



Universidad de Jaén

Facultad de Trabajo Social

“TICS CON CANAS”

Un proyecto de Intervención

Autora: María Isabel Escribano Fuentes

Grado en Trabajo Social

Directora: M^a Carmen Martín Cano

Departamento de la directora: Psicología

Fecha: 14/05/2024



CREA

Este Trabajo Fin de Grado tiene una extensión de 9.345 palabras, sin contar portada, índice, bibliografía ni posibles anexos.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1. Enfermedad del Alzheimer.....	3
2.2. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).....	10
2.3. Intervención del Trabajo Social en personas con enfermedad del Alzheimer	12
3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	18
3.1. Contexto	18
3.2. Personas destinatarias.....	19
3.3. Objetivos	19
3.4. Actividades.....	20
3.5. Cronograma.....	24
3.6. Recursos	27
3.7. Presupuesto.....	29
3.8. Fuente de financiación	29
3.9. Evaluación.....	30
4. CONCLUSIONES	32
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Actividad 1.....	20
TABLA 2: Actividad 2.....	21
TABLA 3: Actividad 3.....	22
TABLA 4: Actividad 4.....	23
TABLA 5: Cronogramas Meses/semanas/días	25
TABLA 6: Recursos.....	27
TABLA 7: Presupuesto	29

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS.....	38
Anexo I: Mini-Mental State Examination.....	38
Anexo II: Registro de observación.....	40
Anexo III: Diario de campo	41
Anexo IV: Escala de estimación numérica	42
Anexo IV: Escala de estimación numérica para el personal profesional	43

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado se centra en la enfermedad del Alzheimer sufrida en personas mayores que se encuentran en fase leve de enfermedad o con cierto grado de deterioro cognitivo, así como en los factores que la desencadenan, en los tratamientos no farmacológicos como método de prevención con la implementación de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación y, en la intervención que se realiza desde el Trabajo Social. En el mismo se expone el diseño de un Proyecto de Intervención dirigido a las personas mayores del Centro de Participación Activa de Mayores de Alcaudete (Jaén), cuya finalidad es generar un cambio positivo respecto a la situación actual, promoviendo los acercamientos terapéuticos con las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación como tratamiento complementario para la prevención de la enfermedad de Alzheimer.

Palabras Clave: Trabajo Social, intervención social, personas mayores, Alzheimer, Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación.

ABSTRACT

This Final Degree Project focuses on Alzheimer's disease suffered in older people who are in a mild phase of the disease or with a certain degree of cognitive impairment, as well as on the factors that trigger it, on non-pharmacological treatments as a method of prevention with the implementation of New Information and Communication Technologies and, in the intervention carried out by Social Work. It exposes the design of an Intervention Project aimed at the elderly of the Active Participation Center for the Elderly of Alcaudete (Jaén), whose purpose is to generate a positive change with respect to the current situation, promoting therapeutic approaches with the New Information and Communication Technologies as a complementary treatment for the prevention of Alzheimer's disease.

Key Words: Social work, social intervention, older people, Alzheimer's, New Information and Communication Technologies.

1. INTRODUCCIÓN

La demencia es uno de los principales problemas que están en nuestra sociedad actualmente. Existen una variedad de tipos de demencias, pero la más común es la enfermedad del Alzheimer, pues supone un gran porcentaje de casos de dicho tipo. Esta enfermedad provoca un grave deterioro de las capacidades cognitivas de la persona, generando la pérdida de memoria y de autonomía personal paulatinamente en las personas que la padecen. Principalmente, la edad se considera un factor de riesgo, pero también hay otros aspectos, como el consumo de alcohol, el tabaquismo u otras drogas, los malos hábitos alimentarios, la obesidad, la diabetes, etc. Más adelante, se muestra los estudios de la enfermedad del Alzheimer y el enfoque que se le da desde el Trabajo Social en la intervención de dicha enfermedad.

A posteriori se detallará que la enfermedad del Alzheimer no tiene cura a día de hoy, pero existen tratamientos para ralentizar su desarrollo, como lo son los tratamientos farmacológicos y los no farmacológicos. Estos tratamientos tienen una doble función, y es que gracias a ellos se puede mejorar la calidad de vida de la persona que padece dicha enfermedad. En este caso, desde una perspectiva del Trabajo Social, la intervención se realizará con tratamientos no farmacológicos. Pues hay un amplio abanico de posibilidades de intervención que se puede realizar para atenuar el deterioro cognitivo de la persona que sufre dicha enfermedad: orientar a los familiares y cuidadores sobre los cuidados que requiere la persona con esta enfermedad, emplear varias técnicas que ayuden a retrasar las pérdidas de memoria, como puede ser el empleo de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación, pues se ha observado que es una de las herramientas que puede beneficiar a los pacientes con enfermedad del Alzheimer. Posteriormente se verá todo esto de manera más extensa.

Se desarrollarán unos objetivos que enmarcarán la propuesta de intervención que se va a diseñar, así como el diseño de actividades convenientes para la consecución de los objetivos establecidos, un cronograma donde se establecerá la duración de dicha intervención y los tiempos fijados, y una evaluación donde se valorará de manera crítica el trabajo realizado.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Enfermedad Alzheimer

La demencia es una palabra que abarca varias enfermedades que afectan a la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

La demencia es un signo causado por una variedad de enfermedades que deterioran las células nerviosas y perjudican el cerebro con el tiempo que hay que diferenciar del envejecimiento biológico. La demencia tiene consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas no sólo para la persona que vive con la enfermedad, sino también para sus cuidadores, su familia y personas que le rodean de su entorno. La enfermedad de Alzheimer representa entre un 60% y un 70% de los casos de demencia (OMS, 2023).

La definición de la enfermedad del Alzheimer es “la enfermedad neurodegenerativa que cursa con una sintomatología de demencia más frecuente entre todas las demencias conocidas” (Gil, 2009, p. 16)

Según la OMS (2023) explica una serie de datos y cifras de la afectación a la población en el mundo de la enfermedad del Alzheimer. Al presente, se estima que más de 55 millones de personas tienen demencia en todo el mundo. Más del 60% de las personas parecen ser de clase media o baja. Cada año se producen unos diez millones de casos nuevos.

Los autores Castellani et al. (2010) señalan que la incidencia de la enfermedad del Alzheimer va creciendo con respecto a la edad. Para las personas de entre 65 y 69 años, 70 a 74, 75 a 79, 80 a 84 y 85 años o más, la incidencia se ha estimado en 0,6%, 1,0%, 2,0%, 3,3% y 8,4%. La prevalencia también aumenta exponencialmente con la edad, pasando del 3% entre las personas de 65 a 74 años a casi el 50% entre las personas de 85 años o más.

Actualmente la demencia se considera una de las causas principales de discapacidad y dependencia, siendo a la misma vez, la séptima causa de defunción. Según la OMS (2023), también es relevante la afectación desigual de la enfermedad del Alzheimer entre hombres y mujeres. Pues éstas presentan mayores niveles de duración de años de vida, pero también simbolizan el 70% del tiempo de atención que reciben las personas con demencia.

Según Vega y Gandarillas (2021), revelan que actualmente en España existe un índice

elevado de personas con afectación de la enfermedad del Alzheimer. Cada vez se va elevando más el número de personas que padecen dicha enfermedad, pues se estima que en 2050 se triplique la el número de quienes la padecen. Dichos autores clasifican la evolución de la enfermedad del Alzheimer por fases:

- Fase 1 - Etapa inicial o fase leve (3-4 años de duración): En esta fase la sintomatología puede ser confusa con el envejecimiento normal. Surgen problemas de memoria, obstáculos para nombrar los objetos por su nombre y dificultad para concentrarse. La persona parece confundida y aturdida, pero puede llevar la vida de forma independiente y mantener la higiene personal. Ante estos síntomas, la persona puede presentar ansiedad, depresión y cambios de humor por el no reconocimiento de la existencia de la enfermedad.
- Fase 2 - Etapa intermedia o fase moderada (2-3 años de duración): En esta fase los afectados por dicha enfermedad presentan dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La memoria se ve gravemente afectada y, en ocasiones, los afectados por esta enfermedad puede ser que no reconozca a sus familiares, se suelen desorientar y olvidar de cómo hacer cosas básicas como vestirse y bañarse. Se pueden presentar trastornos del comportamiento: inquietud, temperamento impredecible, deambulación.
- Etapa 3 - Etapa final o avanzada (2-3 años): En esta etapa cabe la posibilidad de que la persona afectada pierda por completo la memoria y la cordura. Se considera a la persona con un nivel alto de dependencia requiriendo una atención integral. Poco a poco se va perdiendo el lenguaje, pero sí que pueden captar señales emocionales. Carecen de control de esfínteres, se origina pérdida de peso, bajada de defensas inmunológicas, e infecciones graves que puede acarrear la muerte.

Barranco-Quintana et al. (2005) afirman que la etapa del envejecimiento conlleva a un deterioro de la persona en todos los ámbitos. En este caso, se destaca la enfermedad del Alzheimer, la cual, se desarrolla lentamente y es irreversible. Centrándonos explícitamente en las personas que padecen la enfermedad del Alzheimer, estos autores han recogido una serie de factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de esta demencia tras la realización de diferentes estudios.

