

# ACTIVIDADES DE OCIO PARA LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL EN DEMENCIAS AVANZADAS

Curso de Experto en “Intervención en Calidad de Vida de Personas Mayores” 2009-2010

Pilar Vanessa Bergasa Pérez

C/ El Globo, 11, 4º B

50015 Zaragoza

DNI: 25174347 L

Tlfn: 976 088 140/ 629 504 382

e-mail: [vanessa210781@hotmail.com](mailto:vanessa210781@hotmail.com)

Tutora: Martina Pérez Serrano

# ÍNDICE

1. <b>MARCO TEÓRICO- JUSTIFICACIÓN</b> .....	3
2. <b>ANÁLISIS DE LA REALIDAD</b> .....	11
2.1. Residencia Romareda: Contexto, instalaciones y recursos .....	11
2.2. Marco legal de la institución .....	13
2.3. Organigrama.....	13
2.4. Profesionales que intervienen en el área psicosocial y actividades.....	14
2.5. Problemas y necesidades sociales atendidas .....	15
2.6. Requisitos de acceso al centro.....	16
3. <b>PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO "ACTIVIDADES DE OCIO PARA LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL EN DEMENCIAS AVANZADAS"</b> .....	19
3.1. Hipótesis de partida.....	19
3.2. Objetivos generales y específicos del programa.....	19
3.3. Metodología.....	20
3.4. Recursos .....	20
3.5. Calendarización.....	21
4. <b>EJECUCIÓN DEL PROYECTO "ACTIVIDADES DE OCIO PARA LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL EN DEMENCIAS AVANZADAS"</b> .....	22
4.1 Pautas de trabajo.....	22
4.2 Planing sesiones abril-junio 2010.....	24
5. <b>EVALUACIÓN</b> .....	34
6. <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	40

## 1. MARCO TEORICO- JUSTIFICACIÓN

Los profesionales de la medicina califican la demencia como un síndrome, no como una enfermedad. Esto es, una demencia vendría definida por un conjunto de signos y síntomas indicativos de un deterioro progresivo en los procesos cognitivos.

El principal factor de riesgo a la hora de desarrollar cualquier tipo de demencia es la edad, de hecho, el 20% de las personas mayores de 80 años padece demencia. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia: alrededor del 60% de todos los pacientes con demencia padecen Alzheimer y sus causas todavía no han sido descubiertas.

Según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística), en el periodo comprendido entre 1975 y 2007, la esperanza de vida al nacer pasó de los 73,34 años a los 80,94; esto es, en poco más de 20 años se han “ganado” más de 7 años de esperanza de vida al nacer.

Además la “Proyección de la población de España a largo plazo” del INE prevé que esta esperanza de vida para el año 2049 será de 83,1 años para los varones y de 89,9 años para las mujeres.

Cabe destacar para el objeto de este estudio, que Aragón es una de las Comunidades Autónomas de España que más envejece:

Evolución de la población mayor, 1991-2007									
Años	España			Aragón					
	Total	65 y más años		Total	65 y más años		80 y más años		
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%*	Absoluto	%	Absoluto	%
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	1.188.817	3,1	212.208	17,9	47.430	4
2007	45.200.737	7.531.826	16,7	1.296.655	2,9	261.415	20,2	80.014	6,2

\* Porcentaje sobre el total de España.

Fuente: 1991: INE: *Censo de población y viviendas 1991*. Consulta en noviembre de 2008.

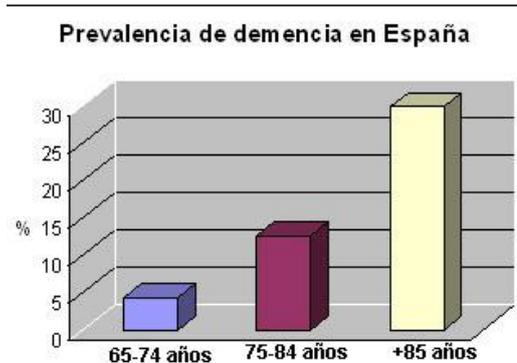
2007: INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007*. Consulta en noviembre 2008

La unión de estas dos variables, el envejecimiento de la población y su mayor riesgo de desarrollo de demencias, nos hace estar inmersos en un contexto de cambio progresivo: nunca hemos estado ante una sociedad tan envejecida, y, por tanto, nunca habíamos hecho frente a tantos casos de demencia a nivel global. Desde los poderes públicos se intenta hacer frente a esta nueva situación por medio de medidas como la reciente Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia, aún en fase de desarrollo.

Según datos de la Fundación Española de Alzheimer, cada 7 segundos surge en el mundo un nuevo caso de demencia. Se estiman 24,3 millones de casos de demencia a nivel mundial y un ritmo de aparición de 4,5 millones de nuevos casos cada año. Esta misma entidad informa que la prevalencia de las demencias, sea cuál sea la etiología, aumenta de forma exponencial entre 65 y 85 años y se multiplica por 2 cada 5 años, alcanzando un 20% para personas mayores de 80 años, y un 25% para personas mayores de 85 años, es decir una de cada cuatro personas.

La “prevalencia” de una enfermedad depende de su incidencia (es decir del número de nuevos casos al año) y de la duración de vida del enfermo. En el caso de España, la prevalencia de demencia según las edades es de:

- 4,2 % para la población entre 65 y 74 años,
- 12,5 % para la población de 75 a 84 años,
- 27,7 % para la población de más de 85 años



Según el sexo, la prevalencia es de:

- 11,1 % en mujeres
- 7,5 % en varones

Las demencias se pueden clasificar en función de distintos sistemas atendiendo a la edad de inicio, la causa o etiología, los signos neurológicos acompañantes y si son o no tratables. Las demencias pueden ser reversibles o irreversibles. En el caso de las demencias reversibles, el tratamiento irá dirigido a la causa médica que originó el trastorno. Sin embargo, las demencias más frecuentes son las irreversibles y, en este caso, el tratamiento va a buscar el alivio de los síntomas y el enlentecimiento del proceso degenerativo. La demencia irreversible más frecuente es la causada por la Enfermedad de Alzheimer. De todos los tipos de demencias, la enfermedad de Alzheimer y la demencia de tipo vascular suponen conjuntamente más del 90% de los casos. La intervención que se llevaría a cabo con pacientes con demencia es amplia e implica varios profesionales.

