de

preguntas observaré si contestan correctamente. Esta tarea se realizará con los ojos tapados y descubiertos.

- c) Sentido del olfato: Se les proporciona distintas fragancias con aroma de frutas y especias y tienen que adivinar que están oliendo. También manifestar si les gusta o no el olor.
- d) Sentido del oído: Consiste en discriminar sonidos familiares que se les proporciona por medio de instrumentos musicales y CD de sonidos.
- e) Sentido de la vista: Por medio de figuras geométricas de colores los participantes reconocen la forma y el color.

El tiempo dedicado para trabajar cada sentido es de 12 a 15 minutos aproximadamente.

Dicha sesión se repetirá a lo largo de toda la aplicación del proyecto.

Ítems a valorar	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
¿Es capaz de recordar con una sola explicación lo que hay que hacer en la actividad?	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
Reconoce texturas y objetos con el tacto	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
Reconoce olores	SI							
Reconoce sabores	SI							
Reconoce sonidos familiares	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI
Reconoce objetos sencillos con la vista	SI							
Reconoce formas y Colores	SI							
Actitud durante la sesión	Buena							

OBSERVACIONES: En la aplicación de los sonidos familiares observo que hay una mayor dificultad para reconocerlos por posibles problemas auditivos.

**Actividad: Taller de reminiscencia Hora 11.30 a 12:30**

Para el desarrollo de dicha sesión empleamos los recursos materiales citados en el punto de desarrollo de las actividades.

Para comenzar la sesión los participantes se encuentran sentados alrededor de una mesa en forma de semicírculo y les presento un fragmento de una película de su época. Después comentamos la película todos juntos intentando en todo momento provocar una evocación de situaciones del pasado de los pacientes (juventud o infancia) con el propósito de intervenir en la memoria remota y en aspectos emocionales del recuerdo tales como: el recuerdo de situaciones, sensaciones, olores o simplemente el reconocimiento de objetos antiguos, estableciendo a través de ellos un diálogo. Durante la sesión, además de intervenir en aspectos relacionados con la reminiscencia también intervenimos en otras funciones cognitivas como memoria de fijación, gnosias, orientación en espacio y tiempo, y aprendizajes previos entre otras.

Seguidamente se les proporcionan fotografías personales e imágenes de objetos antiguos y objetos materiales provocando un nuevo debate.

Para finalizar escuchamos música de la época que todos cantamos.

Dicha sesión se repetirá a lo largo de todo el proyecto. La valoración se hace por medio de mi observación directa.

OBSERVACIONES: La sesión se lleva a cabo con gran éxito. Puedo observar como fluyen sentimientos muy diversos como nostalgia, pena, alegría, satisfacción.

### **Miércoles Día 9 de mayo Hora 11.30 a 13:30 Actividad: Entrenamiento en AIVD (salida al mercadillo local).**

Me centro en el desempeño de las siguientes actividades:

- Uso del teléfono
- Manejo del dinero
- Compras

Ítems a valorar	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
Necesita refuerzo para realizar la actividad	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI
¿Es capaz de usar el teléfono?	SI (necesita instrucciones para su uso)	SI	SI(necesita instrucciones para su uso)	SI	SI			

¿Conoce el valor del dinero y lo maneja?	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO
¿Es capaz de realizar compras?	SI (con ayuda parcial)	SI	SI	SI	SI	SI (con ayuda parcial)	SI	SI

OBSERVACIONES: En general para usar el teléfono cinco participantes necesitan irles recordando los pasos a seguir porque en ocasiones se bloquean y no son capaces de realizar la actividad hasta el final.

La salida se desarrolla con gran éxito. Entablan relaciones con los residentes de la residencia local del pueblo.

## 6.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO

### 6.1 Diseño de evaluación e interpretación de datos del proyecto

Antes de comenzar con este apartado me gustaría destacar que tanto las escalas que han sido utilizadas en mi proyecto para determinar la situación funcional y cognitiva de los participantes al inicio de la aplicación del proyecto como las tablas de control elaboradas para calificar y cuantificar los resultados, no me han sido facilitadas en el centro ya que no disponen de este material.

Tras finalizar la aplicación del proyecto “Fomento de la autonomía personal y prevención del deterioro en personal institucionalizadas” me dispongo a evaluar los resultados obtenidos con el fin de poder sacar conclusiones más claras.

Para evaluar los resultados del proyecto vuelvo a pasar las escalas estandarizadas que se aplicaron para hacer la elección de los candidatos y determinar su situación funcional y cognitivo de partida. Se trataba de las siguientes escalas: Índice de Barthel, test Cardenal Marcelo 98 para AIVD, MEC, Pfeiffer, test del reloj, y set test. También me centro en las tablas de control que fueron realizadas para cuantificar los resultados de cada una de las sesiones que se desarrollaron. La información obtenida es la siguiente:

Con respecto a las escalas que determinan la situación funcional de los participantes (Índice de Barthel y Test CM98 para AIVD) he de destacar que en general se aprecia una ligera mejora de los participantes en el desempeño de actividades de autocuidado. Los residentes se encuentran mucho más orientados y desenvueltos a la hora de elegir su ropa y vestirse adecuadamente o tener un hábito de higiene. En las actividades instrumentales no se han observado cambios con respecto a la situación de partida.

