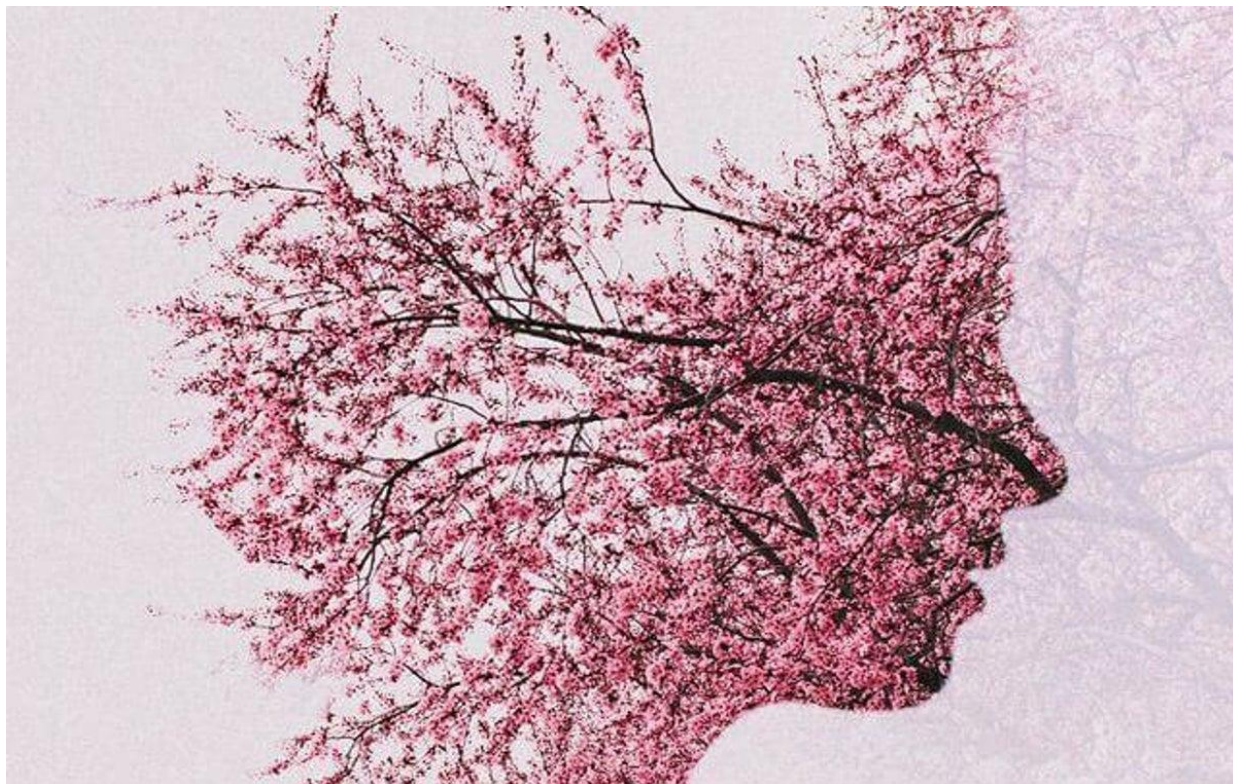


EXPERTO UNIVERSITARIO
INTERVENCIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LAS
PERSONAS MAYORES



ALZHEIMER: AYER Y HOY EN UNA REALIDAD

CURSO ACADÉMICO 2019 / 2020

RESUMEN

La estimulación cognitiva es una herramienta terapéutica muy recomendable para mantener el estado cognitivo y mejorar la calidad de vida y la autonomía de los pacientes con demencia, sobre todo en pacientes con Alzheimer que están en la primera fase de la enfermedad.

En este trabajo se propone una intervención socioeducativa sobre estimulación cognitiva dirigida a estos enfermos de diferentes edades, con deterioro cognitivo leve moderado y que se encuentran en calidad de no institucionalizados. La población elegida, como vecinos de la localidad navarra de Marcilla, son usuarios de la ludoteca local “Mano Amiga”. La intervención se realizará durante 24 semanas y se harán distintas actividades; orientación temporo- espacial y personal y la estimulación de la memoria, el lenguaje, el cálculo, las praxias y las gnosias, así como actividades que fomenten la comunicación e interacción grupal, la actividad física y espacios de juego.

Posteriormente se realizará la evaluación de la intervención, para lo que es necesaria una exhaustiva recogida de datos.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, Alzheimer, terapias no farmacológicas, estimulación cognitiva.

ABSTRACT

The cognitive stimulation is highly recommended therapeutic tool to maintain cognitive status and improve the quality of life and autonomy of patients with dementia, specially patients with Alzheimer who are in the first phase of the disease.

In this work, a socio-educational intervention on cognitive stimulation is proposed for these patients of different ages with moderate mild deterioration and who are found not to be institutionalized. The chosen population, as residents of the Navarra town of Marcilla, are users of the local "Friendly hands" toy library. The intervention will be held for 24 weeks and different activities will be carried out: temporal-spacial and personal orientation and the stimulation of memory, language, calculation, praxis and gnosis, as well as activities that promote communication and group interaction, the physical activity and play spaces.

Subsequently, the evaluation will be carried out, for which an exhaustive data collection is necessary.

Keywords: cognitive decline, Alzheimer, non-pharmacological therapies, cognitive stimulation

ÍNDICE

1.- <u>INTRODUCCIÓN</u>	6
2.- <u>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</u>	7
2.1- Envejecimiento y demencia.....	7
2.2- Marco normativo aplicado a la demencia.....	10
2.3- Alzheimer: presentación, tipos y fases. Prevención.....	12
2.4- El cuidador.....	15
2.5- Alzheimer y las nuevas tecnologías.....	16
3.- <u>DIAGNÓSTICO / ANÁLISIS DE LA REALIDAD</u>	18
3.1- Introducción.....	18
3.2- Muestra.....	19
3.3- Contextualización.....	20
3.4- Desarrollo.....	20
3.4.1- <i>Fase de reconocimiento</i>	20
3.4.1.1- Identificar situaciones desencadenantes.....	21
3.4.1.2- Selección y desarrollo de herramientas.....	21
3.4.1.3- Búsqueda de fuentes de información.....	21
3.4.2- <i>Fase de diagnóstico</i>	24
3.4.3- <i>Fase toma de decisiones</i>	27
4.- <u>PLANIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</u>	30
4.1- Introducción.....	30
4.2 - Objetivos.....	31

4.3 – Metodología. Actividades y Recursos.....	32
4.4 - Temporalización.....	41
4.5- Valoración de la planificación en la intervención.....	42
5.- <u>APLICACIÓN Y DESARROLLO</u>	43
5.1- Introducción.....	43
5.2- Ejecución del proyecto.....	44
5.2.1- <u>Fase de sensibilización</u>	44
5.2.2- <u>Fase de ejecución y control de actividades / cohesión grupal / capacitación del personal voluntario y minorías activas</u>	46
6.- <u>EVALUACIÓN</u>	47
7.- <u>CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA</u>	52
8.- <u>CIERRE DEL PROYECTO</u>	54
9.- <u>BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA</u>	55
10.- <u>ANEXOS</u>	58

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Alzheimer se caracteriza por una pérdida progresiva de funciones cognitivas, siendo rasgo patognomónico (signos o síntomas que, si están presentes, aseguran que el sujeto padece un determinado trastorno) necesario la alteración de la memoria, así como cambios a nivel afectivo. Es muy frecuente que en momentos iniciales el enfermo muestre trastornos del estado de ánimo y un cierto grado de perturbación de su personalidad premórbida (personalidad existente antes de la aparición de un trastorno mental), siendo con relativa frecuencia confundido el diagnóstico con el de depresión, o lo que se conoce como pseudodemencia depresiva

Por ello es conocida como la epidemia del siglo XXI siendo la demencia más común entre las personas mayores de 65 años, apareciendo además cada vez con más frecuencia entre personas menores de esta edad. La enfermedad de Alzheimer no es sólo un problema sanitario, sino que abarca muchas otras áreas: social, económica, etc. Es importante tratar la enfermedad de Alzheimer de una forma integral. Por ello la atención al enfermo y a su familia tiene que ser multidisciplinar. Y de ahí la importancia de la formación de todas las personas implicadas en la atención del enfermo: médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas, auxiliares de enfermería, auxiliares de ayuda a domicilio, familiares, voluntarios, etc.

En el presente escrito damos a conocer a un grupo rural de enfermos de Alzheimer con un claro deterioro cognitivo y que se encuentran en la primera fase de la enfermedad teniendo la calidad de no institucionalizados. Por medio de la labor de un grupo de voluntarios y del propio Ayuntamiento local, nos acercamos a un colectivo falto de atención y estimulación cognitiva. Para ello, este proyecto presenta la formación de una ludoteca municipal dedicada en su totalidad a enlentecer el avance de esta enfermedad.

Presentamos las diferentes personalidades del grupo como de sus familias/cuidadores, lo que provoca una formulación de objetivos previos ante las carencias y necesidades que ambos presentan. Se elaboran unas actividades socioeducativas acordes a la evolución que presentan estos pacientes y cuyo fin es mejorar la calidad de vida de este colectivo de enfermos de Alzheimer y sus familias.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 Envejecimiento y demencia.

Por medio de palabras de la OMS (Organización Mundial de la Salud) conocemos el envejecimiento como, “*el deterioro progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades con la edad*”¹. Y nos habla de la demencia como “...*es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.*”².

El envejecimiento humano es un proceso propio, progresivo, dinámico e irreversible que involucra la disminución de las capacidades de los diferentes órganos y sistemas para responder a cambios en el medio ambiente o en el medio interno. En él intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, y no existe una causa única que explique por qué se envejece, sino un conjunto de factores interrelacionados. El conocimiento de los cambios fisiológicos relacionados con la edad permite hacer una diferencia entre las características del proceso de envejecimiento y signos y síntomas de enfermedades que no son consecuencia de envejecer, como la demencia (pérdida de la memoria). Es indudable, entonces, que la multiplicidad de problemas que enfrentan las personas adultas mayores requiere la consideración de todos los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos de una manera individual.

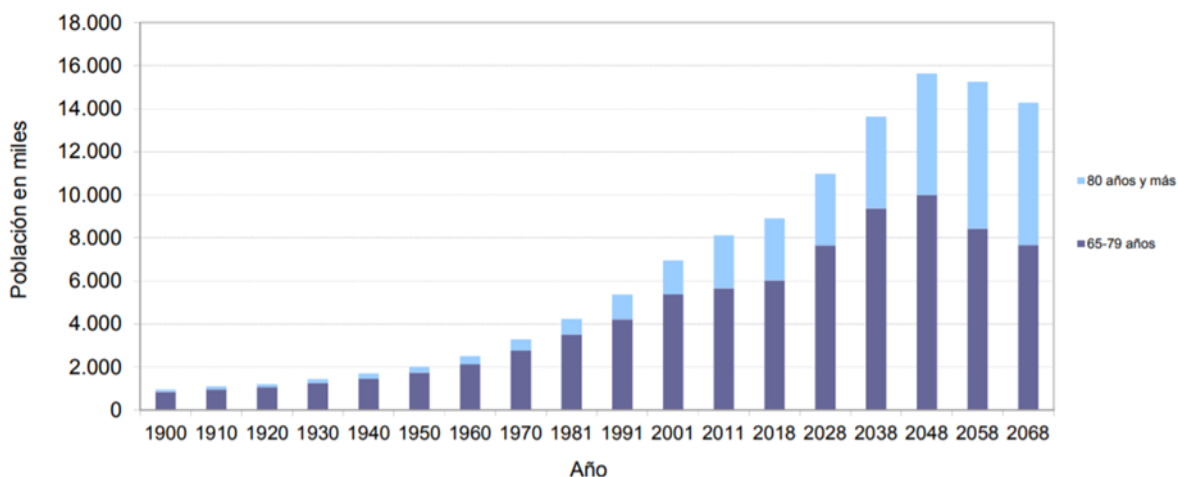
Refiriéndonos a nuestro país, el incremento de la esperanza de vida se debe a la mejora en la calidad de vida y fundamentalmente a los avances en la ciencia médica que se producen año tras año. El fenómeno del envejecimiento se observa especialmente acelerado, como consecuencia de una mayor longevidad. Los individuos alcanzan edades que hace unos años eran impensables, aumentando así el número de personas octogenarias.

A modo de información presentamos estos indicadores demográficos, que nos proporcionan una visión de la situación de las personas mayores en España, así como de los cambios experimentados en los últimos años:

¹ Véase en (The Family Watch: Informe TFW 2013-2, 2013: 4).

² <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Figura 1.1 Evolución de la población de 65 y más años. España, 1900-2068

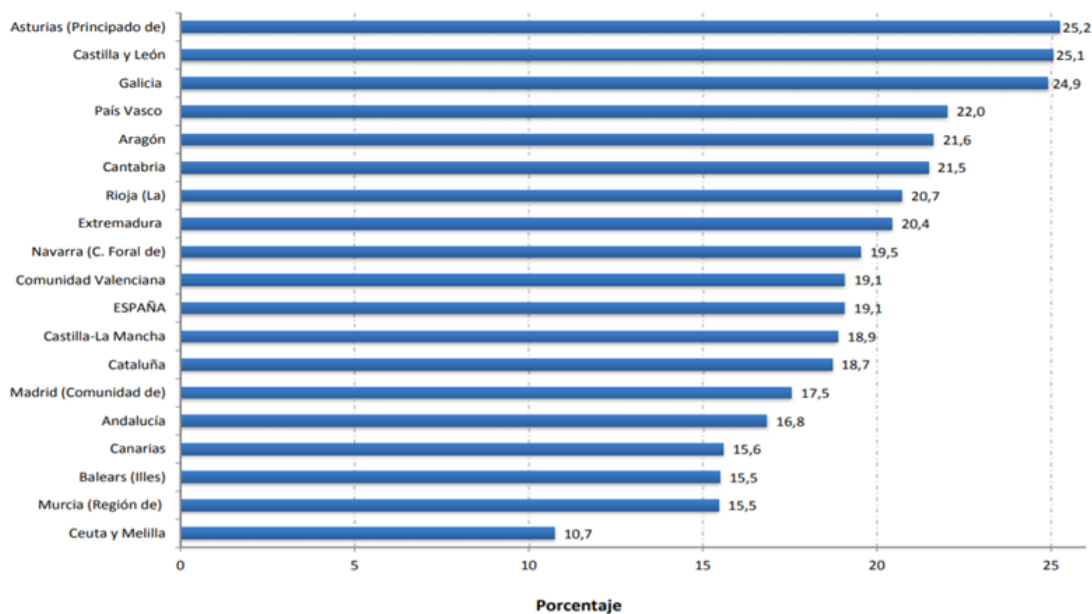


* De 1900 a 2018 los datos son reales; de 2028 a 2068 se trata de proyecciones.

Fuente: INE:1900-2011: Censos de Población y Vivienda. 2018: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2018. Consulta en enero de 2019; 2028-2068: Proyecciones de población. Consulta en enero de 2019.

La pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores, las que tienen 65 o más años. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2018 hay 8.908.151 personas mayores, un 19,1% sobre el total de la población (46.722.980) (Datos definitivos publicados el 22-1-2019); siguen aumentando, pues, tanto en número como en proporción (Figura 1.1).

Figura 1.6 Porcentaje de personas de 65 y más años, por comunidades autónomas, 2018



Fuente: INE: Padrón Continuo a 1 de enero de 2018. Consulta en enero de 2019.

El envejecimiento territorial. Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Aragón y Cantabria son las comunidades autónomas más envejecidas, con proporciones de personas mayores que superan el 21%. Murcia, Baleares y Canarias son las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 16%. Respecto al volumen, y en consecuencia lógica de su volumen total, Cataluña, Andalucía, y Madrid son las comunidades con más población de edad, y superan el millón de personas mayores cada una (Figura 1.6).

Figura 1.7 Tasas de dependencia por años



Fuente: Proyección de Población a Largo Plazo

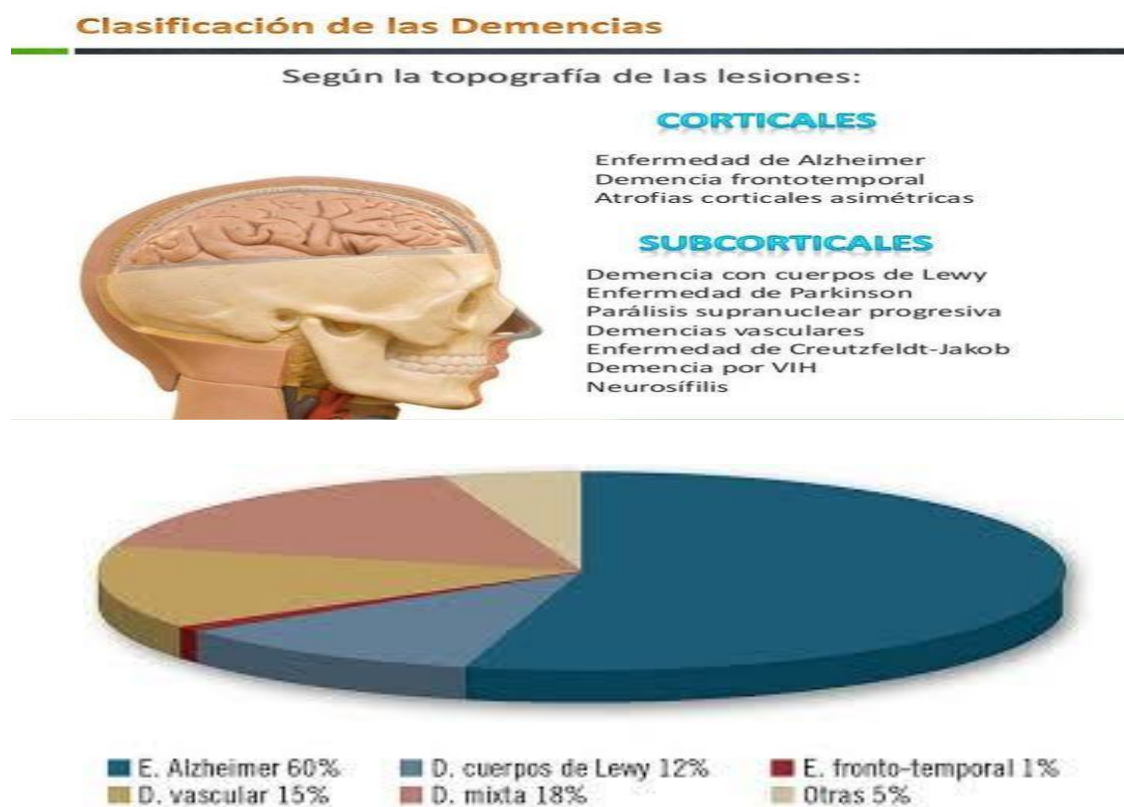
Tras los datos expuestos, nos centramos en la gráfica de dependencia³ (concretamente en el incremento de mayores de 64 años) por ser un dato de importancia, ya que dentro de esa dependencia se encuentra la enfermedad de Alzheimer, por ser la forma más extendida de demencia (entre el 60% y 70% de los casos) y ser reconocida como una gran enfermedad incapacitante y con un impacto tanto en los cuidadores, como en la familia y la sociedad que afecta a la esfera física, psicológica, social y económica. Con el objetivo de concienciar a la población sobre el creciente problema de salud pública que supone la demencia⁴, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha editado una infografía en la que se advierte que "... unos 50 millones de personas que padecen demencia en el mundo, y cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos, y la previsión es que para el año 2050 la

³ La tasa de dependencia es el índice que calcula la proporción existente entre la población dependiente (jubilada) y la activa (15-64 años, en este caso a partir de los 20) en un país. (Elaboración propia).

⁴ La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento). No es una consecuencia del envejecimiento y afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, la capacidad de aprendizaje, etc. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. (MedlinePlus, enciclopedia médica).

cifra actual se triplique. De hecho, la demencia supone ya una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo”.

Figura 1.8 Clasificación de demencias.



Fuente: <http://saikualternativo.blogspot.com/2015/10/demencia-senil-tratamiento-natural.html?spref=pi>

2.2 Marco Normativo sobre la Demencia

Debido a la gran cantidad de leyes, decretos, etc. existentes en cada uno de los ámbitos redactados, nos limitamos a presentar una muestra de las normas vigentes.

