UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria junio de 2020

Comparativa e intervención en dos pacientes con demencia tipo Alzheimer leve.

Comparative and intervention in two patients with mild Alzheimer's dementia.

Autora: Lydia Padilla Delgado.

Tutoras: Dolores Álvarez Cazorla y María del Carmen Noguera Cuenca.

RESUMEN

En la actualidad, se ha producido un envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza de vida. Como consecuencia de ello, se ha desencadenado un incremento de las enfermedades neurodegenerativas como es el Alzheimer. Esta patología de carácter progresivo produce una afectación cognitiva y conductual de manera gradual, produciéndose alteraciones en múltiples áreas. El objetivo del presente trabajo es realizar una comparación neuropsicológica en dos pacientes diagnosticadas con EA en fase leve y a partir de los datos obtenidos, elaborar una propuesta de intervención para valorar cualitativamente los efectos que se producirán a partir de la misma. Para ello, se plantea la estimulación cognitiva del enfermo, una herramienta terapéutica muy recomendable para preservar su estado cognitivo y mejorar las deficiencias que presenta, así como proporcionar un aumento del estado de ánimo y de la autonomía en los pacientes con demencia, y especialmente, en aquellos que están en la primera fase de la enfermedad.

Palabras clave: Alzheimer, demencia, deterioro cognitivo, estimulación cognitiva, calidad de vida, bienestar, intervención no farmacológica y adultos mayores.

ABSTRACT

Currently, there has been an aging population due to increased life expectancy. As a result, an increase in neurodegenerative diseases such as Alzheimer's dementia has been triggered. This progressive pathology produces a cognitive and behavioral impairment gradually, producing alterations in multiple areas. The objective of this work is to carry out a neuropsychological comparative in two patients diagnosed with AD in a mild stage and, based on the data obtained, to elaborate an intervention proposal to qualitatively assess the effects that will occur from it. For this, the cognitive stimulation of the patient is proposed, a highly recommended therapeutic tool to preserve their cognitive state and improve the deficiencies that they present, as well as to provide an increase in mood and autonomy in patients with dementia, and especially, in those who are in the first stage of the disease.

Key words: Alzheimer's disease, dementia, cognitive impairment, cognitive stimulation, quality of life, well-being, non-pharmacological intervention and older adults.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 4
1.1. Envejecimiento normal 4
1.2. Demencia 5
1.2.1. Clasificación de las demencias 5
1.3. Enfermedad de Alzheimer (EA) 6
1.3.1. Fases de la EA 7
1.3.2. Síntomas de la EA 7
1.3.3. Impacto social y familiar de la enfermedad 8
1.3.4. Tipos de tratamiento 9
2. OBJETIVOS 10
2. MÉTODO 11
3.1. Participantes 11
3.2. Instrumentos 12
3.3. Procedimiento 14
4. RESULTADOS 15
5. DISCUSIÓN 18
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN 20
6.1. Metodología 20
6.1.1. Participantes 20
6.1.2. Temporalización 20
6.1.3. Procedimiento 20
6.2. Actividades planteadas 21
6.3. Cronograma 27
6.4. Resultados de la intervención 27
7. CONCLUSIONES 28
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 30
9. ANEXOS 33

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la existencia de un aumento de la esperanza y la calidad de vida, ha producido un crecimiento de la población adulta. Con ello, se ha dado un aumento de la prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas, tales como la Enfermedad de Alzheimer (Hernández-Díaz y Garcés de los Rayos, 2015). Tal y como informa la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Alzheimer junto con otras demencias afectan a 47 millones de personas en el mundo. Esta cifra sufrirá un aumento en 2030 llegando a 75 millones, y en el año 2050 a 132 millones, es decir, se va a convertir en un problema serio de salud pública. Algunos estudios aportan datos acerca de los nuevos casos que se producen en el mundo cada año (9,9 millones), concluyendo con la aparición de un nuevo caso cada 3 segundos. Teniendo en cuenta la mejora del envejecimiento junto con el aumento de la calidad de vida, la población afectada se incrementará consecuentemente con el paso de la edad. Aunque debemos añadir que, la enfermedad de Alzheimer no sólo afecta a la población adulta mayor, ya que un 9% de los casos mundiales corresponden a una demencia precoz (aparece antes de los 65 años). Los estudios realizados en España, muestran que la prevalencia de EA es del 0,05% entre las personas de 40 a 65 años; 1,07% entre los 65-69 años; 3,4% entre los 70-74 años; 6,9% entre los 75-79 años; 12,1% entre los 80-84 años; 20,1% entre los 85-89 años y 39,2% para 90 años en adelante (Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias, 2019).

1.1. Envejecimiento normal.

El envejecimiento normal constituye una etapa de pérdidas y ganancias, siendo un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo y heterogéneo que implica cambios biopsicosociales en el adulto mayor experimentados a través del tiempo (Barraza y Castillo, 2006).

A su vez, el envejecimiento comprende un conjunto de enfermedades que afectan al adulto mayor y que se dirigen hacia las enfermedades crónicas, éstas se prolongan con el tiempo y desencadenan secuelas importantes que llevan a la discapacidad y las limitaciones en la vida cotidiana. Estas consecuencias, provocarán en nuestros mayores sentimientos negativos que les llevará a tener una percepción nociva del envejecimiento (Alvarado y Salazar, 2014).

Este proceso puede ser dividido en dos tipos: primario y secundario. Según Cerquera y Quintero (2015) el envejecimiento primario está controlado por procesos que son responsables de los cambios observables en los individuos y que no están relacionados con la enfermedad.

Por el contrario, el envejecimiento secundario se define como la interacción del envejecimiento primario con las influencias del ambiente y los procesos de enfermedad (Berger, 2009).

Según Mogollón (2014), el envejecimiento tendrá consecuencias tanto a nivel social, como a nivel cultural. El envejecimiento conlleva cambios a nivel biopsicosocial y, por otro lado, los mayores alcanzarán el envejecimiento anticipadamente, creyéndose que para el año 2030 el 30% de la población corresponderá a edades superiores a los 80 años.

1.2. Demencia

La demencia es un cuadro clínico muy común en la tercera edad, ésta se puede definir como el deterioro progresivo y adquirido de las funciones cognitivas que afectan a la memoria y, al menos, a otra función cognitiva superior (afasia, apraxia, agnosia o función ejecutiva) que suponga un declive respecto al estado cognitivo previo, lo suficientemente grave como para interferir con las actividades habituales de la vida diaria del sujeto (Agüera y Túnez, 2011).

La demencia afecta al 6% de las personas con 65 años, llegando al 30% en las personas con 90 años, por lo que afirmamos que es un problema de salud pública inminente. Las causas más frecuentes de demencia son la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular y la demencia mixta, entre otras (Agüera y Túnez, 2011).

Para realizar un diagnóstico de demencia, el paciente debe reunir una serie de requisitos, entre los que encontramos, fallos en la memoria a corto y largo plazo, desorientación, alteraciones en el lenguaje, deterioro en las actividades motoras, fallos para reconocer o identificar objetos, repercusiones en la vida personal y laboral de la persona, entre otros (García, 2009).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), también conocido como DSM-5 establece los criterios por los cuales se realiza el diagnóstico de demencia (Anexo 1).

1.2.1. Clasificación de las demencias.

Las demencias pueden clasificarse atendiendo a múltiples criterios, uno de ellos es el grado de reversibilidad. Se consideran reversibles las que mejoran con un tratamiento específico o con una operación quirúrgica. Por el contrario, se consideran irreversibles a las causadas por una lesión cerebral en las que no es posible la mejora a través de un tratamiento. Existe la posibilidad de tomar medicamentos que ayuden a que la enfermedad avance más lentamente (Ochoa, 1996).

Por otro lado, según su etiopatogenia podemos encontrar la siguiente clasificación:

➢ **Demencias primarias o degenerativas:** El principal factor es la pérdida neuronal o la disfunción de la misma debido a posibles alteraciones en el metabolismo. En este grupo se incluyen las demencias más comunes, como la EA o la demencia por Cuerpos de Lewy (Nitrini y Dozzi, 2012).

➢ **Demencias secundarias:** Este tipo de demencias son causadas por enfermedades de causas conocidas, potencialmente reversibles y tratables. Primariamente, no llevan a la demencia pero pueden manifestar síntomas de la misma si el SNC está involucrado. Entre estas enfermedades se encuentran: Los trastornos metabólicos, las enfermedades infecciosas, las enfermedades autoinmunes, traumatismos encefálicos, etc. (Nitrini y Dozzi, 2012).

➢ **Demencias combinadas o de etiología múltiple:** Se produce por la existencia combinada de varias causas que pueden ocasionar la demencia, como la demencia mixta (vascular y degenerativa) (Nitrini y Dozzi, 2012).

1.3. Enfermedad de Alzheimer (EA).

Podemos definir la EA como una enfermedad neurodegenerativa de carácter progresivo e inicio insidioso, con una afectación cognitiva y conductual de manera gradual. El síntoma principal y más característico es la pérdida de memoria. La memoria a largo plazo es la que mejor se conserva si la comparamos con la de corto plazo, que es la primera que se pierde. Con la evolución de la enfermedad se producen alteraciones en el lenguaje, en el estado de ánimo y en la autonomía de la persona que padece la enfermedad (Carretero, Pérez, Sánchez-Valladares y Balbás, 2011).

Fue Alois Alzheimer, en el año 1906, quien describió la enfermedad gracias a los estudios clínicos realizados a una mujer de 51 años diagnosticada con un trastorno de delirio celotípico. Esta mujer murió cinco años después de padecer un deterioro progresivo de la memoria, desorientación, afasia, apraxia, anoxia e incapacidad para realizar las actividades cotidianas (Alberca y López-Pousa, 2006). Cuatro años más tarde, Kraepelin (maestro de Alois Alzheimer) denominó a la enfermedad en su tratado de psiquiatría con el nombre con el que hoy se conoce (Mesa, 2011).

Actualmente, se desconoce el origen de la enfermedad del Alzheimer, aunque en los últimos años los cuidados y la atención sanitaria, tanto a los enfermos como a los cuidadores, se ha desarrollado de forma exitosa. No obstante, debemos tener en cuenta que las

investigaciones han estado centradas en la fase en la que la demencia está presente, es decir, posterior al diagnóstico. Esto demuestra que se deberán poner en marcha numerosos ensayos clínicos e investigaciones para comprobar el origen de la enfermedad (Mesa, 2011).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), también conocido como DSM-5 establece los criterios por los cuales se realiza el diagnóstico de Alzheimer (Anexo 2).

1.3.1. Fases de la EA.

Se pueden distinguir tres fases diferentes en la enfermedad del Alzheimer: leve, moderada y grave.

- **Fase leve o inicial:** Está caracterizada por fallos de memoria a corto plazo y deterioro de la orientación temporal, por lo que el paciente tiene dificultad para orientarse en sitios poco habituales. En ocasiones, puede darse la aparición de trastornos de la personalidad y depresión. Además, suelen presentarse dificultades a la hora de mantener una conversación fluida y alteraciones en la atención. Sin embargo, la memoria a largo plazo se mantiene intacta (Alberca y López, 2006).
- **Fase moderada o intermedia:** Está caracterizada por una falta de memoria grave, el paciente olvida hechos fundamentales. Asimismo, el paciente pregunta de forma continua las fechas o se desorienta en sitios poco habituales. En este punto se ve comprometida la autonomía del paciente y aparecen trastornos de conducta como agresividad o desconcierto. Con respecto al lenguaje, se reduce el léxico empleado por el paciente y además, el paciente puede presentar apraxia constructiva y una leve agnosia visual (Alberca y López, 2006).
- **Fase grave o muy grave:** Se caracteriza por la pérdida completa de la memoria y de la capacidad funcional e intelectual. El paciente se encuentra totalmente desorientado, la afasia es grave y tiene serias dificultades del lenguaje. Siguen los comportamientos agresivos y una dependencia total para realizar tareas simples, como por ejemplo, vestirse. Además, se puede producir una limitación absoluta de la movilidad del paciente que da lugar a la aparición de complicaciones que finalmente, pueden producir a la muerte (Alberca y López, 2006).

1.3.2. Síntomas de la EA.

Existen una serie de signos y síntomas presentes en la enfermedad muy significativos. A pesar de que, la EA puede afectar a cada individuo de manera totalmente diferente, y

evolucionar a un ritmo distinto, existen características comunes entre las personas que la padecen (Carretero, Pérez, Sánchez-Valladares y Balbás, 2011).

El síntoma más característico de esta enfermedad es la pérdida de memoria. Los trastornos de memoria comienzan con la afectación de hechos recientes que consecuentemente, alteran las actividades diarias del enfermo/a en su ámbito familiar, social y profesional (Alberca y López-Pousa, 2002). Las alteraciones en la atención son también un signo clave para el diagnóstico de la enfermedad. Inicialmente, se experimenta un déficit en la atención selectiva, más tarde en la atención dividida y finalmente, en la atención sostenida (Arango, Fernández y Ardila, 2003).

Con respecto a las alteraciones en el procesamiento del lenguaje, se encuentran principalmente en la denominación y en la fluidez verbal, viéndose afectado el circuito perisilviano temporoparietal debido a la progresión de la enfermedad (Arnedo, Bembibre y Triviño, 2013). En las capacidades visoespaciales, uno de los primeros síntomas es la desorientación en la calle o en lugares públicos (Weintraub, Wicklund y Salmon, 2012). Finalmente, los cambios conductuales son altamente prevalentes, afectan casi por completo a todos los enfermos de EA. Estos síntomas se presentan de forma gradual y avanzan rápidamente en los estadios más graves. Entre ellos se encuentran la irritabilidad, depresión, ansiedad y preocupación, apatía, etc (Kales, Gitlin y Lyketsos, 2015).

1.3.3. Impacto social y familiar de la enfermedad.

La enfermedad de Alzheimer afecta al enfermo/a progresivamente, se va produciendo una pérdida de la autonomía que le convierte en una persona totalmente dependiente. Esto, además, afecta a su familia y sobretodo, al cuidador principal que se hace cargo diariamente de la persona, ya que esta figura es esencial y en ella recae la mayor parte de la responsabilidad del cuidado (Espín, 2009).

El rol de cuidador principal puede provocar un gran impacto emocional en la persona, ya que es una de las enfermedades que afectan considerablemente a la realización de actividades diarias, y por las alteraciones conductuales que ejerce sobre el enfermo (Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara y Herrera, 2006).

Además, existen evidencias a favor de que el cuidado de una persona con Alzheimer genera un nivel de estrés y ansiedad mucho más elevado que el cuidado de personas en otra situación de dependencia. Esto es debido al cambio de vida en términos generales que se

produce en el cuidador principal, junto con una poca gratificación por parte del enfermo que recibe los cuidados (Espín, 2011).

El envejecimiento y la dependencia, comportan problemas económicos complejos, pero además conllevan la búsqueda de recursos adecuados y necesarios para proteger socialmente al colectivo involucrado en la enfermedad (Hernández y Gutiérrez, 2011).

1.3.4. Tipos de tratamientos.

A día de hoy, no existe un tratamiento específico para la cura de la enfermedad de Alzheimer. Aun así, existen dos tipos de tratamientos que tienen como finalidad paliar los síntomas y enlentecer su progresión. La elección del tratamiento dependerá de las características del paciente, así como del estadio y manifestaciones de la enfermedad (Alberca y López-Pousa, 2002).

- **Tratamiento farmacológico.**

Consiste en la ingesta de sustancias químicas que controlan los síntomas emocionales y el comportamiento del enfermo, además del deterioro cognitivo, la pérdida de memoria, etc. El grupo de fármacos utilizados en este tipo de tratamiento son los inhibidores de la acetilcolinesterasa, cuya actuación evita la degradación de la acetilcolina que interviene en la sinapsis cortical y la neurotransmisión colinérgica. Este tipo de fármacos tienen como finalidad mejorar los síntomas cognitivos de la enfermedad. Se emplean mayoritariamente en fases leves y moderadas. Algunos ejemplos de estos fármacos son la rivastigmina, galantamina y el donepezilo (Hogan, Bailey et al., 2008).

Para fases moderadas y severas, se utilizan otros fármacos como la memantina. Ésta, actúa sobre los niveles de glutamato, como antagonistas, con el objetivo de reducir los daños producidos por la EA, sobretodo la disfunción neuronal y la muerte celular. Hay que tener en cuenta la existencia de otros síntomas conductuales y psicológicos para los cuales se suelen emplear fármacos antipsicóticos o antidepresivos. Además, es relevante conocer los posibles efectos adversos que pueden producir los fármacos mencionados anteriormente (Hort, O'Brien et al., 2010).

➔ **Tratamiento no farmacológico.**

Son intervenciones cuyo objetivo es aliviar los síntomas, y mejorar la calidad de vida de los enfermemos de Alzheimer y de sus familiares. Se ha demostrado su efectividad con respecto a los síntomas conductuales que se encuentran en la etapa media o posterior de la enfermedad (Canu, Sarasso, Filippi y Agosta, 2018).

Este tipo de terapias se muestra como una alternativa eficaz a los tratamientos farmacológicos ya que, al alcanzar el máximo de la efectividad de los mismos, se necesitan nuevas opciones para paliar los síntomas que aún se mantienen presentes en la patología. Sin embargo, la combinación de ambos, es el marco idóneo para el tratamiento de las demencias (Wübbeler, René et al., 2015).

