

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación



TRABAJO FIN DE GRADO

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:

**DEMENCIA Y PERSONAS MAYORES: ESTIMULACIÓN
COGNITIVA COMO BASE TERAPÉUTICA**

Grado en Pedagogía

Curso 2021/2022

Autora: Paloma Virués de Segovia Vargas

Tutora: Laura Lara Vázquez

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	4
1. MARCO TEÓRICO	6
1.1. Adulto mayor	6
1.1.1. Conceptualización y aspectos demográficos	6
1.1.2. Mitos y estereotipos	6
1.1.3. Tipologías	7
1.2. Vejez	8
1.2.1. Conceptualización	8
1.2.2. Cambios físicos, psicológicos, socioafectivos y cognitivos	9
1.3. Demencia	10
1.3.1. Conceptualización	10
1.3.2. Tipos de demencia más comunes	12
1.3.3. Fases y síntomas	13
1.4. Procesos cognitivos	15
1.5. Intervenciones terapéuticas	17
2. OBJETIVOS	19
2.1. Objetivo general	19
2.2. Objetivos específicos	19
3. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	19
3.1. Participantes	19
3.2. Metodología	20
3.2.1. Metodología de la investigación	20
3.2.2. Metodología de la intervención	20
3.3. Temporalización	21
3.4. Sesiones	21
3.5. Instrumentos	28
3.6. Análisis de datos	29
4. RESULTADOS	30
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	39

RESUMEN

El proyecto de intervención presentado, “Demencia y personas mayores: estimulación cognitiva como base terapéutica”, está enfocado al sector poblacional de las personas adultas mayores que sufren demencia. Según los datos recogidos por la OMS, esta enfermedad afecta actualmente a 47 millones de personas, lo cual protagonizará un aumento masivo con el paso de los años. La población más afectada por esta es aquella perteneciente al sector comprendido entre los 80 y 90 años.

Como terapia ante ello, se ha optado por la realización de un estudio preexperimental, en el cual se lleva a cabo un programa de intervención destinado a la estimulación cognitiva de esta población, siendo demostrada su eficacia por estudios previos. El objetivo principal, es ofrecer la oportunidad a los sujetos afectados de ralentizar el deterioro y detrimento de las principales áreas cognitivas. En el presente estudio participaron cuatro personas, siendo desarrolladas a lo largo del mes de marzo un total de seis actividades de las planteadas en determinadas sesiones, a través de una metodología activa-participativa.

Finalmente, se concluye que la intervención propuesta resultó ser efectiva, ya que las áreas trabajadas sufrieron un ligero desarrollo por parte de los sujetos participantes, además de recibir gran aceptación por estos.

Palabras clave: personas adultas mayores, demencia, terapias no farmacológicas, estimulación cognitiva, Pedagogía.

ABSTRACT

The intervention project presented, “Dementia and the elderly: cognitive stimulation as a therapeutic basis”, is focused on the population sector of older adults suffering from dementia. According to data compiled by the WHO, this disease currently affects 47 million people, which will lead to a massive increase over the years. The population most affected by this is that belonging to the sector between 80 and 90 years.

As a therapy for this, a pre-experimental study has been chosen, in which an intervention program is carried out aimed at cognitive stimulation of this population, its effectiveness being demonstrated by previous studies. The main objective is to offer the affected subjects the opportunity to slow down the deterioration and detriment of the main cognitive areas. Four people participated in this study, with a total of six activities proposed in certain sessions being developed throughout the month of March, through an active-participatory methodology.

Finally, it is concluded that the proposed intervention turned out to be effective, since the areas worked on suffered a slight development by the participating subjects, in addition to receiving great acceptance by them.

Key words: the elderly, dementia, non-pharmacological therapies, cognitive stimulation, Pedagogy.

INTRODUCCIÓN

La presente propuesta de intervención, se encuentra principalmente enfocada al sector poblacional de la adultez tardía, más concretamente a aquel sector que comprende edades de sesenta y cinco años en adelante y el cual padezca alguna enfermedad de carácter demencial, lo cual provoque un deterioro cognitivo leve, moderado o avanzado (Laguado et al., 2017).

Debido a los diferentes avances científicos de la sociedad actual, se hace cada vez más patente la existencia de una mayor longevidad en la población. Es el sexo femenino el cual ha experimentado un aumento en lo referido a la esperanza de vida: en 2005 la esperanza de vida media se situaba en 83 años, habiendo esta acrecentado en los últimos años hasta situarse en 2015 en 85 años y, en 2019, en 87 años (INE, 2022). Esta situación implica una necesidad directa de reconfortar y asegurar el bienestar y envejecimiento activo de las personas adultas mayores (CEAFA, 2019).

Esta mayor esperanza de vida ha propiciado que la población de la adultez tardía se trate de una etapa en la que no se percibe un patrón único de transformaciones, dando esto lugar a una población diversa y variada en cuanto a características. Por una parte, se hallan personas las cuales toman el envejecimiento como una etapa de transformaciones sociales y personales, donde la actividad y la ilusión toman las riendas de su vida para conseguir nuevas metas que la disposición de tiempo libre a esa edad les competen. Por otra parte, en contraste con estas personas, es posible encontrar otras pertenecientes a este sector poblacional en cuyo progreso evolutivo se ven implicadas transformaciones físicas y desgastes degenerativos producidos por algún tipo de enfermedad como la demencia (Lastra, 2008).

La demencia se trata de una enfermedad que cada vez afecta más a la vejez, y la cual no solo incide en la pérdida de niveles de capacitación cognitiva de la persona, sino que, a su vez, provoca cierta incapacitación en cuanto a habilidades en las personas que lo padecen, produciendo esto así una disminución de autonomía en estas (CEAFA, 2020). Como afirman Ayuso et al. (2007), la demencia es una de las principales enfermedades que provocan dependencia para la realización de actividades básicas relacionadas con la vida diaria, registrándose que un 40% de las personas que la padecen presentan una nula autonomía.

Puesto que, actualmente, no existe una cura exacta y científica que dé solución a este tipo de enfermedad, es necesario implementar intervenciones y tratamientos terapéuticos que, en cierta manera, moderen los daños cognitivos y, por consiguiente, los daños emocionales, que el padecimiento de esta enfermedad puede llegar a producir. Estos tratamientos deben ser implementadas con el objetivo de optimizar el bienestar y calidad de vida de los y las pacientes (Crespo et al., 2011).

Existen diversas vías a través de las cuales abordar la demencia; sin embargo, aquellas que más beneficios positivos integran tanto en aspectos emocionales y comportamentales como en aspectos relacionados con el desarrollo de habilidades, son las Terapias No Farmacológicas, (TNF Ceballos, 2017). Según Rodríguez (s.f.), estas terapias fueron desarrolladas en los años sesenta y definidas por el *International Non-pharmacological Therapies Project* como “una intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre la persona enferma o la persona cuidadora y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (p. 14). Entre las terapias no farmacológicas más conocidas se encuentran la musicoterapia, la danzaterapia, la gerontogimnasia o la estimulación cognitiva, entre otras varias (DomusVi, 2021).

En este caso, en este proyecto de intervención, será utilizada la estimulación cognitiva como medio través del cual ralentizar el deterioro cognitivo de las personas que padecen demencia. A su vez, indirectamente, se espera que esta terapia de lugar a beneficios positivos en sus niveles de autonomía, produciendo esto asimismo una mejora en el estado de ánimo y en la autoestima de estas.

Para ello, se establecerán actividades que traten las diversas áreas que son afectadas en el caso de padecer algún deterioro cognitivo; es decir, se ofrecerán actividades a través de las cuales trabajar las áreas principalmente dañadas, como son la memoria, la orientación, el lenguaje y el cálculo (Jara, 2007). Todas ellas serán desarrolladas aportando un enfoque diferente al tradicional, a través de metodologías activas y participativas que inciten a los y las pacientes a sentirse motivados a lo largo de todo el proceso y, sobre todo, acompañados en todo momento. El objetivo principal de la implementación de metodologías innovadoras y creativas, es incidir notablemente en la progresión de estos en cuanto a desarrollo cognitivo y obtener resultados significativos en la deceleración de la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, la demencia constituye un grave problema de salud y, por tanto, es uno de los retos del siglo XXI por el gran impacto que presenta en la sociedad (WHO, 2012). La causa principal de ello, es la elevada cifra de personas registradas que sufren esta enfermedad en los últimos años a nivel mundial: en 2010 existían 35.6 millones de personas, y, en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen 47 millones de personas afectadas por demencia, proveyéndose que para 2030 se alcancen aproximadamente los 75 millones, llegando a 132 millones en 2050 (Cuello, 2017). A estos datos, cabe añadirle otro más alarmante, y es que, según estudios, cada cuatro segundos se da un nuevo caso de demencia en el mundo (WHO, 2022).

En España las cifras en cuanto a padecimiento de demencia siguen al alza al mismo ritmo que a nivel mundial, siendo registrados alrededor de 700.000 personas mayores de 40 años, lo cual llegará a alcanzar los dos millones en 2050. Más concretamente, según el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023), existe una prevalencia mayormente en los mayores de 90 años, registrando este sector poblacional un 39,2%, seguido de la población de edades comprendidas entre los 85 y 89 años representando un 20,1% y aquellas desde los 80-85 años, representando un 12,1%; a estos porcentajes de padecimiento de demencia, se unen las edades de 75-79 años (6,9%), 70-74 años (3,4%) y, por último, representando un porcentaje menor, se encontrarían las edades de 65-69 años (1,7%) y las edades de 40-65 años (0,05%). En cuanto al sexo, se puede afirmar que en España existe una incidencia mayor en mujeres que en hombres que sufren demencia, registrándose en 2017 un 30,8% de hombres, lo cual equivale a 136.286 hombres, frente a un 69,2% de mujeres, equivaliendo esto a un total de 305.623 con diagnóstico de carácter demencial (CEAFA, 2020).

Haciendo referencia en este caso a las diversas Comunidades Autónomas, Andalucía se trata de la región que presenta los índices más altos de personas con demencias, liderando el registro de casos con un total de 112.039, perteneciendo el 69,3% de los casos presentados a mujeres y el 30,7% a hombres. Esto representa un 1,3% de la población y un 25,4% del total de casos (CEAFA, 2020).

A pesar de estas preocupantes cifras que cada año se van incrementando y que van haciendo de la demencia un problema social, aún existe cierta insensibilización e incompreensión por parte de la sociedad, debiéndose en gran parte a la normalización que

a esta enfermedad se da, siendo entendida esta como una condición que va unida al hecho de envejecer (WHO, 2012). Además, según la organización Alzheimer's Disease International (ADI, 2019), cierto porcentaje de personas, el 25%, sostiene la idea de que es difícil hacer algo ante la prevención de demencia. Asimismo, según estudios, se llega a afirmar que el 30% aproximadamente de la población mantiene la creencia de que pocos son los médicos cualificados para el tratamiento de esta enfermedad (ADI, 2019).

Ante esta situación que, como se puede observar a través de los datos, incide principalmente en el sector poblacional más envejecido y, teniendo en cuenta la idea que parte de la población tiene en cuanto a la normalización de esta enfermedad, es necesario comenzar a actuar. Esta actuación, como bien propugna la OMS, debe comenzar a través de la promoción de una sociedad cercana y afable hacia la demencia, ya que una persona que padezca demencia puede llegar a vivir años si se le concede el respaldo que es debido y si se le permite así, por tanto, una optimización de su calidad de vida (WHO, 2012).

