

TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA



**Propuesta de intervención
mediante talleres cognitivos,
sensoriales y emocionales aplicados
a enfermos de Alzheimer en un
Centro de día**

Curso académico: 2016-2017

Autora: Elena García Cañada 20903501-C

Tutora: Berenice Serrano Zárate

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------|----|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| MARCO TEÓRICO | 5 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| - JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO | 11 |
| - OBJETIVOS | 12 |
| ○ PRINCIPAL | |
| ○ ESPECÍFICOS | |
| MÉTODO | 13 |
| ○ PARTICIPANTES | |
| ○ INSTRUMENTOS | |
| ○ PROCEDIMIENTO | |
| RESULTADOS | 32 |
| DISCUSIÓN | 34 |
| CONCLUSIONES | 35 |
| BIBLIOGRAFÍA | 38 |

RESUMEN

La Demencia por enfermedad de Alzheimer se caracteriza por el deterioro crónico y habitualmente irreversible de la capacidad cognitiva. Además se suelen ver afectadas otras áreas como la personalidad, la emoción y la conducta social. Todo ello, dificulta el día a día de las personas afectadas por dicha enfermedad así como de sus familiares. Ante la inexistencia de un tratamiento farmacológico para la cura de la enfermedad, es importante la intervención multidisciplinar con el fin de enlentecer el deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida de los enfermos. La estimulación cognitiva ha sido la técnica más estudiada y apoyada, pero también han mostrado eficacia la estimulación sensorial y emocional en el tratamiento de enfermos de Alzheimer. El objetivo del presente trabajo fue desarrollar una propuesta de intervención mediante talleres de estimulación cognitiva, sensorial y emocional aplicados a enfermos de Alzheimer en un centro de día de Castellón. Participaron 42 usuarios del Centro de día diagnosticados con demencia tipo Alzheimer, encontrándose en diferentes etapas de la enfermedad. Los resultados mostraron mejoría del estado de ánimo, de capacidades cognitivas como la memoria autobiográfica y fluencia verbal, además de disminuir considerablemente las conductas agitadas y/o violentas. Los hallazgos sugieren la eficacia de la estimulación cognitiva, sensorial y emocional aplicada a enfermos con Alzheimer para enlentecer el deterioro cognitivo característico de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los mismos.

PALABRAS CLAVE (descriptores)

Demencias, Alzheimer, adultos mayores, intervención psicológica, rehabilitación cognitiva, estimulación sensorial y emociones.

ABSTRACT

Dementia due to Alzheimer's disease is characterized by chronic and usually irreversible deterioration of cognitive capacity. In addition, other areas such as personality, emotion and social behavior are often affected. All of these make the affected patients' and their relatives' daily lives difficult. In the absence of a pharmacological treatment for the cure of the disease, multidisciplinary intervention is important in order to slow cognitive deterioration and improve the quality of life of patients. Cognitive stimulation has been the most studied and supported technique, but sensory and emotional stimulation in the treatment of Alzheimer's patients have also shown efficacy. The purpose of this work was to develop a proposal for intervention through cognitive, sensory and emotional stimulation workshops applied to Alzheimer's patients in a day center in Castellón. Forty-two users of the day center, diagnosed with Alzheimer dementia, at different stages, took part in it. The results showed improvement of the state of mind, of cognitive abilities such as autobiographical memory and verbal fluency, in addition to considerably reducing agitated and / or violent behaviors. The findings suggest the efficacy of cognitive, sensory and emotional stimulation applied to Alzheimer's patients to slow down the cognitive deterioration characteristic of the disease and improve their quality of life.

KEYWORDS

Dementia, Alzheimer, older adults, psychological intervention, cognitive rehabilitation, sensory stimulation and emotions.

MARCO TEÓRICO

La demencia es un síndrome adquirido de carácter crónico y progresivo que causa un deterioro cognitivo acusado, no considerándose éste natural del proceso de envejecimiento de las personas. Así pues, afecta a diversas funciones cognitivas como: la memoria, el lenguaje, el pensamiento, el cálculo, la capacidad de aprendizaje y el juicio, manteniéndose un nivel de conciencia normal. Además de la cognición afecta a otras esferas de la persona como: la emoción, la personalidad, la conducta social y la motivación. Aproximadamente, unos 47.5 millones de personas a nivel mundial se ven afectadas por la demencia (OMS, 2016).

La demencia forma parte de los actuales trastornos neurocognitivos (NCD) del manual DSM-5 (2013). Así pues, bajo este concepto se agrupan una serie de trastornos que tienen como alteración principal el deterioro cognitivo. Dentro de los trastornos neurocognitivos (NCD) se encontrarán pues: el delirium, el *trastorno neurocognitivo mayor* (demencias y trastornos amnésicos) y el trastorno neurocognitivo leve (o ‘trastorno cognitivo no especificado’). Así pues, la novedad de este último manual de la APA, además del nuevo término empleado, es que para el diagnóstico de demencia no es necesario el deterioro mnésico, como ocurría en las ediciones anteriores, dando así la misma importancia a otras funciones cognitivas (APA, 2013).

La demencia puede ser causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, un ejemplo de ello es la enfermedad de Alzheimer, tratándose esta de la forma de demencia más común puesto que representa el 60-70% de los casos (OMS, 2016).

La enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez por Alois Alzheimer en 1907, por ello su nombre, y se trata de una enfermedad degenerativa primaria, cuya etiología es desconocida (aunque se cree que una posible causa podrían ser alteraciones genéticas) y, aunque su inicio suele ser gradual, causa un deterioro cognitivo continuo y progresivo.

Si bien la etiología de la enfermedad es desconocida, algunos factores de riesgo de la demencia por enfermedad de Alzheimer son: el envejecimiento, el sexo femenino, el bajo nivel educativo, tener altos niveles de colesterol o de proteína homocisteína, la diabetes, el estrés, la hipertensión y el tabaquismo, entre otros.

Aunque el curso de la enfermedad puede variar entre los diferentes casos, en la mayoría progresa lentamente de una forma homogénea y uniforme, pasando por las siguientes etapas durante una media de 8 a 10 años:

FASE INICIAL

Se trata de los 2-4 primeros años de la enfermedad, cuyo inicio suele ser insidioso y la característica principal es el deterioro de la memoria reciente, por lo que la persona comienza a tener ‘olvidos frecuentes’ en las tareas cotidianas, este sería el hecho más llamativo y característico de la demencia por EA. Empieza a perderse riqueza en el vocabulario y existe dificultad para encontrar la palabra (anomia). Es posible que el paciente sea consciente de su enfermedad. Pueden aparecer cambios en la personalidad, así como desinterés por las actividades diarias, alteraciones afectivas y depresión.

SEGUNDA FASE

Suele tener una duración de 3 a 5 años. En este periodo de tiempo, progresa el deterioro intelectual, apareciendo el síndrome afaso-apraxo-agnósico y el mnésico (aparece la amnesia retrógrada, a menudo solventada por el enfermo mediante la confabulación). De forma general se agrava la sintomatología existiendo una desorientación espaciotemporal muy acusada. Incluso puede aparecer sintomatología psicótica. El enfermo es incapaz de sobrevivir sin ningún tipo de supervisión.

TERCERA FASE

Se trata de la fase final de la enfermedad cuya duración es variable, hasta la muerte del enfermo. Todas las funciones cognitivas van deteriorándose hasta perderse. El enfermo acaba sin reconocerse a él mismo en un propio espejo, ni a sus más allegados. Empieza teniendo alteraciones en la marcha que pueden provocar múltiples caídas, hasta que acaba con apraxia de la marcha que imposibilita que camine. Se enlentece el lenguaje hasta llegar al mutismo. Incontinencia urinaria y fecal. En esta fase el enfermo necesitará ayuda para todas las actividades, suele terminar con el encamamiento del enfermo hasta su fallecimiento.

Los enfermos de Alzheimer tienen afectadas las zonas cerebrales temporales y parietales, por ello el importante deterioro de la memoria y del lenguaje característicos de la enfermedad. En algunos casos, también se ha visto afectación frontal y límbica por lo que en estos quedaría más afectada la personalidad y el área afectiva.

