



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**Facultad de Ciencias de la Educación**  
**TRABAJO FIN DE GRADO**

**GRADO EN PEDAGOGÍA**

**Demencia, Memoria y Percepción. Tres factores claves  
en el sector gerontológico**

**Realizado por:**

**María del Pilar González Romero**

*Tutorizado por:*

*María del Pilar Ibáñez Cubillas*

**Curso 2021-22**

**TÍTULO:** Demencia, memoria y percepción. Tres factores clave en el sector gerontológico

## **RESUMEN**

La demencia en las personas mayores está cada vez más a la orden del día. Los casos de personas afectadas con este deterioro cognitivo aumentan cada día, siendo estas una gran parte de nuestra sociedad, pero cada vez más excluidas de la misma. Entonces, ¿qué podemos hacer para que estén integradas en la sociedad? En este TFG se realiza una propuesta de mejora sobre una propuesta de intervención centrada en la demencia y dos de los factores cognitivos más afectados por esta. El trabajo fin de grado se enfoca principalmente en esta pregunta, fijando su objetivo principal en estimular los niveles cognitivos de memoria y percepción. Para hacer esto posible, se ha trabajado con un grupo de personas mayores en un centro gerontológico a través de actividades que componen una propuesta de intervención. Esta mejora ha atendido a sus vivencias y comportamientos personales, además de las demandas y gustos que presentan.

Para desarrollar toda esta mejora, teniendo en cuenta todos los factores necesarios, se ha contado con una planificación muy detallada, en la que se dejan claros los objetivos, contenidos, metodología, recursos, temporalización y las actividades que van a componer esta propuesta.

La idea principal es mantener los niveles cognitivos previos haciendo una comprobación real con los datos obtenidos, realizando una propuesta de mejora posterior a la propuesta de intervención ya realizada.

**PALABRAS CLAVE:** Demencia, memoria, percepción, personas mayores

**TITLE:** Dementia, Memory and Perception. Three key factors in the gerontological sector

**ABSTRACT:**

Dementia in the elderly is becoming more and more widespread. Cases of people affected by this cognitive impairment are increasing every day, and they make up a large part of our society, but are increasingly excluded from it. So, what can we do to integrate them into society? In this TFG a proposal for improvement is made on an intervention proposal focused on dementia and two of the cognitive factors most affected by it. The end-of-degree thesis focuses mainly on this question, setting its main objective on stimulating the cognitive levels of memory and perception. To make this possible, we have worked with a group of elderly people in a gerontological centre through activities that make up an intervention proposal. This improvement has taken into account their personal experiences and behaviours, as well as the demands and tastes they present.

In order to develop this improvement, a very detailed planning has been carried out, where the objectives, contents, methodology, resources, timing, and the activities that will make up this proposal are made clear.

The main idea is to maintain the previous cognitive levels by making a real check with the data obtained, making a proposal for improvement after the intervention proposal already made.

**KEYWORDS:** Dementia, memory, perception and elderly

**DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL  
TRABAJO FIN DE GRADO**

D./ Dña. \_\_\_\_\_

Con DNI/Pasaporte \_\_\_\_\_

Alumno/a de la Titulación de Grado de Pedagogía de la Facultad de Ciencias de la Educación, de la Universidad de Málaga.

**DECLARO**

Ser autor/a del texto entregado y que no ha sido presentado con anterioridad, ni total ni parcialmente (a excepción de trabajos presentados en los prácticum), para superar materias previamente cursadas en esta u otras titulaciones de la Universidad de Málaga o cualquier otra institución de educación superior u otro tipo de fin.

Así mismo, declaro no haber trasgredido ninguna norma universitaria con respecto al plagio ni a las leyes establecidas que protegen la propiedad intelectual, así como que las fuentes utilizadas han sido citadas adecuadamente.

Por último, declaro que soy conocedor de las sanciones penales en caso de infringir las leyes del plagio y de falsa declaración, y que firmo la presente con pleno uso de mis facultades y asumiendo todas las responsabilidades de ella derivada.

Firma

En Málaga, a 14 de junio de 2022

*(La firma debe ser original. Se puede realizar de forma electrónica, con firma manuscrita escaneada o con la declaración completa escaneada incluyendo la firma manuscrita)*

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>1. REVISIÓN CRÍTICA Y ARGUMENTADA DE LOS APRENDIZAJES PRODUCIDOS DURANTE EL PRÁCTICUM</b> .....	9
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	12
<b>2.1. ¿Qué es la demencia?</b> .....	13
<b>2.2. ¿Dónde empieza el envejecimiento normal y dónde la demencia?</b> .....	14
<b>2.3. Progresión de la demencia. Del déficit cognitivo leve al déficit cognitivo grave o enfermedad del Alzheimer</b> .....	15
<b>2.4. Tipos de demencia</b> .....	17
<b>2.5. ¿Qué es la memoria?</b> .....	18
<b>2.6. Tipos de memoria</b> .....	19
<b>2.7. Entrenamiento de la memoria</b> .....	20
<b>2.8. ¿Qué es la percepción?</b> .....	22
<b>2.9. La percepción en personas mayores</b> .....	23
<b>2.10. Cómo estimular cognitivamente la percepción en personas mayores</b> .....	24
<b>3. RESUMEN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN AUTÓNOMA</b> .....	25
<b>3.1. Contexto del centro</b> .....	25
<b>3.2. Particular</b> .....	26
<b>3.3. Objetivos</b> .....	27
<b>3.4. Contenidos, Metodología, Actividades, Recursos, Temporalización y Evaluación.</b> .....	28
<b>4. EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN AUTÓNOMA</b> ....	33
<b>5. DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA</b> .....	36
<b>5.1. Destinatarios</b> .....	36
<b>5.2. Objetivos</b> .....	36
<b>5.3. Contenidos</b> .....	37
<b>5.4. Metodología</b> .....	38
<b>5.5. Actividades</b> .....	41
<b>5.5. Recursos</b> .....	46
<b>5.6. Temporalización</b> .....	47
<b>5.7. Evaluación</b> .....	48
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	49
<b>7. REFERENCIAS</b> .....	51

<b>8. Anexos</b> .....	54
<b>Anexo 1. Actividades de emergencia</b> .....	54
<b>Anexo 2. Blog de notas</b> .....	56
<b>Anexo 3. Checklist</b> .....	57
<b>Anexo 4. Lista de niveles cognitivos</b> .....	63
<b>Anexo 6. Listado de palabras de “Rosquilla de Palabras”</b> .....	64
<b>Anexo 7. Hoja de cuentas. “Descubre la Solución”.</b> .....	65
<b>Anexo 8. Tarjeta de dibujos. “Dibuja(2)”</b> .....	66

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Tipo de demencias primarias o degenerativas</i> .....	17
Tabla 2. <i>Contenidos Propuesta de Intervención</i> .....	28
Tabla 3. <i>Actividades Propuesta de Intervención</i> .....	30
Tabla 4. <i>Recursos Propuesta de Intervención</i> .....	31
Tabla 5. <i>Temporalización Propuesta de Intervención</i> .....	31
Tabla 6. <i>Cronograma Propuesta de Intervención</i> .....	32
Tabla 7. <i>Evaluación Propuesta de Intervención</i> .....	32
Tabla 8. <i>Análisis DAFO</i> .....	35
Tabla 9. <i>Contenidos Mejora Propuesta de Intervención</i> .....	37
Tabla 10. <i>Recursos humanos y materiales Mejora Propuesta de Intervención</i> .....	46
Tabla 11. <i>Temporalización Mejora Propuesta de Intervención</i> .....	47
Tabla 12. <i>Cronograma Mejora Propuesta de Intervención</i> .....	48

## INTRODUCCIÓN

Tras lo sucedido en mi periodo de prácticas, más concretamente en mi Prácticum II del grado de Pedagogía, en un centro gerontológico, más los conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera, vi necesario hacer algunos cambios a la propuesta de intervención inicial realizada en el periodo de prácticas.

Al poner en práctica lo aprendido teóricamente, la situación no trascurrió de la manera esperada, dando lugar a muchos fallos tanto en la organización como en la parte final de la propuesta, la evaluación. Al principio asocié los fallos a la falta de conocimientos previos hacia este sector de la población, pero después me di cuenta de varias cosas. No tiene que ver el sector con el que se trabaje, sino con las personas que componen ese sector, independientemente de su edad.

En estas prácticas conocí a un grupo grande y muy diverso de personas, cada una muy distinta a la otra. Cada caso era, en parte, muy complicado para la actuación, pues las características de cada residente hacían que las actividades normales tuviesen que ser adaptadas totalmente a sus necesidades. Esto, más allá de asustarme, me llamó más la atención y me hizo querer investigar más sobre las demencias y, lo que caracteriza a cada persona dependiendo de la sintomatología que presente su deterioro.

En este punto de curiosidad y aumento de energías, me surgió el sentimiento de querer mejorar como profesional y dejar claro que mi futuro como pedagoga está en instituciones de cuidados gerontológicos. En ese momento me resultó la gran pregunta, ¿cuál sería mi papel como pedagoga para poder mantener los niveles cognitivos actuales de las personas mayores?

La respuesta la encontré al reflexionar sobre los cuatro años de carrera. Los/as pedagogos/as nos formamos como profesionales en la ciencia de la educación, analizando factores socioculturales, particulares y generales y, atendiendo a las necesidades educativas de toda la población. Formamos y mantenemos los aprendizajes en las personas de cualquier edad. Nos encargamos de planificar y desarrollar todo tipo de programas educativos, usando técnicas e instrumentos centrados en cada programa. En esta propuesta de mejora se ha trabajado sobre todo esto para poder dar una respuesta real a la pregunta. Trabajar con las personas mayores conociendo todos los factores comentados para poder mantener sus aprendizajes.

## 1. REVISIÓN CRÍTICA Y ARGUMENTADA DE LOS APRENDIZAJES PRODUCIDOS DURANTE EL PRÁCTICUM

Son siete las asignaturas del grado de pedagogía, cada una de diferentes cursos, las que me han ayudado a entender y trabajar sobre la propuesta de intervención de las segundas prácticas curriculares del grado. Estas asignaturas se irán nombrando y explicando poco a poco a lo largo de este apartado, donde veremos qué se ha trabajado en ellas y de qué manera han influido al desarrollo de las prácticas y, sobre todo, en la propuesta de intervención realizada al final de estas prácticas.

En primer lugar, tanto *psicología del desarrollo* como *psicología de la educación* han sido dos asignaturas fundamentales en esta experiencia. Estas asignaturas, dadas en el primer curso de la carrera, se combinan la una a la otra.

Por un lado, *psicología de la educación*, enseña como uno de sus temas más relevantes, los procesos cognitivos de memoria y percepción, siendo estos en los cuales se ha centrado la propuesta de intervención. Además, en esta asignatura se han estudiado habilidades como el razonamiento y la resolución de problemas, relacionándolo con los tipos de memoria y las relaciones entre los sistemas de esta. Al conocer qué son y en qué se centran los procesos de memoria y percepción, se han podido desarrollar actividades donde se trabajan estos procesos, tanto en actividades diarias, como las pensadas para la propuesta de intervención. Para poder desarrollar actividades diarias centradas en la memoria, se ha tenido que estudiar en profundidad los niveles de razonamiento que mostraba la población, indicándonos qué tipo de memoria se debía trabajar y la rapidez que mostraba la población en la resolución de problemas. En cuanto a las actividades centradas en la percepción, al saber que un condicionante de los aprendizajes o estimulaciones perceptivas es el lenguaje, todas las actividades se han realizado de manera oral, donde a través del este, pudiesen describir todo lo que interpretaban y analizaban, para finalmente reconocer el estímulo. De esta manera, comparábamos la teoría conocida con anterioridad con los resultados de la puesta en práctica de esta teoría.

Por el otro lado, *psicología del desarrollo* ha sido imprescindible para el trabajo práctico con esta población, pues es la única asignatura de toda la carrera en la que se nombran a las personas mayores y todo lo que tienen que ver con su desarrollo físico y cognoscitivo. Esta asignatura enseña todo lo relacionado con la vejez, el envejecimiento, los cambios orgánicos y el envejecimiento del cerebro; la salud física y mental, los estados de salud y las enfermedades crónicas y discapacidades que pueden aparecer a partir de

cierta edad y las causas de estas. Los problemas mentales y conductuales, explicando brevemente qué es la demencia y el Alzheimer y cómo se detectan. Del mismo modo describe los aspectos del desarrollo cognoscitivo; las habilidades de procesamiento, la solución de problemas cotidianos, los cambios en las capacidades de procesamiento, y todos los cambios en la memoria. Todo esto que ha sido nombrado, se ha visto ya analizado en el periodo de prácticas de manera progresiva. Los momentos de observación han servido para conocer las enfermedades mentales y físicas de cada residente, los patrones de comportamiento y sus niveles de dependencia causada por demencia. Lo que se aprendió de manera teórica, se ha podido comprobar prácticamente cuatro años más tarde, constatando a través de ensayo-error, cómo trabajar con los diferentes niveles cognitivos de cada residente y, de qué manera adaptar los recursos y actividades para los distintivos casos de cada uno/a. Así mismo, se ha podido comprobar que muchas de las instrucciones teóricas sobre cómo actuar en determinados casos, no se han podido llevar a cabo por las instalaciones o falta de personal, por lo que también se ha descubierto que no en todas las ocasiones se puede hacer lo más indicado para la población.