Los factores que pueden ser:

- Genéticos

- Edad: a partir de los 60 años se considera que puede llegar a afectar a la población, siendo más pronunciada conforme se va aumentando la edad.
- Sexo: se estima que la afectación es mayor en las mujeres que en los hombres.
- Genéticas
 - Determinantes: son muy pocos casos en los que se producen estas alteraciones de varios genes que provoca la aparición de la enfermedad del Alzheimer. La edad en la que tiene su inicio precoz es entre 35 y 55 años.
 - Predisponentes: la presencia de ciertos genes puede provocar el incremento de riesgo de sufrir la enfermedad del Alzheimer.

- Ambientales

- Tabaco: al parecer no hay evidencia de que exista alguna relación entre el tabaco y la enfermedad del Alzheimer, pero tras unos estudios realizados se puede decir que existe más riesgo de padecer esta enfermedad los fumadores que los no fumadores.
- Alcohol: es probable que exista un mínimo de incidencias de la aparición de la enfermedad del Alzheimer si se consume especialmente vino, ya que contiene unos componentes que se pueden considerar como protectores en la salud.
- Historia familiar de demencia: según el estudio realizado de prevalencia se puede decir que no se puede demostrar en los estudios prospectivos la posibilidad de que esta enfermedad sea hereditaria, pero es cierto que cabe la posibilidad de que pueda tener mayor afectación a familiares de primer grado.
- Antiinflamatorios no esteroideos: según varios estudios, se afirma que el uso de estos antiinflamatorios puede disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad del Alzheimer. El efecto protector que contiene estos fármacos es mayor cuando su administración permanece más de doce meses, y se estima que tiene menor eficacia cuando se ingiere entre uno y doce meses.

- Traumatismo craneoencefálico: hay estudios en controversia puesto que por un lado no se afirma que exista ninguna relación el traumatismo craneoencefálico en el desarrollo de la enfermedad del Alzheimer. Pero, por otro lado, hay otros estudios que testifican que puede surgir mayor riesgo de padecer la enfermedad del Alzheimer como es el caso de los boxeadores, quienes están expuestos a sufrir traumatismos.
- Educación: se ha corroborado que las personas con menor nivel de educación tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad del Alzheimer que quienes tienen un mayor nivel de educación, pues promueve el desarrollo del cerebro.
- Dieta: El consumo de antioxidantes ya sea en la dieta o bien, a través de suplementos dietéticos parece que tiene un efecto de protección contra el desarrollo de la enfermedad del Alzheimer. También se ha demostrado que la población que consume semanalmente pescado tiene menos riesgo de desarrollar la enfermedad del Alzheimer.

Según Conde-Sala (1999, 2002), refleja algunos factores de riesgo que pueden desarrollar la enfermedad del Alzheimer. Destaca los siguientes:

- Aspectos biológicos: puede ser antecedentes maternos de demencia, muerte precoz del padre (accidente, guerra), trastornos circulatorios propios, dolores de cabeza.
- Aspectos psíquicos: mayor número de trastornos psíquicos familiares graves, mayor ansiedad, mayor respuesta psicosomática.
- Aspectos familiares: mayor número de muerte precoz del padre, estilo educativo del padre más dominante.
- Educación y trabajo: menor nivel educativo y menos cualificación en el trabajo.
- Eventos vitales: según el estudio realizado se prevé afectación negativa del desarrollo de dicha la enfermedad en cuanto a crisis psicológicas familiares, pero no se muestra ninguna relación con respecto a los sucesos de la vida de las personas mayores: muerte del cónyuge, muerte de un menor, y divorcio.
- Personalidad:

- Evitación, dependencia general y de relación, inseguridad, inhibición.
 - Introversión y retraimiento.
 - Afectación, pesimismo e impulsividad.
 - Indiferencia y rigidez
- La teoría del estrés: el estudio indica que cuando se habla de estrés se refiere cuando se sobrepasa el umbral de resistencia de una persona, a esto se le llama Síndrome General de Adaptación (SGA). Los factores causantes del estrés se pueden diferenciar entre:
 - a) Eventos ambientales o estresantes como estímulos que activan respuestas psicofisiológicas.
 - b) Dimensión cognitivo-emocional, que se refiere a interpretaciones personales y reacciones personales ante eventos ambientales.
 - c) El afrontamiento, previo a la activación de patógenos, se refiere a la oportunidad de reducir o no reducir la magnitud y nivel de activación, cambiar la situación ambiental o las propias interpretaciones cognitivas.

Cuando se diagnostica la enfermedad del Alzheimer es muy importante intervenir para frenar su desarrollo. Es cierto que esta enfermedad no tiene cura debido a que este proceso es neurodegenerativo por lo que, las neuronas mueren, pero se puede lograr una efectividad en su evolución retrasando su agravamiento. Para ello se puede intervenir con tratamientos farmacológicos y tratamientos no farmacológicos. La combinación de ambos tratamientos puede aumentar su efectividad.

Sin embargo, cuando se habla de la ocupación laboral, puede que sea un factor de riesgo potencial o puede que sea un factor protector de deterioro cognitivo leve y evitar su evolución. Si se requiere un trabajo intelectual en la ocupación laboral podría ser beneficioso, es más, al parecer, retrasar la edad de jubilación podría llegar a retardar la aparición de dicha enfermedad. Las actividades que pueden realizarse para ello pueden ser “técnicas de relajación, gestión del estrés, entrenamiento de la memoria, modificación de la dieta, el entrenamiento físico y cognitivo” (Picó-Monllor, 2022).

Como se ha mencionado anteriormente, la enfermedad del Alzheimer es una

enfermedad neurodegenerativa que con su desarrollo va deteriorando la memoria afectando tanto física, psíquica y socialmente. Para poder reducir la tasa elevada de población que sufre esta enfermedad, Velásquez et al. (2015) manifiestan que se han empleado intervenciones farmacológicas para paliar con una brevedad de tiempo la sintomatología, pero es cierto que tiene la incapacidad de frenar el deterioro cognitivo propio de esta enfermedad.

La implementación de intervenciones no farmacológicas en la enfermedad del Alzheimer, como su nombre indica, es el no uso de químicos, se hace a través de técnicas para psicológicas o físicas para ralentizar el desarrollo de dicha enfermedad. Es un método complementario, lo cual no significa que no aparezca en un futuro dicha enfermedad, pero se puede retrasar su desarrollo.

El estudio de Ruíz-Hernández et al. (2023) sobre la eficacia de las terapias no farmacológicas en población con enfermedad del Alzheimer revela que el empleo de técnicas basadas en la actividad física tiene un resultado positivo cognitivamente en la población que sufre la enfermedad del Alzheimer.

De la misma manera que, Velásquez et al. (2015) evidencian también en su estudio realizado los beneficios que produce el utilizar intervenciones no farmacológicas como lo son las actividades cognitivas y las actividades físicas, pues determinan que pueden frenar el desarrollo de la enfermedad del Alzheimer.

Las terapias no farmacológicas dirigidas a personas con Alzheimer que destaca la Fundación Pasqual Maragall (2023) son:

- Técnicas de estimulación cognitiva, para el mantenimiento del lenguaje, la mejora de la atención y fomento de reminiscencia.
- Técnicas de mantenimiento para las actividades de la vida diaria o la psicomotricidad.
- Técnicas de control de conductas como la musicoterapia, las terapias de estimulación sensorial o las terapias con animales.

Los principales tratamientos no farmacológicos para la enfermedad del Alzheimer que destacan De los Reyes Aragón et al. (2012, p.426-427) los clasifican en:

- Tratamientos cognitivos

- Estimulación cognitiva: Estimulación individualizada, adaptada a las necesidades cognitivas del paciente, para rehabilitar funciones alteradas.
 - Aprendizaje sin error: Impedir a los sujetos que cometan errores durante el aprendizaje de una nueva tarea o la adquisición de una nueva formación.
 - Recuperación espaciada: Presentación de estímulos con un intervalo creciente, incrementando así la retención y evocación de información específica a través del tiempo.
 - Imaginería visual: Solicitar al sujeto que preste atención a detalles visuales específicos de la información que debe aprender, o que genere una imagen mental del objeto que le es presentado en modalidad verbal.
 - Difuminación de pistas: Dar al paciente pistas para la evocación de la información. Estas pistas disminuyen sistemáticamente a medida que el sujeto va aprendiendo, hasta que desaparecen por completo.
 - Ayudas externas: Sustitución de funciones cognitivas perdidas por diferentes herramientas.
- Intervenciones sociales
 - Terapia de orientación a la realidad: Presentación constante de la información relacionada con la orientación temporal-espacial.
 - Terapia de validación: Aplicación de técnicas basadas en una actitud de respeto y empatía.
 - Terapia de reminiscencia: Estimulación para el recuerdo de experiencias pasadas a través de fotografías, vídeos, canciones, ropas, periódicos, cartas u otro objeto.
 - Método Montessori: Trabajo a través del análisis de tareas, la repetición guiada y la progresión paulatina de lo simple a lo complejo y de lo concreto a lo abstracto.
 - Terapia intergeneracional: Implementación de programas en los que los pacientes con esta enfermedad enseñan a los niños a realizar diferentes

actividades de la vida diaria u otras habilidades.