Neuropatológicamente, es característica la presencia de ovillos neurofibrilares en el interior de las neuronas de los enfermos, además de placas seniles o neuríticas ricas en amiloide, degeneración neurofibrilar y granulovacuolar. Todo ello unido a la atrofia cortical, la dilatación de los surcos y ensanchamiento de los ventrículos (Escobedo y Marroquín, 2017).

Por todo lo anteriormente comentado, podemos concluir que se trata de una enfermedad de las más incapacitantes al afectar seriamente a la funcionalidad diaria de las personas que la padecen, así como a sus allegados. Por ello, es necesaria una intervención tanto a nivel farmacológico como psicológico.

En cuanto a la intervención farmacológica, los inhibidores de acetilcolinesterasa han demostrado ser eficaces en el control temporal de los síntomas cognitivos – función mnésica –, repercutiendo pues en los conductuales y funcionales. Se trata de fármacos específicos para los enfermos de Alzheimer puesto que ponen solución a la característica baja actividad colinérgica cerebral que padecen los mismos. El primer anticolinesterásico comercializado que mostró eficacia en el tratamiento de la EA fue la Tacrina, pero actualmente muestra más relevancia el Donezepilo tratándose de un fármaco de nueva generación para el tratamiento de la misma (Sádaba et al., 2016). Además, a nivel sintomático se utilizan los neurolépticos atípicos (Risperidona), los antidepresivos IIRS y ansiolíticos.

Puesto que no existe en la actualidad un tratamiento farmacológico que implique la cura de la enfermedad, sino la disminución o retardo del deterioro cognitivo, resulta necesario y más efectivo un abordaje multidisciplinar, combinando la farmacología junto al tratamiento psicológico adaptado al paciente con Alzheimer con el fin de mejorar la sintomatología y con ello enriquecer su calidad de vida.

Siguiendo esta línea, la estimulación cognitiva, ha sido la intervención psicológica más estudiada e investigada hasta la fecha. Se ha demostrado que mediante su aplicación se ayuda a enlentecer el deterioro cognitivo, se reducen las alteraciones conductuales asociadas a la demencia y finalmente contribuye a mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes como de sus familiares (Calvo et al., 2010). Se basa en el entrenamiento de las capacidades preservadas con el objetivo de mantenerlas activas, fortalecerlas y retrasar lo máximo posible el deterioro de las mismas, ello mediante la aplicación de diversos ejercicios o técnicas estructuradas. También se persigue el aprendizaje de estrategias

compensatorias para poder hacer frente a los déficits cognitivos y funcionales. Además, actualmente están cobrando fuerza los estudios que muestran una mayor eficacia de la aplicación de la estimulación cognitiva mediante las nuevas tecnologías o TIC (Calvo et al., 2010).

Otro de los tratamientos dirigidos a las alteraciones cognitivas es la Terapia de Orientación a la Realidad (TOR) desarrollada en 1968 por Folsom. Aunque se centra básicamente en la desorientación temporo-espacial, también actúa sobre la memoria, el lenguaje, la comunicación y la interacción social. Mediante ésta se pretende reducir la confusión, desorientación y desconexión del medio del paciente. Aunque esta técnica ha demostrado mejorías importantes en la orientación, en los autocuidados, en la responsabilidad y participación social; solamente resulta eficaz en pacientes con deterioros iniciales, siendo ineficaz en personas con un grado de deterioro moderado o severo.

Así pues, se basa en la presentación de información relacionada con la orientación (tiempo, espacio y personal), lo que proporciona a la persona una mayor comprensión de su entorno, y por tanto produce un aumento en la sensación de control y la autoestima del mismo (Francés et al., 2003).

Por otra parte, la Terapia de Reminiscencia (TR) se apoya en el concepto ‘Revisión de la vida’ de los primeros trabajos de Butler en 1963, quien la describe como un proceso mental natural de la vejez, en el cual se traen a la conciencia experiencias pasadas y conflictos sin resolver. Así pues, en esta terapia se anima al paciente a recordar su pasado, fomentando el hecho de recordar y relacionando diversos acontecimientos, favoreciéndose al mismo tiempo la comunicación, el lenguaje y la memoria a largo plazo. Todo ello se puede facilitar mediante la presentación de diferentes materiales o estímulos al enfermo como pueden ser imágenes o sonidos que faciliten la aparición de recuerdos de su pasado.

Por otra parte, se encuentra la Estimulación Sensorial, se trata de actividades y ejercicios en los que el sujeto ejercita tanto sus habilidades cognitivas como sus sentidos, fomentando la interacción social. La técnica más relevante en este ámbito es la musicoterapia ya que se trata de una actividad lúdica mediante la cual se posibilita al enfermo, mientras éste pasa un buen rato cantando y bailando junto a otros pacientes, evocar recuerdos de su pasado, experimentar sentimientos y emociones placenteras,

revivir determinadas sensaciones, etc. Todo ello se traduce en una mejora del estado anímico del enfermo, en su autoestima, reducción de depresión y ansiedad, y en definitiva, una mejoría en la calidad de vida del mismo (Barcia-Salorio, 2009).

Por último, los Programas de Psicoestimulación se basan en programas de intervención más específicos e individualizados que combinan tanto actividades en grupo como otras individuales diseñadas en función del déficit que presente el enfermo. Un ejemplo de ello es el Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) de Tárrega. Así pues, se trata de programas que combinan las técnicas anteriormente citadas y que se aplican normalmente en los centros de día geriátricos y centros residenciales, aunque se empiezan a utilizar de forma ambulatoria (Barcia-Salorio, 2009).

Las personas con demencia por enfermedad de Alzheimer tienen grandes dificultades en su día a día al irse deteriorando de forma progresiva su capacidad cognitiva. Dicho deterioro cognitivo hace imposible el correcto manejo de sus actividades diarias sin una supervisión constante, llegando a ser necesaria una supervisión permanente. Esto hace que a menudo los familiares del enfermo se vean sobrepasados por la situación al no poder atender a su familiar –a menudo muy cercano, ya que suelen ser los padres – al no poder compaginar la supervisión y el cuidado con su vida laboral y personal. Por ello, existe la necesidad de que el enfermo acceda a un Centro de día (o una residencia en otros casos) para personas con demencia.

El acceso del enfermo en el Centro de Día suele provocar cierta disonancia en los sentimientos y emociones del familiar, ya que se producen sentimientos de abandono al mismo tiempo que se conoce la necesidad de una mejor atención por parte de profesional cualificado para el familiar con Alzheimer.

Así pues, los Centros de Día para personas con Alzheimer se trata de lugares con personal cualificado para acoger y ofrecer a los enfermos los cuidados y las prestaciones necesarias. Los mismos proporcionan una atención sanitaria y social con el objetivo de retrasar al máximo el desarrollo de la enfermedad neurodegenerativa y mejorar o mantener el grado de autonomía de la persona mayor, ayudándola a disfrutar de su tiempo libre y dar apoyo a la familia o los cuidadores que la atienden.

En los centros de día se imparten tratamientos multidisciplinares a los usuarios, formados por farmacología y terapias psicológicas combinadas, a menudo específicas e individualizadas, ajustadas a las necesidades de cada usuario. Los usuarios del centro

pasan allí todo el día, donde realizan diferentes talleres y actividades para retrasar y apaciguar el deterioro cognitivo producido por la enfermedad, actividad física para mantener a los usuarios activos, se atienden sus necesidades de aseo personal y nutrición básicas, se fomenta la interacción social, realizan actividades de ocio y tiempo libre, etc.

Por todo lo comentado es positivo el acceso del enfermo de Alzheimer a un Centro de Día, en el que pueda retrasar su deterioro y mejorar su calidad de vida al verse atendido por profesionales y recibir el tratamiento pertinente, tanto farmacológico como psicológico. Al mismo tiempo que facilita el día a día a la familia o las personas cuidadoras del enfermo, permitiéndoles compaginar el cuidado con otras esferas personales como la laboral, social y personal.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las características psicopatológicas de la demencia por Alzheimer hacen que se trate de una de las enfermedades más incapacitantes de la población anciana en la actualidad. Los enfermos, debido a su acusado deterioro cognitivo, padecen serias dificultades en la práctica de actividades de su vida diaria llegando a necesitar total supervisión para ello. Afectando todo lo comentado a otros aspectos personales como la personalidad, el juicio y las emociones, que se traducen a su vez en una peor adaptación vital al verse seriamente disminuida su capacidad para interaccionar con los demás.