La siguiente asignatura que ha aportado conocimientos en esta práctica ha sido ***Diagnóstico de la educación***, la cual enseña el diagnóstico como medición de problemas de todo tipo. Aunque se centra más bien en la etapa escolar, también explica algunos test de inteligencia y cognición importantes en otras etapas de la vida. El test Gestáltico de Bender y la escala de madurez social de Vineland, son dos instrumentos que se pensaron para analizar, por un lado, la maduración del cerebro, las pérdidas de funciones y defectos cerebrales y, por el otro lado, la comunicación, las habilidades de la vida diaria, la socialización y las habilidades motoras. Pero esta idea fue descartada por otro instrumento del cual disponían en el centro y que era más fácil de interpretar para nuestro nivel. Aunque no usamos esos test, teníamos el conocimiento de realizar otros test de inteligencia gracias a esta asignatura y a sus actividades prácticas. Estas actividades prácticas nos ayudaron a realizar los test Mini-Mental que finalmente tuvimos que pasar.

Igualmente, esta asignatura nos enseñó las fases de un proceso diagnóstico, lo que realmente es parecido a la estructura de la propuesta de intervención, por lo que tener conocimiento de esta, conociendo los factores necesarios y el tipo de información relevante a recoger, ha dado mucha ventaja en la organización y planificación de la propuesta de intervención, siendo esta la octava fase del proceso diagnóstico.

**Orientación educativa**, ha sido una asignatura que nos enseñó a hacer pequeñas propuestas de intervención. Aunque las propuestas que se hicieron en esta asignatura fueron relativamente pequeñas, bastaron para conocer el formato de estas y lo que hay que especificar en cada apartado de manera teórica. Del mismo modo que nos enseñó la teoría, llevamos a la “práctica” estas propuestas, siendo el resto de compañeras/os la población a la que iba destinada, por lo que, aunque no fuera la población a la que iban pensadas las propuestas, era una buena forma de practicar para este momento. Al ya tener este conocimiento y experiencia previa, no resultó tan difícil programar la propuesta y ponerla en práctica, aunque luego en esta última salieran muchas cosas mal. Al fin y al cabo, conocer la teoría y ponerla en práctica no garantiza el éxito, pero sí ayuda a poder afrontar la situación de la mejor manera posible.

Siguiendo en esta misma línea de programaciones, **Entornos virtuales de Enseñanza-Aprendizaje**, ha sido muy útil, sobre todo al haberla cursado poco antes de las prácticas, para el desarrollo de las distintas programaciones semanales que se debían de llevar a cabo en el centro. Al tener que programar actividades temáticas cada semana por diversas festividades internas y/o externas al centro, el conocer de antemano cómo se realizan y qué factores se deben de tener en cuenta a la hora de programar actividades, ha ahorrado tiempo y energías en investigar sobre este tema. Así mismo, aun siendo una asignatura centrada en las TIC, se han podido adaptar a la perfección los conocimientos aprendidos al trabajo a realizar con la población de adultos mayores. Por otro lado, al conocer el modo de empleo de diferentes metodologías y evaluaciones, ha sido más sencillo decidir qué tipo de metodología y evaluación se iban a llevar a cabo en la realización de la propuesta de intervención. En general, para el diseño, organización y planificación de las programaciones de todo lo que se ha hecho en el centro, esta asignatura ha sido la encargada de proporcionar este tipo de conocimientos tan necesarios, siendo elemental para el trabajo realizado.

Relacionado con las programaciones, siendo un factor dentro de ellas, **Diseño, Elaboración y Evaluación** de materiales didácticos, nos ha enseñado muchos tipos de materiales didácticos que se pueden utilizar en las aulas dependiendo del contenido que se quiera dar. Al ser una población diferente, pero no tan distinta de los infantes en muchos aspectos, muchos de los materiales didácticos que se nos enseñó en esta asignatura, han sido usados con las personas mayores en varias de las actividades que se han realizado. Del mismo modo que se han usado los materiales enseñados, se han aplicado muchas de

las técnicas para la selección y posterior evaluación de esos materiales necesarios en las distintas actividades. Tener en cuenta las características básicas de la selección, como los objetivos, las características, la población; la construcción ergonómica, para no dejar a ninguna persona sin participar; las características del material del grupo destinatario y de los receptores, han sido factores que se han tenido en cuenta en todo momento a la hora de seleccionar materiales didácticos. Lo primordial que queríamos saber en las actividades era el tipo de materiales didácticos y, esta asignatura, ha hecho posible conocer todo lo necesario para llevar el trabajo de la mejor manera posible.

Por último, en relación con las historias de vida que se han tenido que hacer, aunque haya sido un número reducido de ellas, sin instrucciones de ningún tipo por la tutora profesional, han podido salir adelante gracias a la asignatura *“Vida profesional del Docente”*. En esta asignatura se enseñó a realizar historias de vida de docentes de todos los niveles, sin excluir a los encargados de la formación en adultos, por lo que, todo lo que se aprendió en relación con esto último, ha ayudado a realizar historias de vida en personas en la última etapa de la suya. En este caso, en lugar de conocer la trayectoria profesional de los mayores, queríamos saber su trayectoria en la vida, por lo que, adaptando los contenidos dados en esa asignatura con las circunstancias actuales, se pudieron conseguir unos resultados muy buenos. Sí es cierto, que esta es la que menos nos aportó, pues era muy distinto lo dado y trabajado en clase con la tarea que se tenía que realizar en el centro, pero aún con lo poco que aportó, ya fue suficiente para tener una idea sobre cómo empezar.

Cada una de estas siete asignaturas han aportado un valor increíblemente significativo al trabajo realizado en las prácticas, sin las cuales hubiese sido imposible llevar a cabo todo lo que se ha hecho. Sobre todo, analizándolas nuevamente, podemos aprender de los errores y mejorarlos, sabiendo toda la teoría que sostiene nuestro trabajo y aprendizaje.

Nuestro poder, el de las/os pedagogas/os reside en adaptar todo lo que aprendemos a cualquier ámbito y edad de la población con la que trabajemos, demostrando que somos seres educables y que nunca paramos de aprender.

## **2. MARCO TEÓRICO**

En este trabajo se abordarán tres temas claves para la creación y realización de la mejora de la propuesta de intervención final. Se abarcará de lo general a lo específico, es

decir, se empezará abordando el tema de la demencia, qué es, cómo surge y sus respectivos tipos entre otras cosas. Luego se pasará a los procesos cognitivos de memoria y percepción y todo lo que estos conllevan.

## 2.1. ¿Qué es la demencia?

La demencia ha tenido muchas definiciones a lo largo de la historia, desde su simple clasificación de ser una enfermedad mental a la actual, siendo un síndrome clínico adquirido de diversas maneras.

La primera mención que se hace sobre la demencia es en el poema “*De rerum natura*” de Tito Lucrecio, el cual hablaba sobre la pérdida de memoria del “anciano”, aunque, haciendo alusión a la locura como parte de la demencia, algo normal en la época (Siglo I. a.C). Más adelante, entre los siglos 30-50 a.C, Celsius empezó a clasificar a la demencia como término médico, lo que más adelante se relacionaría con la “demencia senil”. No es hasta el 1700 cuando se designa el término demencia de manera médica más precisa con estados de disfunción cognitiva.

Custodio et al. (2018), cuentan que Esquirol fue uno de los primeros psiquiatras en proporcionar una aproximación descriptiva de las demencias. En este momento, ya se empieza a considerar la existencia de varios tipos de demencia y no de una sola.

No es hasta finales del siglo XIX y principios del XX que las demencias se empezaron a considerar como resultados de trastornos irreversibles de las funciones intelectuales.

López y Agüera (2015, p. 4) nos explican que “la demencia es un síndrome debido a una enfermedad cerebral, de naturaleza crónica o progresiva, con déficits de múltiples funciones superiores (memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio entre otras)”.

Por otro lado, Formiga et al. (2009, p. 2) definen la demencia como “un síndrome clínico adquirido, de etiología diversa, que se manifiesta por deterioro cognitivo, con síntomas que pueden incluir alteración de la función mental en áreas como memoria, aprendizaje, juicio, atención, concentración, lenguaje y pensamiento”. Es decir, la demencia se da cuando se produce una alteración de todas estas funciones cerebrales, si no se dan todas, o la mayoría de ellas, no se puede clasificar como demencia, sino como “deterioro de memoria asociado a la edad” (DMAE).

El DMAE, es un tipo de deterioro cognitivo que nada tiene que ver con la demencia o el descenso de niveles cognitivos, pues que se trata de circunstancias que pasan por la edad de una persona. De la misma manera que nuestro cuerpo se va deteriorando sin necesidad de sufrir ninguna enfermedad, con las habilidades mentales ocurre lo mismo. La edad es un simple factor que ocasiona deterioros en el sistema interno y externo de una persona por normas biológicas.

## 2.2. ¿Dónde empieza el envejecimiento normal y dónde la demencia?

El párrafo final del anterior punto es la clave de este. Custodio et al. (2012), explican que no tiene que haber necesariamente un evento fijo en para determinar el punto de inicio de la fase asintomática a la fase asintomática pre-demencia o, de la fase de pre-demencia asintomática en el inicio de la demencia.

Es decir, la fase intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia es el deterioro cognitivo leve (DCL), muy cercano al DMAE, pero con más sintomatología que simples factores de la edad, aunque no llegando a ser suficientes para ser considerado demencia. Podríamos definir al deterioro cognitivo leve como la fase que supera lo esperado por la edad, pero que no cumple con los requisitos o criterios para clasificarse como demencia.

Las diferencias entre el DCL y el DMAE son varias, pero la principal de ellas es la memoria, pues en el DMAE, solo se tiene en cuenta la pérdida de memoria en sujetos mayores, mientras que el DCL abarca tanto la memoria como los dominios cognitivos y conductuales de una persona. Según Custodio et al. (2012), se distinguen tres tipos de DCL:

1. ***DCL amnésico***. En este se da la situación del residente que tiene un deterioro en la memoria, pero que no cumple con los requisitos de ser demencia.
2. ***DCL con déficits cognitivos múltiples o DCL multidominio***. En este caso, el/a residente puede mostrar deficiencias leves en dominios cognitivos y conductuales, siendo afectados el lenguaje, las funciones ejecutivas o viso-espaciales.
3. ***DCL no amnésico de dominio único o DCL monodominio no amnésico***. Se produce cuando el/la residente sufre alteraciones en algún dominio que no sea la memoria, pudiendo ser el lenguaje, el funcionamiento ejecutivo o las habilidades viso-espaciales.

Hay otro tipo de factores por los que diferenciar el DCL del DMAE. Según Custodio et al (2018), el DMAE tiene una serie de criterios que los hace separarse del inicio de la demencia o la pre-demencia, además de quedarse atrás del DCL. Estos criterios son:

1. La edad tiene que ser mayor a 50 años.
2. Tienen que existir quejas subjetivas sobre la pérdida de memoria, seguido de la dificultad para recordar nombres de personas conocidas.
3. Se conservan el resto de las funciones cerebrales.
4. No hay criterio médico que indique un déficit cognitivo.

Con toda esta información, podemos decir que el envejecimiento normal empieza por los diferentes síntomas del DMAE, pudiendo seguir y, siendo el paso intermedio entre envejecimiento normal y demencia, el DCL. Aunque no necesariamente se tiene que dar esta secuencia, sino que la población adulta puede pasar de un estado cognitivo normal a desarrollar DCL.

### **2.3. Progresión de la demencia. Del déficit cognitivo leve al déficit cognitivo grave o enfermedad del Alzheimer**

Es bien sabido que una persona que comienza con deterioro cognitivo leve va a ir progresando en su demencia, pudiendo ocasionar un déficit cognitivo grave e incluso, llegar a desarrollar la enfermedad del Alzheimer. Pero, ¿cómo es ese avance?, ¿las personas con demencia tienen más probabilidad a desarrollar un EA antes que otras personas sin deterioro cognitivo?, ¿cuáles son los factores principales que aumentan el riesgo de Alzheimer en las personas con demencia? Todas estas preguntas serán respondidas en este apartado.

En primer lugar, las personas con demencia o DCL son más propensas a desarrollar un déficit cognitivo grave y/o EA. Se han llevado a cabo diferentes estudios con pacientes con DCL y pacientes cognitivamente estables y, años más tarde, se comprobó que un gran porcentaje de los pacientes con DCL desarrollaron la enfermedad del Alzheimer o, mostraban síntomas para su próxima aparición. Esto se puede deber principalmente al tamaño del cerebro, pues, como afirman Rodríguez y Sánchez (2004, p. 177), “en sujetos con un menor tamaño cerebral el deterioro cognitivo avanza más rápidamente”. Otros síntomas que podrían ser cruciales para predecir la progresión a EA, según Custodio et al. (2012) son el volumen cerebral y el hipocampo.

