



TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

EN LAS ASOCIACIONES DE
FAMILIARES DE PERSONAS CON

ALZHEIMER

Guías metodológicas de implantación

**TERAPIAS
NO FARMACOLÓGICAS**
EN LAS ASOCIACIONES DE
FAMILIARES DE PERSONAS CON
ALZHEIMER

Guías metodológicas de implantación

© CEFA 2016

TEXTOS:

Confederación Española de
Asociaciones de Familiares de
personas con Alzheimer y otras
demencias (CEFA)

DISEÑO:

iLUNE.com

IMPRESA:

Gráficas BIAK

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	8
DEFINICIÓN DE TERAPIA NO FARMACOLÓGICA	10
LAS TNF EN LAS ASOCIACIONES DE ALZHEIMER	14
Fichas metodológicas	
Estimulación cognitiva	16
Actividades de la Vida Diaria	24
Gerontogimnasia	32
Arteterapia	40
Musicoterapia	46
GRUPOS DE AYUDA MUTUA	54
INVENTARIO DE TNF APLICADAS EN LAS AFAS	59
BIBLIOGRAFÍA Y ENLACES DE INTERÉS	65



INTRODUCCIÓN

La **enfermedad de Alzheimer** es una causa de demencia, la principal pero no la única. Tal como la describió Alois Alzheimer, es una enfermedad degenerativa cerebral en la que se pierden neuronas, se produce el acúmulo de una proteína anormal (amiloide) y muestra lesiones características (placas seniles y ovillos neurofibrilares). Es decir, se trata de una enfermedad degenerativa de las células cerebrales —las neuronas— de carácter progresivo y de origen hoy todavía desconocido.

Actualmente no hay tratamiento curativo para la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo hay terapias farmacológicas (medicamentos) y terapias no farmacológicas (intervenciones psicosociales) que consiguen enlentecer el proceso de deterioro, procurando mantener el máximo tiempo posible la autonomía y las capacidades preservadas.

Entre **los tratamientos farmacológicos (TF)** destinados a paliar los efectos de esta patología existen varios principios activos que se comercializan: Donepecilo, Rivastigmina, Galantamina y Memantina.

Ante la ausencia de tratamientos farmacológicos eficaces para la cura, se ha extendido el uso de **Terapias No Farmacológicas (TNF)**, intervenciones que buscan aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. Las investigaciones han demostrado que las TNF, combinadas con las TF, pueden ser tan efectivas, o incluso más en algunos casos, que el uso de fármacos por si solos para el tratamiento de algunos de los principales síntomas de esta enfermedad, mejorando la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores.



JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Desde CEAFA apoyamos un **tratamiento integral**, tanto con actuaciones farmacológicas como no farmacológicas, ya que el mantenimiento de la salud física es tan importante como el manejo de los síntomas psicológicos y de conducta asociados al deterioro. Debe mantenerse a la persona estimulada y procurar evitar el aislamiento que incide en el proceso de demencia. El tratamiento debe incluir también a la familia cuidadora que representa un importante recurso a lo largo de todo el proceso. Además debe ser personalizado, un tratamiento centrado en la persona atendiendo a su individualidad, historia personal y recursos del entorno; y continuado, apoyándose a la persona enferma y a su familia a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

La oferta de tratamientos farmacológicos dependerá de los avances de las investigaciones científicas promovidas por la industria farmacéutica; pero en los avances de las TNF pueden participar varios colectivos profesionales, no necesariamente personal médico, como son: terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.

La Confederación Española de Alzheimer y otras demencias (CEAFA) está compuesta por 1 Confederación Autonómica, 12 Federaciones Autonómicas y 6 Asociaciones Uniprovinciales que agrupan a más de 310 Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias. Éstas tienen en plantilla a más de 3.800 profesionales del ámbito socio-sanitario, con gran experiencia en la atención y cuidado de las personas con Alzheimer y sus familiares cuidadores, que gestionan servicios, destacando entre ellos las TNF.

TRATAMIENTO INTEGRAL
TRATAMIENTO INTEGRAL
TRATAMIENTO INTEGRAL
TRATAMIENTO INTEGRAL

En el año 2016 CEAFA ha incluido en su organigrama al **Grupo de Trabajo Técnico**, un grupo compuesto por técnicos de las diferentes Federaciones Autonómicas y Asociaciones Uniprovinciales que conforman la estructura Confederal, y coordinado por el Director Ejecutivo de CEAFA. La composición es la siguiente:

- María Bascón (Confederación Andaluza de Alzheimer)
- Ana Sancho (Federación Aragonesa de Alzheimer)
- M^a del Mar Perdomo (Federación Canaria de Alzheimer)
- Gema Caballero (Federación de Alzheimer de Castilla-La Mancha)
- Noelia Martínez (Federación de Alzheimer de Castilla y León)
- Inmaculada Fernández (Federación Catalana de Alzheimer)
- Marisa Ortigosa (Federación de Alzheimer de Euskadi)
- Javier Hermida (Federación Gallega de Alzheimer)
- Claudia Morales (Federación Madrileña de Alzheimer)
- Rosana Garrido (Federación de Alzheimer de la Comunidad Valenciana)
- Mónica Pérez (Asociación Uniprovincial de Alzheimer de Cantabria)
- Desiree Díez de la Cortina (Asociación Uniprovincial de Alzheimer de Melilla)
- Victoria Erice (Asociación Uniprovincial de Alzheimer de Navarra)

El primer proyecto de este grupo de trabajo se ha centrado en las Terapias No Farmacológicas (TNF), con las siguientes **fases y objetivos**:

Fase 1 - Realización de un inventariado de las TNF aplicadas por las AFAs: conocer las principales técnicas o terapias no farmacológicas aplicadas por las Asociaciones confederadas. (Capítulo 5 de este manual, página 57).

Fase 2 - Selección y “modelización” de las cinco TNF más representativas: analizar aquéllas más comúnmente utilizadas o que representen un mayor valor o efectividad.

Fase 3 - Elaboración de un manual que recoja guías metodológicas de implantación: diseñar modelos comunes u homogéneos de implantación, a disposición de todas las Asociaciones que componen la ConfedeRACIÓN.

DEFINICIÓN DE TERAPIA NO FARMACOLÓGICA

Se **DEFINE** como una intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante (Olazarán et al, 2010).

Estas terapias se basan en una intervención terapéutica dentro de un contexto estimular y que entiende al usuario como un sujeto psicosocial, de forma que la intervención estará adecuada a las necesidades de las personas que participan en ellas, y repercute positivamente tanto en la persona, como en su entorno social y familiar.

También conocidas como Intervenciones Psicosociales, su uso en demencias se extiende ante la ausencia de tratamientos farmacológicos eficaces. Este tipo de intervenciones buscan aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y la de sus familias.

Las investigaciones han demostrado que las intervenciones psicosociales pueden ser tan efectivas o incluso más en algunos casos, como el uso de fármacos para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores y para el tratamiento de algunos de los principales síntomas de esta enfermedad.

Los dominios relevantes para medir el efecto son la calidad de vida, la cognición, las actividades de la vida diaria (AVD), la conducta, la afectividad, el dominio físico-motor, el bienestar y calidad de vida del cuidador, la institucionalización y los costes.



Los **OBJETIVOS** terapéuticos del tratamiento no farmacológico son:

- Estimular, mantener o potenciar las capacidades preservadas del usuario
- Evitar la desconexión con su entorno y fortalecer las relaciones sociales
- Dar seguridad e incrementar la autonomía del usuario en las actividades de la vida diaria (AVD)
- Estimular la propia identidad y autoestima
- Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas
- Retrasar o entretener la evolución de la enfermedad, mejorando el rendimiento cognitivo y funcional
- Mejorar la calidad de vida de la persona enferma y sus familiares cuidadores.

Para obtener un buen resultado en la aplicación de las TNF es importante que las terapias sean supervisadas y desarrolladas por un profesional, que realice el asesoramiento, seguimiento y validación de la actividad. No obstante, los familiares cuidadores pueden realizar actividades con el afectado en casa, con materiales o "herramientas" de su entorno habitual, que favorezcan conservar su autonomía, sobre todo en el ámbito de autocuidado (aseo personal), del ocio (juegos de mesa, leer, hacer puzzles, ver fotos, etc.), pequeñas actividades productivas, etc. Contribuyendo a mejorar su autoestima y su calidad de vida.

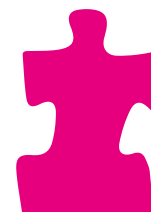
Las terapias no farmacológicas se pueden clasificar en distintas **CATEGORÍAS** según:

- El área de la intervención propuesta: área cognitiva, área funcional, área emocional y área integral.
- El grupo diana de la intervención: orientadas a la persona enferma, orientadas al cuidador familiar y orientadas al cuidador profesional.

En la actualidad, la gran mayoría de TNF que se aplican están orientadas a la persona enferma, y en ellas nos vamos a centrar en este manual.

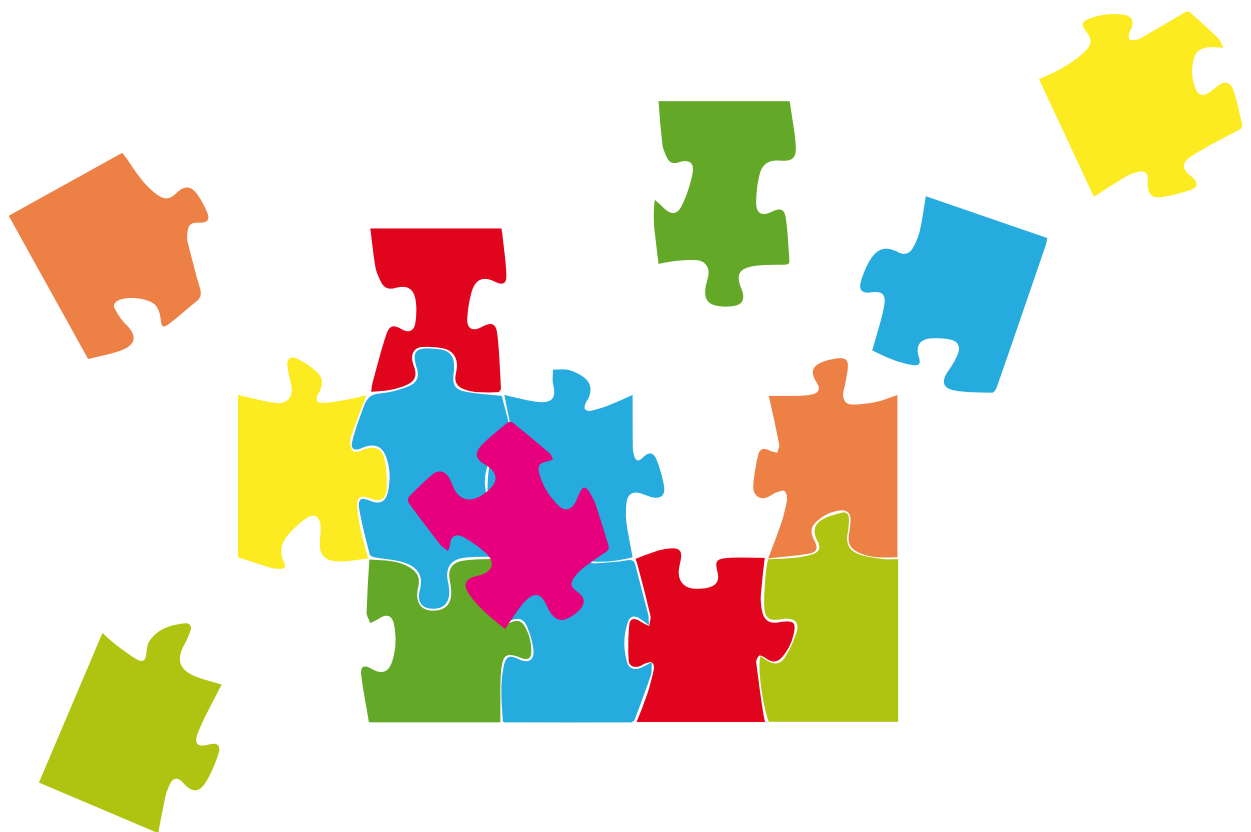
Sin embargo, dada la importancia de la figura del cuidador familiar como agente activo en el cuidado, queremos indicar también brevemente las principales **TNF orientadas al cuidador**:

- Apoyo al cuidador con información y asesoramiento a través de terapias individuales o de grupo (Grupos de Ayuda Mutua, que también extenderemos en la pág. 54 de este manual).
- Técnicas de educación y entrenamiento cognitivo-conductual para evitar el “síndrome del cuidador quemado”.
- Asesoramiento y gestión de casos, sobre los servicios sociales y sanitarios a los que pueden acceder.
- Cuidados de respiro, para aliviar la carga del cuidador (ayuda a domicilio, Unidad de Respiro, Centro de Día, etc.).
- Intervenciones multi-componente, dirigidas de forma conjunta al paciente y al cuidador.