Dado que no hay un tratamiento curativo para la enfermedad a día de hoy, las intervenciones actuales tienen por objetivo el enlentecimiento del deterioro progresivo característico de dicha demencia, la mejor adaptación social y personal por el mantenimiento de las capacidades preservadas y el retraso de los efectos perjudiciales de la enfermedad sobre el funcionamiento diario de la persona, con la consecuente mejora en la calidad de vida.

La bibliografía existente hasta la fecha avala el abordaje multidimensional como tratamiento para las personas enfermas de Alzheimer. Así pues, el tratamiento no farmacológico va dirigido a mejorar los síntomas afectivos y conductuales del enfermo para lograr un mejor rendimiento y adaptación del mismo. Dentro de esta área han recibido mucho apoyo por parte de los investigadores las estrategias cognitivas, la estimulación sensorial y la emocional, entre otras terapias.

Por todo lo anteriormente comentado, se propuso al centro desarrollar una propuesta de intervención mediante talleres de rehabilitación cognitiva, estimulación sensorial y emocional para enfermos de Alzheimer en un Centro de día en la ciudad de Castellón en el cual realicé mis prácticas universitarias. Puesto que en dicho recurso se carecía de un programa con las características comentadas, vi una buena opción adaptar un programa de talleres a las características tanto del centro como de los usuarios y poder llevarlo a cabo para ayudar con ello a la mejoría de calidad de vida de los mismos.

OBJETIVOS:

- Principal:

Desarrollo de una propuesta de intervención mediante talleres de rehabilitación cognitiva, estimulación sensorial y emocional para enfermos de Alzheimer en un Centro de día de Castellón.

- Específicos:

- Revisión bibliográfica sobre el estado del arte en las intervenciones en la enfermedad de Alzheimer, y sobre la eficacia de los programas de intervención mediante rehabilitación cognitiva, estimulación sensorial y emocional, existentes en la actualidad para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de los enfermos de Alzheimer.
- Desarrollar una propuesta de intervención.
- Valorar si tras la aplicación de la intervención mediante talleres, se producen cambios observables en los síntomas afectivos y conductuales de los usuarios del centro.

MÉTODO:

Participantes

Los participantes fueron los usuarios tanto del Centro de Día como de Residencia del Centro Gran Vía Grupo El Castillo de la ciudad de Castellón.

La muestra inicial estuvo formada por los 42 usuarios del centro, todos ellos diagnosticados de Alzheimer, de los cuales 31 (73,81%) son mujeres y 11 (26,19%) hombres. Sin embargo, no todos los usuarios se encuentran en la misma etapa de la enfermedad, por lo que no todos podían participar del mismo modo: por lo cual, finalmente se seleccionaron a solo 14 usuarios que presentaban deterioro cognitivo leve-moderado.

Instrumentos de evaluación

No se han empleado instrumentos estandarizados de evaluación puesto que no ha sido posible llevar a cabo una evaluación mediante entrevistas o pase de tests debido a las características y política del centro. Por dicho motivo, solo se ha realizado una evaluación mediante la observación del comportamiento de los usuarios antes y después de la intervención.

Los talleres se realizaron durante todo el mes de Febrero, estando programados cada uno para un día diferente y acoplándolos al horario de actividad del centro. Durante la propuesta de intervención, fueron observadas diferentes variables para poder comparar si tras la aplicación de la misma se ha producido algún tipo de variación y/o cambio en las mismas. La variable principal a observar fue indicadores observacionales de *bajo estado de ánimo* de los usuarios, ya que es frecuente el estado depresivo en las personas con Alzheimer. Estos indicadores fueron identificados mediante las siguientes señales visuales:

- Ausencia de sonrisa
- Caminar lento
- Postura cabizbaja
- Enlentecimiento y/o empobrecimiento del habla
- Ausencia o disminución del apetito, así como del sueño

También era visible la falta de *satisfacción con las actividades* que llevaban a cabo los usuarios, por lo que se observó también el estado anhedónico de los mismos durante y tras la realización de los diferentes talleres. Esto fue observado mediante los siguientes indicadores:

- Quejas sobre las actividades propuestas
- Negarse a realizar una actividad
- Desinterés durante la realización de las actividades
- Mal comportamiento durante la realización de las actividades

El *lenguaje* es otra de las funciones que se ve mermada en dicha demencia y que por lo tanto era observable en los usuarios del centro. Esto influye notablemente en la comunicación de los mismos, por lo que fue otra de las variables a observar, a partir de los siguientes indicadores:

- Anomia, dificultad para encontrar la palabra adecuada
- Dificultades en actividades de lecto-escritura (P.e. existencia de parafasias)
- Dificultad para mantener una conversación de forma fluida
- Dificultad a la hora de mantener los turnos en un debate/conversación

También es importante la *agilidad motora* de los usuarios ya que su deterioro afecta a su actividad diaria, por lo que esta fue otra de las variables analizadas considerando los siguientes indicadores:

- Dificultades al caminar
- Lentitud en los movimientos
- Existencia de apraxias

La *memoria y la capacidad cognitiva* de los usuarios también se va deteriorando como consecuencia de la demencia, por lo que es importante su evaluación para ver si tras la intervención se produce algún tipo de mejora, pero como anteriormente ya se ha comentado, no ha sido posible llevar a cabo una evaluación estandarizada; únicamente se observó algún tipo de mejoría observable en los usuarios respecto a dichas variables tras la aplicación de los talleres, partiendo de los siguientes indicadores:

- Dificultades en la realización de las diferentes actividades cognitivas (lectura, escritura, dibujo, etc)

- Dificultades en el reconocimiento de las personas cercanas a los usuarios tanto personal del centro como familiares.
- Dificultades relacionadas con la reminiscencia

Procedimiento

La intervención realizada estuvo fundamentada en una serie de talleres basados en la estimulación cognitiva, sensorial y, emocional, ya que tras documentarme sobre el tema tratado vi que habían recibido mucho apoyo literario y existían numerosas evidencias a cerca de su funcionamiento para el tratamiento de personas con demencia por Enfermedad de Alzheimer.

Tras la documentación y recogida de información pertinente propuse la idea de llevar a cabo la intervención a la responsable del área de Alzheimer del centro en el cual realicé mis prácticas, puesto que en el mismo se carecía de dicho servicio. Así pues, le pareció una buena idea tanto a la responsable del departamento –mi tutora- como a la directiva del centro, por lo que llevé a cabo el desarrollo de los diferentes talleres que forman la intervención propuesta.

Descripción de la intervención

| FICHA SESIÓN | | |
|---|----------------------------------|---|
| TALLER 1: <u>ESTIMULACIÓN SENSORIAL (VISUAL)</u> MEDIANTE EL VISIONADO DE UN DOCUMENTAL/PELÍCULA | | |
| Sesión: 1 | Fecha: 20/02/2017 (LUNES) | Profesional: Elena García Cañada |

| OBJETIVOS GENERALES |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Estimulación y trabajo de la capacidad sensorial visual, incrementando la sensibilidad y discriminación de la misma. - Aumentar la autoestima y el estado de ánimo. - Mejorar la calidad de vida. |

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimular la capacidad sensorial visual a través del visionado de una película/documental.
- Fomentar el recuerdo de acontecimientos remotos a través de la presentación de estímulos visuales que resulten familiares.
- Mejorar el estado de ánimo y autoestima de los usuarios/residentes a través de la presentación de los estímulos sensoriales que les ayuden a recordar recuerdos agradables de su vida pasada.
- Creación de un ambiente de seguridad para los residentes/usuarios, donde poder expresarse sin limitaciones.
- Mayor comprensión de la percepción sensorial del individuo.
- Mejor concentración e integración cognitiva.
- Interacción social y mejora de la comunicación de los usuarios del centro puesto que se trabaja en grupo.