- Otras intervenciones

- Psicomotricidad y actividad física: Utilización del ejercicio físico y otras actividades motrices guiadas para estimular vías sensoriales y motoras.
- Musicoterapia: Utilización de la música para el manejo de diferentes síntomas presentes.
- Arteterapia: Utilización de diferentes formas de arte como método de expresión.
- Modificaciones ambientales: Realización de modificaciones en el entorno del paciente para disminuir el riesgo de accidentes e impacto de su déficit en las AVD.
- Dietas y cambio de hábitos alimenticios: Seguimiento de dietas de restricción calórica y disminución de grasas saturadas, para disminuir la presencia de radicales libres en el organismo.

2.2. Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)

Actualmente en la sociedad se tiene muy presente la utilización de las TIC, pues casi todo se realiza a través de una pantalla. Son una herramienta de trabajo bastante útil y eficiente, por lo que puede llegar a ser beneficioso y lúdico en cuanto a la implementación de intervención no farmacológica a la población con enfermedad de Alzheimer, ayudando a la persona a manejar y controlar el entorno en el que vive.

Se prevé un envejecimiento rápido de la población. Esto supone nuevos retos en el campo de la Neuropsicología, especialmente en la ciberneuropsicología. Esta se encarga de emplear alta Tecnología de la Información y Comunicación (TIC). El empleo de las TIC al campo cognitivo ha permitido desarrollar la telemática, que combina la telecomunicación y la informática. El uso de las TIC en la intervención cognitiva para personas con demencia genera menor coste económico para la persona, mayor accesibilidad a tecnologías de rehabilitación neuropsicológica, seguimiento de la evolución de la persona con demencia y analizar rápidamente los datos. El uso de pantallas táctiles presenta más accesibilidad para las personas que no pueden desplazarse a un centro de rehabilitación por diversos motivos (problemas de

movilidad, aislamiento geográfico, etc.). Se contribuye a un seguimiento monitorizado del tratamiento de la persona usuaria (Arroyo-Anlló et al, 2012).

El empleo de terapias no farmacológicas a través de las nuevas tecnologías para tratar de ralentizar el deterioro cognitivo refleja resultados positivos y muy favorables, pues se ha demostrado la reducción de sintomatología depresiva. El uso de las TIC en las personas mayores con Alzheimer produce la estimulación de la memoria, la atención, el lenguaje y el razonamiento con el fin de fomentar la comunicación y la interactividad (Rueda, 2022).

Los programas interactivos para la rehabilitación cognitiva de pacientes con enfermedad del Alzheimer fomentan la estimulación cerebral creando resultados positivos (Prado y Rodríguez, 2013).

Puente (2017) a través del proyecto “Talleres de co-creación para promover la equidad y la inclusión de las personas con Alzheimer a través del juego y las TIC” subraya la importancia de que la participación de familiares y el entorno de las personas con enfermedad de Alzheimer para realizar juegos a través de las TIC resulta beneficioso en cuanto al fomento de relaciones sociales, disminución de la brecha digital y sobre todo la mejora de la sintomatología de la enfermedad del Alzheimer.

El estudio realizado por Fernández-Calvo et al. (2011), demuestran en sus resultados que existe una eficacia en la implementación de las nuevas tecnologías combinando con tratamientos no farmacológicos para la población con enfermedad de Alzheimer leve. Estos autores muestran los programas existentes, pues los clasifican en dos ámbitos:

- Programas dirigidos a la rehabilitación de procesos cognitivos específicos y al entrenamiento en habilidades concretas.
- Programas dirigidos al entrenamiento de los pacientes en las principales funciones cognitivas, siguiendo una secuencia ordenada de programas de mayor a menor complejidad.

Los dispositivos de nuevas tecnologías son sencillas y tienen un amplio catálogo de ejercicios de todo tipo y nivel. La característica de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación es que tienen carácter personal e individualizado, pues se adapta totalmente a las características de la persona usuaria. Además, no requiere tiempos ni personal para acceder a las plataformas. Se facilita el acceso a poblaciones especialmente distanciadas con el fin de

aliviar un poco la carga de trabajo al sistema sanitario (Rueda, 2022).

La realidad virtual crea un ambiente ficticio mediante el ordenador llegando a generar sensaciones y emociones en tiempo real. Además, presenta un sistema de sensores y algoritmos de registro y de reconocimiento computarizados que evalúan el estado general en un momento determinado y el progreso. Muchas de las casas inteligentes tienen dispositivos con sensores de caídas, puertas, humo, control de electrodomésticos o de control de la luminosidad, para mostrarle a la persona con demencia la orientación espacio-temporal (Arroyo-Anlló et al, 2012).

Por otro lado, el empleo de la videoconsola Nintendo Wii, puede ser una herramienta para conseguir beneficios con respecto a aspectos cognitivos y sociales, trabajando así la motricidad. Con ello se mejoraría la calidad de vida de las personas con enfermedad de Alzheimer, tanto como también de sus cuidadores/as, aliviando un poco los síntomas del síndrome de Burnout (Benítez, 2013). Además, permite fomentar la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador principal, ya que fomenta la descarga física y psicológica del cuidador (Arroyo-Anlló et al, 2012).

Además, presenta más beneficios el uso de esta consola Wii, y es que mejora de los niveles de depresión y disminuye el riesgo de caídas, trabajando así la salud mental y física de la persona. Gracias al empleo de ejercicio físico se mejora el equilibrio y se fortalece musculatura favoreciendo la autonomía e independencia propia (Benítez, 2013).

Por tanto, cuanto más población se impliquen en la utilización de las TIC, mayores beneficios obtendrán las personas con demencia que las utilicen y menor carga de trabajo para profesionales.

2.3. Intervención del Trabajo Social en personas con enfermedad del Alzheimer

Según sostiene Vega y Gandarillas (2021, p.102)

El Consejo General del Trabajo Social hace una definición: “El Trabajo Social Sanitario es el ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de dificultades de salud, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrando su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, respetuoso con la autodeterminación e individualización, teniendo en

cuenta las particularidades y la afectación de la enfermedad en cada persona.

Según la Ley de Cuidados del Gobierno de Reino Unido (2014) el trabajo social tiene carácter preventivo con el fin de que no se desarrolle el deterioro físico, psicológico y social (Cuadrado et al, 2022).

Una de las funciones del Trabajo Social Sanitario es la ayuda psicosocial que brinda a las personas con la capacidad de poder enfrentarse a los problemas que surgen en relación a la salud, cuidados y pérdida de autonomía personal (Vega y Gandarillas, 2021).

Otra de las funciones que destacan Cuadrado et al. (2022) del/la trabajador/a social son:

la de coordinar la labor de la asociación con entidades sociales; hacer un seguimiento y valoración sociofamiliar; tramitar y gestionar ayudas y recursos sociales a las familias usuarias; proporcionar apoyo emocional en coordinación con el psicólogo; participar en reuniones de grupo de apoyo y ofrecer cursos formativos, los cuales, se enmarcarán en la elaboración de proyectos sociales; o, finalmente y en coordinación con el servicio de cuidadores y voluntarios, coordinar junto al psicólogo los Programas de Atención Domiciliaria (p.9).

Se ha planteado que la enfermedad del Alzheimer no sólo va a repercutir negativamente en las personas que la padecen, sino que también va a influir en los familiares y/o cuidadores y en sus relaciones sociales. La gran implicación que presenta las personas que cuidan de quienes padecen la enfermedad del Alzheimer los lleva a ser más vulnerables pues a veces se ven desbordados por la situación ya que influyen en su vida personal y laboral (Cuadrado et al, 2022).

Por tanto, el/la profesional del trabajo social dentro de la rama sociosanitaria tiene una función muy importante como se ha mencionado anteriormente, da apoyo psicosocial a personas que padecen y a familiares, junto al acompañamiento continuo durante todo el proceso. En relación a la labor que se realiza en el trabajo social, Cuadrado et al. (2022, p.8) aseguran que “se debe utilizar y desarrollar técnicas/herramientas innovadoras de intervención social”.

Cuadrado et al. (2022) refleja que se ha demostrado que el empleo de musicoterapia ha tenido efectos positivos para paliar los efectos de deterioro cognitivo de la enfermedad del Alzheimer en las personas mayores. Entre ellos destaca la mejora del estado de ánimo y la

autoestima, incluso influye positivamente de igual manera con la persona cuidadora de la persona con enfermedad del Alzheimer. Esta terapia es reconfortante puesto que establece vínculos y relaciones con los recuerdos de hechos pasados o recientes.