Los diferentes estudios explican que el avance se puede dar de maneras totalmente contrarias. Puede ser un avance muy rápido que no da tiempo a percibir y, en cambio, esta progresión puede ser muy lenta y progresiva, tardando años en manifestarse.

En cuanto a los factores que pueden ser responsables de esta progresión, son muchos los implicados, pero surge discusión con uno de ellos, la educación. Algunos autores como Custodio et al (2012), determinan que la educación no es un factor predictivo de conversión a la demencia. Por el contrario, Rodríguez y Sánchez (2004), creen que la educación es el factor principal de esta progresión, pues la educación hace que el flujo sanguíneo cerebral funcione de mejor manera, incrementando el aporte de oxígeno y glucosa al cerebro, protegiendo de esta manera el efecto que ocasiona las demencias. Defienden que el bajo nivel educativo puede provocar la relación con los factores que aumentan el riesgo de demencia.

Otros factores pueden ser:

- **La edad** (uno de los factores principales junto con la educación). Cuanto mayor seas, más probabilidad hay de que avance la demencia.
- **La actividad física**. El mandar órdenes constantes de movimiento al cerebro, hace que se trabajen los procesos cognitivos y se crean mayores conexiones neuronales, lo que implica el retraso de la demencia.
- **La nutrición**. Se ha demostrado a lo largo de la historia que una buena nutrición proporciona un mejor estilo de vida. Pasa lo mismo con el cerebro, cuanto más energía se le da a través de la alimentación, esta ayudará a que se mantenga estable.
- **El compromiso social e intelectual**. Relacionarse con más personas, intercambiando vivencias y experiencias intelectuales, hace que el cerebro se mantenga activo, evitando los daños que puede ocasionar la demencia.
- **Las actividades de ocio**. Al estar participando en actividades que estimulan los procesos cognitivos, se consigue atrasar el deterioro cognitivo.
- **Estados y enfermedades mentales**. Las personas que sufren de depresión o ansiedad tienen más probabilidad a desarrollar demencia o que esta progrese de manera rápida.

Las enfermedades mentales previas, si se tiene o no DCL, los factores externos e internos de una persona a lo largo de su vida, el ambiente del que se rodea, etc. Todas y

cada una de estas cosas son la explicación del porqué y cómo la demencia va progresando poco a poco en las personas, comenzando con un DCL hasta llegar a EA.

## 2.4. Tipos de demencia

Hay infinidad de tipos de demencias, cada una caracterizada por la zona del cerebro que ha sido afectada y, por los diferentes síntomas que manifiestan. En la siguiente tabla veremos algunos ejemplos de tipos de demencias, la zona del cerebro afectada y algunos ejemplos de las características que las diferencian del resto de demencias. En este caso solo se verán las demencias primarias o degenerativas, pues son las más conocidas y las que se han tratado en el centro gerontológico al cual se ha asistido para esta propuesta de intervención. Para hacer esta tabla se ha cogido la información de trabajos como el de Salud Madrid (2007) y Gil y Martín (2007).

Tabla 1

*Tipos de demencia primarias o degenerativas*

<b>Clasificación/Zona del cerebro afectada</b>	<b>Tipos de demencia</b>	<b>Características</b>
Cortical	Enfermedad del Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su origen es desconocido.</li> <li>• Muestra presencia de trastornos de memoria iniciales, que empiezan de manera cautelosa y avanzan progresivamente.</li> <li>• Se puede ocasionar de manera hereditaria.</li> <li>• Comienza por problemas en la memoria, lenguaje y habla y, visuoespaciales.</li> </ul>
	Demencia por cuerpos de Lewy difusos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por normal general se presenta en forma de demencia en adultos mayores.</li> <li>• No existe cuadro clínico específico.</li> <li>• Presenta problemas de movilidad.</li> <li>• Causa problemas como alucinaciones visuales y auditivas.</li> </ul>
	Demencias Fronto-Temporales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de empatía y apatía</li> <li>• Conducta social inapropiada.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta compulsiva repetitiva.</li> <li>• Cambios en hábitos alimenticios.</li> </ul>
Subcortical	Demencia de la enfermedad del Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predominan los problemas y síntomas motores.</li> <li>• Produce menor esperanza de vida.</li> <li>• Dificultad para tomar decisiones correctas.</li> <li>• Somnolencia durante el día.</li> <li>• Problemas para concentrarse.</li> </ul>
	Enfermedad de Huntington	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es hereditaria</li> <li>• Se produce degeneración neuronal lenta pero progresiva.</li> <li>• Movimientos involuntarios y exagerados.</li> <li>• Se produce una clara desorientación y confusión.</li> <li>• Tiene muchas probabilidades a desarrollar ansiedad o depresión.</li> </ul>
	Parálisis supranuclear progresiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de equilibrio.</li> <li>• Problemas para dirigir la mirada correctamente.</li> <li>• Se pueden producir mareos.</li> <li>• Cambios repentinos de emociones (lloro y alegría sin motivo)</li> <li>• Pérdida de interés en actividades rutinarias y placenteras.</li> </ul>

## 2.5. ¿Qué es la memoria?

Todo nuestro ser gira alrededor de nuestros recuerdos, vivencias y situaciones vividas. Esto es posible gracias a la memoria. Recordar personas, nombres, hechos, objetos, familia, etc., es gracias al trabajo que hace la memoria en nuestro cerebro. Memoria no hay solo una, sino que esta se compone en muchos tipos, cada cual diferenciándose del resto por recordar cosas distintas en tiempos diferentes. Todos estos tipos se explicarán más adelante.

Muchos autores han definido la memoria de manera diferente, algunos centrándose en un solo tipo de memoria y otros, generalizando la definición con todos los

tipos de memoria dentro de ella. Desde el enfoque Freudiano la memoria se percibe como una vía que entra al sistema y permanece para siempre. Desde el enfoque cognoscitivo, la memoria se focaliza en los distintos tipos de almacenamiento, sobre todo en la división entre los almacenes sensoriales a corto y largo plazo. (Ocaña et al, s.f.)

García (s.f., p. 2.) define la memoria como “la capacidad que posee nuestra mente para codificar, almacenar y, posteriormente evocar, buena parte de nuestras vivencias personales y de la información que recibimos a lo largo de nuestra vida”. Por lo que, la memoria sería la habilidad que tiene el cerebro para acoger todo lo que perciben nuestros sentidos, analizarlo y posteriormente guardarlo como en una especie de caja o baúl.

La memoria sigue un proceso para poder memorizar toda la información que percibimos, de esta manera selecciona la información relevante y desecha toda aquella información que no nos es necesaria. Este proceso pasa por tres etapas, según García (s.f.).

- **Codificación.** Momento o paso inicial por el que la información llega al cerebro y se transforma en representaciones mentales.
- **Almacenamiento.** Se trata de archivar y mantener la información para poder acceder a ella cuando sea necesario.
- **Evocación de la información.** Se basa en recuperar o acceder a la información que fue registrada y almacenada, implicado de esta manera un acto de consciencia.

## 2.6. Tipos de memoria

Como se ha comentado en el apartado anterior, la memoria no es solo una, sino que existen diferentes tipos de memoria, pero con la característica principal en común, almacenar y guardar información, aunque sea por un periodo de pocos segundos.

- **Memoria a corto plazo.** Es la memoria que se encarga de la información recibida por poco tiempo, siendo este de minutos e incluso segundos. Tiene una capacidad muy limitada. Ej. Que es lo que cada canal está retransmitiendo en la TV antes de elegir cadena.
- **Memoria a largo plazo.** Se encarga de recordar la información después de un largo periodo de tiempo, donde la persona no ha seguido prestando atención a dicha información. Ej. Recordar cómo se monta en bicicleta o cómo se conduce una moto.

- **Memoria de trabajo.** Esta memoria hace referencia al almacenamiento temporal de datos y la coordinación. La información que se guarda tiene que ver con el lenguaje y los estímulos visio-espaciales.
- **Memoria remota.** Esta memoria hace referencia a los conocimientos que se aprenden años antes a una lesión cerebral.
- **Memoria reciente.** Al contrario que la anterior, esta memoria almacena la información poco después de una lesión cerebral.
- **Memoria semántica.** Se almacena la información sobre hechos o sucesos experimentados en un momento concreto. No solo eso, sino que también guarda información relevante del vocabulario y el significado de las palabras. Ej. Cuando se descubrió América.
- **Memoria episódica.** Es la memoria encargada de recordar hechos concretos. Ej. Lo que se ha comido en el mismo día.
- **Memoria explícita.** Esta memoria se encarga de recuperar la información a través del recuerdo de forma consciente.
- **Memoria implícita.** Al contrario que la anterior, es una memoria que no necesita de una recuperación consciente de información para el recuerdo.
- **Memoria verbal.** Como bien especifica su nombre, se trata de la memoria encargada de almacenar información en forma de palabras, ya sea de manera escrita u oral.
- **Memoria procedimental.** Es la encargada de guardar información acerca de las habilidades y destrezas de uno/a mismo/a. Ej. Ir en bicicleta.

## **2.7. Entrenamiento de la memoria**

Se podría decir que este es uno de los puntos más importantes de todo este trabajo, pues uno de los objetivos principales es mantener la memoria a base de distintos entrenamientos. Entrenar la memoria puede resultar muy fácil, pues con cualquier ejercicio que requiera un poco de pensamiento lógico, ya se está trabajando.

En las personas mayores se produce una situación que puede pasar desapercibida, pero puede causar mucho daño a la memoria. Las personas mayores tienen la creencia de ser incompetentes en las tareas que requieren de la memoria, Ochoa et al., (2005), sostienen que las creencias que tienen las personas mayores sobre su memoria pueden llegar a influir en el desempeño de esta, ya sea para promoverlo o entorpecerlo. También explican que las creencias negativas de las personas mayores pueden reducir el

esfuerzo que le dediquen a las tareas de memorias rutinarias, por tener bajas expectativas sobre su memoria.

Con esta idea, podemos saber que las personas mayores pueden ser más propensas a rechazar entrenamientos de memoria, considerándolo innecesario por la edad. Aunque existen muchas maneras de mejorar y entrenar la memoria de manera indirecta, por lo que ni siquiera se tienen que dar cuenta de que la están entrenando, facilitando el trabajo por ambas partes, tanto por la persona encargada de ayudar a entrenar y mejorar la memoria, como por la parte de la persona mayor.

García (s.f.) nos da algunas ideas de cómo mejorar la memoria. En primer lugar, se podrían hacer ejercicios en los que tengan que prestar atención a los estímulos que les rodean. En segundo lugar, hacer ejercicios para mejorar el estado emocional también ayuda e influye en el mantenimiento de la memoria. El estar emocionalmente estable hace que el cerebro se mantenga sano y en funcionamiento. En tercer lugar, se pueden usar estrategias de memoria, como la visualización, categorización, asociación y agrupación de información. Estas estrategias de contraste, asociaciones y sistemas de agrupación hacen que la memoria esté trabajando constantemente en pensar dónde irá cada elemento.

Por otro lado, Sánchez (2014), entiende que, para entrenar la memoria, los programas de entrenamiento de memoria son lo más adecuado para conseguir resultados óptimos en tareas como organizar la información, logrando mejorar el rendimiento cognitivo y disminuir las quejas sobre el funcionamiento de su memoria. No solo con actividades de refuerzo de la memoria, sino incluyendo integraciones sociales entre las personas mayores y, pensando en actividades que fomenten el apoyo emocional en estas. Gracias a estos programas se consigue satisfacción por parte de las personas mayores al ser conscientes del autocontrol sobre su memoria.

Algunas estrategias, a parte de los programas de entrenamiento de memoria, para entrenar este nivel cognitivo pueden ser la realización de juegos de mesa (trivial, scattergories, ahorcado, etc.) hacer lista de la compra por categorías, pasatiempos (crucigramas, sopa de letras, etc.), actividades mentales complejas y estimulantes (recordar parejas, hacer puzles, juego de cartas, etc.) Todas estas son ideas que se pueden aplicar para entrenar la memoria, siendo todas ellas fáciles de adaptar a cualquier nivel cognitivo, ya sean personas con demencia leve o grave.

## 2.8. ¿Qué es la percepción?

La percepción, en rasgos generales, se podría decir que, es la manera en la que nuestros sentidos captan la información de todos los estímulos y sensaciones a nuestro alrededor, formando una impresión de la realidad del entorno.

Acosta et al. (2019, p. 29), definen la percepción como “el proceso de extracción activa de información y organización de representaciones para la dotación de significado”. La percepción surge de la interacción física entre el ambiente y los sentidos, pues no es más que el choque entre lo físico y lo mental.