En este cambio al que hace referencia la OMS, puede contribuir varias ciencias, entre ellas la Pedagogía. Aunque esta principalmente está centrada en el ámbito educativo al ser entendida como un “conjunto de acciones que se llevan a cabo en el campo educativo, apoyadas en procedimientos y métodos que le dan sistematicidad al estudio de la problemática educativa existente en el ámbito de la enseñanza aprendizaje” (Rojano, 2008, p. 38), surge a su vez de esta la Pedagogía Gerontológica, a través de la cual sería relevante dar respuesta a esta situación.

La Pedagogía Gerontológica se trata de aquella destinada a las personas mayores, más concretamente centrada en la estimulación, apoyo y desarrollo de esta población, con el objetivo de incrementar el bienestar de estas (Lirio, 2008). Según García (2003), este tipo de Pedagogía, puede incidir en el desarrollo mental de la adultez tardía desde cuatro itinerarios: la cultura y la creatividad, haciendo referencia a actividades relacionadas con la música o la pintura; el escenario de la naturaleza, haciendo referencia al medioambiente como un espacio didáctico; el ocio como desarrollo festivo, haciendo alusión al juego; y, por último, el escenario del compromiso, haciendo referencia a que debe hacerse partícipe a los sujetos de una comunidad (Lirio, 2008).

Por tanto, tomando como referencia los datos de padecimiento de demencia y teniendo como base la Pedagogía Gerontológica, nace esta propuesta de intervención, siendo patente la necesidad de tratamientos de estimulación cognitiva que den respuesta a las

graves y crecientes deficiencias cognitivas que sufre, sobretodo, la población anciana. Esta estimulación, será desarrollada por medio de un enfoque dinámico que aúne los cuatro itinerarios que establecía García (2003); es decir, se desarrollará llevando a cabo actividades que propicien la formación de una comunidad y en las cuales el juego, la creatividad y la relación con el entorno estén presentes a lo largo del proceso.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Adulto mayor

1.1.1. Conceptualización y aspectos demográficos

La población que se engloba bajo el término conocido como adulto mayor, es referida, según la OMS, al sector perteneciente a una edad comprendida desde los 65 años en adelante (Laguado et al., 2017).

Como exponen Pérez et al. (2020), los datos estadísticos recogidos en el Instituto Nacional de Estadística (INE) muestran que en 2019 se registraba un total de 9.057.193 adultos mayores en España, suponiendo esto el 19,3% de las 47.026.208 personas en total. Sin embargo, extrapolar los datos a la región de Andalucía y tomando como referencia el INE, esta población ha ido sufriendo un incremento progresivo desde años atrás, registrándose en 2020 un total de 1.871.858 personas adultas mayores, mientras que en 2021 la cifra se alzaba hasta alcanzar 1.912.272 personas (INE, 2022).

Estas cifras podrían seguir progresando aceleradamente, por lo que, tal y como afirman Pérez et al. (2020), en 2068 el incremento de personas mayores podría alcanzar los más de 14 millones. Ante ello, otros autores se atreven a fijar cifras aún mayores, manifestando que será en 2050 cuando existirán 182.8 millones de personas pertenecientes a este sector poblacional (Arroyo et al., 2011).

1.1.2. Mitos y estereotipos

Ante el multitudinario grupo que conforman la población adulta mayor, existe una visión dualista. Esta visión está definida por los comportamientos sociales que son mostrados hacia este grupo: una parte de la sociedad desarrolla una visión positiva ante estos, mientras que otra parte opta por desarrollar ideas y creencias negativas (Vicente, 2011). Gran parte de la sociedad considera a estas como personas sabias que poseen una gran carga de influencia en la sociedad y que, por tanto, merecen recibir un gran respeto; sin embargo, otra parte, las considera como seres deficitarios y dependientes (Carbajo, 2009).

La diferencia principal radica en que, a través de una visión positiva, se logra obtener programas destinados a una adecuada protección y atención de este grupo poblacional; sin embargo, las visiones negativas generadas por la sociedad desembocan en la exclusión y discriminación social de este sector. Esta última visión ante un determinado grupo caracterizada por ser negativa, hace referencia al concepto de estereotipos (Vicente, 2011).

A esta imagen social que es construida sobre esta población mayor, son unidos una serie de mitos que añaden más connotaciones negativas a esta población. Entre los principales mitos, se encuentra el hecho de concebir esta como una etapa en la cual se fomenta el desarrollo de limitaciones en cuanto a habilidades memorísticas y actitudinales, teniendo esto como consecuencia una pérdida de interés por la vida y, por consiguiente, un aumento de la improductividad (IMSERSO, 2008).

Tanto mitos como estereotipos hacia esta parte de la sociedad, son englobados bajo el término edadismo, término acuñado en 1969 por Robert Butler (Medina, 2018), siendo dado cuando se producen “conductas que implican un trato no igualitario hacia los integrantes de un grupo de edad en virtud de pertenencia a ese grupo y es entendido como un proceso de estereotipia y discriminación en contra de la gente mayor, en razón a su edad” (Vicente, 2011, p. 138).

El hecho de que se produzcan estos comportamientos discriminatorios hunde sus raíces en que este sector comprende un prototipo de personas remoto a los prototipos impuestos en la sociedad actual. Sin embargo, es importante resaltar que no es correcto identificar a las personas mayores como un colectivo homogéneo, ya que cada persona presenta diversas formas de afrontar este ciclo, según el contexto social y su situación personal (IMSERSO, 2008).

1.1.3. Tipologías

La heterogeneidad por la cual se singulariza el grupo de edad de las personas adultas mayores, viene determinada por la existencia de dos tipologías referidas a este sector poblacional, dependiendo de la funcionalidad de sus capacidades, además de tener en cuenta el bienestar físico, social y emocional de estos (Hernández, 2014). Esta división de este sector según sus capacidades, proviene de la irrefutable idea de que todos los adultos mayores no desarrollan deterioro al mismo ritmo, ya que es cierto que comparten un ciclo vital y una serie de características, sin embargo, per se, cada uno posee sus

propias características intraindividuales que hace que esta etapa sea vivida de manera diferente por parte de cada persona (IMSERSO, s.f.).

A partir de esta idea, Hernández (2014) afirma que, por una parte, existen adultos mayores funcionales, siendo estos aquellos caracterizados por tener la capacidad de realizar actividades de la vida diaria sin presentar apenas dificultades y, por otra parte, en diferente escala, se sitúan los adultos mayores disfuncionales, presentando ciertas limitaciones para valerse de forma autónoma. Por tanto, en tanto que el adulto mayor funcional presenta una total independencia al poseer gran conciencia sobre su estado físico y emocional, además de una seguridad sobre él mismo, el adulto mayor disfuncional carece de independencia, siendo incapaz de crear un entorno seguro que satisfaga sus necesidades (Hernández, 2014).

1.2. Vejez

1.2.1. Conceptualización

El concepto vejez proviene del vocablo latín *veclus*, *vetulus*, lo cual viene a significar persona de mucha edad (Pinillos & Quintero, 2017). Las primeras definiciones de este término se sitúan en 1950 aproximadamente, donde varios autores concebían esta como una etapa caracterizada principalmente por la vulnerabilidad y la perceptibilidad, lo cual daría lugar al fin del ciclo de la vida (Ramos et al., 2009).

Basándonos en Martín (2000), desde esta perspectiva negativa de la vejez, emanan una serie de visiones: la vejez como deterioro, la vejez como ruptura y la vejez como dependencia estructurada o carga social. En cuanto a la primera de las visiones, hace referencia a la percepción de la vejez como una pérdida continuada en cuanto a aspectos físicos y psíquicos, como el desarrollo de problemas respiratorios y déficits cognitivos. En cuanto a la segunda visión, está unida a la Teoría de la Desvinculación social y a las Teorías del Rol, siendo referido esto al distanciamiento social que en la etapa de la vejez se da lugar y a la pérdida de roles y funciones sociales que las personas adultas mayores vivencian a lo largo de esta, produciendo todo ello una serie de consecuencias negativas en estos. Por último, en cuanto a la última visión, alude a la improductividad e inadaptación a los cambios y evoluciones por la que la sociedad caracteriza a la vejez, suponiendo esto una carga social (Martín, 2000).

Sin embargo, su concepción ha ido desarrollándose a lo largo de los años, dando lugar a un progreso en cuanto a su enfoque. En la actualidad, partiendo de este enfoque

deficitario, se ha ido logrando visionar la vejez desde un enfoque positivo, siendo este término definido de forma generalizada por el Ministerio de Salud y Protección Social como la representación de “una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano” (2022). A su vez, añade en esta definición la pluralidad de situaciones que puede englobar esta etapa, siendo este un ciclo heterogéneo que abarca necesidades, limitaciones y pérdidas, así como también fortalezas y ciertas oportunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Partiendo de esta visión que percibe la vejez desde una perspectiva más positiva, donde se tienen en cuenta las oportunidades y fortalezas que esta etapa ofrece a la población adulta mayor, autores como Moreno (2004) concibe esta como una etapa reflexiva, la cual no debe ser tomada como una enfermedad, sino que debe ser entendida como “un proceso multifacético de maduración y declinación, un proceso gradual, natural, universal e inexorable” (p. 188), donde se pueden dar tanto logros como fracasos, pero siempre gozando de los placeres que brinda.

Por tanto, según Villazán (2017), la visión que hace años se defendía en cuanto al concepto de vejez pertenecería al modelo del déficit, habiendo sufrido esta visión con el paso de los años un avance óptimo hacia un modelo de desarrollo, a partir del cual la vejez es vista como un ciclo que necesita de adaptaciones para su continuidad, como un momento de oportunidad para el desarrollo personal o como tiempo productivo destinado al ocio.

1.2.2. Cambios físicos, psicológicos, socioafectivos y cognitivos

Aunque la vejez no implique consecuencias negativas para el proceso vital del adulto mayor, el paso del tiempo hace que a lo largo de esta etapa se incremente la posibilidad de presentar cierta dificultad para llevar a cabo de forma autónoma determinadas actividades cotidianas (Pinillos & Quintero, 2017). Esta dificultad es producida por una serie de cambios estructurales internos y externos que dan lugar a alteraciones físicas, socioafectivas o cognitivas, entre las más relevantes, las cuales repercuten de forma directa en el adulto mayor (González & de la Fuente, 2014). Los diversos cambios presentados a lo largo de la vejez, son desarrollados dependiendo de las características personales de estos, además de la cultura y de sus características orgánicas (Ramos et al., 2009).

En primer lugar, en cuanto a los cambios físicos o fisiológicos que pueden ser producidos durante la vejez, se hace referencia a aquellos referidos a problemas cardiovasculares como infartos o esclerosis, problemas respiratorios, digestivos como la pérdida de movimientos provocando esto una mayor lentitud en la ingesta de alimentos, problemas óseos, musculares y articularios o, incluso, déficits relacionados con la vista y el oído o con el sistema urinario. En segundo lugar, este puede llegar a vivenciar una serie de cambios asociados a aspectos sociales: la vejez incentiva la sucesión de acontecimientos como la pérdida de seres queridos o el proceso de jubilación, lo cual disminuye la actividad social y las relaciones sociales de esta población, además de dar lugar a la sensación de cierta pérdida de afectividad por parte de la sociedad. Estos factores sociales influyen en la experimentación de cambios psicológicos por parte del adulto mayor, dando lugar a la proliferación de sentimientos negativos, como la depresión, la tristeza o la melancolía. Por último, y no menos relevante, se encuentran los cambios cognitivos, siendo estos los que más gravemente atañen a este sector poblacional; entre estos cambios cognitivos destacan los déficits memorísticos, atencionales o los referidos a la orientación y al razonamiento (González & de la Fuente, 2014).