Ámbito Internacional

- Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aprobado el *Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025*, en el que insta a los Estados Miembros a que formulen cuanto antes respuestas nacionales ambiciosas para su aplicación general. En concreto, les insta a “elaborar, fortalecer y aplicar estrategias, políticas, planes o marcos de ámbito nacional sobre el tema de la demencia”
- Declaración del Parlamento Europeo sobre las prioridades en la lucha contra la enfermedad de Alzheimer (2010/C 76 E/17) pide al Consejo, a la Comisión y a los Gobiernos de los Estados miembros que reconozcan la enfermedad de Alzheimer como prioridad en materia de salud pública europea y desarrollen un plan de acción europeo para:

- Promover la investigación paneuropea sobre las causas, la prevención y el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.
 - Mejorar el diagnóstico precoz.
 - Simplificar los trámites para los enfermos y los que les atienden y mejorar su calidad de vida.
- Art. 35- Carta de los derechos Fundamentales de la UE: Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana.
- Art. 168 del tratado CE: La acción de la Unión, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias, y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

Ámbito Nacional

- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.
- Proposición No de Ley (PNL) aprobada de manera unánime por la Comisión de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Congreso de los Diputados el 11 de marzo de 2017, en la que el Congreso insta al Gobierno a establecer una Política de Estado de Alzheimer y otras demencias, en coordinación con las Comunidades Autónomas y con pleno respeto al actual marco competencial, desarrollando un Plan Integral Específico, centrándose en la prevención, el diagnóstico adecuado y la intervención, no sólo de las personas con alzhéimer, sino también teniendo en cuenta al cuidador/a.
- Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre (BOE de 31 de diciembre), por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Ámbito Provincial

- Ley foral 15/2006, DE 14 DE Diciembre, de Servicios Sociales BON N.º 152 - 20/12/2006
Regula el sistema público de servicios sociales, verdadero núcleo de la Ley Foral en cuanto ésta se orienta principalmente a promover el bienestar social de la población, responsabilidad eminentemente pública, recogiendo novedades llamadas a producir importantes repercusiones en el ámbito de los servicios sociales, de las que la principal es el reconocimiento del derecho subjetivo de la ciudadanía a tales servicios.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.
- Decreto foral 344/1997, de 24 de noviembre, por el que se conforma el Consejo Navarro de las Personas Mayores. Se crea como foro de las personas mayores y de las entidades y organizaciones relacionadas para la participación en la planificación, ejecución y seguimiento de las políticas y actuaciones destinadas a lograr el bienestar de este sector de la ciudadanía.

2.3 Alzheimer: Presentación, tipos y fases. Prevención

En 1907, Alois Alzheimer, neurólogo alemán, describió el primer caso de la enfermedad que lleva su nombre a una mujer de 51 años, con pérdida de memoria, desorientación, confusión, insomnio, depresión, alucinaciones, desorientación espacial, paranoia, alteraciones de conducta y un grave trastorno del lenguaje. Esta demencia, según la describió el citado neurólogo, es una enfermedad degenerativa cerebral en la que se pierden neuronas, se produce el acúmulo de una proteína anormal (amiloide)⁵ y muestra lesiones características (placas seniles y ovillos neurofibrilares)⁶.

⁵ Proteína que se acumula en las paredes de las arterias cerebrales incrementando el riesgo de accidente cerebrovascular causado por sangrado y demencia.(MedlinePlus,enciclopedia médica)

⁶ Conglomerado anormal de proteínas compuesto de pequeñas fibrillas entrelazadas dentro de las neuronas. (MedlinePlus,enciclopedia médica)

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia (trastorno cerebral que afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar a cabo sus actividades diarias) entre las personas mayores. Esta afección comienza lentamente; primero afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje (como hemos citado anteriormente). Las personas con el mal pueden tener dificultades para recordar cosas que ocurrieron en forma reciente o los nombres de personas que conocen. Con el tiempo, los síntomas del Alzheimer empeoran. Las personas pueden no reconocer a sus familiares. Pueden tener dificultades para hablar, leer o escribir y la higiene personal. Más adelante, pueden volverse ansiosos o agresivos o deambular lejos de su casa. Finalmente, necesitan cuidados totales. Esto puede ser muy estresante para los familiares que deben encargarse de sus cuidados.

Como hemos visto anteriormente, el Alzheimer es la demencia más frecuente a partir de los 80 años, aunque se presenta en personas más jóvenes, entre los 65/75 años y actualmente en edades que rondan los 50 años.

Para clasificar el Alzheimer, de acuerdo a las investigaciones actuales, se utilizan principalmente dos tipos, atendiendo a la edad en que se manifiesta esta patología. De este modo, encontramos el Alzheimer de aparición temprana o precoz, que toma lugar antes de los 65 años de edad, y aunque solo ocupa un 1% de los casos reportados actualmente, es necesario apuntar que se trata de la variante más rápida y peligrosa. Por otra parte, también existe el Alzheimer de aparición tardía o senil, el cual acontece posterior a los 65 años de edad y constituye el 98% de los casos siendo de lenta evolución y con síntomas menos agresivos.

Desde la Fundación Pasqual Maragall (Barcelona) se nos informa de que aunque no hay dos enfermos de Alzheimer iguales, la evolución típica de la enfermedad se divide en sucesivas fases en función de los síntomas habituales, cognitivos y funcionales, que se manifiestan. Estas fases son:

Figura 1.9- Fases de la enfermedad de Alzheimer

ETAPA	DURACIÓN	PROBLEMAS	DEPENDENCIA
LEVE / INICIAL	3-4 años	<ul style="list-style-type: none"> Fallos de memoria. Dificultad para encontrar las palabras de nombres u objetos. Problemas de concentración 	<ul style="list-style-type: none"> Pueden vivir de forma independiente y mantener su higiene personal

MODERADA / INTERMEDIA	2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación grave de la memoria. • Problemas de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Va perdiendo autonomía. • Necesita ayuda en las actividades básicas como el aseo, vestirse y alimentación.
AVANZADA / FINAL	2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida completa de la memoria y del juicio. • Pérdida progresiva del lenguaje. • Pérdida completa del control de esfínteres • Inmovilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia absoluta.

Fuente: Elaboración propia

Cada vez se diagnostica antes la enfermedad de Alzheimer, ya que se va concienciando, poco a poco, a toda la población mayor que perder la memoria no es algo habitual por la edad, acudiendo de forma temprana al médico de atención primaria quien valora cada vez más dichos cambios cognitivos. Una vez realizado el diagnóstico de demencia, el médico de atención primaria remitirá al enfermo a los especialistas en geriatría, neurología o bien psiquiatría, según el perfil del caso, quienes realizarán nuevas exploraciones neuropsicológicas más específicas⁷ y otras pruebas como analítica especial y scanner cerebral o TAC.

Según la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA): *“Actualmente no hay tratamiento curativo para esta enfermedad. Sin embargo hay diferentes terapias farmacológicas y no farmacológicas (intervenciones psicosociales) que pretenden enlentecer el proceso de deterioro, procurando mantener al máximo tiempo posible, la autonomía y las capacidades preservadas.*

Antes de que apareciera la medicación específica, las intervenciones no farmacológicas⁸ eran la única ayuda para dar al enfermo (nos referimos a logopedas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc.). Estos profesionales tenían como objetivo luchar contra los déficits en las diferentes funciones intelectuales presentadas para mejorar la calidad de vida del enfermo y

⁷ Nos referimos a los diferentes test o pruebas que, a modo de ejemplo, adjuntamos en ANEXO 1.

⁸ Las investigaciones científicas han mostrado que el tratamiento no farmacológico incrementa la calidad de vida del paciente, maximizando su capacidad funcional, mejorando su funcionamiento cognitivo y reduciendo los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la enfermedad de Alzheimer. Se recomienda su uso como medida inicial del tratamiento, incluso previo al farmacológico, sobre todo en las etapas leves y moderadas de la enfermedad. <http://www.afahuelva.org/tratamiento-no-farmacologico/>

de su entorno más cercano. La rehabilitación cognitiva es una respuesta a las necesidades de una población de enfermos de Alzheimer que ya supera los 38 millones. Su principal objetivo es ayudar a que estas personas con deficiencias funcionales alcancen un nivel óptimo del funcionamiento físico, psicológico y social. Esta rehabilitación se combina con técnicas como la reminiscencia, la relajación, la autoestima, etc.

Ningún tratamiento puede detener la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, algunos fármacos pueden ayudar a impedir por un tiempo limitado que los síntomas empeoren. Por ser una demencia neurodegenerativa, irreversible y progresiva se convierte en la enfermedad más estudiada de los últimos años a escala mundial.

Siguiendo con el estudio de esta enfermedad y en torno a la prevención de ésta, podemos decir que el Alzheimer tiene una vinculación que no se puede obviar con el envejecimiento, aunque esta patología no es una consecuencia de la edad. Consideramos que son varios los factores de riesgo así como los buenos hábitos de vida y así lo confirma Nina Gramunt⁹, cuando dice: “... *La genética, al igual que el envejecimiento, es otro factor de riesgo no modificable de Alzheimer. Sin embargo, el Alzheimer solo está determinado genéticamente en un 1% de los casos.....Una de cada dos personas tiene relación directa o indirecta con la enfermedad de Alzheimer, pero la mayoría de la gente desconoce que existen hábitos de vida que pueden ayudar a prevenirla. Por un lado tenemos factores negativos que pueden aumentar el riesgo cardiovascular: diabetes, hipertensión, colesterol alto, tabaquismo, etc. y por otro lado se encuentran los factores positivos que tienen que ver con el estilo de vida: nutrición, actividad física, cognitiva y social....*

2.4 El cuidador.

Cuando conocemos la noticia de que un ser querido tiene la enfermedad de Alzheimer puede parecer abrumadora al comienzo, pero la mayoría de las familias consideran que mientras más aprenden sobre la enfermedad y los recursos que tienen a su disposición, mejor pueden enfrentarla. Es aconsejable que se intente establecer desde el inicio una buena comunicación entre los miembros de la familia de cara a planificar los cuidados del enfermo, tomar decisiones médicas...Por ello, los cambios y la adaptación que sufre la familia cuidadora requiere, en muchos casos, la ayuda e intervención de profesionales y de las diferentes Asociaciones de Familiares, para salir lo más ilesas posibles de esta situación de cuidado. A pesar de los cambios sociales como la incorporación de la mujer al trabajo fuera

⁹ Neuropsicóloga y directora técnica del Área Social de la Fundación Pasqual Maragall.
<https://fpmaragall.org/wp-content/uploads/2014/06/2017-01-31-NP-vida-saludable-alzheimer-ESP.pdf>

de casa, el divorcio, el número de hijos, etc. la familia sigue sosteniendo la responsabilidad del cuidado de las personas enfermas de Alzheimer.

Se estima que un 80% de personas con demencia viven con sus familias pero sólo es un miembro de estas el que asume el cuidado del enfermo y, por tanto, sufre las consecuencias negativas del cuidado. El perfil de este cuidador principal suele ser femenino de 45/65 años de edad. Cuidar de un familiar que depende de nuestra ayuda puede ser una experiencia satisfactoria y por ello, merece el mayor de los reconocimientos por parte de la sociedad. Pero claro, el impacto de la dependencia de la persona con Alzheimer contempla aspectos en la salud del cuidador como: alteraciones físicas, psicológicas, sociales y dificultades económicas.

Debido a que las vidas de los cuidadores giran en torno a la satisfacción de las necesidades del familiar enfermo, muchos se olvidan de sus propias necesidades y suelen dejar sus propias vidas en un segundo plano. Por ello, el cuidador debe cuidarse más, ya que si él se cuida bien, mejor cuidará a su familiar porque si satisface sus necesidades de descanso, ocio y apoyo emocional, podrá disponer de más energía y mejores recursos físicos y psicológicos para continuar cuidando.(ANEXO 2.)

2.5 Alzheimer y las nuevas tecnologías.

Entre los deseos y demandas más comunes de las personas cuando envejecen está el poder seguir en su casa. Asimismo, poder hacerlo de forma independiente y segura, y durante el mayor tiempo posible, es un gran reto, y más cuando hay un diagnóstico de demencia. Los nuevos desarrollos tecnológicos están implantándose positivamente en las personas que presentan deterioro cognitivo y/o demencia. En los últimos años, los recursos y servicios de las nuevas TIC están teniendo mayor aceptación por parte de sus beneficiarios, siendo de gran ayuda para toda la familia. Entre las preocupaciones más habituales por parte de los familiares cuidadores de personas que presentan un deterioro cognitivo está saber si la persona puede residir en su vivienda habitual con garantías de recibir las atenciones necesarias y con posibilidad de solicitar ayuda ante un imprevisto. Afortunadamente, en los últimos años han ido ganando presencia las nuevas tecnologías (TIC), que facilitan la adaptación de entornos domiciliarios favoreciendo la permanencia en casa de forma segura, sobretodo en estadios iniciales de la enfermedad.

Este progresivo aumento del número de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, ha motivado que la tecnología se haya puesto al servicio del paciente, dotándolo

de todo tipo de gadgets¹⁰ que hacen de su día a día algo más llevadero, al igual que el de las personas que tienen alrededor. A modo de resumen, se exponen algunos ejemplos¹¹ de las diferentes ayudas técnicas (app) existentes proporcionadas por FAE (Fundación Alzheimer de España).

➤ PULSERA KERUVE

Es un localizador que consta de un reloj GPS que permite que la persona que lo lleva continúe paseando sin miedo a perderle, ya que podrá saber dónde está en cualquier momento gracias al receptor portable del que dispone.

➤ SIMAP

Es un servicio que de forma permanente y mediante la red de telefonía móvil de Vodafone

y un terminal específico que incorpora GPS permite la localización remota de personas que, por diferentes causas, presentan un deterioro cognitivo.

➤ LOLA S911

Es un dispositivo de seguridad personal que permite ver la posición en tiempo real de la persona que lo porta y de hacer llamadas de emergencia. Con solo pulsar un botón, el dispositivo envía una llamada y un sms a un máximo de dos números que se hayan predefinido con anterioridad.

➤ RECORDATORIO DE MEDICAMENTOS

Es una aplicación fácil de usar y confiable que le ayuda a recordar tomar medicamentos a la hora exacta.

➤ MEMORY BOX

Esta aplicación tiene como objetivo servir de ayuda a la memoria de las personas con Alzheimer a la par que sirve de apoyo a los familiares y cuidadores de los enfermos. El objetivo es proporcionar ayuda en las conversaciones que se mantienen en el día a día y simplificar la interacción diaria.

➤ YO TE CUIDO

Es una app de aplicación gratuita e informativa orientada a pacientes con enfermedad de Alzheimer y a sus familiares y cuidadores. Se centra en facilitar la resolución de las dudas y las preguntas a las que se enfrentan muchos cuidadores y enfermos de Alzheimer y en hacer

¹⁰ Un gadget es un dispositivo que tiene un propósito y una función específica, generalmente de pequeñas proporciones, práctico y novedoso. <https://es.wikipedia.org/wiki/Gadget>

¹¹ Amplia exposición de los diferentes dispositivos en ANEXO 3.

comprensiva la enfermedad para los pacientes, especialmente los de reciente diagnóstico o primeros estadios.

➤ [RE]MEMBR

Esta app permite orientar en su propio hogar a los afectados en las primeras fases de la enfermedad, identificando lugares, objetos, productos y situaciones con los que el enfermo se puede ‘bloquear’, cubriendo las lagunas de su memoria.

3. DIAGNÓSTICO/ANÁLISIS DE LA REALIDAD.

3.1 Introducción.

Hasta hace unos años se pensaba que las personas con Alzheimer tenían mermada su capacidad de aprendizaje. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha visto como personas que están en una fase leve o moderada de la enfermedad también son capaces de aprender aunque de forma más limitada. Trabajar con personas que padecen Alzheimer permite al educador social desarrollar una serie de actuaciones de contexto e intervenciones socioeducativas dirigidas a crear espacios educativos, mejorarlos y dotarlos de recursos.

Por tanto, es importante poder conocer la realidad para actuar adecuadamente sobre ella; ese es el objetivo principal y el punto de partida de cualquier intervención. Cuando se pretende mejorar una realidad es necesario analizar las características y las circunstancias que inciden en la situación deficitaria. La falta de un diagnóstico llevaría a una falta de precisión que a su vez, podría llevar consigo el fracaso de la intervención.

Nuestro punto de partida será la elaboración de un informe diagnóstico, donde quede reflejada toda la información que permita determinar las necesidades de intervención en una de las salas multiusos del ayuntamiento local, a la cual la denominaremos *Ludoteca “Mano Amiga”* destinada al ocio y como espacio de terapia de aquellos enfermos de Alzheimer locales que se encuentran en la primera fase de dicha enfermedad o presentan indicios de una probable demencia todavía sin diagnosticar, y que se encuentran en edades comprendidas entre 60/90 años, siendo recomendable la presencia de sus cuidadores y/o familias.

Para realizar este diagnóstico seguiremos el modelo ANISE de Pérez Campanero, M^a. P. (2000) por ser una intervención socioeducativa lo que llevaremos a cabo. Su cometido es agrupar todos los datos posibles sobre un conjunto de problemas que derivan de una realidad concreta dentro de la comunidad y que tiene en cuenta a los distintos elementos que la componen. Este modelo se caracteriza por presentar tres fases de actuación: fase de reconocimiento, fase de diagnóstico y fase de toma de decisiones.

Dentro del diagnóstico nos planteamos los siguientes objetivos:

OBJETIVOS GENERALES

- Detectar posibles deterioros cognitivos leves en los usuarios enfermos de Alzheimer.
- Valorar las necesidades detectadas para diseñar un proyecto de intervención más adecuado a las mismas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a los posibles usuarios de la ludoteca en situación de demencia.
- Identificar posibles causas de tal situación.
- Conocer el interés del grupo por una estimulación adecuada a las necesidades de cada paciente y familiares / cuidadores.

3.2 Muestra

La muestra seleccionada y que a continuación presentaremos reúne alguno de los siguientes requisitos considerados como necesarios para acudir al local mencionado:

- ✓ Mayor de 65 años y, de forma excepcional, también pueden acudir mayores de 60 años. (Dado que actualmente, en cuanto a edades en esta enfermedad, se dan casos sorprendentemente en edades más jóvenes; por tanto, no habría límites de entrada).
- ✓ Que esté afectad@ por algún tipo de deterioro psíquico, físico o social.
- ✓ Que esté empadronado o residente en este municipio donde está ubicada la ludoteca.
- ✓ Que no sufra enfermedad contagiosa o crónica.
- ✓ Que no sufra un trastorno mental que dificulte la convivencia.
- ✓ Que no necesite una atención permanente.

NOMBRE	EDAD	CARACTERÍSTICAS
<i>CARMEN</i>	64	Soltera. Sin hijos. Le atiende una cuidadora.
<i>TERESA</i>	73	Casada. 3 hijos. Le atiende una cuidadora.
<i>FELISA</i>	80	Viuda. 1 hijo. Le atiende la familia.
<i>ROSA</i>	85	Casada. 2 hijos. Le atiende la familia.
<i>LUIS</i>	69	Soltero. Sin hijos. Le atiende la familia.

<i>JOSÉ</i>	75	Casado. 3 hijos. Le atiende la familia.
<i>ANGEL</i>	86	Viudo. Sin hijos. Le atiende cuidadora.
<i>MIGUEL</i>	88	Viudo. 1 hijo. Le atiende cuidadora.
<i>CARMELO</i>	83	Casado. 2 hijos. Le atiende la familia.

(Por propio deseo de las familias de guardar la identidad de sus enfermos, hemos utilizado nombres imaginados).

3.3 Contextualización

La nueva ludoteca rural está situada en el centro de la localidad, concretamente en una de las dependencias municipales dentro del propio ayuntamiento de la villa (ANEXO 4). El local se encuentra en la planta baja junto a un patio interno. Esta ludoteca cuenta con dos salas diferentes: la más grande, con muy buena iluminación y mobiliario acertado para ser lugar apropiado en el desarrollo de las diferentes actividades que se programen. La otra sala, por ser más reducida de espacio, se reservará para lugar de reuniones y entrevistas con familiares y afectados.

El funcionamiento de este local está dirigido desde la Comisión Informativa Permanente de Servicios Sociales del Ayuntamiento Local y es quien planifica la supervisión, vigilancia y atención del personal usuario de dicha sala. La organización y funcionamiento correrá por parte de una persona titulada académicamente, según manda la normativa vigente. Por otro lado, también se facilita el uso de las diferentes dependencias municipales (biblioteca pública, el pequeño auditorio y el pabellón de deportes) para realizar cualquier actividad que precisen los usuarios y familias. Se cuenta con un grupo de voluntariado que, junto a los miembros de dicha Comisión, formarán un equipo de trabajo para atender las demandas y necesidades que presente el grupo diana.

3.4 Desarrollo

3.4.1 Fase de Reconocimiento

Es el momento del primer contacto con todo el equipo de trabajo que se encargará de la dinamización del grupo de enfermos de Alzheimer, pues serán esenciales para obtener información sobre los programas actuales de actividad ocupacional y terapias no farmacológicas y el nivel de implicación de éstos, así como conocer más detalles del grupo, familias y cuidadores: gustos, preferencias, comportamientos, aptitudes, inquietudes, etc. y de este modo proceder a organizar el plan de trabajo.

3.4.1.1- Identificar situaciones desencadenantes.