Indicar además que los cuidadores familiares, dada la evolución de la enfermedad, siempre llegará un momento en el que recurrirán a cuidadores profesionales que les apoyen en el cuidado de su familiar afectado. Por eso también hay **TNF orientadas al cuidador profesional:**

- Entrenamiento en los cuidados generales, ofreciendo pautas teóricas y prácticas sobre demencia, sus causas, su tratamiento no farmacológico, etc.
- Prevención de sujeciones físicas o químicas, como alternativas dignas y seguras, basadas además en los cuidados centrados en la persona.





LAS TNF EN LAS ASOCIACIONES DE ALZHEIMER

Las terapias no farmacológicas son una forma de intervención muy extendida y que las Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias (AFAs) ofrecen a sus usuarios (afectados y familiares), con el fin de mejorar la calidad de vida de todos ellos.



En esta edición nos hemos centrado en las terapias dirigidas a las personas con Alzheimer y se han seleccionado las siguientes TNF como más representativas y utilizadas por nuestras Asociaciones:

- **Estimulación Cognitiva**
- **Actividades de la Vida Diaria**
- **Gerontogimnasia**
- **Arteterapia**
- **Musicoterapia**

A continuación exponemos una METODOLOGÍA DE IMPLANTACIÓN de cada una de ellas, dónde ofrecemos información y pautas generales para poder realizar estas terapias, aunque siempre tendrán que adaptarse en función de las características de cada grupo de usuarios y de la organización de los Centros.

Además, teniendo en cuenta el binomio cuidador-afectado, hemos considerado oportuno incluir información sobre las TNF orientadas al cuidador más habitual y extendido en nuestras AFAs, los GAM (Grupos de Ayuda Mutua).

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

DEFINICIÓN

La estimulación cognitiva se define como el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden activar, estimular y entrenar las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias, cálculo, etc.), mediante una serie de situaciones y actividades concretas dirigidas a mejorar y/o mantener el funcionamiento cognitivo en general.

La estimulación cognitiva es una terapia no farmacológica orientada a la persona enferma, que interviene en el área cognitiva, que implican la participación de los usuarios en actividades de estimulación general de funciones cognitivas basadas en la evocación de recuerdos (reminiscencia), la orientación a la realidad y el procesamiento de información.

La estimulación cognitiva y el Alzheimer

La estimulación cognitiva, en el ámbito de las demencias, engloba las actuaciones dirigidas a mantener el mayor tiempo posible las capacidades cognitivas preservadas, así como para encontrar formas de compensar los déficits provocados por los déficits cognitivos existentes. Y de forma extensiva, y a través de este trabajo cognitivo, mejorar las capacidades funcionales, la conducta y la afectividad.

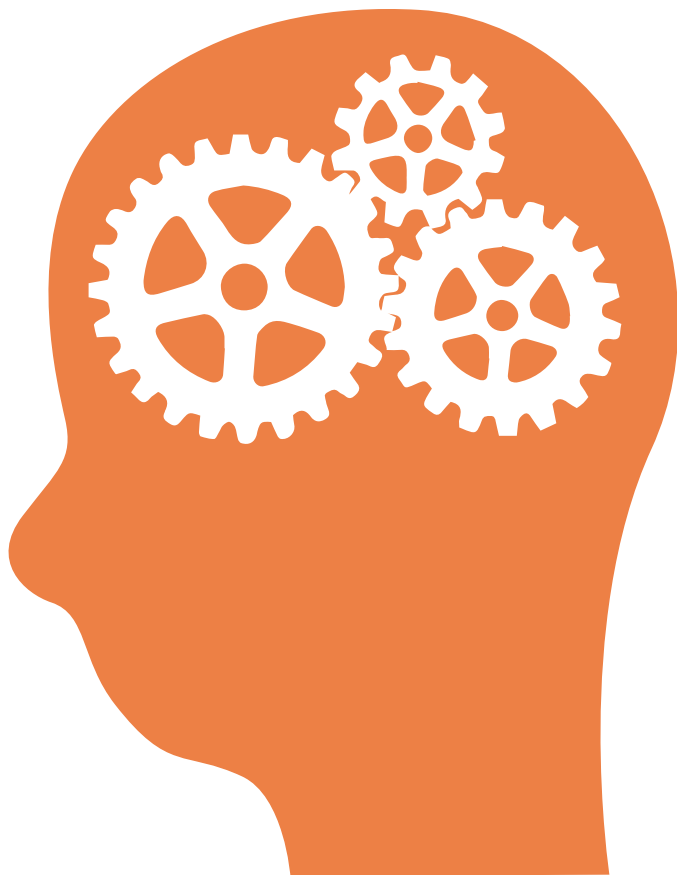
Se trabajan las capacidades cognitivas y los componentes que la integran, de forma adecuada y sistemática, para transformarlas en una habilidad, un hábito y/o una destreza. Es importante trabajar sobre las capacidades residuales (las que aún conservan) de la persona (y no las que ya ha perdido), para lograr evitar la frustración del afectado. Todo esto contribuirá a una mejora global de la conducta y estado de ánimo como consecuencia de una mejora de la sensación de autoeficacia y autoestima por parte de la persona afectada.

OBJETIVOS

Objetivo Principal: mantener o retrasar el deterioro de las capacidades cognitivas el máximo tiempo posible, a través de la realización de ejercicios, prácticas y actividades concretas.

Objetivos Específicos:

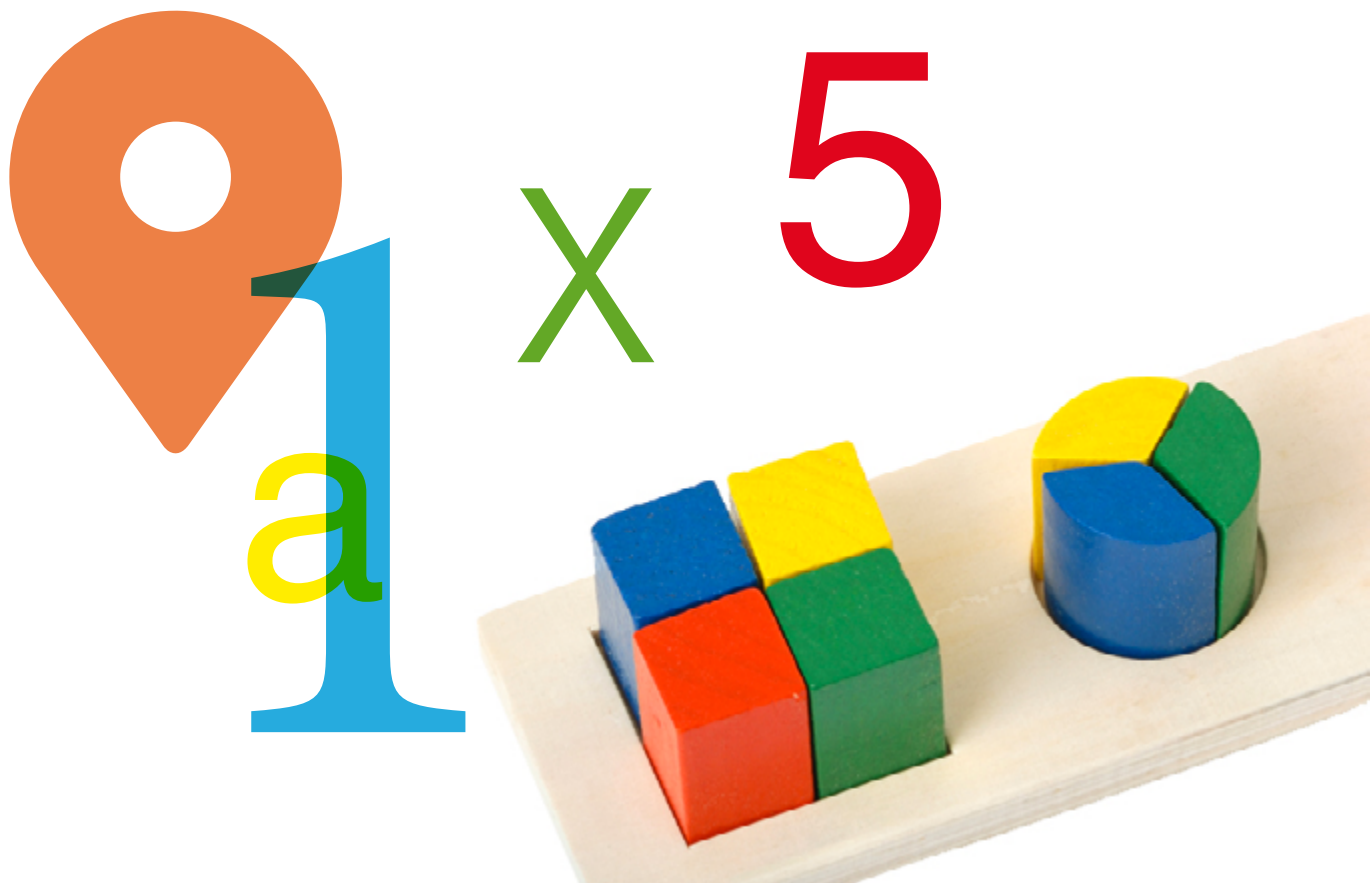
- Estimular las diferentes áreas cognitivas: atención/concentración, cálculo y razonamiento, capacidad de percepción viso-espacial, el lenguaje, la memoria a corto y largo plazo, capacidad de lecto-escritura, orientación personal y temporo-espacial, etc.
- Fomentar la autonomía del usuario a través de estrategias que le ayuden a compensar los trastornos propios de la enfermedad que interfieren en su rutina diaria.
- Mejorar la autoestima, estado de ánimo y motivación.
- Mejorar las relaciones interpersonales, evitando el aislamiento (en el caso de las grupales).



ÁREAS DE INTERVENCIÓN

La intervención en estimulación cognitiva tiene un enfoque global, ya que persigue la estimulación de varias capacidades:

- Atención, concentración y percepción.
- Orientación: temporal, espacial y personal.
- Memoria: a corto y largo plazo, semántica, episódica, etc.
- Lenguaje: expresión verbal, capacidad lectora, escritura, comprensión oral y escrita, razonamiento, etc.
- Cálculo y lógica: reconocimiento numérico y operaciones.
- Praxias: ejecución y producción de actos motores voluntarios.
- Gnosias: reconocimiento de estímulos visuales, auditivos, táctiles y denominación.
- Funciones ejecutivas: juicio, razonamiento abstracto y planificación de actividades.



CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

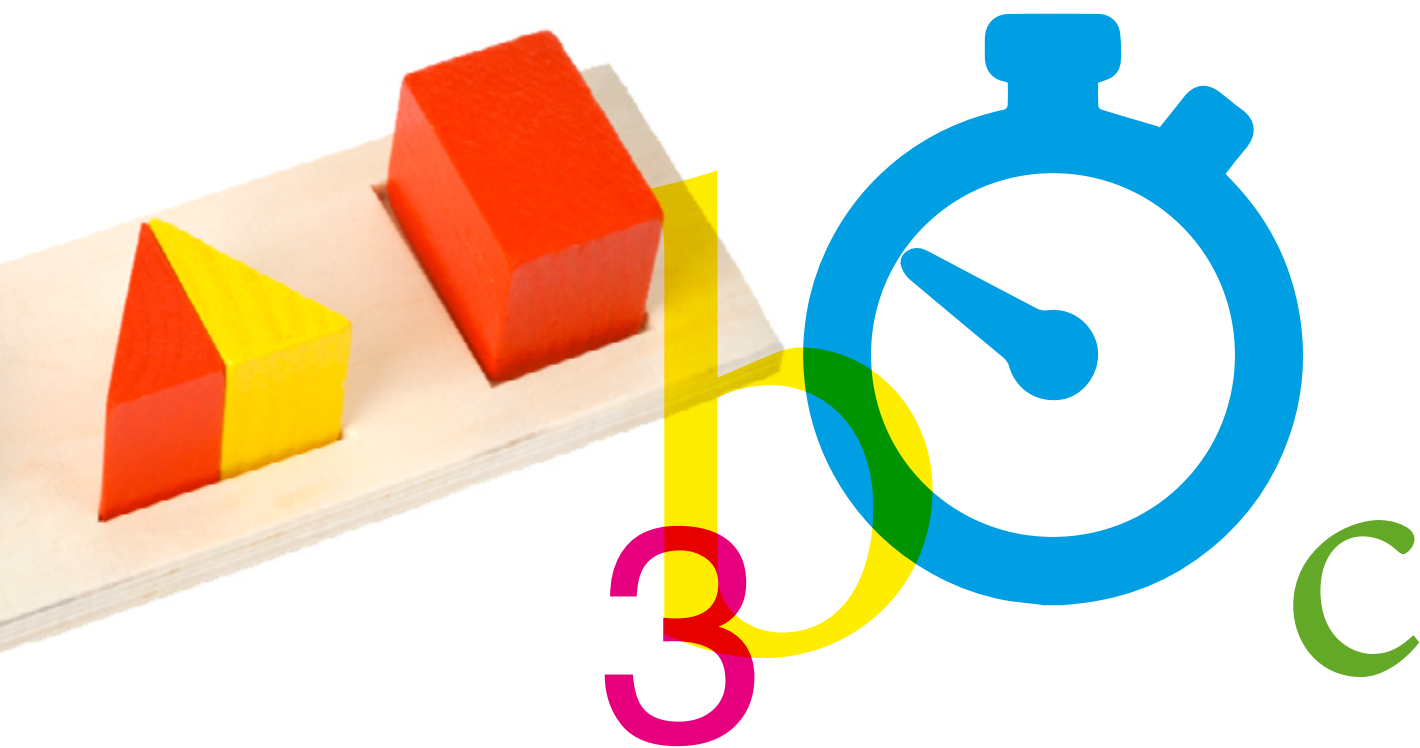
Tipo de usuarios: El tratamiento está indicado para los niveles de deterioro en fase leve, moderada y severa (GDS 3/ GDS 4/ GDS 5 / GDS 6), con mayor eficacia en fases leves de la enfermedad.