Por otro lado, Jaramillo y Puga (2016), cuentan que la percepción organiza los estímulos y favorece la continuación del proceso cognitivo a través de los sentidos. Es decir, no solo percibe y organiza los estímulos que se reciben del exterior, sino que además esa organización ayuda a que el proceso cognitivo continúe, trabajando varias habilidades a la vez.

En cambio, Cadena (2015), entiende la percepción como la sensación completa, siendo distinta de la sensación, equiparándose a la estimulación de los sentidos. Para diferenciar la percepción de la sensación, la RAE define la sensación como la impresión que percibe un ser vivo cuando uno de sus órganos receptores es estimulado. Es decir, mientras que la percepción implica a todos los sentidos, la sensación implica solo uno o varios sentidos.

Es necesario remarcar que la percepción es la interpretación significativa y única que cada persona interpreta, por lo que es un proceso personal e individualizado. Además, no solo se recoge la información de los estímulos externos, sino que la persona pasa por un proceso mental complejo en el que tienen que averiguar la forma de actuar frente a esos estímulos.

La psicología de la Gestalt está muy interesada en los procesos cognitivos de la percepción, centrándose sobre todo en la percepción visual, cómo se producían algunos movimientos en imágenes inmóviles y, sobre todo, como captaban las personas esas imágenes en movimiento.

La percepción visual ha sido el campo más estudiado desde la Gestalt, teorizando sobre los distintos fenómenos perceptivos como el movimiento aparente (fenómeno phi) o la ley de la Prägnanz, llamada ley de la buena forma, por la que un dibujo complejo y sin significado es percibido como una agrupación de formas

con sentido: formas geométricas o esquemas de objetos reales. (Cadena, 2015, p. 17).

En conclusión, podemos decir que la percepción es el proceso individual por el que cada persona integra y analiza la información de los estímulos que percibe a través de los sentidos para, posteriormente, dar una respuesta a tales estímulos previamente analizados.

## **2.9. La percepción en personas mayores**

Con la percepción en las personas mayores ocurre lo mismo que con la memoria. Los adultos mayores, al creer que el envejecimiento les puede deteriorar, crean una falsa imagen de ellos/as mismos/as, lo que conduce a que no quieran trabajar las habilidades necesarias y, por lo tanto, el deterioro cognitivo avance.

El tener pocas esperanzas y falsa imagen de uno mismo, afecta a la salud mental, lo que influye en la percepción. Acosta et al. (2019) señalan que la percepción se ve influida por la salud mental y la capacidad funcional que tienen las personas mayores, asociándose a distintas variables como la autoestima, la depresión, la satisfacción con la vida y el apoyo social. Por lo que se puede ver que no solamente la imagen de uno/a mismo/a afecta a la percepción, sino las personas que nos rodean, su forma de actuar y pensar y el trato que tiene hacia uno/a mismo/a influye de manera muy significativa en la percepción de las personas mayores.

Tan importante es la salud mental y la actitud positiva hacia el envejecimiento, que pueden ser factores que puedan salvar el avance del deterioro cognitivo en el caso de que pueda aparecer. Así lo afirman Acosta et al. (2019, p. 30), “parte del deterioro cognitivo se va a ver muy presente en este dominio cognitivo, debido a que una percepción y actitud negativa frente a la vejez por parte de los adultos mayores influirá en el desarrollo de las enfermedades neurodegenerativas”.

Otros factores que pueden influir en la percepción en las personas mayores pueden ser, según Cadena (2015) son:

- Experiencias y traumas.
- Trastorno de estrés Post-traumático.
- Teoría del apego.
- La disposición y los desórdenes afectivos.

En conclusión, se puede decir que la percepción de un/a adulto/a mayor se trabaja desde la imagen que se tenga de uno/a mismo/a y las relaciones que establezca, el comportamiento y pensamiento de estas.

## **2.10. Cómo estimular cognitivamente la percepción en personas mayores.**

Para la estimular la percepción en las personas mayores, se deben de seleccionar una serie de ejercicios, que no juegos, que ayuden a las personas a ejercitar la mente en relación con las habilidades que tengan conexión con la percepción. Algunos de los ejercicios que se pueden hacer son:

- Ejercicios de **localización espacial**. Desde cuadrículas sencillas hasta las más complejas, se dividen dos cuadrículas exactamente iguales, una de ella contiene números y la otra, círculos. Las personas que hagan el ejercicio tendrán que decir el número correspondiente a la casilla donde se encuentra el círculo de la otra cuadrícula.
- Ejercicios de **conceptos espaciales**. En ellos tendrán que localizar el lugar que se les señala. Ejemplo. Se dibuja un cuadro con un punto a la izquierda fuera de él, pues la persona tiene que decir donde está. En este caso, fuera a la izquierda.
- Ejercicios de **rastreo visual**. En este caso, se seleccionará una figura, la cual tendrán que encontrar dentro de una red de figuras distintas entre ellas.
- Ejercicios de **comparación de figuras**. Se selecciona una o varias figuras, que pueden estar representadas de una o más formas, dependiendo del nivel cognitivo con el que se trabaje. Más abajo se encontrarán una serie de figuras mezcladas entre ellas. El objetivo es decir si la figura seleccionada se encuentra o no en el montón y, si el nivel cognitivo es mayor, identificar dónde se encuentran.
- Ejercicios de **dibujos**. Ya sea dibujar algo o simplemente colorear, con estos ejercicios se practican las relaciones espaciales, se toman decisiones sobre lo que se va a pintar o qué color elegir para cada parte del dibujo.
- Ejercicios **musicales**. Practicar la percepción auditiva es fundamental en los adultos mayores. Algún ejemplo puede ser, adivinar la melodía o el cantante o, hacer parejas musicales, es decir, poner diferentes canciones, partirlas en dos y, después decir que dos partes van juntas.
- Ejercicios de **identificación de objetos**. Se tapa los ojos a la persona que vaya a tocar, oler, escuchar, etc., el objeto o sustancia que tenga que adivinar.

Estos son algunos ejemplos que se pueden emplear en caso de que una persona necesite o quiera trabajar la percepción. Todos ellos tienen la fácil adaptación a cualquier nivel cognitivo, yendo desde el deterioro más leve hasta el más complejo.

### **3. RESUMEN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN AUTÓNOMA**

#### **3.1. Contexto del centro**

Las prácticas II del grado de pedagogía se han realizado en el centro gerontológico “El Buen Samaritano”, situado en Churriana. Este centro gerontológico pertenece a Cáritas, organización a manos de la iglesia. Es un hogar para personas mayores que se encuentran en cualquier tipo de dependencia el cual cuenta con tres servicios; Residencia, Unidad de Estancia Diurna y Respiro familiar, aunque este último no se está ofreciendo actualmente por falta de camas y espacio.

El objetivo principal de este centro es poder garantizar a todos/as los/as residentes un espacio de desarrollo personal, respetuoso y cuidadoso de sus habilidades cognitivas y físicas, dándole la mayor importancia a fomentar y trabajar la autonomía de la persona por encima de todo.

En este centro se pueden diferenciar diferentes zonas, entre las que podemos observar a primera vista, los jardines exteriores, en los que se encuentran una gigantesca fuente central y una inmensa variedad de flora, sin olvidarnos de los parques de ejercicios y el huerto, donde todo ha sido cultivado por los/as residentes del propio centro. Una vez entramos al edificio, consta de varias plantas. En la planta baja encontramos el hall, las cocinas, los servicios de lavandería, la recepción, los despachos de trabajo social, administración y dirección, incluyendo la sala de fisioterapia, podología y peluquería. Al pertenecer a Cáritas, no es de extrañar encontrar una capilla cristiana dentro del mismo centro. En la misma planta, también se localizan los vestuarios, la cafetería. En la segunda planta se hallan la enfermería, dentro de uno de los salones y, la sala de medicina.

Centrándonos en los salones del centro, este los divide en cinco, singularizándose cada uno de ellos por estar centrados en atender niveles cognitivos diferentes. Tres de ellos se encuentran en la planta baja y, los otros dos en la planta de arriba, al lado de los dormitorios de todos/as los/as residentes del centro. Los salones, clasificándolos de mayor a menor nivel cognitivo son, Betania, Jerusalén, Nazaret y Monte Sinaí, siendo estos los que se encuentran en la parte de la residencia. La población con la que se ha trabajado en este programa ha sido la perteneciente al salón Jericó, zona de centro de día, la cual queda

aislada de toda la demás residencia. Esta población tiene niveles cognitivos de todos los tipos, por lo que no se ha clasificado con los salones de las líneas superiores.

Cuatro objetivos claves son los que mueven el trabajo en el centro y en la vida diaria de este, que son:

- Participar socialmente de la creación de una visión positiva, ética y digna sobre la persona mayor.
- Ofrecer el cuidado individual y centrado en la persona.
- Promover un estilo de cuidados de calidad y calidez.
- Vivir la vida desde lo cotidiano del día a día.

La población que ampara este centro y, la cual le da vida a esta organización se compone de personas mayores de ambos sexos, siendo la mayoría mujeres (75% mujeres y 25% hombres), con una edad media de 78,6 años los hombres y 82,2 las mujeres. Un 45% de esta población no presenta deterioro cognitivo o se da de manera leve, mientras que un 35% presenta un deterioro moderado y un 20% un deterioro leve.

### **3.2. Particular**

Como ya se ha mencionado antes, dentro de la misma residencia podemos encontrar un salón que trabaja con las personas asistentes al centro de día, este último con el nombre de “Jericó”. Los/as residentes del centro de día tienen prohibido comunicarse con personas externas a este, pero en cambio, personal externo al centro de día, como, por ejemplo, fisioterapeutas, enfermeras y demás profesionales, pueden entrar sin ningún tipo de problema.

El centro de día cuenta con dos salas comunes, el salón y comedor, contando con un baño adaptado a los/as residentes y una especie de almacén, donde se guardan todos los materiales de las actividades, ropa de repuesto de los/as residentes, silla de ruedas, carro de las medicinas y demás instrumentos para mover a personas con movilidad reducida. Fuera de los límites del centro de día, se encuentran ubicados los despachos de la trabajadora social y administración, los vestuarios de esa área del centro, la sala de ordenadores y la sala de fisioterapia.

A la finalización del periodo de prácticas, el centro de día contaba con 23 residentes, 11 mujeres y 12 hombres, estando muy igualada la demanda por género, ya que, como hemos comprobado antes, la residencia acoge a un mayor número de mujeres que de hombres. En cuanto a los niveles cognitivos de este salón, podemos observar una

amplia variedad de niveles cognitivos, pudiendo haber personas sin deterioro cognitivo o muy leve, personas con nivel cognitivo medio e incluso, llegar a tener casos de niveles cognitivos avanzados. Estos casos de nivel cognitivo grave ocupan un 10% de la población del centro de día, teniendo el caso de dos personas con demencia agresiva dentro de ese 10%. Para estas personas se piensan en seguimientos más personalizados al resto de residentes y una serie de actuaciones individualizadas teniendo en cuenta sus características y comportamiento mostrado diariamente.

El personal que controla el centro de día se divide en tres personas, más las alumnas de prácticas. En primer lugar y como jefa del salón, la trabajadora social es la encargada y responsable de este salón. Dentro de sus funciones está, preparar el desayuno por las mañanas, tener un control sobre los datos de todos/as los/as residentes y contactar con las familias, atender los ingresos de nuevos/as residentes y, por último, asistir a las reuniones del todo el centro gerontológico. En general, ella es la que se encarga de todo lo que pasa y deja de pasar en este salón, teniendo poder de control. Las siguientes en la línea jerárquica se sitúan las auxiliares de enfermería, normalmente siendo dos, pero turnándose entre tres. Para finalizar, en el último lugar de la jerarquía, nos encontramos las alumnas de prácticas, siendo cuatro al final del periodo de prácticas, dos de pedagogía, una de trabajo social y otra de auxiliar de enfermería, cada una con su respectiva función. En el caso de las pedagogas, nuestra función es programar y desarrollar actividades diarias adaptadas a los distintos niveles cognitivos.

La independencia y la autonomía son los objetivos principales que trabaja el centro de día. Toda persona que pueda hacer actividades o realizar acciones cotidianas por sí mismo, no necesitan ser tratados como alguien dependiente. Se fomenta la libertad y la libre elección por encima de todo, cada persona es libre de decidir qué hacer y en el momento en el que lo va a hacer. Interrumpir las preferencias de cada persona no entra en la filosofía de este salón.

### **3.3. Objetivos**

El objetivo general de esta propuesta de intervención es **“Estimular los procesos cognitivos de la memoria y la percepción”**.

Los objetivos específicos son:

- Mantener las capacidades cognitivas actuales de memoria y percepción.
- Fomentar la autonomía y la independencia.

- Trabajar las habilidades sociales.
- Promover el envejecimiento activo.
- Estimular y mantener la memoria
- Trabajar la percepción del entorno.
- Identificar los diferentes estímulos.