Además de aportar numerosos beneficios conductuales, emocionales y en las diversas actividades cognitivas, este tipo de tratamiento proporciona bienestar y una mejora de la calidad de vida tanto para el enfermo, como para las personas de su alrededor. También, es importante mencionar la ayuda que proporciona a los familiares y a los cuidadores principales, esenciales en el día a día del paciente (Olazarán, Reisberg et al., 2010).

Existen una serie de recomendaciones para este tratamiento, la más significativa es la estimulación cognitiva y afectiva del enfermo, mediante el empleo de técnicas como las mencionadas a continuación (Hernández y Gutiérrez, 2011): **Entrenamiento de memoria** (Adivinanzas o refranes), **Técnicas de orientación**, **Musicoterapia**, **Reminiscencias, Laborterapia y Gerontogimnasia.**

2. OBJETIVOS

Los objetivos que se plantean para este estudio van dirigidos fundamentalmente a dar respuestas a las necesidades encontradas en las comparaciones de los dos pacientes de EA.

❑ OBJETIVOS GENERALES

- Realizar una comparación entre dos perfiles neuropsicológicos de dos pacientes diagnosticados de con demencia tipo Alzheimer en fase leve y,
- Diseñar un programa de intervención adecuado a sus características, para valorar cualitativamente los efectos de dicho programa en cada paciente.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar las áreas y funciones cognitivas que nos permita comparar los perfiles neuropsicológicos de las pacientes.

- Estimular las áreas cognitivas y funciones ejecutivas para enlentecer el avance de la enfermedad, potenciando las que se mantienen preservadas.

- Impulsar el uso de estrategias y herramientas de aprendizaje para su posterior uso en otros contextos, como por ejemplo su domicilio particular.

- Mejorar la calidad de vida de las dos pacientes y generar emociones positivas, que ralentizan el avance a fases superiores de la enfermedad.

3. MÉTODO

3.1. Participantes

Las pacientes escogidas para participar en este estudio pertenecen al Complejo Alzheimer "José Bueno" y Centro de Día, que a su vez forma parte de la Asociación Amigos de Alzheimer en la provincia de Almería. Es una organización sin ánimo de lucro que tiene como finalidad ayudar a enfermos de EA y a sus familiares.

M.S.L

M.S.L es una mujer con 75 años de edad nacida en Villalba de los Barros (Badajoz), tiene tres hijos y una hija, además de varios nietos. Actualmente es viuda y vive con su hija en el municipio de Viator (Almería), este traslado de domicilio fue debido a la soledad que sentía tras la muerte de su marido, añadiendo una serie de problemas de memoria, desorientación y cambios de carácter, descritos por su hija. Como antecedentes personales, es interesante añadir que sufre hipotiroidismo, diabetes, HTA y temblor esencial. Fue profesora de costura y ama de casa, además de terminar los estudios básicos de la época. Entre sus aficiones se encuentran pasear, dibujar, pintar, bailar y coser, muchas de ellas las realiza frecuentemente en el centro donde se encuentra.

E.O.Z

E.O.Z. es una mujer de 80 años de edad nacida en Laroles (Granada), tiene un hijo y dos hijas, y también varios nietos. A día de hoy, es viuda y vive con su hija mayor en el municipio de La Cañada de San Urbano (Almería), el traslado de domicilio se produjo por decisión propia tras la muerte de su marido, ya que se encontraba apática y quería pasar tiempo con sus nietos. Tras la decisión que tomaron sus hijos del traslado al domicilio de su hija mayor,

ésta pudo comprobar una serie de pérdidas de memoria y desorientación en lugares públicos que le llevó a pedir una valoración médica. E.O.Z. trabajó en una fábrica de bombillas, además de ser ama de casa. Terminó los estudios básicos de la época, aunque siempre quiso estudiar más las circunstancias de la época no se lo permitieron. Entre sus aficiones se encuentra la lectura, la escritura, bailar y cantar, las cuales realiza diariamente tanto en el centro como en su domicilio.

Ambas pacientes acudieron al complejo con un con un diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer en fase leve. Tras la evaluación pertinente realizada por la psicóloga, fueron trasladadas a la misma, adecuada a sus características. Allí, realizan semanalmente una serie de actividades que tienen que ver fundamentalmente con la orientación, la memoria, las gnosias, el cálculo y el lenguaje.

3.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación neuropsicológica, nos van a permitir conocer las características de ambas pacientes y las alteraciones más relevantes que se producen en la fase leve de la enfermedad. Además, las puntuaciones obtenidas en las pruebas darán lugar a la comparación y la elaboración de un programa de intervención individualizado.

En primer lugar, se administró el **Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)** de Lobo (1979). Se trata de una de las pruebas de cribado más utilizadas para conocer el deterioro cognitivo, su aplicación es relativamente sencilla y rápida, siendo su objetivo la detección de déficits o alteraciones específicas de determinadas funciones cognitivas. Está compuesta por 35 ítems agrupados en seis áreas: Orientación temporal y espacial (diez ítems), fijación o memoria inmediata (un ítem), concentración/atención y cálculo (dos ítems), memoria (un ítem) y lenguaje y construcción (once ítems). La puntuación máxima es 35, por lo que cada pregunta tiene el valor de un punto.

Tabla 1. Rango de puntuaciones del MEC.

ALFABETIZADOS	NO ALFABETIZADOS	MALA VISIÓN
< 28 Deterioro leve	< 18 Deterioro leve	< 27 Deterioro leve
21-15 Deterioro moderado	10-15 Deterioro moderado	20-15 Deterioro moderado
0-15 Deterioro grave	0-10 Deterioro grave	0-15 Deterioro grave

En segundo lugar, se administró el Examen Cognitivo **CAMCOG-R**, que constituye una subescala cognitiva de la batería breve-intermedia CAMDEX-R. Consiste en una prueba de exploración que tiene la finalidad de valorar posibles trastornos mentales en la vejez. Esta subescala consta de 60 elementos asociados a determinados ámbitos neuropsicológicos: Orientación, lenguaje, memoria, atención/concentración, comprensión lectora, praxis, percepción táctil y visual, cálculo, pensamiento abstracto y curso del tiempo. Esta prueba ha sido utilizada en varios estudios de demencias, debido a su sensibilidad para la detección de los estados leves de ésta. La puntuación final máxima que se puede obtener es de 105 puntos (P= 69/70 para sujetos normales), dividiéndose en 8 áreas con puntuaciones específicas para cada una de ellas (Domínguez, 2013).

En tercer lugar, se procedió a administrar el **EUROTEST**. Se trata de un test cognitivo breve basado en la evaluación del conocimiento y la habilidad en el manejo de las monedas legales (Euros), además del recuerdo de las monedas que ha manipulado el sujeto previamente. El EUROTEST tiene la ventaja de haber sido diseñado especialmente para la evaluación de sujetos analfabetos o con bajo nivel educativo, ya que independientemente del nivel de escolaridad, los sujetos son capaces de manejar el dinero sin inconvenientes en la vida diaria. La puntuación máxima es de 35 puntos, tiene una fácil aplicación y corrección, y es una prueba breve (8 minutos aproximadamente). Si la puntuación obtenida es 23 o menos, indica deterioro cognitivo. Su contenido consta de tres partes independientes que evalúan el conocimiento de monedas y billetes, la capacidad de resolución de problemas y el recuerdo. Existiendo una tarea de distracción que se intercala entre la segunda y última parte. La forma de corregir es sencilla, la puntuación máxima es 35 puntos. Consta de tres partes que se reparten de manera independiente junto con una tarea de distracción (Iturra-Mena, 2007).

En cuarto lugar, se administró el **FAS** Word Fluency (o Controlled Oral Word Association-COWA). Consiste en una subprueba de la batería de evaluación para las afasias, examinando la fluidez verbal ante una serie de consignas fonológicas. Esta tarea consiste en generar el mayor número posible de palabras que empiecen por las letras F, A y S respectivamente, durante un minuto de tiempo. Existen una serie de reglas que el sujeto debe tener en cuenta, como por ejemplo la prohibición de nombres propios, números o palabras derivadas. La puntuación se obtiene de la suma de las palabras producidas en cada una de las letras (F + A + S). La otra parte de la tarea consiste en una prueba de fluencia semántica (categorías), el sujeto debe generar todos los nombres posibles pertenecientes a la categoría

que se le aplique (cocina, animales o países). Al inicio de la prueba, se intenta que el sujeto evoque palabras de alguna categoría y se le explica que el plural de las palabras no suma puntuación (Alamo, Mir, Olivares, Barroso y Nieto, 1999).

En quinto lugar, se procedió a la administración del **Test de Poppelreuter.** Se trata de una prueba de interferencia y reconocimiento visual complejo debido a la presencia de distractores. El material estimular contiene un elemento completo interferido por otros dibujos superpuestos que lo hacen menos reconocible. Este tipo de prueba es una de las más utilizadas para evaluar signos de agnosia visual, ya que requiere el análisis por parte del sujeto de la relación entre el fondo y la figura. Está formado por 2 láminas que contienen imágenes superpuestas, cada una de ellas contiene 5 dibujos, por lo que en total hay 10 (Ortega, Alegret, Espinosa, Ibarra, Cañabate y Boada, 2014).

En sexto y último lugar, se administró **NEUROBEL.** Consiste en una batería breve de lenguaje en adultos que permite realizar una valoración de los procesos básicos de producción y comprensión del lenguaje. Este protocolo de evaluación, consta de 8 tareas que tratan de analizar si el funcionamiento del lenguaje oral es correcto, siempre desde el modelo teórico propuesto por la neuropsicología cognitiva. Las tareas que forman parte de la batería son: 1. Discriminación de fonemas (igual o diferente), 2. Decisión léxica (palabra real o inventada), 3. Emparejamiento palabra-dibujo, 4. Comprensión de oraciones, 5. Repetición de palabras, 6. Denominación de dibujos, 7. Denominación de acciones y 8. Producción de oraciones (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015).

3.3. Procedimiento

Una vez que se seleccionaron las dos pacientes y se obtuvo su consentimiento, se procedió a realizar el protocolo de evaluación neuropsicológica para posteriormente, establecer y comparar los datos propios de cada ámbito evaluado, para su posterior uso en la realización de la propuesta de intervención.

La evaluación se realizó en el Complejo Alzheimer “José Bueno” al que acuden diariamente las dos pacientes, en una sala cedida por la psicóloga del centro, sin ruido ni interrupciones y con una duración de seis días, además del tiempo que se estipula para cada uno de los test. A continuación, se exponen las pruebas que se aplicaron en la fase de evaluación a cada una de las pacientes:

Tabla 2. Pruebas aplicadas en la evaluación.

DÍAS DE LA SEMANA	EVALUACIÓN
DÍA 1	Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo.
DÍA 2	Examen Cognitivo CAMCOG-R.
DÍA 3	EUROTEST.
DÍA 4	FAS Word Fluency (o Controlled Oral Word Association-COWA).
DÍA 5	NEUROBEL.
DÍA 6	Test de Poppelreuter.

Tras la fase de evaluación, cuyos resultados pasaremos a continuación a comentar, se procedió a la siguiente fase, que consistió en diseñar una propuesta de intervención que más adelante detallaremos.

4. RESULTADOS

Tras la administración del protocolo de evaluación neuropsicológica, se obtuvieron una serie de puntuaciones para las diferentes áreas cognitivas medidas a través del mismo. A continuación, se describen mediante una serie de tablas:

Tabla 3. Puntuaciones obtenidas en el MEC.

PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA M.S.L	PUNTUACIÓN OBTENIDA E.O.Z	RESULTADOS
< 28/35	**22/35**	**27/35**	La puntuación en M.S.L indica deterioro cognitivo leve. La puntuación en E.O.Z indica deterioro cognitivo leve.
Orientación: 10	**Orientación:** 5	**Orientación:** 7	
Fijación: 3	**Fijación:** 3	**Fijación:** 3	
Concentración y cálculo: 8	**Concentración y cálculo:** 3	**Concentración y cálculo:** 7	
Memoria: 3	**Memoria:** 0	**Memoria:** 0	
Lenguaje y construcción: 11	**Lenguaje y construcción:** 11	**Lenguaje y construcción:** 10	

Tabla 4. Puntuaciones obtenidas en el CAMCOG-R.

PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA M.S.L	PUNTUACIÓN OBTENIDA E.O.Z	RESULTADOS
69-70/133	**56/133**	**76/133**	La puntuación en M.S.L indica deterioro en diferentes áreas cognitivas. La puntuación en E.O.Z indica normalidad en la mayoría de las áreas cognitivas.
Orientación: 10	**Orientación:** 5	**Orientación:** 8	
Lenguaje: 30	**Lenguaje:** 20	**Lenguaje:** 25	
Memoria: 27	**Memoria:** 5	**Memoria:** 12	
Atención/cálculo: 9	**Atención/cálculo:** 2	**Atención/cálculo:** 6	
Praxis: 12	**Praxis:** 10	**Praxis:** 10	
Pensamiento abstracto: 8	**Pensamiento abstracto:** 3	**Pensamiento abstracto:** 3	
Percepción: 9	**Percepción:** 3	**Percepción:** 2	
Función ejecutiva: 28	**Función ejecutiva:** 8	**Función ejecutiva:** 10	

Tabla 5. Puntuaciones obtenidas en el Eurotest.

PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA M.S.L	PUNTUACIÓN OBTENIDA E.O.Z	RESULTADOS
< 23/35	**9/35**	**14/35**	La puntuación en M.S.L indica deterioro cognitivo leve. La puntuación en E.O.Z indica deterioro cognitivo leve.
Capacidad de abstracción: 15	**Capacidad de abstracción:** 7	**Capacidad de abstracción:** 6	
Cálculo: 10	**Cálculo:** 2	**Cálculo:** 4	
Memoria: 10	**Memoria:** 0	**Memoria:** 4	

Tabla 6. Puntuaciones obtenidas en NEUROBEL.

PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA M.S.L	PUNTUACIÓN OBTENIDA E.O.Z	RESULTADOS
108/148	**95/148**	**123/148**	
Discriminación de fonemas: 24	**Discriminación de fonemas:** 18	**Discriminación de fonemas:** 22	

Decisión léxica auditiva: 24	**Decisión léxica auditiva:** 20	**Decisión léxica auditiva:** 21	La puntuación en M.S.L indica un deterioro en el lenguaje compatible con demencia tipo EA. La puntuación en E.O.Z no indica deterioro en la función del lenguaje a pesar de la presencia de demencia tipo EA.
Emparejamiento palabra hablada-dibujo: 16	**Emparejamiento palabra hablada-dibujo:** 13	**Emparejamiento palabra hablada-dibujo:** 15	
Comprensión de oraciones: 12	**Comprensión de oraciones:** 9	**Comprensión de oraciones:** 12	
Repetición: 24	**Repetición:** 16	**Repetición:** 18	
Denominación de dibujos: 24	**Denominación de dibujos:** 11	**Denominación de dibujos:** 15	
Denominación de acciones: 12	**Denominación de acciones:** 6	**Denominación de acciones:** 10	
Completar oraciones: 12	**Completar oraciones:** 2	**Completar oraciones:** 10	

Con respecto a los resultados obtenidos en el FAS, dado que no existen baremos con población española de Alzheimer, hemos comparado los datos de ambas pacientes con el estudio de Goñi, López-Goñi, Granados-Rodríguez y González-Jiménez (2015). Además, no existe baremo para la categoría de "países", pero utilizaremos como referencia la categoría "alimentos" presentada en el estudio mencionado anteriormente.

Tabla 7. Puntuaciones obtenidas en el FAS.

PUNTO DE CORTE (G.C)	PUNTUACIÓN OBTENIDA M.S.L	PUNTUACIÓN OBTENIDA E.O.Z	RESULTADOS
FAS: - F (8) - A (8.8) - S (8.9) **CATEGORÍAS:** - Cosas de cocina (17.2) - Animales (13.9) - Alimentos (15.7)	**FAS:** - F **(5)** - A **(7)** - S **(8)** **CATEGORÍAS:** - Cosas de cocina **(11)** - Animales **(5)** - Países **(2)**	**FAS:** - F **(11)** - A **(9)** - S **(9)** **CATEGORÍAS:** - Cosas de cocina **(17)** - Animales **(9)** - Países **(3)**	La puntuación en M.S.L indica deterioro en la fluidez verbal. La puntuación indica normalidad en la fluidez verbal.

Tabla 8. Puntuaciones obtenidas en el Test de Poppelreuter.

PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN M.S.L	PUNTUACIÓN E.O.Z	RESULTADOS
8/10	**4/10**	**5/10**	La puntuación indica en M.S.L una alteración de la percepción visual. La puntuación indica en E.O.Z una alteración de la percepción visual.

5. DISCUSIÓN

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a interpretarlos cualitativamente en términos de procesos cognitivos.

Comenzaremos con los procesos de memoria. Los test que la evalúan son el Eurotest, el MEC de Lobo y el CAMCOG-R. Según los resultados de los diferentes test, ambas pacientes presentan un deterioro considerable en la memoria, siendo especialmente significativo que M.S llegue a obtener en dos de las tres pruebas, una puntuación de 0. Por otro lado, E.O preserva en mayor medida esta función si la comparamos con M.S, aun así, es destacable su puntuación obtenida en el MEC de Lobo (0). Ambas pacientes presentan deterioro en la memoria a corto y largo plazo, no siendo capaz de recordar varias palabras o cantidades tras una tarea de distracción. Sin embargo, son capaces de rememorar eventos de su pasado con muchos detalles, incluso aspectos de su infancia y de sus familiares, así como, sucesos ocurridos a lo largo de su vida que han sido significativos en la historia de nuestro país.