JUSTIFICACIÓN

La integración sensorial es un proceso que se desarrolla desde el sistema nervioso central de una persona, el cual recoge toda la información del medio que lo rodea a través de los sentidos y la lleva al cerebro. Este detecta, ordena y jerarquiza las sensaciones percibidas, las cuales le ayudan al ser humano en su proceso de aprendizaje. Por tanto, a partir de las sensaciones y las percepciones se van formando los procesos superiores del conocimiento, la inteligencia y el lenguaje.

Las personas mayores con Demencia tipo Alzheimer pueden experimentar privación sensorial, lo que genera alteraciones en el pensamiento, la concentración, la orientación en el tiempo, la conciencia corporal, así como frecuentes quejas somáticas, dificultades para relajarse, ilusiones de tipo paranoide y reacciones emocionales tales como ansiedad. Esta problemática interfiere en la realización de las actividades de la vida cotidiana y dificulta las relaciones interpersonales con los cuidadores y la familia. Aunque esto es evidente en todas las etapas propias de la enfermedad, en el estado inicial la pérdida cognitiva, la necesidad de asistencia para algunas actividades instrumentales, las dificultades de coherencia del lenguaje, la sensación de irritabilidad y la hostilidad demandan una intervención que disminuya el avance del deterioro y promuevan la calidad de vida (Monsalve y Rozo, 2009).

La existencia de las dificultades anteriormente mencionadas se relaciona con la forma como las personas con Demencia tipo Alzheimer procesan los estímulos. Estudios como el realizado en

Rizzo et al. (1997), muestran cómo las dificultades en el funcionamiento sensorial limitan el procesamiento de las funciones superiores más altas y disminuyen la capacidad de responder cognitivamente a tareas de la vida diaria como leer, seguir una ruta, reconocer o localizar objetos. Por tanto, en la enfermedad de Alzheimer está presente no sólo el daño cognitivo, sino también, una pérdida progresiva en el procesamiento sensorial, que distorsiona la interpretación del estímulo y afecta la capacidad de producir una respuesta adaptativa.

La estimulación sensorial constituye el primer acercamiento al trabajo con la persona con Demencia. Su principal objetivo es incrementar la sensibilidad y discriminación a través del entrenamiento de los receptores sensoriales, que son estimulados aislada y simultáneamente en un enfoque multisensorial.

En las etapas más avanzadas de la enfermedad, las habilidades cognitivas se encuentran muy deterioradas, aspecto que imposibilita las intervenciones terapéuticas realizadas en etapas más iniciales, encaminadas a entrenar y mantener aquellas destrezas de orden superior que se encuentran preservadas. Sin embargo, la estimulación sensorial resulta una herramienta útil para que familiares y profesionales sanitarios continúen trabajando con el usuario afectado de Demencia tipo Alzheimer la sensibilidad y discriminación. Por otro lado, la estimulación sensorial en usuarios con niveles más avanzados se puede trabajar con estímulos familiares que les permita contactar con aspectos de su pasado más remoto, mejorando así su estado de ánimo y autoestima, como podría ser el simple visionado de un documental o película.

MATERIAL

- Documental de naturaleza titulado: “24 horas en el planeta Tierra: El sol.”
- Televisor.

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD

El grupo que participó en la actividad se dirigió a la zona de los sillones. Todos los usuarios presentes el día de la sesión asistieron a la misma sin tener en cuenta el grado de deterioro de los mismos, ya que debido a las características y política del Centro no es posible llevar a cabo ninguna otra agrupación.

Se llevó a cabo el visionado de un documental de naturaleza, debido a que al estar todos los usuarios del Centro, independientemente del grado de demencia, me pareció más oportuno que ver una

película, ya que muchos de los usuarios presentan dificultades para seguir el hilo de la misma. Además, en el documental aparecen paisajes muy llamativos y diversos animales, lo que me permitió parar el documental en algunas ocasiones para preguntar y debatir con los usuarios para centrar su atención (por ejemplo: ¿Qué animal aparece en la pantalla? ¿Qué sonido hace? ¿Alguien me sabe decir algo sobre este animal?)

La sesión comenzó con la descripción detallada de la actividad que se iba a realizar y los objetivos de la misma, para ello se dio la siguiente instrucción:

“Buenas tardes, hoy vamos a ver un documental de naturaleza en la televisión todos juntos. Tenemos que intentar estar callados, para no molestar a los compañeros. Intentaremos estar atentos y ver el documental poniendo todos los sentidos en él, para disfrutarlo lo máximo posible. El documental es muy bonito, nos habla de nuestro planeta Tierra y del Sol, en el vídeo aparecen paisajes muy bonitos y muchos animales. Cuando acabe el documental, lo comentaremos y mostraremos nuestras opiniones al resto de compañeros. Vamos a disfrutarlo juntos, espero que os guste.”

Se puso el documental en el televisor del Centro, todos los usuarios estuvieron sentados en los sillones desde los cuales se vea facilitada la visión del mismo, o en sus respectivas sillas de ruedas en algunos casos. Después de haber visto el documental, se preguntó las opiniones e impresiones a los usuarios del centro llevando a cabo un pequeño debate, favoreciendo con ello la interacción y comunicación.

FICHA SESIÓN

TALLER 2: ESTIMULACIÓN SENSORIAL (TÁCTIL).

Sesión: 1

Fecha: 21/02/2017 (MARTES)

Profesional: Elena García Cañada

OBJETIVOS GENERALES

- Estimulación y trabajo de la capacidad sensorial táctil, incrementando la sensibilidad y discriminación.
- Aumentar la autoestima y el estado de ánimo.
- Mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimular la capacidad sensorial táctil mediante una actividad basada en el reconocimiento de objetos y texturas.
- Mejorar el estado de ánimo y autoestima de los usuarios/residentes a través de la presentación de los estímulos sensoriales que les ayuden a recordar recuerdos agradables de su vida pasada.
- Creación de un ambiente de seguridad para los residentes/usuarios, donde poder expresarse sin limitaciones.
- Mayor comprensión de la percepción sensorial del individuo.
- Mejor concentración e integración cognitiva.
- Interacción social y mejora de la comunicación al trabajar en grupo.

JUSTIFICACIÓN

Las personas con Demencia tipo Alzheimer pueden experimentar dificultades en el manejo de los estímulos debido a la deprivación sensorial que padecen como consecuencia de su enfermedad. Esto entorpece el uso de los diferentes estímulos y la relación de los enfermos con los mismos en las diversas actividades diarias correspondientes a la vida cotidiana.

Son comunes en la vida de los enfermos de Alzheimer las dificultades en cuanto al reconocimiento

de objetos mediante el sentido del tacto (agnosia táctil), al igual que también existen dificultades en cuanto al manejo de los mismos (apraxia ideacional). Todo ello supone un obstáculo en la vida diaria de los enfermos ya que es muy importante la relación y el correcto manejo de los estímulos en el día a día de una persona.

Por todo lo anteriormente comentado, queda expuesta la necesidad de llevar a cabo un taller de estimulación sensorial táctil para mantener la capacidad de los usuarios activa y enlentecer el deterioro que produce la enfermedad.

MATERIAL

- Bolsa opaca en la que se introducirán los objetos.
- Diversos objetos con formas y texturas diferentes (plátano, pelota, peluche, melocotón, gafas, etc.).

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD

El grupo que participó en la actividad se dirigió a la zona de los sillones. Todos los usuarios del Centro/Residencia que estaban presentes el día de la sesión asistieron a la misma porque no fue posible llevar a cabo una separación grupal basada en el grado de deterioro, se intentó la participación del máximo número de usuarios, aunque no todos ellos pudieron participar del mismo modo debido a las diferentes limitaciones tanto físicas como cognitivas de los mismos.

La sesión comenzó con la descripción de la actividad que se iba a realizar y los objetivos de la misma, para lo cual se dio la siguiente instrucción:

“Buenos días, hoy vamos a hacer una actividad diferente, es muy divertida a la vez que entretenida con la cual entrenaremos nuestro sentido del tacto entre otras muchas cosas. Yo tengo una bolsa grande como podéis ver, dentro de ella hay diferentes objetos y cosas. Cada uno de vosotros tendréis que meter la mano y coger una cosa, sin sacarla de la bolsa, únicamente tocándola tendréis que describir cómo es y finalmente decir el nombre en voz alta. Después de decir el nombre, sacaréis la cosa de la bolsa y veremos si habéis acertado. Vamos a ir por orden, ya veréis qué divertido.”