Los resultados obtenidos en la evaluación de la situación cognitiva en comparación con la situación inicial son en general satisfactorios. No puedo hablar de una gran mejora pero hay ciertos aspectos que gracias a la realización de actividades repetitivas y diarias los participantes han mejorado. En general están mucho más orientados en tiempo y espacio y han mejorado en el área del lenguaje.

En las entrevistas de carácter informal todos me confiesan que la experiencia les ha hecho sentir que aún eran capaces de hacer y que durante este tiempo habían dejado de tener el sentimiento de inutilidad.

Desde mi observación compruebo que el estado de ánimo de los participantes ha mejorado considerablemente.

Centrándome en las tablas de control de cada una de las sesiones puedo decir que en mi opinión la actuación de cada participante de un día para otro es muy variable ya que cada día me respondían de una manera diferente debido a que existen otros factores como un puede ser un descanso inadecuado o escaso durante la noche que hacen que influya de manera directa sobre como el participante va a actuar ese día.

## **7.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA**

Llegados a este punto me gustaría hacer una pequeña reflexión sobre que objetivos marcados en un principio se han cumplido después de ser aplicado el proyecto. En mi opinión creo que se han cumplido todos:

- ✓ Mejorar las capacidades sensoriales, perceptivas cognitivas y motrices por medio de la realización de actividades.
- ✓ Favorecer/mantener la orientación del sujeto en tiempo, espacio y persona.
- ✓ Mantener una percepción adecuada del entorno, mediante la estimulación de los receptores.
- ✓ Retrasar el deterioro de las capacidades cognitivas el mayor tiempo posible.
- ✓ Mejorar/mantener las capacidades psicofuncionales a través de la actividad física.
- ✓ Graduar /adaptar las actividades en función a las capacidades que posea el sujeto.
- ✓ Hacerles sentir a gusto y vivir un momento agradable.

Quiero destacar sobre todo lo que les ha supuesto cambiar el repertorio de actividades a las que ellos estaban acostumbrados. En todo momento se han mostrado muy colaboradores y comprometidos con la labor demostrando sentirse a gusto en todo momento.

Entre los objetivos generales que me había propuesto conseguir en un principio destacar los que se han cumplido significativamente:

- ✓ Fomentar la autonomía personal.
- ✓ Prevenir el deterioro funcional y cognitivo.
- ✓ Fomentar las actividades básicas, instrumentales y de ocio.
- ✓ Comprobar la efectividad de la actividad del Terapeuta Ocupacional en instituciones.

Con respecto al objetivo que hace referencia a la profesión de la Terapia Ocupacional en instituciones quiero añadir que por mi parte estoy satisfecha una vez más con haber defendido la profesión hasta el final, pero he de reconocer que en este sentido queda mucho camino por recorrer y creo que no se ha cumplido del todo.

Destacar también que mi proyecto debería aplicarse a lo largo del tiempo ya que su efectividad realmente solo se puede comprobar con el paso del tiempo.

Para concluir decir que en general los resultados obtenidos han sido claramente satisfactorios de cara a los participantes observándose una mejora considerable en su desempeño ocupacional teniendo en cuenta el corto periodo de tiempo empleado para su desarrollo.

## 8.- BIBLIOGRAFÍA

### Libros:

Durante Molina, P; Pedro Tarrés, P. (2004): *Terapia Ocupacional en Geriatría: Principios y práctica*. Barcelona: Masson.

Miangolarra Page, J.C.; Alguacil Diego, I. M<sup>a</sup>; Águila Maturana, A. M<sup>a</sup>. (2003): *Rehabilitación Clínica Integral. Funcionamiento y discapacidad*. Barcelona: Masson.

Pérez Serrano, G. (2004): *Elaboración de proyectos sociales*. Madrid: Narcea

Romero Ayuso, D; Moruno Miralles, P. (2003): *Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas*. Barcelona: Masson.

Sarrate Capdevila, M<sup>a</sup>. L. (2007): *Atención a las personas mayores. Intervención práctica*. Madrid: Editorial Universitas, S.A.

Tárraga, L. (2000): *Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. ACE Fundació: Glosa.

Tárraga, L; Boada, M. (2004): *Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de alzheimer en fase leve: Cuadernos de repaso*. Barcelona: Institut Català de Neurociències Aplicades. Glosa S.L.

Valero Merlos, E; San Juan Jiménez, M. (2010): *Manual teórico práctico de Terapia Ocupacional*. Murcia: Monsa Prayma.

Yanguas, J; Leturia, F. (1995): *Conceptualización en AAVV: Residencias para personas mayores, manual de orientación*. Barcelona.

❖ **Páginas web:**

- <http://www.eustat.es>

- <http://www.ine.es/>

- <http://www.wikipedia.org>

- [www.infodoctor.org/alzheimer/conferencias/cognitiva](http://www.infodoctor.org/alzheimer/conferencias/cognitiva)

- [http://www.infogerontologia.com/estimulacion/index2\\_1.html](http://www.infogerontologia.com/estimulacion/index2_1.html)

- <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/AVD-Sanjurjo2.shtml>

- <http://www.familialzheimer.org>