Con respecto al lenguaje, los test que lo evalúan son el MEC de Lobo, el CAMCOG-R y NEUROBEL. Según los resultados de los diferentes test, encontramos una buena preservación en el ámbito del lenguaje. Aun así, hay que destacar que M.S se encuentra de manera leve, mayormente alterada con respecto a E.O. La primera, encuentra dificultades en la denominación, la repetición de palabras, la decisión léxica y en cumplimentar oraciones, mientras que la segunda sólo presenta alguna deficiencia en repetición y denominación de palabras y a pesar de ello, se encuentra dentro de la normalidad. Los problemas de denominación se encuentran asociados a un déficit en la memoria semántica, junto con los procesos de evocación, selección, recuperación y producción. Estos impedimentos, se constituyen en etapas tempranas de la enfermedad y por lo tanto, es normal que aparezcan en ambas pacientes que se encuentran en la fase leve de la misma.

La fluidez verbal la medimos a través del FAS Word Fluency. A pesar de no existir un baremo específico para la población española con EA, hemos podido comparar los datos de las pacientes con sujetos de grupo control. A partir de aquí, comprobamos que M.S presenta limitaciones en la fluidez verbal ya que tanto en las subcategorías de la fluencia semántica como en las de fluencia fonética, encontramos una menor producción en el número de palabras. Por otro lado, E.O tiene una adecuada fluidez verbal, siendo relevante mencionar que, a pesar de tener una mayor producción de palabras tanto en la fluencia semántica como en la fonética, se puede observar que en la subcategoría de animales obtiene una puntuación menor al grupo control. Además, la comparación que ha tenido que realizarse entre la categoría "países" y "alimentos" no es demasiado precisa, ya que ambas obtienen una puntuación bastante baja en "países" debido seguramente, a un nivel bajo de estudios, y no es posible saber si obtienen una puntuación normativa confrontando ambas categorías que se diferencian en nivel de complejidad.

Proseguimos con los procesos de cálculo. Los test que lo evalúan son el EUROTEST, el MEC de Lobo y el CAMCOG-R. Observando las diferentes puntuaciones, ambas pacientes presentan dificultades a la hora de manejar el cambio de dinero, encontrando puntuaciones considerablemente bajas en el EUROTEST. Es comprensible encontrarnos con este resultado, ya que esta habilidad es una de las primeras en verse afectadas cuando aparece el inicio de la enfermedad. A pesar de ello, podemos ver que M.S presenta serias dificultades a la hora de realizar operaciones matemáticas, haciendo prácticamente imposible que sea capaz de contar hacia atrás o restar un número a partir de otro. Por otro lado, E.O. es capaz de realizar correctamente todo lo relacionado con las operaciones matemáticas, mostrando solamente dificultad en la habilidad para manejar el dinero.

Finalmente, interpretamos los procesos relacionados con las gnosias, siendo el test que las evalúa es el Test de Poppelreuter. A partir de esto, encontramos que ambas pacientes presentan una alteración visual-perceptiva, ya que encuentran un menor número de objetos que los estipulados en el punto de corte. Esto se asocia con el deterioro de la memoria y el lenguaje, que con el progreso de la enfermedad da lugar a lo que se denomina agnosia. Ambas pacientes no presentan dificultades de visión, produciéndose este fenómeno por la alteración existente en la conexión que existe entre aquello que percibe con la información almacenada en el cerebro.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Tras la obtención y la interpretación de los resultados en base a los diferentes ámbitos y procesos cognitivos, se elabora una propuesta de intervención individualizada para cada una de las pacientes en función de las áreas mayormente alteradas, y la preservación de las áreas mantenidas.

6.1. Metodología

Para llevar a cabo la intervención, previamente, se contactará con la directora del centro para informarle acerca de la intervención y los múltiples beneficios que conlleva. Si se consigue la aprobación de ésta, se realizará una reunión para que los profesionales del centro estén al día de las instrucciones que hay que llevar a cabo, pidiendo su colaboración e informando a los usuarios y sus correspondientes familiares.

6.1.1. Participantes

Las participantes del programa de intervención serán las mismas a las que se le ha aplicado inicialmente, el protocolo de evaluación neuropsicológica. Se llevará a cabo en el "Complejo Alzheimer José Bueno" y Centro de Día, en el municipio de La Cañada de San Urbano (Almería). Las dos usuarias se encuentran en la misma etapa de la enfermedad, la fase leve o inicial, sin embargo, presentan diferencias significativas que delimitan la actuación en unas u otras áreas cognitivas.

6.1.2. Temporalización

La intervención tendrá lugar durante los meses de marzo, abril y mayo (13 semanas). Las actividades se realizarán 5 días a la semana (de lunes a viernes), llevándose a cabo 5 de ellas en cada uno de los días, además todas, tendrán una duración de 30 minutos. Se podrán proponer adaptaciones en el caso de que alguna de las pacientes no pudiera llevar a cabo alguna actividad.

6.1.3. Procedimiento

La intervención se realizará en base a una serie de talleres que tienen la finalidad de estimular cognitivamente a las pacientes. Así, las actividades están agrupadas en 5 bloques: Orientación, Lenguaje, Razonamiento aritmético, Memoria y Gnosias.

Tras la finalización de cada actividad, se cumplimentará un cuestionario/valoración para conocer la evolución de las dos pacientes a través de la intervención. En éste, se recogerá

el nivel de participación de cada paciente, el nivel de dificultad presentado a la hora de realizar la actividad, y el nivel de satisfacción que expresan al finalizarlas.

6.2 Actividades planteadas.

BLOQUE 1: ORIENTACIÓN / HORARIO: 9:00 A 9:30H

- **ACTIVIDAD 1: ¿QUÉ HORA ES?**

Consiste en marcar en cada uno de los relojes, las horas que indique en la frase que se encuentra en la parte superior de cada uno. Se realizará los lunes y el material consistirá en hojas de papel con dibujos de relojes y un lápiz.

- **ACTIVIDAD 2: MI FAMILIA Y YO**

Consiste en elaborar un diario sobre la familia, en él describirán a sus familiares, su lugar de nacimiento, hechos relevantes de su vida, etc. Se pedirán a los familiares previamente, las fotografías y el consentimiento para su uso. Tendrá lugar los martes, utilizándose materiales como un cuaderno, fotografías, pegamento, rotuladores y bolígrafos.

- **ACTIVIDAD 3: ¿QUÉ HAY POR AQUÍ?**

Consiste en rodear con un círculo la imagen correcta en base a la pregunta que se formula sobre el sitio que es adecuado para el objeto en cuestión. Se realizará los miércoles y el material consistirá en hojas de papel con las imágenes y un lápiz o lápices de colores.

- **ACTIVIDAD 4: CADA UNO CON SU PROFESIÓN**

Consiste en escribir el nombre del profesional que está realizando su trabajo. Se llevará a cabo los jueves, utilizando como materiales una hoja de papel con los dibujos de profesionales y sus nombres, además de un lápiz.

- **ACTIVIDAD 5: COLOR PARA LA ESTACIÓN**

Consiste en colorear los animales u objetos que pertenezcan a la estación de la primavera (o la estación en la que nos encontremos). Se realizará los viernes y el material consistirá en hojas de papel con los dibujos y ceras de colores.

ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA DE ORIENTACIÓN
Consiste en realizar una serie de ejercicios de orientación temporal previamente a la actividad que corresponda en el día y la hora, cada vez que se realice una de las actividades del bloque de orientación. Se dividirá a su vez, en tres apartados: 1. Rodear el día de la semana en el que se encuentre en el momento en el que se realiza la actividad. 2. Rodear el mes del año en el que nos encontramos actualmente. 3. Rodear el año en el que nos encontramos en la actualidad.

BLOQUE 2: LENGUAJE / HORARIO: 9:30 A 10H

- **ACTIVIDAD 1: ¿QUÉ COSITA ES?**

NIVEL 1 (M.S): Formado por cinco descripciones de nivel bajo. La paciente tiene que responder con la palabra que corresponda a la descripción que se le realiza.

NIVEL 2 (E.O): Formado por ocho descripciones de nivel medio-alto. La paciente tiene que responder con la palabra que corresponda a la descripción que se le realiza.

Tendrá lugar los lunes, utilizando materiales como hojas de papel con las descripciones y las soluciones que corresponden a cada una, bolígrafo y fichas de color verde.

- **ACTIVIDAD 2: ¡VAMOS A COMPRAR!**

NIVEL 1 (M.S): Formado por 5 fotografías simples, consiste en escribir el establecimiento donde compraría cada uno de los objetos/alimentos. Tiene como ayuda el nombre de cada uno de ellos.

NIVEL 2 (E.O): Formado por 5 fotografías de mayor complejidad, la paciente tiene que escribir el establecimiento donde compraría cada uno de los objetos/alimentos. En este nivel, no existe ayuda.

Se llevará a cabo los martes, como materiales se utilizarán hojas de papel con diferentes fotografías de objetos y alimentos, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 3: HISTORIAS PARA COMPRENDER**

NIVEL 1 (M.S): Consta de un texto de complejidad baja con 4 cuestiones a realizar.

NIVEL 2 (E.O): Consta de un texto de complejidad media- alta con 5 cuestiones a realizar.

Tendrá lugar los miércoles, utilizando materiales como una hoja de papel con un texto y preguntas sobre el mismo, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 4: VIÑETA EN BLANCO**

NIVEL 1 (M.S): Consta de una viñeta con ilustraciones simples, debiendo completar la historia de forma coherente.

NIVEL 2 (E.O): Consta de una viñeta con ilustraciones abstractas, debiendo completar la historia de forma coherente.

Se llevará a cabo los jueves, utilizándose materiales como una hoja de papel con viñetas e ilustraciones, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 5: ¿CUÁL ES MI NOMBRE?**

NIVEL 1 (M.S): Consta de fotografías de diferentes objetos en los que tendrá que escribir el nombre de cada uno de ellos.

NIVEL 2 (E.O): Consta de dibujos de diferentes objetos en los que tendrá que escribir el nombre de cada uno de ellos.

Tendrá lugar los viernes, utilizando materiales como una hoja de papel con fotografías/dibujos de diferentes objetos, lápiz y goma.

BLOQUE 3: RAZONAMIENTO ARITMÉTICO / HORARIO: 10:00 A 10:30H

- **ACTIVIDAD 1: COLORES EN SERIE**

NIVEL 1 (M.S): Deben colorear la figura en blanco formando la serie correcta (5 filas).

NIVEL 2 (E.O): Deben colorear la figura en blanco formando la serie correcta (6 filas).

Se llevará a cabo los lunes, utilizando como materiales una hoja de papel con series de figuras, lápices de colores y goma.

- **ACTIVIDAD 2: DINERO Y VALOR**

NIVEL 1 (M.S): Consiste en ordenar primeramente de menor a mayor los billetes y posteriormente, contestar 3 cuestiones.

NIVEL 2 (E.O): Consiste en ordenar primeramente de mayor a menor los billetes y posteriormente, contestar 4 cuestiones.

Tendrá lugar los martes, utilizándose materiales como una hoja de papel, billetes individuales en papel, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 3: CAPACIDAD Y COLOR**

NIVEL 1 (M.S): Consiste en colorear en cada vaso la cantidad que se indica en las instrucciones, además de responder una cuestión sobre la capacidad de los mismos.

NIVEL 2 (E.O): Consiste en colorear en cada vaso la cantidad que se indica en las instrucciones, respondiendo 3 cuestiones sobre capacidades y tamaños.

Se llevará a cabo los miércoles, utilizando como materiales una hoja de papel, lápices de colores, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 4: PEQUEÑO, MEDIANO Y GRANDE**

NIVEL 1 (M.S): Consiste en relacionar el dibujo con el nº que le representa, con su tamaño correspondiente situado en la columna derecha. Formado por 4 secuencias de dibujos.

NIVEL 2 (E.O): Consiste en relacionar el dibujo con el nº que le representa, con su tamaño correspondiente situado en la columna derecha. Formado por 6 secuencias de dibujos.

Tendrá lugar los jueves, utilizándose como materiales una hoja de papel, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 5: DINERO EN CÉNTIMOS**

NIVEL 1 (M.S): Consiste en colorear de azul las monedas de menos valor y de rojo las monedas de más valor, teniendo como ayuda una tabla con información.

NIVEL 2 (E.O): Consiste en colorear de azul las monedas de menos valor y de rojo las de mayor, teniendo como ayuda una tabla con información. En este nivel tendrá que clasificar las monedas según su tamaño, pequeño o grande.

Tendrá lugar los viernes, utilizándose materiales como una hoja de papel con dibujos de monedas, lápices de colores, lápiz y goma.

BLOQUE 4: MEMORIA / HORARIO: 11 A 11:30H

- **ACTIVIDAD 1: FIGURAS OCULTAS**

NIVEL 1 (M.S): Se mostrará cada figura durante 20 sg. Después, deberá dibujar lo que ha visto en el recuadro que indican las instrucciones. Compuesto por figuras simples.

NIVEL 2 (E.O): Se mostrará cada figura durante 15 sg. Después, dibujará lo visto en el recuadro que indican las instrucciones. Compuesto por figuras de mayor complejidad.

Se llevará a cabo los lunes, utilizando materiales como cartulinas con diferentes figuras, hoja de papel, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 2: ¡A COMER!**

NIVEL 1 (M.S): Se le dará a elegir entre dos opciones para un primer plato, y otras dos para un postre. Se comentarán sus elecciones, pidiéndole que las recuerde para responder una serie de cuestiones.

NIVEL 2 (E.O): Se le dará a elegir entre dos opciones para un primer plato, para un segundo plato y para un postre. Se comentará con la paciente sus elecciones y se le pedirá que las recuerde para responder una serie de cuestiones.

Tendrá lugar los martes, los materiales serán: hoja de papel con comidas, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 3: CARAS Y HECHOS**

NIVEL 1 (M.S): Se le presentarán 3 rostros con sus respectivos nombres. Además, se le pedirá que recuerden esos rostros y sus nombres para contestar una serie de cuestiones.

NIVEL 2 (E.O): Se le presentarán 4 rostros con sus respectivos nombres. Además, se le pedirá que recuerden esos rostros y sus nombres para contestar una serie de cuestiones.

Se llevará a cabo los miércoles, utilizando materiales como una hoja de papel con diferentes rostros, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 4: REALIDAD VIRTUAL**

NIVEL 1 (M.S): En esta actividad la paciente utilizará unas gafas de realidad virtual para visualizar una escena simple. Posteriormente, tendrá que describir con el máximo detalle posible lo que ha visualizado.

NIVEL 2 (E.O): La paciente utilizará unas gafas de realidad virtual para visualizar una escena con diferentes elementos (más compleja). Posteriormente, tendrá que describir con el máximo detalle posible lo que ha visualizado.

Tendrá lugar los jueves, utilizándose materiales como unas gafas de realidad virtual, hoja de papel, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 5: PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

NIVEL 1 (M.S): Este nivel está formado por 7 preguntas. La paciente tendrá que responder verbalmente a cada una de ellas.

NIVEL 2 (E.O): Este nivel está formado por 11 preguntas. La paciente tendrá que responder verbalmente a cada una de ellas.

Se llevará a cabo los viernes, y como material sólo se utilizará una hoja de papel.

BLOQUE 5: GNOSIAS / HORARIO: 11:30 A 12H

- **ACTIVIDAD 1: OBJETOS Y FIGURAS**

Consiste en identificar los 5 objetos que se encuentran superpuestos en la figura completa. Además, tiene que escribir sus nombres en el recuadro correspondiente, y explicar para qué se utiliza cada uno de ellos. Tendrá lugar los lunes, utilizándose como materiales una hoja de papel con figuras superpuestas, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 2: ¡EMOCIÓN!**

Consiste en rodear la fotografía que exprese la emoción que indica la frase, asociándola con el color que indique la misma. Se llevará a cabo los martes y los materiales serán: hoja de papel con fotografías de personas mostrando un estado emocional, lápices de colores y goma.

- **ACTIVIDAD 3: FIGURAS ESCONDIDAS**

Deben identificar y escribir los nombres que corresponden a cada silueta. Tendrá lugar los miércoles y los materiales serán una hoja de papel con figuras en color negro, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 4: ¡PUNTOS PARA UNIR!**

Consiste en copiar la figura de la primera columna uniendo los puntos de los diferentes cuadros. Se llevará a cabo los jueves, utilizando una hoja de papel con las figuras completas e incompletas, lápiz y goma.

- **ACTIVIDAD 5: ¿DÓNDE ESTÁN LAS FRUTAS?**

Consiste en señalar en qué dirección se sitúa la fruta y después, colocar el nombre de la misma en la columna correspondiente. Tendrá lugar los viernes, utilizando materiales como frutas de plástico, hoja de papel con columnas y dibujos de las frutas, lápiz y goma.

- **SALA SNOEZELEN**

En esta sala se realizarán una serie de actividades basadas en la estimulación de los sentidos para incrementar su función y conseguir así una mayor respuesta del paciente, y un mejor conocimiento del medio y de sí mismo (Tabla 9 / Anexo 3).

6.3. Cronograma

En la tabla 10 se muestra el cronograma. Cada día, se hará una actividad de cada bloque, repitiéndose semanalmente hasta completar la intervención (3 meses).