Tipo de tratamiento: Se puede trabajar en dos formatos: de forma grupal, con un grupo lo más homogéneo posible; y también se puede realizar a nivel individual.

Tipo de Servicio dónde se desarrolla: Las Asociaciones desarrollan esta terapia mediante talleres, en los Centros de Día, en las Unidades de Respiro e incluso en los domicilios.

Temporalización de la Actividad: En función de las características de cada grupo de usuarios y de la organización de los Centros:

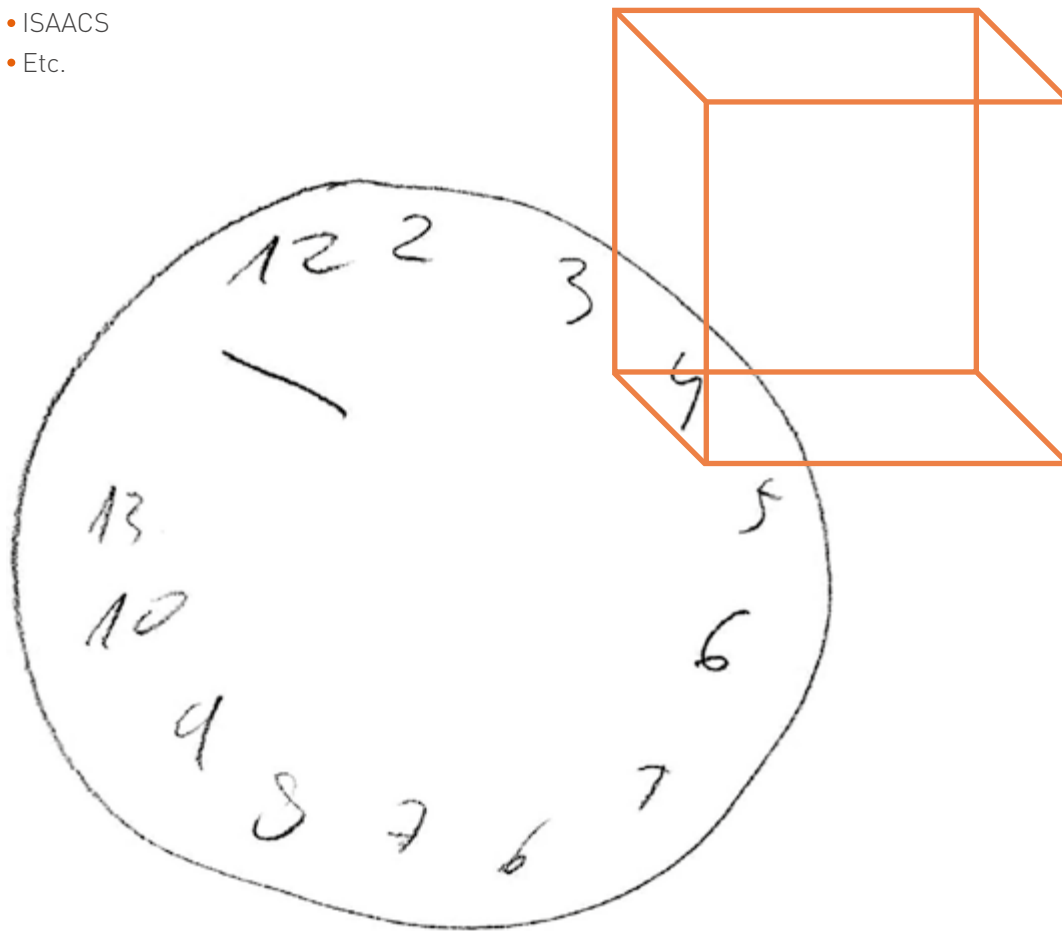
- El tiempo de duración de cada sesión puede oscilar entre 60-120 minutos en sesiones grupales, y 20-45 min. en sesiones individuales.
- La frecuencia de aplicación dependerá de la organización del servicio en el que se desarrolla, aunque lo más habitual es entre 2-5 veces a la semana.



METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DE LA ACTIVIDAD

El profesional coordinador de la terapia realizará una valoración cognitiva previa de cada usuario, y con los resultados obtenidos podrá determinar qué capacidades mantiene la persona así como qué tipo de actividades/ejercicios puede realizar de cada una de esas capacidades, así como el grupo en el que se le incluirá. Para ello pueden utilizar varios test o escalas:

- Test del Dibujo del Reloj (CDT) (TDR), TQM y Fototest para los estadios leves
- Miniexamen cognoscitivo de Lobo para estadios moderados
- Test SPMSQ de Pfeiffer
- Test 7 minutos
- Test CAMDEX
- SET-TEST de Isaacs
- ADAS
- ISAACS
- Etc.



El método aplicado, variará en función de la actividad y del GDS de los usuarios, y se realizarán ejercicios individuales o grupales, ejercicios escritos u orales, se puede optar a una gran diversidad de actividades, etc.

Además, es importante considerar no solo las capacidades de los usuarios, sino también los gustos e intereses de cada persona para que la actividad sea productiva y significativa, se potencie su autoestima, sea agradable y además sea terapéutica.

En relación con la estructura de la actividad, realizamos una propuesta, aunque siempre habrá que adaptarla a la duración de la actividad, si la actividad es individual o grupal (tener en cuenta las características del grupo) y los medios disponibles. La propuesta puede ser:

- Saludo y bienvenida.
- Orientación a la realidad: personal, temporal y espacial.
- Presentación de la actividad y reparto de los ejercicios (cada persona con su propio ejercicio individualizado), explicando la tarea a realizar.
- Realización de ejercicios o fichas individuales o grupales, según sus capacidades.
- Recogida de material y despedida.

Además, en aquellos casos de fases leves de Alzheimer en las que muchas veces hay una conciencia parcial de los déficits o interés en saber qué beneficio se saca de las actividades de estimulación cognitiva, puede ser motivador y satisfactorio para los usuarios dedicar los últimos minutos de la sesión a explicar qué áreas se han trabajado con los distintos ejercicios realizados durante la misma.

RECURSOS HUMANOS

Esta terapia puede estar desarrollada por un equipo multidisciplinar de profesionales:

- Psicólogo/neuropsicólogo, que realizan labores de coordinación, evaluación, análisis, diseño y ejecución.
- Terapeutas ocupacionales, que desarrollan y ejecutan las sesiones.
- Auxiliares/gerocultores/monitores, que apoyan en el desarrollo y ejecución de las sesiones .

RECURSOS MATERIALES

Lugar físico: aconsejable salas de trabajo amplias y acondicionadas para el desarrollo de la actividad. Es importante mantener una buena iluminación y evitar distractores, como ruidos o interferencias.

Material y equipamiento necesarios

- Material de papelería: folios y cartulinas, bolígrafos, pinturas de varias clases, lápices, etc.
- Cuadernos, fichas, ejercicios o manuales de estimulación de elaboración propia o de otras empresas/entidades (ejemplos: "Activemos la mente" de Fundación la Caixa, Guías "Para que no se olvide" de Foro QPEA, Colección de Cuadernos Rubio, etc.)
- Programas o plataformas de estimulación cognitiva, como: Grador, NeuronUp, Smartbrain, Stimulus, etc.

Se ha comprobado que puede ser beneficioso compaginar trabajo escrito (en formato ficha de papel) con sesiones informatizadas (uso del ordenador). Con el uso de las nuevas tecnologías, se mantienen las funciones ligadas a la escritura, y a la vez se realiza un trabajo con un trasfondo más lúdico y motivador para el usuario.

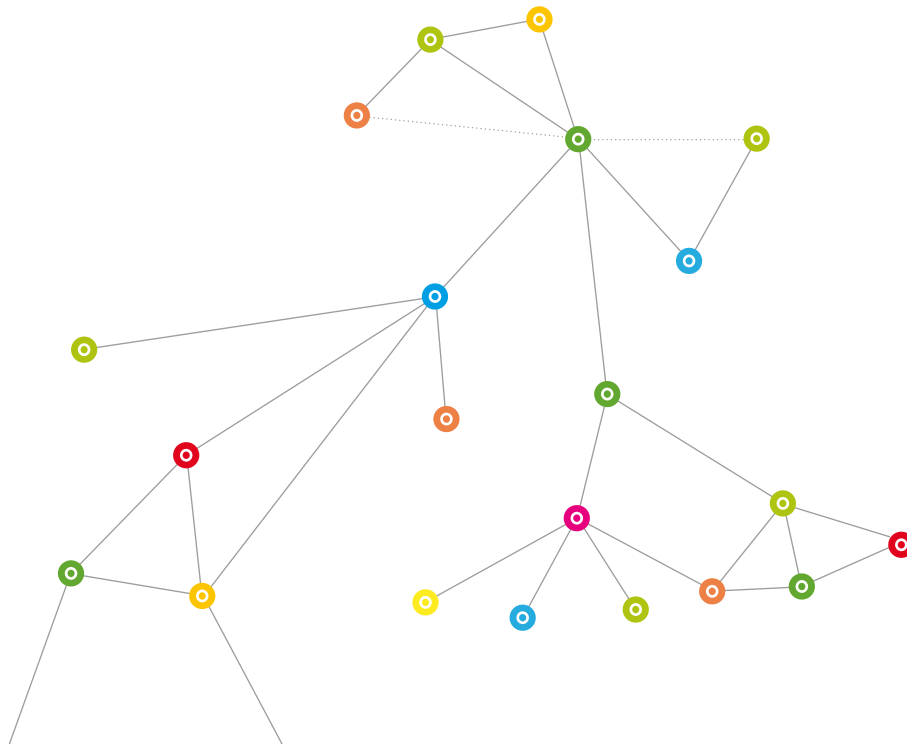
EVALUACIÓN

Valoración diaria: ficha de la sesión, dónde se recoge información sobre la programación diaria de las sesiones, la ejecución de las sesiones programadas y el desempeño de los usuarios.

Registro de evaluación semanal: se recoge información sobre desempeño y participación de cada usuario, su motivación e interés, dificultades planteadas, posibles soluciones, etc. Se valorará de forma mensual, por si es necesario realizar cambios en la intervención cognitiva.

Seguimiento periódico

Se aconseja trimestral/semestral/anual: en el que el coordinador de la terapia realizará una valoración igual que la inicial, y así poder ver la evolución de los déficits y poder ir reajustando el tipo de actividad a realizar, así como su nivel de dificultad y exigencia.



ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

DEFINICIÓN

Las Actividades de la Vida Diaria (AVD), son todas aquellas tareas que el ser humano realiza de una forma cotidiana, y cuya no realización genera en mayor o menor medida un grado de dependencia. Se dividen en tres tipologías:

- **AVD Básicas (AVDB):** son las referentes al autocuidado y movilidad. Como ejemplos: baño, higiene y aseo personal, continencia, vestido, alimentación, movilidad funcional (transferencias, transporte de objetos, deambulación), uso de productos de apoyo, etc.
- **AVD Instrumentales (AVDI):** son las que realizamos para interaccionar con nuestro entorno más inmediato, la vida en comunidad. Como ejemplos: actividades relacionadas con el cuidado de otros, movilidad en la comunidad (uso de transporte público), manejo de dinero, cuidado de la salud y manutención (toma de medicación), limpieza y cuidado del hogar, preparación de comida, ir de compras, etc.
- **AVD Avanzadas (AVDA):** son las relacionadas con la autorealización. Como ejemplos: el trabajo y el tiempo libre, actividades prosociales y estilo de vida, etc.

Las Actividades de la Vida Diaria y el Alzheimer

El entrenamiento de las AVD es una terapia no farmacológica que en el caso de las personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias se realiza a través de ayudas verbales o físicas (dependiendo del nivel de dependencia que tenga la persona), y podrá igualmente prescribir algún producto de apoyo con el fin de mantener la mayor autonomía o independencia posible en dicha actividad, influyendo de manera directa en la calidad de vida de la persona y la familia.

Es importante diferenciar entre autonomía e independencia, ya que las personas con demencia desarrollan dependencia (capacidad de "decidir"), desde fases muy tempranas, perdiendo independencia (capacidad de "hacer") de forma progresiva. Con el entrenamiento en AVD, en una fase leve podemos lograr un mantenimiento de la autonomía, pero principalmente el objetivo va a ser promover el mantenimiento de la independencia.



OBJETIVOS

Objetivo Principal: Mantenimiento de las capacidades funcionales y de la autonomía personal.