En conexión con los cambios cognitivos, Moreno (2014) incide en la idea de las graves consecuencias que para la salud del adulto mayor este cambio supone: “el debilitamiento de la memoria, produce multitud de problemas como: dificultades de adaptación a la vida diaria, ansiedad y disminución de la autoestima” (p. 190). A todo ello, González y de la Fuente (2014), añaden algunas de las patologías que acarrea la deficiencia cognitiva, todas ellas relacionadas con las funciones cognitivas, como el Alzheimer o el Parkinson entre las más usuales, siendo estas asociadas a la demencia senil.

1.3. Demencia

1.3.1. Conceptualización

Los cambios o alteraciones psicológicas y cognitivas producidas durante la etapa de la vejez en los adultos mayores y que inciden en las capacidades de las personas para desarrollar actividades cotidianas, no se deben en sí al deterioro normal de las personas a lo largo de esta, sino que están causados principalmente por una enfermedad, denominada demencia (Ceballos, 2017). Haciendo referencia a esta idea, la OMS define la demencia como “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” (WHO, 2020).

Esta concepción actual del término demencia fue desarrollada a lo largo de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, proviniendo de una etimología latina formada por dos vocablos: primeramente por el prefijo “de”, lo cual significa ausencia, “mente” y, por último el sufijo “ia”, viniendo a significar condición o estado. Por tanto, según su etimología y de forma más generalizada y simplista, se trataría de un estado en el cual se da una pérdida de la mente (Custodio et al., 2018).

Ayuso et al. (2007), aseguran que se puede afirmar la aparición de esta enfermedad en el momento en el cual las alteraciones no son dadas únicamente referidas a la memoria, sino cuando, a su vez, se ve implicada también la afectación de otras áreas intelectuales como la orientación, el lenguaje o la abstracción, entre otras capacidades. A su vez, haciendo hincapié en esta variedad de funciones cognitivas en las cuales la demencia incide dañinamente, Iribarne et al. (2020) afirman que esta enfermedad hace referencia a “un síndrome clínico adquirido caracterizado por un déficit cognitivo múltiple que implica un deterioro significativo de la memoria y de otras funciones cognitivas en relación con el nivel de funcionamiento previo del individuo, afectando las actividades de la vida diaria del individuo” (p. 152).

González-Cosío (s.f.), añade a los daños memorísticos y al lenguaje, la afectación comportamental a la que da lugar la demencia debido a la presentación de confusiones y el deterioro referido al razonamiento. Además de estas afectaciones cognitivas, esta se caracteriza por la vulnerabilidad hacia factores estresantes físicos y psicosociales que las personas mayores las cuales padecen esta enfermedad sufren, haciendo esto incentivar el desarrollo del déficit intelectual. Asimismo, esta enfermedad fomenta la incentivación de cambios cognoscitivos como la afasia, apraxia, agnosia o capacidades relacionadas con las funciones ejecutivas (Esparza, 2005).

Actualmente, aunque no se trata de una enfermedad unida únicamente al sector poblacional de los adultos mayores, ya que esta puede ser padecida tanto por jóvenes como por las personas mayores (Esparza, 2005), existe un alto porcentaje de la población adulta mayor que adolece de esta enfermedad: “alrededor de 1,5% de las personas de 65-69 años padece algún tipo de demencia, prevalencia que aumenta exponencialmente con la edad (16-25% en los mayores de 85 años)” (Servicio Canario de la Salud, 2011, p. 73).

1.3.2. Tipos de demencia más comunes

Las formas en las que este alto porcentaje de adultos mayores pueden desarrollar la demencia pueden ser múltiples (CEAFA, 2020), dependiendo de las diferentes etiologías que sean interrelacionadas (Gil & Martín, 2007). La demencia se trata de un síndrome que, además de tener como síntoma central la afectación cognitiva en los sujetos, puede dar lugar al desarrollo de diversos síntomas neuropsiquiátricos (SNP), a partir de lo cual surgen varios tipos de demencia (Ahunca, 2017).

Una de las demencias neurodegenerativas principales y más relevantes existente es la Enfermedad de Alzheimer (EA), siendo debido al impacto que tiene en la sociedad, representando esta enfermedad el 70% de los casos de demencia (CEAFA, 2020). Este tipo de demencia, según Barrio et al. (2019), junto con la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y Otras Demencias (CEAFA), se trata de “una enfermedad degenerativa cerebral en la que se pierden neuronas, se produce el acúmulo de una proteína anormal (amiloide) y muestra lesiones características (placas seniles y ovillos neurofibrilares)” (2019, p. 10).

Existen dos tipos de Alzheimer dependiendo de la edad en la que aparezcan los primeros síntomas; por una parte, se encuentra el Alzheimer de aparición temprana debido a factores genéticos y, por otra parte, existe el Alzheimer de aparición tardía, el cual se da en personas mayores de 60 años (Aldeano, 2014). En cuanto a los síntomas, aunque según CEAFA (2020) la manifestación principal sea la degeneración de la memoria episódica, en ambos tipos de Alzheimer se representan síntomas claves, como pueden ser trastornos relacionados con el estado de ánimo, como la ansiedad o la depresión; la agitación, haciendo referencia a estados de agresividad o irritabilidad; y, por último, síntomas psicóticos, siendo algunos ejemplos de ello las alucinaciones y los delirios (Barrio et al., 2019). A su vez, también puede verse afectados una serie de aspectos como el lenguaje o las capacidades visoespaciales o visoconstructivas, además de las funciones cognitivas y las praxis (CEAFA, 2020).

Detrás de esta enfermedad demencial, se sitúa la conocida como demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson (EF), apareciendo sobre todo en la edad adulta (Martínez-Fernández et al., 2016), siendo ésta asociada a su vez con la enfermedad denominada demencia por cuerpos de Lewy (Ahunca, 2017). Aunque es caracterizada principalmente por la disminución progresiva de neuronas que provocan una menor cantidad de

dopamina en el organismo y lo cual incide en el movimiento (Federación Española de Parkinson, 2017), converge con la Enfermedad de Alzheimer en el hecho de que afecta a más de un punto cognitivo, como la atención o la función ejecutiva y visuoespacial (CEAFA, 2020). Además, al igual que esta enfermedad, la Enfermedad de Parkinson, aunque incide mayoritariamente en personas mayores de aproximadamente 60 años, puede ser manifestada en personas de 50 años (Hurtado et al., 2016).

De forma secundaria, existen otros tipos de demencia, como pueden ser las degeneraciones loburales frontotemporales. Se trata de la tercera enfermedad más común en las personas mayores, siendo la más popular la enfermedad de Pick (Ahunca, 2017); esta, a diferencia de las demás demencias, además de presentar disfunciones ejecutivas y cognitivas, presenta una serie de síntomas relacionados con la conducta: “impulsividad, rasgos antisociales, desinhibición, desprecio de las normas sociales, apatía, pérdida de iniciativa, cambios en la higiene y el vestido, conductas estereotipadas, obsesiones” (Ahunca, 2017, p. 54). Asimismo, se trata de una enfermedad que incide notablemente en la alteración del lenguaje (CEAFA, 2020).

1.3.3. Fases y síntomas

Aunque se dan varios tipos de demencias, todos ellos están caracterizados por sufrir determinadas etapas, según el nivel de avance de la enfermedad y los síntomas que sean desarrollados. En cuanto a los síntomas, de forma generalizada, son detectados algunos más comunes en la enfermedad de la demencia, resaltando la pérdida de memoria, disminución de la atención, dificultad para razones y tomar decisiones, desorientación, déficit asociado a la coordinación de movimientos de forma hábil, alteraciones conductuales y anímicas o indiferencia (González-Cosío, s.f.)

Sin embargo, teniendo en cuenta el hecho de que la demencia acontece de forma diversa en cada sujeto, pueden ser establecidas tres fases o etapas asociadas a esta, pudiendo ser incentivados unos síntomas u otros dependiendo de estas (Ceballos, 2017).

La primera de las fases de la demencia es conocida como fase temprana o inicial, siendo determinada por ser aquella que inicialmente se normaliza y suele ser ignorada, debido a que es confundida con el proceso de vejez (González-Cosío, s-f.). Según la OMS (2012), las personas con síndrome demencial experimentan una serie de síntomas durante esta fase, como puede ser el olvido ante acontecimientos próximos en el tiempo, dificultad a la hora de comunicarse al no saber encontrar un vocabulario adecuado para expresarse,

cierta pérdida de noción del tiempo debido a no saber situarse efectivamente en cuanto a días, horas, meses o años, además de presentar una disminución de niveles en cuanto a motivación y actividad llegando a presentar pérdida de interés o agresividad ante el desarrollo de determinados ejercicios. A todo ello, cabe añadir la desubicación en cuanto a espacios que es sufrida, incluso estando estos relacionados con entornos próximos a los afectados (CEAFA, 2020).

Ante la segunda etapa, la cual recibe el nombre de fase media, estos síntomas presentados evolucionan progresivamente hacia una mayor evidencia y limitación de las personas a las cual atañe (CEAFA, 2020). Con respecto a la primera de las fases, en esta segunda existe una involución debido al desarrollo de nuevos síntomas relacionados con su propio entorno, siendo un ejemplo de ello el olvido de nombres de personas inmediatas o la desubicación espacial dentro de su propio domicilio (WHO, 2020), lo cual conlleva este último aspecto al fomento de una actitud de deambulación por los propios afectados (Ceballos, 2017), además de llevar consigo esta fase el desarrollo de un mayor deterioro por la acción de repetición continuada de una serie de aspectos. Asimismo, se trata de una etapa en la cual se experimentan cambios en cuanto a la autonomía y a la independencia, al darse un deterioro de estas capacidades relevante, siendo debido esto a la incapacidad que presentan los sujetos para la realización de tareas de higiene o aseo personal y, requiriendo, por tanto, de ayuda externa (WHO, 2020).

Por último, en relación con la fase de evolución máxima en cuanto a deterioro provocado por la enfermedad de la demencia, se sitúa la fase avanzada o tardía. Como su propio nombre indica, se trata de una fase donde la dependencia e inactividad cobra especial relevancia, además del incremento de problemas referidos a la memoria y el deterioro físico (González-Cosío, s.f.). En cuanto al aspecto memorístico, este se torna hacia la gravedad, hasta tal punto de que los enfermos no reconocen a sus familiares, además de tornarse grave los cambios de comportamiento, siendo estos agresivos, o la dificultad referida a la movilidad, por lo que se incentiva la necesidad de una asistencia continua para llevar a cabo sus actividades diarias. Además de estos síntomas, la incontinencia se vuelve otro de los aspectos problemáticos para los enfermos de demencia que, unido a la dificultad para comer, indican el progresivo aumento del nivel de desgaste y deterioro físico y cognitivo de los sujetos afectados (WHO, 2020).

1.4. Procesos cognitivos

La demencia como proceso neurodegenerativo puede ser desarrollado a través de varios tipos y, aunque se caracterizan por presentar patologías y síntomas muy diversos según la fase, todos ellos convergen en que presentan uno de los síntomas más graves: el deterioro cognitivo. Este deterioro cognitivo incide directamente en las principales funciones o procesos cognitivos que conforman al ser humano (Fernández-Ballesteros, 2004).