Así pues, se introdujeron varios objetos con formas y texturas diferentes en una bolsa opaca, los usuarios debían meter las manos y palpar un objeto. Se pidió al usuario que tras palparlo, lo describiera en cuanto a forma, textura y tamaño entre otras cualidades. Finalmente, el usuario tuvo

que decir de qué objeto se trataba para ver si lo había podido reconocer mediante el tacto. Además de entrenar el sentido táctil, también se ejercitaron otras funciones como el lenguaje (anomia), la comunicación, las habilidades sociales y la memoria semántica, entre otras.

FICHA SESIÓN

TALLER 3: ESTIMULACIÓN SENSORIAL (AUDITIVA) MEDIANTE MUSICOTERAPIA.

| | | |
|------------------|--|---|
| Sesión: 1 | Fecha: 22/02/2017 (MIÉRCOLES) | Profesional: Elena García Cañada |
|------------------|--|---|

OBJETIVOS GENERALES

- Estimulación y trabajo de la capacidad sensorial auditiva, incrementando la sensibilidad y discriminación.
- Aumentar la autoestima y el estado de ánimo.
- Mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimular la capacidad sensorial auditiva mediante diversas actividades, como por ejemplo la escucha de canciones de época que puedan conocer los usuarios del centro.
- Fomentar el recuerdo de acontecimientos remotos a través de la presentación de estímulos auditivos que puedan resultar familiares.
- Mejorar el estado de ánimo y autoestima de los usuarios/residentes a través de la presentación de los estímulos sensoriales que les ayuden a recordar recuerdos agradables de su vida pasada.
- Creación de un ambiente de seguridad para los residentes/usuarios, donde poder expresarse sin limitaciones.

- Mayor comprensión de la percepción sensorial del individuo.
- Mejor concentración e integración cognitiva.
- Interacción social y mejora de la comunicación al trabajar en grupo.
- Fomentar la expresión emocional por parte de los usuarios, al recordar experiencias pasadas a partir de la escucha de los diferentes estímulos auditivos.

JUSTIFICACIÓN

La privación sensorial que padecen las personas afectas de Alzheimer también se observa en la capacidad auditiva, así pues, en ocasiones los enfermos son incapaces de reconocer algunos sonidos (agnosia auditiva) lo que dificulta la vida diaria de los mismos.

Por ello, se expone la necesidad de llevar a cabo un taller de estimulación auditiva con el fin de mantener activa la capacidad auditiva de los usuarios y ralentizar el deterioro propio de la enfermedad mediante diferentes actividades de reconocimiento de sonidos así como de musicoterapia.

Según la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2011), la musicoterapia “es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar.”.

Han sido numerosos los estudios que han sugerido que la música puede ser un buen método para el tratamiento de aspectos cognitivos, conductuales y socioemocionales.

En cuanto a los síntomas cognitivos, los beneficios más estudiados han sido en la memoria (Ashida, 2000; Irish et al, 2006) defendiendo la idea de que la música favorece la memoria autobiográfica así como la evocación de recuerdos; y en el lenguaje favoreciendo la fluencia y el contenido informativo (Prickett y Moore, 1991).

Por lo que respecta a los aspectos conductuales, se ha estudiado la eficacia de la musicoterapia en conductas disruptivas en los residentes con demencia tipo Alzheimer (Bright, 1986; Ryden y Feldt, 1993; Weinrih et al, 1995), focalizando el efecto en mayor medida en la agitación. Courtrigt et al (1990) mostraron efectos positivos en agitación y agresión usando música relajante en ingresados dementes. Del mismo modo, Gardner y Swanson (1993), defienden en su estudio la idea de que la música consigue reducir las conductas agresivas en los dementes (Barcia-Salorio, 2009).

Por último, la musicoterapia ofrece a los usuarios enfermos de Alzheimer espacios terapéuticos que estimulan el trabajo con las emociones y favorecen la expresión y la validación de las mismas.

Así pues, como se ha podido observar la musicoterapia ha recibido múltiples apoyos por parte de la literatura científica que evidencian su óptimo funcionamiento para el tratamiento en personas con demencia tipo Alzheimer. Los pacientes ven favorecida y mejorada tanto la autoestima como el estado de ánimo al contactar con recuerdos o vivencias pasadas mediante la escucha de canciones de su época, además de favorecer sus capacidades cognitivas así como aspectos conductuales.

MATERIAL

- Radio-cd o reproductor de música.
- Canciones de época que puedan ser reconocidas por los usuarios, algunas de ellas:
 - La macarena (Los del Río – 1994)
 - Una chica yeyé (Concha Velasco – 1965)
 - El tractor amarillo (Manuel Calderón – 1995)
 - Mi carro me lo robaron (Manolo Escobar – 1978)
 - Tómbola (Marisol – 1962)
 - Soy minero (Antonio Molina – 1956)
 - Un beso y una flor (Nino Bravo – 1972)
 - Como una ola (Rocío Jurado – 1982)
- Clips con sonidos pertenecientes a diversas clases de cosas (animales, transportes, etc.)

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD

El grupo que participó en la actividad se dirigió a la zona de los sillones. Todos los usuarios presentes el día de la sesión asistieron a la misma, aunque no todos ellos podrían participar del mismo modo. Ha sido demostrado por numerosos estudios (p. ej., Lord y Gardner, 1993; Guetin et al, 2009), que la musicoterapia influye positivamente al estado de ánimo de los pacientes con indiferencia de su grado de deterioro cognitivo, es decir, los usuarios con deterioro avanzado también se ven favorecidos por la musicoterapia por lo que es interesante que estén presentes en dicha sesión.

La sesión comenzó con la descripción de la actividad que se iba a realizar y los objetivos de la misma, dando la siguiente instrucción:

“Buenos días, hoy vamos a realizar una actividad diferente con la cual vamos a trabajar nuestro sentido de escucha. Vamos a dividir la sesión en dos actividades, en la primera de ellas voy a poner en la radio unos sonidos de diferentes cosas que todos nosotros podemos conocer y hemos

escuchado alguna vez y lo tendremos que adivinar. En la segunda actividad, escucharemos canciones que nos pueden resultar familiares o conocidas, podemos cantarlas si las conocemos, y podemos hasta bailar si alguno de vosotros se anima a ello. Después de escuchar cada canción dejaremos un ratito por si alguno quiere decirme lo que ha sentido al escuchar la canción o a qué le ha recordado. Vamos a pasarlo muy bien todos juntos.”

La primera actividad comenzó en la escucha de sonidos que pertenecían a un grupo de cosas, como por ejemplo sonidos de animales, y los usuarios debían adivinar a qué pertenece.

Posteriormente, se llevó a cabo la escucha de diversas canciones conocidas y de época, que podían ser reconocidas por los usuarios, estos podían cantarlas y disfrutarlas. También se les permitió bailar ya que les gustaba mucho y de esta manera, favorece su bienestar. Una vez se había escuchado una canción, se invitó a los usuarios a que expresaran lo que habían sentido al escucharla y se preguntará si les había traído algún recuerdo de algún acontecimiento/experiencia pasada.

FICHA SESIÓN

TALLER 4: ESTIMULACIÓN EMOCIONAL.

Sesión: 1

Fecha: 23/02/2017 (JUEVES)

Profesional: Elena García Cañada

OBJETIVOS GENERALES

- Estimulación emocional.
- Aumentar la autoestima y el estado de ánimo.
- Mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimular la expresión y el reconocimiento emocional.
- Mejorar el estado de ánimo y autoestima de los usuarios/residentes a través de la activación emocional al recordar recuerdos agradables de su vida pasada.

- Creación de un ambiente de seguridad para los residentes/usuarios, donde poder expresarse sin limitaciones.
- Fomentar el desahogo o la expresión emocional de los usuarios/residentes del centro
- Mejor concentración e integración cognitiva.
- Interacción social y mejora de la comunicación al trabajar en grupo.