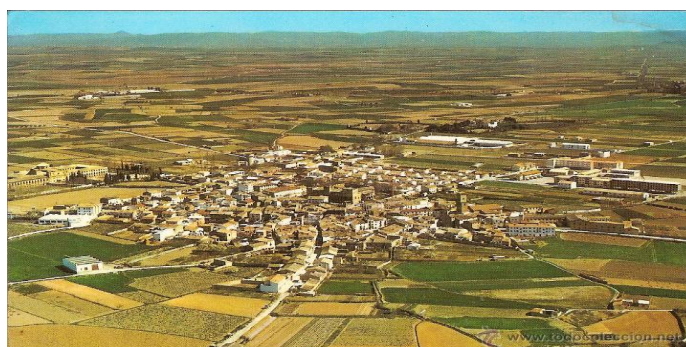
Una vez estudiada la información facilitada por parte del Consistorio como de los voluntarios, nos encontramos un colectivo desmotivado, despistado frecuentemente, con carácter depresivo, callado, inactivo, olvidadizo, y por tanto con escasa interacción grupal. Ante esta situación urge un planteamiento eficaz en la estructura dinámica de la ludoteca basado en el desarrollo de programas y acciones dirigidos a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por el Alzheimer y a sus familias. Por ello, las partes implicadas aprueban la realización de esta propuesta de intervención por la mejora y disfrute de un programa de actividades y terapias no farmacológicas acordes a las necesidades del grupo de afectados.

3.4.1.2- Selección y desarrollo de herramientas. (ANEXO 5.)

Técnica de recogida de información	Informantes	Objetivos
Cuestionario	Individuo Familia	Conocer nivel de deterioro cognitivo. Determinar gustos y preferencias en actividades.
Entrevista	Personal del Ayto Voluntariado Familia Individuo	Conocer opiniones y/o conductas sobre las habilidades sociales de los usuarios de la ludoteca.
Observación directa (Notas de campo)	Individuo	Conocer la evolución del enfermo en su integración grupal.

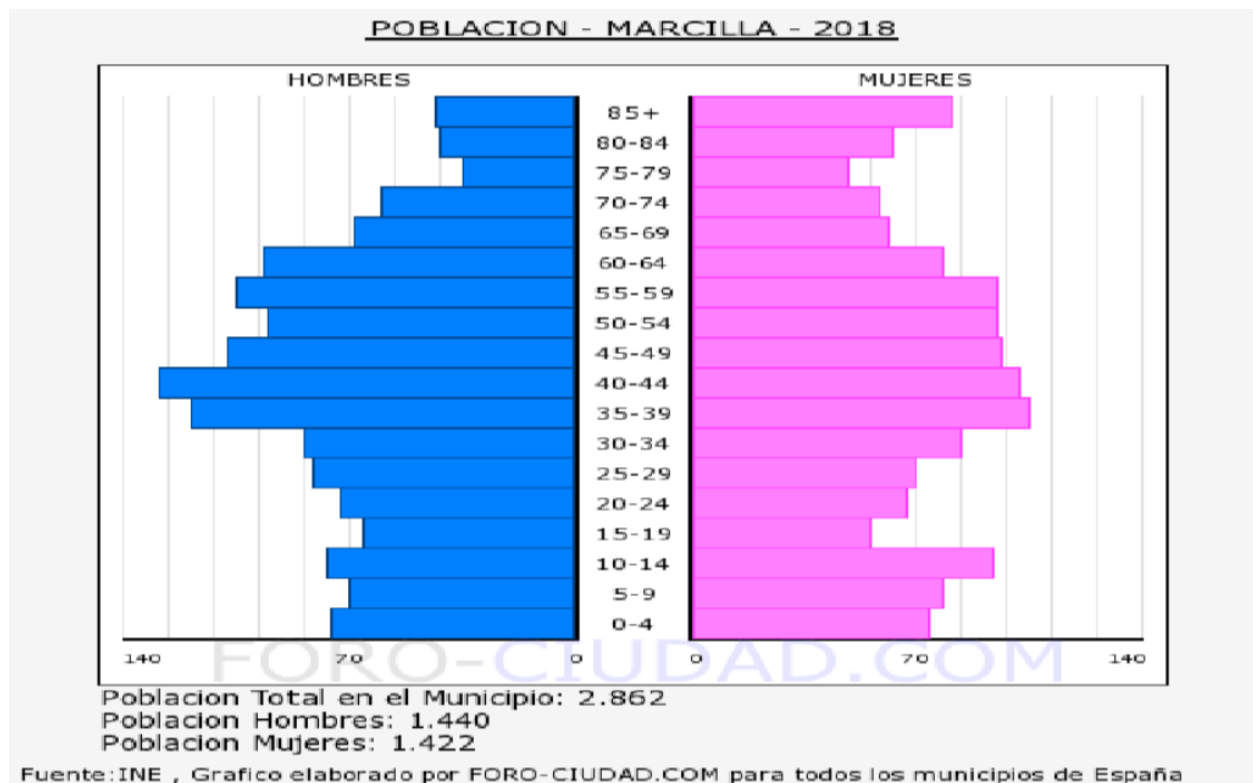
3.4.1.3- Búsqueda de fuentes de información

Elementos para el Análisis de la Comunidad.



Marcilla es una villa de la Comunidad Foral de Navarra, situado en la Merindad de Olite, en la comarca de la Ribera Arga-Aragón y a 60 kms de la capital de la comunidad. Esta localidad está situada en la parte Sur de la Comunidad Foral de Navarra, en la cabecera del Valle del Ebro y el curso bajo del río Aragón a una altitud de 290 msnm. Su término municipal tiene una superficie de 21,9 km² y limita al norte con el municipio de Falces, al este con los de Olite y Caparroso, al sur con el de Villafranca y al oeste con los de Funes y Peralta.

Según los datos publicados por el INE a 1 de Enero de 2018 el número de habitantes en Marcilla era de 2.862, 34 habitantes más que el en el año 2017. (ANEXO 6.)



Observamos como la pirámide se va engrosando entre las edades 45/ 60 poco a poco por la mitad, lo que nos informa de la tendencia al envejecimiento de la población. Así como la existencia de una mayor proporción de mujeres longevas que hombres, a partir de los 80 años. En un ámbito general, observamos que la estructura de la población por edad y sexo adopta la imagen de una pirámide ciertamente regular, salvo en la base que hay una disminución de población claramente observable. También es relevante el hecho de que prácticamente en todos los grupos de edad hay una regularidad notable.

Según los datos publicados por el SEPE en el mes de Marzo 2019, el número de parados en la población citada subió en 8 personas. El número total de parados fue de 181, de los cuales 60 son hombres y 121 mujeres. Las personas mayores de 45 años con 85 parados era el grupo de edad más afectado por el paro, seguido de los que se encontraban entre 25 y 44 años

con 80 parados, el grupo menos numeroso fueron los menores de 25 años con 16 parados. (ANEXO 6).

Referente a la **industria** y como resultado del pequeño término municipal que posee Marcilla, sus habitantes han tenido que buscar el trabajo en otro tipo de actividades fuera del sector agrícola. Como resultado, en el siglo XX, diversas empresas se instalaron en la localidad dando un fuerte desarrollo a la villa. A lo largo de este siglo han pasado por Marcilla muchas empresas, casi todas ligadas a la elaboración de productos agrícolas (azucarera, conserveras, congeladora, harinera, piensos, etc). Hoy en día las industrias instaladas son de distinto signo: talleres, empresas de servicios, bebidas, empresas de la construcción, etc. (ANEXO 6). Con la construcción del polígono industrial, el Ayuntamiento se propone impulsar la economía del municipio y a la vez intenta que la localidad no se convierta en un pueblo dormitorio, pues en la actualidad, hay gran cantidad de personas que deben desplazarse a otras localidades cercanas e incluso lejanas para trabajar.

En el sector **servicios** se puede decir que Marcilla cuenta con diversos comercios y servicios que resuelven todas las necesidades de sus habitantes y empresas, aunque escasea el sector de comercio textil. Hablamos de:

- Servicio Social de base.
- Centro de Salud
- Instituto “Marqués de Villena” con oferta educativa para ESO y Bachiller.
- Colegio Público “San Bartolomé”.
- Escuela de Música.
- Academias de idiomas.
- Residencia de ancianos
- Instalaciones deportivas: piscinas municipales, frontón, campos de fútbol, pabellón deportivo, pistas de baloncesto, tenis, etc.
- Servicio taxi.
- Oficina de Correos
- Estación Renfe.
- Entrada-peaje Autopista de Navarra
- Red de autobuses diarios.
- Tanatorios, etc.

En cuanto a la **agricultura** decir que es muy poca la gente que se dedica a ello, de los cuales hay grandes agricultores con extensos terrenos cultivables, pero la mayoría se dedica a la cosecha particular por medio de pequeños huertos.

La **ganadería** tiene presencia con ganado lanar, caprino y porcino. Se cuenta con una fuerte presencia de ganado bovino de engorde y lidia. La ganadería caballar es muy escasa. Cabe destacar que según el Decreto Foral 148/2003, de 23 de junio, establece las condiciones técnicas ambientales de las instalaciones ganaderas en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra por lo que muchas de las granjas que hay en la localidad tienden a desaparecer.

La población dedicada a la agricultura o ganadería, a fecha 12 de abril de 2007, según consta en el Registro de explotación del Departamento de Agricultura, Ganadería y Alimentación asciende a 139 personas, de los cuales 24 declaran que esa es su actividad principal.

Para terminar, mencionamos la nueva **era digital** que ha impulsado la aparición de nuevos sectores económicos así como de nuevos perfiles profesionales. Este tipo de empresas y actividades ya están asentadas en la localidad; este tejido compone desde actividades de innovación y desarrollo directo por parte de empresas ya establecidas, hasta actividades de tecnología punta, como la seguridad informática, desarrollo e innovación en robótica, uso técnico de drones, etc.

Personas implicadas en el proceso.

El proyecto “*Alzheimer: Ayer y Hoy en una realidad*” va dirigido a dos grupos de beneficiarios: los directos o receptores de la intervención y los indirectos o personas intervinientes. Los primeros, serán los propios usuarios de la Ludoteca Mano Amiga, familiares y/o cuidadores. El perfil destinatario con el que trabajaremos es de persona con demencia y diagnosticada o no en Alzheimer y que esté en la primera fase de la enfermedad y actualmente, en edad entre 55/90 años. En cuanto al perfil del cuidador y/o familiar principal es de mediana edad, con diferentes niveles culturales y cuyas edades oscilan entre 25/75 años. Los segundos serán todos los que participen en el proyecto de intervención:

- Personal del ayto: alcalde y concejal de Asuntos Sociales.
- Educadora social (que a su vez hace voluntariado en AFAN: Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer en Pamplona).
- Grupo de Voluntariado: médico geriatra, dos monitores de ocio y tiempo libre, la propia AFAN como asesoramiento y consulta y 4 mujeres de diferentes asociaciones locales.

La Institución

Tanto el diagnóstico como la propuesta de intervención se llevarán a cabo en la ludoteca Mano Amiga de Marcilla. Una entidad sin ánimo de lucro, destinada a ser un espacio lúdico donde estimular a los iniciados en Alzheimer, en el desarrollo de sus capacidades cognitivas, psicológicas y sociales a través de la práctica de una serie de juegos y terapias adaptadas a las

características del grupo, con el fin de potenciar todas las capacidades preservadas y fomentar la lentitud del deterioro cognitivo junto a sus familiares/ cuidadores.

3.4.2 Fase de diagnóstico

Esta fase se caracteriza porque nos llevará a racionalizar las necesidades observadas para realizar un diseño de plan de acción, mediante la identificación de la situación actual, la situación deseable y los sentimientos de la población implicada mediante los cuales llegaremos a una mejor definición del problema.

Estas son las necesidades detectadas en la población objeto de estudio:

Las familias /cuidadores temen la evolución del familiar en la enfermedad de Alzheimer.

La situación actual de las familias/cuidadores conocidos-as se encuentra en un estado de impacto, sobrecargados de responsabilidades y con algún indicio de estrés. Sienten que el tiempo que dedican a su enfermo les obliga a enfrentarse a su proyecto vital (vacaciones, fiestas, reuniones de amigos, etc.) con sensación de estar metidos en un cuadro rígido sin posibilidad de escape. Tienen cierto temor a la evolución de la enfermedad, a conflictos familiares, a los posibles gastos, a la inseguridad de cuidarlos bien, etc.

La situación deseada sería dotarles de información y asesoramiento para tranquilizar y normalizar el cuidado de su familiar. Sería aconsejable considerar el apoyo de redes sociales (Asociaciones de familiares de Alzheimer), el consejo profesional y la correcta planificación de actividades y diferentes terapias como soluciones al problema.

Los sentimientos de la familia están claramente identificados en la mayoría de los casos: inquietudes, miedos y rechazo, entre otros. No así, las familias y cuidadores están motivados e ilusionados con el planteamiento de trabajo de esta ludoteca.

Definición del problema. La aparición de una enfermedad de Alzheimer afectando a un ser querido crea una situación crítica y totalmente inédita que va a necesitar una reorganización. Esta reorganización también tendrá su dinámica según la evolución de la enfermedad. En la mayoría de los casos se necesita ayuda externa como desahogo del cuidador, incluso llegando a vincularse éste pero en menor medida.

El enfermo presenta dificultades en la capacidad comunicativa.

La situación actual nos presenta un colectivo que, estando en la fase inicial de la enfermedad, ya muestra ciertos problemas para expresarse adecuadamente. Es ahora, cuando

destaca una incapacidad o dificultad para encontrar la palabra adecuada¹². Esto contribuye a la dificultad progresiva en la interacción y el trato con el enfermo de Alzheimer.

La situación deseada por medio de diferentes actividades, el enfermo podrá participar en el intercambio de un diálogo, tener conversaciones con sentido e involucrarse en actividades sociales fomentando así su autonomía. Cabe decir que, trabajar la comunicación será el mejor instrumento para la psicoestimulación de los procesos cognitivos.

Los sentimientos del propio enfermo ante la dificultad en la comunicación no le hace perder otras facultades, lee nuestro lenguaje corporal y nuestras expresiones faciales. Las emociones que expresa son las que siente. Muestra enfado, desconcierto, frustración, apatía, pérdida de iniciativa, falta de interés por las cosas pero también se ilusiona y, en este caso, quiere comenzar esta nueva experiencia en el local diseñado y creado especialmente para él.

Definición del problema. La alteración de la comunicación es una de las manifestaciones más tempranas de la enfermedad de Alzheimer, después de los problemas relacionados con la memoria. La comunicación es difícil para las personas con Alzheimer porque tienen problemas para recordar cosas. Pueden tener dificultades para encontrar las palabras u olvidar lo que quieren decir. Por tanto las familias y/o cuidadores necesitarán paciencia y buena capacidad de escucha.

Acusada inactividad del enfermo en las actividades diarias

La situación actual de la persona con Alzheimer experimenta una leve pérdida de autonomía, y necesita la ayuda de otros para llevar a cabo las actividades diarias. Por ello su autoestima se ve mermada. Las relaciones entre el enfermo y la familia/cuidador no son fáciles y aparecen situaciones complejas mostrando un paciente callado, pasivo y falto de actividad.

La situación deseada. Mientras dure la progresiva pérdida de facultades vitales debemos fomentar su autonomía y potenciar al máximo sus capacidades cognitivas que aún estén preservadas, por medio de un calendario de actuaciones acordes a la situación presentada y que faciliten la fluidez en la secuencia de actividades. Facilitaremos el trabajo con las familias para aliviar esas relaciones dañadas y que deben ser cuidadas con respeto, tolerancia, empatía y una actitud positiva que minimice el estrés y aumente la confianza y el afecto.

Los sentimientos del enfermo, en esta etapa inicial en la que se encuentra, son confusos. Reconoce su enfermedad, en algún caso, pudiendo valerse por sí mismo, a la par que se siente

¹² A esta disfunción se le conoce como Anomia (trastorno en el lenguaje que impide llamar a las cosas por su nombre). www.rae.es

inútil y observado. Se muestra estresado por los cambios en su memoria y conducta sintiendo preocupación e incluso con índices de baja autoestima.

Definición del problema.

La presencia de la enfermedad de Alzheimer en el individuo, durante la primera fase, y el consiguiente deterioro cognitivo produce dificultades significativas en las funciones ocupacionales y sociales, ya que la persona encuentra problemas en la realización de actividades de la vida diaria y en la ejecución de actividades básicas. Asimismo, su participación en la sociedad y en las actividades de ocio se va a ver afectada conduciéndole al aislamiento y la inactividad. Para potenciar al máximo su autonomía, así como su autoestima y su sentimiento de utilidad y seguridad en sí mismo, es importante favorecer que haga y participe en todo lo que aún pueda hacer. Podemos aportarle la ayuda necesaria pero, mientras sea posible, hay que procurar que sea el quien lo realice.

3.4.3 Fase toma de decisiones

Esta es la última fase del Modelo elegido en la que tendremos que priorizar los problemas detectados, para así dirigirnos a buscar soluciones para formular metas y diseñar un programa de intervención.

Es el momento de priorizar las necesidades detectadas en función de mayor a menor prioridad, contando con los medios necesarios para llevar la intervención, el coste estimado y la viabilidad:

Prioridad 1.	El enfermo presenta dificultades en la capacidad comunicativa
--------------	---

▪ CONSECUENCIAS DE LA NO INTERVENCIÓN

Si no se interviene en esta necesidad, el individuo permanecerá en un estado pasivo, falto de relaciones, desmotivado y apático en la participación con los demás. Debemos facilitarle la comunicación buscando temas tecnológicos que le faciliten la comunicación con familia, cuidadores y amistades, temas de actualidad para mantener el contacto con la realidad, temas de interés que lo motiven. Dar tiempo a que intervenga y transmita lo que intenta decir.

▪ SOLUCIÓN PROPUESTA

En primer lugar, en la ludoteca se proporcionará un ambiente relajado donde los pacientes se sientan cómodos. Se procurará establecer conversaciones de gusto unánime (historia del pueblo, antepasados, actualidad, etc.) donde se puedan recrear y compartir sentimientos e historias de vida. En las actividades que se propongan será fundamental la colaboración de familiares/cuidadores para que el enfermo gane confianza, autoestima y autonomía.

- MEDIOS, COSTE Y VIABILIDAD

Según la muestra estudiada, una gran parte quiere cambiar su rutina, hacer cosas diferentes, estar más entretenido. Muestran deseo de relaciones y compartir experiencias. Tras estos deseos, entendemos que se podría dar continuidad a este programa, mientras dure la situación deseada. Contamos con la implicación de familiares y todo el equipo de voluntarios que de forma ordenada y organizada atenderá cada situación que acontezca. El coste será mínimo o nulo, puesto que el ayuntamiento nos proporcionará el material necesario. Por otro lado, recibiremos material de forma gratuita de diferentes comercios locales que nos permitirá ejecutar actividades y manualidades en pro de la estimulación cognitiva de los usuarios pacientes.

Prioridad 2.	Acusada inactividad del enfermo en las actividades diarias
--------------	--

- CONSECUENCIAS DE LA NO INTERVENCIÓN

En el caso de no intervenir con este colectivo, la inactividad reinante seguiría su curso también en el local. El grupo se destacaría por no ser sociables y por tanto, no generarían convivencia ni implicación. No tendría la estimulación necesaria para ganar en autonomía y no serían capaces de resolver pequeños conflictos que pudieran darse en situaciones cotidianas.

- SOLUCIÓN PROPUESTA

En este local apostamos por las terapias no farmacológicas (intervenciones en las que no se aplica ningún agente químico) porque persiguen mejorar el grado de independencia del paciente. Por medio de diferentes actividades, se pretende fomentar su funcionalidad trabajando habilidades sociales y de interacción en la comunidad contribuyendo así a una mejor calidad de vida, de manera que permanezca activos, autónomos e independientes durante el mayor tiempo posible.

- MEDIOS COSTE Y VIABILIDAD

Necesitaremos la colaboración de todo el equipo de interesados por el buen funcionamiento de la ludoteca y el bienestar de los pacientes/usuarios mejorando los hábitos diarios y motivarlos hacia una vida activa. Esta acción podría tener continuidad en el tiempo, por tanto la consideramos viable. En cuanto al coste, entendemos que no necesariamente conllevará gasto alguno.

Prioridad 3.	Las familias /cuidadores temen la evolución del familiar en la enfermedad de Alzheimer.
--------------	---

- CONSECUENCIAS DE LA NO INTERVENCIÓN

Si desde la organización de la ludoteca “Mano Amiga” (voluntariado y colaboradores) no atendiéramos la llamada de la familia y cuidadores no se podría tejer, entre todos, un entramado de actividad enfocada a ralentizar el deterioro cognitivo y tratar de mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad.

▪ SOLUCIÓN PROPUESTA

Las familias que se ocupan de estos enfermos están sometidas a una doble presión. Por un lado, los nuevos cuidados hacia el paciente y por otro lado, el estrés psicológico que produce esta novedosa situación. Para aliviar la realidad presentada, les invitamos a participar en las actividades de la ludoteca ayudando y formando parte del equipo de trabajo. De esa manera, contribuimos a que el paciente se sienta en confianza, en un lugar seguro con la presencia del familiar o cuidador, principalmente, mientras dure la etapa de adaptación al grupo de usuarios. Y así, el familiar o cuidador podrá desconectar de la carga psíquica que le produce esta novedosa situación de máxima responsabilidad y cuidado del enfermo.