Según Arriola et al. (2017), “la función cognitiva incluye una serie de dominios que pueden estar afectados en mayor o menor intensidad” (p. 11), siendo algunos de estos dominios que compete la cognición los que son nombrados por Vallejo y Rodríguez (2010): la capacidad para mantener la atención y concentrarnos en lo que les rodea, la habilidad de aprender y recordar información no usual, así como competencias referidas a la comprensión, expresión, razonamiento abstracto y a la ejecución de tareas. La afectación de estos dominios, se debe, en gran medida, a que el proceso de vejez da lugar a una mayor lentitud y una menor eficiencia por parte del funcionamiento de la cognición (Fernández-Ballesteros, 2004).

Aunque se considera que el área cognitiva clave afectada durante la demencia es la memoria, se ha dado lugar a una ampliación que incluye la afectación de múltiples áreas o procesos cognitivos (Amor & Martín, 2007). Por tanto, en primer lugar, se ven dañados una serie de funciones o procesos cognitivos principales, entre los que cabe destacar la memoria, la orientación, el lenguaje y el cálculo.

1. Memoria. Esta es entendida como “la capacidad de codificar, almacenar y recuperar de manera efectiva información aprendida o un suceso vivido” (NeuronUp, 2022). Se da la existencia de dos tipos de memoria principalmente, por una parte, la memoria episódica, haciendo referencia a experiencias vividas en un espacio y tiempo determinado y, por otra parte, la memoria semántica, refiriéndose a conocimientos generales (Martín, 2018).
2. Orientación y atención. Se tratan de funciones relacionadas con la falta de perseverancia ante una determinada tarea, debido a una tendencia a la distracción, además de estar relacionadas con la aparición de la desorientación, siendo esta generalmente temporal y, más adelante, espacial (Jara, 2007).

Mientras que la orientación temporal hace referencia al manejo de los días, meses, años y las diferentes festividades y estaciones que conforman estos, la orientación espacial se refiere al manejo de información básica sobre aspectos como de dónde proviene o a dónde va la persona en cuestión, entre otros (NeuronUp, 2022).

3. Lenguaje. Es referido a un área básica que tiene como objeto los procesos de codificación y decodificación y en la cual (NeuronUp, 2022), se pueden ver afectados varios aspectos, como la expresión coherente y correcta, la comprensión de ideas en un contexto determinado, el uso de un vocabulario variado (Martín, 2018), u otros procesos como la escritura, lectura o denominación (NeuronUp, 2022).
4. Cálculo. Concebida esta función o proceso cognitivo como la “capacidad para escribir, leer, comprender números y realizar cálculos aritméticos” (Jara, 2007, p. 8).

Además de estas áreas más relevantes y conocidas, existen otros procesos cognitivos que igualmente se ven afectados por enfermedades demenciales. Por una parte, existe un deterioro de las funciones ejecutivas, las cuales hacen alusión, según Martín (2018), a aquellos procesos cognitivos que son imprescindibles para poder llevar a cabo acciones de organización y planificación para así conseguir una serie de objetivos

Asimismo, esta área está relacionada con aspectos como la flexibilidad ante alteraciones o la capacidad de razonamiento relacionando diversas ideas para llegar a unas conclusiones y toma de decisiones, teniendo en cuenta sus resultados y posibles consecuencias (Martín, 2018). A todo ello cabe añadir, el hecho de que se trata de una de las áreas cerebrales que más afecta a la capacidad de autocuidado (Jara, 2007) y que, además, es una de las que primeramente sufren un declive por estar relacionada con los lóbulos frontales (Villalba & Espert, 2014).

Por otra parte, la demencia da lugar, a su vez, a un detrimento de funciones cognitivas como las praxias o las gnosias. En cuanto a las praxias, se trata de aquellos movimientos que son realizados para así llegar a conseguir un objetivo. Dependiendo de diversos factores, pueden darse varios tipos de praxias: praxias ideomotoras, siendo esta la capacidad para realizar un simple gesto intencionadamente; praxias ideatorias,

refiriéndose a la capacidad de manipulación de objetos, debiendo tener un conocimiento sobre las funciones de estos; praxias faciales, haciendo alusión a la capacidad de llevar a cabo movimientos gestuales con las diferentes regiones de la cara; y, por último, las praxias visoconstructivas, siendo esta la capacidad de realizar un dibujo a través de la organización de diversos movimientos (NeuronUp, 2022).

En cuanto a las gnosias, son entendidas como “la capacidad que tiene el cerebro para reconocer información previamente aprendida como pueden ser objetos, personas o lugares a través de nuestros sentidos” (NeuronUp, 2022). Según Fernández (2008), existen gnosias básicas como las gnosias táctiles, que consiste en la distinción entre determinadas texturas; gnosias auditivas, haciendo referencia al reconocimiento de diferentes sonidos; y las gnosias visuales, referidas a la identificación de colores. Además, afirma que se dan otra serie de gnosias más complejas, como las gnosias visuoespaciales, relacionadas con el reconocimiento de figuras geométricas (Fernández, 2008).

1.5. Intervenciones terapéuticas

El hecho de que aumente el deterioro cognitivo referido a estos procesos o funciones en los adultos mayores y la incidencia que perciben en cuanto al nivel de independencia y el nivel de calidad de vida, hace resaltar la necesidad de implementar, cuanto antes, programas destinados a intervenciones terapéuticas, teniendo esto como objetivo reforzar medidas para mejorar y ralentizar el debilitamiento de sus capacidades y optimizar, así, la calidad de vida (Vallejo & Rodríguez, 2010).

Teniendo en cuenta este objetivo principal de las intervenciones, pueden desarrollarse dos tipos de terapias: por un lado, terapias farmacológicas y, por otro lado, terapias no farmacológicas (Arriola et al., 2017). Las terapias farmacológicas, son aquellas en las cuales se hace uso de la comercialización y autorización de fármacos a través de los cuales paliar, en cierta manera, las diversas patologías de los sujetos que padecen algún tipo de demencia (Rodríguez, s.f.). Persiguiendo los mismos objetivos, pero a través de diferentes medios, se encuentran las terapias no farmacológicas (TNF): son referidas a intervenciones utilizadas desde los años 60 que pretenden incidir en la mejora de la calidad de vida de las personas con Alzheimer u otro tipo de demencia y, en las cuáles, no son utilizadas ningún químico (Servicio Canario de la Salud, 2011).

Estas últimas, según Ahunca (2017), en enfermedades como la demencia, son recomendadas para el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos (SNP), ya que han

sido demostradas grandes evidencias, estando encaminadas a modificar los síntomas que ciertos factores producen en el desarrollo de esta enfermedad. Entre las principales intervenciones, destinadas al paciente, se encuentran la musicoterapia, las terapias de reminiscencia y validación o la rehabilitación cognitiva (Ahunca, 2017). A estas terapias, se puede añadir otras varias no farmacológicas, como las terapias destinadas a la mejora de las actividades de la vida diaria (AVD) o aquellas destinadas a paliar los síntomas conductuales, además de otra terapia relevante y común como es el ejercicio físico (Servicio Canario de la Salud, 2011).

Sin embargo, entre las terapias no farmacológicas existentes, la estimulación cognitiva ha sido la que se ha propuesto como la que más apoyo de carácter empírico ha recibido, sobretudo, siendo aplicada al deterioro cognitivo no avanzado y a las demencias, además de al proceso de envejecimiento (Ruiz-Sánchez, 2012). La estimulación cognitiva, es definida por Villalba y Espert (2014) como:

El conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias) mediante una serie de situaciones y actividades concretas que se estructuran en lo que se denominan “programas de entrenamiento cognitivo” (p. 74).

Autores como Jara (2007), por su parte, añade la importancia y relevancia de la estimulación cognitiva para el ser humano, teniendo como finalidad principal fomentar sus potencialidades y, así, aminorar el deterioro o avance de determinados déficits, ya sean físicos o cognitivos.

Por tanto, para llevar a cabo estimulación cognitiva como base terapéutica para revitalizar capacidades y frenar, de algún modo, el deterioro cognitivo, se hace necesario el desarrollo de programas destinados a ello. Estos programas de intervención aluden “al conjunto de métodos y estrategias cognitivas que pretenden optimizar la eficacia del rendimiento de este tipo de pacientes, abarcando todos los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del sujeto” (Villalba & Espert, 2014, p. 83).

Un aspecto importante a resaltar, y el cual humaniza y ensalza el papel fundamental que juega la estimulación cognitiva para las personas mayores en cuanto a la protección de su integridad, es el siguiente hecho: esta, además de abordar lo cognitivo del ser humano, se

encarga de incentivar otros factores relevantes para las personas adultas mayores, como factores relacionados con la afectividad y con lo social (Jara, 2007).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Optimizar las principales capacidades cognitivas de las personas mayores que padecen algún tipo de demencia, incidiendo así, a su vez, de forma indirecta, en la mejora de la calidad de vida y en su bienestar personal.

2.2. Objetivos específicos

- Ayudar en la estabilización y ralentización de la evolución y progresión del deterioro cognitivo.
- Incentivar la regeneración de habilidades cognitivas inutilizadas.
- Evitar la desconexión con el entorno, impulsando el desarrollo de capacidades para la participación en la sociedad.
- Incrementar los niveles de observación, atención y concentración.
- Ejercitar la discriminación y percepción visual.
- Predisponer hacia el desarrollo de la capacidad de orientación.
- Mejorar la capacidad memorística, así como la capacidad de razonamiento.
- Reforzar la expresión escrita y las habilidades de lectoescritura.

3. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

3.1. Participantes

La propuesta ha sido destinada al sector poblacional de las personas adultas mayores con más de 65 años que padecen deterioro cognitivo producido por la enfermedad de demencia, en especial por Alzheimer.

En cuanto a la muestra de este sector con el cual esta ha sido desarrollada, se ha contado con la participación del centro de estancia diurna llamado “El hogar del abuelo”, situado en la localidad de Jerez de la Frontera (Cádiz). Se trata de un centro conformado por diversos profesionales, abarcando desde la Psicología o la Terapia Ocupacional, hasta la Enfermería y la Fisioterapia, el cual ofrece servicios variados a los usuarios de este.

Más concretamente, la muestra ha constado de cuatro personas, tres personas de género femenino y una de género masculino, de edades comprendidas entre los 80 y 90 años, con

una edad media de 87,7 años, cuyas características son similares, al compartir un deterioro cognitivo leve-moderado.

3.2. Metodología

3.2.1. Metodología de la investigación

En base al grupo seleccionado para la puesta en acción del proyecto, así como teniendo en cuenta sus características, ha sido utilizada una metodología pre-experimental. El presente proyecto se caracteriza por la selección de un único grupo de referencia (cuatro adultos mayores), sobre el cual el grado de control ha sido mínimo.

A su vez, partiendo de esta metodología, se ha seguido un diseño de tipo preprueba/posprueba con un solo grupo. Al grupo control, es decir, a los adultos mayores que han podido realizar las diversas actividades, se les ha aplicado una prueba previa para obtener conocimiento sobre sus capacidades cognitivas iniciales para así, posteriormente, administrar un estímulo, el cual ha sido la realización de estas actividades, como tratamiento o terapia para la mejora cognitiva de estos. Finalmente, se ha realizado una prueba final, con el objeto de ver cuál ha sido el resultado y el nivel de incidencia que este estímulo ha tenido sobre los sujetos.