Hay dos razones por las que se contribuye a optimizar calidad de vida en las personas mayores con enfermedad del Alzheimer. El primer motivo que se da es porque se amplía el círculo de relaciones, pues no sólo mantienen conversación o lazos sociales con sus iguales, sino que también pueden mantener lazos sociales con los/las cuidadores/as y con el personal profesional. El segundo motivo es porque les produce emociones positivas, llevándolos a un estado de paz mental y tranquilidad.

Cuadrado et al. (2022) explica una terapia que se ha realizado con música. Se ha demostrado que usar la música mejora la salud mental, el bienestar social y emocional. Esto puede generar una mayor calidad de vida en un futuro para las personas que padecen la enfermedad del Alzheimer y de su entorno cercano. Es por ello que emplear la música a personas con enfermedad del Alzheimer puede ser de gran utilidad, proporcionando una mejor calidad de vida, ya que, las emociones son lo último que se pierde.

Según argumenta Fernández (2009), el/la profesional del trabajo social puede intervenir en los centros de salud desde tres niveles: individual, grupal y comunitario.

- Intervención individual-familiar

Primeramente, se lleva a cabo la primera entrevista con la persona usuaria o con algún miembro de la unidad familiar. En ese primer contacto se detalla y explica la sintomatología que presenta la persona usuaria, en este caso de la enfermedad del Alzheimer. El/la profesional del trabajo social muestra su apoyo a la persona usuaria y/o familiares informando y orientando sobre la importancia de acudir a las citas para que la enfermedad sea diagnosticada clínicamente cuanto antes. Se asesora sobre la red social de apoyo, derivando el caso a instituciones y organizaciones sociales especializadas. Si se estima necesario más entrevistas, se realizará una intervención o seguimiento del caso.

En ese caso, se pasará a la demanda, que es intentar captar lo que el familiar quiere expresar manteniendo una escucha activa. Muchos de ellos/ellas demandan la sobrecarga que presentan al ser los/las cuidadores/as de las personas con enfermedad del Alzheimer. El/la profesional del trabajo social intenta explicarle alternativas y soluciones para el caso. El/la

profesional del trabajo social también propone a la familia distintas ayudas sociales, como el servicio de ayuda a domicilio, el ingreso en una residencia y la ayuda económica al cuidador/a.

Posteriormente, el/la profesional del trabajo social realiza una valoración social comenzar la intervención. Se hace un informe sobre la situación familiar y social de la persona usuaria a través de la observación y recogida de datos. A veces es necesario acudir de manera presencial al domicilio familiar para estudiar la situación. La intervención social que se propone va destinada a mejorar la calidad de vida tanto para la persona usuaria como para la persona cuidadora.

- Intervención grupal

El trabajo social de grupo es uno de los niveles de intervención con mayor aprendizaje, pues se atiende a un mayor número de personas con la misma enfermedad o diversos familiares con el fin de mejorar la calidad de vida de todos y todas. a las demandas de información, y de formación, de los familiares en las consultas individuales. Se puede enseñar habilidades sociales para convivir con una persona con enfermedad de Alzheimer en casa, y reducir los niveles de estrés de los/las cuidadores/as mediante técnicas de relajación y respiración.

La participación en grupos en voluntaria formado por unas seis a doce personas. El número de sesiones suelen ser entorno a seis y ocho, de hora y media de duración y una frecuencia semanal.

- Intervención comunitaria

Desde el Plan Andaluz de Alzheimer (2007) elaborado por Consejería de Salud y consensuado con la Federación Andaluza de Familiares de Enfermos de Alzheimer se establece actividades de carácter informativo, formativo y asistencial con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad de Alzheimer. El/la profesional del trabajo social se encarga de coordinar Salud y los servicios sociales comunitarios velando por el derecho del artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Hoy en día bajo la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia, todas las personas con enfermedad de Alzheimer que quiera realizar un proceso administrativo para acceder a los servicios y prestaciones sociales, deberán ser reconocidos con un grado de dependencia.

El/la profesional del trabajo social también se encarga de fomentar el voluntariado para que coordinen actividades individuales con carácter preventivo y de promoción con las familias. También, siembran la creación de personal con conocimientos para poder descubrir los posibles casos de personas que pueden mostrar los síntomas del Alzheimer. En cuanto a las organizaciones de representación de enfermos de Alzheimer, los/las profesionales del trabajo social intentan incentivar la participación en los centros e incluir a las familias.

Siguiendo a Vega y Gandarillas (2021), las fases del diseño de una intervención social con personas mayores con enfermedad del Alzheimer son las siguientes:

- Recepción de la demanda y acogida: Primeramente, el acontecimiento se lo notifica el/la médico/a neurólogo, enfermero/a o paciente al/la trabajador/a social especialista en Neurología justamente cuando ingresa. Ese momento es muy importante, pues requiere el acompañamiento del/la profesional del Trabajo Social Sanitario. Dicho profesional facilita la información de manera taxativa al paciente y a su familia implementando a la vez la técnica de escucha activa. Luego se determina otra entrevista en los próximos días en la que se profundizará más en el caso para obtener información, detectar de necesidades y orientar para realizar el Plan de Intervención Social.

Ante esta enfermedad, muchas familias se encuentran perdidas y desorientadas pues no saben cómo afrontar la situación. Es muy importante el apoyo del/la profesional debido a que esta situación tiene bastante carga emocional y de sobrepeso para los cuidadores del paciente. Hay que ir guiando a la familia para la atención y apoyo que recibirá el paciente durante el desarrollo de la enfermedad.

- Recogida de información y estudio: En esta etapa el/la profesional del Trabajo Social Sanitario profundiza en el estudio de su situación socio-familiar (composición familiar, dinámica familiar, nivel de comunicación, incapacidad legal, figura legal de referencia, apoyos reales que tiene, situación laboral, persona/s de contacto, factores psicosociales que influyen en su enfermedad, manifestaciones de problemas sociales sanitarios, gestión de sus emociones en su proceso de enfermedad, entre otros) y obtiene información de otras fuentes como la Atención Primaria, Servicios Sociales, Juzgado, lugar de trabajo (si lo tuviese), Tercer Sector.

A la misma vez se hace un estudio de la capacidad que tiene la familia para proporcionarle los cuidados que requiere el/la paciente ante la enfermedad del Alzheimer y el grado de desgaste que éstos (burnout). Para ello se utilizará técnicas e

instrumentos como entrevistas abiertas y/o semiestructuradas con paciente/familia, observación, genograma, flujograma, reuniones con el equipo del servicio de neurología, reuniones con Atención Primaria, con Centros de Acción Social, Juzgados, etc. De la misma manera que desde que se inicia este proceso de recogida de datos, se abre una historia social al/la paciente que permitirá llegar a posteriori al diagnóstico social sanitario.

- Diagnóstico social sanitario/valoración social: En esta fase se detecta las fortalezas y amenazas del/la paciente y de su entorno para la elaboración del Plan de Intervención. El/la profesional del Trabajo Social Sanitario realiza una valoración social indicando la afectación y extensión de la enfermedad, el conocimiento y la percepción del paciente y la familia ante el diagnóstico de Alzheimer u otra demencia, el tratamiento clínico-social determinado (rehabilitación psicofísica y social que requiere, ayudas técnicas, apoyos sociales, derivaciones y coordinaciones ejecutadas, implementación de modelo sobre organización y dinámica familiar, entre otros. Para ello es necesario que el/la profesional del Trabajo Social Sanitario emplee herramientas de diagnóstico social sanitario como:

La escala GENCAT para valorar la calidad de vida paciente con demencia u Alzheimer.

- Cuestionario MOS.
- Escala PSP y la escala Zarit para la detección de sobrecarga familiar.
- La entrevista psicosocial individual y familiar.
- El genograma.
- La historia de vínculo y las evidencias documentales.

Para la realización de la valoración social es necesario que el equipo multidisciplinar del servicio de neurología se reúna para poner en común las aportaciones de cada área, dejándolo registrado en el programa informático de la institución sanitaria.

- Plan de intervención: El Plan de Intervención recoge objetivos, áreas, actuaciones que el equipo multidisciplinar va planificando y evaluando conjuntamente. La intervención que se realiza va destinada de manera directa con su familia y con las personas que serán los/las cuidadores/as principales. En este proceso se tiene en cuenta la voluntad de la persona si no está incapacitada legalmente.

En cuanto a las consecuencias que acarrea la enfermedad del Alzheimer a la familia, se les tiene que concienciar sobre el desarrollo de la enfermedad, los comportamientos y secuelas que va a ir provocando en ellos mismos, es decir, hay que prepararlos

emocionalmente en este proceso. De la misma manera que también se les dará unas herramientas y pautas para sobrellevar los cambios de conducta de la persona enferma.

- Evaluación y seguimiento: La fase de seguimiento es muy importante pues es necesario valorar nuevos cambios que puedan surgir durante el continuo proceso de desarrollo de la enfermedad del Alzheimer. Es decir, se pueden originar nuevas necesidades con el transcurso de la enfermedad.

En esta fase se realizan entrevistas con el familiar y/o el/la paciente con el fin de obtener información sobre la organización y dinámica familiar, emociones que van surgiendo, la evolución de la enfermedad, capacidad de cubrir las necesidades que aparecen, etc.