Tabla 10. Horario de las actividades por bloques.

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00 a 9:30	**Bloque 1: Orientación (actividad 1)**	**Bloque 1: Orientación (actividad 2)**	**Bloque 1: Orientación (actividad 3)**	**Bloque 1: Orientación (actividad 4)**	**Bloque 1: Orientación (actividad 5)**
9:30 a 10	**Bloque 2: Lenguaje (actividad 1)**	**Bloque 2: Lenguaje (actividad 2)**	**Bloque 2: Lenguaje (actividad 3)**	**Bloque 2: Lenguaje (actividad 4)**	**Bloque 2: Lenguaje (actividad 5)**
10 a 10:30	**Bloque 3: Razonamiento aritmético (actividad 1)**	**Bloque 3: Razonamiento aritmético (actividad 2)**	**Bloque 3: Razonamiento aritmético (actividad 3)**	**Bloque 3: Razonamiento aritmético (actividad 4)**	**Bloque 3: Razonamiento aritmético (actividad 5)**
10:30 a 11	**Sala Snoezelen**	**Sala Snoezelen**	**Sala Snoezelen**	**Sala Snoezelen**	**Sala Snoezelen**
11 a 11:30	**Bloque 4: Memoria (actividad 1)**	**Bloque 4: Memoria (actividad 2)**	**Bloque 4: Memoria (actividad 3)**	**Bloque 4: Memoria (actividad 4)**	**Bloque 4: Memoria (actividad 5)**
11:30 a 12	**Bloque 5: Gnosias (actividad 1)**	**Bloque 5: Gnosias (actividad 2)**	**Bloque 5: Gnosias (actividad 3)**	**Bloque 5: Gnosias (actividad 4)**	**Bloque 5: Gnosias (actividad 5)**

6.4. Resultados de la intervención

Tras la aplicación de la intervención, esperamos diferentes cambios en ambas pacientes. Por una parte, una mejoría en el estado de ánimo debido a la satisfacción que le evocan las actividades propuestas, pretendiendo ser estímulos novedosos con respecto a las que hacían habitualmente en el centro. Y por otra, y ya en el ámbito de la cognición, con las actividades de orientación, lenguaje, razonamiento aritmético, memoria y gnosias, se espera una significativa mejoría en ambas pacientes según las necesidades de cada una y las funciones que mantenían preservadas.

Es posible que las usuarias presenten dificultades a la hora de realizar alguna de las actividades. No obstante, se adaptará en la medida de lo posible, la actividad en cuestión, para que se pueda finalizar con éxito durante su programación. Posiblemente, al estar en la fase inicial de la enfermedad, recuerden haber hecho las actividades pasado un tiempo desde su realización, quizás no con el mayor detalle posible, pero sí de haberlas ejecutado previamente.

En definitiva, la realización de las múltiples actividades propuestas esperamos que provoque mejoras tanto conductuales como afectivas en ambas pacientes. Aspectos como el estado de ánimo, el bienestar o la relajación serán elementos clave con los que trabajar en la Sala Snoezelen y posteriormente, en el resto de actividades, ya que habrá una predisposición a realizar cualquier bloque por el refuerzo que producirá la misma.

Para finalizar, ambas pacientes serán conscientes de su mejoría y, por tanto, comunicarán a sus familiares el trabajo que están realizando, siendo un aspecto clave el clima de confianza entre paciente-familia y el profesional. Podemos intuir que tras la aplicación de la intervención se conseguirá una mejora de los aspectos cognitivos y emocionales de las pacientes, o al menos, una ralentización del deterioro que presentan siendo un aspecto también importante, debido a que se encuentran en la fase más leve de la enfermedad y debemos evitar que avance rápidamente hasta estadios mayores.

7. CONCLUSIONES

Todo lo anteriormente citado, justifica la importancia de llevar a cabo una intervención que contemple no solo la estimulación cognitiva, sino también la emocional y la sensorial. Sería interesante proponer la implementación de este tipo de programas en todos los Centros de Día, ya que favorecen la mejoría o el enlentecimiento de la enfermedad del Alzheimer, junto con niveles elevados de bienestar y calidad de vida. Es importante destacar que no sólo se ven beneficiados los pacientes, sino también sus familiares y su cuidador principal, en los que recae el mayor peso de la enfermedad.

En el caso de llevar a cabo la propuesta de intervención, y conseguir exitosos resultados, sería conveniente aplicarlo a otros pacientes del centro que tuvieran características similares, o reduciendo el progreso del deterioro que causa la enfermedad en ellos.

Asimismo, destacamos la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial, incluyendo las herramientas de evaluación neuropsicológicas necesarias que detecten la

presencia y la intensidad del deterioro cognitivo. Es adecuado que el diagnóstico de la enfermedad del Alzheimer se construya poco a poco, es decir, comenzar por recopilar la mayor cantidad de datos posibles sobre los problemas del paciente para elaborar una buena historia clínica, por lo que la presencia del cuidador principal será fundamental, ya que será de quién se recopilen datos objetivos y completos. Otro aspecto importante es la exploración clínica y neurológica, incluyendo análisis de sangre y pruebas de neuroimagen (resonancia magnética) para excluir otras causas de demencia y valorar la atrofia cerebral.

Para concluir, la mejora de vida de estos pacientes y de sus familiares es posible gracias a la existencia de diversos recursos sociales. Entre los múltiples existentes, los centros de día son una opción a tener en cuenta. Estos centros ofrecen acogida durante el día favoreciendo su recuperación y el mantenimiento de la autonomía personal y social, siendo además un apoyo fundamental en las familias que se encuentran con un nivel de sobrecarga que les afecta en los diferentes ámbitos de sus vidas, y les alivia de manera temporal. Asimismo, la ayuda que proporcionan los profesionales de la psicología es de vital importancia tanto en el proceso de adaptación y en el enlentecimiento del avance progresivo de la enfermedad de manera adecuada, como en la gestión del progreso individual a través de múltiples opciones dentro del tratamiento no farmacológico. Este apoyo psicológico también es imprescindible para la familia, que han de afrontar y adaptarse a la nueva situación y a los cambios que tendrán lugar durante el proceso, son los encargados de los cuidados de los enfermos y los grandes olvidados, por lo que este apoyo es una buena herramienta para evitar en la medida de los posible, la frustración y el sufrimiento al observar que su ser querido se va deteriorando lenta y progresivamente.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adrián, J., Jorquera, J., & Cuetos, F. (2015). NEUROBEL: Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología,* 35(3), 101-113. doi.org/10.1016/j.rlfa.2014.12.004

Alamo, C. D., Mir, M. L., Olivares, T., Barroso, J., & Nieto, A. (1999). *Efecto de la edad, nivel educativo y estado cognitivo general sobre la fluidez verbal en hispanohablantes. Datos normativos preliminares.* Paper presented at the First International Congress on Neuropsychology in internet.

Alberca Serrano, R, & López-Pousa S. (2006). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Alvarado García, A.M & Salazar Maya, A.M. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento.* Gerokomos.

Arango Lasprilla, J. C., Fernández Guinea, S., & Ardila, A. (2003). *Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento.* Madrid: Manual Moderno.

Arnedo Montoro, M., Bembibre Serrano, J., & Triviño Mosquera, M. (2013). *Neuropsicología a través de casos clínicos*. Madrid: Médica Panamericana.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®).* Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.

Barraza, A. & Castillo, M. (2006). *El Envejecimiento. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar de la Serena, Módulo I Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción.* Universidad Austral de Chile.

Berger, K. (2009). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez.* Madrid: Médica Panamericana.

Canu E, Sarasso E, Filippi M, & Agosta F. (2018). Effects of pharmacological and nonpharmacological treatments on brain functional magnetic resonance imaging in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: a critical review. *Alzheimers Res Ther.* 10(1), 21.

Carretero V, Pérez Muñano C, Sánchez-Valladares Jaramillo V, & Balbás Repila A. (2011). *Guía práctica para familiares que trabajan con enfermos de Alzheimer.* Madrid: Fundación Reina Sofía.

Cerquera Córdoba, A. M. & Quintero Mantilla, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180.

Domínguez, M.E. (2013). Aplicación de la escala CAMCOG en el diagnóstico de demencias: Análisis de casos. *Revista electrónica de Psicología Iztacal.* 16 (2).

Dueñas E., Martínez M.A., Morales B., Muñoz C, Viáfara, A.S., & Herrera J.A. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med. 37*(2) 1-7.

Espín Andrade, A. M. (2009). "Escuela de cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana Salud Pública. 35*(2). 1-14.

Espín Andrade, A. M. (2011). Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *RFS Revista Facultad De Salud*, 3(1), 9-19. doi.org/10.25054/rfs.v3i1.61.

García E. (2009). La dependencia y los mayores. España: Altabán.

Goñi Sarriés A, López-Goñi J.J, Granados-Rodríguez D & González-Jiménez A. (2015). *Edad, escolarización y tareas de Fluencia Verbal para el screening de pacientes con Enfermedad de Alzheimer. Departamento de Psicología y Pedagogía.* España: Universidad Pública de Navarra.

Hernández-Díaz, S. & Garcés de los Fayos, E. J. (2015). Análisis de la producción científica sobre los efectos cognitivos de la actividad física en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte, 4* (1), 73-76.

Hernández Fleta, J. & Gutiérrez León, M. (2011). *Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.* España: Gobierno de Canarias.

Hogan M.D, David B, Bailey M.D, & Peter et al. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 5. *Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. CMAJ. 179*(10):1019-26.

Hort J, O'Brien J.T et al. (2010). *EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. European Journal of Neurology*. 17, 1236-1248.

Iturra-Mena, A. M. (2007). Adaptación y validación preliminar de un test para el screening de demencia en Chile: El Eurotest. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 45*(4), 296-304.

Kales H.C, Gitlin L.N, & Lyketsos C.G. (2015). *Assessment and management of behavioural and psychological symptoms of dementia*. BMJ, 350:h369. United States: Johns Hopkins University.

Lobo, A., Esquerra, J., Gómez Burgada, F., Sala, J.M., & Seva, A. (1979). El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en

pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, *3*, 189-202.

Mesa M.P. (2011). Aproximación diagnóstica a la enfermedad de Alzheimer temprana. ¿De qué hablamos? Aspectos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *46*(1), 33-38.

Nitrini R, & Dozzi Brucki S. (2012). *Demencia: Definición y Clasificación*. *Revista Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, *12*(1), 75-98.

Ochoa, E. F. (1996). *La enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Santillana, S.A.

Olazarán J, Reisberg B. et al. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Traducción de Dement Geriatr Cogn Disord*, *30*, 161- 178.

Ortega G, Alegret M, Espinosa A, Ibarra M, Cañabate P & Boada M. (2014). *Valoración de las funciones viso-perceptivas y viso-espaciales en la práctica forense. Rev Esp Med Legal*, *40*(2), 83-85.

Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias. (2019). *Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social*. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alhzeimer_Octubre_2019.pdf.

Weintraub S, Wicklund A, & Salmon D. (2012). The Neuropsychological Profile of Alzheimer Disease. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 1-12.

Wübbeler M, René T et al. (2015). Nonpharmacological therapies and provision of aids in outpatient dementia networks in Germany: utilization rates and associated factors. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 229-236.

9. ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la demencia. DSM-5
I. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en: ➢ Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y ➢ Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa. II. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos). III. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium. IV. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia). Especificar si debido a: ➢ Subtipo etiológico: enfermedad de Alzheimer, degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, enfermedad de Parkinson…etc. Especificar: ➢ Sin alteración del comportamiento: Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa. ➢ Con alteración del comportamiento (especificar la alteración): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente

significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (p. ej., tareas del hogar, gestión del dinero).
- Moderado: Dificultades con las actividades básicas cotidianas (p. ej., comer, vestirse).
- Grave: Totalmente dependiente.

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association. DSM-5.

ANEXO 2

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer. DSM-5
I. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve. II. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios). III. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue: Para el trastorno neurocognitivo mayor: Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible. 1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas. 2. Aparecen los tres siguientes: a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas). b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas. c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo). Para un trastorno neurocognitivo leve: Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer posible si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares, y aparecen los tres siguientes:

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.
2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
3. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

IV. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association. DSM-5.

ANEXO 3

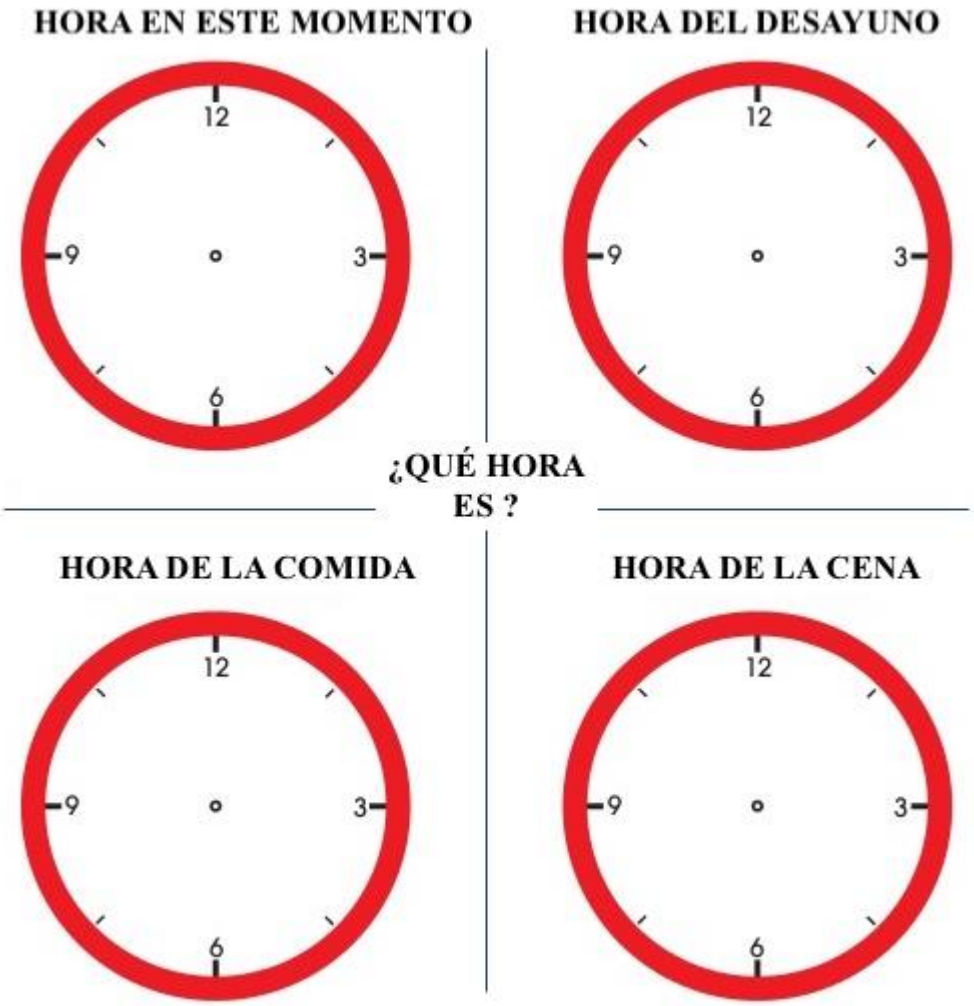
Tabla 9. SALA SNOEZELEN
En esta sala se realizarán una serie de actividades basadas en la estimulación de los sentidos para incrementar su función y conseguir así una mayor respuesta del paciente, y un mejor conocimiento del medio y de sí mismo. A pesar de que no se presenta deterioro a nivel perceptivo-sensorial, es conveniente incorporar esta actividad para prevenir o ralentizar futuros deterioros en este ámbito. Además, es muy recomendable intervenir sobre aspectos sensoriales como reforzamiento, para trabajar la parte emocional, reducir el estrés o conseguir un estado de relajación pleno. Las actividades se llevarán a cabo en una sala blanca, una de las más comunes y utilizadas para este tipo de demencia. Su objetivo principal es alcanzar la relajación y la estimulación sensorial por medio del descubrimiento y la espontaneidad. Se realizarán de lunes a viernes en el horario de 10:30 a 11h, con iguales actividades para ambas pacientes debido a que se encuentran en la misma fase de la enfermedad. Se utilizarán los siguientes materiales: Tubos de burbujas, fibras ópticas, paneles interactivos, cama vibratoria y elementos táctiles y musicales.

ANEXO 4

BLOQUE 1: ORIENTACIÓN

ACTIVIDAD 1: ¿QUÉ HORA ES?

Pon las manecillas del reloj en la hora correspondiente según las frases indicadas en la parte superior del dibujo.



ACTIVIDAD 2: MI FAMILIA Y YO

Elabora un diario acerca de su vida, sus familiares o hechos más relevantes, con ayuda de fotografías y colores para su decoración.

ACTIVIDAD 3: ¿QUÉ HAY POR AQUÍ?

Rodea con un círculo la opción correcta según los dibujos que aparecen en la parte superior.

1. ¿Qué hay en la frutería? Rodea con un círculo la opción correcta.

2. ¿Qué hay en un colegio? Rodea con un círculo la opción correcta.

3. ¿Qué hay en la cocina? Rodea con un círculo la opción correcta.

4. ¿Qué hay en la librería? Rodea con un círculo la opción correcta.