3.2.2. Metodología de la intervención

A lo largo del desarrollo de la propuesta de intervención, para la mejora e incentivación de las capacidades cognitivas de los sujetos, se ha abogado en todo momento por el uso de una metodología activo-participativa. Además, teniendo en cuenta el ciclo vital para el cual las actividades han sido diseñadas, el constructivismo ha sido la base sobre la cual se ha asentado la presente propuesta, habiendo sido atribuido el protagonismo principal a este sector poblacional y habiendo instaurado un modelo no rígido ni tradicional. Esto ha permitido el desarrollo de los procesos cognitivos de estos de forma lúdica y dinámica.

Por medio de este modelo participativo que otorga el papel protagónico a los sujetos seleccionados, se ha pretendido además que la consecución de la tarea no sea el único fin por alcanzar, sino que se apoye la dignidad de los más mayores, tratando la incentivación de las capacidades de las personas en sí, más allá de la productividad o el rendimiento que estas hayan podido demostrar a lo largo de las sesiones. En definitiva, se ha tratado de hacer uso de metodologías motivadoras de actitudes positivas, donde ha primado el desarrollo de la valía de la persona y la cooperación frente al reconocimiento externo como meta y la competitividad.

Asimismo, cabe resaltar que han sido puestas en marcha estrategias afables y divertidas, para fomentar así la creación de un clima de respeto y aceptación mutua; estas, sobre todo, han ayudado a crear un ambiente inclusivo, en el cual se han tenido en cuenta los diversos ritmos de trabajos y las situaciones propias de cada sujeto.

3.3. Temporalización

El presente proyecto de intervención ha tenido una duración de un mes, abarcando el mes de marzo. Este ha sido trasladado a la realidad a lo largo de las cinco semanas que comprenden este mes. Sin embargo, solo se han realizado acciones cada miércoles de cada semana, con el objetivo de no abrumar demasiado a los sujetos, con los cuales es necesario mantener cierta flexibilidad por sus características.

La primera semana ha estado destinada a la realización de la prueba inicial o pre-test, a través de la cual se han evaluado las capacidades cognitivas de la cual partían los diferentes sujetos antes de iniciar el desarrollo de las actividades propuestas.

A partir de la segunda semana hasta la cuarta, ha sido cuando se ha dado el desarrollo de ciertas actividades del proyecto en el centro indicado, no pudiendo ser posible poner en práctica todas, debido a factores temporales. Por ello, fueron seleccionadas las más relevantes, siendo en total seis de estas. Estas seis actividades han sido realizadas de dos en dos cada miércoles, teniendo cada sesión una duración aproximada de noventa minutos (10:00h a 11:30h).

La última semana, ha servido para llevar a cabo dos acciones. Por una parte, se ha llevado a cabo la realización de la prueba final o post-test, para evaluar la efectividad de las actividades en el desarrollo cognitivo de los sujetos. Por otra parte, y, por último, se ha realizado una evaluación general de las actividades, habiendo sido esta cumplimentada por los sujetos, para ver así el nivel de aceptación que estas han tenido por parte de estos.

3.4. Sesiones

Sesión 1	
Actividad 1. Mi ficha personal	
Área: orientación	Duración: 20 minutos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la estabilización y ralentización de la evolución y progresión del deterioro cognitivo. • Incentivar la regeneración de habilidades cognitivas inutilizadas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar la desconexión con el entorno, impulsando el desarrollo de capacidades para la participación en la sociedad. • Predisponer hacia el desarrollo de la capacidad de orientación. • Mejorar la capacidad memorística, así como la capacidad de razonamiento.
Desarrollo	La actividad consistirá en la realización de una ficha introductoria en la cual el sujeto deberá recordar los datos personales más relevantes que se le vayan solicitando y plasmándolos en esta, como por ejemplo su nombre y apellidos, dirección, edad, profesión a la que se ha dedicado, nombre de los familiares más cercanos, entre otros varios aspectos (ver ejemplo en anexo 1). Esto ayudará al sujeto a adquirir una mayor orientación referida al espacio que le rodea.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas, mesas, lápiz y papel - Enlace para acceder a la actividad: Actividad 1
Actividad 2. El baúl de las imágenes	
Área: memoria	Duración: 30 minutos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la estabilización y ralentización de la evolución y progresión del deterioro cognitivo. • Incentivar la regeneración de habilidades cognitivas inutilizadas. • Evitar la desconexión con el entorno, impulsando el desarrollo de capacidades para la participación en la sociedad. • Mejorar la capacidad memorística, así como la capacidad de razonamiento. • Incrementar los niveles de observación, atención y concentración. • Ejercitar la discriminación y percepción visual.
Desarrollo	En la presente actividad se le dispondrá al sujeto de una serie de fichas con diferentes categorías gramaticales (deportes, verduras, cantantes, animales domésticos, ropa de invierno, ropa de verano, etc.) con varios huecos en blanco, donde deberá colocar y clasificar, según estas, las diversas imágenes de las que a su vez dispondrá con sus respectivos nombres en cada una de ellas (ver ejemplos en anexo 2).
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas y mesas - Enlace para acceder a la actividad: Actividad 2

Actividad 3. El arquitecto de palabras	
Área: lenguaje	Duración: 40 minutos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la estabilización y ralentización de la evolución y progresión del deterioro cognitivo. • Incentivar la regeneración de habilidades cognitivas inutilizadas. • Evitar la desconexión con el entorno, impulsando el desarrollo de capacidades para la participación en la sociedad. • Incrementar los niveles de observación, atención y concentración. • Ejercitar la discriminación y percepción visual. • Mejorar la capacidad memorística, así como la capacidad de razonamiento. • Reforzar la expresión escrita y las habilidades de lectoescritura.
Desarrollo	<p>Esta actividad consiste en la formación de palabras, pero en este caso de forma inusual, a través de la interpretación de colores.</p> <p>Un ejemplo de las formas de trabajar la formación de palabras, será a través de un cuadro de doble entrada, en el cual en el margen superior aparezcan letras y, en el margen izquierdo números, estando completos cada recuadro por diferentes sílabas. Más abajo, se le indicará al sujeto una serie de coordenadas (por ejemplo, B1 - D2), debiendo observar el cuadro superior y escribir las sílabas que corresponden a esas coordenadas, con las cuales deberá dar lugar a la formación de una palabra.</p> <p>Otro ejemplo será la aparición de una tabla superior, en la cual en la parte de arriba aparece una serie de colores y debajo de cada color una letra. Por tanto, más abajo, aparecerán una serie de colores y el sujeto deberá colocar debajo de cada uno la letra correspondiente a cada color, llegando así a la formación de palabras diversas.</p>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas, mesas, lápiz y papel - Enlace para acceder a la actividad: Actividad 3

Sesión 2	
Actividad 4. Observación orientativa	
Área: orientación	Duración: 30 minutos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la estabilización y ralentización de la evolución y progresión del deterioro cognitivo. • Incentivar la regeneración de habilidades cognitivas inutilizadas. • Evitar la desconexión con el entorno, impulsando el desarrollo de capacidades para la participación en la sociedad. • Incrementar los niveles de observación, atención y concentración. • Ejercitar la discriminación y percepción visual. • Predisponer hacia el desarrollo de la capacidad de orientación.
Desarrollo	<p>Dicha actividad consistirá en la cumplimentación de dos fichas para tratar la orientación espacial.</p> <p>En la primera de ellas, se le dispondrá en la parte superior de un cuadro con una serie de flechas en diferentes direcciones y colores y, más abajo, deberá colorear las flechas que aparecen según la dirección y lo establecido en el cuadro superior.</p> <p>En la segunda, aparecerá una tabla superior, donde aparecerá un número asociado a una imagen y, más abajo, aparecerán esas imágenes, por lo que el sujeto deberá indicar a qué números, según la tabla superior, corresponden esas imágenes (ver ejemplos en anexo 3).</p>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas, mesas, lápiz y papel - Enlace para acceder a la actividad: Actividad 4
Actividad 5. Castillos en el aire	
Área: memoria	Duración: 30 minutos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la estabilización y ralentización de la evolución y progresión del deterioro cognitivo. • Incentivar la regeneración de habilidades cognitivas inutilizadas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar la desconexión con el entorno, impulsando el desarrollo de capacidades para la participación en la sociedad. • Incrementar los niveles de observación, atención y concentración. • Ejercitar la discriminación y percepción visual. • Mejorar la capacidad memorística, así como la capacidad de razonamiento.
Desarrollo	La actividad consiste en emparejar fichas, pero añadiéndole algo peculiar: las imágenes serán visuales y estarán compuestas por tonos llamativos, por lo que ayudarán al sujeto a identificar la pareja. En este caso, se tratarán de una especie de castillos compuestos por triángulos y cuadros de diferentes colores, que deberán observar durante un tiempo para poder visualizar otra imagen la cual contenga las mismas figuras y cuyos colores sean idénticos.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas y mesas - Enlace para acceder a la actividad: Actividad 5
Actividad 6. Lectura comprensiva	
Área: lenguaje	Duración: 30 minutos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la estabilización y ralentización de la evolución y progresión del deterioro cognitivo. • Incentivar la regeneración de habilidades cognitivas inutilizadas. • Evitar la desconexión con el entorno, impulsando el desarrollo de capacidades para la participación en la sociedad. • Incrementar los niveles de observación, atención y concentración. • Ejercitar la discriminación y percepción visual. • Reforzar la expresión escrita y las habilidades de lectoescritura.
Desarrollo	En esta actividad se deberá cumplimentar dos fichas, cuyo objetivo es tratar la comprensión lectora del sujeto de forma inusual.

	<p>En la primera ficha, aparecerán diversos muñecos y, debajo de cada uno de ellos, una breve descripción sobre lo que cada uno debería llevar puesto. Una vez que el sujeto ha leído la descripción, deberá ser capaz de comprenderlo y poner sobre el muñeco lo que se le indica (ver ejemplos en anexo 4).</p> <p>En la segunda ficha, aparecerán una serie de frases de carácter simple y, más abajo, algunas preguntas breves referidas a estas que deberá contestar.</p>
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas, mesas, lápiz y papel - Enlace para acceder a la actividad: Actividad 6
Sesión 3	
Actividad 7. Referencias coloridas	
Área: orientación	Duración: 35 minutos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la estabilización y ralentización de la evolución y progresión del deterioro cognitivo. • Incentivar la regeneración de habilidades cognitivas inutilizadas. • Evitar la desconexión con el entorno, impulsando el desarrollo de capacidades para la participación en la sociedad. • Incrementar los niveles de observación, atención y concentración. • Ejercitar la discriminación y percepción visual. • Predisponer hacia el desarrollo de la capacidad de orientación.
Desarrollo	<p>En esta actividad, al sujeto se le dará una serie de plantillas que deberá observar y, a partir de las cuales, deberá disponer una serie de objetos coloridos, como pompones.</p> <p>La actividad consistirá en lo siguiente: al sujeto se le da una plantilla donde aparecen los pétalos de una flor de diferentes colores y, luego, se le da otra plantilla en blanco, donde deberá</p>

	colocar pompones de colores en la flor según la plantilla (ver ejemplos en anexo 5).
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas y mesas - Enlace para acceder a la actividad: Actividad 7
Actividad 8. ¡Vámonos de compra!	
Área: memoria	Duración: 30 minutos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la estabilización y ralentización de la evolución y progresión del deterioro cognitivo. • Incentivar la regeneración de habilidades cognitivas inutilizadas. • Evitar la desconexión con el entorno, impulsando el desarrollo de capacidades para la participación en la sociedad. • Incrementar los niveles de observación, atención y concentración. • Ejercitar la discriminación y percepción visual. • Mejorar la capacidad memorística, así como la capacidad de razonamiento.
Desarrollo	La actividad consistirá en disponer diferentes alimentos según el establecimiento donde se dé su compra. Para ello, el sujeto dispondrá, por una parte, de unas fichas donde aparecerán los diferentes establecimientos (farmacia, papelería, pescadería, etc.) y, por otra parte, dispondrá de imágenes de diferentes alimentos, debiendo colocar cada uno de estos en sus respectivos establecimientos de compra (ver ejemplos en anexo 6).
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas y mesas - Enlace para acceder a la actividad: Actividad 8
Actividad 9. Sílabas enlazadas	
Área: lenguaje	Duración: 25 minutos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la estabilización y ralentización de la evolución y progresión del deterioro cognitivo. • Incentivar la regeneración de habilidades cognitivas inutilizadas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar la desconexión con el entorno, impulsando el desarrollo de capacidades para la participación en la sociedad. • Incrementar los niveles de observación, atención y concentración. • Ejercitar la discriminación y percepción visual.
Desarrollo	En esta actividad, se dispondrá al sujeto de imágenes de diferentes objetos. Este deberá saber la denominación de cada imagen para así, posteriormente, unir cada objeto con otro objeto cuya sílaba inicial sea la misma.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas y mesas - Enlace para acceder a la actividad: Actividad 9