▪ MEDIOS, COSTE Y VIABILIDAD

Se necesita la colaboración e implicación de las familias para que acudan al local y conozcan la realidad y las necesidades del colectivo. Por concebirse, en algún caso, esta ludoteca como un lugar de desahogo para las familias, si la escasa o nula presencia y participación de éstas y una posible dificultad de contactar con ellas, optaríamos por no plantear actividades acordes a la implicación familiar/usuario. Por todo ello consideraríamos que no viable intervenir con la totalidad de las familias.

Esta intervención no tiene coste alguno, pues se usarían los medios y recursos ya disponibles en el local.

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES ELEGIDAS

Una vez presentadas las necesidades detectadas por orden de importancia o relevancia, resumimos los motivos por los que hemos llegado a esta clasificación, para comenzar la intervención y solucionar las diferentes situaciones que se presenten.

- Comunicarse y comunicar es esencial en todo ser humano. La alteración de la comunicación es una de las manifestaciones más tempranas en el Alzheimer, después de los problemas relacionados con la memoria. Las personas que padecen deterioro cognitivo ven como su capacidad de comunicación disminuye o se reduce al mínimo, llegando a producirse una incomunicación que a su vez desarrolla aislamiento, principalmente en la primera etapa de la enfermedad.

Ante esta problemática tan latente y por ser de vital importancia, nos vemos en la necesidad de trabajar las diferentes habilidades comunicativas con los pacientes en

pro de mejorar las posibilidades de comunicación con ellos y éstos a su vez con familiares y cuidadores, que serán los que lleven a futuro todo el proceso de la enfermedad.

- La enfermedad de Alzheimer conlleva a un deterioro cognitivo que afecta al desempeño de las actividades de la vida diaria ya que se alteran funciones mentales como la memoria, el lenguaje o el razonamiento. Una de las consecuencias del Alzheimer es que se produce un deterioro funcional por el que la persona afectada va perdiendo progresivamente la capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas de manera autónoma.

Por iniciarse esta problemática en el grupo de usuarios, consideramos que nuestra intervención puede ayudar, por medio de terapias no farmacológicas y diferentes actividades, a trabajar los deterioros cognitivos presentes, a potenciar la autonomía de la persona enferma y a aumentar su autoestima y así disminuir la sobrecarga del cuidador.

- Cuando esta enfermedad aparece en el seno de una familia, ésta se desmorona por los futuros cambios que se producirán en el entramado familiar. Esta situación genera desconcierto y estrés para familias y cuidadores, pues se anuncia un cambio de estilo de vida. Con el tiempo se produce un desgaste físico y emocional que repercute en el estado de salud de éstos. Ante este escenario tan complejo y abrumador, algunos se enfrentan con escasa formación e información.

Por ello, por ser una necesidad clara y ante el interés que mostramos por el bien de las familias y cuidadores, nos planteamos la participación de éstos en el proyecto presentado. Indudablemente, formarán parte del equipo de trabajo de manera voluntaria con un fin común: mejorar la calidad de vida de los pacientes por medio de unas actuaciones, lo más atractivas posibles, que les haga conocedores de la realidad existente y no temer a la evolución de dicha enfermedad.

4. PLANIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1 Introducción.

Planificar es, en su sentido más básico, decidir anticipadamente que vamos a hacer. Si hablamos del ámbito de la intervención social, la planificación implica saber dónde estamos y de dónde partimos, con qué recursos contamos y qué procedimientos vamos a utilizar para llegar a la consecución de unas metas mediante la realización de unas actividades que desarrollen los objetivos programados a corto, medio y largo plazo.

Entre las definiciones de autores dedicados al estudio de la acción social podríamos destacar las siguientes:

- Según Kauffman (1983): *.. "la planificación se ocupa solamente de determinar qué debe hacerse, a fin de qué posteriormente puedan tomarse decisiones prácticas para su implantación. La planificación es un proceso para determinar adónde ir y establecer los requisitos para llegar a ese punto de la manera más eficaz y eficiente posible".*
- Según Ander-Egg(1989): *"la planificación consiste en introducir organización y racionalidad en la acción".* Este mismo autor indica que *la acción en utilizar un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización de unas acciones y actividades previstas de antemano con las que se pretende alcanzar determinados objetivos, habida cuenta de la limitación de los recursos.*
- Según Gloria Pérez Serrano¹³ *"... " planificar es trazar los planos para la ejecución de una obra, hacer un plan o proyecto de una acción" y por tanto, pretende:*
 - 1.- *Anticipar los resultados a obtener y el papel que en ellos representan los elementos personales y materiales.*
 - 2.- *Elaborar las orientaciones y normas de actuación.*
 - 3.- *definir el papel que corresponde a los diferentes sectores personales implicados.*
 - 4.- *Prever las situaciones posibles y preparar estrategias correctivas.*
 - 5.- *Establecer un sistema de control que informe de manera continua sobre la marcha del proceso y la obtención de resultados.*

En suma, planificar implica organizar y coordinar, decidir por anticipado lo que se pretende hacer y establecer unas actuaciones para alcanzar determinados objetivos.

4.2 Objetivos

OBJETIVO GENERAL
* Retrasar la progresión del deterioro cognitivo para mejorar la calidad de vida del enfermo, retrasando así su institucionalización.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

¹³ Pérez Serrano, G. (2006) *Diseño de proyectos sociales. Aplicaciones prácticas para su planificación, gestión y evaluación.* Madrid. Narcea

- * Estimular y entrenar las habilidades comunicativas básicas para mejorar la autoestima y un mayor grado de autonomía.
- * Enlentecer la progresión de la enfermedad a través de distintas terapias no farmacológicas y de actividades acordes a su estado.
- * Prestar asesoramiento e información del paciente y enfermedad, por parte del equipo de trabajo, al cuidador principal y a la familia.
- * Fomentar la participación del enfermo en la consecución de actividades en la vida diaria.
- * Prevenir el aislamiento y la soledad favoreciendo sentimientos de utilidad.
- * Facilitar las relaciones con las familias/cuidadores e implicar a éstos en el funcionamiento de la ludoteca.
- * Familiarizar a los enfermos con las nuevas tecnologías, por medio de aplicaciones diseñadas para enfermos de Alzheimer y familias.
- * Fomentar el juego como una rehabilitación integral en pro de mejorar sus capacidades y habilidades.
- * Favorecer la participación y cohesión del grupo de usuarios de la ludoteca local.

4.3 Metodología. Actividades y Recursos.

Para entender el significado de Metodología de Intervención seguimos de nuevo a Gloria Pérez Serrano (2016) que nos dice: *"...es el concepto que hace referencia a una actividad mental, a un saber teórico que fundamenta la práctica...lo que permite analizar las cuestiones parciales como parte de un todo, con el fin de incidir en la realidad para transformarla buscando su mejora"*.

La metodología que se utilizará en todo el desarrollo de la intervención socioeducativa será ante todo participativa y dinámica en la búsqueda de que los participantes del proyecto convivan en un buen clima y estén conformes con el desarrollo de las actividades que se presenten. La metodología dentro de este proyecto está orientada al grupo y a los familiares/cuidadores de éstos, a sus intereses y a mejorar su calidad de vida. Proporciona las herramientas y las técnicas mediante las cuales intentaremos transformar la realidad con el fin de mejorarla. Es conveniente evaluarla en función de los objetivos y de los beneficiarios del proyecto. Para el proceso metodológico es conveniente tener en cuenta:

- Definir el grupo con el que vamos a trabajar e identificar la muestra con la que se va a realizar el proyecto.
- La participación activa de los enfermos, familiares y/o cuidadores en las diferentes actividades y terapias diseñadas, teniendo en cuenta las limitaciones individuales.
- Las actividades a desarrollar en el proyecto. Se especifican las acciones a realizar así como la planificación de actividades variadas para alcanzar los objetivos del proyecto.

A partir de aquí, formulamos la siguiente secuencia:

- * Se informará a familias/cuidadores de la intención del proyecto, por medio de charlas interactivas donde la presencia de los enfermos será según el parecer de sus allegados. A su vez, se les invitará a rellenar un formulario con el que conoceremos el grado de satisfacción sobre el quehacer que se lleva a cabo en el local de trabajo y que más adelante nos servirá para saber si las actuaciones realizadas han sido de su agrado y si ven a sus familiares pacientes adaptados, contentos y motivados. (ANEXO 6).
- * Se van a realizar actividades de diferente tipo para estimular los aspectos físico, psíquico y social y que estén encaminadas a conseguir la participación y colaboración del conjunto de pacientes que acuden a la ludoteca.
- * Los responsables de las distintas actividades rellenarán un cuestionario con preguntas abiertas por cada actividad realizada. Estamos hablando de un seguimiento realizado a los pacientes/usuarios de la ludoteca local en el que se recogerán todas las acciones que se lleven a cabo y con las que podremos constatar si tal actividad es apropiada o no a las características que presenta cada paciente. (ANEXO 7).
- * Se realizarán reuniones periódicas de todos los responsables del grupo, con objeto de valorar la evolución de las actividades. Estas reuniones se llevarán a cabo usando la técnica de mesa redonda en las que se expondrán las conclusiones obtenidas en las fichas de seguimiento de actividades y cuestionarios. Buscaremos coordinar el trabajo, orientar o corregir los errores que se detecten. Trataremos de armonizar las actividades y esfuerzos del conjunto. Se intercambiará información, se detectarán problemas y se propondrán soluciones.

Una vez conocida la metodología, hablaremos de las **Actividades/Terapias No Farmacológicas** que vamos a desarrollar partiendo de una concepción integral de las necesidades observadas en el grupo diana en pro de una mejor calidad de vida del enfermo de Alzheimer. Con este tipo de actividades pretendemos alcanzar los objetivos y metas propuestas en este proyecto.

Estas terapias, conocidas también como Intervenciones Psicosociales, buscan aliviar los síntomas de esta enfermedad y mejorar así la calidad de vida de los afectados y familias. Diferentes publicaciones consultadas nos dicen que, en combinación con terapias farmacológicas pueden ralentizar el deterioro cognitivo de las personas con demencia. Actualmente existen numerosas Terapias No Farmacológicas pero hemos seleccionado las siguientes:

- Estimulación cognitiva: Orientación, Lenguaje/lectoescritura, Praxias, Gnosias, Memoria y Cálculo. Comunicación
- Comunicación.
- Musicoterapia.
- Juegos de mesa.
- Psicomotricidad.

Dichas actividades están diseñadas para realizarlas de forma individual y grupal, así como de forma oral y escrita. Los diferentes trabajos que se realicen, dentro de cada bloque presentado, se irán alternando para evitar repeticiones y con ello contribuir a un mayor estímulo del paciente donde se intercambien experiencias, destrezas y conocimientos que aún conserven. Los recursos materiales correrán por parte del Consistorio (Concejalía de Asuntos Sociales) y de diferentes comercios locales.

Continuando con la selección indicada, vamos desarrollando cada una de los apartados presentados:

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Conocemos el término estimulación cognitiva como *“la intervención cuya finalidad es el mantenimiento de las capacidades cognitivas, basada en un estudio detallado de las capacidades mentales para poder establecer la estrategia más apropiada a cada caso...”*

*El entrenamiento cognitivo es el conjunto de terapias y actividades que se dirigen a estimular y mantener el funcionamiento cognitivo, o aumentar al máximo el rendimiento cognitivo, siempre actuando sobre aquellas capacidades y habilidades que se encuentran en un nivel todavía normal.”*¹⁴

- **ORIENTACIÓN.** (ANEXO 7)

¹⁴ [https://www.bitbrain.com/es/blog/que-es-estimulacion-cognitiva.\(2018\)](https://www.bitbrain.com/es/blog/que-es-estimulacion-cognitiva.(2018))

Objetivo:

Reorientar al paciente a su actual realidad, orientándole en el tiempo, el espacio y la percepción de su propia identidad.

Temas: (Esta actividad será de carácter oral e individual).

- Fecha: día, mes, estación, año...
- Biografía del paciente: nombre, apellidos, edad, lugar donde vive, dirección, teléfono...
- Acontecimientos sociales actuales: reportajes de TV, recortes de prensa.
- Identificación de lugares y familiares: diapositivas, fotografías.

Recursos: *Materiales:* calendario, reloj, periódico, fotografías de la familia e imágenes de lugares conocidos. *Humanos:* dos personas responsables de la actividad.

Desarrollo: Invitaremos al paciente a que se siente para realizar la actividad. Explicaremos su modo de hacer. Prestaremos atención a su comprensión siendo un refuerzo cuando lo necesite. Tendrá que responder a las preguntas formuladas, aunque somos conscientes que responderá de manera oral antes que escrito.

▪ **LENGUAJE/LECTOESCRITURA.** (ANEXO 8)

Objetivos:

- Trabajar las capacidades lingüísticas
- Mantener el uso del lenguaje y jugar con las palabras.
- Promover la interacción personal.
- Incrementar la autoestima.

Temas: (Esta actividad se hará de manera individual)

- Diferentes fichas de trabajo donde se reconozca palabras de uso común. Se compaginará con lecturas breves y las consiguientes preguntas sobre lo leído.

Recursos: *Materiales:* lapiceros, goma de borrar, folios, pizarra, tizas,...*Humanos:* dos responsables de la actividad.

Desarrollo: Estas actividades están diseñadas para la práctica de escritura y lectura. Para ello proponemos diferentes ejemplos a realizar. Así pues, el paciente deberá leer las palabras que exponemos y colocarlas dentro de su categoría. Proponemos actividades de obligada lectura para poder responderlas de manera escrita. Para ello podremos utilizar bien la pizarra, bien el folio de presentación. No descartamos la lectura de prensa en días alternos.

• **PRAXIAS** (ANEXO 9)

Objetivos:

- Favorecer las habilidades viso-constructivas.

- Optimizar la motricidad fina
- Favorecer la producción de actos motores voluntarios.
- Mantener la mecánica de la escritura.

Temas: (Estas actividades pueden realizarse individual como grupalmente)

- Tareas de dibujo.
- Tareas de construcción de modelos.

Recursos: *Materiales:* fichas de trabajo, lapiceros, goma de borrar, bloques de colores, ábacos, puzzles y diferentes objetos que a diario utilizamos (reloj, móvil, cafetera, jabón,etc).

Humanos: dos responsables de la actividad.

Desarrollo: Realizaremos diferentes trabajos sobre praxias. La elaboración de las actividades puestas a modo de ejemplo también las podemos realizar con el grupo. Las fichas serán de fácil comprensión. Tendrán que unir, por medio de una línea, los puntos marcados para obtener una imagen y reconocerla. Otra actividad basará en dibujar el elemento que se le pide. Utilizaremos objetos cotidianos para que el paciente los nombre, diga para qué sirven y demuestre su uso. Para el desarrollo de la motricidad fina, realizaremos puzzles de poca dificultad y por medio de bloques de colores haremos diferentes construcciones.

- **GNOSIAS** (ANEXO 10)

Objetivos:

- Recordar información de objetos, personas, y lugares, que se han aprendido anteriormente.
- Proporcionar a la persona orientación, control y manejo de su contexto.
- Ejercitar la percepción y reconocimiento tanto de formas como de características físicas de personas y objetos, de forma visual, táctil y auditiva.

Temas: (Se pueden realizar de forma individual como grupal)

- Diferentes actividades según las gnosias visuales, auditivas y táctiles,

Recursos: *Materiales:* fichas de ejercicios, lapiceros, pinturas de colores, goma de borrar, Imágenes de famosos, corcho de exposición, equipo de sonido, fotografías, etc... *Humanos:* 2/3 personas voluntarias dependiendo de la dificultad de dicha actividad.

Desarrollo: Se tratarán diferentes campos de las gnosias. Los modelos de fichas que presentamos se refieren a que los pacientes deben marcar las horas que se indican como a diferenciar distintas localizaciones en el espacio. También contaremos con imágenes o fotografías de familiares, conocidos y personajes famosos a los que deberán reconocer. Reconoceremos e imitaremos diferentes sonidos (campana, claxon, animales, trompeta, etc..)

- **MEMORIA.** (ANEXO 11)

Objetivos:

- Ejercitar y mejorar la memoria reciente como favorecer el mantenimiento de recuerdos.
- Potenciar las funciones cognitivas y, de este modo, mejorar la funcionalidad del paciente en la vida diaria.
- Potenciar la autoestima y la comunicación interpersonal.

Temas: (Actividades a desarrollar de manera individual).

- Trabajos de Reminiscencia.
- Memoria semántica.
- Memoria episódica.

Recursos: *Materiales:* fichas, lapiceros, goma de borrar, fotografías... *Humanos:* 1 persona por cada 2/3 pacientes.

Desarrollo: Principalmente trabajaremos la reminiscencia y para ello y por medio de diferentes materiales recordaremos el pasado del paciente. Las actividades adjuntas en el anexo 12 son un ejemplo de las actividades que se realizarán trabajando las diferentes memorias. En esta actividad, realizaremos una exposición de imágenes del pasado, tanto de la localidad y sus gentes como de los propios usuarios. Con esto también pretendemos fomentar la comunicación intergrupala, la participación y la colaboración de todos los presentes de la ludoteca.

- **CÁLCULO.** (ANEXO 12)

Objetivos:

- Estimular el conocimiento y la manipulación numérica.
- Facilitar el razonamiento numérico.

Temas: (Actividad individual y grupal).

- Reconocimiento numérico.
- Agilidad mental.
- Manejo de dinero.

Recursos: *Materiales:* cartulinas, tijeras, lápices de colores, goma de borrar, pizarra, tizas. *Humanos:* Persona responsable de la actividad.

Desarrollo: Previamente recortaremos números marcados en la cartulina (del 0-9 repetidamente) y que serán los que formen las cantidades que se pida hacer a los asistentes (ejemplo: 245, 1000, 44, 98...). Simularemos diferentes monedas de curso y jugaremos a comprar objetos presentes. Se trabajarán fichas de cálculo.

COMUNICACIÓN

La enfermedad de Alzheimer y los otros tipos de demencia son enfermedades progresivas que gradualmente disminuyen la capacidad de poder comunicarse.

Eventualmente, la gente con demencia tiene dificultad para expresar sus pensamientos y emociones. En la etapa leve (temprana) de la enfermedad de Alzheimer, la persona afectada todavía puede participar en el intercambio de un diálogo, tener conversaciones con sentido e involucrarse en actividades sociales. Sin embargo, la persona puede repetir las historias, tener dificultad encontrar la palabra correcta.

Objetivos:

- Evitar el aislamiento mediante aplicaciones de mensajería instantánea.
- Mantener o mejorar la autonomía en dicha actividad.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes, desde la facilidad y la sencillez de uso.

Temas:

- Llamar y contestar a familia y amigos.
- Familiarizarse con el manejo de las tecnologías
- Aprenderemos el uso de whatshapp en los casos que fuera posible.

Recursos: *Materiales:* móviles personales, 3tablet y tres ordenadores. *Humanos:* comenzaremos con dos responsables, si hiciera falta se sumarían otros dos.

Desarrollo: “**Conéctate**” es el nombre que hemos seleccionado para esta actividad. Comenzaremos explicándoles la utilidad de los diferentes dispositivos. Les enseñaremos a llamar a las personas más cercanas, bien por divertimento bien por necesidad ante una emergencia. El tiempo destinado a esta actividad nos servirá para comunicarnos, participando y relacionándonos desde ordenadores, Tablet o móviles con ejemplos de funcionamiento.

Dentro de este bloque dedicado a la comunicación desarrollaremos también la actividad **Tertulia/café**. El tema de conversación será elegido por el responsable del grupo. Apartado éste dónde se desarrollarán dos artes que requieren contacto social: el diálogo y la discusión. Así pues, por medio de esta actividad fomentaremos las relaciones interpersonales y de convivencia.

MUSICOTERAPIA

La musicoterapia es definida por la Federación Mundial de Musicoterapia (1996) como, *"el uso de la música y /o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, la movilización, expresión y organización"*¹⁵. Con esta definición dada, se puede deducir que la musicoterapia realmente puede ser un tipo de terapia a utilizar con los pacientes que tienen demencia, ya que a priori les puede aportar bastantes beneficios.

Objetivos:

¹⁵ Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia. <http://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>

- Mejorar el estado de ánimo, la calidad de vida y el bienestar.
- Potenciar las emociones, recuerdos y vivencias del paciente.
- Trabajar la coordinación motora.
- Favorecer la comunicación y la interacción social.
- Reforzar la memoria y lenguaje.

Temas: (La actividad se realizará en grupo).

- Cancionero popular.
- Música adecuada a sus tiempos.
- Recursos: *Materiales:* ordenador, altavoces, pandereta, xilófono, castañuelas y cualquier instrumento que se quiera añadir. Letras de canciones y cds de música. *Humanos:* 1 responsable.

Desarrollo: El comienzo de la actividad la realizaremos tocando palmas con la canción seleccionada y conocida por todos. Continuaremos seleccionando canciones según el gusto de cada paciente. La actividad también la desarrollaremos con la ejecución de cualquier instrumento que llevemos. Los más animados podrán cantar y bailar.