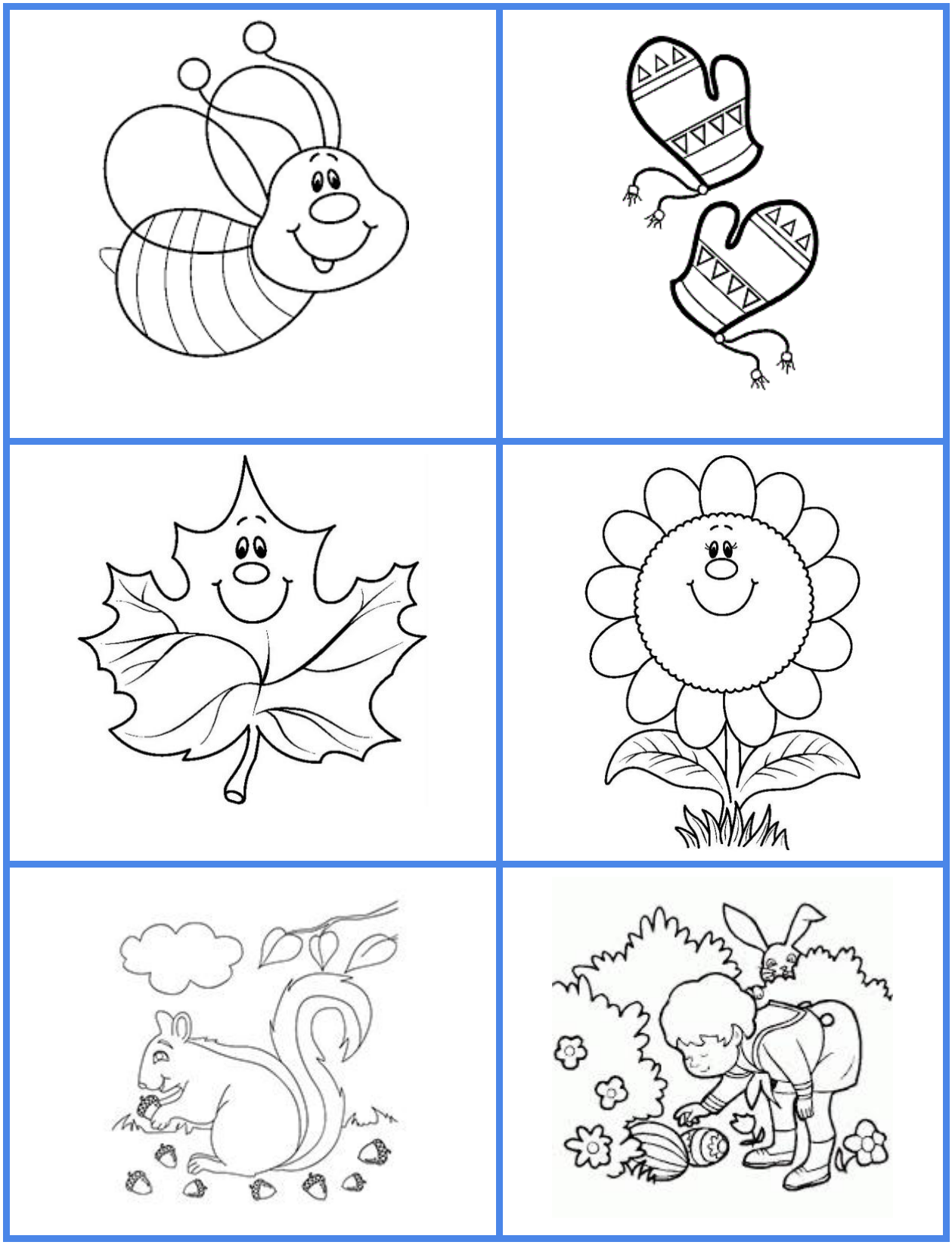
ACTIVIDAD 4: CADA UNO CON SU PROFESIÓN

Escriba el nombre del profesional que está realizando su trabajo en el recuadro que se sitúa en la parte posterior de la fotografía.

TAXI

ACTIVIDAD 5: ¡YA LLEGÓ LA PRIMAVERA!

Colorea los objetos o animales que pertenezcan a la primavera.



1. Rodea el día de la semana en el que nos encontramos hoy.

LUNES	**VIERNES**	**JUEVES**	**MARTES**
DOMINGO	**MIÉRCOLES**	**SÁBADO**	
MARTES	**DOMINGO**	**JUEVES**	**LUNES**
MIÉRCOLES	**VIERNES**	**SÁBADO**	
JUEVES	**SÁBADO**	**LUNES**	**MARTES**
DOMINGO	**MIÉRCOLES**	**VIERNES**	
SÁBADO	**VIERNES**	**JUEVES**	**LUNES**
MARTES	**DOMINGO**	**MIÉRCOLES**	
VIERNES	**DOMINGO**	**LUNES**	**MARTES**

2. Rodea el mes del año en el que nos encontramos actualmente.

MARZO	**JUNIO**	**DICIEMBRE**	**ABRIL**
ENERO	**SEPTIEMBRE**	**MAYO**	**JULIO**
FEBRERO	**OCTUBRE**	**AGOSTO**	**ABRIL**
NOVIEMBRE	**JUNIO**	**ENERO**	**JULIO**
MAYO	**DICIEMBRE**	**MARZO**	**AGOSTO**
FEBRERO	**ABRIL**	**OCTUBRE**	**MAYO**
SEPTIEMBRE	**JUNIO**	**ENERO**	**ABRIL**
DICIEMBRE	**AGOSTO**	**MARZO**	**JULIO**
NOVIEMBRE	**MAYO**	**ENERO**	**JUNIO**
ABRIL	**SEPTIEMBRE**	**JULIO**	**ENERO**

3. Rodea el año en el que nos encontramos en la actualidad.

2000	**2010**	**2007**	**2019**	**2002**
2006	**2020**	**2001**	**2009**	**2020**
2003	**2019**	**2020**	**2011**	**2018**
2020	**2017**	**2008**	**2000**	**2019**
2004	**2010**	**2002**	**2018**	**2020**
2005	**2009**	**2019**	**2016**	**2002**
2020	**2019**	**2016**	**2007**	**2001**
2003	**2010**	**2012**	**2020**	**2000**
2009	**2015**	**2011**	**2018**	**2014**

BLOQUE 2: LENGUAJE

ACTIVIDAD 1: ¿QUÉ COSITA ES?

NIVEL 1: A continuación, le voy a recitar cinco descripciones de objetos, animales, comida, etc. Cuando termine, tiene que decirme la solución de cada uno de ellos, además por cada acierto se le dará una ficha de color verde y si consigue resolver la mitad de las descripciones bien, podrá elegir una canción para escucharla tras finalizar la actividad.

NIVEL 1

- ❑ Tiene forma de seta y cuando llueve, lo abres para no mojarte (PARAGUAS).
- ❑ Es un animal doméstico de la familia de los felinos y maúlla (GATO).
- ❑ Son de cristal, se colocan delante de los ojos, lo utilizan las personas que no ven bien y van al oculista (GAFAS).
- ❑ Estación del año en la que empieza a hacer calor, nacen nuevas flores y los pájaros cantan (PRIMAVERA).
- ❑ Es cuadrado, se pone en los sobres y sirve para pagar el envío de cartas (SELLO).

(FICHAS)

NIVEL 2: A continuación, le voy a recitar ocho descripciones de objetos, animales, comida, etc. Cuando termine, tiene que decirme la solución de cada uno de ellos, además por cada acierto se le dará una ficha de color verde y si consigue resolver la mitad de las descripciones bien, podrá elegir una canción para escucharla tras finalizar la actividad.

NIVEL 2

- ❑ Tiene la forma de un televisor, sirve para buscar información y se navega en Internet (ORDENADOR).
- ❑ Es importante en todos los colegios y escuelas, además suele tener forma cuadrada (PIZARRA).
- ❑ Es un país que se encuentra en el norte de España y tiene la Torre Eiffel (PARÍS).
- ❑ Tiene un mango y una parte ovalada. Se utiliza para comer (CUCHARA).
- ❑ Tiene muchas palabras en orden alfabético y explica el significado de cada una de ellas (DICCIONARIO).
- ❑ Es redonda, la produce el olivo y de ella se saca el aceite (ACEITUNA).
- ❑ Suele estar decorando las casas, puede tener flores dentro y hay de varios colores y tamaños. (JARRÓN/FLORERO).
- ❑ Generalmente, es de lana, se pone cuando estamos en invierno, y sirve para evitar que te resfríes (BUFANDA).

(FICHAS)

ACTIVIDAD 2: ¡VAMOS A COMPRAR!

NIVEL 1: A continuación, escriba dónde compraría los siguientes objetos:

 ZAPATOS	_____
 PESCADO	_____
 MANZANA	_____
 BARRA DE PAN	_____
 FILETE DE CARNE	_____

NIVEL 2: A continuación, escriba dónde compraría los siguientes objetos:

	_____
	_____
	_____
	_____
	_____

ACTIVIDAD 3: HISTORIAS PARA COMPRENDER

NIVEL 1: A continuación, se le va a presentar un texto, tiene que leerlo y responder las cuestiones que se encuentran situadas debajo del mismo.

El gato que perseguía al ratón

Un gato paseaba por la calle y se cruzó con un ratón, comenzó a perseguirlo hasta llegar a un pequeño hueco donde el ratón se escondió. Cuando el ratón encontró un trozo de queso, se quedó durante horas metido dentro del hueco. Finalmente, el gato se cansó y el ratón comió.

CUESTIONES:

- ¿De qué animales habla esta historia?
- ¿Qué hacía el gato antes de cruzarse con el ratón?
- ¿Qué hizo el ratón cuando se encontró el trozo de queso?
- Elige la palabra que tenga más relación con la que se encuentra situada en la parte superior.

QUESO

COMIDA	HABLAR	MALETA

NIVEL 2: A continuación, se le va a presentar un texto, tiene que leerlo y responder las cuestiones que se encuentran situadas debajo del mismo.

El león, la vaca, la cabra y la oveja.

Se juntaron un león, una vaca, una cabra y una oveja mansa para cazar en los montes y repartirse, después, lo que apresaran. Bien pronto, con ayuda de todos, se cazó una hermosa cierva. Y el león, una vez dividida en 4 partes, comentó a sus compañeros en un tono puntilloso: "La primera parte es para mí porque soy el león, la segunda también porque soy el más fuerte, la tercera también será mía porque he trabajado más que todos, y si alguien me disputa la cuarta se las tendrá que ver conmigo". Finalmente, se comió toda la cierva.

CUESTIONES:

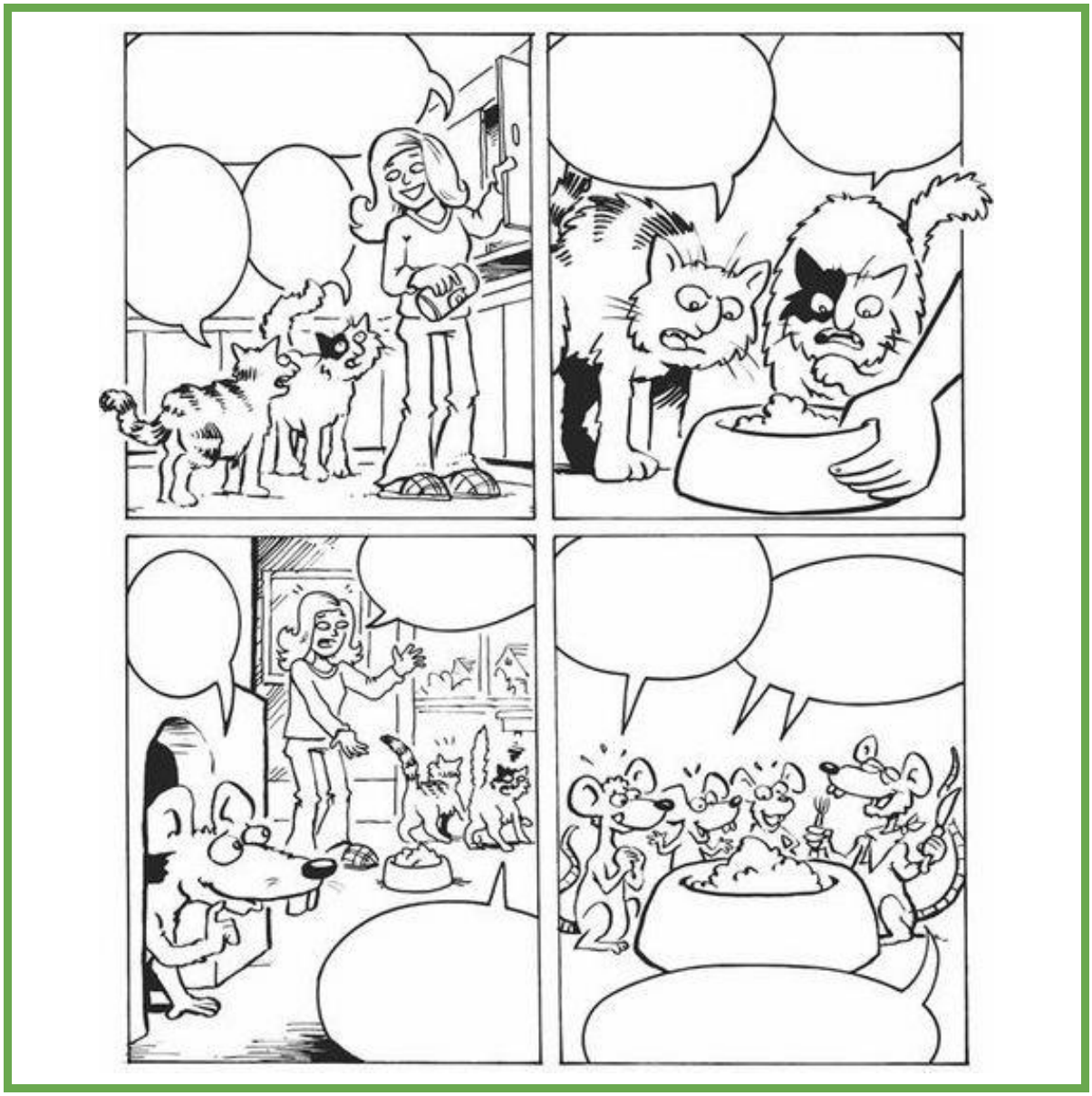
- ¿Qué significan las palabras escritas en color rojo?
- ¿El león es justo en su decisión final?
- ¿Qué significado crees que tiene esta historia?
- Si pudieras cambiar el final, ¿Dividirías la cierva en 4 partes iguales?, ¿Por qué?
- Elige la palabra que tenga más relación con la que se encuentra situada en la parte superior.

CIERVA

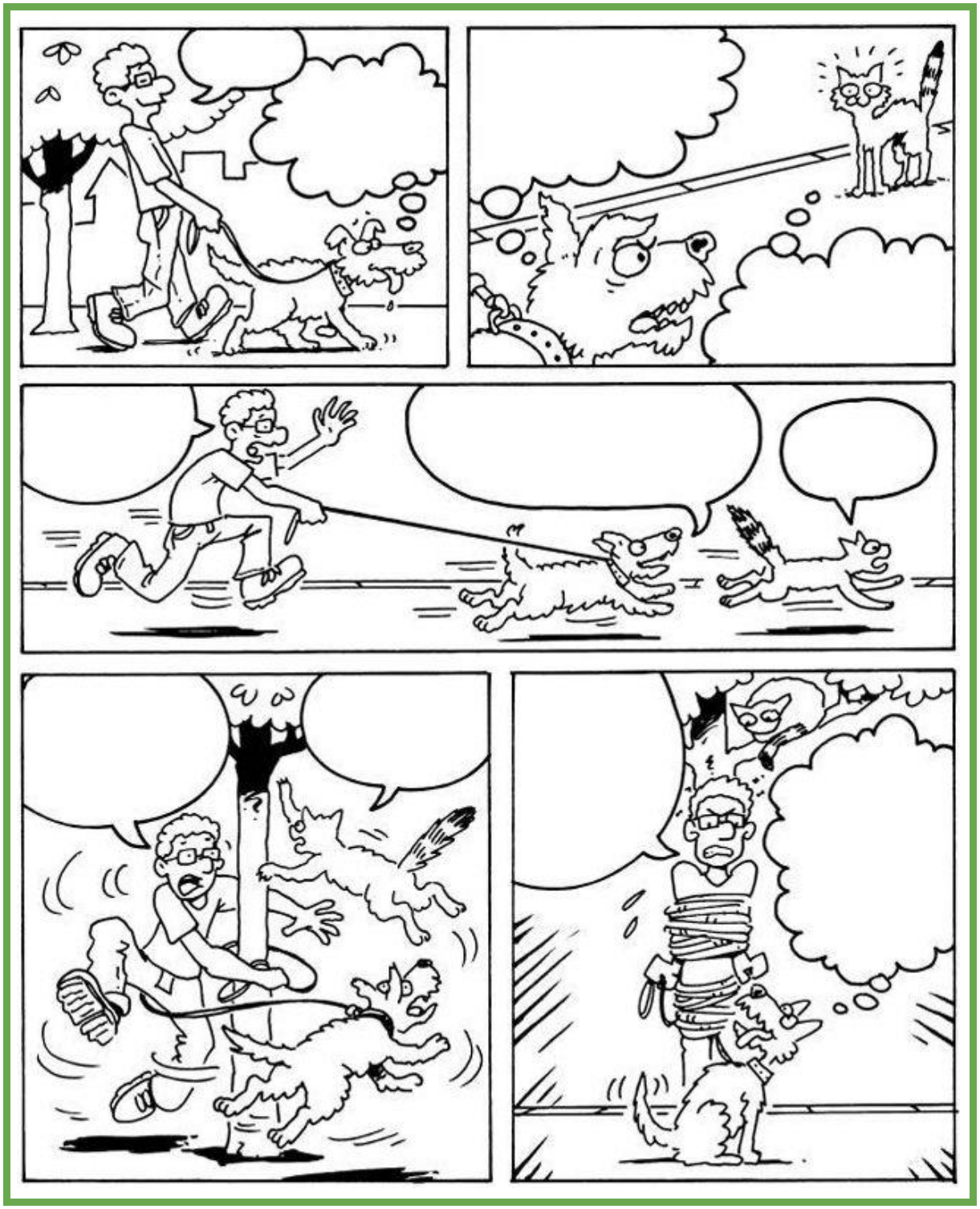
DESIERTO	CASTILLO	ESCOPETA

ACTIVIDAD 4: VIÑETAS EN BLANCO

NIVEL 1: Complete la historia escribiendo una frase en cada una de las viñetas en blanco.