JUSTIFICACIÓN

La demencia tipo Alzheimer se manifiesta de forma crónica y progresiva, con presencia de alteraciones en funciones cognitivas como la memoria, el pensamiento, la orientación, el cálculo, el lenguaje y la capacidad de aprendizaje sin tener que producir, en principio, un trastorno en la conciencia. Sin embargo, además de la afectación cognitiva, también es común la presencia de deterioro en el control emocional, en el comportamiento social o en la motivación.

Por ello, en muchos casos las personas con Alzheimer presentan dificultades a la hora de expresar sus emociones y/o sentimientos, así como en el reconocimiento de las expresiones emocionales de los demás. Este hecho es muy importante ya que afecta directamente a la vida diaria tanto de las personas enfermas como de los que están a su alrededor, al dificultar considerablemente la comunicación entre ellos.

Así pues, un estudio en el que se evaluó el reconocimiento de expresiones faciales emocionales en sujetos con demencia tipo Alzheimer leve y moderada, se observó que la severidad de la enfermedad, parece estar asociada con un mayor deterioro en esta habilidad, ya que los pacientes con Alzheimer ‘moderado’ obtuvieron menos respuestas correctas en el reconocimiento de las expresiones faciales emocionales frente al grupo de control que los pacientes con Alzheimer ‘leve’. Estos hallazgos muestran que a medida que la demencia progresa parece presentarse un mayor deterioro no solo cognitivo, sino también en habilidades de tipo emocional (Zapata, 2008).

Esto es importante ya que el conocimiento acerca de que esta habilidad también se deteriora progresivamente, a medida que avanza y progresa la enfermedad, puede conducir a diagnósticos más integrales de la evolución del paciente y al diseño de intervención según las diferentes dimensiones de la manifestación de la enfermedad.

Todo lo anteriormente citado muestra la importancia de llevar a cabo un trabajo tanto a nivel cognitivo como a nivel emocional con los enfermos de Alzheimer con el fin de mantener las

habilidades preservadas activas lo máximo posible y, con ello, retrasar el deterioro progresivo de las mismas provocado por la enfermedad.

MATERIAL

- Radio-cd.
- Música de diferentes géneros.
- Folios y colores.

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD

Los usuarios se desplazaron hacia la sala de sillones y se empezó la sesión explicándoles la actividad detalladamente. Todos los usuarios presentes en el centro, estuvieron en la sesión aunque no todos podían participar por igual dado las diversas limitaciones de los mismos. Se dio la siguiente instrucción:

“Buenas tardes, hoy vamos a trabajar nuestras emociones con dos actividades que he preparado. En la primera os voy a poner varias canciones diferentes y vosotros tendréis que decirme con qué color la relacionáis y por qué. En la segunda escucharemos otras canciones y mientras las escucháis tendréis que dibujar lo que os venga a la mente en ese momento, cuando acabe cada canción comentaremos entre todos lo que hemos dibujado y por qué hemos hecho ese dibujo. Va a ser muy divertido, lo vamos a pasar bien todos juntos escuchando música y trabajando nuestras emociones y pensamientos.”

Se realizaron actividades con las que se trabajaron las emociones con los usuarios. La primera de ellas fue relacionar distintas canciones con colores dependiendo lo que les hiciera sentir.

Otra actividad fue poner diferentes canciones y que los usuarios dibujaran lo que les parecía mientras la escuchaban atendiendo a sus pensamientos, emociones y/o recuerdos. Después, se revisaron los dibujos realizados y se les preguntó a los usuarios ¿qué es lo que habían dibujado?, ¿por qué lo ha dibujado? y, ¿qué ha sentido con la canción?, entre otras cosas.

FICHA SESIÓN

TALLER 5: REHABILITACIÓN COGNITIVA

Sesión: 1

**Fecha: 24/02/2017
(VIERNES)**

Profesional: Elena García Cañada

OBJETIVOS GENERALES

- Trabajo de las habilidades cognitivas.
- Aumentar la autoestima y el estado de ánimo.
- Mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener activas las habilidades cognitivas de los usuarios del centro con el fin de retrasar el deterioro causado por la enfermedad.
- Estimular y mantener las capacidades mentales.
- Evitar la desconexión de los usuarios con el entorno.
- Mejorar el estado de ánimo y autoestima de los usuarios/residentes a través de la realización de actividades cognitivas.
- Creación de un ambiente de seguridad para los residentes/usuarios, donde poder expresarse sin limitaciones.
- Mejor concentración e integración cognitiva.
- Interacción social y mejora de la comunicación al trabajar en grupo.
- Mejorar el nivel funcional en las actividades cotidianas.

JUSTIFICACIÓN

La demencia tipo Alzheimer se manifiesta de forma crónica y progresiva, con presencia de alteraciones en funciones cognitivas como la memoria, el pensamiento, la orientación, el cálculo, el lenguaje y la capacidad de aprendizaje sin tener que producir, en principio, un trastorno en la conciencia. Sin embargo, además de la afectación cognitiva, también es común la presencia de deterioro en el control emocional, en el comportamiento social o en la motivación.

A medida que avanza la enfermedad el deterioro, tanto cognitivo como conductual, progresa por lo que es importante mantener la mente de los enfermos con demencia activa para tratar de enlentecer dicho progreso.

Todo lo anteriormente citado muestra la importancia de llevar a cabo un trabajo tanto a nivel cognitivo como a nivel emocional con los enfermos de Alzheimer, con el fin de mantener las habilidades preservadas activas lo máximo posible y, con ello, retrasar el progresivo deterioro de las mismas provocado por la enfermedad.

Así pues, las intervenciones centradas en aspectos cognitivos han demostrado que pueden ayudar a enlentecer la progresión del deterioro (p. ej., Gatz et al., 1998; Sitzer, Twamley y Jeste, 2006; Woods, 2002) y a reducir las alteraciones de conducta asociadas a la demencia (p. ej., Olazarán et al., 2004; Spector et al., 2003), lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias (Calvo, 2011).

MATERIAL

- Libro de actividades para rehabilitación cognitiva adaptadas a los usuarios con demencia tipo Alzheimer del centro.

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD

Los usuarios se desplazaron a la mesa del Centro, en grupo se realizaron actividades cognitivas correspondientes y se fueron apuntando en la pizarra. En esta ocasión únicamente participaron 14 usuarios, un grupo con deterioro cognitivo leve-moderado, que podría realizar las actividades dentro de sus posibilidades. El resto de usuarios, no acudieron al taller porque no podían participar de ningún modo, e interferían negativamente en la actividad del resto de compañeros.

Así pues, se planteó una actividad que fue explicada detalladamente a los usuarios y se les preguntó individualmente, se fueron anotando las respuestas de cada uno en la pizarra y se completaron o resolvieron las posibles dudas en grupo.

Se realizaron diferentes actividades con las que se trabajó entre otras:

- Memoria
 - Memoria reciente
 - ➔ Recordar acontecimientos cotidianos (nombre de amigos o personas próximas al usuario, comida del día anterior, actividades del fin de semana anterior, etc.)

→ Juegos: “memory”, tablillas de imágenes

- Memoria remota

→ Ejercicios relacionados con los datos personales (recordar la dirección, nombre de los familiares más próximos, número de teléfono...).

- Memoria inmediata

→ Repetición de listas numéricas o de palabras.

II. Observe este cuadro y lea las palabras durante unos minutos. Posteriormente diga las palabras que recuerde.

| | | | |
|----------|----------|---------|----------|
| ESPEJO | CÓMICO | JABÓN | POLÍTICA |
| TORTILLA | | RATÓN | MAR |
| | CASTILLO | PLANETA | PLAYA |
| MARIPOSA | LADRÓN | CAFÉ | PERRO |
| PELOS | TIERRA | PIZARRA | PIEDRA |

- Lenguaje

Se trabajó tanto el lenguaje automático (decir meses del año), el espontáneo (mantener una conversación), la denominación de objetos, la evocación categorial y repetición de palabras y la lecto-escritura por medio de diferentes actividades.