La demencia, como ocurre con muchas otras enfermedades, no tiene curación pero el tratamiento farmacológico puede mejorar los síntomas de la enfermedad y disminuir su progresión, aspectos que se consideran como una respuesta positiva al tratamiento. Hoy en día, se dispone de diversos fármacos capaces de mejorar la función cerebral, prescribiéndose normalmente aquellos pertenecientes al grupo de inhibidores de la acetilcolinesterasa Reminyl® (galantamina), Exelon® (rivastigmina) y Aricept® (donepezil). Otros fármacos también empleados en el tratamiento de estas patologías son: memantina, selegilina, vitamina E, prednisona, estrógenos, antiinflamatorios no esteroideos, estatinas y ginkgo biloba: Todos estos fármacos pueden demorar el deterioro de los síntomas.

En la actualidad y cada vez con más frecuencia, está cambiando la forma de abordar las demencias, y además del tratamiento farmacológico se empieza a tener en cuenta otro tipo de terapias que, junto con los fármacos, contribuyen a enlentecer el curso de la enfermedad. Entre esas terapias se encuentra la estimulación cognitiva. En dicha terapia a través de una serie de técnicas y estrategias se trabajan las funciones cognitivas que conserva el paciente provocando un mantenimiento de dichas funciones.

El objetivo principal de estas terapias es mejorar la calidad de vida del paciente y sus cuidadores, procurando la autonomía del paciente el mayor tiempo posible. La estimulación cognitiva se basa en el concepto de plasticidad cerebral, que es la capacidad que tiene el cerebro de recuperarse después de un daño a través de cambios tanto estructurales como funcionales.

En esta línea de trabajo, la estimulación sensorial se muestra cada vez más como una vía útil de tratamiento de las demencias complementario al farmacológico. Podemos decir que la estimulación sensorial constituye el primer acercamiento al trabajo con la persona con demencia. Su principal objetivo es incrementar la sensibilidad y discriminación a través del entrenamiento de los receptores sensoriales, que son estimulados aislada y simultáneamente en un enfoque multisensorial.

Los síntomas más habituales que encontramos en pacientes aquejados de algún tipo de demencia, sin pretensión de exhaustividad, son:

- Pérdida de memoria: al principio olvidan acontecimientos recientes y más tarde olvidan también acontecimientos que ocurrieron con anterioridad.
- Problemas de orientación: las personas con demencia se pierden con facilidad, olvidan donde se encuentran.
- Dificultad para planificar, hacer previsiones y tomar decisiones
- Dificultad en la realización de ciertas tareas: vestirse, hacer la compra...
- Trastornos del pensamiento: dificultades de lenguaje o problemas para hacer cálculos.
- Alteración del carácter y el comportamiento: agitaciones, delirios...

Llegado cierto momento, las alteraciones son tan serias que se ve afectada la vida normal. La vida laboral y otras actividades, así como los contactos diarios se hacen cada vez más difíciles. A medida que la enfermedad avanza, el paciente se vuelve más dependiente de los demás para los cuidados de la vida diaria. Finalmente, muchos pacientes necesitan ser ingresados en residencias.

Estos síntomas, producto de la demencia, unidos a los cambios que ha de afrontar la persona mayor desde el fin de la madurez, suponen un obstáculo al logro de la calidad de vida pretendida. Al envejecer, la persona sufre una confrontación entre

sus realizaciones y sus proyectos ideales, hecho que se precipita con la aparición de algunos momentos críticos como pueden ser: el desplazamiento social que implica de la jubilación, el sentimiento de inutilidad por la pérdida de facultades o la angustia y soledad que provoca la pérdida de personas del entorno.

Con la jubilación, entramos en una etapa que implica gran número de cambios en muchos aspectos de la vida. La actual edad que determina la salida del mundo laboral activo, los 65 años, constituye una frontera psicológica y social e implica un gran número de cambios. Uno de ellos es la mayor disponibilidad de tiempo libre.

**En el ámbito de las personas mayores,** el cambio ó la pérdida de roles, el deterioro normal o patológico de habilidades o capacidades, así como los contextos de desenvolvimiento (mercado de trabajo y hogar/institución, dependencia de un tercero/autonomía) determinan la gran transición en las áreas de productividad y de Tiempo Libre. Este cambio puede llevar a un aumento del tiempo desocupado en la rutina diaria, por consiguiente el desafío de la persona mayor es lograr un nuevo equilibrio ocupacional en base a la participación en otras ocupaciones, que surgirán del nuevo contexto que le toca vivir a partir de su jubilación.

Podemos definir el **tiempo libre** como aquel espacio temporal destinado a la realización de actividades que no son ni trabajo, ni actividades obligatorias (comer, dormir, tareas doméstica, etc.). En relación directa, entenderemos el **ocio** como la forma de utilizar el tiempo libre mediante una ocupación libremente elegida y realizada cuyo mismo desarrollo resulta satisfactorio o placentero para el individuo.

Como toda actividad, el ocio ha de tener, un sentido y una identidad, específico en cada persona. Emplear y disfrutar del tiempo libre de esta manera tiene una repercusión positiva, tanto a nivel personal como en el entorno social; por ello **es muy importante para el desarrollo humano y la identidad de la persona.**

Estas valoraciones se aprecian ya en la **Grecia Antigua**, donde el ocio era considerado el tiempo dedicado, principalmente por filósofos, a la contemplación y a través de ella, el encuentro con los dioses, la naturaleza y consigo mismo, a través de las ciencias, las artes y los deportes... Platón y Aristóteles hablaron del ocio como parte fundamental de la vida de los hombres “libres”.

Según los diferentes momentos históricos han existido diferentes tipos de ocio, o mejor dicho diferentes actividades para desarrollar el tiempo de ocio, cada cual con sus propias características en base al tipo de sociedad, valores, actitudes y expectativas de la gente en ese momento de la historia, por lo que se puede decir que **la concepción del ocio depende de la relación con la época**. Siguiendo esta idea, podríamos considerar el concepto de Tiempo Libre y su práctica, como una construcción social. En este sentido, la OMS y la UNESCO han emitido declaraciones a favor del **Tiempo Libre, como un factor promotor del desarrollo de los grupos y pueblos**.