JUEGOS DE MESA

Para evitar que ciertas patologías o demencias, incrementen sus efectos de forma veloz o, simplemente, para poner más y más obstáculos al avance del deterioro cognitivo propio de la enfermedad de Alzheimer, es importante realizar actividades que los estimule cognitivamente. Estos juegos de memoria, son en realidad, pequeños retos que tendrán que superar estos usuarios de la ludoteca. Retos que ayudarán a motivarlos y a mejorar su estado mental mientras pasan momentos de alegría y diversión junto a sus familiares/ cuidadores.

Objetivos:

- Fortalecer la memoria, la percepción, la rapidez y la concentración.
- Disminuir los sentimientos de soledad facilitando la adaptación al grupo.
- Mejorar el estado de ánimo, la motivación y las habilidades comunicativas.
- Ejercitar las habilidades cognitivas.
- Incrementar la autoestima.

Temas: (Actividad grupal).

- La Oca. - Rompecabezas. -Bingo
- Chinchón. - Dominó
- Ajedrez. - Memorió

Recursos: *Materiales:* baraja de cartas, lapiceros, tableros de juego, reloj de arena, fichas de juego, tapetes de mesa, hojas para notas... *Humanos:* 2 /3 responsables.

Desarrollo: Debido a la enfermedad que presenta el grupo, los diferentes juegos se desarrollarán bajo la vigilancia de los responsables. Éstos, a su vez, les ayudarán en el planteamiento e inicio de cada juego, estarán vigilantes en caso de que no sepan llevarlo a término o sientan dificultades para entenderlo.

PSICOMOTRICIDAD

La Psicomotricidad es la capacidad que permite el desarrollo físico, psíquico y social de las persona a través del movimiento. Es necesario trabajar de una manera integral relacionando las diferentes capacidades (motrices, físicas, afectiva, cognitivas), presentes en los enfermos con deterioro cognitivo. Se ha demostrado que la actividad es un factor protector en la enfermedad de Alzheimer. Existe pruebas de la influencia positiva que ejerce la actividad física en las funciones cognitivas y en el comportamiento de los enfermos. Hay que tener en cuenta que el ejercicio físico en sí mismo produce beneficios emocionales y cognitivos, independientemente de la capacidad del individuo.

Objetivos:

- Fomentar la socialización y el trabajo en grupo.
- Aumentar la independencia funcional y mejorar la calidad de vida de los enfermos.
- Favorecer el mantenimiento de las capacidades psicomotrices de los usuarios (equilibrio, lateralidad, esquema corporal, etc.)
- Conservar durante el mayor tiempo posible la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Temas: (Actividad grupal)

- Trabajo de miembros inferiores: tobillo y rodilla.
- Trabajo de cuello.
- Trabajo de miembros superiores: manos, muñecas, codos y hombros.

Recursos: *Materiales:* cintas de colores, aros, balones de goma eva, sillas, música relax, ropa cómoda...*Humanos:* 1 responsable.

Desarrollo: Al principio, se colocará a los participantes en círculo, y el responsable de la actividad se pondrá en el centro, colocándose en diferentes posiciones que los participantes tendrán que imitar. La dificultad de la actividad se irá incrementando a medida que la misma avance. Se trabajarán tobillos haciendo círculos con el pie y subirlo/bajarlo. Las rodillas se flexionarán y estirarán. Con el cuello haremos movimientos de flexión, rotación e inclinación. Las manos las moveremos abriendo, cerrando. Los hombros los subiremos (gesto de no sé). Subiremos los brazos moviendo las manos. Haremos los ejercicios sin forzar. Realizaremos circuitos de aros para pisar dentro de ellos. Con las cintas haremos un

recorrido y tendremos que andar sin salirnos por ellas. La pelota de goma eva la pasaremos diciendo a quién va dirigida. Por tanto, deberemos estar atentos en el juego.

4.4 Temporalización

En principio, el tiempo de ejecución de la programación de actividades que a continuación mostramos, será de seis meses. Si se diera buena respuesta del colectivo y familiares a este proyecto, hablaríamos de continuidad en un tiempo similar. En principio, este proyecto comenzará su andadura el próximo 1 de Marzo finalizando el 15 de Octubre (en Agosto, por ser éste un mes de fiestas populares en la villa, se suspenderá la ejecución de este proyecto, por quince días, retomándolo el 1 de Septiembre).

El horario de ludoteca durante toda la semana será de tardes. En cambio, el fin de semana, ampliaremos la jornada en horarios de mañana y tarde. Dichas actividades están planificadas para la totalidad del grupo diana. Se realizarán de acuerdo al programa establecido y con el número de pacientes presentes cada día.

LUDOTECA "MANO AMIGA"		
DIAS	APERTURA	CIERRE
Lunes-Viernes	16:00 hrs.	19:00 hrs
Sábado	11:00 hrs.	13:00 hrs.
	16:00 hrs.	19:00 hrs
Domingo	11:00 hrs.	13:00 hrs.
	16:00 hrs.	18:00 hrs.

Horas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Horas
16:00/17:00								11:00/12:00
17:00/18:00								12:00/13:00
18:00/19:00								
								16:00/17:00
								17:00/18:00
								18:00/19:00

Orientación	Memoria
Lenguaje/Lectoescritura	Cálculo
Praxias	Comunicación
Gnosias	Musicoterapia
Juegos de mesa	Psicomotricidad

4.5 Valoración de la planificación en la intervención.

Llegados a este punto, reflexionamos sobre la planificación de la intervención que hemos llevado a cabo y todo lo acontecido.

La enfermedad de Alzheimer es una realidad muy presente en nuestra sociedad, más de lo que inicialmente creíamos. Este proyecto de intervención nace desde una necesidad personal de atender y ofrecer ayuda a un colectivo local de enfermos de Alzheimer, en su primera fase de la enfermedad y que se hayan en situación de no institucionalizados. Es una planificación muy meditada, tratada con mucha sensibilidad, detallada y basada en realidades cercanas, donde hemos conocido historias de vida, experiencias, sentimientos y emociones, todo ello derivado del acercamiento y confianza hacia el colectivo señalado. Es por esto, que hemos dado un punto de vista personal y allegado sobre la realidad de esta enfermedad y de todo lo que conlleva y así intentaremos que este trabajo no se quede en una mera anécdota.

Comenzamos con una gran búsqueda de información sobre la enfermedad, aunque ya partíamos de experiencias personales. Visionamos videos, leímos artículos de prensa, visitamos diferentes páginas en internet, revisamos las diferentes normativas y leyes de dependencia, estudiamos diferentes libros de texto, etc. Todo ha sido necesario para formarnos, para madurar lo aprendido y llevar a la práctica todo nuestro saber; cómo afrontar esta enfermedad y cómo ayudar a estos pacientes y a sus familias y cuidadores.

La investigación llevada a cabo, podemos decir, que ha seguido dos direcciones: en primer lugar, conocer cómo nace el Alzheimer y en segundo lugar, las consecuencias de esta enfermedad en el ámbito social y familiar del paciente.

Hemos formado un equipo de trabajo voluntario, sólido y con un mismo objetivo, a la par de conceder el papel de protagonistas al propio paciente y a la figura de su familiar cuidador. Este grupo voluntario ha elaborado una planificación de este proyecto, desde la observación, sin dramas, siendo necesario el abordaje de esta enfermedad desde la desdramatización y la búsqueda de soluciones. Con el acercamiento a este colectivo y la forma de proceder hemos consolidado valores como: el respeto, la prudencia, la paciencia, la constancia, la empatía, el compromiso y la amabilidad, sin olvidarnos de saber escuchar e interpretar los silencios.

Como hemos mencionado anteriormente, en el grupo diana y por medio de la observación y diferentes pruebas o test, hemos detectado ciertas necesidades que intentaremos solventar, siempre guiados por conseguir los objetivos planteados.

Hemos trabajado en una serie de actividades pensando en el colectivo y sus familias. Éstas han sido elaboradas bajo las diferentes características que ha presentado cada paciente y están basadas en la motivación y en la participación, dando prioridad al fomento de la

autonomía y la independencia de los usuarios pacientes y al posible retraso del deterioro cognitivo. Contamos con la inestimable ayuda de la Concejalía de Asuntos Sociales del Ayuntamiento local que ha sido quien nos ha proporcionado todos los recursos necesarios, colaborando así con la labor de voluntariado y con su buen hacer en pro de fomentar una atención integral a estos usuarios tan especiales.

Los beneficios que nos aporta el trabajo en esta ludoteca, siempre vendrán desde una mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes. Nos fortalece ser capaces de ayudarles a mejorar su autonomía en las diferentes actividades presentadas, como mejorar las relaciones con su entorno más inmediato, dotándoles de seguridad y confianza.

5. DESARROLLO/ APLICACIÓN DEL PROYECTO.

5.1 Introducción.

Llegados a la ejecución nos asaltan preguntas como: ¿qué estamos haciendo? ¿cómo, cuándo y con cuánto?

En los comienzos de planificación de este proyecto y durante el análisis previo de la realidad del colectivo que nos ocupa, se mantuvieron varias reuniones con el Consistorio de Marcilla. Se acordó de forma oral, por expreso deseo de la Concejalía de Asuntos Sociales y del propio alcalde, que para el proceso de ejecución del presente proyecto, sería conveniente a la par que necesario y por puro trámite, la presencia de una persona cualificada y /o con titulación académica en Educación, que con carácter voluntario (como el resto de personal del grupo de trabajo), se ocupara de la administración, organización y control de la intervención siendo éstas piezas claves para la puesta en marcha. Evidentemente, la persona que gestione, supervise y lleve a la práctica esta tarea será la firmante como autora de este proyecto de intervención.

Entendemos que la tarea de *administrar* es el proceso que trata de guiar y dirigir al grupo de trabajo por conseguir unos objetivos comunes planteados, controlando, por ello, cómo se consiguen. Se *organizarán* las tareas para la consecución de estos objetivos estableciendo las funciones individuales y las del grupo de trabajo. Por ende, se distribuirán las tareas/actividades; se establecerá un sistema de información; se elaborarán diferentes formas de control; se trabajará la programación del proyecto, así como los presupuestos (si los hubiera) y los mecanismos de evaluación y control. Será necesario *controlar* las acciones para ver que errores se cometen, como si hubiera alteraciones provocadas por algún cambio previsible, así como los imprevistos.

La ejecución implicará diferentes tareas como: entrevistas (con carácter individual tanto a enfermos como a cuidadores, concejal de Asuntos Sociales, alcalde y grupo de voluntarios),

actividades generales (reuniones de equipo multidisciplinar, con familiares/cuidadores...) y coordinación de actividades. En cuanto a la programación de actividades, en principio están pensadas según las características que presenta el grupo diana. Con el transcurso del tiempo, probablemente, habrá que ir ajustándolas en función de la respuesta de los usuarios. Por tanto, la duración, el orden, la temática... pueden sufrir variaciones según lo planificado anteriormente. Las causas pueden ser múltiples: escasa o nula participación de los pacientes, falta de recursos, una planificación insuficiente, objetivos inalcanzables, etc.

Ante la actual crisis sanitaria provocada por COVID-19 y la situación que implica el estado de alarma, el aislamiento de la población (sobre todo en este colectivo tan vulnerable de enfermos de Alzheimer) y la obligatoriedad de seguir las pautas marcadas por el Gobierno Central, hacen que la puesta en marcha o ejecución del presente proyecto de intervención, quede así pospuesto para un futuro próximo.

5.2 Fases de ejecución.

5.2.1 Fase de Sensibilización.

En esta fase se pretende concienciar a todas las personas implicadas en la ejecución o realización (alcalde, Concejalía de Asuntos Sociales, familias/cuidadores, personal voluntario y los propios usuarios) sobre la necesidad de llevar a cabo este proyecto e informar de lo que se pretende hacer.

Esta fase se desarrolló a principios del pasado mes de Febrero, quedando de la siguiente forma:

a) Reunión con el alcalde municipal y los miembros de la Concejalía de Asuntos Sociales locales.

En esta reunión, la educadora social plantea al consistorio su idea de proyecto. Se presenta un esbozo con toda la programación, haciendo una defensa de la necesidad de llevar adelante este proyecto presentando los diferentes objetivos que se persiguen, las posibles actividades a realizar y la necesidad de implicación de las autoridades. Se atienden las diferentes preguntas relacionadas con el proyecto, así como los diferentes puntos de vista previos a la puesta en marcha de éste.

b) Reunión con todo el grupo de voluntariado.

Antes de dar paso a detallar los puntos a tratar en las diferentes conversaciones con el grupo de voluntariado (recordemos que, en este caso, está formado por: educadora social,

alcalde y Concejalía de Asuntos Sociales municipal, médico geriatra, monitores de ocio y tiempo libre (2) y mujeres de diferentes asociaciones locales (4), repasamos que el voluntariado que pretendemos formar será un tipo de participación con carácter solidario y gratuito que intervendrá en esta realidad del mundo Alzheimer, de manera presencial, con diferentes afectados vecinos de la villa de Marcilla. Estos voluntarios participantes tendrán diferentes funciones como:

- Participar en futuras mesas informativas del proyecto presentado.
- Acompañar a personas con Alzheimer en programas de respiro familiar.
- Acompañar a éstos en los diferentes talleres de estimulación cognitiva y otros.
- Participar en las actividades, conjuntamente con los afectados.
- Trabajar por una mejora en la calidad de vida tanto del enfermo como de los familiares/cuidadores.
- La participación debe ser real y efectiva, lo que supone una implicación tanto en la detección y denuncia de los problemas, como en su solución.

Obviamente, el personal voluntario deberá seguir lo establecido en este Proyecto de Intervención. Para ello, entendemos que son necesarias aptitudes y actitudes como: el trato considerado al paciente en esta primera etapa de la enfermedad de Alzheimer; poseer habilidades de relación y trabajo en equipo; disponer del tiempo requerido en dicho proyecto; poseer equilibrio emocional y madurez psicológica, así como confidencialidad y discreción.

Con las reuniones llevadas a cabo con el equipo de voluntarios hemos pretendido:

- Definir los objetivos y las metas que queremos alcanzar.
- Motivarles en el desarrollo de sus responsabilidades, invitándoles a tomar iniciativas en cuanto a una realización efectiva.
- Dar a conocer las diferentes actividades que pretendemos hacer, así como su temporalización y la consiguiente distribución de tareas.
- Formar un equipo de trabajo coordinado.

c) Reunión con familiares/cuidadores y afectados

Las reacciones más habituales de los familiares de una persona que acaba de ser diagnosticada de demencia son la incredulidad y la angustia a las que debe añadirse una extendida falta de información.

Este proyecto pretende contribuir con las familias de los afectados en la orientación y ayuda acerca de las pautas de comportamiento ante la nueva situación presente en sus hogares. Ante esta realidad, nos planteamos promover actividades destinadas a mejorar estas

situaciones de los familiares/cuidadores y una mejor atención de estos enfermos con deterioro cognitivo. Como acercamiento mutuo y conocimiento de este proyecto consideramos oportuno establecer conversaciones con los dos grupos unidos. Se les informará del contenido de este trabajo, lo que pretendemos hacer, los objetivos que queremos conseguir y la importancia de su colaboración en una participación activa.

5.2.2 Fase de ejecución/ control de actividades/ cohesión grupal/ capacitación del personal voluntario y minorías activas.

Una vez que hemos presentado este proyecto a las partes implicadas e interesadas en llevarlo a cabo, el comienzo de las actividades, tal y como lo reflejamos en el punto de temporalización (**pág. 41**), se realizara entre 1 marzo/15 Octubre de 2020. Este proyecto contiene una programación a desarrollar en un plazo de 6 meses, aunque no se descarta ampliarlo en el tiempo. Las actividades presentadas se realizarán de lunes a domingo en las horas planteadas. Para la ejecución de éstas se necesitará personal responsable de dicha acción y control del grupo de usuarios.

En esta etapa se realizarán reuniones quincenales con todo el grupo de voluntarios. En cuanto a las actuaciones de éstos podemos mencionar, entre otras: se rellenará un cuestionario de cada usuario, en cada una de las actividades realizadas, anotando como ha sido dicho desarrollo (modelo ANEXO 8); se anotarán las diferentes observaciones sobre la conducta de cada usuario, con el fin de elaborar un seguimiento de su progreso de manera ordenada y precisa. Será el momento de analizar lo anotado en cada ficha, sugerir cambios, detectar problemas, etc. En otras palabras, se supervisará cada actividad llevada a cabo con el fin de coordinar el trabajo, armonizar las actividades, intercambiar información y proponer soluciones. Se analizarán los errores cometidos e interpretaremos las causas que los han provocado. Ya conocidas estas causas se procederá a adoptar medidas para la modificación y reajuste en la actividad que proceda.

Estas reuniones además de mecanismo de control servirán para una mejor y mayor cohesión grupal con la intención de trabajar juntos en la misma dirección. Así pues, apostamos por una labor de equipo donde la mejoría que queremos para los usuarios enfermos sea notoria y asumida por todos.

No podemos olvidar la comunicación y acercamiento con las familias de los afectados. Estaremos abiertos a cualquier forma de diálogo en pro de escuchar alguna propuesta de cambio en la programación de actividades. Para ello, estaremos dispuestos a atenderles personalmente o en grupo en las horas acordadas. Porque para hacer un buen seguimiento del proyecto citado, es necesario estar atentos a los pasos que demos, así como a las dificultades

que nos encontremos y así mejorar la labor desempeñada. Por tanto, es necesaria una buena comunicación entre las personas que lo llevemos a cabo y los destinatarios (en este caso serán las familias/ cuidadores ante la imposibilidad de los usuarios) y que ésta nos ayude a crear un clima de cordialidad y confianza en favor de un enriquecimiento mutuo.

6. EVALUACIÓN

Dada la situación en la que nos encontramos por la actual pandemia y que anteriormente hemos citado, el desarrollo o ejecución del presente proyecto no ha sido posible; por tanto, el proceso de evaluación tampoco podemos realizarlo. Así pues, hablaremos del plan que hubiera supuesto evaluar todo el proyecto y de los resultados obtenidos como deseados.

Con la evaluación de este proyecto, se pretende conocer si su implementación tiene como resultado un aspecto positivo para estos enfermos de Alzheimer en la primera etapa de la enfermedad y que son usuarios de la ludoteca “Mano Amiga” ya que, ayudarles en su deterioro cognitivo de forma saludable contribuye a dotarles de una mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

La evaluación no se realiza únicamente al final de una intervención, sino que se entiende como un proceso que se realiza desde la identificación del problema o necesidad hasta el análisis de resultados. De esta manera evaluación y programación quedan entrelazadas de un modo continuo en un proceso de retroalimentación permanente. A través de la evaluación se realizan dos tareas principalmente: la mejora de la práctica profesional, en cuanto a metodología, control de tiempos, recursos, situaciones imprevistas, y la otra tarea tiene que ver con la consecución de los objetivos propuestos. Dicho de otra manera, la evaluación se ha de plantear desde el comienzo del proyecto ya que la garantía de éxito radica en la eficacia y concreción con que se analizan las situaciones consideradas como “problema”. No debe considerarse como un fin en sí misma, sino como un medio para mejorar sistemáticamente el proceso sociocultural y para hacer un uso más adecuado de los recursos disponibles, materiales y personas y para cambiar, si fuera necesario, el curso de la acción. Es durante el desarrollo del proyecto, cuando se debe ir evaluando todo el proceso para alcanzar los objetivos propuestos. La evaluación no debe ser algo puntual, sino un proceso para obtener información necesaria, ordenada, relevante y fiable, con el fin de emitir un juicio de valor de calidad del proyecto. A través de ella, nos percatamos de los progresos como de los desajustes

en el proceso del desarrollo del mismo. Este camino nos indica en qué grado, forma y modo se van logrando los objetivos.

Cabe citar la definición dada por Gloria Pérez Serrano¹⁶: *“La evaluación se realiza en todas y cada una de las etapas del proyecto...Intenta responder a la pregunta ¿qué hemos logrado? Es el proceso de reflexión que permite explicar y valorar los resultados de las acciones realizadas...Se puede hablar de evaluación cuando nuestra acción de valoración se centra en la comparación entre la situación que hemos alcanzado o estamos alcanzando y la situación inicial que dio origen a la acción.”*

Es entonces, el momento de hablar de la evaluación de nuestro proyecto y de lo que hubiéramos realizado en otras circunstancias.

Sobre *¿Quién evaluará?* y como hemos dicho, en el proceso de evaluación deben estar implicados todos los que han participado en la elaboración del proyecto y a los que va dirigido éste. Los protagonistas serán todos los participantes.

Se establecerán dos formas de evaluación y que según la forma de proceder corresponderá a unas personas u otras:

- Autoevaluación: (respondiendo a la evaluación que se hace de uno mismo). Esta evaluación se la realizará el propio elaborador o autor del proyecto por conocer el plan, los objetivos propuestos y todo lo que pueda repercutir o formar parte del proyecto.
- Evaluación interna: La realizarán las personas implicadas en el proyecto: personal voluntario, familias/cuidadores proyecto, ya que son los que pueden hacer las modificaciones necesarias.