Objetivos Específicos:

- Favorecer la autonomía personal y retasar la dependencia, entrenando tareas de la vida diaria conservadas
- Promover la independencia de la persona en la ejecución de las tareas
- Fomentar el mantenimiento de la autoestima y el sentimiento de utilidad
- Empoderar al paciente en su autocuidado y en el manejo de su propia vida
- Entrenamiento cognitivo (atención y secuencia de tareas), manteniendo rutinas
- Mantener las capacidades físicas, ayudando a mejorar el nivel físico (psicomotricidad y motricidad fina)
- Mejorar la autoestima y el autoconcepto a través del desarrollo del sentimiento de utilidad

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

La intervención en las Actividades de la Vida Diaria tiene un enfoque global, ya que persigue la estimulación de varias capacidades:

- Autonomía personal
- Reconocimiento visual y denominación de objetos
- Coordinación visuo-motriz-manual
- Motricidad fina y gruesa
- Atención / concentración / orientación / comprensión
- Memoria a corto y largo plazo (reminiscencias)



CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

Tipo de usuarios: El tratamiento está indicado para los niveles de deterioro en fase leve, moderada y severa (GDS 3/ GDS 4/ GDS 5 / GDS 6).

Tipo de tratamiento: Se puede realizar a nivel Grupal, con un grupo lo más homogéneo posible, aunque también se puede realizar a nivel individual.

Tipo de Servicio dónde se desarrolla: Las Asociaciones desarrollan esta terapia, a nivel grupal, fundamentalmente en los Centros de Día y en las Unidades de Respiro, y a nivel individual en los domicilios.

Temporalización de la Actividad

En función de las características de cada grupo de usuarios y de la organización de los Centros:

- El tiempo de duración de cada sesión puede oscilar entre 30-60 minutos.
- La frecuencia de aplicación dependerá de la organización del servicio en el que se desarrolla, aunque lo más habitual es incluirlas dentro de las actividades diarias habituales.



METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DE LA ACTIVIDAD

El profesional coordinador de la terapia realizará una valoración previa del desempeño de cada usuario, y podrá determinar aquellas actividades susceptibles de un entrenamiento y/o reeducación. Se podrá completar con una valoración de las funciones físicas y cognitivas para determinar el potencial de mejora que tiene la persona, así como las técnicas más apropiadas para el trabajo de AVD.

Para ello pueden utilizar varios test o escalas:

- Índice de Barthel para la valoración de las AVDB
- Índice de Lawton e Índice de Brody para la valoración de las AVDI
- Índice de Katz para ABVD
- Listado de intereses (valoración específica de Terapia Ocupacional) para adaptar (sobre todo las actividades avanzadas) a los intereses previos y actuales de la persona

Al detectar los posibles déficits físicos, sensoriales, cognitivos, conductuales o sociales que están dificultando el desempeño independiente en cualquier AVD, se puede intervenir estableciendo hábitos, rutinas y actividades automatizadas.

La metodología puede ser individual o grupal, y se pueden utilizar diversas técnicas, como: entrenamiento mediante juegos de simulación, fichas de discriminación, método Montessori, uso y manejo de utensilios de la vida diaria, reminiscencias, etc.

En relación con la estructura de la actividad, realizamos una propuesta, aunque siempre habrá que adaptarla a la duración de la actividad, así como a las características del grupo y los medios disponibles:

- Saludo y presentación de la actividad, con una breve explicación sobre los objetivos de la sesión.
- Ejecución de la tarea mediante instrucciones orales, técnica de modelado, encadenamiento, etc., según las capacidades individuales de los participantes.
- Exposición de los resultados, resaltando los logros alcanzados y el producto final de la ejecución.
- Conclusiones, con valoraciones globales sobre la actividad realizada y posibles objetivos para el futuro.

A continuación mostramos ejemplos de AVDBásicas y AVDInstrumentales:

- **HIGIENE BUCO-DENTAL:** Se realizará esta actividad de manera individual y diariamente después del almuerzo.
- **VESTIDO/DESVESTIDO:** Distribución en grupos pequeños, separados por género, trabajaremos de modo real el vestido/desvestido. Practicaremos con prendas para el tronco y para las extremidades, al igual que con el calzado. Para ello, entrenaremos con botones, cremalleras, calzadores,... hasta ver qué producto de apoyo es el más adecuado para cada usuario en el caso de tener que utilizar alguno. Otra forma de trabajar será clasificando la ropa según la temporada y doblarla y guardarla ordenadamente donde corresponda.
- **PONTE GUAPA/O:** Con las personas que mantengan la capacidad de arreglarse entrenaremos su estética, cuidando el resultado adecuado, evitando un acabado exagerado que pudiera ridiculizar a la persona.
- **ASEO PERSONAL:** Mediante grupos pequeños, a través de mímica y role playing se escenificarán secuencias cotidianas relacionadas con el aseo.
- **TAREAS DEL HOGAR:** A través de grupos pequeños, cada semana realizaremos una tarea del hogar con participación de todo el grupo.
- **HOY COCINAMOS NOSOTROS:** Entre todos los asistentes a las terapias se elaborará una receta sencilla. Se darán previamente unas pautas y se procederá a la manipulación de alimentos para la elaboración de la receta. Aprovecharemos esta actividad para practicar la importancia de la higiene en la cocina (manos siempre limpias, lavar alimentos,...) así como, el reconocimiento del menaje dentro de una cocina.
- **MANEJO DEL DINERO:** Lo trabajaremos a través de fichas (de tachado, de relación, con juegos del euro y a través de role playing), simulando que vamos a distintos establecimientos intercambiando los papeles de comprador y vendedor.
- **USO DEL TELÉFONO:** Haremos uso de fichas donde los usuarios marcarán los números que aparecen en ella. A través de una guía telefónica tendrán que buscar lo que se les indique y marcar los números.

RECURSOS HUMANOS

El entrenamiento en AVD es función del Terapeuta Ocupacional, tanto la evaluación del desempeño como la planificación e implementación de la terapia (análisis, diseño, ejecución, evaluación y coordinación). En ocasiones, y en función de la plantilla de las Asociaciones, también participan otros perfiles profesionales como psicólogos o trabajadores sociales.

En el desarrollo de las sesiones, pueden tener el apoyo de otros profesionales como auxiliares, gerocultores, etc.



RECURSOS MATERIALES

Lugar físico: Aconsejable salas de trabajo amplias y acondicionadas para el desarrollo de la actividad.

Material y equipamiento necesarios

- Materiales simbólicos de alimentación, higiene y limpieza, ropa y calzado, menaje del hogar, monedas, etc.
- Elementos del Método Montessori: pompones, lápices, elementos para discriminar colores y formas, elementos para oler, etc.

Cuando se realiza esta terapia en el domicilio, se utilizarán elementos propios del domicilio, que además son cotidianos para el usuario.

EVALUACIÓN

Se realiza una valoración observacional continua, y si se detectan cambios importantes en algún usuario, por el avance del proceso de la enfermedad, se recomienda pasar de nuevo las escalas de valoración: Índice de Barthel, Índice de Lawton y Brody.

Igualmente se recomienda la evaluación semestral/seguimiento y evaluación anual/final, que permita obtener información sobre si el usuario ha mejorado, o empeorado.

LA GERONTOGIMNASIA

DEFINICIÓN

La gerontogimnasia tiene una función específica, la de introducir los hábitos y actitudes saludables del mundo de la gimnasia en la tercera edad, y gracias a ella se mejora la forma física de aquellas personas que presentan algún tipo de deterioro físico o algún problema locomotor. Además fomenta una actitud positiva hacia los problemas y limitaciones asociadas a la edad.

La gerontogimnasia es una terapia no farmacológica que pretende mantener y/o mejorar el estado físico de las personas manteniendo o incrementando la movilidad articular y la fuerza, actuar de forma beneficiosa sobre los sistemas cardiocirculatorio y respiratorio, entre otros.

La gerontogimnasia y el Alzheimer

Las personas con Alzheimer y otras demencias tienden a la inmovilidad, por lo que es importante realizar actividades que fomenten la movilización activa de todos los segmentos corporales para mantener la flexibilidad de las articulaciones así como la fuerza, con el fin de una mayor independencia el máximo tiempo posible.



OBJETIVOS

Objetivo Principal: Trabajar el movimiento de forma activa para mantener las capacidades físicas y motoras, para mantener la autonomía el máximo de tiempo posible y contrarrestar el progresivo deterioro por el avance de la enfermedad.

Objetivos Específicos:

- Retrasar la pérdida de las habilidades físicas.
- Mejorar la coordinación gruesa.
- Mantener o mejorar la amplitud articular y fuerza muscular general.
- Mantener o mejorar la flexibilidad.
- Fomentar la autonomía personal.
- Lograr una relajación física y mental.
- Mejorar el bienestar físico y emocional.
- Prevenir las complicaciones derivadas de la inmovilidad o sedentarismo.
- Incrementar la capacidad funcional, el equilibrio, la agilidad, la destreza y la coordinación.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

La intervención en la gerontogimnasia tiene un enfoque global, ya que persigue la estimulación de varias capacidades:

- Movilidad articular.
- Coordinación.
- Fuerza muscular.
- Equilibrio.
- Psicomotricidad.
- Reconocimiento del esquema corporal.
- Motricidad fina y gruesa.
- Atención y comprensión de órdenes.
- Secuencia de movimientos con memoria a medio plazo.
- Sistemas cardiocirculatorio y respiratorio.
- Relajación .



CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

Tipo de usuarios: El tratamiento está indicado para los niveles de deterioro en fase leve, moderada y severa (GDS 3/ GDS 4/ GDS 5 / GDS 6); estando además determinado por las características físicas de cada individuo, ya que en ocasiones el GDS no se corresponde con el deterioro físico, y se podrán ajustar las órdenes y asistir o estimular el movimiento voluntario.

Los usuarios a los que va destinada este tipo de terapia son aquellos con capacidades físicas mantenidas y con capacidad para seguir órdenes o imitar movimientos. Cuando la persona tiene más dificultad para imitar movimientos o seguir órdenes se puede intentar llevar a cabo sesiones individuales, sin embargo puede ser útil comenzar a realizar movilizaciones pasivas, así como con personas con capacidad física muy limitada sea cual sea su nivel de deterioro cognitivo.

Tipo de tratamiento: Lo más habitual es el Grupal, con un grupo lo más homogéneo posible, aunque también se puede realizar a nivel individual.

Tipo de Servicio dónde se desarrolla: Las Asociaciones desarrollan esta terapia, a nivel grupal, fundamentalmente en los Centros de Día y en las Unidades de Respiro; y también puede desarrollarse a nivel individual, en los centros o en el domicilio.

Temporalización de la Actividad:

En función de las características de cada grupo de usuarios y de la organización de los Centros:

- El tiempo de duración de cada sesión puede oscilar entre 30-60 minutos.
- La frecuencia de aplicación dependerá de la organización del servicio en el que se desarrolla, aunque lo más habitual es entre 2-5 veces a la semana.



METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DE LA ACTIVIDAD

El profesional coordinador de la terapia realizará una valoración previa de cada usuario, y con los resultados obtenidos determinará si puede participar en la terapia o no, y que tipo de ejercicios puede realizar. Para ello pueden utilizar varios test o escalas:

- Escala Tinetti – valoración de la marcha y el equilibrio.
- Escala de Downton – evaluación del riesgo de caídas.
- Escala Daniels - valoración de la fuerza muscular
- Otros: Balance articular, Unipodal, etc.

Esta terapia ofrece gran variedad de actividades: se pueden realizar ejercicios de psicomotricidad de manera guiada (tablas de ejercicios, circuitos de marcha, etc.), o a través de juegos dinámicos y manipulativos con material específico (pelotas, cuerdas, gomas, etc.). Además, se puede acompañar de música, adaptada a los ejercicios que se realizan, ayudando al movimiento y a la coordinación, o relajante para los momentos de relajación.

En función del nivel de deterioro de los usuarios, los ejercicios se realizarán en bipedestación o sedestación (de pie o sentado), organizando los grupos en círculo o en forma de U, para que todos pueden seguir de forma visual las indicaciones del profesional.


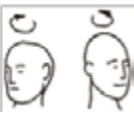









En relación con la estructura de la actividad, realizamos una propuesta, aunque siempre habrá que adaptarla a la duración de la actividad, así como a las características del grupo y los medios disponibles:










- Saludo y calentamiento.
- Dinámica de gerontogimnasia –Ejercicios con repeticiones de 5-10 veces, que se pueden intercalar con respiraciones profundas, realizando:
 - Movilidad de cuello.
 - Movilidad de tren superior (tronco, hombros, codos, muñecas, dedos).
 - Movilidad de tren inferior (cadera, rodillas, tobillos, pies).
- Relajación y despedida.

Se adjunta como anexo una tabla de ejercicios (págs. 36-37).