3.5. Instrumentos

En cuanto a la evaluación, han sido realizadas dos evaluaciones: por una parte, una evaluación sobre los usuarios, una antes del inicio del proyecto de intervención (pre-test) y otra tras su finalización (post-test); por otra parte, se ha dado lugar a una evaluación sobre el nivel de satisfacción que estos usuarios han mostrado hacia el desarrollo del proyecto. Para ello, han sido utilizados varios instrumentos.

Referente a la evaluación cognitiva tanto inicial como final de los usuarios, se ha recurrido al MEC de Lobo (Mini Examen Cognoscitivo de Lobo), un test de versión española cuyo origen fue dado en 1975 por autores como Marshal Folstein y Paul McHung, partiendo de la versión estadounidense Mini-Mental State Examination de Folstein (Lorente et al., 2009). Este consta de 13 ítems, a través de los cuales son observadas varias áreas: orientación (espacial y temporal), fijación, concentración y cálculo, memoria y, por último, lenguaje y construcción; cada una de estas llevan asignadas una serie de breves cuestiones con sus respectivas puntuaciones, las cuales son otorgadas a los sujetos dependiendo de la coherencia y lógica con la cual hayan respondido, siendo 35 la puntuación máxima que se puede obtener (ver en anexo 7). Esta puntuación determina el nivel de deterioro cognitivo que posee, considerándose una puntuación entre 35 y 30 como indicador de un estado cognitivo sin posesión de deterioro; sin embargo, es entre 23 y 19 cuando se da un indicador de deterioro leve y, de deterioro cognitivo grave, cuando se posee una puntuación menor de 18.

A su vez, para una obtención de mayores datos cognitivos sobre estos, ha sido empleado el Cuestionario del Estado Mental Breve de Peiffer (SPMSQ), formado por 10 ítems, los cuales estudian aspectos relacionados con la orientación, el cálculo o la memoria sobre hechos recientes o lejanos, con un valor de 1 punto cada pregunta (ver en anexo 7). Según los errores observados por parte de los sujetos, así es el nivel de deterioro cognitivo diagnosticado: de 3 a 4 errores determina un deterioro leve, de 5 a 7 errores un deterioro moderado y, de 8 a 10 errores, es cuando se considera que se posee deterioro cognitivo grave.

Por último, para la evaluación general del proyecto de intervención por parte de los usuarios, se ha construido como instrumento un cuestionario de satisfacción, compuesto por 8 ítems, los cuales han permitido denotar aspectos relevantes que ayuden a la búsqueda de propuestas de mejoras. Para ello, han debido marcar con una cruz, del 1 al 3, según el nivel de acuerdo que mantengan ante los ítems, siendo el 1 en desacuerdo y el 3 de acuerdo (ver en anexo 8).

3.6. Análisis de datos

Dados los datos de los que se han dispuesto, es decir, las puntuaciones y los aciertos que cada sujeto poseía antes y después del proyecto de intervención, la prueba estadística idónea para el estudio de estos datos ha sido t-student. Asimismo, teniendo en cuenta la existencia de dos datos por parte de cada uno de los sujetos en cada una de las pruebas, ha sido patente que se tratan de muestras relacionadas, por lo que la prueba empleada se ha tratado de t-student para muestras relacionadas.

El programa con el cual ha sido empleada dicha prueba estadística ha sido a través del programa de análisis IBM SPSS Statistics de la versión 28. Por medio de este, se ha podido proceder al análisis interpretativo de las tablas, enfocando principalmente este análisis en los datos referentes a las medias obtenidas en cada una de las pruebas.

Esta plataforma ha posibilitado por tanto la interpretación de los resultados finales obtenidos y, por ende, una evaluación de la significatividad que ha tenido en el desarrollo cognitivo de los usuarios la realización de las actividades del proyecto de intervención.

4. RESULTADOS

Por una parte, referente a la prueba MEC de Lobo y atendiendo a los resultados de las comparaciones de medias para muestras relacionadas que pueden ser observados en la tabla 1 y en la tabla 2, se ha mostrado que no existen diferencias significativas a nivel estadístico entre las puntuaciones obtenidas en la prueba antes de la intervención (M = 28.50, DE = 1.915) y la puntuación después de la aplicación de la intervención (M = 29.00, DE = 0.82), $t(3) = -0.58$, $p = 0.604$.

Tabla 1

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desv. estándar	Media de error estándar
Par 1	Puntuación inicial (pre-test)	28,50	4	1,915	,957
	Puntuación final (post-test)	29,00	4	,816	,408

Fuente. Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS.

Tabla 2

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas				t	g	Significación	
		Medi a	Desv. estánd ar	Media de error estánd ar	95% de intervalo de confianza de la diferencia Inferi or			Superi or	P de un fact or
Pa r 1	Puntuac ión inicial - Puntuac ión final	-,500	1,732	,866	- 3,256	2,256 ,57	- 3	,302	,604

Fuente. Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS.

Por otra parte, referente a la prueba Pfeiffer y observando tanto la tabla 3 como la tabla 4, se podría afirmar la inexistencia de resultados estadísticamente significativos antes de la intervención (M = 6.75, DE = 1.5) y después de la misma (M = 7.25, DE = 2.06), $t(3) = -1.73$, $p = 0.182$).

Tabla 3*Estadísticas de muestras emparejadas*

		Media	N	Desv. estándar	Media de error estándar
Par 1	Aciertos iniciales (pre-test)	6,75	4	1,500	,750
	Aciertos finales (post-test)	7,25	4	2,062	1,031

Fuente. Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS.

Tabla 4*Prueba de muestras emparejadas*

		Diferencias emparejadas					t	gl	Significación	
		Media	Desv. estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				P de un factor	P de dos factores
					Inferior	Superior				
Par 1	Aciertos iniciales (pre-test) - Aciertos finales (post-test)	-,500	,577	,289	-1,419	,419	-1,732	3	,091	,182

Fuente. Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS.

Por último, en relación con el cuestionario de satisfacción, podemos afirmar una valoración positiva por parte de los usuarios con respecto al proyecto de intervención desarrollado, observando en la tabla 5 una media, mediana y moda próximas al valor 3, lo cual significa que el nivel de satisfacción respecto a este ha sido bastante alto, siendo valorados los ítems positivamente por estos.

Los aspectos mejor valorados por los usuarios han sido la resolución y el apoyo recibido ante cualquier duda surgida (media = 3, mediana = 3, moda = 3) y, a su vez, las indicaciones que se han establecido antes del comienzo de las actividades propuestas

(media = 2.75, mediana = 3, moda = 3), así como el seguimiento que se ha dado a lo largo del desarrollo de estas (media = 2.75, mediana = 3, moda = 3).

Tabla 5

Estadísticos

	N		Media	Mediana	Moda
	Válido	Perdidos			
Indicaciones	4	0	2,75	3,00	3
Seguimiento	4	0	2,75	3,00	3
Resolucion_dudas	4	0	3,00	3,00	3
Tiempo	4	0	2,50	2,50	2 ^a
Variedad	4	0	2,50	2,50	2 ^a
Dificultad	4	0	2,50	2,50	2 ^a
Material	4	0	2,50	2,50	2 ^a
Utilidad	4	0	2,50	2,50	2 ^a

Fuente. Elaboración propia a través del programa estadístico SPSS.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La obtención de resultados finales, sirven como base a partir de la cual dar lugar a la discusión de varios aspectos que subyacen tras la puesta en práctica del proyecto de intervención.

Por una parte, a partir de estos resultados obtenidos, se puede establecer un contraste con respecto a la literatura científica en base a la cual se ha desarrollado la propuesta realizada. Como según establecía el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023), la demencia se trata de una enfermedad sufrida mayoritariamente por un sector poblacional de edades comprendidas entre 80 y 90 años, siendo esto corroborado por medio de los sujetos que han sido seleccionados para la participación en el proyecto, cuyas edades estaban comprendidas en este intervalo de edad.

En contraposición, un matiz que ha podido ser refutado es la existencia de ciertas limitaciones arraigadas a esta población de adultos mayores, procedentes de determinados prejuicios y estereotipos. A lo largo del desarrollo de las actividades propuestas, se ha podido observar que las limitaciones de estos sujetos es algo subjetivo, ya que el apoyo de un terapeuta o monitor que intercepte como guía en la tarea llega a suscitar motivación

en estos y, por ende, ímpetu por realizar un esfuerzo y demostrar así sus capacidades reales.

A su vez, en cuanto a la multitud de beneficios que aportan las terapias no farmacológicas como indicaba Ahunca (2017), es necesario destacar una serie de aspectos. En primer lugar, ha podido ser experimentado el carácter protector de la integridad de la persona al que Jara (2007) hacía alusión con respecto a este tipo de terapia: este programa, además de desarrollar ciertas capacidades cognitivas de los sujetos, ha sido capaz de ensalzar lo humano de estas personas, permitiendo el fomento de las relaciones interpersonales y la incentivación de valores como el respeto, la tolerancia y la cooperación. En segundo lugar, es cierto que la estimulación cognitiva, como aludían Villalba y Espert (2014), se trata de un tipo de tratamiento que puede dar lugar a una gran eficacia sobre síntomas neuropsiquiátricos, sin embargo, en este caso, los resultados obtenidos tras la aplicación de este no han sido realmente significativos a nivel estadístico. Esto, en gran medida, puede deberse al bajo número de participantes y a la necesidad de implementar una temporalización más duradera, a fin de obtener resultados algo más indicativos o reveladores que verdaderamente demuestren la eficacia del proyecto de intervención planteado.