3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

3.1. Contexto

Este proyecto de intervención se desarrollará en el Centro de Participación Activa de Mayores, concretamente en la localidad de Alcaudete (Jaén). En 2018 cuenta tiene una estimación de unos 10.558 habitantes con tendencia a bajar, por lo que actualmente, según se ha visto en las tablas proporcionadas por el INE, se prevé menor cifra de habitantes (Consejería de Economía, Hacienda y Fondos Europeos, s.f.).

Alcaudete está situado a los pies de la Sierra Ahillos, en el extremo sur-occidental de la provincia de Jaén, en la comarca de la Sierra Sur. Su ubicación geográfica hace que limite con los municipios jienenses de Alcalá la Real, Castillo de Locubín y Martos, y con los municipios cordobeses de Baena, Luque, Priego de Córdoba y Fuente-Tójar (Diputación Provincial de Jaén, s.f.).

Alcaudete cuenta con tres aldeas: La Bobadilla, Los Noguerones y El Sabariego. Se encuentra entre la campiña del Guadalquivir y las Sierras Subbéticas, lo que determina el tipo de cultivos predominante: las huertas y un "mar" de olivos. Por el municipio deja su paso la Vía Verde del Aceite y, además, pertenece a la ruta de "Castillos y Batallas", así como en la del Califato, proveniente de las Rutas Legado Andalusí (Diputación Provincial de Jaén, s.f.).

El centro de Participación Activa de Mayores es una institución para promover el bienestar a las personas mayores y mejorar su calidad de vida incentivando la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, siendo una

oportunidad también de apoyo para la prestación de Servicios Sociales y Asistenciales a otros sectores de la población (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, s.f.).

3.2. Personas destinatarias

La propuesta de intervención que se ha planteado va dirigida a personas mayores con un rango de edad de 60 años en adelante que presenten un cierto grado de deterioro cognitivo o en fase leve de enfermedad de Alzheimer según el índice de la escala de Barthel. Se incluye tanto a hombres como a mujeres que sean socios o socias del centro, incluso puede ser admitido/a la persona menor de 60 años que sea cónyuge o pareja de hecho del socio o de la socia. Además, podrán ser admitidos excepcionalmente, aquellos o aquellas que sin cumplir el requisito de la edad sean pensionistas, o reúnan determinadas circunstancias personales que deberán ser recogidas en el Reglamento de Régimen Interior del centro (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, s.f.).

3.3. Objetivos

Objetivo general:

- Promover los acercamientos terapéuticos como tratamiento complementario para la prevención de la enfermedad de Alzheimer en las personas mayores.

Objetivos específicos:

- Concienciar sobre la importancia del diagnóstico precoz en la enfermedad de Alzheimer.
- Sensibilizar de los beneficios físicos y cognitivos de la realización de actividades.
- Diseñar actividades que atrasen el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer con la utilización de las TICS.

3.4. Actividades

Tabla 1

Actividad 1

ACTIVIDAD 1		
Nombre: “Bienvenida a TICS con canas”		
Tipo: Presentación		
Tiempo: 1 hora		
Objetivos: - Adquirir conocimiento de la enfermedad del Alzheimer. - Conocer la importancia de la detección precoz de la enfermedad del Alzheimer. - Informar a usuarios de la importancia de la realización de actividades para ralentizar el deterioro cognitivo.		
Desarrollo: Consiste en la presentación por parte del personal profesional dicho proyecto a las personas usuarias del Centro de Participación Activa de Mayores de Alcaudete. Primeramente, tras presentarse las profesionales, presentarán a través de la pantalla un PowerPoint que contendrá: - Definición de la enfermedad del Alzheimer, así como sus factores de riesgo, sus fases, etc. - Los beneficios de la realización de actividades para la ralentización del deterioro cognitivo. - Los beneficios de la utilización de las TICS como método interactivo y lúdico. - Las actividades que se llevarán a cabo, así como su temporalización. Minutos antes finalizar la sesión, los y las profesionales anotarán a las personas que se apuntarán para la realización de las actividades, recabando sus datos personales.		
Materiales: 1 televisión de 65” con plataforma de ruedas Folios Bolígrafos	Espaciales: Sala gimnasia	Humanos: 1 trabajadora social 1 psicóloga 1 integradora social 1 fisioterapeuta
Adaptaciones/ Observaciones: Se puede adaptar la presentación de PowerPoint con un tamaño de letra grande perceptible para las personas que tengas dificultades de visión. Se puede adaptar el material audiovisual con subtítulos para personas con discapacidad auditiva.		

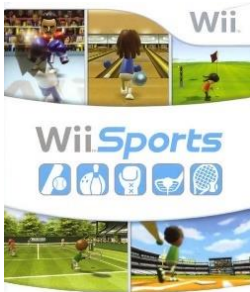
Fuente: Elaboración propia

Tabla 2
Actividad 2

ACTIVIDAD 2		
Nombre: “IMENTIA”		
Tipo: Estimulación cognitiva		
Tiempo: 1 hora		
Objetivos: - Estimular las capacidades cognitivas de la persona. - Optimizar la calidad de vida de la persona. - Desarrollar la autonomía de la persona. - Ralentizar el deterioro cognitivo en la persona.		
Desarrollo: Consiste en utilizar la app “IMENTIA”, que es una aplicación para trabajar la estimulación cognitiva centrada en entrenar distintas áreas cognitivas a través de juegos interactivos y lúdicos: memoria, orientación, lenguaje, atención, razonamiento, gnosias, praxias, funciones ejecutivas y comprensión. Cada área de trabajo tiene hasta seis niveles de complejidad. Esta app ha sido experimentada en clínicas para prevenir, tratar y seguir el deterioro cognitivo leve, por tanto, es recomendable para aquellas personas que comienzan a mostrar síntomas de Alzheimer y someterse a iniciar un tratamiento lo antes posible. Además, esta aplicación permite hacer test cribados para valorar los posibles casos de deterioro cognitivo. Cada ejercicio es adaptado a las características de la persona, pudiendo trabajar de manera individual o grupal. Incluso los familiares pueden visualizar el progreso de la persona usuaria (Gil, s. f.).		
Recursos:		
Materiales: 10 ordenadores App “IMENTIA”	Espaciales: Sala de informática	Humanos: 1 trabajadora social 1 psicóloga 1 integradora social
Adaptaciones/ Observaciones: Esta aplicación permite trabajar en casa con la familia, incluido con tu médico de confianza, por lo que, si tras valorar el caso y es conveniente, se le facilitará a la familia dicha aplicación.		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3
Actividad 3

ACTIVIDAD 3		
Nombre: “Wii terapia”		
Tipo: Ejercicio fisico		
Tiempo: 1 hora		
Objetivos: - Promover la actividad deportiva. - Mantener en buen estado su salud fisica y mental. - Desarrollar el mantenimiento de equilibrio. - Mejorar la movilidad articular. - Trabajar la psicomotricidad. - Paliar dolores musculares. - Mejorar las relaciones sociales con las demás personas usuarias. - Fomentar la autoestima. - Aumentar la confianza.		
Desarrollo: Esta actividad consiste en jugar con la consola Wii al juego de “Wii Sports”. La Wii sólo puede conectar hasta máximo cuatro mandos, por lo que, se deberán turnar entre ellos y ellas para jugar. Se puede jugar de manera individual o realizar equipos. Los juegos que contiene este videojuego son de ejercicio fisico con el fin de trabajar la movilización del cuerpo y conseguir los objetivos planteados.		
Recursos:		
Materiales: 1 televisión de 65” con plataforma de ruedas 1 consola Wii 4 mandos Wii Juego “Wii Sports”	Espaciales: Sala de gimnasia	Humanos: 1 fisioterapeuta 1 integradora social 1 trabajadora social
Adaptaciones/ Observaciones: El personal profesional se encargará de supervisar las necesidades de los/las usuarios/as con el fin de solventarlas en el instante.		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4
Actividad 4

ACTIVIDAD 4		
Nombre: “OROI”		
Tipo: Estimulación cognitiva		
Tiempo: 1 hora		
Objetivos: - Trabajar la psicomotricidad. - Mejorar el mantenimiento de agilidad y movilidad. - Mejorar la comunicación con el entorno. - Mejorar las relaciones sociales con las demás personas usuarias. - Fomentar la autoestima. - Aumentar la confianza.		
Desarrollo: En esta actividad se utilizará la app “OROI”, es una plataforma que se encarga de estimular cognitivamente a las personas mayores mediante la realidad virtual, generando así, bienestar en dichas personas. Se considera esta app una manera divertida y beneficiosa para luchar contra el deterioro cognitivo, gracias a las gafas de realidad virtual que hace adentrarse a la persona en ese mundo.		
Recursos:		
Materiales: 4 ordenadores 4 gafas de realidad virtual Juego “OROI realidad virtual”	Espaciales: Sala de informática	Humanos: 1 trabajadora social 1 psicóloga 1 integradora social
Adaptaciones/ Observaciones: El personal profesional se encargará de supervisar las necesidades de los/las usuarios/as con el fin de solventarlas en el instante.		