Referente a *¿qué se evaluará?*, podemos decir que realizaremos una evaluación global que englobe todos los aspectos de evaluación. Diferenciaremos dos áreas de evaluación:

- **Área de coherencia interna.** Donde realizaremos una evaluación de :
 1. Diagnóstico de la realidad.
 2. Programación.
 3. Procedimientos utilizados.
- **Área de coherencia externa.** Donde evaluaremos:
 1. La opinión de las familias/ cuidadores.
 2. La opinión de los propios usuarios si fuera posible.

Ante *¿cómo evaluaremos?* podemos decir que el tipo de evaluación que se llevará a cabo será, en todo caso, participativa y basada en criterios cualitativos (por ser el proceso mediante el cual las situaciones cotidianas sirven para describir la realidad. Porque requiere un

¹⁶ Pérez, Serrano, G. *Diseño de Proyectos Sociales. Aplicaciones prácticas para su planificación, gestión y evaluación.* Narcea. Madrid

entendimiento del comportamiento humano y las razones, impulsos y motivos que lo engloban y porque busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento, etc.).

No descartamos realizar un tipo de evaluación basada en criterios cuantitativos, ya que tendremos la opción de enfatizar los aspectos objetivos y observables esperando obtener una evaluación cuantificable en cuánto a los datos registrados en cada uno de los cuestionarios, entrevistas, etc... reflejados en los anexos adjuntos a este proyecto (**punto10**).

La evaluación será responsabilidad de todo el equipo de trabajo que participe en el proyecto, exceptuando la evaluación del diagnóstico, análisis de la realidad y la planificación que lo evaluará el autor del proyecto; para evaluar la ejecución de éste, se tendrá en cuenta la opinión de todos los implicados, así como cuestionarios, fichas de seguimiento, etc.

Contestando a *¿Con qué evaluaremos?* nos referimos a los procedimientos o técnicas e instrumentos de recogida de información, siendo ésta necesaria para dar respuesta a los objetivos señalados en el proyecto. La técnica principal será la observación directa y participante de los enfermos de Alzheimer y familiares, en relación a sus actitudes en la participación y consecución de las actividades programadas en el proyecto: entrevistas, cuestionarios, diferentes talleres de estimulación cognitiva, hojas de seguimiento, reuniones, etc.

Todo esto nos facilitará la información necesaria para llevar a cabo el análisis de resultados obtenidos basados en información cualitativa (conductas, modificación de actitudes, calidad, etc.). Una vez recogida toda la información por medio de los instrumentos indicados, habrá que ordenarla y analizarla en función de los objetivos perseguidos en el proyecto. Seguidamente, se informará a todos los implicados que pueden verse afectados por los resultados, con el fin de dar la opinión que merece. Una vez expuesta toda la información y tras la recogida de observaciones, críticas, comentarios, aclaraciones...pasaremos a redactar las conclusiones de evaluación final y a presentar las recomendaciones si las hubiera.

¿Cuándo evaluar? Como apunta Gloria Pérez serrano (2011)¹⁷, “*la evaluación está presente en todo el diseño de intervención, desde la identificación de las necesidades, hasta los objetivos marcados para la intervención, el proceso de realización o ejecución y la etapa final de resultados*”.

Dentro del desarrollo de la evaluación destacamos tres momentos importantes:

- **Evaluación Inicial o de Diagnóstico**

¹⁷ Pérez, Serrano. G. (2011). *Elaboración de proyectos Sociales. Casos Prácticos*. Madrid. Narcea, S.A

Descripción del término: Se realiza con el fin de determinar cuál es el punto de partida, sirviendo de base para planificar correctamente la acción educativa. Se evaluará el contenido del proyecto llevado a cabo, su procedimiento técnico así como si se han respondido una serie de necesidades. La evaluación inicial o diagnóstica es aquella que se realiza al comienzo o previo inicio del proceso evaluativo. Es la fase en la que se debe realizar el diagnóstico de la situación, de ahí la relación entre la fase inicial y la evaluación de tipo diagnóstica, aunque el tipo de evaluación diagnóstica se puede utilizar en otras fases.

En el diagnóstico se marcó claramente como objetivo la identificación de necesidades que presentaba el colectivo local de enfermos de Alzheimer en la primera fase de esta enfermedad, objeto de investigación. Dicha acción la realizamos en tres momentos diferentes:

1) Descripción de la realidad de la ludoteca “Mano Amiga” donde queremos llevar a cabo este proyecto realizando un estudio de la realidad existente y que está destinada al ocio y como espacio de terapia de aquellos enfermos de Alzheimer locales que se encuentran en la primera fase de dicha enfermedad o presentan indicios de una probable demencia todavía sin diagnosticar.

Se han utilizado técnicas de observación, reuniones con el Ayto. Local y Concejalía de Asuntos Sociales presentando los diferentes recursos físicos, humanos y el servicio que se prestará a los usuarios enfermos y familias.

2) Descripción de la realidad del entorno en el que se sitúa la ludoteca concretamente en la localidad navarra de Marcilla, haciendo alusión al análisis demográfico, situación socio-educativo-económica, etc.

3) Descripción de la realidad de los usuarios del local que son los verdaderos protagonistas y porque sin su presencia no hubiera sido posible este proyecto.

Se presenta un colectivo desmotivado, despistado, con matices depresivos, callado, inactivo, etc. y con escasa interacción con los demás con el que queremos potenciar sus capacidades, favorecer la participación, mejorar su calidad de vida y retrasar el deterioro cognitivo que presentan.

En el análisis de la realidad se han detectado unas necesidades latentes tanto a nivel individual, grupal y familiar. El análisis finaliza con una reflexión sobre su significado, priorizando las necesidades detectadas y marcando alternativas de solución, así como el estudio de los diferentes recursos que disponemos.

- **Evaluación Procesual o Formativa**

Descripción del término: Constituye una base permanente de la planificación diaria del trabajo de los profesionales realizada de forma continua y sistemática. Consiste en ir

analizando el proceso de intervención para conocer sus posibles deficiencias y en qué se debe insistir para alcanzar los objetivos establecidos. En este tipo de evaluación es donde se realiza la evaluación del proyecto que llevamos a cabo.

Sus objetivos son los siguientes:

- **Comprobar** si se está produciendo el desarrollo previsto.
- **Identificar** deficiencias y posibles problemas que pueden surgir durante el transcurso de la acción, con el fin de introducir las oportunas modificaciones.
- **Identificar** los obstáculos de los pacientes con respecto a su manera de proceder y analizar cómo pueden ser resueltos.
- **Determinar** si se está poniendo énfasis en la consecución de los objetivos y/o en lograr la satisfacción de los enfermos.

El proyecto ha sido elaborado procurando dar respuesta a las necesidades reflejadas en el colectivo diana y solucionar la situación inicial en la que se encuentran.

La ejecución de este proyecto no es posible pero no por ello, podemos hablar de lo que hubiéramos deseado realizar.

La programación presentada se estableció para incidir preferentemente en:

- La participación e implicación del colectivo enfermo en pro de retrasar su deterioro cognitivo y mejorar su calidad de vida.
- La implicación de los familiares en la consecución de los diferentes logros en las actividades presentadas para sus enfermos.
- Acercamiento e información de las familias al desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.
- Fomentar el trabajo individual y grupal de los pacientes para mejorar la comunicación

Los diferentes objetivos que hemos marcado en el presente proyecto están destinados a ofrecer a todos los implicados en éste, la posibilidad de transformar sus vidas. Probablemente la participación hubiera sido la acertada, puesto que seleccionamos unas actividades lo suficientemente atractivas como para lograr resultados óptimos. Probablemente nos hubieran surgido problemas en la coordinación del equipo de trabajo por la sobrecarga de horas de atención a enfermos y familias. Con los recursos materiales, no hubiéramos tenido problemas ya que el Consistorio hubiera estado muy pendiente de ello, así nos lo confirmó en las reuniones previas al inicio de este proyecto.

En cualquier caso, en esta evaluación de proceso, hubiéramos estado muy atentos al desarrollo del proyecto para corregir los fallos que se produjeran o cualquier desajuste in situ y en qué debiéramos insistir para conseguir los objetivos planteados.

- **Evaluación final**

Llegados a la evaluación final es de obligada necesidad trabajar en la:

- * Medición del grado de eficacia y eficiencia del proyecto elaborado: eficacia de las actividades desarrolladas para lograr los objetivos planteados; y eficiencia del servicio final y los recursos necesarios para su desarrollo.
- * Valoración de la conveniencia de repetir el proyecto en otra ocasión.
- * Determinación de los éxitos y fracasos.

A la hora de llevar a cabo este proceso de evaluación, será importante definir quiénes serán los actores de la evaluación: la educadora social como profesional relacionada con la especialidad del proyecto, el alcalde de la localidad presentada así como los concejales de Asuntos Sociales del ayuntamiento local, así como el grupo de voluntarios y los propios usuarios enfermos de la ludoteca “Mano Amiga”. Por tanto podemos decir que será una evaluación mixta por ser una evaluación en la que participan varios agentes.

En términos resumidos la evaluación final busca establecer en base a las consultas realizadas y la documentación revisada, la relevancia, efectividad, eficiencia, impactos y sostenibilidad del proyecto a la luz de los procesos, actividades y resultados obtenidos.

7. CONCLUSIONES Y PROPUESTA DE MEJORAS.

El deterioro cognitivo, sobre todo la enfermedad de Alzheimer, es un enfermedad que está aumentando drásticamente en el colectivo de personas mayores a nivel global, aunque a día de hoy, se está dando en personas más jóvenes. Nos encontramos ante una enfermedad degenerativa y normalmente irreversible, donde la sintomatología va aumentando paulatinamente, por lo tanto, toda aquella intervención que se lleve a cabo tiene que tener como objetivo primordial mantener la menor sintomatología asociada a la enfermedad durante el mayor tiempo posible.

Toda persona comprometida e involucrada en el cuidado y atención de enfermos Alzheimer no institucionalizados y que se encuentran en la primera fase de esta enfermedad, trabajamos por un objetivo común: favorecer que el paciente tenga la máxima calidad de vida y una autonomía funcional y personal posible. Por esta razón abordamos aspectos tan importantes como el mantenimiento de sus actividades diarias, sus capacidades cognitivas y conductuales, la relación con sus familiares y entorno, etc.

El grado de dificultad de las actividades se diseña en función de la evolución del paciente, su entorno familiar, cultural y social. La combinación entre las terapias farmacológicas y las no farmacológicas es la mejor herramienta para paliar la sintomatología

de la enfermedad, siendo la estimulación cognitiva y las terapias de orientación a la realidad las más eficaces.

La participación activa por parte de los familiares/cuidadores es imprescindible durante el desarrollo de dichas actividades; sin su colaboración, el equipo de trabajo verá disminuidas las posibilidades de favorecer un entorno adaptado, seguro y de confianza para el paciente. Debemos ser conscientes de que aunque se trate de una enfermedad degenerativa, progresiva e incurable, debemos trabajar para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del paciente con el objetivo de conseguir la máxima independencia posible hasta que la propia enfermedad lo permita, respetando en todo momento su dignidad.

Ante la imposibilidad tanto de ejecutar como evaluar el presente proyecto, debido a la situación de alarma que nos encontramos, nos vemos obligados a presentar las propuestas de mejora ajustándonos a una situación imaginada, así como deseada.

Los resultados obtenidos de la evaluación que hubiéramos realizado, nos permitirían comprobar que de modo global se ha logrado la satisfacción general del proyecto. Probablemente, los resultados después de la intervención hubieran sido favorables alcanzando los objetivos propuestos y dando así lugar a un resultado beneficioso. Dichos resultados hubieran sido positivos, ya que por medio de las actividades lograríamos resaltar una estimulación cognitiva mejorada y por tanto la ralentización del deterioro cognitivo que mostraba el grupo diana.

A modo de resumen podríamos citar los resultados deseados:

- * Fomento de la autonomía en las actividades diarias produciéndose una notable mejoría en las funciones mentales.
- * Alta participación y colaboración de los familiares/cuidadores en la programación de actividades.
- * Mejora de las habilidades comunicativas de los enfermos en la interacción con el grupo y sus familias disminuyendo así el aislamiento inicial.
- * Aceptación y buena práctica con las nuevas tecnologías adecuadas para ellos.
- * Alto índice de participación y buenas relaciones grupales y de amistad entre ellos por medio de conductas y hábitos saludables como la comunicación, las relaciones personales y la ayuda mutua.
- * El juego ha sido un factor de mejora en sus capacidades y habilidades.

Si hubiera sido posible la aplicación del proyecto y su evaluación (en los distintos momentos) hubiéramos podido constatar las mejoras necesarias para una mayor eficacia del proyecto y poder contar con la información de éste para futuros proyectos. Imaginando la situación, las mejoras hubieran sido de la siguiente manera:

- Sobre la mejora de objetivos, aunque consideramos han sido los adecuados, pueden ajustarse más a determinadas necesidades que se deseen desarrollar de manera individualizada o grupal, ya que dada la heterogeneidad de los pacientes de la ludoteca, también presentan un deterioro cognitivo a distintos niveles de forma individual, ya que los usuarios enfermos presentan una serie de habilidades menos afectadas que otras.
- En cuanto a las actividades, consideramos han cumplido su función en cuanto a eficacia y coherencia resultando adecuadas para los objetivos previstos. Éstas no deben perdurar en el tiempo sino que se debe evitar la monotonía y establecer diferentes actividades lo suficientemente atractivas y prácticas para estimular a los usuarios.
- Sobre los recursos personales, entendemos que si se queremos trabajar con grupos de más de cuatro usuarios o con dificultades mayores, resultaría ventajoso el apoyo de algún profesional más en determinadas actividades. En cuanto a las técnicas, es recomendable dominarlas en su desarrollo y así obtener una mayor eficacia.

8. CIERRE DEL PROYECTO.

Porque entendemos que todo proyecto requiere de un proceso de cierre y porque esta etapa es tan importante como cualquier otra, hubieran sido varias las acciones a realizar en esta etapa:

- 1.) Presentación del proyecto terminado y aceptación del mismo.
- 2.) Valoración del alcance de los objetivos.
- 3.) Análisis de las desviaciones acaecidas en el transcurso del proyecto.
- 4.) Análisis de la gestión del proyecto, procesos de gestión aplicados y lecciones aprendidas.
- 5.) Solicitar al Ayuntamiento local una valoración económica de los recursos materiales utilizados en las diversas actividades, puesto que el consistorio se hizo cargo de dichos gastos.
- 6.) Ruptura del equipo de trabajo dejando constancia del buen trabajo realizado.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Castillo Arredondo, S. y Cabrerizo Diago, J. (2011). *Evaluación de la Intervención socioeducativa Agentes, Ámbitos y Proyectos*. Madrid: Pearson-UNED.
 - Granados García-Tenorio, P. y Mudarra. Sánchez, M.J. (2010). *Diagnóstico en Educación*
 - Pérez Campanero, M.P. (2000). *Como detectar las necesidades de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea, S.A.
 - Pérez Campanero, M.P. (2000). *Como detectar las necesidades de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea.
 - Pérez Serrano, G. (2011). *Elaboración de Proyectos Sociales. Casos Prácticos*. Madrid: Narcea, S.A.
 - Pérez Serrano, G. (2011). *Intervención y desarrollo integral en personas mayores*. Madrid: Universitas, S.A.
 - Pérez Serrano, G. (2016). *Diseño de proyectos Sociales. Aplicaciones prácticas para su planificación, gestión y evaluación*. Madrid: Narcea, S.A.
- Social*. Madrid: Sanz y Torres/Uned.

WEBGRAFÍA

- Abellán García, A. Aceituno Nieto, P. Pérez Díaz, J. Ramiro Fariñas, D. Ayala García, A. y Pujol Rodríguez, R. (2019). “*Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos*”. Madrid, Informes Envejecimiento en red. Consultado el 31 de Marzo 2020 en :
- Alonso Sánchez, J. J: *Catálogo «Alzheimer’s apps* (2013). Recuperado el 16 marzo 2020 en http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/catalogoa_pps1.pdf
- Ceafa (2018) Consultado el 17 Marzo 2020 en: <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/la-oms-advierte-que-para-el-2050-se-triplicara-la-cifra-de-personas-que-padecen-demencia>
- Estimulación Cognitiva(2018) <https://www.bitbrain.com/es/blog/que-es-estimulacion-cognitiva>
- Gerokomos: *Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer* (2019). Recuperado el 31 de Marzo en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200054
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

- <https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html> Consultado 17 Marzo 2020
- <https://www.epdata.es/datos/poblacion-inmigrantes-emigrantes-otros-datos-habitantes-cada-municipio/3/marcilla/4364>. Consultado 16 Marzo 2020.
- *Know Alzheimer: Nuevas tecnologías TIC y enfermedad de Alzheimer* (2018). Recuperado el 15 de Marzo 2020 en: <https://knowalzheimer.com/nuevas-tecnologias-tic-y-enfermedad-de-alzheimer/>
- *O.M.S: La demencia: una pérdida para la salud pública.* (2017). Recuperado el 15 marzo 2020 en: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/es/
- Quintero Seguir L. F: *Los efectos perversos de la Ley de la Dependencia y dos posibles soluciones* (2016). Consultado 24 marzo de 2020 en <https://www.libremercado.com/2016-11-19/efectos-perversos-de-la-ley-de-la-dependencia-y-dos-posibles-soluciones-1276586743/>

ALZHEIMER Recuperados entre el 20 DE Marzo/ 5 de Abril 2020 en:

<https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00047-00199.pdf>

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

<https://fpmaragall.org/noticias/el-sindrome-del-cuidador-la-consecuencia-oculta-del-alzheimer/>

https://sede.imserso.gob.es/crealzheimer_01/recursos/index.htm

<https://infotiti.com/2017/03/existen-varios-tipos-alzheimer/>

<https://blog.fpmaragall.org/las-fases-de-la-enfermedad-de-alzheimer>

https://www.cuerpomente.com/salud-mental/alzheimer-cuidar-tambien-cuidador_1209

<https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/alzheimer-quien-cuida-del-cuidador>

<http://www.alzfae.org/fundacion/448/como-localizar-a-su-familiar-con-alzheimer-por-gps>.

<https://www.ceafa.es/es>

<https://www.compromisoempresarial.com/tercersector/2019/09/fundacion-alzheimer-lanza-una-app-para-prolongar-la-autonomia-de-los-pacientes/>

ALZHEIMER NAVARRA. Recuperados 23 de Marzo en:

<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia.pdf>

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

https://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Dependencia/

https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2017/05/02/Plan+de+envejecimiento.htm

<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia.pdf>

<https://www.navarra.es/es/noticias/2019/09/20/en-navarra-hay-diagnosticadas-5.500-personas-de-demencia-cuya-causa-principal-es-la-enfermedad-de-alzheimer>

http://www.gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plan_de_salud_2014-2020._junio_2014.pdf

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf

□

ANEXOS

POR MEDIO DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS QUE PRESENTAMOS, CONOCEREMOS LAS DIFICULTADES COGNITIVAS QUE PRESENTA EL GRUPO DE USUARIOS/PACIENTES

ANEXO 1.

Tests neuropsicológicos para enfermos de Alzheimer

Mini test de Folstein.



MINI MENTAL STATUS EXAMINATION MMSE (FOLSTEIN)¹

Nombre..... Edad.....
Ocupación..... Escolaridad.....
Examinado por..... Fecha.....

I. ORIENTACIÓN (0 – 10 puntos)

• Digame el día(1)..... fecha(1)..... mes(1).....
estación(1)..... año(1).....

• Digame en qué lugar estamos(1)..... piso(1)..... ciudad(1).....
región(1)..... país(1).....

II. REPETICIÓN INMEDIATA (0 – 3 puntos)

"Le voy a nombrar tres palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto más"

ARBOL – MESA – PERRO

Número de repeticiones:..... (máximo seis veces en total)

III. ATENCIÓN Y CÁLCULO (0 – 5 puntos)

• Contaremos hacia atrás restando 7, partiremos de 100

93 – 86 – 79 – 72 – 65

• Deletrear la palabra MUNDO al revés:

O – D – N – U – M

**Anotar el mejor puntaje*

IV. MEMORIA (0 – 3 puntos)

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? Por repítalas

¹ Mini-Examen Cognoscitivo. Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). Validado por Lobo et al (1979-94)

¿Qué hora es?

Escribe la hora que marca cada reloj.



Test de Pfeiffer

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0		
Puntuación Total.....		

ANEXO 2. Recursos familiares de enfermos de Alzheimer.

Servicio de atención domiciliaria

Puede incluir dos tipos de ayuda. La atención de las necesidades del hogar (limpiar, preparar la comida, lavar la ropa, etcétera) y la del cuidado personal (higiene, vestirse, desvestirse, etcétera). Se pueden complementar con otros servicios tecnológicos de apoyo, como por ejemplo la telealarma, la teleasistencia y otros productos de apoyo (movilidad, transferencias, etcétera). Durante un tiempo pueden ser muy útiles para mantener el nivel de autonomía de una persona en su domicilio y mejorar su calidad de vida.