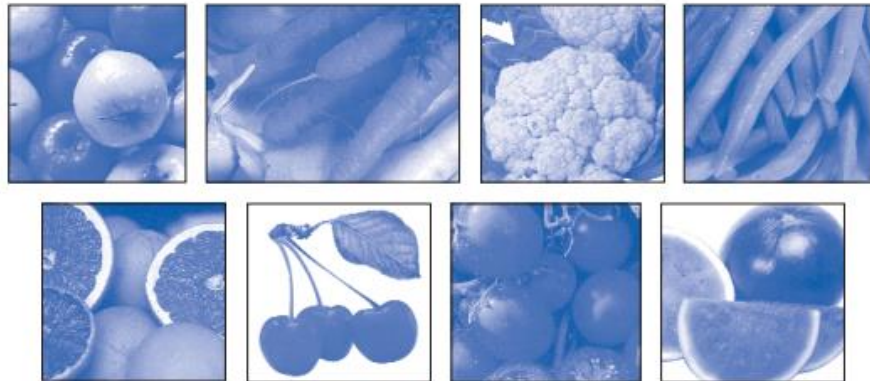
Un ejemplo de ello fue preguntar a los usuarios por nombres de animales, y cada uno de ellos, por orden, debía decir un animal el cual era escrito en la pizarra para que, en caso de que lo repitiera otro usuario posteriormente, señalárselo para que viera que ya lo había dicho otro compañero y, por lo tanto, tendría que decir otro. También se les preguntó palabras que empezaran por una determinada letra o sílaba y que la repitieran con el método del anterior ejercicio.

- Agnosias

- Visuales

➔ Reconocimiento de objetos, de letras, de números, de fotografías, etc.

III. Escriba el nombre de las frutas, verduras y hortalizas de las fotografías.



➔ Reconocimiento de colores.

II. Reconocimiento del color habitual

- Las naranjas son de color...
- El cielo es de color...
- El carbón es de color...

➔ Reconocimiento facial (personajes famosos, familiares y amigos)

➔ Ejercicios de organización espacial, percepción y lateralidad por medio de diferentes actividades como la copia de dibujos en una cuadrícula, de localización de partes del cuerpo, búsqueda de diferencias entre dos imágenes, etc.

- Táctiles

➔ Reconocimiento de objetos cotidianos mediante el tacto

- Auditivas

➔ Reconocimiento, evocación e imitación de sonidos.

- Praxias

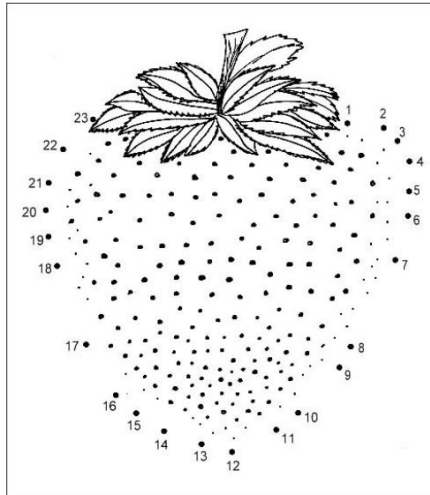
- Ideatoria:

➔ Utilización de un objeto, como por ejemplo un peine, una llave, un reloj... (con el objeto y sin él). Se le mostró al usuario el objeto, se le pidió que lo nombrara, que describiera para qué se usa y que mostrara cómo haría uso de ello.

- Motricidad fina:

➔ Escritura, bien sea por medio de frases o palabras aisladas.

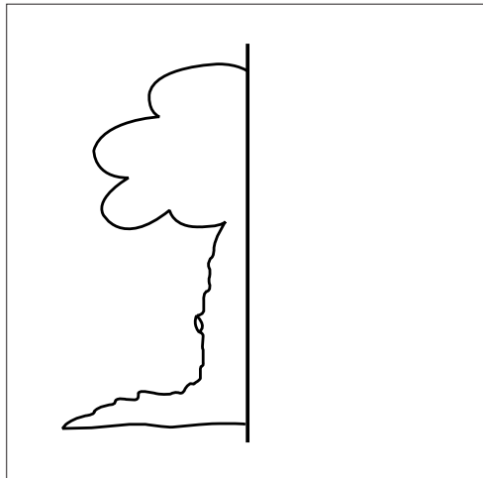
➔ Completar un dibujo mediante la unión de puntos:



- Constructiva:

➔ Dibujo a la orden, es decir, se le pidió al usuario que dibujara objetos simples como: una casa, un árbol, una manzana, etc.

➔ Completar una figura:



RESULTADOS

La propuesta de intervención mediante talleres para usuarios con demencia tipo Alzheimer se ha llevado a cabo en el centro de día de Alzheimer Gran Vía de la ciudad de Castellón.

Tras la aplicación de la misma se han observado diferentes cambios en los usuarios del centro como podemos observar en el siguiente cuadro resumen:



Así pues, en líneas generales ha sido notable la mejoría en el estado de ánimo de los mismos, los cuales mostraban una gran satisfacción con las actividades propuestas, llegando a apelar que ‘los ejercicios nuevos eran mucho más divertidos que los que hacían siempre en el centro’.

Además, el nivel de apatía se redujo notablemente puesto que anteriormente cuando se les proponía alguna actividad la mayoría de ellos no mostraban disposición para realizarla, había que animarlos y levantarlos de los sillones; y, con la propuesta de las nuevas actividades eran ellos mismos los que preguntaban ‘¿qué juego vamos a hacer hoy?’.

Fueron varios los familiares que comentaron al personal del Centro, durante la recogida al acabar el día, que habían notado un cambio tanto en el estado de ánimo como en la comunicación con su familiar durante los últimos días, mostrándose mucho más amables y satisfechos habiendo disminuido el estado apático e incluso violento de dichos usuarios.

Por lo que respecta a la cognición, durante las actividades de rehabilitación cognitiva tanto de memoria, lenguaje, cálculo, era notable la diferencia entre los usuarios.

Así pues, algunos usuarios presentaban serias dificultades para la realización de los ejercicios desde el principio de los talleres y continuaron mostrándolas hasta el final. A diferencia de otros usuarios que mejoraron notablemente tras la realización de las actividades, otros mostraron algunas dificultades al principio, pero luego las iban realizando correctamente. Me pareció muy curioso que ellos cada semana que se realizaba el taller pensaban que era la primera vez que lo realizaban, debido al deterioro mnésico producido por la demencia, sin embargo, la primera semana pudimos observar como realizaban las actividades con dificultad, y a medida que pasaban las semanas las iban realizando correctamente de forma inconsciente ya que ellos decían no recordar las veces anteriores.

Los usuarios se mostraban más comunicativos, llegando a establecer debates entre ellos, junto al personal del centro, de una forma más ordenada y respetuosa que anteriormente. Además mejoraron las relaciones entre diversos usuarios que antes no participaban de forma conjunta y durante los diversos talleres han participado todos juntos sin presentar ningún tipo de problema ni conducta violenta, respetándose entre ellos y llegando a ayudarse en diversas ocasiones mostrando comprensión y empatía incluso.

En definitiva, tras la aplicación de los diferentes talleres, se ha observado mejoría en los síntomas conductuales y afectivos de los usuarios del Centro. Tanto el estado de ánimo como la autoestima han sido reforzados con la aplicación de los talleres, mostrándose más contentos y satisfechos tanto en el centro como en sus respectivos hogares siendo avalado esto por los familiares de los mismos. Los usuarios se han observado más comunicativos tanto con los profesionales, como entre ellos durante las diferentes actividades, no existiendo ningún tipo de conflicto o conducta violenta.

Tras todo lo anteriormente comentado, se puede concluir que tras la aplicación de la propuesta de intervención estudiada se han conseguido los objetivos anteriormente propuestos.

DISCUSIÓN

A lo largo del presente trabajo se ha pretendido estudiar la eficacia de la aplicación de una intervención mediante talleres de estimulación cognitiva, sensorial y emocional en usuarios de un centro de día de Alzheimer.