Fuente: Elaboración propia

3.5. Cronograma

La propuesta de intervención que se ha planteado se ejecutará en un plazo de cuatro meses, desde septiembre de 2024 a diciembre de 2024.

Se comenzará con una actividad de presentación llamada “Bienvenida a TICS con canas”, para sensibilizar a las personas mayores de la importancia de realizar ejercicio tanto físico como mental después de la jubilación para prevenir o ralentizar el desarrollo del deterioro cognitivo, y apaciguar la aparición de la enfermedad del Alzheimer. Esta actividad será ejecutada en la segunda semana de septiembre con una duración de sesión de una hora.

Posteriormente se llevará a cabo la actividad de “IMENTIA” con una duración de doce sesiones abarcando seis semanas desde la tercera semana de septiembre hasta la tercera semana incluida de octubre.

Seguidamente se llevará a cabo la actividad “Wii terapia” con una duración de diez sesiones abarcando cinco semanas desde la cuarta semana de octubre hasta la cuarta semana de noviembre.

Y por último se realizará la actividad “OROI” con una duración de ocho sesiones abarcando cuatro semanas desde la quinta semana de noviembre hasta la cuarta semana de diciembre.

La planificación que se ha planteado para ejecutar las actividades ha tenido en cuenta los días festivos, no coincidiendo ninguno con las sesiones, y se ha decidido acabar antes de las festividades de diciembre, es decir, las semanas del inicio de la Navidad.

Tabla 5

Cronogramas Meses/semanas/días

CRONOGRAMA 2024																									
ACTIVIDADES	MESES (semanas)																								
	Septiembre						Octubre					Noviembre					Diciembre								
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6			
Actividad 1 - “Bienvenida a TICS con canas”																									
Actividad 2 - “IMENTIA”																									
Actividad 3 - “Wii terapia”																									
Actividad 4 - “OROI”																									

SEPTIEMBRE 2024						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
						1
2 “Bienvenida a TICS con canas”	3	4	5	6	7	8
9	10 “IMENTIA”	11	12 “IMENTIA”	13	14	15
16	17 “IMENTIA”	18	19 “IMENTIA”	20	21	22
23	24 “IMENTIA”	25	26 “IMENTIA”	27	28	29
30						

OCTUBRE 2024						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
	1 “IMENTIA”	2	3 “IMENTIA”	4	5	6
7	8 “IMENTIA”	9	10 “IMENTIA”	11	12	13
14	15 “IMENTIA”	16	17 “IMENTIA”	18	19	20
21	22 “Wii terapia”	23	24 “Wii terapia”	25	26	27
28	29 “Wii terapia”	30	31 “Wii terapia”			

NOVIEMBRE 2024						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
				1	2	3
4	5 “Wii terapia”	6	7 “Wii terapia”	8	9	10
11	12 “Wii terapia”	13	14 “Wii terapia”	15	16	17
18	19 “Wii terapia”	20	21 “Wii terapia”	22	23	24
25	26 “OROI”	27	28 “OROI”	29	30	

DICIEMBRE 2024						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
						1
2	3 “OROI”	4	5 “OROI”	6	7	8
9	10 “OROI”	11	12 “OROI”	13	14	15
16	17 “OROI”	18	19 “OROI”	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Fuente: Elaboración propia

3.6. Recursos

A continuación, se detallan los recursos que se estiman necesarios para desarrollar las actividades. Se han clasificado en tres áreas: materiales, humanos e infraestructuras.

Tabla 6
Recursos

RECURSOS NECESARIOS		
HUMANOS	MATERIALES	INFRAESTRUCTURAS
Trabajadora social	Material informático (televisión de 65” con plataforma de ruedas, consola Wii, 4 mandos Wii, 10 ordenadores, 4 gafas de realidad virtual)	Sala de gimnasia
Psicóloga	Material de papelería (folios y bolígrafos)	
Fisioterapeuta	Juegos y app (“Wii Sports”, “OROI realidad virtual”, “IMENTIA”)	
Integradora social		

Fuente: Elaboración propia

Seguidamente se explica los recursos que se emplearán para las actividades que han sido plasmados en la tabla anterior. Con respecto a los recursos materiales, es necesario una televisión de 65” con plataforma de ruedas para la actividad “Bienvenida a TICS con canas” y para “Wii terapia”, junto con los ordenadores para la actividad “IMENTIA” y “OROI”. Estos dos recursos son propios del centro, por lo que no será necesario invertir en conseguirlos. Además, será necesario descargarse la app “IMENTIA” y “OROI” para la realización de las respectivas actividades.

Otro de los recursos que posee el propio centro es el material de papelería (folios y

bolígrafos) para anotar a las personas que quieren apuntarse para realizar las actividades.

También será necesario una consola Wii, 4 mandos Wii y el juego “Wii Sports” para la actividad “Wii terapia”. Sólo se puede utilizar cuatro mandos Wii porque es el máximo número de mandos que se pueden conectar a la consola, por lo que tendrán que intercambiarse entre los y las participantes. Y cuatro gafas de realidad virtual para la actividad “OROI”, que también se deberán intercambiar entre los y las participantes.

Con respecto a los recursos espaciales será necesaria la sala de gimnasia para la presentación inicial ya que es amplia y tiene gran capacidad de aforo de personas, y para la actividad de “Wii terapia”, dónde se requiere gran amplitud espacial para realizar movimientos corporales. También será necesaria la sala de informática para la actividad “IMENTIA” y “OROI”, ya que disponen de ordenadores, necesarios para las actividades.

En cuanto a los recursos humanos será necesario que acuda todo el personal profesional de todas las actividades para que las personas usuarias del centro los y las conozcan. Será necesario que asista el/la profesional del trabajo social, quien llevará acabo la presentación en un primer plano, el/la profesional de psicología, quien explicará los beneficios de realizar ejercicios para ralentizar el desarrollo del deterioro cognitivo, el/la profesional de fisioterapia, quién explicará los beneficios para la salud física de la realización de ejercicio físico, y el/la técnico/a en integración social, que servirá de apoyo.

Para la actividad “IMENTIA” y “OROI” será necesario el/la profesional de psicología, que se encargará de hacer un seguimiento y una valoración más acorde a su ámbito, el/la profesional del trabajo social, que se encargará de supervisar el desarrollo de las actividades y valorará en cada actividad si se han conseguido los objetivos en conjunto con los demás profesionales, y el/la técnico/a en integración social, que se encargará de que todo el personal usuario participe fomentando la autonomía de cada usuario/a. Sin embargo, para la actividad “Wii terapia” será necesario, además, el/la profesional de fisioterapia y un/a entrenador/a personal, para supervisar y valorar los movimientos corporales que se realizarán en las actividades.

3.7. Presupuesto

Tabla 7
Presupuesto

Nº	Denominación puesto	Horas contrato	Coste hora	Total retribuciones	Total Seguridad Social	Coste por puesto
1	Trabajadora social	31	11,13€	345,03€	96,41€	441,44€
1	Psicóloga	21	11,13€	233,73€	65,31€	299,04€
1	Fisioterapeuta	7	11,13€	77,91€	21,77€	99,68€
1	Integradora social	31	8,03€	248,93€	69,44€	318,37€
TOTAL COSTE PERSONAL						1158,53€

GASTOS MATERIALES	
Tipo de recurso	Coste estimado
Material informático (consola Wii, 4 mandos Wii, 4 gafas de realidad virtual)	1630€
Juego “Wii Sports”	10€
TOTAL	1640€

COSTE TOTAL ESTIMADO DEL PROYECTO	
TOTAL COSTE PERSONAL	1158,53€
TOTAL COSTE RECURSOS MATERIALES	1640€
IMPREVISTOS (10%)	279,85€
TOTAL	3078,38€

Fuente: Elaboración propia

3.8. Fuente de financiación

La fuente de financiación de dicho proyecto será a través de:

1. Fundación “La Caixa” con la Convocatoria de Proyectos Sociales 2024 por territorio, en este caso en Andalucía. La financiación que pueden ofrecer puede ser hasta 50.000€. Esta financiación está destinada a personas mayores, a discapacidad, trastorno mental o enfermedad, y a pobreza e inclusión social (Fundación “La Caixa”, 2024).

Las líneas de actuación que abarca esta subvención son:

- Inserción sociolaboral
- Acceso a recursos residenciales temporales
- Convivencia intercultural
- Cultura como herramienta para la inclusión social
- Promoción de la salud y gestión emocional
- Prevención de las violencias y las adicciones
- Inclusión digital

2. Aportación económica de la propia institución donde se desarrollará el proyecto, en aquellas cuantías para las que no se obtenga subvención o bien, ésta no sea suficiente.