### **3.4. Contenidos, Metodología, Actividades, Recursos, Temporalización y Evaluación.**

Los contenidos estaban basados en los objetivos específicos de cada una de las actividades de la propuesta de intervención, siendo cada uno de estos contenidos específicos para cada actividad.

Los contenidos de la propuesta de intervención, como se detallan en el trabajo académico de González Romero (2022), se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 2

*Contenidos propuesta de intervención*

<b>Actividades</b>	<b>Contenidos</b>
Búsqueda de flores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación y cooperación</li> <li>- Selección, organización</li> <li>- Categorización</li> </ul>
Descubre la solución	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memoria procedimental</li> <li>- Psicomotricidad gruesa</li> <li>- Percepción táctil</li> <li>- Pensamiento crítico</li> <li>- Independencia</li> </ul>
Rosquilla de palabras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memoria semántica</li> <li>- Participación</li> <li>- Pensamiento crítico</li> <li>- Reflexión</li> <li>- Asociación</li> </ul>
Las niñas dicen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicomotricidad gruesa</li> <li>- Memoria inmediata</li> <li>- Percepción visual</li> <li>- Atención activa y voluntaria</li> </ul>

	- Atención sostenida
Descubre el tesoro	- Identificación táctil - Memoria a corto plazo - Interacción

Las metodologías que se diseñaron para la propuesta de intervención y que funcionaron muy bien fueron la **metodología participativa** y el **aprendizaje experiencial**, pues en las personas mayores lo que mejor funciona es la relación de contenidos con lo que ya saben. La experiencia juega un papel fundamental en la última etapa de la vida, siendo esta la que mueve decisiones y comportamientos. Conociendo este dato, se optó por esta metodología, junto con la metodología participativa, puesto que, uno de los objetivos específicos era la participación activa de la mayoría de las personas que componen el centro.

Pasando a las actividades, se eligieron cinco actividades para la propuesta de intervención, de las cuales solo dos tuvieron éxito y las demás o no funcionaron de la manera esperada o fallaron algunos factores que se analizarán más adelante.

Cada actividad estaba pensada con diferentes contenidos, los cuales se han señalado anteriormente en la tabla 2, centrándose todas ellas en los procesos cognitivos de memoria y percepción, como se ha señalado en el apartado de marco teórico. Cada actividad estaba centrada en una habilidad diferente que se debe de trabajar con las personas mayores, debido a que la pérdida o disminución de sus niveles cognitivos hacen que las zonas del cerebro afectadas sean las encargadas de trabajar esas habilidades. Habilidades como por ejemplo el lenguaje, los cálculos lógico-matemáticos o cuentas aritméticas, la percepción de estímulos, etc. Se ha de señalar que las actividades centradas en la población de esta edad no se piensan para que aprendan o mejoren, ya que la demencia lo hace prácticamente imposible, sino para que se estimulen los procesos cognitivos e intentar que los niveles cognitivos y la demencia no avancen rápidamente. Nuestra función con estas actividades es disminuir la velocidad del deterioro cognitivo.

Con esto aclarado, las actividades que se trabajaron en la propuesta de intervención inicial fueron:

Tabla 3

*Actividades Propuesta de Intervención*

Búsqueda de flores	Descubre la solución	Rosquilla de palabras	Las niñas dicen	Descubre el tesoro.
--------------------	----------------------	-----------------------	-----------------	---------------------

“Búsqueda de flores”, “Las niñas dicen” y “Descubre el tesoro”, son actividades que se pensaron para trabajar más la percepción que la memoria, pues son actividades que en las que tienen que interpretar los estímulos que suceden alrededor, aunque esta última también se trabaja mientras se realizan. Más concretamente, “Búsqueda de flores” trabaja la memoria a largo plazo para el recuerdo de los nombres de las diferentes flores y, “Las niñas dicen” y “Descubre el tesoro”, trabajan la memoria a corto plazo, ya que tienen que recordar los movimientos y objetos que han visto momentos antes.

Por otro lado, “Descubre la solución” y “Rosquilla de palabras”, trabajan más la memoria que la percepción, pues tienen que recordar cuentas numéricas y palabras que no suelen usar en su día a día. Aunque, al igual que las actividades anteriores, también se trabaja el otro proceso cognitivo, la percepción, a través de los diferentes recursos que usamos para apoyarnos en las actividades. De esta manera, tienen que observar lo que hay a su alrededor o delante para que se puedan apoyar en ellos mientras ejercitan la memoria, siendo estos recursos perceptivos una ayuda en sus recuerdos.

En cuanto a los recursos que se acaban de comentar, la mayoría de ellos fueron de apoyo visual y auditivo en las actividades, pues quedó demostrado con las actividades previas realizadas en el centro como ensayos para comprobar los ejercicios que podían funcionar y los que no, que el darles cualquier material a las personas mayores a la misma vez que tienen que atender un juego, no funciona. Esto se debe a que concentran su atención en una sola cosa y no son capaces (con la población de este caso) de ejecutar varias tareas al mismo tiempo.

Tabla 4

*Recursos Propuesta de Intervención*

<b>Recursos</b>	<b>Unidades</b>
Micrófono	1
Dado	1
Pizarra	1
Pinturas	2
Pedagogas	2
Tela	2
Rotuladores de pizarra	3
Jarrones/Centros de mesa	2-3
Cartulinas	2-3
Herramientas de jardinería	3-4
Guantes de jardinería	3-4
Cajas de cartón	4-5
Objetos blandos	5
Objetos duros	5

Para hablar de la temporalización, referenciaremos a González Romero (2022), que explica en una tabla cuándo se realizaron las actividades y la duración de cada una de ellas.

Tabla 5

*Temporalización Propuesta de Intervención*

<b>Sesión</b>	<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>
18 de abril	Búsqueda de flores	Turno de mañana: ½ h Turno de tarde: 1h
19 de abril	Descubre la solución	20 minutos
20 de abril	Rosquilla de palabras	20/30 minutos
21 de abril	Las niñas dicen	20 minutos
22 de abril	Descubre el tesoro	30 minutos/1h

La propuesta de intervención se realizó la misma semana debido a actividades internas del centro, algo que también se analizará y evaluará más adelante en el apartado

de evaluación. Se decidió que era lo más correcto para no interferir continuamente en las rutinas de los/as residentes, pues son muy sensibles a los cambios de rutina.

A parte de la tabla 5, la temporalización se puede visualizar de manera más clara a través de un cronograma donde se señalan los días en los que se realizarán todas las actividades.

Tabla 6

*Cronograma Propuesta de Intervención*

<b>Día/Actividad</b>	<b>Lunes 18</b>	<b>Martes 19</b>	<b>Miércoles 20</b>	<b>Jueves 21</b>	<b>Viernes 22</b>
Búsqueda de flores					
Descubre la solución					
Rosquilla de palabras					
Las niñas dicen					
Descubre el tesoro					

En lo concerniente a la evaluación de las actividades y de los/as residentes, que no de la propuesta, se llevó a cabo tres tipos de evaluación distintas, evaluación inicial, continua y final. En la tabla 7 se pueden ver de manera resumida, los factores que se analizaron en cada una de las evaluaciones y los instrumentos de evaluación que se llevaron a cabo en cada una de ellas.

Tabla 7

*Evaluación Propuesta de Intervención*

<b>Ev. Inicial</b>	<b>Ev. Continua</b>	<b>Ev. final</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Observación directa</b> de los patrones comportamentales que adoptaba cada residente para poder efectuar actividades detalladamente.</li> <li>- Uso de test <b>Mini-Mental</b>, para descubrir</li> </ul>	<p>Diferentes tipos de <b>actividades</b> donde se comprobaba tanto su memoria como su percepción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ev. Cuantitativa</b>, midiendo el número de personas que participaban</li> <li>- <b>Ev. Cualitativa</b>, midiendo el agrado que tenía la actividad en los/as residentes.</li> </ul>

el nivel cognitivo de cada persona.		
-------------------------------------	--	--

Con la evaluación terminamos este apartado, resumiendo de manera muy breve todo lo pensado con respecto a la propuesta de intervención, llevándose a cabo finalmente como se planteó en este resumen.

En el siguiente apartado veremos qué factores han sido los que más han fallado de la propuesta de intervención en conjunto, habiendo relacionado de antemano todos los fallos de cada una de las actividades programadas.

#### **4. EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN AUTÓNOMA**

La evaluación de la propuesta, en lo concerniente a las actividades que esta contiene, se llevó a cabo a través de diferentes checklist y recogida de observaciones, pudiendo ver las diferencias en las distintas actividades en cuanto a la satisfacción de los/as residentes.

En cuanto a la evaluación de la propuesta de intervención como conjunto, se optó por realizar un análisis DAFO, el cual mide los aspectos internos, externos, positivos y negativos de la propuesta en este caso. Como resultado de este análisis, se pudo ver todos los aspectos que fallaron. Son tres los aspectos que más fallaron en la propuesta de intervención. En primer lugar, la temporalización, ni el momento del día, ni los días en los que se llevaron a cabo, ni el tiempo planificado para la ejecución de las actividades funcionó. Este aspecto fue un completo desastre. En segundo lugar, nos encontramos con la falta de segundas opciones en caso de que alguna actividad no se pudiera llevar a cabo por factores externos. Por último y tercer lugar, el sistema de evaluación no fue el correcto, pues no se contó con instrumentos usados anteriormente para comparar los resultados de los niveles cognitivos ni se recogió la suficiente información para poder ver resultados.

La temporalización, no funcionó en ningún sentido. En primer lugar, optar por hacer las cinco actividades de la propuesta en una misma semana fue un error, aunque al principio se pensó que esta era la opción más adecuada para no cambiar sus rutinas, lo que resultó siendo todo lo contrario. Los/as residentes mostraron gran desagrado por tener una semana completa llena de actividades que no fuesen las diarias en el centro, expresando el desacuerdo en las mismas actividades. En segundo lugar, el momento del

día elegido tampoco fue el idóneo, debido a que estaba muy cerca del almuerzo, provocando que los/as residentes estuvieran más centrados en la comida que en la actividad y su contenido. Este fallo provoca el siguiente, como si del efecto dominó se tratase. Al estar cerca de la hora del almuerzo, el tiempo planificado para la duración de cada actividad no se cumplió en su mayoría, siendo finalmente menor el tiempo empleado en las actividades del que estaba organizado. Todos los factores que componen la temporalización fallaron particularmente, ocasionando un fallo conjunto al final.

La falta de segundas opciones también fue un contratiempo. En el caso de que una actividad no funcionase, no se tenían opciones a las que recurrir. Aunque se hablara en un principio de planificarlas, finalmente no se crearon. Esto llevó a improvisaciones y cambios de última hora en el mismo día en el que ese iba a desarrollar la actividad, lo que no funcionó y dio claros resultados negativos. El no tener segundas opciones en una actividad, excluyó, de manera no intencional, a la mayoría de los/as residentes. La situación de excluir a mucha gente ya es pare reflexionar, pero si a eso se le suma el no haber pensado en posibles soluciones a esa situación, es de mayor reflexión. Se demostró que la improvisación, aunque puede “salvar” una actividad, no funciona, por lo que no es una opción viable que se pueda considerar para una próxima vez.

Por último, el sistema de evaluación no se pensó de manera adecuada. Se utilizaron solo dos sistemas de evaluación, checklist, las cuales ni siquiera marcaba ítems reales y coherentes con los objetivos de la propuesta y, la recogida de datos por observación directa, lo que después daría información para las evaluaciones cuantitativa y cualitativa. Con este tipo de evaluaciones no se comprueba si la propuesta de intervención y/o las actividades cumplen el objetivo general, mantener los niveles cognitivos. Por lo que, al no usar instrumentos que comprueben si se ha logrado el objetivo, no se puede decir si la propuesta de intervención ha sido buena o no. Los ítems de las checklist, no recogían los suficientes datos sobre los niveles cognitivos y las adaptaciones de las actividades en base a estos niveles cognitivos, por lo que, al no tener esos datos, se carece de información para poder mejorar algunos aspectos de las actividades.

González Romero (2022), explica el análisis DAFO en la siguiente tabla.

Tabla 8.