En base a esta idea, se hacen patentes las limitaciones que han sido encontradas en su desarrollo. La escasez de tiempo para la implementación ha sido uno de los hándicaps más importante a resaltar, debido a que los destinatarios de dicho proyecto se tratan de un sector que reúne un compendio de características cognitivas que requiere de un tiempo más extenso para la realización de las actividades, lo cual les permita llevar a cabo un proceso más pausado y ordenado y, con ello, obtener beneficios cognitivos más notorios y una mayor consecución de objetivos fijados. Aun así y, a pesar de ello, a partir de los resultados del cuestionario final de satisfacción, se demuestra que este ha sido valorado positivamente por parte de la mayoría de los usuarios, haciendo resaltar el apoyo y la ayuda recibida en todo momento a lo largo del desarrollo del proyecto de intervención.

En resumen, la demencia, enfermedad a la cual se ha hecho alusión durante el estudio, es comúnmente desarrollada en la población más anciana, afectando a su integridad, no sólo psíquica, sino también emocional y social. La estimulación cognitiva, ha sido ofrecida como base terapéutica para incidir en ello, en sus carencias cognitivas e, irradiar así en estas personas, en la medida de lo posible, una mejor calidad de vida. Gracias a ello, se producirá, por ende, un mayor bienestar emocional y psicológico de estas a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahunca, L.F. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 51-58. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v46s1/0034-7450-rcp-46-s1-00051.pdf>
- Aldeano, A. (2014). *Proyecto de intervención cognitiva con enfermos de Alzheimer mediante terapia de orientación a la realidad* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/7325/TFG-G781.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alzheimer's Disease International (2019). *Informe Mundial sobre el Alzheimer 2019: actitudes hacia la demencia*. Londres: Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019-Spanish-Summary.pdf>
- Amor, M.S. y Martín, E. (2007). Deterioro cognitivo leve. *Tratado de geriatría para residentes*, (pp. 169-172). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J.A., Manzano, S. y Olazarán, J. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. https://www.semg.es/images/documentos/docs_varios/consenso_deterioro_cognitivo_leve.pdf
- Arroyo, M.C., Ribeiro, M., y Mancinas, S.E. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados: Historias, subjetividad y significados sociales*. Universidad Autónoma de Nuevo León. http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/Libro_la_vejez_y_sus_cuidados.pdf
- Ayuso, T., Ederra, M.J., Manubens J.M., Nuin, M.A., Villar, D., Zubicoa J. (2007). Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación de Atención Primaria-Neurología [Archivo PDF]. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia.pdf>
- Barrio, E., González, S., Pérez, M. & Pérez, L. (2019). Introducción. En CEAFA (coord.), *Programa de estimulación para personas con Alzheimer: una herramienta dirigida a los profesionales para el trabajo diario con personas con Alzheimer u otras demencias*. <https://www.ceafa.es/files/2019/09/programa-de-estimulacion-para-personas-con-alzheimer-1.pdf>
- Carbajo, M.C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24), 87-96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3282988>
- CEAFA (2019). *Programa de estimulación para personas con Alzheimer*. Seguros Santa Lucía. <https://www.ceafa.es/files/2019/09/programa-de-estimulacion-para-personas-con-alzheimer-1.pdf>
- CEAFA (2020). *Censo de las personas con Alzheimer y otras demencias en España*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <https://www.ceafa.es/files/2020/12/censo-alz.pdf>

- CEAFA (2020). *Entornos amigables y solidarios con las demencias. La desorientación y las demencias*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <https://www.ceafa.es/files/2021/01/folleto-01-desorientacion-1.pdf>
- Ceballos, M. (2017). *Terapias no farmacológicas en las demencias: abordaje desde la perspectiva enfermera* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11725/Ceballos%20Medina%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=4>
- Crespo, M., Hornillos, C., Bernaldo de Quirós, M. y Gómez, M.M. (2011). La evaluación de la calidad de vida en personas con demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(6), 319-324. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X11001740>
- Cuello, C. (2017). *Boletín de salud mental*. Demencia. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-demencia-salud-mental.pdf>
- Custodio, N., Montesinos, R. y Alarcón, J.O. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 81(4), 235-250. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmp/v81n4/a04v81n4.pdf>
- DomusVi (2021). *Terapias no farmacológicas* [Folleto]. <https://www.domusvi.es/wp-content/uploads/2021/06/Terapias-no-farmacologicas.pdf>
- Esparza, A.M. (2005). La demencia: diagnóstico y evaluación. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10(3), 6-13. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2005/rmq053b.pdf>
- Federación Española de Parkinson (2017). *Espacio Parkinson*. <https://www.esparkinson.es/wp-content/uploads/2017/10/1.1-CONOCE-LA-ENFERMEDAD-P%3%A1rkinson-causas-diagn%C3%B3stico-y-evoluci%C3%B3n.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros Multidisciplinares*, 6(16), 1-11. <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- Fernández, A.L. (2008). *Las Funciones Cerebrales Superiores*. http://www.grupopraxis.com.ar/novedades_files/Ficha%20de%20catedra-gnosias.pdf
- García, J. (2003). Lamentos y esperanzas. En *VII Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores, Políticas sociales, educativas y financiación de la formación universitaria de personas mayores y su proyección social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales- IMSERSO.
- Gil, P. y Martín, J. (2007). Demencia. *Tratado de geriatría para residentes*, (pp. 173-188). Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- González-Cosío, M. (s.f.). *Manual para el cuidador de pacientes con demencia. Recomendaciones para un cuidado de calidad*. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/03_manual_pacientesdemencia.pdf

- González, J. y de la Fuente, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 7(1), 121-129. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851791013.pdf>
- Hernández, A. (2014). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente*. Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC. https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf
- Hurtado, F., Cárdenas, M.A., Cárdenas, F. y León, L.A. (2016). La Enfermedad de Parkinson: Etiología, Tratamientos y Factores Preventivos. *Universitas Psychologica*, 15(5), 1-26. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15nspe5/v15nspe5a12.pdf>
- Iribarne, C., Renner, V., Pérez, C. y Ladrón de Guevara, D. (2020). Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. *Revista médica Clínica Las Condes*, 31(2), 150-162. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864020300134>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2008). *La participación social de las Personas Mayores*. IMSERSO. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/11005p_artsocialmay.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (s.f.). *Los mitos y estereotipos asociados a la vejez*. IMSERSO. <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s314informe.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Población por comunidades, edad (grupos quinquenales), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año*. Recuperado el 20 de enero de 2022, de <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=02002.px>
- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Evolución de la esperanza de vida al nacimiento por periodo*. Recuperado el 13 de febrero de 2022, de https://www.ine.es/jaxiPx/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_2/10/&file=d1g1.px
- Jara, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista cúpula*, 4-14. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>
- Laguado, E., Camargo, K.C., Campo, E. y Martín, M.C. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Revista Gerokomos*, 28(3), 135-141. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- Lastra, M. (2008). *Favorecer la autoestima desde la estimulación cognitiva* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. <https://www2.uned.es/intervencion-inclusion/documentos/Proyectos%20realizados/Monserrat%20Lastra%20Juan.pdf>

- Lirio, J. (2008). *La Gerontología educativa en España: realidad sociodemográfica y concepciones de aprendizaje de los alumnos de la universidad de mayores "José Saramago" de la sede de Talavera de la Reina de la Universidad de Castilla La Mancha* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/8315/1/T30671.pdf>
- Lorente, T., Olivera, F.J., Benabarre, S., Rodríguez, M., Solans, B. y Giménez, A.C. (2009). Rendimiento diagnóstico de los test cognitivos aplicados desde atención primaria. Concordancia y validez de los test de cribado. *Aten Primaria*, 42(4), 226-232. <https://core.ac.uk/download/pdf/82008488.pdf>
- Martín, A.V. (2000). Diez visiones sobre la vejez: del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo. *Revista de Educación*, 323, 161-182. <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:8de06f5e-86a8-4be0-8679-305240f0f625/re3231008918-pdf.pdf>
- Martín, V. (2018). *Terapias de estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14128/MartinHernandoV.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez-Fernández, R., Gasca-Salas, C., Sánchez-Ferro, A. y Obeso, J.A. (2016). Actualización en la Enfermedad de Parkinson. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 363-379. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-actualizacion-en-la-enfermedad-de-S0716864016300372>
- Medina, R. (2018). Vejez, envejecimiento y edadismo. En M.P. Rodríguez y T. Aguado (Eds.). *Representaciones artísticas y sociales del envejecimiento* (pp. 27-41). Dykinson.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022). *Envejecimiento y vejez*. Recuperado el 21 de enero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Moreno, J. (2004). Mayores y calidad de vida. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 4, 187-198.
- NeuronUp (2022). *Funciones cognitivas*. Recuperado el 24 de enero de 2022, de <https://www.neuronup.com/areas-de-intervencion/funciones-cognitivas/>
- Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato (2015). *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-738-consolidado.pdf>
- Pérez, J., Abellán, A., Aceituno, P. y Ramiro, D. (2020). *Un perfil de las personas mayores en España 2020: Indicadores estadísticos básicos* (Informe nº25). Envejecimiento en red. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Pinillos, Y. y Quintero, M.V. (2017). Envejecimiento y vejez: del concepto y la teoría de la funcionalidad del adulto mayor. *Ejercicio físico para la condición física*

funcional en el adulto mayor: Estrategia de intervención. Universidad Simón Bolívar.

Ramos, J., Meza, A.M., Maldonado, I., Ortega, M.P. y Hernández, M.T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 6(11), 47-56.

https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf

Rodríguez, N. (s.f.) Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos del deterioro cognitivo y los síntomas neuropsiquiátricos. *Neurología de la cognición y la conducta* (pp. 1-18). Médica Panamericana.

<http://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01414/Temario/M2T6/M2T6Texto.pdf>

Rojano, J. E. (2008). Conceptos básicos en pedagogía. *REDHECS: Revista electrónica de Humanidades, Educación y Comunicación Social*, (4), 36-47.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2717946>

Ruiz-Sánchez, J.M. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 2(32), 57-66.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0214460312000332>

Servicio Canario de la Salud (2011). *Manual de Actuación en las enfermedades de Alzheimer y otras Demencias*. <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-de-Actuaci%C3%B3n-frente-a-la-enfermedad-de-Alzheimer.pdf>

<https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-de-Actuaci%C3%B3n-frente-a-la-enfermedad-de-Alzheimer.pdf>

Vallejo, J.M. y Rodríguez, M. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 21(4), 153-157.