ANEXO: Tabla de ejercicios

	INSTRUCCIÓN	APROXIMACIÓN AL ENFERMO	REPETICIONES	GRÁFICO
1. CABEZA	Inclinar adelante y atrás	Decimos sí con la cabeza, miramos al cielo y al suelo	Contamos 5 adelante y 5 atrás alternativamente	
	Girar a izquierda y derecha	Decimos no con la cabeza, miramos a un lado y a otro	Contamos 5 a la izquierda y 5 a la derecha alternativamente	
	Acercamos la oreja al hombro	Bailamos la canción con la cabeza	Contamos 5 a la izquierda y 5 a la derecha alternativamente	
2. MANOS	Unir y separar los dedos con la mano abierta	La mano es grande y después pequeña	Contamos 5 para abrir y 5 para cerrar	
	Abrir y cerrar, primero una y luego otra alternativamente	Abrimos y cerramos las manos como ordeñando, agarramos la cuerda para subir	Contamos 5 con la mano izquierda y 5 con la derecha	
3. BRAZOS	Flexionar los dos brazos con los codos pegados al tronco	Cogemos alto de los hombros con las manos y lo tiramos al suelo	Lo repetimos 10 veces	
	Igual que en el anterior, primero con un brazos y después con el otro alternativamente	Damos golpes al tambor	Contamos 5 con el izquierdo y 5 con el derecho	
	Subir los brazos por encima de la cabeza hasta hacerse tocar ambas manos, pasando por posición brazos en cruz	Matamos la mosca que vuela sobre la cabeza	Contamos hasta 10	
	Subir una mano por encima de la cabeza con brazos estirados y después la otra, alternativamente	Cogemos la manzana del árbol y la echamos al cesto Saluda con la izquierda y después con la derecha	Contamos 5 con la izquierda y 5 con la derecha, alternativamente	
	Subir ambas manos por delante del cuerpo con brazos estirados hasta situarlos por encima de la cabeza	Asustamos a los pájaros para que vuelen, subimos la ropa al altillo	Contamos hasta 10	
	Manos en el pecho, codos a la altura del hombro, abrir y cerrar brazos	Abrimos la ventana	Contamos hasta 10	

4. CINTURA	Sentados, giramos muy despacio el tronco a izquierda y derecha	Miramos qué hay detrás, primero por un lado y luego por otro	Contamos 5 a la izquierda y 5 a la derecha	
	Sentados, cogemos el balón de la izquierda de la silla y lo pasamos a la derecha, y viceversa	Cambiamos el balón de lado	Contamos 5 a la izquierda y 5 a la derecha	
	Sentados, nos agarramos a los brazos o los bordes de la silla y nos inclinamos hacia delante	Nos asomamos al balcón	Contamos hasta 5	
5. PIERNAS	Agarrados al respaldo de la silla, subir una rodilla y otra alternativamente	Caminamos como los caballos Caminamos en la nieve	Contamos 5 con la izquierda y 5 con la derecha alternativamente	
	Agarrados al respaldo de la silla, subir el pie hacia atrás, acercándolo al glúteo, doblando las rodillas alternando uno y otro pie	Damos una coz Nos limpiamos bien los pies en el felpudo	Contamos 5 con la izquierda y 5 con la derecha, alternativamente	
	Agarrados al respaldo de la silla, abrir una pierna dejándola en el aire, hacia un lado, alternando una y otra con las piernas estiradas	Hay tormenta y muchas olas, y en el barco, nos agarramos para no caernos	Contamos 5 a la izquierda y 5 a la derecha, alternativamente	
6. PIES	Ponerse de puntillas, agarrados al respaldo de la silla	Nos ponemos de puntillas Hemos crecido No quiero hacer ruido con los pies	Contamos hasta 10	
	Sentados, elevar las punteras de los pies, apoyándose en el talón	Le damos al pedal de la máquina de coser	Contamos hasta 10	
	Abrir y cerrar las punteras de los pies	Aplaudir con los pies	Contamos hasta 10	

RECURSOS HUMANOS

El perfil profesional idóneo para desarrollar esta terapia es un fisioterapeuta. Sus funciones serán de análisis, diseño, ejecución, evaluación y coordinación.

En caso de no disponer de este profesional, puede ser desarrollado por un terapeuta ocupacional.

En el desarrollo de las sesiones, pueden tener el apoyo de otros profesionales como auxiliares, gerocultores, etc.

RECURSOS MATERIALES

Lugar físico: aconsejable salas de trabajo amplias, que proporcionen libertad de movimiento a los usuarios.

Durante la época estival se puede buscar y acondicionar un espacio al aire libre, como los jardines o patios de los Centros.

Material y equipamiento necesarios:

- Una silla para cada usuario (como apoyo, si es necesario, para algunos ejercicios).
- Materiales de psicomotricidad de distintas formas, colores y tactos, como: balones, picas, aros, cuerdas, bolos, etc.
- Elementos para trabajar la fuerza con poca resistencia (thereband), mancuernas, saquitos de pesos, etc.

EVALUACIÓN

Se realiza una valoración observacional continua, y si se detectan cambios importantes en algún usuario, por el avance del proceso de la enfermedad, se recomienda pasar de nuevo Escalas o Tests de valoración (Tinetti, Downton, Daniels, etc.).

Se realizará una evaluación semestral y/o anual, que permita obtener información sobre si el usuario ha mejorado, empeorado o se ha mantenido.



ARTETERAPIA

DEFINICIÓN

Según la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (2011), el Arteterapia “es una profesión asistencial que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos. Por regla general, el Arteterapia está indicada para personas que debido a sus circunstancias o a la enfermedad que padecen encuentran difícil la articulación verbal de sus conflictos y emociones”.

El arteterapia es una terapia no farmacológica orientada a la persona enferma, incluida dentro del ámbito artístico, creativo y emocional, ya que usan el lenguaje artístico y las artes plásticas para favorecer la salud mental, emocional y social de las personas.

El arteterapia y el Alzheimer

El arteterapia puede ayudar a conservar y potenciar las capacidades y destrezas de las personas con Alzheimer a través del proceso creativo, porque este proceso tiene el gran valor de que cuando se imposibilita el lenguaje quedan otros recursos creativos para expresar necesidades, deseos, sentimientos, recuerdos, etc.

A través de la expresión artística se puede ofrecer a las personas un espacio y un tiempo en el que sean protagonistas de su propia creación.



OBJETIVOS

Objetivo Principal: estimular el área cognitiva por medio de las prácticas artísticas y manuales y por la creatividad, con el fin de ralentizar el deterioro cognitivo en las personas con la enfermedad de Alzheimer.

Objetivos Específicos:

- Crear un espacio de bienestar, confianza y relajación.
- Facilitar un espacio de creatividad para los usuarios.
- Reforzar y crear habilidades creativas.
- Reforzar la autoestima del usuario.
- Ejercitar la memoria a través de lo simbólico.
- Estimular la creatividad a través de los sentidos.



ÁREAS DE INTERVENCIÓN

La intervención en el arteterapia tiene un enfoque global, ya que persigue la estimulación de varias capacidades:

- Expresividad y creatividad.
- Motricidad fina y gruesa.
- Percepción o gnosias (formas, espacios, etc.).
- Comprensión e intuición.
- Atención y concentración.
- Motivación y autoestima.
- Reminiscencia.
- Memoria.
- Relajación.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

Tipo de usuarios: el tratamiento está indicado para los niveles de deterioro en fase leve, moderada y severa (GDS 3/ GDS 4/ GDS 5 / GDS 6).

Tipo de tratamiento: lo más habitual es el grupal, con un grupo lo más homogéneo posible; aunque también se puede realizar a nivel individual.

Tipo de Servicio dónde se desarrolla: las Asociaciones desarrollan esta terapia, a nivel grupal, fundamentalmente en los Centros de Día y en las Unidades de Respiro.

Temporalización de la Actividad:

En función de las características de cada grupo de usuarios y de la organización de los Centros:

- El tiempo de duración de cada sesión puede oscilar entre 60-90 minutos en sesiones grupales
- La frecuencia de aplicación dependerá de la organización del servicio en el que se desarrolla, aunque lo más habitual es entre 1-2 veces a la semana

METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DE LA ACTIVIDAD

La metodología es activa y participativa, y adaptada a cada nivel de deterioro cognitivo y físico del usuario.

En relación con la estructura de la actividad, realizamos una propuesta, aunque siempre habrá que adaptarla a la duración de la actividad, y a las características del grupo y los medios disponibles:

- Concretar el tipo de expresión artística a realizar.
- Explicar la actividad artística a desarrollar y la temática con la que está relacionada.
- Elección y reparto del material necesario, y mostrar un ejemplo del trabajo finalizado.
- Dudas o problemas resueltos por los profesionales.
- Fase de elaboración por parte del usuario.
- Posibilidad de actividad grupal para conseguir una elaboración artística, designando a cada usuario una fase de elaboración (recortado, pegado, coloreado, manipulación, etc.) en función de su capacidad.
- Recogida de material y despedida.

Es fundamental considerar las capacidades, gustos e intereses de la persona para que la actividad sea productiva, potencie la autoestima y su sensación de autoeficacia, sea agradable y por lo tanto terapéutica.



RECURSOS HUMANOS

El perfil profesional idóneo para realizar esta terapia es el arteterapeuta, con posesión de un Máster universitario en arteterapia reconocido por la ATe (Asociación Profesional Española de Arteterapeutas).

No obstante conseguir este perfil para trabajar en las Asociaciones de Alzheimer puede ser complicado, por eso en esta terapia pueden participar varios perfiles de profesionales: terapeuta ocupacional, técnico de integración social, animador sociocultural o psicólogo. Sus funciones serán de análisis, diseño, ejecución, evaluación y coordinación.

En el desarrollo de las sesiones, pueden tener el apoyo de otros profesionales como auxiliares o gerocultores, etc.

RECURSOS MATERIALES

Los materiales artísticos pueden ser muy variados, dependiendo de la elección de la actividad artística a desarrollar o de la disponibilidad, puede ser con materiales tradicionales de manualidades (acuarela, óleo, lápices de color, rotuladores, tijeras, goma eva, etc.) o con material de reciclaje de diferentes texturas (cajas, revistas, cuerdas, lana, juguetes, ropa, etc.).

En ocasiones, las expresiones artísticas son temáticas, adaptadas a la época del año en la que se encuentren (Navidades, carnavales, etc.), trabajando así la orientación de los usuarios.



EVALUACIÓN

En este tipo de terapia, la evaluación de la calidad o belleza de las creaciones artísticas tiene un interés secundario, es más importante valorar el proceso terapéutico que la creatividad causa en los usuarios.

Cada sesión será evaluada a través de la observación directa de los profesionales implicados, con información que puede ser recogida en una ficha individual, recogiendo información sobre la programación de la actividad, su ejecución y desempeño, y el registro de conductas, obteniendo así información sobre el índice de satisfacción y participación del usuario, necesidad de ayuda o apoyo, nivel de concentración, comparación entre trabajos similares a lo largo del tiempo, etc. (Anexo - modelo de ficha de recogida de datos).

Se realiza un registro de evaluación mensual, que permite intervenir en actividades o conductas; y se puede completar con un registro de evaluación trimestral y otro anual para realizar la valoración global de la aplicación de esta terapia.

PROCESO	1	2	3	4	5	
Se adapta al nuevo material/técnica						Le cuesta adaptarse, se irrita
Se toma su tiempo						Lo hace de prisa
Confía en sus capacidades						Preocupada/o por sus errores
Concentración						Parece distraído/a
Valoriza su ejecución						Desvaloriza su ejecución
Mantiene interés						Abandona con facilidad
Independiente en el trabajo						Dependiente en el trabajo
Tranquilidad						Inquietud
Elige con confianza						No se puede decidir
Cuando no tiene éxito sigue intentándolo						Cuando no tiene éxito se detiene
Es capaz de asumir los riesgos que implica una tarea nueva						No asume los riesgos o le cuesta mucho
Actitud corporal abierta						Actitud corporal cerrada
OBSERVACIONES						

LA MUSICOTERAPIA

DEFINICIÓN

Según la Federación Mundial de Musicoterapia (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. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos”.

La musicoterapia es una terapia no farmacológica orientada a la persona enferma, incluida dentro del ámbito artístico, creativo y emocional, ya que usan el lenguaje artístico para favorecer la salud emocional y mental de las personas.

El uso de la música puede ser de forma activa o pasiva, dirigida a estimular capacidades cognitivas, a provocar refuerzo afectivo y a mejorar el estado físico de una persona.

La musicoterapia y el Alzheimer

Esta terapia no farmacológica produce mejoras en la comunicación, la socialización y las capacidades cognitivas, perceptivas o físico-motrices; por eso es un recurso utilizado por profesionales que atienden a personas con Alzheimer para mejorar su calidad de vida y retrasar en la medida posible el avance de la enfermedad.

La música es una poderosa herramienta terapéutica que permite a las personas con Alzheimer acceder a sus emociones y recuerdos. Las canciones escuchadas a lo largo de la vida tienen un gran significado personal, y por eso pueden ser un vehículo para expresar pensamientos y emociones.