*Análisis DAFO*

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha habido falta de segundas opciones en caso de que alguna actividad falle.</li> <li>- Las explicaciones de las actividades no estaban adaptadas al nivel de comprensión de los/as residentes.</li> <li>- La temporalización no estaba bien organizada. Han sido muchos ejercicios en una sola semana.</li> <li>- Se ha utilizado un sistema de evaluación erróneo. No se ha tenido en cuenta los instrumentos usados anteriormente para descubrir y controlar el nivel cognitivo.</li> <li>- Los recursos humanos no han sido considerados. Se ha dado falta de personal en alguna actividad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semana de cierre del centro por brote de COVID en la unidad.</li> <li>- Se empezó una obra en la vía transitable para acceder al jardín, lo que impidió mover a los residentes que van en silla de ruedas.</li> <li>- Se han dado faltas de respeto continuas entre los/as residentes (interrupciones)</li> <li>- Ha habido interrupciones por parte de las compañeras en las actividades de la propuesta de intervención. No nos dejaban terminar las actividades.</li> <li>- Operación de cadera de una residente le impide venir al centro durante la semana de la propuesta de intervención.</li> </ul>
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se han cumplido todos los objetivos.</li> <li>- El número de objetivos ha sido muy bueno.</li> <li>- Los niveles de dificultad se han adaptado a los diferentes grupos de niveles cognitivos.</li> <li>- Los recursos han sido adecuados y han estado adaptados a las necesidades de los/as residentes.</li> <li>- Las metodologías han sido adecuadas.</li> <li>- Todas las actividades estaban adaptadas a las características y necesidades de los/as residentes.</li> <li>- Todos los contenidos estaban adaptados a la perfección a las características y necesidades de los/as residentes.</li> <li>- El número de actividades ha sido el adecuado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El centro proporcionaba los recursos necesarios para la propuesta de intervención.</li> <li>- Ayuda recibida por parte de compañeras de prácticas de otras carreras.</li> <li>- Ayuda de indicaciones de intervención recibida por parte del director del centro.</li> <li>- Proporción de información sobre enfermedades, ictus, etc., por parte de las auxiliares para la creación de la propuesta de intervención adaptada a sus necesidades.</li> </ul>

## 5. DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

### 5.1. Destinatarios

Los destinatarios o la población a la que va dirigida la nueva propuesta de intervención son las personas de la tercera edad, residentes del centro gerontológico, “El Buen Samaritano”.

Lo que distingue a la población adulta es la gran variedad de niveles cognitivos que nos podemos encontrar y, la diferente sintomatología conductual característica de cada nivel cognitivo. Algo que caracteriza a la unidad con la que se trabaja en este proyecto, es la gran variedad de niveles cognitivos con los que cuenta. Desde la inexistencia de deterioro cognitivo hasta un deterioro grave. Los niveles cognitivos de la población es uno de los factores que más se va a estudiar en la propuesta de intervención, pues gracias a estos sabremos si nuestro objetivo principal se cumple o no.

La población se centra en 23 personas, 12 hombres y 11 mujeres de entre 69 y 91 años, cada uno con un nivel cognitivo diferente, independientemente de su edad, algo que ya hemos comprobado en el marco teórico. El número de personas puede variar levemente, pues el número de ingresos va aumentando, además de la ida de algunas otras.

### 5.2. Objetivos

El objetivo general de esta propuesta de intervención es **“Estimular los procesos cognitivos de la memoria y la percepción”**.

Los objetivos específicos son:

- Mantener las capacidades cognitivas actuales de memoria y percepción.
- Fomentar la autonomía y la independencia.
- Trabajar la memoria a corto y largo plazo.
- Promover el envejecimiento activo.
- Trabajar la percepción del entorno.
- Mantener los niveles cognitivos actuales.

Los objetivos específicos han sufrido una modificación con respecto a la propuesta de mejora original, eliminando tres, dos de ellos cambiados por otros objetivos más reales y coherentes con la nueva propuesta.

### 5.3. Contenidos

Los contenidos de esta mejora se podrán ver en la tabla 9, mostrándose una diferencia en las actividades y contenidos de esta, pues, aunque los contenidos de manera general estaban bien, se ha considerado necesario modificar ciertos aspectos. Los contenidos están basados en los objetivos de cada actividad, por lo que se separarán con relación a estas.

Tabla 9

#### *Contenidos Mejora de la Propuesta de Intervención*

<b>Actividades</b>	<b>Contenidos</b>
¿Qué es lo que huelo?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Asociaciones mentales</li><li>- Agilidad sensorial</li><li>- Memoria a largo plazo</li><li>- Psicomotricidad fina</li></ul>
Rosquilla de palabras	<ul style="list-style-type: none"><li>- Memoria semántica</li><li>- Reflexión crítica</li><li>- Asociación.</li><li>- Reflexión</li></ul>
Descubre la solución	<ul style="list-style-type: none"><li>- Memoria procedimental</li><li>- Psicomotricidad gruesa</li><li>- Percepción táctil</li><li>- Pensamiento crítico</li><li>- Independencia</li></ul>
¿Quién soy?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Memoria sensorial</li><li>- Memoria semántica</li><li>- Percepción del oído</li><li>- Reflexión</li><li>- Atención</li></ul>
Las niñas dicen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Psicomotricidad gruesa</li><li>- Memoria inmediata</li><li>- Percepción visual</li><li>- Atención activa y voluntaria</li><li>- Atención sostenida</li></ul>
Dibuja(2)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Memoria semántica</li><li>- Percepción visual</li><li>- Atención activa y voluntaria</li><li>- Atención sostenida</li></ul>

## 5.4. Metodología

Al comprobar que la metodología a seguir en la propuesta de intervención funcionó de manera correcta, se ha decidido dejar las mismas metodologías a seguir en esta nueva propuesta. No obstante, se ha considerado añadir una metodología más, la cual surge con el mismo nombre que la institución que la ha desarrollado, el método Saraiva. Este se centra en las personas de la tercera edad, a diferencia de las otras dos metodologías que se van a llevar a cabo, la metodología participativa y el aprendizaje experiencial.

Empezamos con el **método Saraiva**, ya que es nuevo en esta propuesta y es el más breve de explicar, pues surgió hace muy poco tiempo. Este método se centra en ofrecer un modelo de atención con un trato humano y profesional, el cual preserve la dignidad de la persona en todo momento y ofrezca alternativas de calidad en cada etapa del proceso de envejecimiento (Saraiva, 2021).

El método Saraiva se basa principalmente en tres pilares fundamentales:

- **Atención centrada en la persona.** La Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) es una metodología que pone como protagonistas y participativos/as a las personas de la tercera edad como un proceso de su propio envejecimiento. Esta metodología hace posible fomentar la autonomía en las personas mayores a través de actividades con sentido y enfocadas hacia sus capacidades y habilidades (Saraiva, 2016).
- **Modelo Housing.** Más bien conocido como “Envejecer como en casa”, se origina en los países nórdicos y tiene como objetivo que las personas se sientan como en casa sin tener que estar en ella. Esto hace posible que las personas se sientan cómodas en el entorno donde se encuentran, creando un ambiente familiar y cercano, haciendo posible el atraso de nivel cognitivo. En lo que concierne a la realización de actividades, el modelo Housing, se dedica a realizar actividades cotidianas y significativas para la persona, creando de esta manera un vínculo con el centro y todas las personas que lo componen.
- **Actividades con sentido.** Cualquier tipo de actividad que se realice en el centro tiene que estar personalizada y adaptada a las necesidades, capacidades e intereses de cada persona que compone el centro. Con esto se consigue que las personas participen, se sientan una parte activa del proyecto y, por lo tanto, se aumenta su felicidad. Según Saraiva (2016), desde un punto de vista integral a través

programas especializados que combinan la estimulación cognitiva, física y multisensorial junto con actividades de ocio activo.

Esta metodología hace posible la propuesta de intervención casi en su totalidad, pues ya se ha visto que en un solo modelo utiliza distintos tipos de metodologías que, combinadas entre sí, hacen realidad el desarrollo y mantenimiento de los niveles cognitivos de las personas mayores.

Seguimos con la **metodología participativa**. Esta es imprescindible en esta propuesta de intervención, debido a que las personas mayores se tienen que sentir partícipes en las actividades que realicen para que estas tengan éxito. Lo fundamental en este proyecto es su participación, pues son ellos y ellas los/as protagonistas.

Para empezar, la metodología activa nos permite colocar a la población con la que se trabaja en el centro del proceso educativo, por lo que se podría definir a la metodología activa como un conjunto de actividades y estrategias que posicionan a la población como centro del proceso de aprendizaje. En otras palabras, la o las metodologías activas pueden ser los métodos o enfoques activos que animan y fomentan a las personas a apropiarse del tema o concepto que se esté trabajando, contribuyendo con sus experiencias personales (Carrasco, 2017).

Por otro lado, Vírveda (2014), define la metodología activa como, “un proceso de trabajo que concibe a los participantes de los procesos como agentes activos en la construcción del conocimiento y no como agentes pasivos, simplemente receptores; de esta forma promueve y procura que todos los integrantes del grupo participe”.

La metodología participativa implica el trabajo con grupos de personas, siendo estas diferentes en cada aspecto de su vida. Las conversaciones y conexiones que se realizan en el momento de aplicar este tipo de metodología hacen posible que se creen lazos más fuertes entre las personas. Además, comparten información y conocimientos totalmente desconocedores, consiguiendo ampliar sus aprendizajes. Como bien explica Abarca (2016), la metodología activa nos invita a dar nuevas miradas, visibilizando los aspectos tradicionalmente ocultos como son las interculturalidades, la vida cotidiana, las percepciones e intuiciones, las subjetividades, la historiografía de una persona y la diversidad entre las personas, entre otras muchas más cosas.

Esta metodología va mucho más allá del simple hecho de hacer partícipe a toda la población y, de que esta última entienda su papel, sino que traspasa niveles de

conocimiento e implicación más profundos. El uso de esta metodología hace que se activen funciones neuronales que, en los cerebros de las personas mayores, se deben trabajar de manera prioritaria.

La metodología participativa pretende descifrar desde el interior de los procesos de intervención social su sentido, interviniendo activa y conscientemente en su transformación, haciendo de las actividades espontáneas de las personas un proceso consciente. La metodología participativa implica esfuerzos permanentes y sistemáticos de análisis, estudio, reflexión sobre la realidad, los proyectos, programas y prácticas (Abarca, 2016, p. 94).

Dejando claro qué es la metodología activa y todo lo que aporta, el aprendizaje experiencial es el siguiente método que ha sido usado en la propuesta de intervención.

El **aprendizaje experiencial** o **aprendizaje basado en la experiencia**, surge con la idea de David A. Kolb, psicólogo social especializado en el aprendizaje experiencial, educación profesional y ejecutiva y la naturaleza del cambio social e individual.

Siguiendo las palabras de Gómez (2003), el aprendizaje experiencial se centra en dar la importancia al papel que juega la experiencia en el proceso de aprendizaje. De este mismo modo, el aprendizaje se da cuando surge un proceso por medio del que construimos el conocimiento mediante un proceso de reflexión y de “dar sentido” a nuestras experiencias.

Esta metodología es realmente buena en las personas o adultos mayores, puesto que hace recordar sus vivencias y conocimientos y, relacionarlos con el contenido o actividad que se realiza. A parte, le da importancia a todo tipo de actividades motrices, artísticas, lúdicas, acertijos, juegos de ingenio e inteligencia, además de otras estrategias que conllevan a aprendizajes realmente significativos y duraderos (Anatolievna, 2016). Aunque el objetivo final de este proyecto no sea desarrollar aprendizajes duraderos debido a la demencia progresiva de los/as residentes, sí lo es crear actividades y ejercicios que aporten aprendizajes significativos y relevantes, que les mantenga activos/as y trabajen todas las habilidades posibles a través de la gran diversidad de actividades que se pueden desempeñar.

Siguiendo esta misma línea, la participación activa es la manera más efectiva de lograr el aprendizaje. “El aprendizaje experiencial ofrece oportunidades individuales para internalizar ideas que provienen de la vivencia” (Anatolievna, 2016). Sin participación

activa por parte de los/as residentes, no se podría llevar a cabo la metodología experiencial, pues no se compartirían vivencias, por lo que no se reflexionaría ni se daría sentido a lo que se está haciendo con lo ya vivido.

Por último, al igual que con la metodología activa, en el aprendizaje experiencial participan muchos procesos cognitivos que no son tan visibles pero que sin ellos no sería posible la utilización de esta metodología. La reflexión es la habilidad central en este proceso, la cual da sentido a las exposiciones directas de las situaciones que vivimos, las cuales después de un largo proceso, analizamos y recordamos.

Aprendizaje experiencial significa construcción, adquisición y descubrimiento de nuevos conocimientos, habilidades y valores, a través de vivencias reflexionadas de manera sistémica. En otros términos, significa que los aprendizajes son el resultado de la exposición directa ante situaciones que permitan que la persona se involucre, que viva, que ponga todos sus sentidos en funcionamiento y, que pueda generar espacios de reflexión sobre su hacer. (Anatolievna, 2016, p. 23).

El empleo de estas tres metodologías es posible gracias a su adaptación al uso en personas mayores y al espacio en el que se encuentran y conviven, cosa que es realmente difícil. La mayoría de las metodologías están centradas en el aula y los/as alumnos, con el objetivo de proporcionar nuevos conocimientos, pero en el caso de esta propuesta, el centro del proyecto es mantener los niveles cognitivos a través de diferentes actividades que les estimulen lo suficiente y, sobre todo, les divierta.

### 5.5. Actividades

Las actividades están pensadas para incluir a todo el mundo, habiendo adaptaciones dentro de las propias actividades, independientemente de su nivel cognitivo.