NIVEL 2: Complete la historia escribiendo una frase en cada una de las viñetas en blanco.



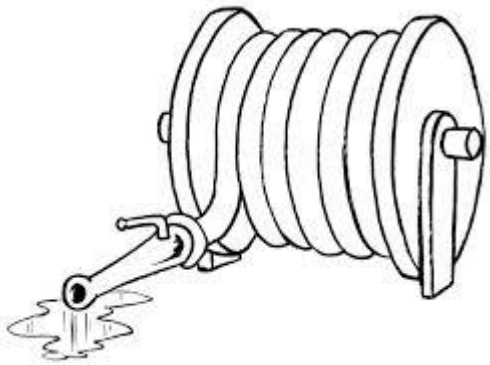
ACTIVIDAD 5: ¿CUÁL ES MI NOMBRE?

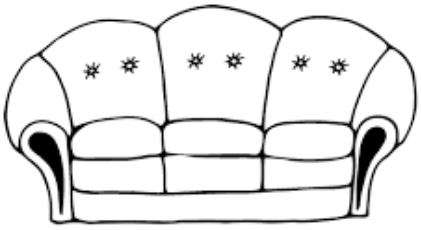
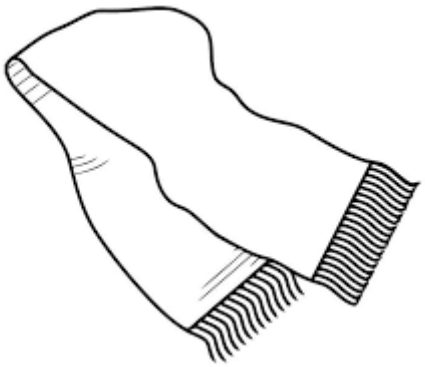
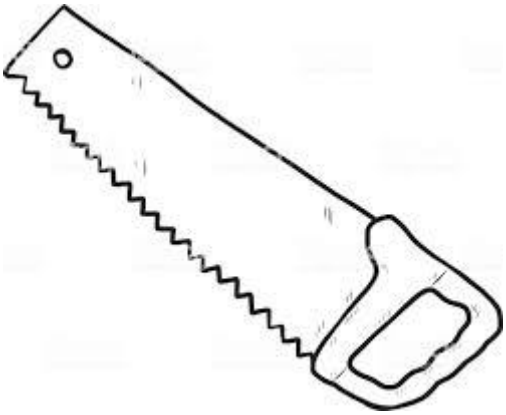
NIVEL 1: Escriba el nombre del objeto que aparece en cada una de las fotografías.

	_____
	_____
	_____
	_____

	_____
	_____
	_____
	_____

NIVEL 2: Escriba el nombre del objeto que aparece en cada uno de los dibujos.

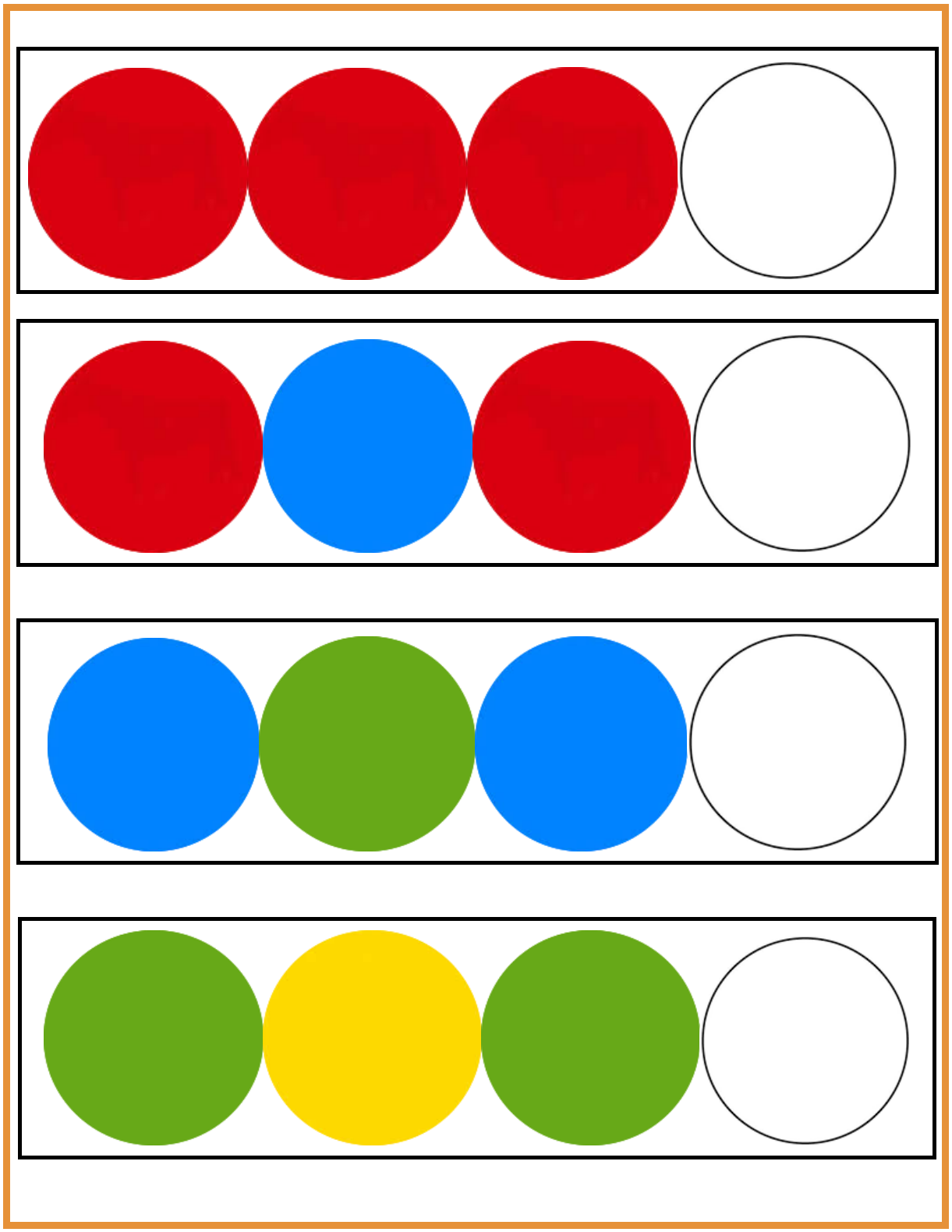
	_____
	_____
	_____
	_____

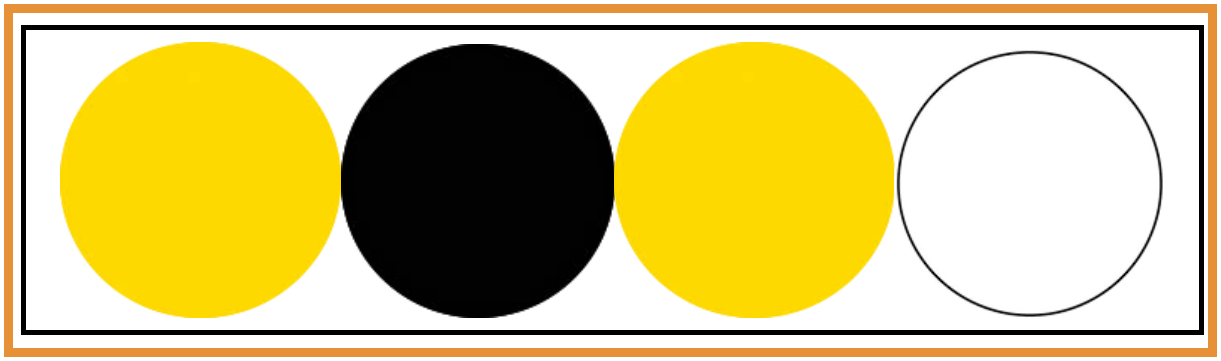
	_____
	_____
	_____
	_____

BLOQUE 3: RAZONAMIENTO ARITMÉTICO

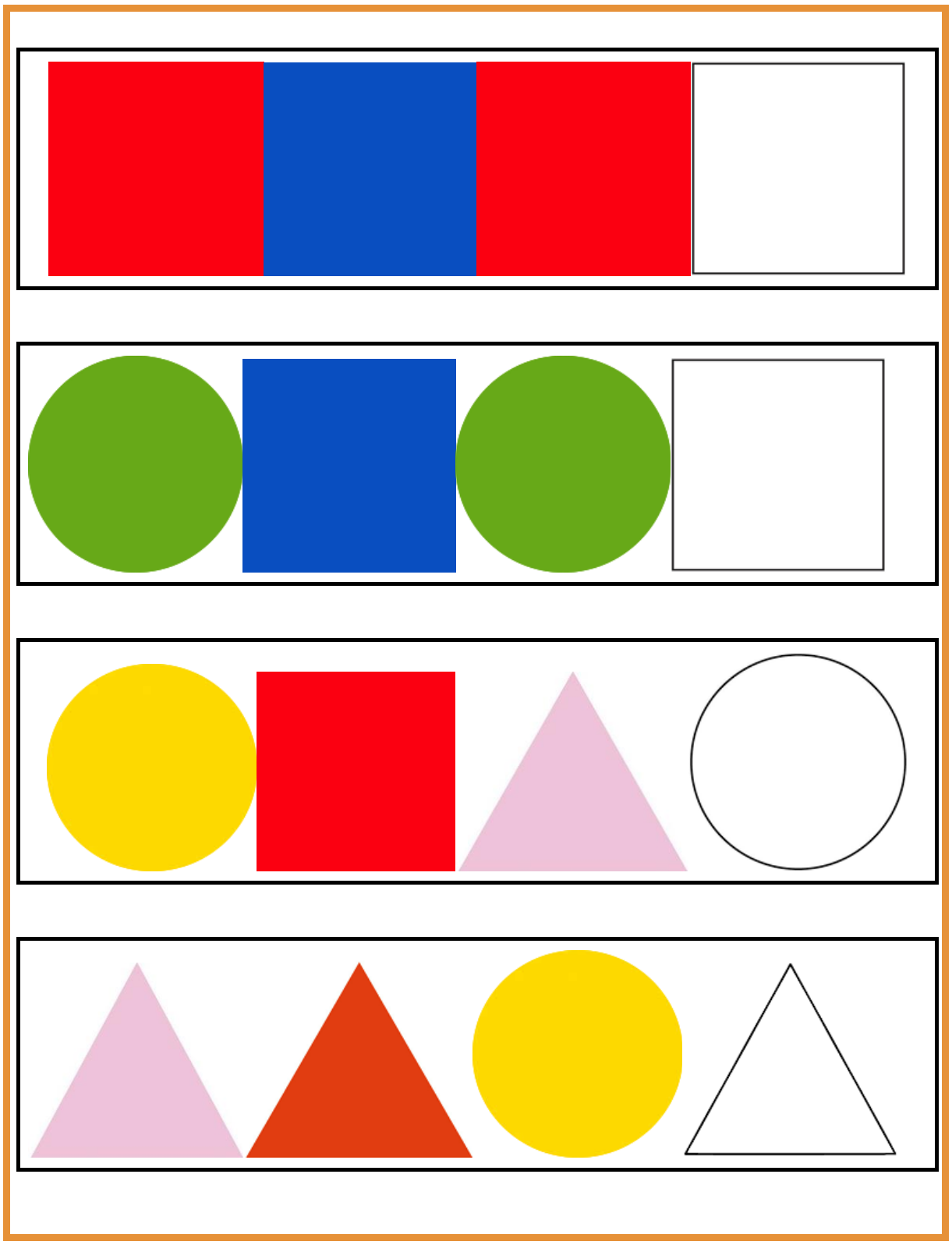
ACTIVIDAD 1: COLORES EN SERIE

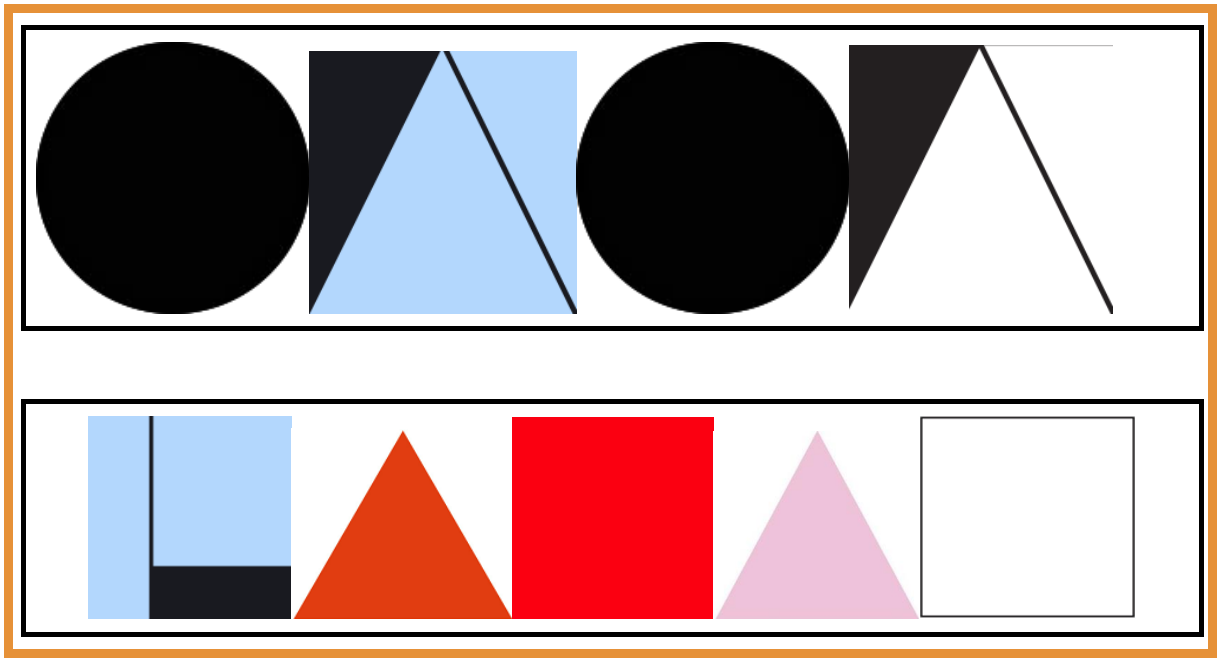
NIVEL 1: Completa la serie coloreando la figura en blanco con su color correspondiente.





NIVEL 2: Completa la serie coloreando las figuras en blanco con su color/es correspondientes.





ACTIVIDAD 2: DINERO Y VALOR

NIVEL 1: Ordena los billetes de menor a mayor valor y después, responda a las cuestiones que se plantean a continuación.

_____<_____<_____<_____<_____<_____

CUESTIONES:

- ¿Qué billete tiene mayor tamaño?: _____
- ¿Qué billete tiene menor tamaño?: _____
- ¿Qué billete utilizarías para comprar solamente 3 manzanas?: _____

NIVEL 2: Ordene los billetes de mayor a menor valor, y después responda a las cuestiones que se plantean a continuación.

_____>_____>_____>_____>_____>_____

CUESTIONES:

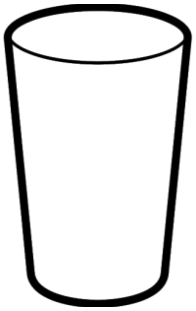
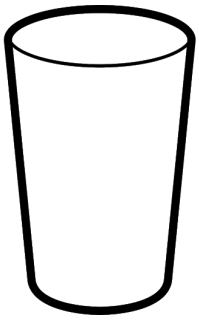
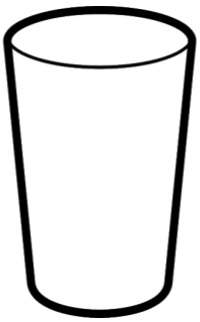
- ¿Qué billete tiene mayor tamaño?: _____
- ¿Qué billete tiene menor tamaño?: _____
- ¿Con qué billete o billetes comprarías el siguiente objeto?: _____

450 euros.