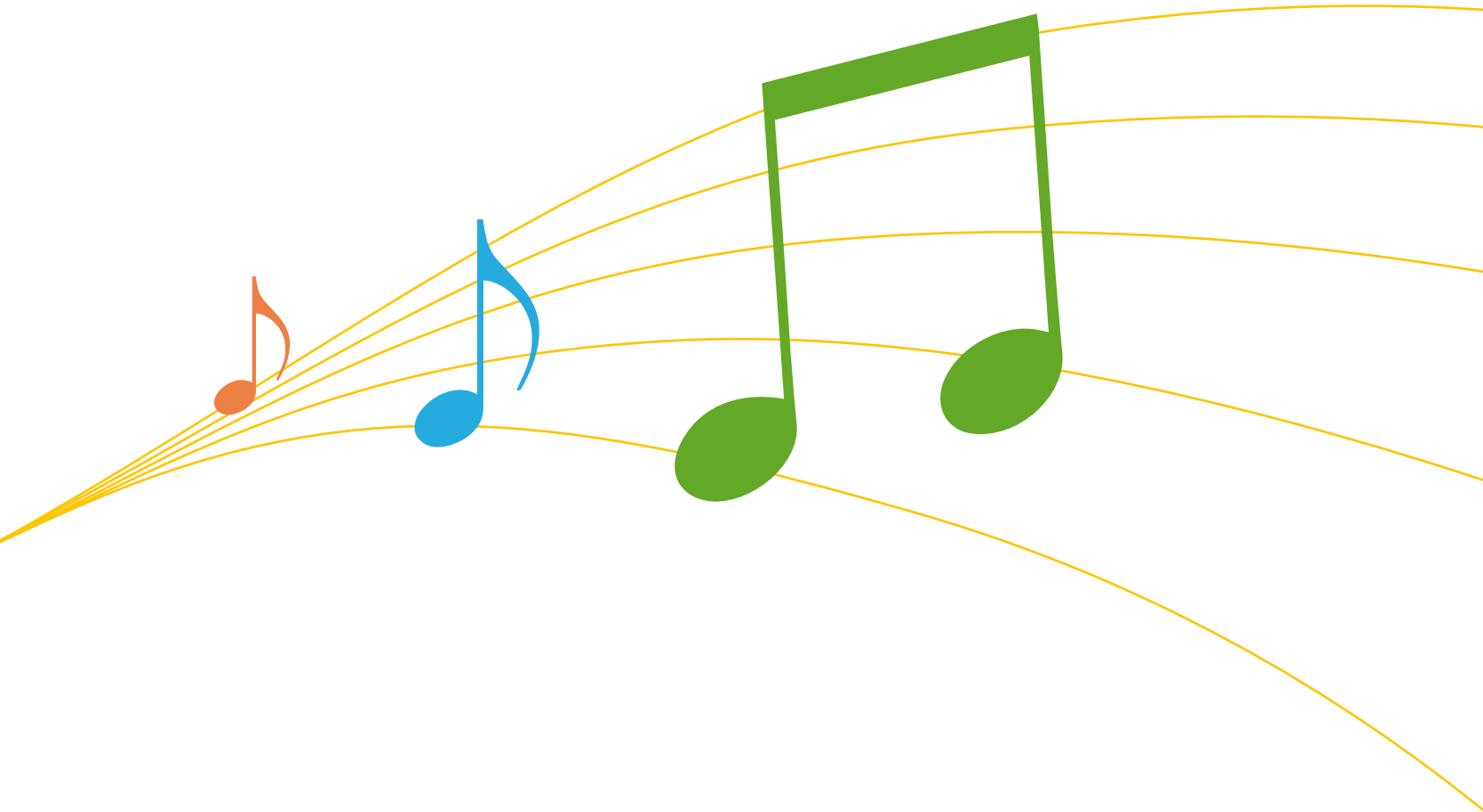


OBJETIVOS

Objetivo Principal: Entrenamiento o estimulación de la memoria mediante la evocación de recuerdos asociados a la música.

Objetivos Específicos:

- Provocar un efecto de reminiscencia en el usuario.
- Potenciar la expresión sentimental y emocional tanto verbal como corporal (lenguaje y autoestima).
- Estimular los sentidos a través de la música (comunicativas y auditivas).
- Estimular la memoria emocional (la última que se pierde en una persona con demencia).
- Incrementar atención e interés respecto a la tarea.
- Potenciar la interacción social y el trabajo en equipo.
- Coordinación del movimiento rítmico.



ÁREAS DE INTERVENCIÓN

La intervención en la musicoterapia tiene un enfoque global, ya que persigue la estimulación de varias capacidades:

- **AREA PSICOMOTRIZ:** coordinación (ritmo), esquema corporal (equilibrio), motricidad fina, y praxias ideomotoras, ideatorias y faciales.
- **AREA PERCEPTIVO-COGNITIVA:** atención/concentración, percepción auditiva, orientación espacio-temporal e identidad personal, memoria (inmediata, a largo plazo y episódica) y resolución de problemas.
- **AREA COMUNICACIÓN Y LENGUAJE:** expresión, comprensión, repetición y lectura.
- **AREA SOCIO-EMOCIONAL:** expresión emocional, autopercepción, motivación y habilidades sociales.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

Tipo de usuarios: El tratamiento está indicado para los niveles de deterioro en fase leve, moderada y severa (GDS 3/ GDS 4/ GDS 5 / GDS 6)

Tipo de tratamiento: Lo más habitual es el Grupal, con un grupo lo más homogéneo posible; aunque también se puede realizar a nivel individual

Tipo de Servicio dónde se desarrolla: Las Asociaciones desarrollan esta terapia, a nivel grupal, fundamentalmente en los Centros de Día y en las Unidades de Respiro; aunque en algunas ocasiones realizan terapia individual, tanto en los Centros como en los domicilios.

Temporalización de la Actividad

En función de las características de cada grupo de usuarios y de la organización de los Centros:

- El tiempo de duración de cada sesión puede oscilar entre 60-90 minutos en sesiones grupales, y 30 min. en sesiones individuales.
- La frecuencia de aplicación dependerá de la organización del servicio en el que se desarrolla, aunque lo más habitual es entre 1-3 veces a la semana, hay entidades que la organizan con frecuencia mensual.



METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DE LA ACTIVIDAD

El método aplicado puede ser muy variado:

- Activo, tocando instrumentos, cantando, interpretando la música, etc.,; siendo la música tocada por el terapeuta o por los usuarios.
- Receptivo, usando la música para inducir estados de ánimo.

En relación con la estructura de la actividad, realizamos una propuesta, aunque siempre habrá que adaptarla a la duración de la actividad, así como a las características del grupo y los medios disponibles:

- Saludo y calentamiento.
- Dinámica de musicoterapia.
 - Propuesta de canción, por parte del profesional o de los usuarios.
 - Localización y emisión de la canción, solo auditiva o apoyada en imágenes (youtube).
 - Canto y trabajo con instrumentos .
 - Comentarios, indagando en los recuerdos que evoca la música y la canción
 - Fin de la sesión con música en directo.
- Relajación.
- Despedida.

La dinámica de la musicoterapia puede ser más sencilla, ya que también se pueden trabajar solo ritmos, sin canciones, y que los usuarios utilicen instrumentos.



RECURSOS HUMANOS

Es fundamental que esta terapia sea desarrollada por un musicoterapeuta, en posesión del Título Universitario de Postgrado en Musicoterapia y debidamente acreditado. Sus funciones serán de análisis, diseño, ejecución, evaluación y coordinación.

En el desarrollo de las sesiones, pueden tener el apoyo de otros profesionales como auxiliares, gerocultores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.

RECURSOS MATERIALES

Lugar físico

- Aconsejable salas de trabajo amplias, que proporcionen libertad de movimiento a los usuarios
- Salas con buena acústica (mejor si está insonorizada)

Material y equipamiento necesarios

- Instrumento musical armónico para el musicoterapeuta, como: piano, guitarra, violín, flauta, etc.; además de su propia voz.
- Instrumentos musicales para los usuarios: maracas, cascabeles, xilófonos, panderetas, castañuelas, etc. En ocasiones, en función del grado del afectado y/o con problemas de motricidad del usuario, pueden estar adaptados.
- Materiales audiovisuales de apoyo: equipo de música, CDs, grabaciones en USB, ordenador con acceso a Internet, etc.

EVALUACIÓN

Para poder realizar una buena valoración es importante rellenar previamente a iniciar el tratamiento un "Cuestionario de evaluación de preferencias musicales de los usuarios", con información que puede ser proporcionada directamente por el usuario o por los familiares o profesionales que conviven con ellos (Anexo "Guía para recordar las preferencias musicales" de Mónica de Castro. Musicoterapeuta especializada en demencias y geriatría. Colaboradora de AFA Barcelona).

Cada sesión se evalúa con una ficha individual, recogiendo información sobre la programación diaria de las sesiones, su ejecución y desempeño, y el registro de conductas (Anexo modelo de "Ficha de Valoración musicoterapéutica" del manual "Musicoterapia: Guía de implantación" del CREA del Imserso).

Se realiza un registro de evaluación mensual, que permite intervenir o actividades o conductas; y se puede completar con un registro de evaluación trimestral.

FICHA DE VALORACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA

Sesión N.º:

Fecha de la sesión: Hora de inicio: Duración:
 Participante/s: Musicoterapeuta/s: Lugar:

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

OBSERVACIONES (Fase de descripción de la sesión)

Conductas sonoro-musicales significativas:

Conductas de interacción significativas:

a) En la relación con otros participantes:

b) En la relación con los profesionales:

HIPÓTESIS DE TRABAJO (Fase de interpretación)

ÁREA PSICOMOTRIZ

(Limitaciones, equilibrio y marcha, coordinación, ritmo manos/pies, praxias, etc.)

ÁREA DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

(Comunicación corporal, pragmática, voz, praxias fonológicas, morfosintaxis, semántica, uso social de la comunicación y el lenguaje, lectura, etc.)

ÁREA COGNITIVA

(Orientación, atención-concentración, memoria, razonamiento, toma de decisiones, resolución de disonancias cognitivas, etc.)

ÁREA SOCIO-EMOCIONAL

(Expresión facial y corporal, estado anímico y actitud, expresión de emociones, consciencia emocional, autorregulación emocional, autoconfianza, habilidades socio-emocionales, relación e interacción social, etc.)

OBJETIVOS PRIORITARIOS (Fase de análisis y revisión de objetivos)

En esta sesión:

Nuevos objetivos para incorporar en próximas sesiones:

PAUTAS DE INTERVENCIÓN (Fase de análisis y revisión de metodología)

En esta sesión:

Nuevas pautas metodológicas para incorporar en próximas sesiones:

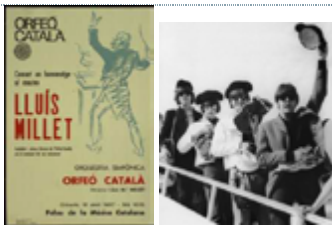
Guía para recordar las preferencias musicales

Familiar de:

Piense en su familiar en las situaciones que le proponemos. Algunas de ellas pueden ayudarle a recordar temas musicales o intérpretes que su familiar haya disfrutado. Anótelos con la mayor concreción posible (si es posible, nombre de la canción). Gracias.



Noviazgo / boda / canción con la que conoció a su pareja



Conciertos a los que asistió



Bailes



Fiestas tradicionales de pueblos donde estuvo o vivió



Películas que le gustaban



Su equipo deportivo



Guateques de juventud












Viajes (música de distintos lugares)



Cocinando

© Mónica de Castro 2016. Todos los derechos reservados.

 <p>Programas de radio</p>	 <p>Discos que se compró o le regalaron</p>	 <p>Programas o series de tv que veían en familia</p>
 <p>Cantando a los niños o canciones que le cantaban cuando era niño/a</p>	 <p>Canciones con su nombre</p>	 <p>Músicos que tocaban su instrumento favorito</p>
 <p>Experiencias religiosas</p>	 <p>Celebraciones familiares</p>	 <p>Música en el coche</p>
<p>Algun tema en especial que pueda despertarle emociones <u>no</u> deseables:</p>		

GRUPOS DE AYUDA MUTUA

DEFINICIÓN

El Grupo de Ayuda Mutua (GAM) es un conglomerado de personas que tienen un problema de salud o social muy similar y deciden juntarse para compartir sus experiencias, siempre voluntariamente. Estos grupos están auto-gestionados por los propios componentes, es decir, los afectados son los que convocan las reuniones. Dentro de estos grupos, cada uno intercambia información y experiencias personales, además de tener apoyo emocional por parte de los demás componentes; otros grupos hacen actividades sociales y proporcionan servicios y recursos. Además, dentro del grupo se encuentra el papel de la sensibilización a la población.

Por tanto, se trata de grupos de iguales, es decir, nadie es más o menos que los demás, todos tienen problemas similares. Estos grupos pueden ser tanto de personas afectadas directamente como de amigos o de cuidadores. El grupo se tiene que comprometer para reunirse siguiendo un horario y lo tienen que cumplir, haciendo ver que se respetan entre los componentes.

En la actualidad, gracias a las tecnologías y redes sociales, podemos encontrar diferentes páginas web donde nos informarán de la variedad de grupos que existen. El GAM es complementario a otros tratamientos y a otros tipos de grupo. A su vez, estos grupos complementan a las instituciones ya existentes y ayudan a generar un mayor bienestar social y comunitario.