Con la misma orientación, en 1970 fue aprobada en Ginebra la **Carta de Derechos Humanos al Tiempo Libre**, dentro de la Conferencia Mundial de Recreación y Tiempo Libre, y en la que se reconocen como derechos absolutos de toda persona “*disfrutar del tiempo de descanso libremente*”, “*tener fácil acceso a medios recreativos abiertos al público*” o “*aprender cómo disfrutar de su tiempo libre*”

El Tiempo Libre y el Ocio, en todas sus dimensiones, se configuran como hemos visto como un derecho. Esto deriva de su condición como **necesidad humana fundamental**. El economista chileno Manfred Max-Neef, plantea de esta forma el ocio como necesidad humana, como algo esencial a la hora de analizar el bienestar humano. M. Max-Neef considera, de acuerdo a lo expuesto unas líneas más arriba, que si bien el ocio puede ser considerado como una necesidad humana universal, los satisfactores necesarios para su realización pueden ser diferentes de acuerdo con las particularidades de cada sociedad y dentro de ella, de cada sector de la población.

Las teorías de Max-Neef, parten de la idea que las personas tenemos unas necesidades que debemos satisfacer, como ya expuso Maslow en su Pirámide o Jerarquía de Necesidades. Dos de estas necesidades, fundamentales para el desarrollo personal, son la autorealización y la autoestima.

Las personas con grandes vínculos sociales y emocionales, sea cual sea su edad y condición, se incorporan y disfrutan más fácilmente de todo aquello en lo que participan, además la autoestima es básica para sentirnos bien con nosotros mismos. No hay que olvidar que la imagen que tiene uno de sí mismo viene dada a través del reflejo que los demás tienen y proyectan sobre nosotros. Así la capacidad de autoestima vendrá adquirida en la medida en que uno se sienta estimado por las personas que le rodean.

En este sentido, las diferentes funciones del ocio vienen a cubrir estas necesidades humanas en varias dimensiones: **psicofisiológica, social y económica**.

- A nivel psicofisiológico, el ocio reduce y previene la hipertensión, beneficia el sistema cardiovascular, mejora el funcionamiento neuropsicológico, reduce el estrés y las enfermedades asociadas, incrementa las expectativas de vida y mejora el sistema inmunológico, con lo que se reduce la incidencia de enfermedades.
- A nivel social y cultural, estimula el fortalecimiento de redes sociales, reduce la sensación de aislamiento y alienación, incrementando el sentido de pertenencia y satisfacción comunitaria. Es una oportunidad de vinculación, cohesión, cooperación social y familiar. Restaura la sensibilidad hacia el medioambiente, la cultura, el arte y la espiritualidad.
- A nivel económico, reduce los gastos en salud e incrementa la productividad. Además, muchos psicólogos destacan que de gozar de tiempo libre y saber emplearlo adecuadamente, en actividades que nos ayuden a formarnos como personas, tiene un carácter preventivo de problemas sociales tales como depresión, soledad, aislamiento, alcoholismo, drogadicción, enfermedades por sedentarismo, etc.

Con todo lo anteriormente expuesto, queda clara la **importancia, a todos los niveles de la persona y la sociedad, tanto de la existencia de tiempo libre como de la realización de actividades adecuadas y satisfactorias de ocio para ocuparlo**.

Estos beneficios se experimentan, como ya se ha reflejado, en todas las sociedades y en todos los colectivos. Centrándonos en el **ámbito de personas mayores cuya vida cotidiana transcurre en un centro residencial**, hay que destacar los positivos efectos de un adecuado empleo de su gran cantidad de tiempo libre, en base un programa de animación.

Las **actividades de animación en las residencias** tienen multitud de efectos beneficiosos como prevención del envejecimiento, adaptación a la vida residencial y efectos terapéuticos, como el mantenimiento de la autonomía personal o el retraso del deterioro físico y psicológico. De la misma forma, ayuda a la persona mayor a integrarse e interactuar en el entorno social que le rodea y a crear redes sociales mejorando de esta forma su autoestima. También mantiene la vida activa de las

personas mayores, favoreciendo su autonomía y su salud mental, mejorando al mismo tiempo su satisfacción la vida en general.

Por el contrario, cuando las horas pasan muertas, vacías, sin nada que las llene y les dé sentido la persona jubilada se aburre, se angustia, se deprime y, en definitiva se deteriora. Algunos riesgos que entraña el inmovilismo y un uso no adecuado del tiempo libre en personas mayores son:

- Físicos: pasividad, inactividad...
- Mentales: aburrimiento, desmotivación, depresión
- Afectivos: soledad, déficit relacional...
- Sociales: automarginación, aislamiento...

Para evitar que esto suceda es necesario dotar de contenido a ese tiempo libre, más aún si tenemos en cuenta los numerosos estudios que relacionan la depresión con la aparición y el agravamiento de la demencia.

En EL **XIV Congreso Nacional de Psicogeriatría** que se celebrará este año en Barcelona, una de las líneas a tratar reporta a la asociación entre factores psicológicos y psicosociales con la instalación y recrudecimiento de la demencia de tipo Alzheimer.

La base se instala en que “una canalización no adecuada de la satisfacción de necesidades en estos aspectos conduce al bloqueo de los reconocimientos sensoriales que causan los comportamientos anormales”. Un correcto aprendizaje en el uso de los espacios de tiempo libre y ocio en esas personas puede suponer una mejora de sus síntomas.