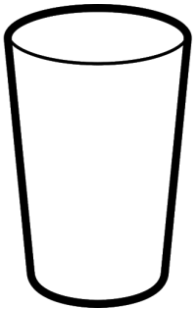
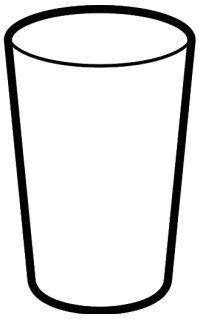
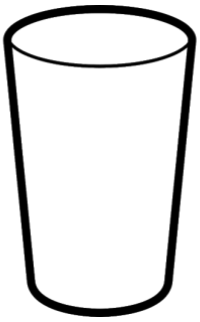
- ¿Qué billete utilizarías para comprar solamente una libreta?: _____

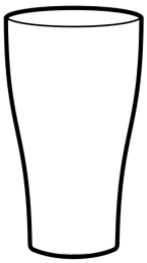
ACTIVIDAD 3: CAPACIDAD Y COLOR

NIVEL 1: Colorea en cada vaso la cantidad que se indica en la parte inferior de la imagen y responde a la cuestión que se plantea.

	**LLENA DE AGUA LA MITAD DEL VASO**
	**LLENA DE AGUA UN CUARTO DEL VASO**
	**LLENA DE AGUA EL VASO ENTERO**
	¿ESTÁN LAS DOS COPAS LLENAS HASTA LA MITAD? _____

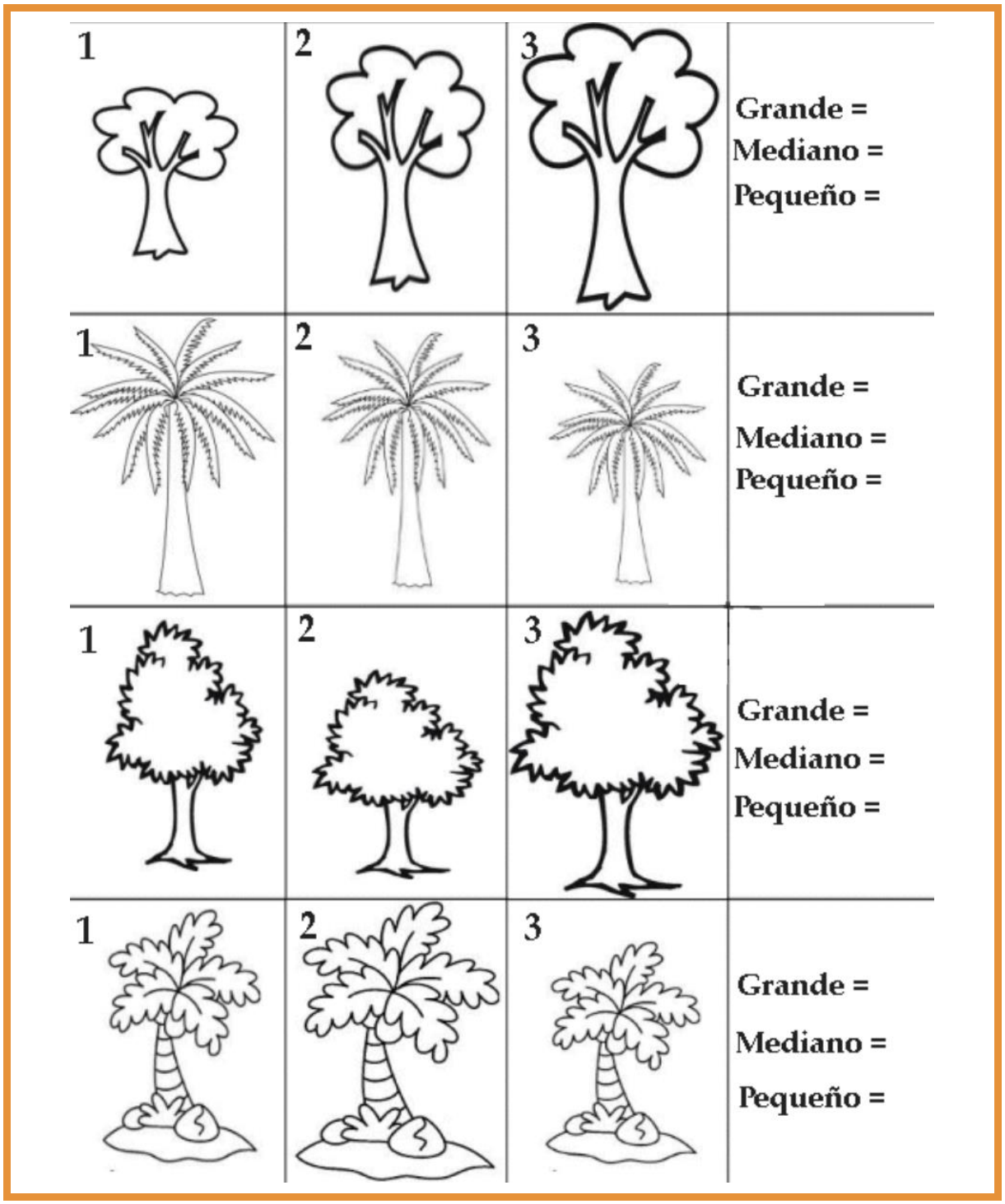
NIVEL 2: Colorea en cada vaso la cantidad que se indica en la parte inferior de la imagen y responde a las cuestiones que se plantean.

	**LLENA DE AGUA LA MITAD DEL VASO**
	**LLENA DE AGUA UN CUARTO DEL VASO**
	**LLENA DE AGUA EL VASO ENTERO**
	¿TIENEN LAS DOS COPAS LA MISMA CANTIDAD DE LÍQUIDO (AGUA Y VINO)? _____

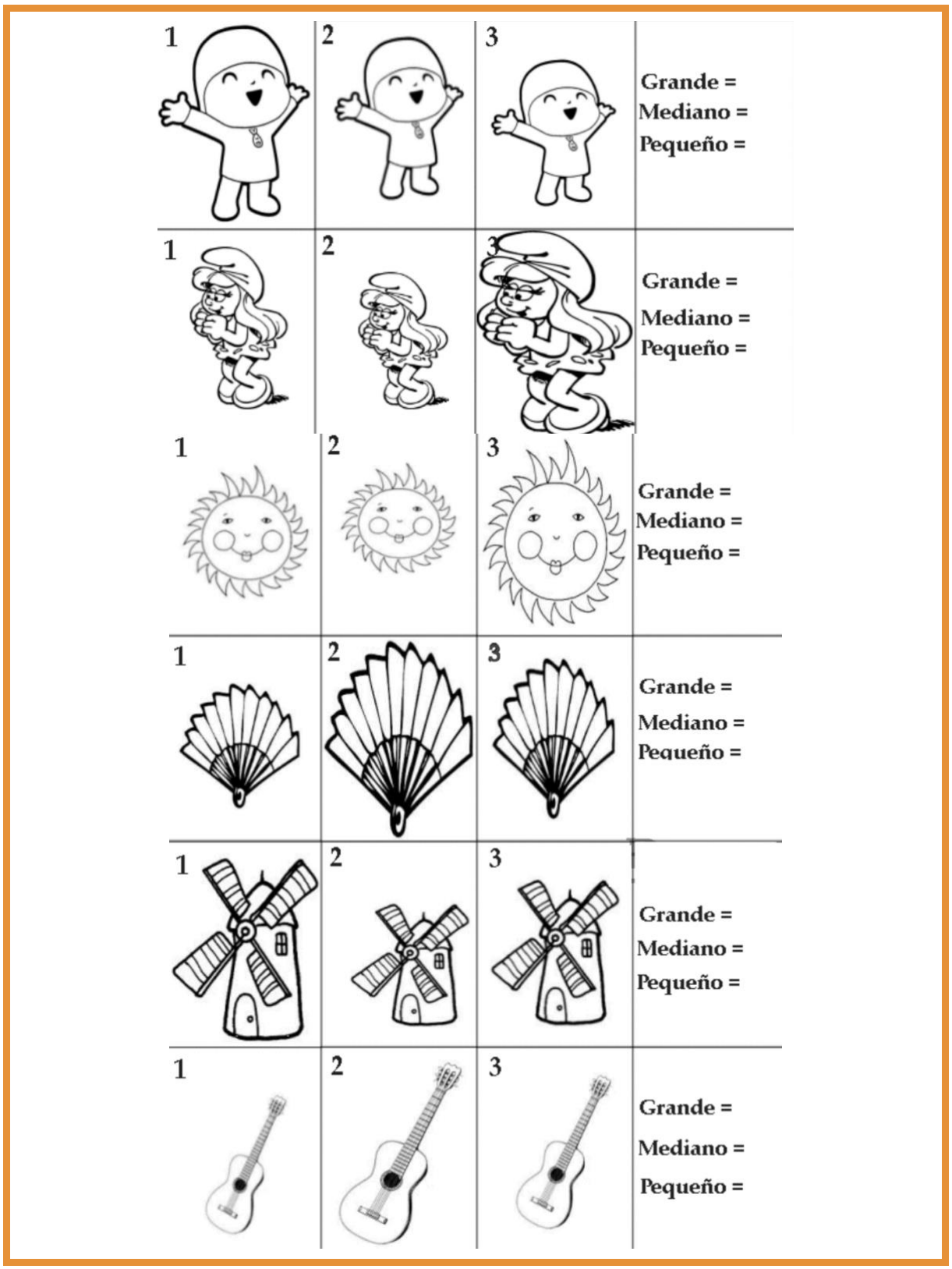
	¿EN QUÉ RECIPIENTE CABE MÁS CANTIDAD DE LÍQUIDO? _____
 	**¿EN QUÉ RECIPIENTE CABE MENOS CANTIDAD DE LÍQUIDO?** _____

ACTIVIDAD 4: PEQUEÑO, MEDIANO Y GRANDE

NIVEL 1: Relaciona cada imagen y su número correspondiente, con el tamaño de la columna que se encuentra a la derecha.

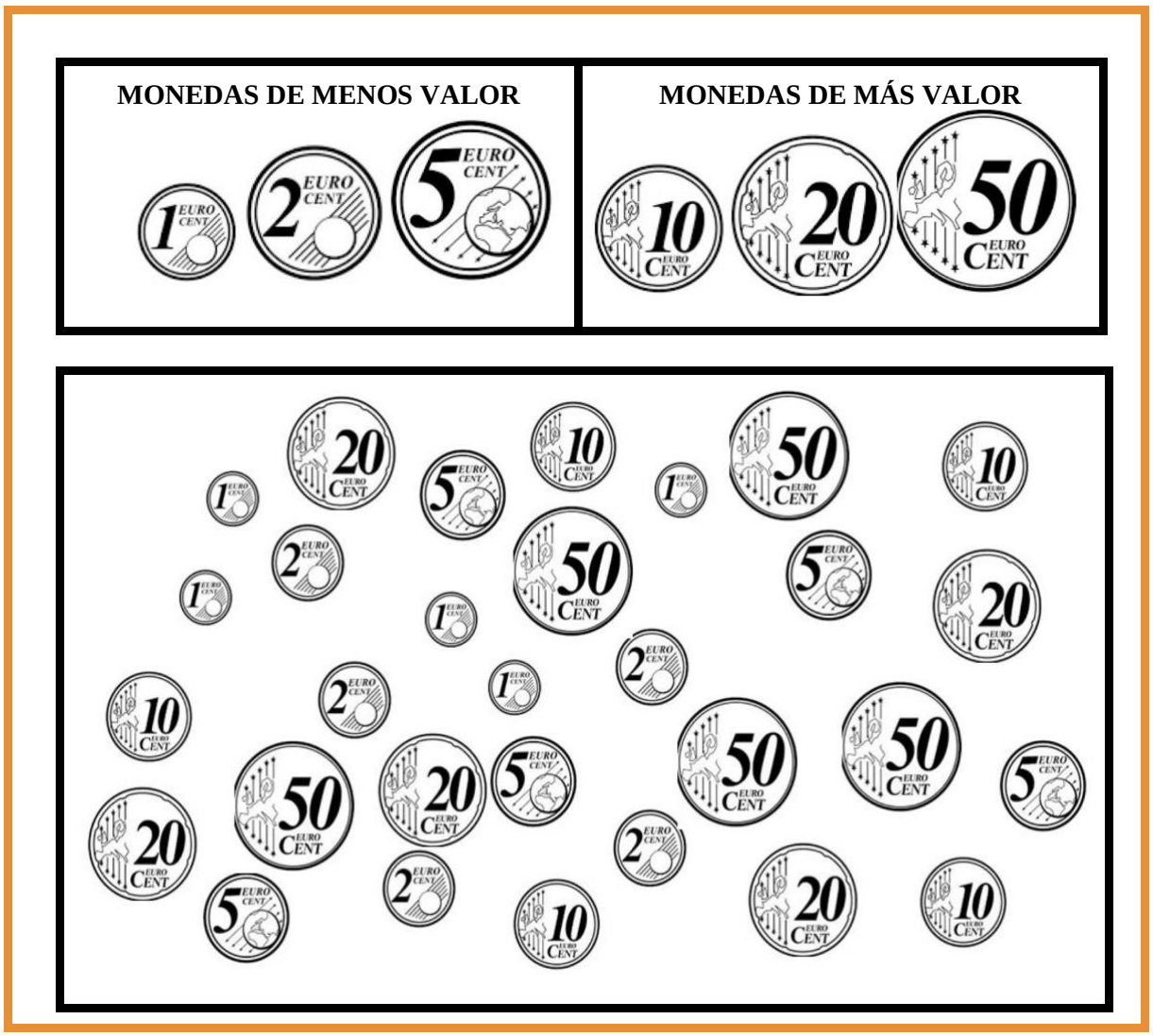


NIVEL 2: Relaciona cada imagen y su número correspondiente, con el tamaño de la columna que se encuentra a la derecha.



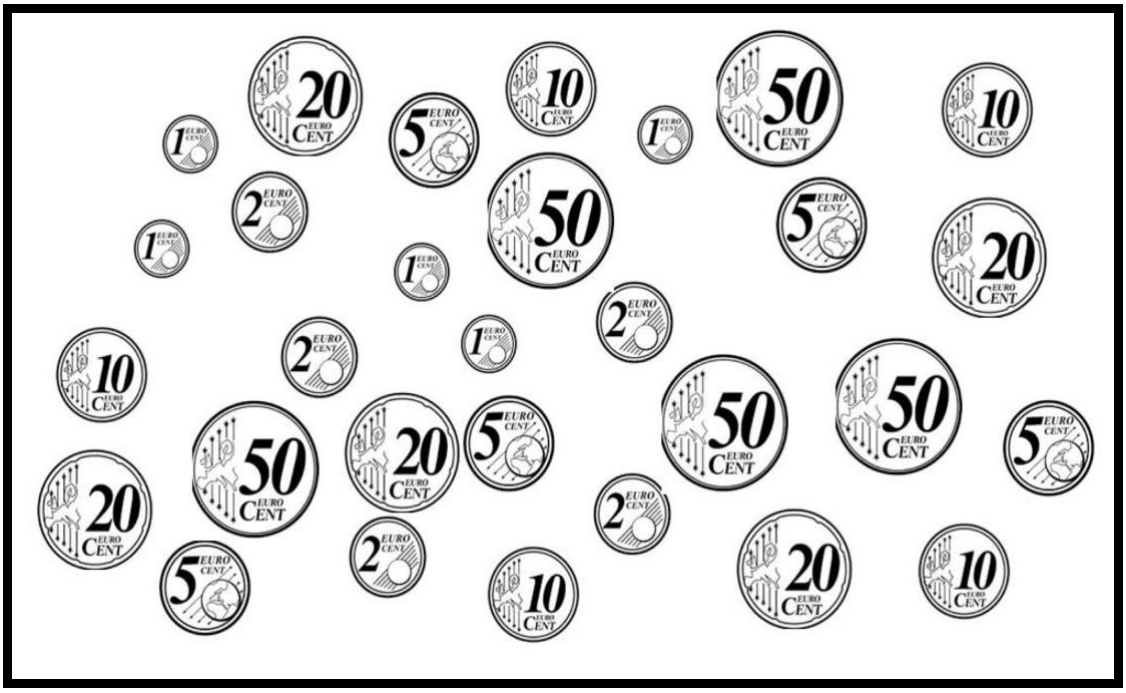
ACTIVIDAD 5: DINERO EN CÉNTIMOS

NIVEL 1: Colorea de azul las monedas de menos valor y de rojo las monedas de más valor.



NIVEL 2: Colorea de azul las monedas de menos valor y de rojo las monedas de más valor. Posteriormente, clasifícalas según su tamaño (pequeño o grande).

MONEDAS DE MENOS VALOR	MONEDAS DE MÁS VALOR



CLASIFICA LAS MONEDAS SEGÚN SU TAMAÑO (PEQUEÑO O GRANDE)

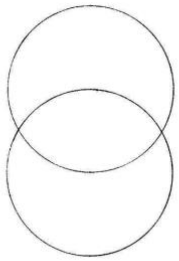
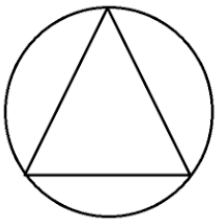
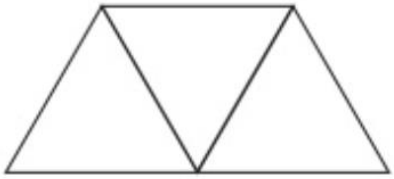
- Moneda de 1 céntimo.
- Moneda de 2 céntimos.
- Moneda de 20 céntimos.
- Moneda de 50 céntimos.