Se tendrá en cuenta 15/20 minutos adicionales e independientes de las actividades, que se usarán para el transporte y traslado de los/as residentes de la sala donde se encuentren al salón.

Nombre de la actividad		¿Qué es lo que huelo?	
Sesión	Duración	Organización	Espacio
6 de junio	20 – 45 minutos	Grupal	Salón
Recursos		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuencos</li> <li>- Especias</li> <li>- Jabón</li> <li>- Micrófono</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altavoz</li> </ul>
<b>Objetivo/s</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener las capacidades cognitivas actuales de memoria y percepción</li> <li>- Trabajar la memoria a corto y largo plazo</li> <li>- Trabajar la percepción del entorno</li> </ul>
<b>Contenidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asociaciones mentales</li> <li>- Agilidad sensorial</li> <li>- Memoria a largo plazo</li> <li>- Psicomotricidad fina</li> </ul>
<b>Descripción</b>	<p>Se elegirán distintas sustancias u objetos que se depositarán en un recipiente o en las mismas manos de los/as residentes y, estos, a través del tacto y el olor, tendrán que descubrir de lo que se trata.</p> <p>Se les dirá el tipo de sustancia que se utilizarán antes de realizar el ejercicio.</p>
<b>Observaciones / Adaptaciones</b>	Se usará el micrófono y altavoz para que la explicación llegue a toda la sala, especialmente para las personas con problemas de audición.
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blog de notas</li> <li>- Check list</li> <li>- Observación directa</li> <li>- Listado de niveles cognitivos</li> </ul>

<b>Nombre de la actividad</b>		Rosquilla de palabras	
<b>Sesión</b>	<b>Duración</b>	<b>Organización</b>	<b>Espacio</b>
9 de junio	30– 45 minutos	Grupal	Salón
<b>Recursos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pizarra</li> <li>- Rotuladores</li> <li>- Cartón (para hacer el rosco)</li> <li>- Pinturas</li> <li>- Lista de palabras</li> </ul>	
<b>Objetivo/s</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener las capacidades cognitivas actuales de memoria y percepción</li> <li>- Fomentar la autonomía y la independencia</li> <li>- Trabajar la memoria a corto y largo plazo</li> <li>- Mantener los niveles cognitivos actuales</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memoria semántica</li> <li>- Asociación</li> <li>- Pensamiento crítico</li> <li>- Reflexión</li> </ul>	
<b>Descripción</b>		El “mini rosco” es una adaptación al rosco del programa de televisión “Pasapalabra”. El rosco solo constará con las vocales del abecedario, siendo un ejercicio inclusivo	

	y adaptado a todos los niveles cognitivos de la unidad. Cada vocal contará con cinco palabras. Se hará una distribución homogénea de grupos en cuanto a su nivel cognitivo.
<b>Observaciones / Adaptaciones</b>	Se utilizará el micrófono y altavoz para las personas con problemas de audición.
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ev. Diagnóstica</i>: se tendrán en cuenta los resultados de los Mini-Mental y se compararán los niveles de esta actividad.</li> <li>- <i>Ev. Formativa</i>: se valorará la memoria semántica y el desarrollo del pensamiento crítico</li> <li>- <i>Ev. Sumativa</i>: se evaluará el proceso y la consecución de objetivos</li> <li>- Checklist</li> </ul>

Nombre de la actividad		Descubre la solución	
Sesión	Duración	Organización	Espacio
14 de junio	30 – 45 minutos	Grupal	Salón
<b>Recursos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dado</li> <li>- Pizarra</li> <li>- Rotulador de pizarra</li> <li>- Lista con cuentas/operaciones básicas</li> </ul>	
<b>Objetivo/s</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener las capacidades cognitivas actuales de memoria y percepción</li> <li>- Trabajar la memoria a corto y largo plazo</li> <li>- Mantener los niveles cognitivos actuales</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memoria procedimental</li> <li>- Psicomotricidad gruesa</li> <li>- Percepción táctil</li> <li>- Pensamiento crítico</li> <li>- Independencia</li> </ul>	
<b>Descripción</b>		<p>En este juego lógico-matemático tendrán que hacer operaciones aritméticas sencillas mediante tres tipos de ejercicios. La primera, cuentas normales (20-10). En la segunda se dibujarán cajas en la pizarra en la que se dibujarán un número determinado de bolas. En la tercera, se escribirá en la pizarra una secuencia de números del 1 al 10, donde haya uno o dos números sin escribir, los cuales tienen que descubrir. Cada uno de estos tres, tendrán dos colores del dado.</p>	

	Los/as residentes se dividirán en tres grupos, dependiendo de su nivel cognitivo. Las cuentas de cada grupo estarán adaptadas a su respectivo nivel.
<b>Observaciones / Adaptaciones</b>	Las personas que sufran un nivel de demencia avanzado solo tendrán que decir el número inferior o superior del que se le diga.
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ev. Diagnóstica</i>: se tendrán en cuenta los resultados de los Mini-Mental y se compararán los niveles de esta actividad.</li> <li>- <i>Ev. Formativa</i>: se valorará la memoria semántica y el desarrollo del pensamiento crítico</li> <li>- <i>Ev. Sumativa</i>: se evaluará el proceso y la consecución de objetivos</li> <li>- Checklist</li> </ul>

<b>Nombre de la actividad</b>		<b>¿Quién soy?</b>	
<b>Sesión</b>	<b>Duración</b>	<b>Organización</b>	<b>Espacio</b>
17 de junio	30 minutos	Grupal	Salón
<b>Recursos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Micrófono</li> <li>- Altavoz</li> <li>- Pizarra</li> <li>- Rotulador de pizarra</li> </ul>	
<b>Objetivo/s</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover el envejecimiento activo</li> <li>- Trabajar la percepción del entorno</li> <li>- Fomentar la autonomía y la independencia</li> <li>- Mantener las capacidades cognitivas actuales de memoria y percepción</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memoria sensorial</li> <li>- Memoria semántica</li> <li>- Percepción del oído</li> <li>- Reflexión</li> <li>- Atención</li> </ul>	
<b>Descripción</b>		<p>Los/as residentes tendrán que adivinar quien es la persona que está hablando solo por la voz. La persona que hable debe de ser otro residente, recordando así las voces de cada uno/a.</p> <p>Pueden ser palabras aleatorias o datos importantes entre ellos, facilitando así la adivinanza.</p>	
<b>Observaciones / Adaptaciones</b>		A las personas con un nivel de demencia más avanzado se les pedirá que repitan la palabra dicha y elijan a la siguiente persona en adivinar.	
<b>Evaluación</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ev. Sumativa</i>: se evaluará el proceso y la consecución de objetivos</li> <li>- Checklist</li> </ul>	

	- Observación directa
--	-----------------------

Nombre de la actividad		Las niñas dicen	
Sesión	Duración	Organización	Espacio
21 de junio	20 minutos	Grupal	Salón/jardín
<b>Recursos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Micrófono</li> <li>- Altavoz</li> </ul>	
<b>Objetivo/s</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la autonomía y la independencia</li> <li>- Promover el envejecimiento activo</li> <li>- Mantener los niveles cognitivos actuales</li> <li>- Trabajar la memoria a corto plazo</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicomotricidad gruesa</li> <li>- Memoria inmediata</li> <li>- Percepción visual</li> <li>- Atención activa y voluntaria</li> <li>- Atención sostenida</li> </ul>	
<b>Descripción</b>		Los/as residentes tendrán que imitar los movimientos que vean de las personas encargadas de la actividad. Tendrán que prestar atención y recordar los movimientos que se ejecutan. Cada residente podrá adaptar los movimientos a su nivel de movilidad.	
<b>Observaciones / Adaptaciones</b>		Los movimientos estarán pensados para personas con problemas de movilidad, de manera que puedan ser adaptados y todo el mundo participe.	
<b>Evaluación</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ev. Diagnóstica:</i> se tendrán en cuenta los resultados de los Mini-Mental y se compararán los niveles de esta actividad.</li> <li>- <i>Ev. Formativa:</i> se valorará la memoria semántica y el desarrollo del pensamiento crítico</li> <li>- <i>Ev. Sumativa:</i> se evaluará el proceso y la consecución de objetivos</li> <li>- Checklist</li> </ul>	

Nombre de la actividad		Dibuja(2)	
Sesión	Duración	Organización	Espacio
23 de junio	30 – 40 minutos	Grupal	Salón
<b>Recursos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pizarra</li> <li>- Rotuladores de pizarra</li> <li>- Tarjetas con dibujos</li> <li>- Micrófono</li> <li>- Altavoz</li> </ul>	
<b>Objetivo/s</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la autonomía y la independencia</li> <li>- Promover el envejecimiento activo</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener los niveles cognitivos actuales</li> </ul>
<b>Contenidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memoria semántica</li> <li>- Percepción visual</li> <li>- Atención activa y voluntaria</li> <li>- Atención sostenida</li> </ul>
<b>Descripción</b>	Se trata de una actividad en el que los/as residentes que no tengan problemas de movilidad, dibujen en la pizarra algo que el resto de los residentes tengan que adivinar.
<b>Observaciones / Adaptaciones</b>	Las personas que no puedan pintar les comunicarán a las personas encargadas de la actividad su petición y estas lo dibujarán.
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blog de notas</li> <li>- Check list</li> <li>- Observación directa</li> <li>- <i>Ev. Diagnóstica</i>: se tendrán en cuenta los resultados de los Mini-Mental y se compararán los niveles de esta actividad.</li> </ul>

## 5.5. Recursos

En lo concerniente a los recursos, habrá recursos generales para todas las actividades y, recursos que solo se usarán en alguna actividad en concreto. Estos están recogidos en la tabla 10, donde se puede observar qué tipo de recursos son (generales o específicos), cuántas unidades serán necesarias y quién los proporciona.

Tabla 10

### *Recursos humanos y materiales Mejora Propuesta de Intervención*

<b>Recursos</b>	<b>Unidades</b>	<b>Quien lo proporciona</b>
<i>Generales</i>		
Micrófono	1	Centro
Altavoz	1	Centro
Pizarra	1	Centro
Rotuladores	3	Centro
Pedagogas	2	Pedagogas
<i>Específicos</i>		
Cuencos	5	Pedagogas
Especias	5	Pedagogas
Jabón	1	Pedagogas

Cartón	1	Pedagogas
Pinturas	3	Pedagogas
Lista de palabras	1	Pedagogas
Lista de operaciones/cuentas matemáticas	1	Pedagogas
Tarjetas con dibujos	24	Pedagogas

## 5.6. Temporalización

Las actividades se dividirán en tres semanas, dejando solo dos actividades por semana, siendo un total de seis actividades en vez de las cinco originales. Se ha decidido dejar días de separación entre sesiones, con el objetivo de no sobrecargar de información a los/as residentes. La última semana se dejará solo un día de separación entre las actividades debido a que, al ser la última semana, se ha considerado más oportuno que haya un día anterior y otro posterior a la actividad que los dediquen a sus rutinas diarias.

En cuanto al tiempo empleado en cada actividad, se ha tenido en cuenta en función de los resultados obtenidos en la primera propuesta de intervención, adaptando el tipo de actividad con el tiempo oportuno para su realización en base a los ritmos de los/as residentes en cada una de las actividades.

El objetivo de utilizar solo seis sesiones iniciales es obtener datos empíricos sobre el funcionamiento de la propuesta y, a partir de estos datos, realizar las correcciones necesarias a la propuesta y proponer un programa a largo plazo para estimular los procesos cognitivos de memoria y percepción.

Tabla 11

*Temporalización Mejora Propuesta de Intervención.*

Sesión	Actividad	Duración
6 de junio	¿Qué es lo que huelo?	20-45 minutos
9 de junio	Rosquilla de palabras	30-45 minutos
14 de junio	Descubre la solución	30-45 minutos
17 de junio	¿Quién soy?	30 minutos
21 de junio	Las niñas dicen	20 minutos
23 de junio	Dibuja(2)	30-40 minutos

Además de la tabla 11, se añadirá un cronograma donde se verá de forma más visual la organización de las sesiones y la separación entre estas, como bien se ha comentado en el párrafo anterior.

Tabla 12

*Cronograma Mejora Propuesta de Intervención*

Semanas	1º semana					2º Semana					3º Semana				
Actividades	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V
¿Qué es lo que huelo?															
Rosquilla de palabras															
Descubre la solución															
¿Quién soy?															
Las niñas dicen															
Dibuja(2)															

**5.7. Evaluación**

La evaluación se ha dividido en dos secciones, de manera que se puedan diferenciar todos los instrumentos de evaluación que se van a emplear. Estas secciones son, general y particular, es decir, va a haber evaluaciones generales para todas las actividades, y evaluaciones particulares que se emplearán solo para algunas actividades, pues solo se usarán las necesarias en cada actividad.