Centros de día

Son centros que ofrecen acogida diurna para favorecer la recuperación y el mantenimiento de la autonomía personal y social. También ofrecen apoyo a las familias y pueden incluir servicios de manutención, transporte, seguimiento médico y fisioterapia, entre otros. Para acceder es preciso tener reconocido un grado de dependencia.

Centros residenciales

Ofrecen alojamiento, manutención, acogida, convivencia, apoyo personal y atención especializada permanente. En ocasiones también temporal. Para acceder a las residencias públicas hay que tener reconocidos los grados II o III de dependencia y haberse dado de alta en una lista de espera de, como máximo, tres residencias. Lamentablemente, las listas de espera pueden superar los tres años.

Centros sociosanitarios especiales

Son un recurso social que presta atención especializada, sanitaria y social de media y larga duración para personas que sufren enfermedades crónicas que causan discapacidad o enfermedades en fase terminal. Su personal está formado por equipos sanitarios y sociales interdisciplinarios.

Grupos terapéuticos para cuidadores

Los cuidadores de personas con Alzheimer tienen que aprender a cuidar de la persona enferma, pero también de sí mismos. Muchos cuidadores pueden experimentar problemas físicos y/o psicológicos, como depresión, ansiedad o sensación de sobrecarga. Para evitar estos problemas de salud es importante romper el aislamiento y facilitarles el hecho de compartir vivencias y emociones.

Unidades de descanso para el cuidador

Se trata de un servicio de residencia temporal para personas con Alzheimer, que facilita un período de descanso al cuidador. Este servicio puede resultar útil en vacaciones, pero también a la hora de cubrir situaciones específicas como una enfermedad o intervención quirúrgica del cuidador, maternidad, motivos laborales, traslados, etcétera. Es un servicio que también se contempla como prestación en la Ley de Dependencia.

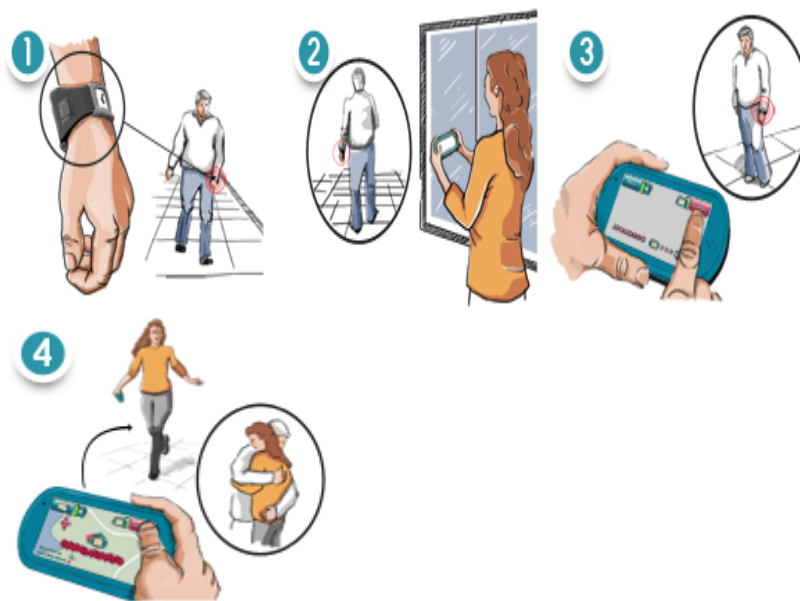
Asociaciones de familiares

Las asociaciones de familiares de personas con Alzheimer trabajan para ofrecer apoyo y servicios a las familias y afectados. En la página web de la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) se incluye un listado con asociaciones de toda España. Se recomienda acudir a la asociación más cercana a vuestro domicilio, ya que la mayoría cuentan con trabajadores sociales que os pueden orientar sobre los recursos disponibles y las actividades que organizan. Entre los servicios que ofrecen este tipo de asociaciones está el apoyo psicológico y jurídico, grupos de ayuda, conferencias, cursos, vacaciones terapéuticas para personas con demencia, excursiones, grupos de apoyo al cuidador, talleres de memoria y psicoestimulación, musicoterapia, etcétera.

ANEXO 3. Herramientas de tecnología para ayudar a enfermos de Alzheimer

La Pulsera Keruve.

La pulsera Keruve es el producto más específico comercializado en España para la geolocalización de personas con Alzheimer. Cuenta con dos sistemas de posicionamiento: el GPS y la triangulación GSM, de manera que si uno de los dos sistemas falla, conmuta automáticamente al otro evitando que la pulsera quede inoperativa. El receptor, pequeño y de muy fácil manejo, es móvil y permite al cuidador saber dónde está el enfermo en todo momento. La gran ventaja de tener un receptor móvil reside en que el familiar puede ir en busca del enfermo de Alzheimer y ver su posición actualizada a medida que se acerca a él, por lo que su encuentro es rápido y efectivo. La descarga de mapas actualizados es automática, por lo que el aparato puede ser efectivo para siempre y en cualquier lugar donde se disponga, al menos, de cobertura móvil. Keruve es un localizador que consta de un reloj GPS que permite que la persona que lo lleva continúe paseando sin miedo a perderle, ya que podrá saber dónde está en cualquier momento gracias al receptor portable del que dispone



Simap <http://www.keruve.es/>

Es un servicio que de forma permanente y mediante la red de telefonía móvil de Vodafone y un terminal específico que incorpora GPS permite la localización remota de personas que, por diferentes causas, presentan un deterioro cognitivo. Además de la localización, el servicio monitoriza ciertos eventos relacionados con el desplazamiento de la persona que porta el dispositivo, de tal forma que detecta y notifica de forma automática situaciones de potencial



peligro para la misma. El servicio se fundamenta en la utilización de un terminal móvil que incorpora un modem GPRS y un receptor GPS y esta enlazado con la plataforma SIMAP mediante la red de Vodafone.

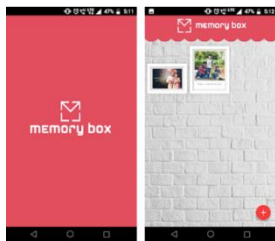
Lola S911 <http://www.tech-europe.eu/lola.html>

Aporta innovación al mercado como ultra pequeño (5,4 cm x 4 cm x 1,6 cm) en un solo localizador que proporciona el seguimiento en tiempo real como un dispositivo móvil de seguridad integrada. La unidad cuenta con sensor de movimiento y funciones de ahorro de energía. El LOLA fue desarrollado para la salud, personal **médico, trabajadores, la policía, cuidadores y CRA (Centrales Receptoras de Alarmas)**. Cuando se activa el SOS envía un SMS, llamada a un número de teléfono y envía la alerta GPRS para la CRA (Central Receptora de Alarmas) que conecta con la plataforma LocationNow.com para localizar a la persona en riesgo y poder entrar el protocolo de seguridad establecido.

Recordatorio de medicamentos

Es una aplicación fácil de usar y confiable que te ayuda a recordar tomar tus medicamentos a la hora exacta. Permite crear cualquier tipo de recordatorio recurrente (cada X horas, horas específicas, diario, semanal, días de la semana, cada X días, etc). Además, lleva el control de

la cantidad de pastillas que te quedan y si te quedan pocas te muestra una alerta avisándote que tienes que adquirir más pastillas para asegurarte que siempre tengas el medicamento disponible.



Memory

box

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.memorybox.app&hl=e>

S

Memory Box es una aplicación de álbum en línea especialmente para fotógrafos que pueden proporcionar una plataforma digital a sus clientes y compartir sus momentos especiales con sus amigos y familiares. Al usar esta aplicación, cualquiera puede compartir sus memorias con facilidad

Yo te cuido <http://www.yotecuidoalzheimer.com/>

Creada en colaboración con la Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer de A Coruña (AFACO), surge para ayudar a afectados y cuidadores de personas con Alzheimer a superar los retos y dudas diarias relacionadas con la enfermedad. Para entender el alzhéimer y

sus fases, resolver problemas del día a día, ver rutinas sencillas de ejercicios y actividades de estimulación, acceder a contenidos especiales para el cuidador... en una app sencilla y fácil de usar.

[Re]Member <https://applicantes.com/remember-ayudara-enfermos-alzheimer-orientarse-hogares-supertruper-vitalia/>

Esta última herramienta incluye consejos para manejarse con más facilidad en las actividades básicas de la vida diaria: (el aseo, el vestir, las comidas, ir al baño), mejorar su comunicación con el familiar, arreglar su casa para incrementar su seguridad, tomar decisiones sobre la conducta del coche, ayudar a su familiar en el uso del teléfono y de la gestión económica del hogar, e incluso cuidar a distancia en el caso de no convivir con el enfermo.

ANEXO 4. Ayuntamiento de Marcilla

El castillo de Marcilla, situado en el centro de la localidad, es desde 1976 propiedad del Gobierno de Navarra y está catalogado como Bien de Interés Cultural. Desde antes de su adquisición, el edificio carecía de uso y ya había iniciado entonces su deterioro, que continuó en los años siguientes afectando de forma progresiva a la estructura del interior, en la que se produjeron muchos hundimientos. En el año 2005 el Departamento de Cultura y Turismo-Institución Príncipe de Viana se encargó del proyecto de restauración del castillo. Las obras de restauración comenzaron en diciembre de 2008 y finalizaron en abril de 2012. El proyecto de restauración del castillo ha posibilitado la ubicación en su interior de la casa consistorial o ayuntamiento (planta primera), la biblioteca pública, la escuela de música, un salón de actos, local de policía municipal, un departamento para la trabajadora social, así como un salón,

formado por dos salas contiguas, para uso social- educativo. Todo ello sito en la planta baja de la fortaleza con un patio central.



ANEXO 5 Herramientas para la recogida de información del diagnóstico.

CUESTIONARIOS. (Ejemplos a realizar) Por medio de estas técnicas conoceremos la actualidad de la familia y cuidadores, del enfermo y su evolución en la enfermedad. Así como sus gustos y preferencias.

Test Moca

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL) Versión Mexicana 7.3. Versión Alterna							NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____ Fecha: ____/____/____		
VISOESPACIAL/EJECUTIVA				Copiar el cilindro		Dibujar un Reloj (Nueve y diez) (3 puntos)		Puntos	
								[] [] [] Contorno Números Agujas	
DENOMINACIÓN						[] [] []		[] [] [] Contorno Números Agujas	
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		TREN	HUEVO	SOMBRERO	SILLA	AZUL	Sin puntos
		1er intento 2º intento							
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 5 4 1 8 7 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 1 7 4							[] [] [] Contorno Números Agujas
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					[] [] [] Contorno Números Agujas
		Restar de 7 en 7 empezando desde 80 [] 73 [] 66 [] 59 [] 52 [] 45		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos					[] [] [] Contorno Números Agujas
LENGUAJE		Repetir: Ella escuchó que el abogado de él fue el primero en demandar después del accidente [] Las niñas que recibieron demasiados dulces tuvieron dolores de estómago []							[] [] [] Contorno Números Agujas
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "M" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)							[] [] [] Contorno Números Agujas
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. plátano – naranja= fruta [] ojo – oído [] trompeta – piano							[] [] [] Contorno Números Agujas
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		TREN	HUEVO	SOMBRERO	SILLA	AZUL	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		Optativo							
		Pista de categoría Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN		[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Ciudad							[] [] [] Contorno Números Agujas
Adaptación: L. Ledesma PhD. Normal ≥ 26 / 30							TOTAL [] [] [] Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org									
Administrado por: _____									



RESIDENCIA EN NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA	
--	--

PRUEBA DE LOS SIETE MINUTOS

Solomon et al., 1998¹

APELLIDOS		
NOMBRE		ESTADO CIVIL:
DOMICILIO:		
POBLACIÓN:	C.P.:	TELEF. :
EDAD:	ESCOLARIDAD:	¿CON QUIEN VIVE?
PROCEDENCIA:		EXAMINADOR :
MOTIVO DE CONSULTA:		

I ORIENTACIÓN

1. ¿En qué mes estamos?	R:	Puntaje:
	RC:	5 puntos por cada mes de diferencia. Máximo 30 puntos
2. ¿Qué día del mes es hoy?	R:	Puntaje:
	RC:	1 punto por cada día de diferencia. Máximo 15 puntos.
3. ¿En qué año estamos?	R:	Puntaje:
	RC:	10 puntos por cada año de diferencia. Máximo 60 puntos.
4. ¿Qué día de la semana es hoy?	R:	Puntaje:
	RC:	1 punto por cada día de diferencia. Máximo 3 puntos.
5. ¿Qué hora es aproximadamente?	R:	Puntaje:
	RC:	Asegúrese de que no hay relojes disponibles. 1 punto por cada 30 minutos de diferencia. Máximo 5 puntos.

¹ Solomon, P. R., Hirschhoff, A., Kelly, B., Relin, M., Brush, M., DeVeaux, R. D. y Pendlebury, W. W. (1998). A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 55, 349-355.

Cuestionario para pacientes

(Elaboración propia)

SOBRE HABILIDADES ARTÍSTICAS Y OCIO	SI	NO
Me gusta pintar, dibujar, recortar..		
Me gusta cantar y bailar.		
Soy constante en lo que hago.		
Se leer y escribir		
Soy ordenad@ y detallista.		
Me gustan los juegos de mesa		
Prefiero actividades al aire libre		
SOBRE HABILIDADES SOCIALES		
Soy buen amig@ de mis amigos.		
Tengo muchos amigos		
Soy capaz de hacer las cosas bien a la primera		
Soy buen comunicad@r		
Me gusta discutir.		
No digo si estoy alegre o triste		
La memoria me falla		
Me incomoda estar con gente a mi alrededor.		
La gente es buena		
Me gusta reir		
Me gusta colaborar con los demás		
Soy amable		
Me gusta abrazar		
Quiero que me quieran		
Acepto de buen grado las órdenes		

Cuestionario para familiares/cuidadores

(Elaboración propia)

	SI	NO	NC
¿Su familiar deambula por casa continuamente?			
¿Hace actividades repetidamente?			
¿Siente que * le pide más ayuda de la que realmente necesita?			
¿Cree que sus relaciones sociales están afectadas por cuidar de * ?			
¿Se siente inseguro en el cuidado y atención de *?			
¿Comparte juegos y actividades con el?			
Le parece importante el fin social de esta ludoteca?			
¿Se mostraría interesado/a en colaborar con nosotros de forma voluntaria?			
¿Conoce la enfermedad de Alzheimer?			
¿Cree que será positivo para * acudir a esta ludoteca?			
¿Necesita este servicio para desahogo personal y disfrutar de su tiempo libre?			

* (nombre paciente)

Entrevistas con personal ayuntamiento (Alcaldía y Concejalía de Asuntos Sociales), miembros del voluntariado, familia/cuidador y afectado. **(Elaboración propia)**

Personal Ayto.

- ¿Por qué esta Ludoteca “Mano Amiga” en Marcilla?
- ¿Qué objetivos se persiguen desde su concejalía con el uso y disfrute de este local?
- ¿Cuál es su ideal de funcionamiento de esta ludoteca?
- ¿Quién se encargará de la atención de este colectivo los fines de semana?
- ¿Existe preocupación desde su concejalía por esta nueva experiencia?

Voluntariado.

- ¿Conoceis la enfermedad de Alzheimer y el trato a los afectados?
- ¿Cuál de tus valores resaltarías?, Relacionalo con el proyecto
- ¿Qué opinión os merece el perfil de usuario para este proyecto?
- ¿Sentís preocupación, angustia, temor, etc... por llevar adelante este proyecto de forma voluntaria?
- Terapias no farmacológicas, ¿que dudas teneis al respecto?
- Os da tranquilidad tener a vuestro lado un equipo de profesionales para cualquier información sobre cómo proceder en cualquier caso?
- ¿Qué veis de positivo / negativo el trabajo de equipo?

Familia / cuidador

- ¿Se le ha diagnosticado, a su familiar, algún tipo de demencia?. Cuéntanos como fue.
- ¿Tienes lástima de tu enfermo?. ¿Por qué?
- ¿Hasta que punto * ha cambiado el desarrollo normal de la familia?
- Generalmente, las familias tienen sentimientos de culpabilidad por el trato dado a su familiar/paciente. ¿Qué más situaciones conoces que se vayan a dar en esta enfermedad?
- ¿Debemos conocer algún rasgo particular de * que no conozcamos?
- ¿Tienes total confianza en el grupo de trabajo y en las actividades que se puedan desarrollar?. ¿Cuál sería tu ideal de intervención individual y grupal?

Individuo

- ¿Sabes por qué estas aquí, en esta ludoteca?
- ¿Cómo te encuentras? Dime cosas que notes que sean diferentes a como te encontrabas antes...
- ¿Por qué crees que necesitas ayuda a diario, ultimamente?
- ¿Qué haces en tu día a día?
- Dime que pasatiempos te gusta realizar.
- Me consta que has sido buen mozo/a en tu juventud. Cuéntame.
- ¿Quiénes son tus mejores amigos?
- Dime para qué utilizas el móvil, la tv, la radio, microondas...?

Notas de campo

(Elaboración propia)

DÍA:	
HORA:	
NOMBRE PERSONA OBSERVADA:	
Descripción actividad/comportamientos	NOTAS

ANEXO 6. Encuesta satisfacción de familias.

(Elaboración propia)

Nombre Familiar/cuidador:

Nombre paciente usuario:

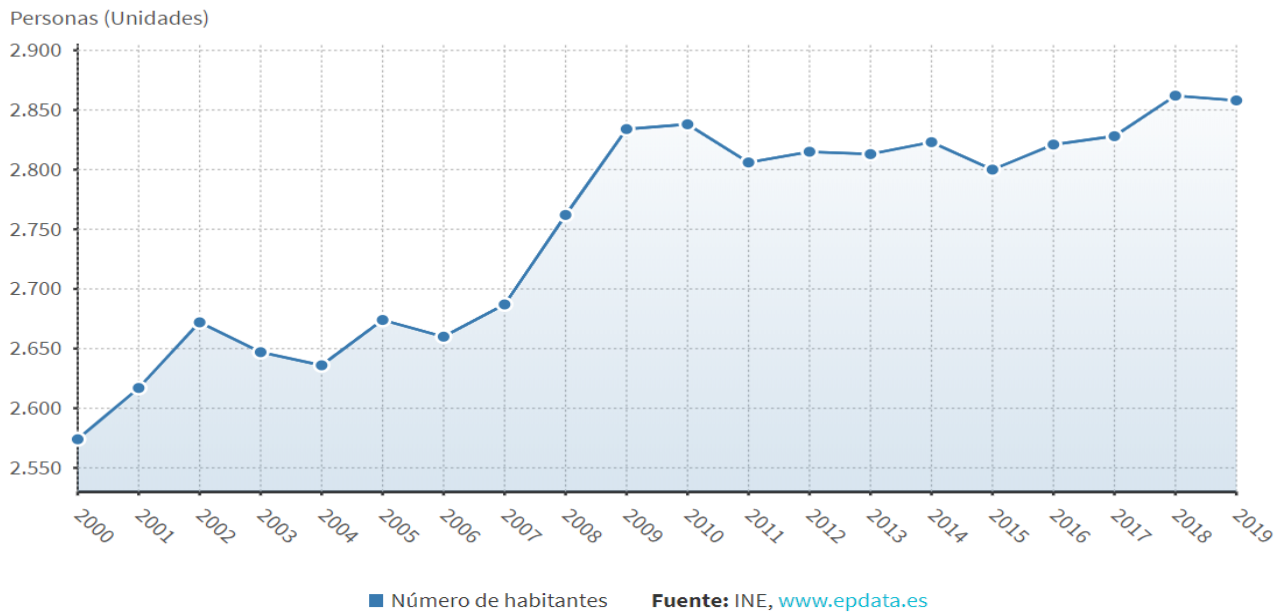
PUNTUACIÓN

	1	2	3	4
Acogida dada a su familiar enfermo.				
Información recibida sobre este proyecto de intervención.				
Relaciones con el conjunto de voluntarios/ profesionales				
Trato y atención dado a su familiar paciente				
Satisfacción con la programación de actividades.				
Su colaboración en dichas actividades.				
Adaptación de su familiar enfermo en el funcionamiento de esta ludoteca.				

Observaciones y sugerencias para mejorar o ampliar nuestra oferta de actividades:

ANEXO 7 Datos poblacionales de Marcilla (Navarra).