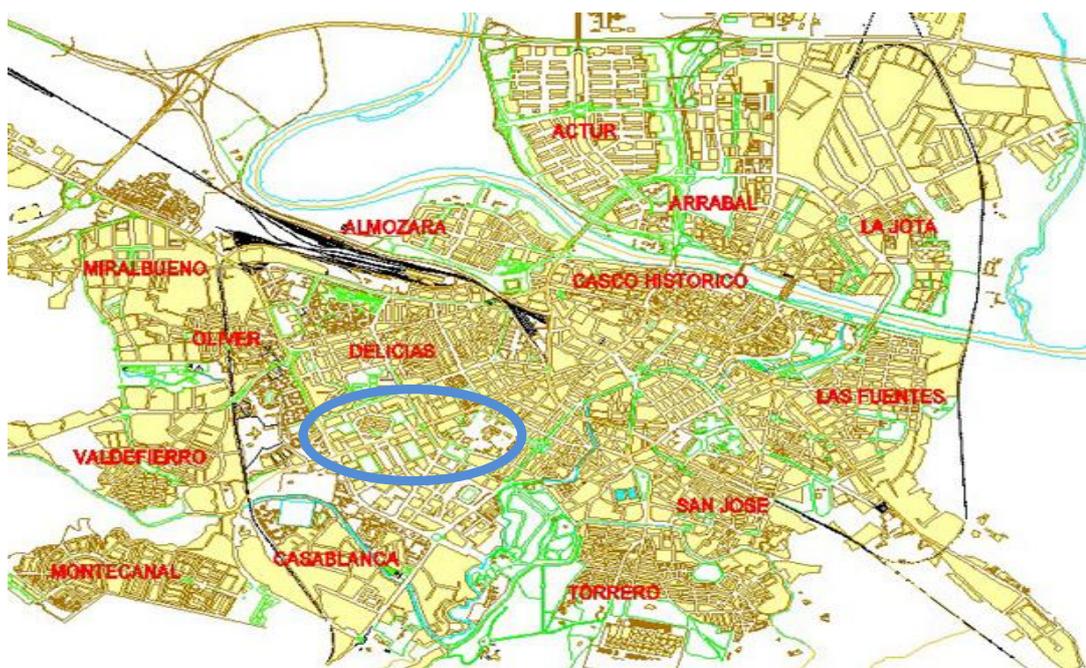
## **2. ANÁLISIS DE LA REALIDAD**

El proyecto “**Actividades de ocio para estimulación sensorial en demencias avanzadas**” se enmarca dentro de las actividades de voluntariado que Ymca lleva a cabo en la ciudad de Zaragoza.

**Ymca** es una organización, de carácter no lucrativo, cuyo principal objetivo es promover el desarrollo pleno de la persona a través de actividades que fomenten valores universales para mejorar la realidad social de Aragón. La organización, que desarrolla numerosas actividades de voluntariado social, determinó la necesidad de comenzar a intervenir en un sector cada día más numeroso, heterogéneo y con grandes carencias en diferentes niveles: las personas mayores. De esta manera, procedió a contactar con la trabajadora social de la Residencia de Mayores Romareda de Zaragoza.

### **2.1. Residencia Romareda: Contexto, instalaciones y recursos.**

La Residencia y Centro de Día Romareda es un centro residencial de titularidad pública dependiente del IASS (Instituto Aragonés de Servicios Sociales). Se encuentra ubicada en Zaragoza capital y recibe su nombre de la zona en la que se ubica, próxima a Estadio de la Romareda, muy céntrica dentro de la ciudad en conjunto.



Concretamente, la Residencia se encuentra en la **C/ Violante de Hungría, 21**, en una de las zonas universitarias de la ciudad, próxima a hospitales y otros servicios.

El centro presta sus servicios a personas mayores empadronadas en la **Comunidad Autónoma de Aragón**, según requisitos de acceso establecidos por la Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas, en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón.

Cuenta con un total de **216 plazas**, de las cuales 108 son en habitación doble y 104 en habitación individual. 4 de las plazas totales son destinadas a estancias temporales. Posee además un Centro de Día que dispone de 30 plazas. Las diferentes plantas se distribuyen en un total de cinco módulos, diferenciados según el nivel de dependencia de los residentes.

Entre sus **instalaciones y servicios** cuenta con ayudas técnicas, baño geriátrico, biblioteca, capilla, enfermería, gimnasio, jardín, sala de televisión, sala polivalente, atención religiosa, ATS/DUE propio, centro de día, conferencias, diarios y revistas, excursiones, fiestas o baile, peluquería, podología, unidad de demencias/Alzheimer y voluntariado.

El **equipo profesional** se compone de fisioterapeuta, médico, enfermeras, trabajadora social, terapeuta ocupacional, psicólogo, auxiliares de geriatría y equipo de dirección y administración.

Como ya ha quedado demostrado en el marco teórico de referencia sobre el proyecto, nos encontramos inmersos en una **sociedad en progresivo envejecimiento** cuyos miembros en edad avanzada presentan rasgos muy heterogéneos aunque con ciertos elementos en común, siendo uno de ellos el hecho de que **disfrutan de más tiempo libre**. Utilizarlo de manera creativa y beneficiosa es uno de los retos de los profesionales que trabajan con este sector.

Por otra parte, el alargamiento progresivo de la esperanza de vida conlleva unas necesidades cada vez mayores de **recurrir a la institucionalización en servicios residenciales** por motivos de dependencia y cambios en los roles tradicionales que venía desempeñando la familia. En este tipo de centros, cada vez más se empiezan a introducir figuras como el educador social o el animador sociocultural, fruto de la conciencia cada vez mayor de ampliar las necesidades a cubrir de nuestros mayores, entre ellas, las referentes a relaciones, aficiones y desarrollo personal.

## 2.2 Marco legal de la institución

El funcionamiento de la Residencia y Centro de Día Romareda se rige por su **Reglamento de Régimen Interno**, el cual, tiene como marco legal las siguientes **disposiciones normativas**:

- Ley 4/1987, de Ordenación de la Acción Social, modificada por la Ley 13/ 2000, de 27 de diciembre, de Medidas Tributarias y Administrativas.
- Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.
- Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los Servicios y Establecimientos Sociales Especializados.
- Orden de 18/11/2002 del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales que regula el acceso y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a Personas Mayores en la red del Gobierno de Aragón.
- Resolución de la Dirección Gerencial del IASS relativa a la aprobación del Manual de Interpretación y Desarrollo de la Orden Anterior.

## 2.3 Organigrama

El personal del centro se divide, a grandes rasgos, en **tres grandes áreas**:

- Área Psicosocial
- Área Sanitaria
- Área Administrativa

Cada una de ellas dispone de un coordinador/a que organiza el trabajo de los/as profesionales dentro de su área y está bajo dependencia directa de la Dirección.