MONEDAS PEQUEÑAS	MONEDAS GRANDES

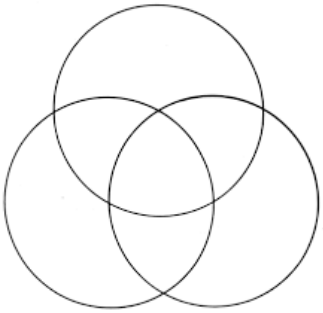
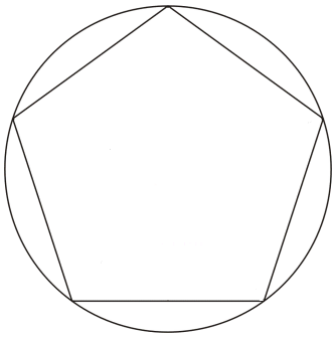
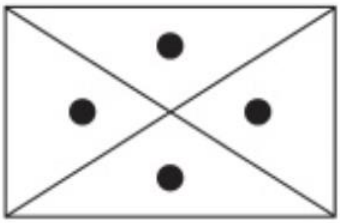
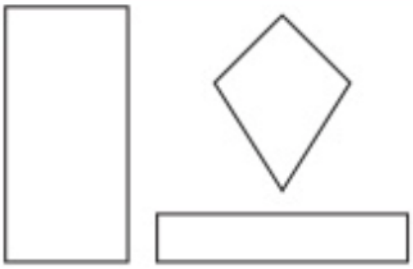
BLOQUE 4: MEMORIA

ACTIVIDAD 1: FIGURAS OCULTAS

NIVEL 1: A continuación, voy a mostrarle una serie de figuras. Para observar cada una de ellas tendrá 20 segundos, después tendrá que dibujar en el recuadro la figura que se le había mostrado.

	***DIBUJE LA FIGURA AQUÍ***
	DIBUJE LA FIGURA AQUÍ
	***DIBUJE LA FIGURA AQUÍ***
	***DIBUJE LA FIGURA AQUÍ***

NIVEL 2: A continuación, voy a mostrarle una serie de figuras. Para observar cada una de ellas tendrá 15 segundos, después tendrá que dibujar en el recuadro la figura que se le había mostrado.

	***DIBUJE LA FIGURA AQUÍ***
	***DIBUJE LA FIGURA AQUÍ***
	***DIBUJE LA FIGURA AQUÍ***
	***DIBUJE LA FIGURA AQUÍ***

ACTIVIDAD 2: ¡A COMER!

NIVEL 1: A continuación, voy a mostrarle un menú que se compone de un primer plato y postre. Tendrá que elegir una de las dos opciones que se le presentan, recordar su elección y responder a una serie de cuestiones.

MENÚ DEL DÍA

PRIMER PLATO	POSTRE
LENTEJAS	**NATILLAS**
PAELLA	**COPA DE HELADO**

CUESTIONES A RESPONDER:

- ¿Qué opción ha escogido como primer plato? ¿Recuerda cuál era la otra opción?
- ¿Qué opción ha escogido como postre? ¿Recuerda cuál era la otra opción?
- ¿Recuerda de qué sabores era la copa de helado?

NIVEL 2: A continuación, voy a mostrarle un menú que se compone de un primer plato, un segundo plato y un postre. Tendrá que elegir una de las dos opciones que se le presentan, recordar su elección y responder a una serie de cuestiones.

MENÚ DEL DÍA

PRIMER PLATO	SEGUNDO PLATO	POSTRE
COCIDO	**MACARRONES**	**ARROZ CON LECHE**
ARROZ A LA CUBANA	**LASAÑA**	**TARTA DE QUESO**

CUESTIONES A RESPONDER:

- ¿Qué opción ha escogido como primer plato? ¿Recuerda cuál era la otra opción?
- ¿Qué opción ha escogido como segundo plato? ¿Recuerda cuál era la otra opción?
- ¿Qué opción ha escogido como postre? ¿Recuerda cuál era la otra opción?
- ¿Tenía la tarta de queso frambuesas por la parte de arriba?

ACTIVIDAD 3: CARAS Y HECHOS

NIVEL 1: A continuación, voy a presentarle 3 rostros con sus respectivos nombres. Tendrá que recordarlos para posteriormente, responder una serie de cuestiones sobre éstos.

MERCEDES	JUAN	MARÍA

CUESTIONES A RESPONDER:

- ¿La primera mujer tenía los ojos de color verde?
- ¿La primera mujer llevaba puesto un collar?
- ¿El hombre llevaba puestas unas gafas de sol?
- ¿Cómo se llama el hombre?
- ¿La última mujer tenía el pelo de color rojo?

NIVEL 2: A continuación, voy a presentarle 4 rostros con sus respectivos nombres. Tendrá que recordarlos para posteriormente, responder una serie de cuestiones sobre éstos.

ROCÍO	ANTONIO
BLAS	MARÍA

CUESTIONES A RESPONDER:

- ¿La primera mujer tenía la piel morena?
- ¿La primera mujer tenía el pelo corto?
- ¿El hombre llevaba gafas?
- ¿El bebé estaba llorando?
- ¿Cómo se llamaba el bebé?
- ¿La última mujer tenía el pelo de color rubio?

ACTIVIDAD 4: REALIDAD VIRTUAL

NIVEL 1: A continuación, le voy a poner unas gafas de realidad virtual con las que podrá visualizar una escena con diferentes personajes. Posteriormente, tendrá que describir con el mayor detalle posible lo que ha visto.

FOTO DE UNA DE LAS ESCENAS

GAFAS DE REALIDAD VIRTUAL

NIVEL 2: A continuación, le voy a poner unas gafas de realidad virtual con las que podrá visualizar una escena con diferentes personajes. Posteriormente, tendrá que describir con el mayor detalle posible lo que ha visto.

FOTO DE UNA DE LAS ESCENAS

GAFAS DE REALIDAD VIRTUAL

ACTIVIDAD 5: PREGUNTAS Y RESPUESTAS

NIVEL 1: A continuación, voy a hacerle una serie de preguntas de cultura general. Tendrá que responder todas las posibles.

PREGUNTAS:

- ¿Qué fruta se utiliza para hacer vino?
- ¿Qué utilizan las personas para cambiar de color de pelo?
- Di el nombre de dos cantantes famosos.
- ¿Cómo se llama la persona que se dedica a repartir cartas?
- ¿Cuántas patas tiene una araña?
- La hermana de mi marido es mi _____
- ¿En qué comunidad autónoma se encuentra Almería?

NIVEL 2: A continuación, voy a hacerle una serie de preguntas de cultura general. Tendrá que responder todas las posibles.

PREGUNTAS:

- ¿Cómo se llama la cría del caballo?
- ¿Con qué fruta se celebra la entrada del año nuevo?
- Di el nombre de tres actores famosos.
- ¿Cómo se llama la persona que se dedica a enseñar a los niños en la escuela ?
- ¿De qué árbol se obtiene la aceituna?
- El hermano de mi marido es mi _____
- ¿En qué comunidad autónoma se encuentra Málaga?
- ¿Quién vive en el vaticano?
- ¿Quién descubrió América?
- ¿Cómo se llama el vehículo que se utiliza para viajar a la Luna?
- ¿Qué médico se dedica a tratar los problemas de la vista?

BLOQUE 5: GNOSIAS

ACTIVIDAD 1: OBJETOS Y FIGURA

Identifique los 5 objetos que se encuentran en la siguiente figura. Posteriormente, escriba en el recuadro situado en la parte inferior el nombre de los objetos y el uso que tiene cada uno de ellos.

OBJETO	¿CUÁL ES SU UTILIDAD?

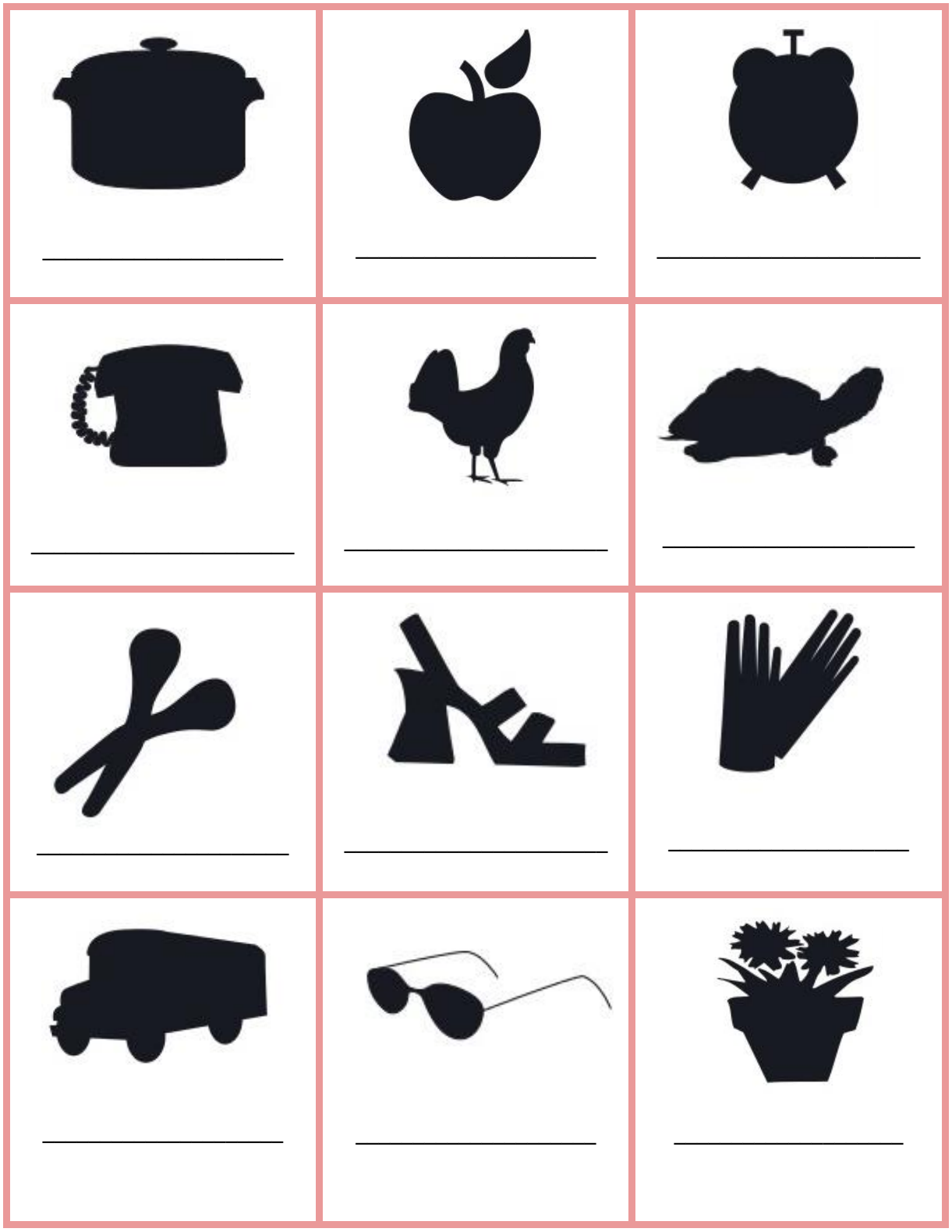
ACTIVIDAD 2: ¡EMOCIÓN!

Rodea la fotografía que exprese la emoción que indique la frase que se encuentra en la parte superior, asociándose además, con el color que indique la misma.

- ❑ Rodea de color ROJO los personajes que estén enfadados.
- ❑ Rodea de color AZUL los personajes que estén tristes.
- ❑ Rodea de color NARANJA los personajes que estén sonriendo.
- ❑ Rodea de color VERDE los personajes que estén preocupados.
- ❑ Rodea de color ROSA los personajes que estén sorprendidos.

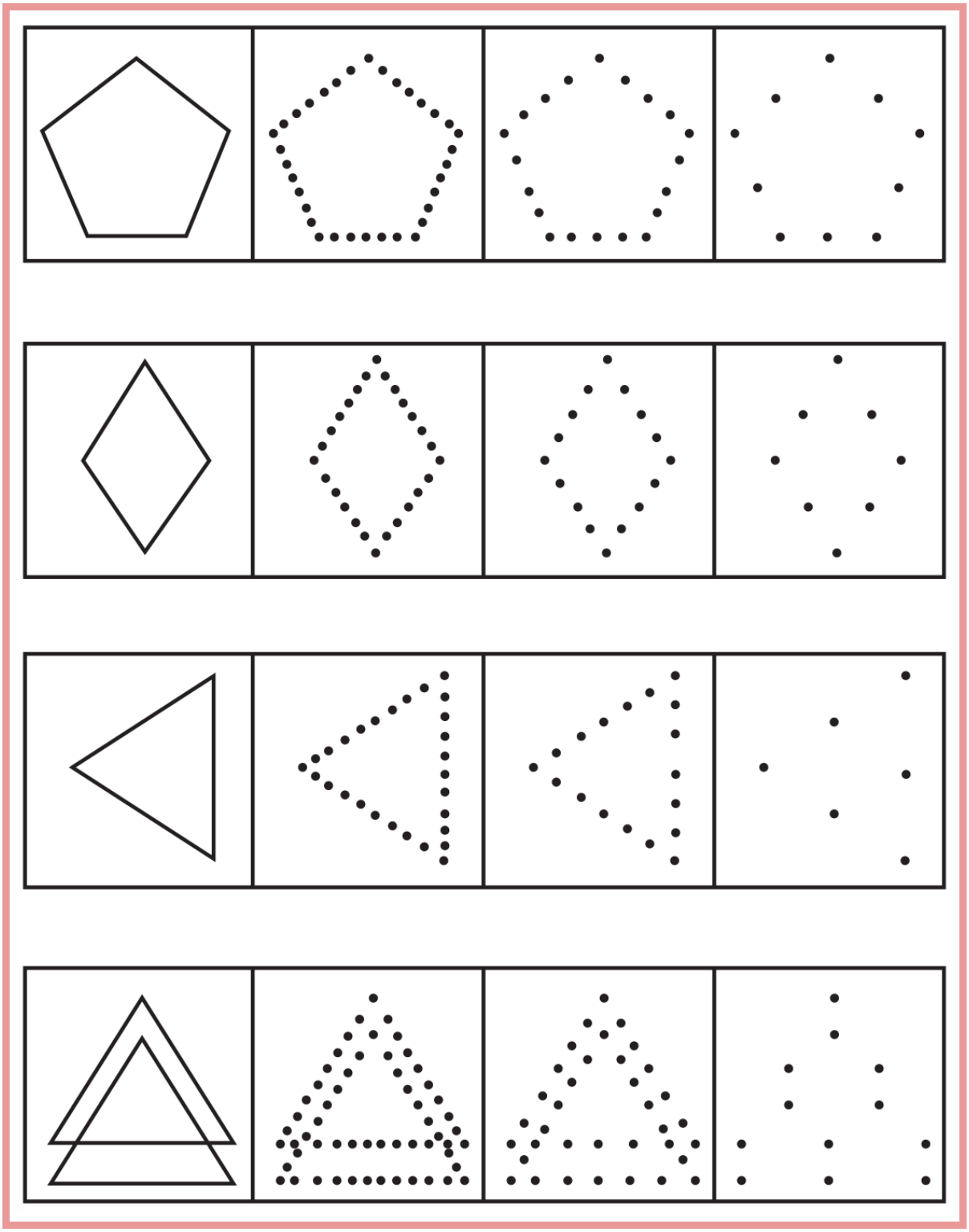
ACTIVIDAD 3: FIGURAS ESCONDIDAS

Indique el nombre de cada una de las siluetas que se presentan a continuación:



ACTIVIDAD 4: ¡PUNTOS PARA UNIR!

Copie la figura de la primera columna uniendo los puntos de los diferentes cuadros.



ACTIVIDAD 5: ¿DÓNDE ESTÁN LAS FRUTAS?

Le voy a mostrar el orden de una serie de frutas. Seguidamente, le voy a hacer unas preguntas y tendrá que escribir el nombre de la fruta en la columna correspondiente.

- ¿Qué fruta se encuentra más a la derecha?
- ¿Qué fruta se encuentra más a la izquierda?
- ¿Qué fruta se encuentra en el centro?
- ¿Qué fruta se encuentra a la derecha de la PIÑA?
- ¿Qué fruta se encuentra a la izquierda de la PIÑA?

IZQUIERDA	CENTRO	DERECHA

ACTIVIDAD: SALA SNOEZELEN

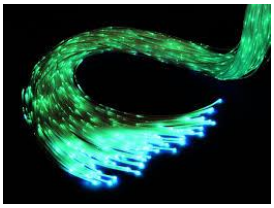
En esta sala se realizarán una serie de actividades basadas en la estimulación de los sentidos para incrementar su función y conseguir así una mayor respuesta del paciente, y un mejor conocimiento del medio y de sí mismo.

(SALA BLANCA)

MATERIALES:

- **Tubos de burbujas:** Es un fuerte estímulo visual, auditivo y vibratorio que procede del funcionamiento del motor y del agua en movimiento.

- **Fibras ópticas:** Supone un fuerte estímulo visual. Además, brilla y cambia de color.



- **Paneles interactivos:** Sirve para convertir la voz o los movimientos en imágenes.

- **Cama vibratoria:** Es un estímulo vibratorio que se utiliza mayormente para la relajación.

- **Elementos táctiles y musicales:** Son una estimulación táctil, vibratoria y musical que se utiliza principalmente para la relajación.