3.9. Evaluación

La evaluación consiste en recoger los datos más relevantes de todo el proceso de intervención. Por lo tanto, se puede definir como valorar, medir, comprobar en qué medida se han conseguido los objetivos previamente establecidos. La evaluación es muy importante en cualquier proceso, puesto que es una manera de comprobar la efectividad del trabajo realizado, analizando a su vez los puntos fuertes y débiles de éste. La evaluación se da en todo momento del proceso y se evalúa todo. Existen tres períodos de tiempo:

La evaluación inicial se realiza en el punto de partida antes de comenzar a realizar las actividades para valorar en qué grado cognitivamente se encuentran las personas participantes. Esta evaluación inicial se realizará de manera individual con cada usuario/a, en la que estará presencialmente el/la profesional del trabajo social y el/la profesional de psicología. El test que se empleará será Mini-Mental State Examination (MMSE) (ANEXO I) que es una prueba de cribado cognitivo para evaluar posibles síntomas del deterioro cognitivo o la demencia. Este test contiene una serie de preguntas y algunas acciones que debe realizar la persona que es evaluada. Las áreas que se evalúan son de orientación temporal y espacial, de fijación, de cálculo y atención, de memoria y de lenguaje y praxis (Fundación Pasqual Maragall, 2021). Dicho test tiene un rango de puntuación de 0 a 30. La interpretación del resultado de esta prueba la debe realizar el personal profesional que se encarga de realizar esta evaluación. Según la puntuación total obtenida los grados de deterioro que establece esta prueba es la siguiente:

- Entre 30 y 27 puntos: No existe deterioro cognitivo.

- Entre 26 y 25 puntos: Existen dudas o pudiera existir un posible deterioro cognitivo.
- Entre 24 y 10 puntos: Existe un deterioro cognitivo de leve a moderado.
- Entre 9 y 6 puntos: Existe un deterioro cognitivo de moderado a severo.
- Menos de 6 puntos: Deterioro cognitivo severo. (Mini Mental de Folstein, 2019)

La evaluación continua se realiza en el momento de la ejecución de las actividades, se hace un seguimiento recogiendo datos más relevantes y se van haciendo modificaciones oportunas para que las actividades sean eficaces. Para realizar esta evaluación se hará a través de la observación con el instrumento de registro de observación (ANEXO II), en la que se valorará a cada usuario/a para comprobar si se está cumpliendo los objetivos o si hay alguna necesidad que se presente y haya que solventarla. Los contenidos de este documento son para valorar cómo se desarrolla individualmente, en grupo, qué dificultades presenta, si hay que adaptar alguna actividad. A la misma vez, se realizará un diario de campo (ANEXO III), para anotar datos relevantes de cada usuario/a. Esta evaluación se realizará una vez a la semana, concretamente los jueves, con el fin de valorar con el resto de profesionales en conjunto la situación de la persona usuaria y poder solventar las necesidades que presente.

La evaluación final se realiza al finalizar el proceso para comprobar si se han conseguido cumplir los objetivos planteados previamente y valorar si las actividades han sido adecuadas llegando a plantear posibles cambios para intervenciones futuras. La profesional de psicología y el/la profesional del trabajo social se encargará de emplear una escala de estimación numérica (ANEXO IV) para determinar el grado de aprendizaje y en qué situación se encuentra cada usuario/a.

Posteriormente se hará una reunión grupal con todo el personal profesional que ha intervenido en las actividades para valorar desde cada área cómo se han desarrollado las actividades, qué dificultades han presentado los/las usuarios/as, y así determinar si se han conseguido lograr los objetivos que se plantearon previamente. El documento que recogerá todos los datos será el informe social, realizado por el/la profesional del trabajo social.

Tras recoger toda la información, se hará una reunión con la familia de cada usuario/a para explicarle cómo se encuentra la persona, cómo ha evolucionado, que puntos débiles tiene, con el fin de que tengan el conocimiento de la situación del familiar y pueda ayudarle en la medida de lo posible cuanto antes.

De la misma manera, que el personal profesional debe también evaluarse, por lo que,

cada profesional realizará su propia evaluación a través del instrumento de escala de estimación numérica (ANEXO V) para valorar que ha realizado correctamente, que debe mejorar, ver en qué ha fallado, entre otras cosas.

4. CONCLUSIONES

Tras el estudio previo que se ha realizado para poder diseñar dicho proyecto se puede comprobar que hay numerosos estudios sobre la intervención social que se realiza desde el Trabajo Social con las personas mayores que padecen la enfermedad del Alzheimer.

Desde el Trabajo Social es importante trabajar con este colectivo para poder detectar desde sus inicios la sintomatología y, poder frenar o ralentizar el deterioro cognitivo antes de su desarrollo. De acuerdo con el propósito de dicha profesión también es importante brindar apoyo a las familias en diferentes aspectos en cuanto a la enfermedad se refiere, y sobre todo a la persona que padece dicha enfermedad.

Al mismo tiempo, se ha observado que la implementación de tratamientos no farmacológicos para detener el deterioro cognitivo en la enfermedad del Alzheimer como lo son las Nuevas Tecnologías de la Comunicación e Información, dan resultados positivos, es por ello, que se quiere ejecutar el diseño de este proyecto para comprobar su efectividad.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arroyo-Anlló, E. M., et al. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento psicológico*, 10(1), 107-127.
<file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-TecnicasDeRehabilitacionNeuropsicologicaEnDemencia-3971202.pdf>
- Barranco-Quintana, J., et al. (2005). Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 40(10), 613-618.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1171986>
- Benítez, M. L. (2013). Eficacia de un programa de motricidad realizado mediante nuevas tecnologías en el incremento de capacidades físicas y cognitivas en personas mayores sanas y con enfermedad de Alzheimer. una contextualización de sus neologismos [tesis de maestría, Universidad de Sevilla.]. Departamento de Fisioterapia
<https://idus.us.es/handle/11441/58691>
- Calles et al., (2019). Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlos del deterioro cognitivo. *Farmacéuticos comunitarios*, 11(1), Anexo II.
https://www.farmaceticoscomunitarios.org/anexos/vol11_n1/ANEXO2.pdf
- Castellani, R., et al. (2010). Alzheimer disease. *Disease-a-month: DM*, 56(9), 484.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941917/>
- Consejería de Economía, Hacienda y Fondos Europeos (s. f.). SIMA - Alcaudete (Jaén). Portal de Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Consultado el 8 de mayo de 2024.
<https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/sima/ficha.htm?mun=23003>
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad (s.f.). Centros de Participación Activa. Portal de la Junta de Andalucía. Consultado el 8 de mayo de 2024.
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-social-juventud-familias-e-igualdad/areas/mayores/envejecimiento-activo/paginas/centros-dia.html>
- Conde-Sala, J. L. (1999). Factores de riesgo y personalidad premórbida en la enfermedad de Alzheimer: Estudio preliminar. *Revista Multidisciplinar Gerontol*, 9(1), 200-7.

https://www.researchgate.net/profile/Josep-Lluis-Conde-Sala/publication/258995505_Factores_de_riesgo_y_personalidad_premorbida_en_la_enfermedad_de_Alzheimer_un_estudio_preliminar/links/54f612280cf21d8b8a5c1683/Factores-de-riesgo-y-personalidad-premorbida-en-la-enfermedad-de-Alzheimer-un-estudio-preliminar.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail

Conde Sala, J. L. (2002). Factores de riesgo y personalidad premórbida en la enfermedad de Alzheimer. [Tesis]. Universitat de Barcelona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/2529#page=1>

Cuadrado, M., et al. (2022). Enfermedad de Alzheimer, musicoterapia y la intervención del trabajo social: Alzheimer's, music therapy & social work intervention. *Revista Internacional de Humanidades*, 14(2), 1-11. <https://journals.eagora.org/revHUMAN/article/view/4099/2478>

De los Reyes Aragón, C. J., et al. (2012). Rehabilitación Cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 421-455. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21324851008.pdf>

Decreto 74/2007, de 18 mayo, que aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y funcionamiento de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana. DOGV nº 5518 de 23 de mayo de 2007 https://dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?sig=6634/2007&L=1

Diputación Provincial de Jaén (s.f.). Alcaudete. Jaén Paraíso Interior. Consultado el 13 de mayo de 2024. <https://www.jaenparaisointerior.es/es/alcaudete>

Fernández-Calvo, B., et al. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 44-50. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9051/8915>

Fernández, E. F. (2009). El trabajo social sanitario con las familias de los enfermos de Alzheimer. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (45), 13-38. <file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-ElTrabajoSocialSanitarioConLasFamiliasDeLosEnfermo-3288146.pdf>