Así ha cambiado la población en Marcilla

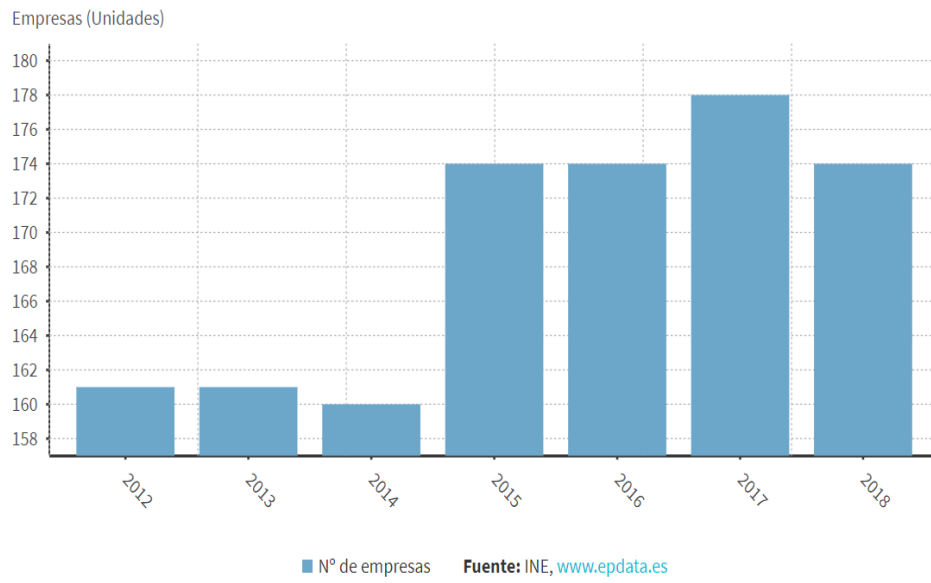


Evolución del paro en Marcilla

Paro registrado en las oficinas de los servicios públicos de empleo



Nº de empresas total en el municipio



ANEXO 8. Cuestionario/Encuesta sobre las actividades. (Elaboración propia)

ACTIVIDAD	
FECHA,HORA Y LUGAR:	
Nº PARTICIPANTES	
DIFICULTADES PRESENTADAS: Económicas, materiales, humanas...	
OBJETIVOS CONSEGUIDOS	
PROPUESTAS (Debe volver a realizarse, se cambia por otra,...)	

ANEXO 9.

Cuestionario de Orientación

(Elaboración propia)

ORIENTACIÓN TEMPORAL	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿En qué fecha estamos?	
¿En qué mes estamos?	
¿En qué año?	
¿En qué estación del año?	
¿Qué hora es?	
¿Si ahora vamos a comer, qué hora debe ser?	
El 25 de Diciembre	
¿Qué fiesta celebraremos?	
¿Qué es típico de estas fiestas?	
¿Con quién lo celebraremos?	
¿Qué comeremos?	
ORIENTACIÓN ESPACIAL	
¿Dónde estamos?	
¿En qué calle estamos?	
¿En qué pueblo estamos?	
¿En qué provincia?	
¿En qué nación?	
¿Qué es este sitio?	
ORIENTACIÓN DE LA PERSONA	
¿Cómo se llama?	
¿En qué año nació?	
¿Qué edad tiene?	
¿Está casado/a?	
¿Cómo se llama su esposo/a?	
¿Tiene hijos?	
¿Cómo se llaman?	
¿Y nietos?	
¿Cómo se llaman?	

ANEXO 10. Ejercicios de Lenguaje / Lectoescritura

(Elaboración propia)

NOMBRE:

FECHA:

CLASIFICA LOS SIGUIENTES ELEMENTOS SEGÚN SU CATEGORÍA.

BOCA	GOMA	PROFESOR	PIERNA
CHARCUTERÍA	MODISTA	MÉDICO	ABDOMEN
BOMBERO	CLIP	IMPRESORA	FARMACIA
TOBILLO	PANADERO	FOLIO	PANADERO
FRUTERÍA	DEDO	SECRETARIA	LIBRERIA
BOLÍGRAFO	TIJERAS	ESTÓMAGO	UÑAS

PARTES DEL CUERPO	PROFESIONES	COMERCIOS	COSAS

NOMBRE:

(Elaboración propia)

FECHA:

El responsable debe leer las siguientes definiciones indicando la inicial de la palabra. A continuación, el usuario tendrá que decir la palabra a la que corresponde cada definición:

- A. Animal de 8 patas.....ARAÑA.
- B. Recipiente que se usa para contener líquidos..... BOTELLA.
- C. Animal del desierto con dos jorobas.....CAMELLO.
- D. Animal de gran tamaño que se extinguió hace millones de años.....DINOSAURIO.
- E. Aparato eléctrico que se utiliza para calentar las casas..... ESTUFA.
- F. Persona que se dedica a arreglar tuberías..... FONTANERO.
- G. Prenda de vestir que sirve para abrigar la cabeza..... GORRO.
- H. Establecimiento turístico con habitaciones donde pasar la noche..... HOTEL.
- I. Lugar de culto donde vas a escuchar misa..... IGLESIA.
- J. Alimento que proviene de la pata del cerdo..... JAMÓN.
- K. Cantante española que triunfó con ‘el baúl de los recuerdos’..... KARINA.
- L. Objeto que se utiliza para escribir y se puede borrar..... LAPICERO.
- M. Objeto que utilizamos para llevar nuestras cosas al viajar..... MALETA.
- N. Atracción de feria de forma circular que da vueltas..... NORIA.
- O. Médico que cuida de los ojos..... OFTALMÓLOGO.
- P. Objeto que utilizamos para no mojarnos cuando llueve.....PARAGUAS.
- Q. Alimento que proviene de la leche de cabra, vaca u oveja, de forma circular.....QUESO
- R. Publicación semanal de diverso contenido, puede ser por ejemplo del corazón, de investigación..... REVISTA.

S. Ciudad española en la que está la Giralda.....SEVILLA.

T. Utensilio que utilizamos para comer, por ejemplo un filete..... TENEDOR.

V. Recipiente que sirve para beber.... VASO.

W. Bebida alcohólica de la que no es recomendable abusar.... WHISKY.

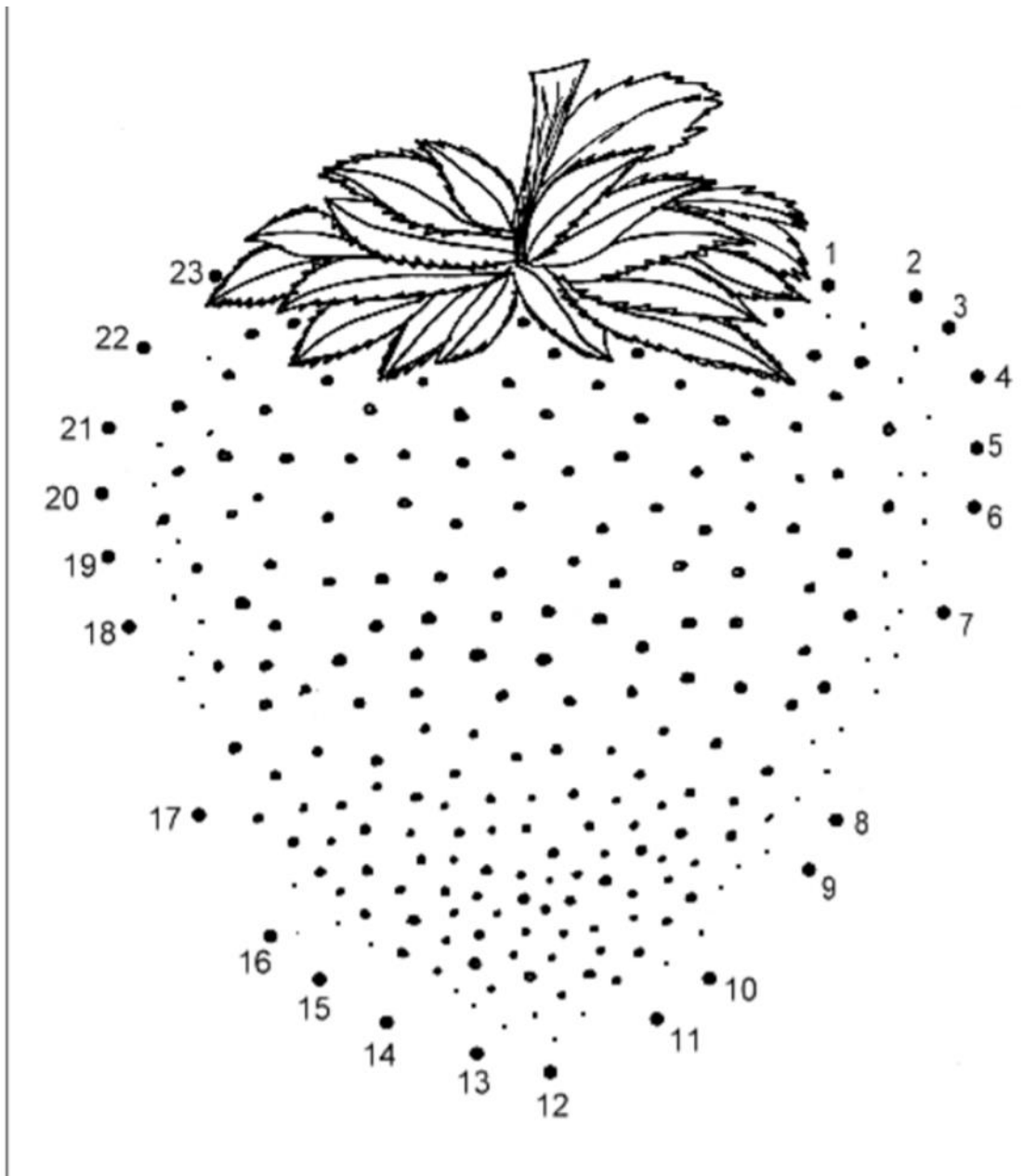
X. Instrumento musical compuesto de placas que se golpean con una baqueta.... XILÓFONO.

Y. Alimento lácteo que se toma de postre y puede ser natural o de sabores.... YOGUR.

Z. Cosas que nos ponemos en los pies. Los hay con tacón y sin el.....ZAPATOS.

ANEXO 11. Ejercicios de Praxias

Coger un lápiz y unir todos los puntos siguiendo la numeración, hasta que aparezca la figura.



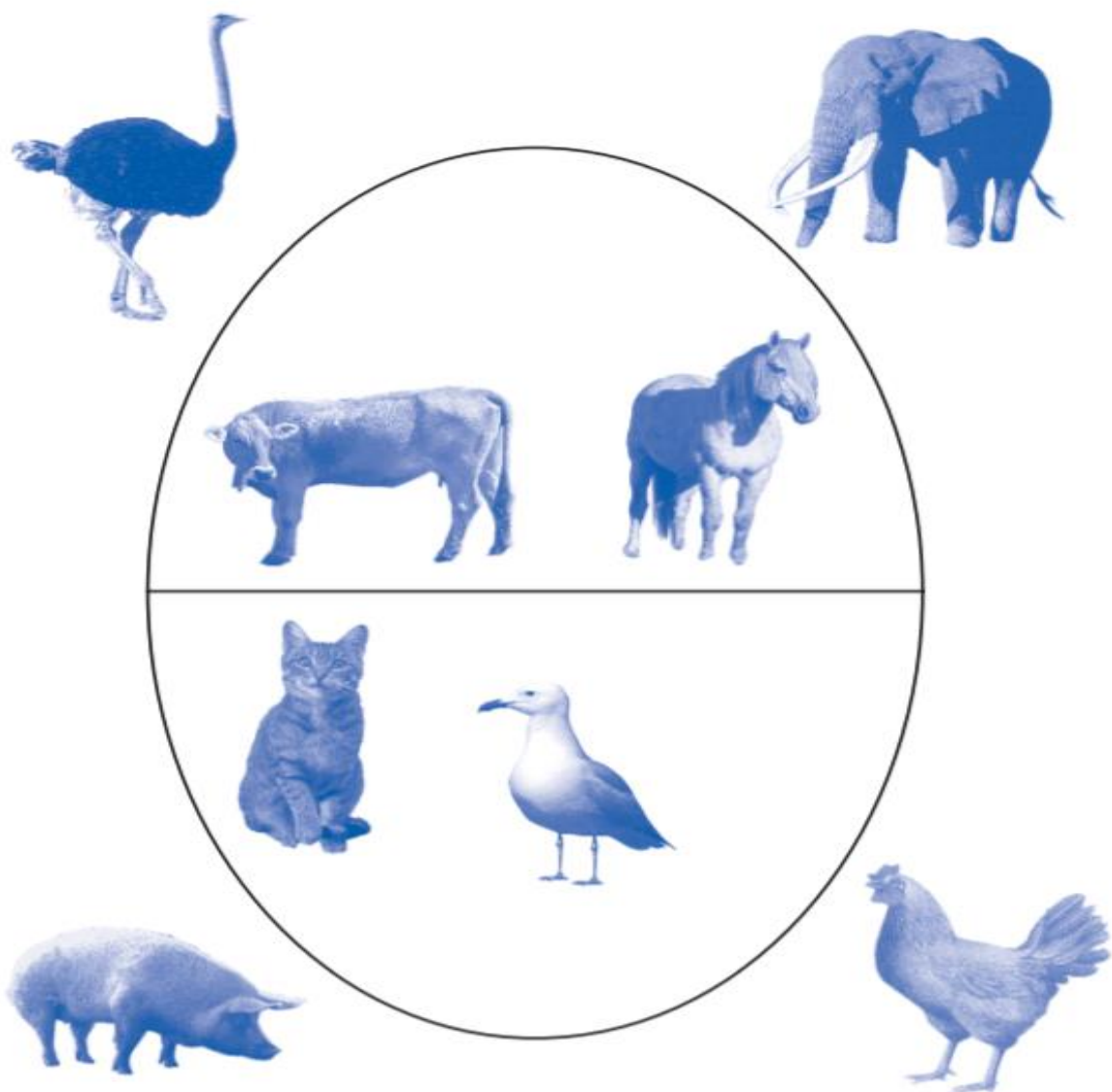
Dibuja:

Un peine	Un teléfono
Unas gafas	Una zanahoria
Un reloj	Un plátano

ANEXO 12. Gnosias

Decir la localización de los animales en el espacio (dentro del círculo, arriba, abajo, fuera del círculo...)

- ¿Dónde se encuentra el gallo?... (Fuera del círculo, abajo a la derecha)
- ¿Dónde se encuentra el elefante?
- ¿Y la vaca?
- ¿Y el gato?
- ¿Y el caballo?



Marca la hora que se indica en cada reloj.

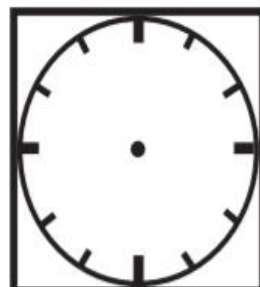
las siete y media



las nueve menos veinte



las doce y diez



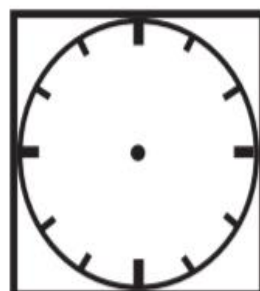
las tres y veinticinco



las seis y diez



las once y cuarto



las cinco en punto



las doce menos veinticinco



las tres y media

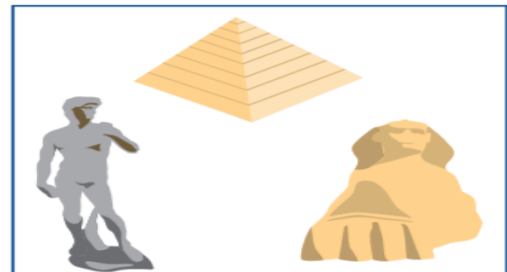
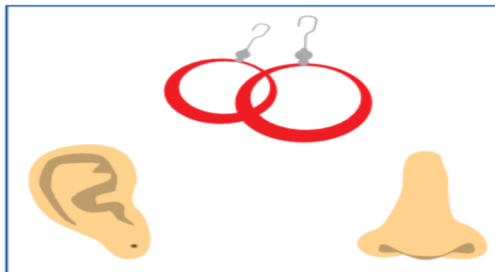
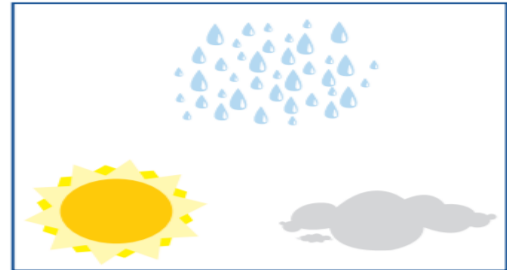
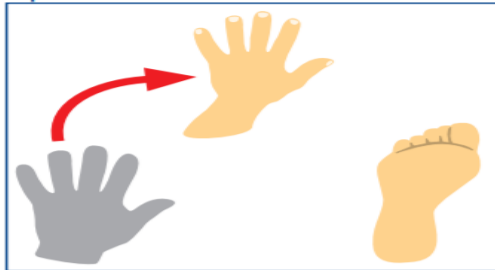


ANEXO 13. Ejercicios para mejorar la memoria.

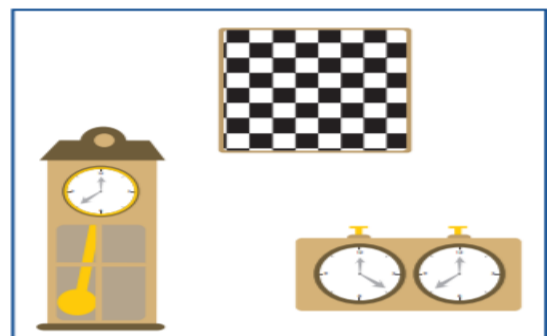
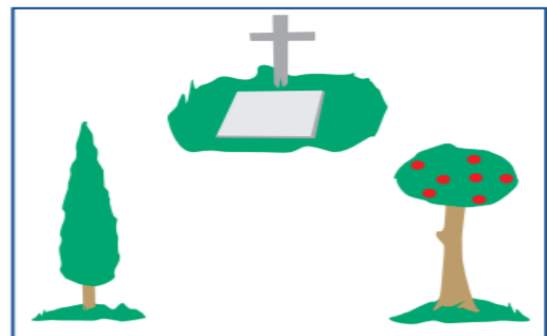
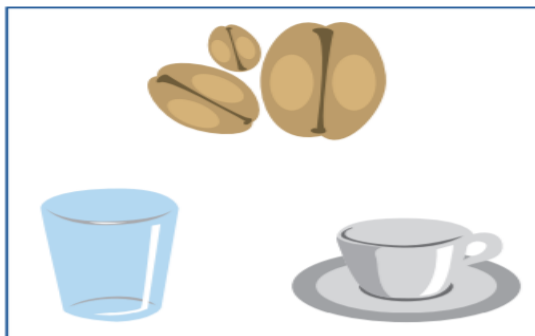
Memoria semántica

Una con una línea los dos dibujos que estén relacionados.

Ejemplo:



Una con una línea los dos dibujos que estén relacionados:



los días de la semana son:

los meses del año son:

las vocales son:

la capital de España es:

la manzana es una:

vivimos en el continente de:

los caballos son:

la leche es de color:

la hermana de mi madre es mi:

la Puerta de Alcalá está en:

la Guerra Civil española comenzó en:

San José se celebra en el mes de:

después del otoño viene el:

el gusto es uno de los:

la última letra del abecedario es:

las Fallas se celebran en:

Antonio Molina era un:

HISTORIA 1

Antonio Rodríguez salía de su casa todas las mañanas para ir a trabajar. El martes, Antonio debía llegar antes a su empresa para acudir a la reunión de trabajadores. Sin embargo, el lunes por la noche olvidó cambiar el despertador y se quedó dormido a la mañana siguiente. Cuando llegó a la empresa, la reunión ya había terminado.

1.- ¿Como se llama el protagonista de la historia?

2.- ¿Para qué salía de casa todas las mañanas?

3.- ¿Tenía alguna reunión el miércoles?

4.- ¿Cambió su despertador el lunes por la noche?

5.- ¿Se despertó a tiempo el martes por la mañana para llegar al trabajo?

6.- ¿Qué es lo que había terminado cuando llegó a su empresa?

ANEXO 14 Ejercicios de cálculo

$$\begin{array}{r} 3012 \\ + 7485 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 6320 \\ + 1452 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 9874 \\ + 2441 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 3021 \\ + 7411 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 3002 \\ + 7415 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 6521 \\ + 6874 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 3201 \\ + 4178 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 3652 \\ + 7999 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 6521 \\ + 4025 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 9365 \\ + 8412 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 6324 \\ + 8777 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 8600 \\ + 4123 \\ \hline \end{array}$$

Resuelva estas multiplicaciones:

$6 \times 3 =$

$9 \times 2 =$

$6 \times 7 =$

$3 \times 4 =$

$7 \times 7 =$

$5 \times 8 =$

$9 \times 3 =$

$4 \times 7 =$

$2 \times 2 =$

$3 \times 7 =$

$8 \times 6 =$

$9 \times 9 =$

$4 \times 7 =$

$8 \times 5 =$

$6 \times 4 =$

$7 \times 9 =$

$8 \times 8 =$

$3 \times 7 =$

$6 \times 5 =$

$4 \times 9 =$

$7 \times 9 =$

$8 \times 2 =$

$4 \times 4 =$

$3 \times 8 =$