## **2.4 Profesionales que intervienen en el área psicosocial y actividades que realizan**

A continuación, se detallan actividades llevadas a cabo por los profesionales encuadrados en el Área Psicosocial en su quehacer diario.

### **FISIOTERAPEUTA**

- Movilizaciones
- Reeducación de la marcha
- Reeducación funcional sensorio-motriz
- Funciones motoras, electroterapia
- Valoraciones para PAI (Programa de Atención Individual)
- Reuniones con el Área Psicosocial

### **PSICÓLOGA**

- Atención individual
- Psicoterapia
- Valoraciones para PAI (Programa de Atención Individual)
- Grupos de autoayuda "Cuidarte"
- Reuniones área psicosocial

### **TERAPIA OCUPACIONAL**

- AVDs (Actividades de Vida Diaria)
- Psicoestimulación
- Psicomotricidad
- Valoraciones para PAI (Programa de Atención Individual)
- Reuniones área psicosocial
- Visitas domiciliarias

### **EDUCADOR SOCIAL**

- Gestiones entorno
- Preparación y ejecución de actividades
- Actualización registros
- Actividades de tertulia y expresión
- Excursiones
- Reuniones área psicosocial

## 2.5 Problemas y necesidades sociales atendidas

El **envejecimiento de la población es un hecho incuestionable e irreversible**. La mayor esperanza de vida, el acceso casi generalizado a pensiones y asistencia sanitaria y el incremento del nivel cultural, lo han hecho posible. Esta realidad representa uno de los grandes retos para el siglo XXI: **conseguir mantener la calidad de vida de nuestros mayores**.

La atención de las necesidades de las personas mayores de nuestro entorno es una responsabilidad compartida entre **las administraciones públicas, la sociedad y las familias**

Dentro de **los recursos ofertados por parte de la administración**, centros como la **Residencia y Centro de Día Romareda** constituyen entidades que proporcionan de **atención integral a personas mayores en situaciones de dependencia funcional o con necesidades sociales**.

Las **necesidades cubiertas** por la residencia:

- cuidados básicos de higiene y alimentación
- alojamiento
- seguridad física
- detección y seguimiento de necesidades médicas
- intervención psicosocial sobre el residente y sus familias
- socialización y esparcimiento de sus usuarios

Al mismo tiempo, **protege de riesgos** que entraña el inmovilismo y un uso no adecuado del tiempo libre en personas mayores como son:

- Físicos: pasividad, inactividad...
- Mentales: aburrimiento, desmotivación, depresión
- Afectivos: soledad, déficit relacional...
- Sociales: automarginación, aislamiento

## 2.6 Requisitos de acceso

El acceso a los servicios prestados por la Residencia viene marcado por la *Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas, en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón.*

Algunos **aspectos destacables de esta ley** que regulan la caracterización y el funcionamiento del presente centro son los siguientes:

### Art 3: Clasificación de los centros.

Este artículo clasifica y define los Centros de Atención a Personas Mayores en:

- **Residencia:** Centro especializado de servicios sociales, que se presta como una alternativa de alojamiento, temporal o permanente, para personas mayores que, en razón de su grado de dependencia y su situación social, requieran una atención integral que favorezca el desarrollo personal.
- **Centro de Día:** Centro especializado de Servicios sociales, destinado a ofrecer una atención diurna a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con diferentes grados de dependencia, promoviendo en lo posible su autonomía, la permanencia en su entorno habitual y proporcionando un apoyo familiar.

### Art. 4. Tipología de las plazas.

En el punto 3 del presente artículo, las estancias en las Residencias se clasifican en:

- a) **Fijas:** las adjudicadas con carácter permanente
- b) **Temporales:** Las adjudicados por un tiempo determinado

### Art. 5. Requisitos de ingreso.

A modo de resumen, podrán ser usuarios de los Centros todas las personas que cumplan los siguientes requisitos:

- a) Ser **español o extranjero residente en el territorio de la Comunidad de Aragón;** o ser transeúnte extranjero en evidente estado de asistencia y protección social.

b) Estar **empadronado en alguno de los municipios de la comunidad de Aragón** durante los dos últimos años inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud. Cuando existan especiales circunstancias de emergencia social podrá eximirse este requisito.

c) **No padecer enfermedad infecto contagiosa**, así como tener un estado de salud que no requiera internamiento continuado en Instituciones Sanitarias.

d) **No padecer trastornos de conducta** que puedan perturbar gravemente la normal convivencia en el Centro de que se trate.

e) **No haber sido sancionado** con expulsión definitiva de una de las plazas integradas en la Red del Gobierno de Aragón, e inhabilitación para ocupar cualquier otra.

f) Haber sido calificado como **persona asistida** y obtener la puntuación exigida para el Centro asignado.

g) Tener cumplidos los **sesenta y cinco años** en el momento de solicitar el ingreso. Excepcionalmente, podrán solicitar el ingreso los mayores de 60 años siempre que el solicitante posea el grado de dependencia correspondiente.

#### **Art. 6 Solicitud de ingreso**

El tercer apartado de este artículo establece que las solicitudes han de presentarse en los **Centros de Personas mayores del Instituto Aragonés de Servicios Sociales** y en los **Centros Municipales de Servicios Sociales**, correspondientes por razón del domicilio del solicitante.

#### **Art. 13. Notificación**

En su punto primero establece que la notificación de la adjudicación de plaza al interesado se efectuará por la **Dirección Gerencia**, advirtiéndole que deberá manifestar su aceptación a la misma en el plazo máximo de **quince días naturales**, en el caso de Centro Residencial y siete en el caso de Centro de Día.

#### **Art. 14 Ingreso**

Según el punto dos del presente artículo, previamente a su ingreso en la Residencia o en el Centro de Día, el interesado formalizará un **documento contractual**, en el que constará la

aceptación expresa de las normas de la organización y funcionamiento del centro, de sus derechos y obligaciones como usuario/a.