La existencia de literatura avalando la eficacia de dichas terapias para tratar a personas con Alzheimer, (p. ej., Gatz et al., 1998; Weinrih et al, 1995) y la ausencia de dichas intervenciones en el Centro de día de Alzheimer Gran Vía de Castellón me motivó a proponer la posibilidad de llevar a cabo dicha intervención durante mi estancia en prácticas para estudiar la eficacia de las mismas.

Tras la aplicación de dichos talleres, llevando a cabo una evaluación observacional durante y tras la misma, se pueden observar ciertas coincidencias con la literatura existente.

Así pues, en cuanto a la rehabilitación cognitiva eran numerosos los estudios que apoyaban la aplicación de dicha técnica con el fin de retrasar o enlentecer el deterioro cognitivo propio de la enfermedad de Alzheimer (Gatz et al., 1998; Sitzer, Twamley y Jeste, 2006; Woods, 2002), tras la aplicación de los talleres y la realización de las actividades cognitivas por los usuarios del centro se ha podido observar una mejoría cognitiva, aunque cabe destacar que esto no ha ocurrido en la totalidad de usuarios, sino en aquellos que muestran un deterioro más leve. También se ha apoyado la rehabilitación cognitiva apelando a una reducción de alteraciones de conducta asociadas a la demencia

(Olazarán et al., 2004; Spector et al., 2003); en el presente estudio se ha observado una notable disminución de la agitación y agresividad en la mayor parte de los usuarios que participaron en el taller.

Por lo que respecta a la estimulación sensorial, tanto visual, auditiva como táctil, es cierto que se ha observado una mejoría importante en el estado de ánimo de los usuarios mostrándose estos mucho menos apáticos, más comunicativos, participativos y satisfechos con las actividades realizadas. Cabe destacar la mayor eficacia del taller de estimulación sensorial auditiva compuesto por la musicoterapia, el cual ha favorecido la expresión emocional de los usuarios y se han disminuido de forma importante las conductas disruptivas de los usuarios como la agitación o nerviosismo mostrándose los mismos mucho más relajados, coincidiendo todo ello con los estudios existentes (Bright, 1986; Ryden y Feldt, 1993; Gardner y Swanson, 1993; Weinrih et al, 1995).

Por último, la estimulación emocional siendo la menos estudiada de las empleadas, ha mostrado ser una buena técnica al favorecer la expresión y desahogo emocional en los usuarios con Alzheimer que presentan serias dificultades en cuanto a la expresión y control de las emociones. Los usuarios tras los talleres se mostraron más comunicativos, con un carácter más agradable y participativos tanto entre ellos mismos como con el personal del Centro y sus familiares por lo que sería recomendable llevar a cabo una investigación más amplia del aspecto emocional en las personas con Alzheimer.

CONCLUSIONES

Tras la aplicación de la propuesta de intervención en los usuarios con Alzheimer se ha podido observar cambios tanto cognitivos como afectivos y conductuales en los mismos. Así pues, algunos de los usuarios han mejorado en la realización de las actividades cognitivas tras la aplicación del taller de rehabilitación cognitiva, destacando la importancia del nivel de demencia y deterioro del usuario para dicha mejora ya que eran los usuarios con un estado de deterioro leve-moderado los más beneficiados por dicho taller.

Por lo que respecta al estado afectivo se ha observado una mejoría a nivel general en los usuarios, mostrándose mucho menos apáticos y más satisfechos con todas las actividades propuestas. Además, disminuyeron de forma notable las conductas agitadas o agresivas

de los mismos, mostrando un mayor nivel de simpatía e interacción tanto con los profesionales del centro como con los propios compañeros o familiares.

Algunas capacidades como la fluencia verbal o la memoria autobiográfica también se vieron favorecidas por los talleres, puesto que se ha podido observar una mayor capacidad a la hora de llevar a cabo conversaciones o debates con los usuarios; también, se ha observado mayor facilidad en los usuarios a la hora de llevar a cabo tareas de reminiscencia y recordar memorias de su pasado (no ha sido así en todos los usuarios, existían diferencias individuales debidas a la fase de la demencia en la que se encuentran).

Todo lo anteriormente citado justifica la importancia de llevar a cabo una intervención formada por estrategias de estimulación cognitiva, sensorial y emocional en los centros de día de personas con Alzheimer favoreciendo con ello el enlentecimiento del deterioro progresivo característico de la enfermedad, además de mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida de los usuarios y familiares/cuidadores de los mismos.

En el caso de llevar a cabo dicha intervención sería conveniente cuidar algunos aspectos y tener en cuenta las siguientes limitaciones del presente estudio con el fin de mejorar la eficacia.

Limitaciones del estudio:

Debido a las características y política del Centro no me ha sido posible separar a los usuarios para la realización de todos los talleres, únicamente se ha formado un grupo para el taller de estimulación cognitiva (formado por los usuarios con un deterioro cognitivo leve-moderado). Para dicho taller formé un grupo con 14 usuarios. Del mismo modo, la evaluación mediante la observación se ha llevado a cabo de forma grupal, sería conveniente para futuros estudios poder llevarla de una forma más individualizada para abarcar un abanico más amplio de posibilidades de cambio tras la aplicación de la intervención.

Así pues, durante los talleres de estimulación sensorial y de estimulación emocional estaban todos los usuarios presentes en la sala, ya que no era posible trasladarlos a otro lugar, aunque no todos ellos participaban activamente en los mismos. Este hecho sería conveniente tenerlo en cuenta para futuras aplicaciones, ya que puede interferir en el rendimiento del resto de usuarios.

Del mismo modo, tampoco me ha sido posible realizar una evaluación exhaustiva mediante instrumentos estandarizados como entrevistas y/o pase de test de las diversas capacidades de los usuarios, por lo que la evaluación del presente estudio ha sido meramente observacional del comportamiento de los usuarios. Con el fin de poder obtener una evaluación más óptima de los resultados en futuros estudios sería conveniente y más apropiado llevar a cabo una evaluación exhaustiva antes y después de la aplicación de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2010). APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5.

Ashida, S. (2000). The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 170-182.

Barcia-Salorio, D. (2009). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer. *Psicogeriatría*, 1(4), 223-238.

Calvo, B. F., Castillo, I. C., Serna, A., de Lucena, V. M., y Campos, F. R. (2010). El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(2), 115-123.

Calvo, B. F., Pérez, R. R., Contador, I., Santorum, A. R., y Ramos, F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 23(1), 44-50.

Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., y Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 26(3), 383-403.

Gatz, M., Fiske, A., Fox, L. S., Kaskie, B., Kasl-Godley, J. E., McCallum, T. J., & Wetherell, J. L. (1998). Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and aging*.

Gerdner, L. A., & Swanson, E. A. (1993). Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients. *Archives of psychiatric nursing*, 7(5), 284-291.

Guétin, S., Portet, F., Picot, M. C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L. & Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 28(1), 36-46.

Irish, M., Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., & Coen, R. F. (2006). Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 22(1), 108-120.

Lord, T. R., & Garner, J. E. (1993). Effects of music on Alzheimer patients. *Perceptual and motor skills*, 76(2), 451-455.

Monsalve, A. M., y Roza Reyes, C. M. (2009). Integración sensorial y demencia tipo Alzheimer: principios y métodos para la rehabilitación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4).

Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. F., y Muñiz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*, 55(10), 598-608.

OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Prickett, C. A., & Moore, R. S. (1991). The use of music to aid memory of Alzheimer's patients. *Journal of Music Therapy*, 28(2), 101-110.

Rizzo, M., & Nawrot, M. (1997). Perception of movement and shape in Alzheimer's disease. *Brain: a journal of neurology*, 121(12), 2259-2270.

Sádaba, B., Quetglas, E. G., y Escolar, M. (2016). Donepezilo: una nueva opción en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 42(2), 45.

Escobedo, J. G., y Marroquín, J. (2017). Neurodegeneración y enfermedad de Alzheimer. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 37(1), 25-28.

World Federation of Music Therapy (WFMT). Recuperado de <http://www.musictherapyworld.net>

Zapata, L. F. (2008). Reconocimiento de las expresiones faciales emocionales en pacientes con demencia tipo Alzheimer de leve a moderada. *Psicología desde el Caribe*, 21, 64-84.