CARACTERÍSTICAS DE LOS GAM

Los Grupos de Ayuda Mutua presentan diversas características:

- Los s componentes del grupo compartan entre sí **información y experiencias**. Cada uno aporta información y experiencias personales acerca del tema que se esté tratando en ese momento o grupo, lo cual hace que se puedan comparar las diferentes situaciones de los diversos componentes del grupo. Por ejemplo, el que uno haya superado cualquier obstáculo de su vida ayuda a los demás a superar sus propios problemas.
- **Apoyo emocional**, es decir, dentro del grupo se comparten asuntos íntimos sobre sus sentimientos. Con esto, el grupo aporta la fuerza que necesitan para seguir y protege a los componentes cuando se llevan a cabo acciones sociales.
- El grupo **ofrece servicios y recursos**, los cuales son creados por los propios grupos porque no se encuentran dentro del ámbito de la salud, o que presentan un alto presupuesto que no se pueden permitir.
- Y la última característica relevante de los GAM es la **sensibilización pública** acerca de sus problemas. La disposición de conferencias públicas, debates, maratones de televisión, etc. colaboran para sensibilizar a la sociedad influyéndoles directa o indirectamente.

TIPOLOGÍA DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Los Grupos de Ayuda Mutua pueden ser de diferente forma, no hay ninguno igual. A continuación, se llevará a cabo un análisis de los diferentes tipos de grupos que podemos encontrar:

- Nos podemos encontrar con grupos auto-gestionados por los propios afectados, sin la necesidad de contar con la presencia de profesionales.
- Hay otros grupos que se han creado de la mano de profesionales y los afectados son quienes llevan a cabo todas las actividades.
- Otros necesitan la ayuda profesional para que el grupo funcione.
- Y, por último, nos encontramos con un grupo en el que interviene el profesional y que funcionan como grupos de apoyo.

Los grupos pueden estar formados por personas afectadas por una enfermedad o un problema. Existen GAM para familiares y para amigos o cuidadores.

Unos grupos pueden formarse para compartir información sobre alguna enfermedad crónica, como, por ejemplo, el Alzheimer, enfermedades mentales, etc. Otros grupos se crean por problemas de adicciones, como pueden ser, por ejemplo, problemas con el alcohol o las drogas. En la actualidad, podemos encontrar grupos compuestos por personas que se encuentran en situaciones especiales, como puede ser la separación de pareja, la pérdida de algún familiar, las mujeres maltratadas, la homosexualidad, etc.

BENEFICIOS QUE APORTAN LOS GAM

Beneficios individuales

En cuanto a los beneficios individuales, observamos que las personas presentan diversas ventajas gracias a la participación dentro de un Grupo de Ayuda Mutua. Algunas de esas ventajas son las siguientes:

- Obtención de información y conocimientos acerca de su enfermedad o problemática, que les ayuda favorablemente en el afrontamiento.
- Practicar habilidades sociales de vínculo con el grupo.
- Incremento de su capacidad para enfrentarse a situaciones difíciles.
- Dentro del grupo hay diferentes tareas que son repartidas a cada uno de sus miembros, lo cual hace que asuman y compartan responsabilidades que pueden utilizar en un futuro.
- Gracias al GAM, los componentes del grupo salen del aislamiento y la soledad.
- Ampliación de la capacidad de participación social y de solidaridad con diversos movimientos sociales. Aquellas personas que hayan experimentado cualquier hábito positivo son más solidarias y participan mucho más dentro de la sociedad.
- Proporcionar seguridad y apoyo para una correcta aceptación de su nueva situación e intentar sensibilizar a la sociedad.

Beneficios en el ámbito social

- Impulsa una mayor integración social y participación dentro de la comunidad. Una sociedad con un amplio patrimonio, es rica en valores, es más solidaria, más abierta.
- Normaliza la enfermedad, trastorno o situación especial dentro del territorio social, sensibiliza, informa, reivindica a aquellos colectivos inferiores y les facilita su participación.
- Es un refuerzo complementario a un tratamiento. A pesar de que no puede sustituir a los tratamientos especializados, está comprobado que en muchos casos disminuyen el número de recaídas y las visitas a los centros de atención primaria, así como el gasto farmacéutico.

De los estudios realizados en otros países con más experiencia en este tema, se desprende que en la medida en que se fomente y se apoyen los Grupos de Ayuda Mutua, aumentarán la salud, la solidaridad y la participación de la sociedad.

PAPEL DE LOS PROFESIONALES EN LA CREACIÓN DE LOS GAM

Todos los profesionales dedicados al ámbito de la salud tienen un papel fundamental a la hora de crear e incrementar las redes de apoyo social entre los ciudadanos que les piden ayuda. Algunas de las acciones que llevan a cabo estos expertos son las siguientes:

- Obtener diversa información sobre el tema que se va a llevar a cabo: artículos, averiguar las diferentes organizaciones que se encuentran dentro del país o en el extranjero, etc.
- Llevar a los afectados a los diferentes grupos ya creados.
- Desarrollar la formación de grupos llevando a cabo reuniones de los interesados y apoyándoles en las primeras reuniones, dándoles un planning con la hora, el lugar, donde se van a realizar dichos encuentros, y el tema o temas que se van a tratar.
- Una vez formado el grupo, la tarea de estos profesionales es la de aconsejar, siendo así una persona de confianza para consultas futuras.



EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Definición de objetivos y dificultades de evaluación

Antes de cualquier actuación se necesita partir de una planificación de la misma en la que se tiene que hacer una definición de objetivos. A lo largo del desarrollo de la actividad es necesario ir valorando el cumplimiento (o perspectiva de cumplimiento) de los objetivos y metas que están establecidos con anterioridad y es necesario tener cierta capacidad para alcanzarlos. Por lo que de esta evaluación consideraremos la obtención de información acerca del desarrollo de la intervención que nos ayudará a tomar decisiones dirigidas a modificar dichas acciones y reorientarlas hacia el fin esperado y valorar que se cumplan total o parcialmente estos objetivos.

A pesar de que este planteamiento tiene una validez teórica evidente en la evaluación del cumplimiento de objetivos y la eficacia de las intervenciones grupales, sin embargo, presenta numerosas dificultades a la hora de ponerlo en práctica.

• Dificultades metodológicas:

- Lo prioritario, dentro de la realidad asistencial de nuestras Asociaciones, es calmar, al máximo, el sufrimiento del familiar cuidador que acude a nosotros y que tiene interés por comenzar a participar en los grupos de apoyo.
- A la hora de elegir los instrumentos para evaluar el cambio obtenido tras la intervención y por tanto valorar la eficacia de la misma, nos encontramos también con numerosas dificultades: instrumentos poco sensibles al cambio, demasiado globales, o demasiado específicos, etc.
- Dentro de los trabajos de investigación que se desarrollan dentro de este ámbito, nos podemos encontrar con que los conceptos teóricos de los programas de intervención grupal no están correctamente especificados. Esto quiere decir que los elementos teóricos que se utilizan para elegir los procedimientos de la intervención no están especificados con claridad.
- Es habitual encontrarnos con modelos teóricos, objetivos y líneas de intervención con denominaciones idénticas pero muy diferentes a la vez. Uno de los ejemplos clave es que nos podemos encontrar con numerosas acepciones para referirnos a los grupos de apoyo para familiares, como pueden ser las intervenciones basadas en acciones educativas, otras en el aprendizaje de habilidades, otras en el apoyo emocional y un largo etcétera. Con todo lo anteriormente citado, es fundamental tener una mayor precisión de teoría y de términos con el objetivo.

• Dificultades de evaluación y objetivación:

Es común que los objetivos llevados a cabo se vean cumplidos (valoración del profesional, de los integrantes del grupo, indicadores indirectos como son la fidelidad en la asistencia, verbalizaciones de los asistentes, cambios en sus actitudes, etc.) pero que sea difícil su objetivación mediante instrumentos psicométricos.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta el modelo teórico del que partimos y de los objetivos propuestos, podemos encontrarnos con diversos instrumentos, los cuales mencionaremos como ejemplo a continuación:

- **Instrumentos que valoran aspectos psicológicos globales:**

- Ansiedad: escala de ansiedad de Hamilton, escala de ansiedad estado-rasgo (STAI), etc.
- Depresión: inventario de depresión de Beck (BSI), escala de depresión de Zung, escala de depresión de Hamilton, etc.
- Sobrecarga: escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

- **Instrumentos que valoran aspectos específicos:**

- Locus de control
- Estilos de afrontamiento
- Mejora de la salud de los cuidadores
- Demora de la institucionalización del familiar afectado

- **Evaluación realizada por parte de los integrantes de los grupos sobre diversos aspectos:**

- Nivel de respuesta del grupo a sus necesidades
- Tratamiento y desarrollo de los temas de información sobre la enfermedad y recursos asistenciales
- Tratamiento y abordaje de los aspectos emocionales
- Aprendizaje de estrategias y habilidades de afrontamiento de los requerimientos de la enfermedad
- Variedad y amplitud de los temas tratados, sugerencias, etc.

DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

Según la disciplina científica, lo mejor sería utilizar diseños con **grupo control**, para poder ver si se encuentran o no cambios como consecuencia de la intervención. Además, hay que tener en cuenta la información que se utiliza en el grupo control acerca de los sistemas utilizados a lo largo de la duración de la participación con el grupo experimental.

Dentro de nuestras Asociaciones, la realidad asistencial, muchas veces genera el problema de tener que abandonar el rigor científico para poder compaginar la necesidad e inquietud investigadora con los aspectos éticos y las obligaciones de atención de un colectivo sobrecargado como es el de los familiares cuidadores de personas con Alzheimer.

INVENTARIO DE TNF APLICADAS EN LAS AFAS

ÁREA COGNITIVA

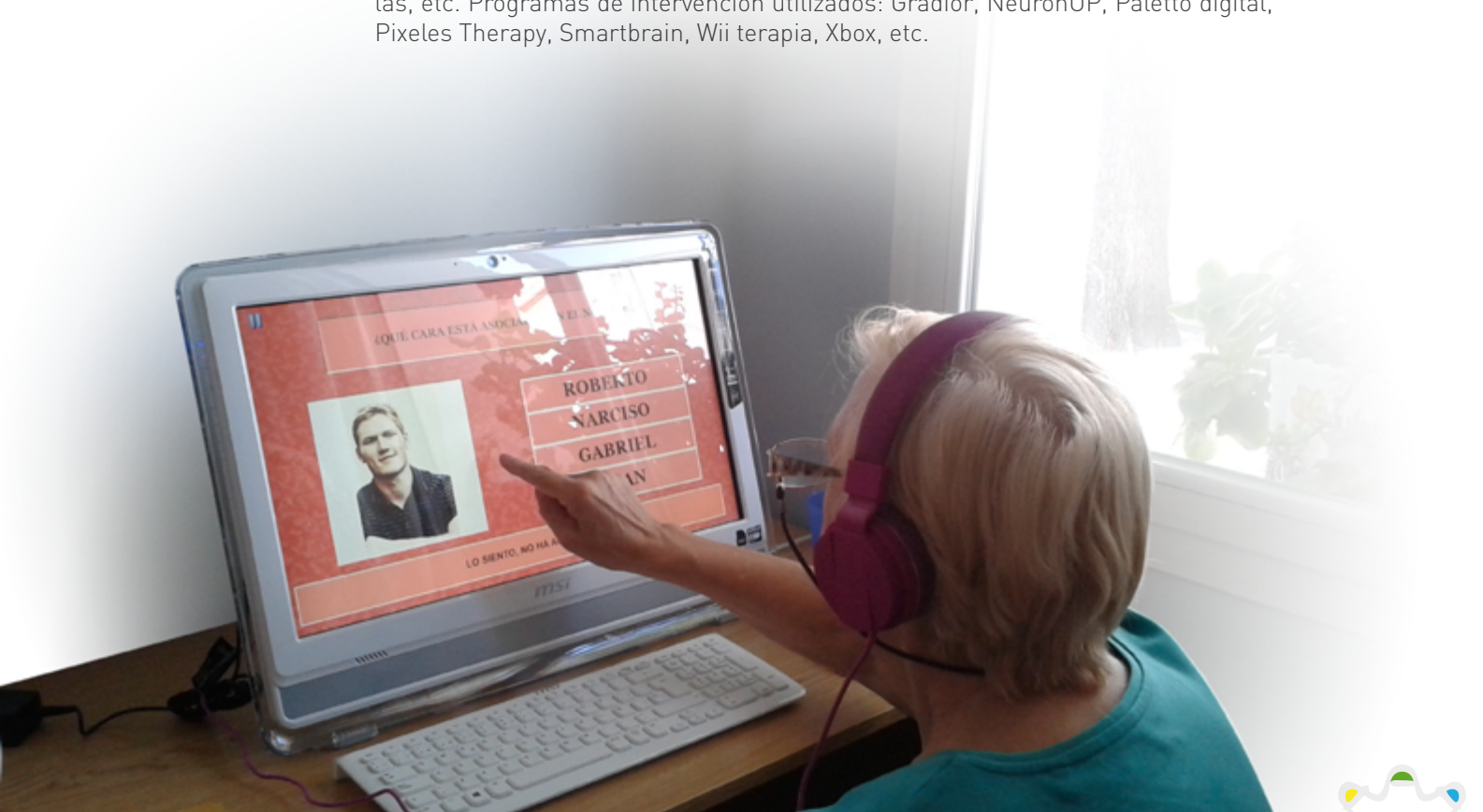
Incluyen intervenciones dirigidas a estimular las diversas funciones cognitivas del paciente.