#### **Art. 15 Adquisición de la condición de usuario o residente**

La condición de usuario o residente de un Centro se adquiere tras haber superado el **periodo de adaptación** y observación que sigue al ingreso en el mismo (30 días naturales según establece el art. 169)

#### **Art 18 Adjudicación de plazas con carácter temporal**

El apartado dos indica los **motivos** por los que se podrá solicitar plaza con carácter temporal, estos son:

a) **necesitar un periodo de convalecencia**, las personas que viven habitualmente solas, que no precisen atención hospitalaria después de la enfermedad, accidente o intervención quirúrgica.

b) Necesitar atención, las personas que viven con su familia y tienen que quedarse solas por enfermedad, **accidente o intervención quirúrgica del cuidador**.

C) Necesitar atención, las personas que viven con su familia y en cuyo seno se ha producido una **circunstancia imprevista** que impide la atención, mientras se resuelve el problema.

d) Necesitar **descanso los/as cuidadores/as**.

En el punto tres explica que los **requisitos de ingreso y la tramitación para la adjudicación de plazas con carácter temporal** será la misma que para la adjudicación de plazas con carácter definitivo salvo algunas particularidades como la necesidad de acreditar la necesidad de la estancia temporal y un menor plazo para tramitar el expediente.

### **3 . PLANIFICACION DEL PROYECTO “ACTIVIDADES DE OCIO PARA LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL EN DEMENCIAS AVANZADAS”**

#### **3.1. Hipótesis de partida**

La **hipótesis** de partida a la hora de iniciar el proyecto “Actividades de Ocio para la Estimulación Sensorial en Demencias Avanzadas” supone que un uso adecuado del tiempo libre en las personas mayores con demencias cognitivas es necesario y revierte en su calidad de vida. Por otra parte, y como segunda hipótesis que sirve de base a este proyecto, las actividades de ocio en personas con demencias cognitivas severas pueden al mismo tiempo constituir fuente de diversión, estimulación sensorial y, en cierta medida, estimulación cognitiva.

#### **3.2 Objetivos generales y específicos del programa**

Los **objetivos generales y específicos** planteados cuyo cumplimiento servirá de reflejo a las hipótesis de partida son los siguientes:

**1º Aumentar la calidad de vida de los residentes a través de actividades de animación y ocio.**

1.1 Promover la actividad física y mental.

1.2 Jugar y satisfacer la necesidad de divertirse.

1.3 Aportar un bienestar físico y psicológico.

1.4 Animar la participación e implicación de los residentes en actividades comunitarias.

1.5 Mantener la autonomía.

1.6 Motivar el crecimiento de la autoestima.

## **2º Potenciar una estimulación de los sentidos y capacidades cognitivas no deterioradas**

- 2.1 Mantener y estimular la memoria a través del juego.
- 2.2 Ofrecer actividades lúdicas que potencien el uso de los sentidos.
- 2.3 Trabajar habilidades y destrezas manuales.
- 2.5 Fomentar el uso de habilidades cognitivas en desuso.

### **3.3. Metodología**

La **metodología** a desarrollar para la consecución de estos objetivos se dirige a introducir cambios en su entorno. Puesto que una comunicación verbal con los participantes en las sesiones presenta dificultades dado su deterioro cognitivo, fruto de las diferentes demencias que padecen, la metodología más adecuada para obtener información se vinculará a informantes clave y observación participante, prestando atención preferente al lenguaje no verbal de los usuarios. Se recurrirá a técnicas de dinamización de grupos y estimulación mediante el uso de recursos procedentes de terapias alternativas.

### **3.4 Recursos**

Los **recursos humanos** disponibles para llevar a la práctica las diferentes sesiones y actividades que engloba el proyecto y realizar el seguimiento y evaluación pertinente están constituidos por:

- 4 voluntarias. Como mínimo se exige la presencia de dos personas para el desarrollo de cada sesión. Siendo yo una de ellas, el perfil, a grandes rasgos, del resto de las componentes del equipo de voluntarias es el siguiente:
  - una trabajadora social en prácticas de Ymca
  - un ama de casa, voluntaria en programas de acompañamiento en la misma residencia.
  - una monitora de tiempo libre
- 1 trabajadora social, personal de la Residencia de Mayores Romareda
- 1 persona responsable de la coordinación de voluntarios, personal de YMCA

El listado de **recursos materiales** empleados es el **siguiente**:

- Fotocopiadora
- Ordenador
- Impresora
- Equipo de música
- Instrumentos musicales de percusión menor
- Material de oficina (folios, cartulinas, pegamento,...)
- Material de animación de la escuela de tiempo libre de YMCA (ceras, globos...)
- Sala en las instalaciones de Ymca para realizar las reuniones de coordinación del equipo de voluntarios.
- Sala de estar del módulo 4 para desarrollar las sesiones.

En cuanto a los **recursos económicos**, no fue necesario realizar ningún gasto económico. En este sentido, la trabajadora social de la residencia informó de la opción de solicitarle a ella cualquier tipo de material que se fuera a necesitar para la realización de las diferentes sesiones. En función del coste, y si la dirección lo considera oportuno, se adquiriría el material necesario.

### 3.5 Calendarización

La puesta en marcha se estableció para el **13 de abril**, previa reunión del equipo que va a llevó a cabo y coordinó las sesiones. A tal reunión, celebrada el 8 de abril, acuden tanto la trabajadora social como el coordinador de Ymca y el equipo de voluntarias. Quedó establecida la celebración de **sesiones semanales de 1 hora y media de duración**. En esa reunión, **no queda cerrada la duración de las actividades** pero se prevé el mes de junio, como de hecho sucedió finalmente.

Semanalmente, el grupo de voluntarias se reunió para preparar las diferentes sesiones y una vez al mes se reunían de nuevo con la trabajadora social y el coordinador de Ymca para evaluar la marcha del proyecto. La línea a seguir se basó en el desarrollo de sesiones orientadas a la consecución de objetivos mediante actividades lúdicas. Dado que la mayor parte de las voluntarias no poseían experiencia alguna de trabajo en este campo, se fueron adaptando las actividades a la experiencia de éstas y al conocimiento de los diferentes participantes y sus capacidades.