- Fundación “La Caixa”, (2024). Convocatorias de Proyectos Sociales por territorio. Convocatorias de Proyectos Sociales por territorio 2024. <https://fundacionlacaixa.org/es/convocatorias-sociales-territorio>
- Fundación Pasqual Maragall (25 de noviembre de 2021). ¿En qué consiste y para qué se utiliza el test Mini-Mental?. *El blog de la Fundación Pasqual Maragall*. <https://blog.fpmaragall.org/mini-mental-test>
- Fundación Pasqual Maragall (24 de abril de 2023). Las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer. *El blog de la Fundación Pasqual Maragall*. <https://blog.fpmaragall.org/terapias-no-farmacologicas>
- Gil, A. M. (2009). *El Alzheimer* (Vol. 2). Editorial CSIC-CSIC Press. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=A9S-DNxuX-wC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Mart%C3%ADnez,+A+\(2009\).+El+Alzheimer.+Madrid:+Los+libros+de+la+Catarata&ots=9C2qUHH2Tr&sig=tZjT8F8fSa80qAZu_JrQt1I_xyw#v=onepage&q=Mart%C3%ADnez%2C%20A%20\(2009\).%20El%20Alzheimer.%20Madrid%3A%20Los%20libros%20de%20la%20Catarata&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=A9S-DNxuX-wC&oi=fnd&pg=PA7&dq=Mart%C3%ADnez,+A+(2009).+El+Alzheimer.+Madrid:+Los+libros+de+la+Catarata&ots=9C2qUHH2Tr&sig=tZjT8F8fSa80qAZu_JrQt1I_xyw#v=onepage&q=Mart%C3%ADnez%2C%20A%20(2009).%20El%20Alzheimer.%20Madrid%3A%20Los%20libros%20de%20la%20Catarata&f=false)
- Gil, D. (s. f.). Imentia. La app de estimulación cognitiva. <https://www.imentia.com/>
- González, B. P. (2014). ¿El Futuro de los Recuerdos? Estimulación cognitiva No Farmacológica con el apoyo de las TIC para enfermos de Alzheimer y otras demencias. In *En torno a la Educación Social. Estudios, reflexiones y experiencias* (pp. 93-104). FahrenHouse Ediciones. [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-EnTornoALaEducacionSocialEstudiosReflexionesYExper-687100%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-EnTornoALaEducacionSocialEstudiosReflexionesYExper-687100%20(1).pdf)
- López, L. (2017). Pensamiento y Acción Interdisciplinaria: El museo como herramienta de memoria, prevención e intervención social en personas con Alzheimer y otras demencias. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 2(1), 55-72 <https://revistapai.ucm.cl/article/view/163/157>
- Mini Mental de Folstein (MMSE) (28 de mayo de 2019). Stimulus. <https://stimuluspro.com/blog/mini-mental-de-folstein-mmse/#:~:text=Entre%2030%20y%2027%20puntos,cognitivo%20de%20moderado%20a%20severo.>

- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2023). [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia_](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia)
- Prado, L. B., y Rodríguez, S. F. (2013). Neuroplasticidad y psicoestimulación en enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*, 53(1), 39-44. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Basco-Prado/publication/272693439_Neuroplasticidad_y_psicoestimulacion_en_enfermos_de_Alzheimer/links/56a8938f08ae997e22bd9d7f/Neuroplasticidad-y-psicoestimulacion-en-enfermos-de-Alzheimer.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail&_rtd=e30%3D
- Picó-Monllor, J. A. (2022). La ocupación laboral como factor de protección en el deterioro cognitivo leve. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 68(267), 83-89. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2022000200001&script=sci_arttext
- Puente, R. P. (2017). Talleres de co-creación para promover la equidad y la inclusión de las personas con alzheimer a través del juego y las TIC. In Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social (pp. 1337-1343). Thomson Reuters Aranzadi. <https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/CONGRESO/COMUNIDADES%20SOSTENIBLES.pdf>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, n. 222, de 16 de septiembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212&tn=1&p=20220129#anii>
- Rueda, A. V (2022). *Nuevas tecnologías en la neurorrehabilitación de los adultos mayores con la enfermedad Alzheimer. Digitalización de empresas y economía: tendencias actuales*. Dykinson eBook. (p. 14-15) file:///C:/Users/User/Downloads/ebooks_978-84-1122-623-3.pdf
- Ruíz-Hernández, M. et al. (2023). Efectividad de las terapias no farmacológicas en personas con alzheimer: una revisión sistemática: e202310086. *Revista Española de Salud Pública*, 97, 21-páginas. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/165/248>
- Seguridad Social. (s.f.). Bases y tipos de cotización 2024. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Consultado el 8 de mayo de 2024. <https://www.seg->

social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/CotizacionRecaudacionTrabajadores/36537

- Vega, V. O., y Gandarillas, E. M. (2021). Trabajo social neurológico: Intervención social con pacientes con Alzheimer. *Trabajo social hoy*, (92), 101-123.
https://www.researchgate.net/profile/Veronica-Vega-15/publication/373108289_Trabajo_Social_neurologico_intervencion_social_con_pacientes_de_Alzheimer/links/64da101d66f0e0067d97f49b/Trabajo-Social-neurologico-intervencion-social-con-pacientes-de-Alzheimer.pdf
- Velásquez, N. L., et al. (2015). Intervención no farmacológica en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 50(3), 151-152.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-intervencion-no-farmacologica-pacientes-con-S0211139X14002522?redirectNew=true>

ANEXO I: Mini-Mental State Examination

38

PRIMA				PRIMA				Deletree al revés la palabra				Escriba una frase que tenga											
VERANO				VERANO				MUNDO				sentido (atrás de esta hoja)											
OTOÑO				OTOÑO				RES	REAL	INC	COR			0	1								
INVIER				INVIER					O	O	1	Copie este dibujo (atrás de esta											
	0	1	2	3	4	5			D	O	1	hoja)											
ORIENTACION ESPACIAL								N	O	1			0	1									
¿En qué país estamos?								U	O	1	PUNTUACION TOTAL												
INC	0		COR	1				M	O	1	0	1	2	3									
¿En qué provincia estamos?								0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
INC	0		COR	1		IV. MEMORIA					Puntuación máxima (30)												
¿En qué ciudad estamos?						Dígame el nombre de los tres						EDAD											
INC	0		COR	1		objetos que le nombré antes					E		≤ 50	51-75	>75								
¿Dónde estamos ahora?								INC	COR		S	≤ 8	0	+1	+2								
INC	0		COR	1		BICICLETA				0	1	C	9-17	-1	0	+1							
¿En qué piso /planta estamos?						CUCHARA				0	1	O	>17	-2	-1	0							
INC	0		COR	1		MANZANA				0	1	PUNTUACION											
	0	1	2	3	4	5			0	1	2	3	CORREGIDA										

Fuente: Calles et al, 2019

ANEXO II: Registro de observación

REGISTRO DE OBSERVACIÓN			
Fecha:		Nombre usuario/a:	
ITEMS	SI	NO	Observaciones
El/la usuario/a entiende la actividad.			
Al usuario/a le tiene que explicar varias veces los/las profesionales las instrucciones.			
El/la usuario/a pregunta a los/las profesionales sobre posibles dudas.			
El/la usuario/a se concentra en la realización de las actividades.			
El/la usuario/a se desorienta realizando las actividades.			
El/la usuario/a se siente cómodo/a realizando las actividades.			
El/la usuario/a muestra interés en realización de las actividades.			
El/la usuario/a muestra actitud participativa en las actividades.			
El/la usuario/a se agobia cuando no le sale bien las actividades.			
El/la usuario/a presenta dificultades para realizar las actividades con las TICS			
El/la usuario/a entabla conversaciones con los demás usuarios/as.			
El/la usuario/a se integra en el grupo.			
El/la usuario/a muestra confianza con los/las profesionales.			

Fuente: Elaboración propia

ANEXO III: Diario de campo

DIARIO DE CAMPO	
Fecha:	Nombre usuario/a:
Descripción de la actividad	Percepciones

Fuente: Elaboración propia

ANEXO IV: Escala de estimación numérica

ESCALA DE ESTIMACIÓN NUMÉRICA					
Fecha:	Nombre:				
ITEMS	1-Nada 2-Poco 3-Algo 4-Mucho				Observaciones
	1	2	3	4	
El/la usuario/a maneja de manera autónoma las TICS.					
El/la usuario/a conoce los beneficios de realiza ejercicio cognitivo y físico para el deterioro cognitivo.					
El/la usuario/a comprende la necesidad de detectar precozmente los síntomas de deterioro cognitivo o demencia.					
El/la usuario/a controla el equilibrio en las actividades.					
El/la usuario/a ha mejorado la psicomotricidad.					
El/la usuario/a tiene mejor autoestima. El/la usuario/a se relaciona con el resto de usuarios/as.					

Fuente: Elaboración propia

ANEXO V: Escala de estimación numérica para el personal profesional

ESCALA DE ESTIMACIÓN NUMÉRICA PARA EL PERSONAL PROFESIONAL					
Fecha:	Nombre:				
ITEMS	1-Nada 2-Poco 3-Algo 4-Mucho				Observaciones
	1	2	3	4	
El/la usuario/a maneja de manera autónoma las TICS.					
El/la usuario/a conoce los beneficios de realiza ejercicio cognitivo y físico para el deterioro cognitivo.					
El/la usuario/a comprende la necesidad de detectar precozmente los síntomas de deterioro cognitivo o demencia.					
El/la usuario/a controla el equilibrio en las actividades.					
El/la usuario/a ha mejorado la psicomotricidad.					
El/la usuario/a tiene mejor autoestima. El/la usuario/a se relaciona con el resto de usuarios/as.					
He gestionado correctamente el tiempo durante la realización del proyecto.					
Me he sentido cómodo/a en la realización del proyecto.					
He influido positivamente en los usuarios/as con la realización de la intervención.					

Fuente: Elaboración propia