Implican la participación en actividades de estimulación general de funciones cognitivas basada en la evocación de recuerdos, la orientación a la realidad y el procesamiento de información (entre otros).

Estimulación cognitiva: conjunto de acciones que se dirigen a mantener o mejorar el funcionamiento cognitivo mediante ejercicios de memoria, percepción, atención, lenguaje, funciones ejecutivas (solución de problemas, planificación, control, etc.), funciones visuoespaciales, etc. Puede realizarse a nivel individual o colectivo (grupal).

Estrategias de intervención más habituales:

- **Método clásico (actividades de papel y lápiz):** con la utilización de fichas, preguntas intencionales, juegos educativos, refuerzos verbales y uso del reto, etc.
- **Uso de nuevas tecnologías (TICs):** pantallas táctiles, tablets, ordenadores, consolas, etc. Programas de intervención utilizados: Grador, NeuronUP, Paletto digital, Pixeles Therapy, Smartbrain, Wii terapia, Xbox, etc.



Terapia de Orientación a la realidad: un conjunto de técnicas mediante las cuales la persona toma conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal), en el espacio (orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal).

Reminiscencia: es una técnica que hace que la persona intente hacer memoria sobre su pasado, aquellos recuerdos que mantiene sobre eventos importantes de su vida.

Otras estrategias de intervención:

- **Taller de Lectura (dirigida) y debate:** un profesional realiza una lectura sobre una temática concreta, una festividad, una noticia, etc., y luego se invita a los usuarios a participar en un diálogo o debate.
- **Taller de Memoria,** para fases leves de la enfermedad o como método de prevención.
- **Cineforum:** actividad para estimular las funciones perceptivas y cognitivas de los usuarios, ayudando a la comprensión de contenidos y animado a la discusión. Se trabaja la atención, la memoria, el lenguaje y el razonamiento.
- **Taller de refranes:** el terapeuta deberá iniciar las primeras palabras de cada refrán en voz alta y dejar que los usuarios vayan adivinando, se puede hacer individualmente o grupalmente.
- **1, 2, 3 “Un, dos, tres... A recordar esta vez”:** programa de estimulación cognitiva basado en una metodología lúdica, motivadora y significativa, con una adaptación del concurso televisivo “Un, dos, tres...responda otra vez”.
- **Taller de ajedrez:** potenciar esta disciplina deportiva, utilizándola como instrumento terapéutico y social, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas, abarcando los diferentes planos de la persona.
- **Ludoteca:** taller de juego para el tratamiento de diferentes patologías de tipo psíquico o problemas de conducta. Se usan mucho los juegos populares (cartas, oca, parchis, bingo...).
- **Otras estrategias:** cuenta cuentos, etc.



ÁREA FUNCIONAL

Terapias dirigidas a las áreas de desempeño funcional (autocuidado, trabajo y ocio), prestando especial atención al ambiente cultural y social dentro del cual se desarrolla la persona.

- **PSICOMOTRICIDAD:** a través de este tipo de terapia pretendemos la integración de la función mental con la función motriz o física de la persona, buscando así una mayor funcionalidad de los movimientos que en el caso de la gerontogimnasia.
- **FISIOTERAPIA:** intervenciones orientadas a mantener y/o incrementar la autonomía del usuario, frenando en la medida de lo posible el deterioro físico. Se trabaja para reeducar la marcha mediante la deambulaci3n y ejercicios sencillos, aliviar dolores articulares y musculares, mejorar el equilibrio, la coordinaci3n, el tono muscular, etc.
Se puede completar con varias estrategias de intervenci3n:
 - Taller de mecanoterapia
 - Taller de masoterapia
- **GERONTOGIMNASIA:** mantener y/o mejorar el estado físico de las personas manteniendo o incrementando la movilidad articular y la fuerza entre otros, especialmente preparado y dise1ado para personas mayores.
- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD):** trabajo de las diferentes actividades básicas de la vida diaria (vestido, alimentaci3n, aseo personal...) con el fin de mantener su independencia en la vida cotidiana el mayor tiempo posible (talleres de autocuidado); y se puede completar trabajando otras de actividades (como el manejo del dinero o las compras) con el fin de que mantengan este tipo de actividades el mayor tiempo posible. Una estrategia de intervenci3n muy habitual es aplicar el "Método Montessori", realizando ejercicios de estimulaci3n cognitiva muy básicos basados en la simplificaci3n del espacio y los materiales empleados. Se realizan tareas manipulativas, administradas oralmente o empleando las nuevas tecnologías. Se emplean medios y materiales cotidianos, se realiza estimulaci3n sensorial con texturas, colores, formas y en la interacci3n del usuario con los distintos materiales.
- **HIDROTERAPIA:** actividad grupal que consiste en la realizaci3n de ejercicios en una piscina (climatizada y accesible a personas con movilidad reducida) para el mantenimiento funcional, estimulando la motricidad, la mejora del estado de ánimo y la socializaci3n.

ÁREA EMOCIONAL

Terapias que están pensadas para incrementar las actividades gratificantes y disminuir el estrés de la persona afectada de Alzheimer, así como para mejorar su estado de ánimo.

- **ARTETERAPIA:** terapia con la que se trabajan diferentes aspectos (concentración, motricidad fina, coordinación, etc.) a través de la realización y aplicación de diferentes técnicas artísticas (color, modelaje, textura, cianotipia, etc.).

Hay diferentes estrategias de intervención, en función de la expresión artística utilizada:

- **Taller de labores o costura:** método terapéutico de terapia ocupacional que pretende por medio de la actividad y la ocupación, mantener reeducar y rehabilitar los aspectos físicos cognitivos y sociales del individuo. Es fundamental considerar las capacidades, gustos e intereses de la persona para que la actividad sea productiva, potencie la autoestima, sea agradable y por lo tanto terapéutica.
 - **Taller de teatro, mimo y dramatización:** Taller de cianotipia:
 - **Taller de actividades psicocreativas:** taller de expresión plástica, movimiento corporal, música y teatro con el fin de mejorar capacidades, favorecer el autoconcepto y la expresión de las emociones.
 - **Taller de cianotipia:** técnica artística que consiste en que a través de la mezcla de dos compuestos químicos se crea una emulsión fotosensible que aplicada sobre una superficie en la que se estampa un negativo u otro objeto, al darle la luz se destaca el azul, dando lugar a lo que puede parecer una fotografía.
 - **Danzaterapia:** uso terapéutico de la danza y el movimiento expresivo para despertar las emociones y trabajar las capacidades cognitivas y motoras.
 - **Expresión corporal:** metodología basada en el juego, la improvisación, experimentación y reflexión, para desarrollar la creatividad expresiva aplicada a cualquiera de los lenguajes (mímica, expresiones faciales, gestos, etc.)
- **MUSICOTERAPIA:** empleo de la música y de los elementos musicales, tales como el ritmo, el sonido, la melodía y la armonía, que realiza un musicoterapeuta cualificado, con fines terapéuticos, para asistir necesidades, físicas, sociales y cognitivas de un paciente; promoviendo la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, etc.
- Otras estrategias más básicas de intervención, sin la implicación de un especialista en musicoterapia:
- **Taller de coro:** taller de canto dónde se ensayan sus canciones más representativas, que luego representan en una actuación.
 - **Talleres de música:** con el uso de instrumentos, canciones populares de su época, canciones de festividades (navidades, fiestas, etc.), o canciones típicas de las localidades.

- **RELAJACIÓN:** actividades dirigidas, para conseguir relajar a las personas afectadas, favoreciendo su bienestar físico y mental.
 - **Taller de Mindfulness:** conjunto de ejercicios que facilitan la atención y concentración en el momento presente, ayudando a regular sus propias emociones.
 - **Reiki:** es una técnica de canalización y transmisión de energía vital a través de la imposición de manos, que se utiliza para obtener paz y equilibrio en todos los niveles.
- **ESTIMULACIÓN SENSORIAL:** técnicas de estimulación auditiva, táctil, olfativa y visual; bien a nivel basal de los diferentes sentidos (tacto, oído, gusto...) para evitar la desconexión total con el medio que padecen personas en estadios avanzados de demencia; o trabajar en un ambiente con estímulos controlados (Salas Snoezelen), dónde se trabajan las sensaciones del afectado, teniendo la libertad para explorar, descubrir y disfrutar de diversas experiencias sensoriales. Sala equipada con varios elementos (tubo de burbujas y fibra óptica con mando interactivo, bola de espejos, luz negra, proyectores, equipo de sonido, paneles táctiles, etc.) que permite trabajar componentes sensoriales, cognitivos, motores y psicosociales.
- **RISOTERAPIA:** estimular el contacto físico y la risa para mejorar el estado de ánimo y fomentar una actitud positiva, con actividades de estimulación a través de la risa, del humor, de juegos, etc.
- **OTRAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:**
 - **Taller horticultura y jardinería:** actividades realizadas preferiblemente al aire libre (pequeñas tareas de jardinería, cultivo, riego, recogida de frutos, etc.). En ocasiones se dispone de material adaptado en altura.
 - **Taller de cocina:** realización de recetas (aprovechando fechas festivas) o experiencias con los sabores.
 - **Taller de belleza e higiene:** fomentar las pautas y hábitos diarios para la correcta higiene, fomentar la autonomía de la persona y la comunicación sobre la higiene e intimidad en un ambiente lúdico y respetuoso.
 - **Taller de murales:** creación de murales, para conseguir que los afectados se orienten en tiempo y espacio.
 - **Taller de apoyo psicoafectivo:** una modalidad de psicoterapia dirigida a personas en fases iniciales (y conscientes de su afectación), con el fin de apoyar su adaptación a la enfermedad, reconocer sus estados emocionales y conocer sus mecanismos de defensa para enfrentarse a la enfermedad.
 - **Despertando emociones:** trabajar emociones de forma positiva, a través de textos, vídeos, audios, etc., interviniendo desde el recuerdo de su historia de vida o autobiografía.

ÁREA INTEGRAL

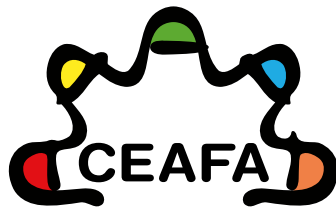
Terapias holísticas, sin un objetivo específico, con las que se pretende abordar o estimular varias áreas y/o en diferentes campos de actuación.

- **TERAPIA DE VALIDACIÓN:** combinación de varias técnicas, con el fin de empatizar de forma afectiva con el afectado, intentando comprender el marco completo de referencia de una persona independientemente de lo alterada que se encuentre. En realidad es la filosofía que hay detrás de cualquier intervención y que determina la forma de ejercer cuidados. Es una forma de terapia para comunicarse con personas con deterioro cognitivo a través del apoyo, estímulo y validación de la expresión de sus sentimientos, sin importar si estos corresponden o no a la realidad presente. Es el elemento central de todas las terapias humanistas y un aspecto clave de los cuidados centrados en la persona.
- **TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES:** modalidad de tratamiento terapéutico en que un animal que cumple determinados criterios forma parte integral del proceso. Este tipo de terapia está dirigida por un profesional de la salud quien marca los objetivos específicos del tratamiento. Su propósito es el de fomentar la mejoría en el funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo de los seres humanos. Se puede realizar en una amplia gama de contextos y puede llevarse a cabo en grupo o de forma individual. Animales implicados: perros, asnos, caballos, etc.
- **OTRAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:**
 - **Programa intergeneracional:** realización de actividades entre niños y mayores adaptadas a todos ellos con el fin de fomentar las relaciones interpersonales entre personas de diferentes grupos de edad, el respeto entre ellos... Incrementa el estado de ánimo y el autoestima además de estimular las diferentes capacidades de niños y mayores según el tipo de actividad desarrolladas en cada sesión.
 - **Actividades culturales, de ocio y tiempo libre:** actividades basadas en excursiones, fiestas, actuaciones, etc., en las que se pretende que lo afectados convivan y realicen actividades con familiares, con el entorno social, etc.



BIBLIOGRAFÍA Y ENLACES DE INTERÉS

- Mapa de Terapias No Farmacológicas para Demencias Tipo Alzheimer. Guía de iniciación técnica para profesionales. Fundación María Wolff.
- Programa de activación cognitiva integral en personas con demencia tipo Alzheimer (PACID). Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca (IMSERSO).
- Guía de orientación. Intervenciones no farmacológicas. Musicoterapia en personas con demencia. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca (IMSERSO).
- Guía de implantación. Intervenciones no farmacológicas. Musicoterapia. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca (IMSERSO).
- Guía de implantación. Intervenciones no farmacológicas. Reeducción psicomotriz. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca (IMSERSO).
- Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca (IMSERSO), Terapias No Farmacológicas: http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/index.htm
- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales: <http://apeto.com>
- Asociación profesional Española de Arteterapeutas: <http://www.arteterapia.org.es>



CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
ASOCIACIONES
DE FAMILIARES
DE PERSONAS CON

ALZHEIMER

Y OTRAS DEMENCIAS



Financiado por el Ministerio de Sanidad,
Servicios Sociales e Igualdad a cargo del IRPF