## 4 . EJECUCIÓN DEL PROYECTO “ACTIVIDADES DE OCIO PARA LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL EN DEMENCIAS AVANZADAS”

### 4.1 Pautas de trabajo

Antes de comenzar la ejecución y puesta en marcha de las actividades planificadas, se establecieron unas pautas mínimas a cumplir en el desarrollo de las sesiones. Las indicaciones se centraron en el desarrollo de actividades musicales pero eran aplicables en el resto de sesiones. Estas directrices fueron las siguientes:

#### DIRECTRICES PARA COMENZAR A TRABAJAR.

Las **PAUTAS A SEGUIR** en las diferentes sesiones serán las siguientes:

1. Las sesiones, de una hora y media de duración, se desarrollaron con una frecuencia semanal y habrán de estar estructuradas: presentación, desarrollo y conclusión, con el fin de crear unos patrones de trabajo.
2. En sesiones en las que se emplee como recurso la música, la tipología de ésta dependerá de la persona y de la situación que se vaya a tratar. Como norma general **no se deben utilizar melodías que choquen frontalmente con el estado de ánimo** del usuario/a (no se debe utilizar una música demasiado alegre si observamos actitudes depresivas porque el paciente raramente asimilarán estas melodías con su estado de ánimo, es decir, esta melodía no le diría nada).
3. Otra recomendación, en sesiones en las que empleemos la música, es que **las canciones no deben ser totalmente desconocidas** porque rápidamente se perdería atención, **ni tampoco excesivamente conocidas** porque produciría un efecto similar.
4. La música utilizada para las sesiones tendrá como base el **gusto musical de los pacientes** que constituyan los grupos de trabajo como clave para

la comunicación.

5. Se utilizarán piezas antológicas que motiven la **descarga verbal**.
6. Se buscará mediante la utilización de **instrumentos musicales** además del **cuerpo** y la **voz**, la **desinhibición y expresión** constituyendo una vía de liberación.
7. Se les dará el tiempo necesario para la realización de las actividades. Interrumpir la actividad genera frustración y lastima su autoestima y dignidad. Hay que tener en cuenta que las personas con demencia necesitan de 4 a 5 veces más tiempo para realizar una tarea que una persona de su misma edad.

Las sesiones comprenderán **técnicas activas y pasivas**:

### **TECNICAS**

- **ACTIVAS**: Son las que implican una actividad externa. Ayudan a conocer aspectos de personalidad

- **PASIVAS**: Implican una actividad interna. Las técnicas pasivas de audición musical tratan de provocar un grado notable de estado de bienestar en la persona.

En definitiva las sesiones se basaran en cantar, llevar el ritmo, tocar un instrumento musical, reconocer melodías, mover las diferentes partes del cuerpo siguiendo la música. Cada una de ellas se dirigirá a trabajar un aspecto físico, cognitivo, social o emocional. Las técnicas aplicadas serán las siguientes.

- *Audición musical* con sus modalidades de expresión verbal, escrita (en prosa y verso) y plástica (pintura). Propondremos a los/as participantes escuchar música, con el objetivo de estimular la imaginación y la creatividad y provocar recuerdos, imágenes y fantasías. Tiene varias modalidades: expresión plástica, oral y escrita.
- *Improvisación musical*, según modelo de Brucina (cfr. Posh, 1999). Implica expresarse espontánea, libre y creativamente a través de cualquier instrumento

musical, de la propia voz (canto) o del propio cuerpo (danza).

- *Técnica de viajes musicales* de Cid (cfr. Posh, 1999). Se plantea al paciente viajar imaginariamente a diversos países o lugares con ayuda de carteles o postales alusivas a la música descriptiva de cada lugar indicado, con el apoyo adicional de poesías o descripciones poéticas. Ayuda al paciente a evadirse (salir de sí mismo) recordando experiencias positivas y regresar a la realidad con un espíritu más positivo.
- *Canto*, ya sea a través de la improvisación musical antes descrita o a través del diálogo musical. Consiste en intercambios de secuencias musicales improvisadas entre dos o más personas, quienes pueden expresar una pregunta, aseveración, admiración, negación, duda, odio o amor.
- *Danzaterapia*. Consiste en expresar a través del movimiento del cuerpo, el ritmo, melodías o canciones que escuchan o cantan ellos mismos.
- *Técnica de relajación* de Schultz con fondo musical a fin de lograr estados de sedación en las sesiones, y también para enseñar a los sujetos su uso paralelo con la aplicación de músicas sedantes y su uso ulterior de forma individual.

#### **4.2 Planing sesiones abril-junio 2010**

Las patrones empleados a la hora de desarrollar las sesiones han sido los todos los días los mismos, con el objeto de buscar una ubicación temporal y espacial de los participantes.

A continuación, se presenta la planificación que incluye las actividades puestas en práctica a lo largo de las sesiones, las áreas a trabajar, el material necesario, el desarrollo y la temporalización:





















## 5. EVALUACION

Son muchos los tipos de evaluación. La elección de uno u otro ha dependido de los objetivos que pretendidos en el proceso de evaluación y de la fase del proceso social en el que estaba inmersa.

En un principio, me planteé la necesidad de realizar una **EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA**, con el objeto de definir y conocer las necesidades del colectivo de personas mayores para hacerles frente y el contexto social en el que estaban inmersas. Para llevar a cabo este tipo de evaluación me basé en las experiencias obtenidas a través de mis diversos contactos con el ámbito de población mayor, en base a mis trabajos anteriores con el colectivo de mayores (observación sistemática y participante) y les di forma recurriendo tanto a la búsqueda bibliográfica, en diferentes títulos, a la búsqueda a través de la web de estadísticas y datos actualizados y entrevistas con profesionales (trabajadora social de la residencia) para corroborar las impresiones que iba obteniendo en mi estudio. Se trataba, con esta búsqueda, de definir y dar respuesta a varias cuestiones:

- ¿Cuál era el problema social existente?
- ¿Qué necesidades se derivaban de la existencia de este problema?
- ¿Cuáles son las causas del problema?
- ¿A quién/es afectaba y en qué medida?

Con la información obtenida en este análisis de la realidad y las impresiones recogidas en mi primera visita a la residencia, hice una **primera enumeración de objetivos** a perseguir, que más tarde tuve que modificar pues se orientaban más hacia mí como profesional que hacia los usuarios/as y mi trabajo con ellos/as.