<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v21n4/comunicacion1.pdf>

Vicente, J.M. (2011). *Envejecimiento activo*. IMSERSO.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-libroblancoenvejecimientoactivo-01.pdf>

Villalba, S. y Espert, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Terapeia: estudios y propuestas en ciencias de la salud*, (6), 73-94.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5149523>

Villazán, M. (2017). "Envejecemos juntos": *Propuesta de intervención socioeducativa gerontológica* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Oviedo].

https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/42811/TFG_MirianVillazanRodriguez.pdf?sequence=3&isAllowed=y

World Health Organization (2012). *Demencia. Una prioridad de salud pública*. Organización Panamericana de la Salud.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=5772618CA2BCA20082D51CB4E91C6167?sequence=1

World Health Organization (2020). *Demencia*. Recuperado el 22 de enero de 2022, de

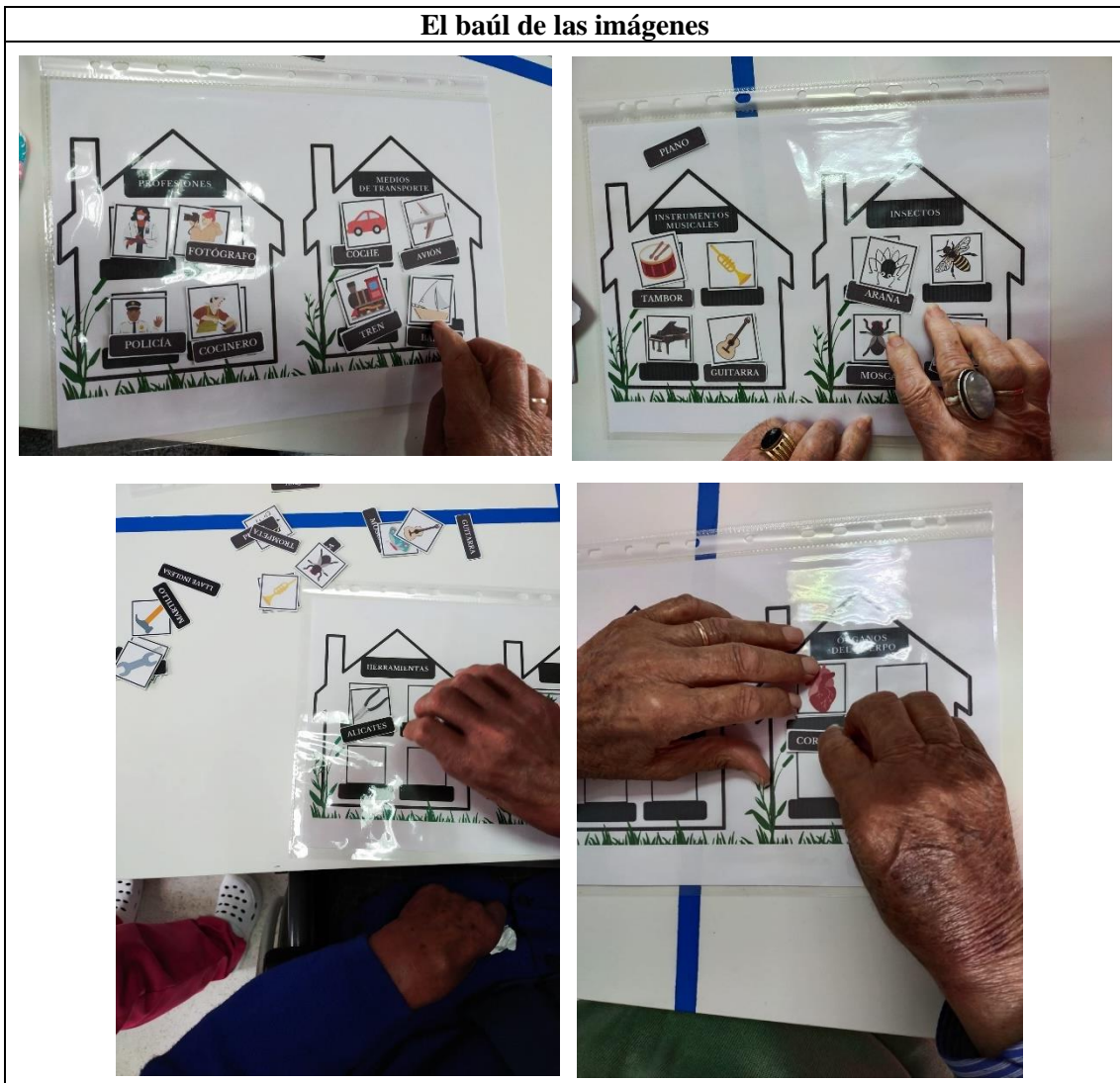
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

ANEXOS

Anexo 1. Imágenes ejemplificadoras de la actividad 1 (sesión 1)

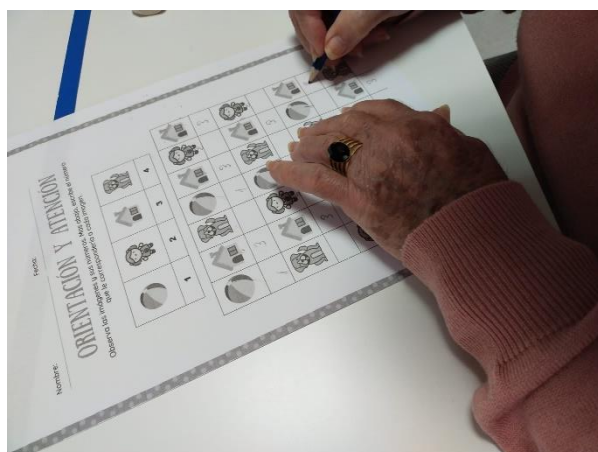
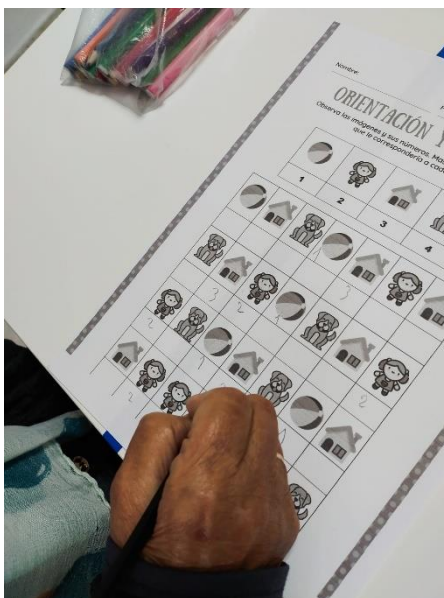


Anexo 2. Imágenes ejemplificadoras de la actividad 2 (sesión 1)



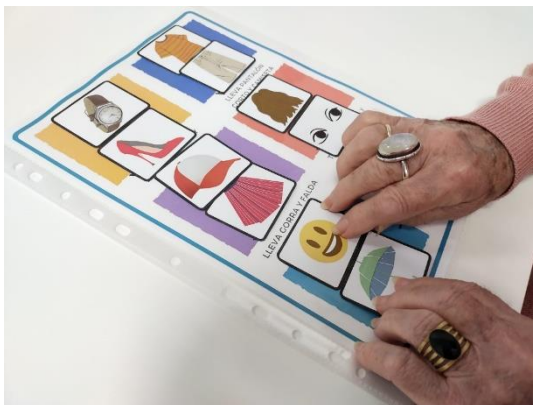
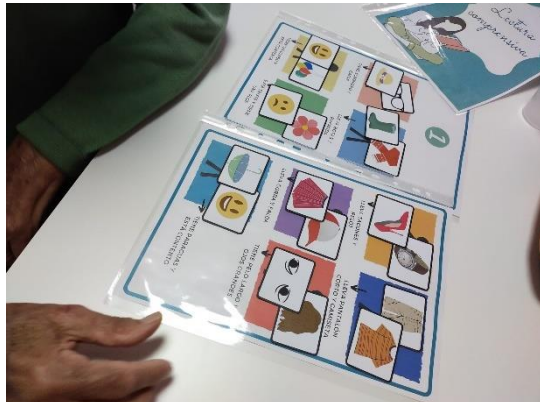
Anexo 3. Imágenes ejemplificadoras de la actividad 4 (sesión 2)

Observación orientativa



Anexo 4. Imágenes ejemplificadoras de la actividad 6 (sesión 2)

Lectura comprensiva



Anexo 5. Imágenes ejemplificadoras de la actividad 7 (sesión 3)

Referencias coloridas



Anexo 6. Imágenes ejemplificadoras de la actividad 8 (sesión 3)

¡Vámonos de compra!

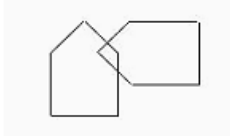


Anexo 7. Test de Lobo y Test de Pfeiffer

TEST ESCALA COGNITIVA - LOBO

Datos Residente:		
<u>Código:</u>	<u>Nombre:</u>	<u>Edad:</u>
<u>Nº Seg. Social:</u>	<u>JUNTA 65:</u>	

(De 0 a 5)	<u>ORIENTACIÓN:</u> Dígame el (día), (fecha), (mes), (estación) y (año).
(De 0 a 5)	Dígame la (residencia), (habitación), (ciudad), (provincia) y (país). No se permite decir la Comunidad Autónoma en el apartado de País.
(De 0 a 3)	<u>FIJACIÓN:</u> Repita estas tres palabras: Peseta. Caballo, Manzana. (Repítalas hasta que las aprenda)
(De 0 a 5)	<u>CONCENTRACIÓN Y CALCULO:</u> Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando?.
(De 0 a 3)	Repita estos números: 5-9-2. (Hasta que los aprenda). Después hacia atrás.
(De 0 a 3)	<u>MEMORIA:</u> ¿Recuerda las tres palabras que ha dicho antes?.
(De 0 a 2)	<u>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:</u> Mostrar un BOLIGRAFO. ¿Qué es esto?. Repetirlo con un RELOJ.
(De 0 a 1)	Repita esta frase: EN UN TRIGAL HABIA CINCO PERROS.
(De 0 a 2)	Una Manzana y una Pera son frutas. ¿Verdad?. ¿Qué son el Rojo y el Verde?. ¿Qué son el Perro y el Gato?.
(De 0 a 3)	Coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesas.
(De 0 a 1)	Lea esto y haga lo que dice. CIERRE LOS OJOS.
(De 0 a 1)	Escriba una frase. Debe ser escrita espontáneamente. Ha de tener sujeto, verbo y tener sentido. No se considera correcto que aparezca su nombre.
(De 0 a 1)	Copie el dibujo inferior. No valorar temblor ni rotación. Los 10 ángulos deben estar representados, y los dos pentágonos deben hacer intersección para puntuar un punto.



Observaciones:

RESULTADO TEST:
Firmado por el profesional

TEST ESCALA COGNITIVA - PFEIFFER

Datos Residente:		
<u>Código:</u>	<u>Nombre:</u>	<u>Edad:</u>
<u>Nº Seg. Social:</u>	<u>JUNTA 65:</u>	

(De 0 a 1)		¿ Qué día es hoy ? (Día, mes y año).
(De 0 a 1)		¿ Qué día de la semana es hoy ?.
(De 0 a 1)		¿ Cómo se llama este lugar o edificio ?.
(De 0 a 1)		¿Cuál es su número de teléfono ? (Si no tiene teléfono, preguntar la dirección).
(De 0 a 1)		¿ Cuantos años tiene ?.
(De 0 a 1)		¿ En qué fecha nació usted ?.
(De 0 a 1)		¿ Quién es el actual Presidente del Gobierno ?.
(De 0 a 1)		¿ Quién fue el Presidente anterior ?.
(De 0 a 1)		¿Cuál es el nombre completo de su madre ?.
(De 0 a 1)		Si a 20 le restamos 3 ¿ quedan ?. Restar de 3 en 3 a partir de 20.

Estudios del Residente:

Observaciones:

RESULTADO TEST:	ERRORES:	ACIERTOS:
-----------------	----------	-----------

Firmado por el profesional

Anexo 8. Cuestionario de satisfacción

	1	2	3
1. Se han dado indicaciones claras antes del comienzo de cada actividad.			
2. A lo largo de las actividades, se ha dado un seguimiento y apoyo por parte del profesional encargado del grupo.			
3. Las dudas surgidas ante las actividades se me han sido resueltas con rapidez y claridad.			
4. El tiempo dedicado a cada actividad ha sido el adecuado.			
5. Las actividades planteadas han sido variadas, por lo que no me han parecido monótonas.			
6. No he encontrado dificultad en la realización de las actividades.			
7. Se me ha dotado del material necesario en cada una de las actividades.			
8. Considero que las sesiones me han sido de utilidad.			