Una vez iniciada la ejecución de las actividades programadas en el proyecto, se trato de hacer una **EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN**. El fin era determinar si la intervención estaba funcionando como se preveía y determinar si era necesaria la introducción de modificaciones. Fue llevada a cabo mediante las hojas de evaluación creadas a tal efecto para analizar cada sesión a su finalización. Este fue el modelo de HOJA DE EVALUACIÓN empleada:

<b>HOJA DE EVALUACIÓN</b>	
<b>DÍA:</b>	<b>HORARIO:</b>
<b>TEMA DE LA SESIÓN:</b>	
<b>VOLUNTARIAS:</b>	<b>PARTICIPANTES:</b>
<b>¿SE HA DESARROLLADO CONFORME A LO PREVISTO? SÍ, NO, PORQUÉ:</b>	
<b>ASPECTOS A DESTACAR</b>	
<b>POSITIVOS</b>	<b>NEGATIVOS</b>

**DESCRIPCIÓN INDIVIDUAL DE CADA USUARIO/A (comportamiento, actitudes apreciaciones, advertencias de los profesionales...)**

Considero que este tipo de análisis de nuestras actuaciones y de las reacciones y comportamientos de los usuarios/as en el desarrollo de las sesiones ha sido de gran utilidad ya que ha contribuido enormemente al ajuste de las diferentes actividades en base a necesidades reales y observables, tanto de forma individual como hacia el grupo en conjunto. De la misma manera, con los datos anotados se ha permitido un registro de participación y un control del trabajo del equipo de voluntarias.

Finalmente, estaba planeado hacer una **EVALUACIÓN DE RESULTADOS** con la pretensión de determinar si el programa había logrado los objetivos formulados en el diseño. Esta fase no ha resultado enteramente satisfactoria principalmente por dos motivos. El primero ha sido el corto espacio de tiempo de ejecución del proyecto y el segundo se centra en el hecho de que, entre otras acciones, esta evaluación de resultados se basaba en la previsión de un contacto más directo y una comunicación más fluida con los profesionales, cuyas escalas de valoración podrían haber proporcionado un mayor ajuste a la realidad de los avances logrados o no. Este contacto no ha sido posible, principalmente por motivos de compaginar agendas. Por esta razón me he centrado en el control y evaluación de las actividades realizadas mediante la observación y el registro de actividades y participantes. Lamentablemente, de esta forma tan solo se ha podido evaluar si los objetivos respecto a la aplicación de actividades de ocio se cumplían, pero no en lo referente a la estimulación sensorial.

Por concretar los **resultados finales obtenidos**, de manera cuantitativa y basándonos en las tablas de evaluación empleadas al finalizar las sesiones se observa que **el número de participantes en las actividades ha sido muy regular** durante el transcurso de las semanas (entre 9 y 12).

Contrariamente a lo que esperábamos, **el comportamiento de los diferentes usuarios/as también se ha mantenido bastante estable**, salvo contadas excepciones. Quiero decir con ello que, los participantes que desde el principio se mostraban más dinámicos, activos y participativos se mantuvieron de esta forma todas las sesiones, frente a aquellos, cuyo grado de deterioro cognitivo era mayor, que, a pesar de estar siempre presentes no solían participar activamente en las diferentes actividades.

Se respetó en todo momento la libertad de participación en las sesiones, no obstante, con este conjunto de usuarios/as menos participativos fuimos descubriendo, mediante la observación y puesta en común del grupo de voluntarias, las dinámicas que más les inclinaban a participar e interactuar con el conjunto del grupo y se trató de incidir en ellas.

En base a las orientaciones de mi tutora Martina Pérez, se reorientaron los objetivos iniciales hacia aspectos menos teóricos frente a aquellos más activos en lo que respecta a los participantes, entre ellos:

- Potenciar el uso de los sentidos mediante el uso de actividades lúdicas (vista, oído y tacto principalmente)
- Estimular la interacción y participación
- Hacerles sentir bienestar físico y psicológico
- Potenciar la creatividad y la estimulación sensorial trabajando habilidades y destrezas manuales

Sin duda, esta nueva orientación hizo mucho más operativo y factible nuestro trabajo y podría afirmar, en base a la experiencia que los objetivos, en general, han sido cumplidos:

- La participación ha sido elevada, en general, la mayor parte del tiempo.
- Aunque en momentos era difícil, se ha conseguido un nivel aceptable de atención.
- Se han trabajado todas las áreas planteadas, con éxitos destacables (aumentaron por ejemplo la comunicación con las gerocultoras y la interacción entre ellos/as fuera de las sesiones).
- Las apreciaciones verbales y el lenguaje gestual de los y las participantes reflejaban bienestar con las actividades y nuestra presencia (mostraban interés durante la semana por el día de la sesión)
- En el transcurso de las actividades se observaba una mejora sustancial del estado de ánimo y autoestima. En las primeras sesiones era habitual que algún participante rompiera a llorar, hecho no observado en las últimas. Los momentos de risa, alegría y espontaneidad fueron aumentando progresivamente, constituyendo este un indicador claro de contribución al aumento de su calidad de vida.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- AIGUABELLA, J. y GONZALEZ, M. (1996) *Análisis de necesidades de personas adultas con grave discapacidad*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- BETES DE TORO, M. (2000) *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Morata.
- BUSMAYOR, C. (2005) *Desde el Alzheimer. Un relato testimonial*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- MARTÍN CARRASCO, M. (2004) *La enfermedad de Alzheimer. Un trastorno neuropsiquiátrico*. Barcelona: Psiquiatría Ediciones.
- PEREZ SERRANO, G. (2006) *Elaboración de Proyectos Sociales. Casos prácticos*. Madrid: Narcea.
- PEREZ SERRANO, G. (2006) *¿Cómo intervenir en personas mayores?* Madrid: Dykinson.
- SARRATE CAPDEVILA, M.L. (2006) *Atención a las personas Mayores. Intervención práctica*. Madrid: Universitas.
- SUBIRATS, J. (2000). *La vejez como oportunidad*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- ROY MILLÁN, P. y RUIZ IDIAGO, J. (2004) *Recomendaciones terapéuticas en las complicaciones psiquiátricas y conductuales de la demencia*. Barcelona: Prous Science.