***Evaluación general***

- **Checklist** con los objetivos que tienen que cumplir cada actividad. A diferencia de la primera propuesta de intervención, todos los objetivos de las checklist serán modificados, centrándose más en los objetivos específicos y general.
- **Observación directa**. Esta nos ayudará más adelante para la recogida de datos.
- **Blog de notas**. En él se apuntarán todas las observaciones de cada actividad, por ejemplo, el comportamiento de los/as residentes, las impresiones que tienen de la actividad, si funcionan o no los recursos, el nivel de participación, el tiempo que dura finalmente, etc.
- **Listado de niveles cognitivos**. Este se usará con el objetivo de comprobar si se cumple el objetivo principal, mantener los niveles cognitivos de memoria y

percepción. Se verificará si los resultados de las actividades son iguales que los iniciales.

- **Evaluación inicial.** Se partirá con el conocimiento previo de cada uno de los/as residentes a las actividades. Es decir, a través de diferentes actividades anteriores a la propuesta de intervención, se recogerán datos sobre el conocimiento que tienen de las áreas que queramos trabajar y, luego se emplearán estos conocimientos en las actividades finales. De esta manera aplicamos lo que sabían con antelación a los contenidos de las actividades.

### ***Evaluación particular***

- **Evaluación diagnóstica.** Con esta evaluación obtendremos información sobre los niveles cognitivos de los/as residentes, comprándolos con los resultados de los Mini-Mental y, descubriremos qué les gusta y lo que les motiva en su vida diaria. Con esta analizaremos los conocimientos que tienen sobre las áreas que se van a trabajar.
- **Evaluación sumativa.** Con esta evaluación se evaluará todo el proceso, así como la consecución de los objetivos marcados y los resultados. Se comprobará las habilidades mantenidas, que no aprendidas (en el caso con personas con demencia es imposible que aprendan), a través de los resultados obtenidos de cada actividad.
- **Evaluación formativa.** Se valorará si se mantienen los niveles cognitivos. De manera permanente se recogerá y analizará información individual de cada residente para valorar su nivel cognitivo e intentar mantener sus habilidades. En caso de que estas retrocedan, esta evaluación nos dará información para pensar en posibles soluciones.
- **Distribución homogénea de grupos.** En el caso de un par de actividades, los/as residentes se dividirán en tres grupos distintos, cada uno de ellos adaptados a un nivel cognitivo diferente. Los grupos heterogéneos no funcionarían por datos recogidos de la anterior propuesta de intervención.

## **6. CONCLUSIONES**

Cuando se trabaja con personas del sector gerontológico se tienen que considerar todos los factores, tanto internos como externos de cada una de las personas con las que se trabaja. Sus características, sintomatologías, necesidades, demandas, situaciones

familiares, antecedentes, su pasado, etc., conocer todo ellos es la clave del éxito para poder programar y desarrollar actividades que los estimulen cognitivamente y físicamente.

Nuestro trabajo no solo se basa en programar actividades, sino en conocer todos los detalles de las vidas de los/as residentes, buscar la individualización por encima de todas las cosas y poder buscar un punto medio entre la incivilización y la generalización para poder crear actividades grupales que integren a todo el grupo o a su gran mayoría. No hay que idealizar la participación máxima, ese no es un objetivo real que se pueda alcanzar con esta población, pues no son como los infantes, aunque tengan comportamientos similares en algunos casos. Lo primordial en este sector es no confundir la edad de las personas con las que estamos trabajando.

Investigar, aprender, formarse sobre la demencia, todos los tipos de estas, las medicaciones necesarias, entender cuando hay un exceso de medicación o una falta de este. Comprender todos estos factores son los que nos convierten en profesionales de la pedagogía. Programar actividades es solo una pequeña parte de todo nuestro trabajo, para ello, hay que realizar un trabajo previo inmenso, investigar, analizar, proponer, implementar, corregir y, sobre todo, seguir aprendiendo.

Las personas mayores, el sector gerontológico, nos pueden enseñar tanto sobre la vida, que lo que nosotros/as les aportemos, siempre será mucho menor a lo que ellos/as nos dan.

## 7. REFERENCIAS

- Abarca, F. (2016). La metodología participativa para la intervención social: Reflexiones desde la práctica. *Revista ensayos pedagógicos*. 11(1), 87-109. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5585469>
- Acosta, F., Fonseca, L., García, P., Gil, M. & Lozano, L. (2019). *Percepción de las actividades de psicoestimulación cognitiva de adultos mayores de un hogar gerontológico de la ciudad de Bogotá D.C.* (Trabajo Fin de Grado, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.).
- Alatonievná, E. (2016). Atención consciente y aprendizaje experiencial en educación de adultos. *Praxis Investigativa ReDIE: revista electrónica de la Red Durango de Investigadores Educativos*, 8(14), 20-32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6556761>
- Cadena, J. (2015). Percepción, Atención y Memoria. <https://repositorioinstitucional.ceu.es/handle/10637/9479>
- Carrasco, P. (2017). Guía de Metodologías participativas para facilitadores de grupos. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Recuperado de <https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2019/03/Gu%C3%ADa-de-metodolog%C3%ADas-participativas-para-Facilitadores-de-grupos.pdf>
- Comunidad de Madrid, Consejería de Salud, SERCAM. Varios autores (2007). Clasificación y diagnóstico diferencial de los principales tipos de demencia. Comunidad de Madrid. *La enfermedad del Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en personas mayores*. 63-74. <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=52123>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde empieza el envejecimiento normal y empieza la demencia? *An Fac med*, 73 (4), 321-30.
- Custodio, N., Montesinos, R. & Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Rev Neuropsiquiatr*; 81 (4), 235-250. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>

- Formiga, F., Robles, M.J., & Fort, I. (2009). Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 4(2), 2–8. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.05.009>
- García, J. (s.f). La importancia de la memoria. *Desarrollo saludable: aportaciones desde la psicología*. (Departamento de Psicología básica y Metodología, Universidad de Murcia).
- Gil, P. & Martín, J. (2007) Demencia. *Tratado de geriatría para residentes*. Sociedad española de geriatría y gerontología. 173-188. <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
- Gómez, J. (2013). El aprendizaje experiencial. *Universidad de Buenos Aires*. Recuperado de [https://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE\\_LECTURE\\_5/1/3.Gomez\\_Pawelek.pdf](https://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_5/1/3.Gomez_Pawelek.pdf)
- González, M.P (2022). *Prácticum II* (Trabajo académico, Universidad de Málaga).
- Jaramillo, L. & Puga, L. (2016). El pensamiento lógico-abstracto como sustento para potenciar los procesos cognitivos en la educación. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, 21 (2), 31-55. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441849209001>
- López, J. & Agüera, L. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5 (1), 3-14.
- Ocaña, E., Izquierdo, I., Aceves, V., Fuentes, J.C. (s.f.). Memoria. Robertotexto.com. <http://www.robertotexto.com/archivo6/memoria.htm>
- Ochoa, S., Aragón, L.& Caicedo, A. (2005). Memoria y Metamemoria en adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(2), 19-32
- Rodríguez, M., & Sánchez, J.L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología*, 20, (2), 175-186.
- Sánchez, Y. (2014). *Efecto del entrenamiento de la memoria en personas mayores*. (Trabajo Fin de Máster, Universidad Complutense de Madrid)
- Saraiva (2016). Memoria de actividad. <https://saraiva.es/docs/Saraiva-Memoria2016.pdf>

Saraiva (2021). Metodología. *Saraiva*.  
<https://saraiva.es/saraiva/metodologia/#:~:text=El%20m%C3%A9todo%20Saraiva%20tiene%20como,en%20cada%20fase%20del%20envejecimiento.>

Vírseda, E., Álvarez, A., (Ventureira, A.I.) (21/05/2014). *Metodologías participativas y Trabajo Social*.  
<https://canal.uned.es/video/5a6f93eeb1111fc71c8b46ec#:~:text=La%20metodolog%C3%ADa%20participativa%20es%20un,los%20integrantes%20del%20grupo%20participen%20.>

## 8. Anexos

### Anexo 1. Actividades de emergencia

En el caso de que falle alguna de las actividades, se tendrán dos actividades más de reserva o urgencia. Estas se dejarán preparadas en el centro.

<b>Nombre de la actividad</b>		Termina el refrán	
<b>Sesión</b>	<b>Duración</b>	<b>Organización</b>	<b>Espacio</b>
Día necesario	20 minutos	Grupal	Salón
<b>Recursos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel recortado con los refranes</li> <li>- Micrófono</li> <li>- Altavoz</li> </ul>	
<b>Objetivo/s</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener las capacidades cognitivas actuales de memoria y percepción.</li> <li>- Fomentar la autonomía y la independencia.</li> <li>- Trabajar la memoria a corto y largo plazo.</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memoria a largo plazo</li> <li>- Atención</li> <li>- Asociaciones mentales</li> <li>- Agilidad mental</li> </ul>	
<b>Descripción</b>		Cada residente tendrá X papeles, divididos y recortados por partes, las cuales tendrán que ir juntando en función del refrán correspondiente. Los refranes se dividen en dos, haciendo más fácil el ejercicio.	
<b>Observaciones / Adaptaciones</b>		Se utilizará el micrófono para las personas con problemas de audición. Se adaptarán los refranes en base a los distintos niveles cognitivos.	
<b>Evaluación</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Checklist</li> <li>- Observación directa</li> <li>- Ev. Sumativa. Se evaluará el proceso y la consecución de objetivos.</li> </ul>	

<b>Nombre de la actividad</b>		Adivina la canción/ cantante	
<b>Sesión</b>	<b>Duración</b>	<b>Organización</b>	<b>Espacio</b>
Día necesario	20-30 minutos	Grupal	Salón
<b>Recursos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de canciones</li> <li>- Ordenador</li> <li>- Micrófono</li> <li>- Altavoz</li> </ul>	
<b>Objetivo/s</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener las capacidades cognitivas actuales de memoria y percepción.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar la memoria a corto y largo plazo.</li> <li>- Trabajar la percepción del entorno.</li> </ul>
<b>Contenidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memoria a largo plazo</li> <li>- Memoria semántica</li> <li>- Interpretación de estímulos</li> </ul>
<b>Descripción</b>	Se reproducirán distintas canciones de la época durante 10 segundos y tendrán que descubrir de qué canción se trata o quién la canta.
<b>Observaciones / Adaptaciones</b>	Para las personas con un nivel cognitivo más deteriorado, se les pondrá la canción más tiempo y dirán pistas para asociar el nombre de la canción o cantante a algo habitual en sus vidas, facilitando así el recuerdo.
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Checklist</li> <li>- Listado de niveles cognitivos</li> <li>- Ev. Formativa. Se valorará si mantienen sus niveles cognitivos.</li> </ul>

## Anexo 2. Blog de notas

# BLOG DE NOTAS

DÍA DE LA ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES



LOGROS

FALLOS

### Anexo 3. Checklist

## CHECKLIST

ACT. ¿Qué es lo que huelo? DÍA 6 de Junio

- Reconocen el material con el que se trabaja
- Tienen facilidad para interactuar con los recursos
- Identifican rápidamente que tipo de sustancia se está tocando
- Recuerdan el aroma de las sustancias mostradas
- Conocen los tipos de sustancias que se trabajan
- Perciben correctamente los estímulos a través de sus sentidos
- No tienen dificultad para el manejo de los recursos
- Asocian el olor con el tacto de la sustancia
- Interactúan de forma participativa
- No necesitan ayuda en la identificación de sustancias



# CHECKLIST

ACT. Rosquilla de palabras DÍA 9 de Junio

- La dificultad del rosco se adapta a los/as residentes
- Son capaces de responder sin ayuda
- Reconocen la descripción de la palabra
- Los/as residentes muestran reflexión en sus respuestas
- Las palabras elegidas son reconocibles por los/as residentes
- Las palabras están adaptadas al nivel cognitivo de cada residente
- Asocian la palabra a algún momento de su vida
- Se aumenta el nivel de dificultad a medida que avanza la actividad
- Se adaptan a la subida de nivel
- División adecuada de grupos homogéneos



# CHECKLIST

ACT. Descubre la solución DÍA 14 de Junio

- Los niveles de dificultad están bien distribuidos
- Las operaciones aritméticas se corresponden con el nivel de dificultad de cada grupo
- Los grupos de residentes están bien equilibrados
- Recuerdan el orden de los números
- Dan correctamente la solución
- No confunden los números a la hora de contar
- Son capaces de realizar la prueba sin ayuda
- Realizan un razonamiento lógico antes de dar una respuesta
- Son capaces de tirar el dado gigante sin problema
- Reconocen y identifican el objeto que se dibuja



# CHECKLIST

ACT.

¿Quién soy?  
.....

DÍA

17 de Junio  
.....

- El nivel de dificultad de adapta al residente
- No se presentan problemas para percibir el estímulo auditivo
- Reconocen las palabras expresadas por otros/as residentes
- La persona que habla transmite de manera correcta su aportación
- Son capaces de saber quien es la persona que habla sin ayuda
- Los/as residentes mantienen la atención mientras sus compañeros/as hablan
- Reflexionan a cerca de los datos que se dan
- Las personas con mayor nivel cognitivo repiten las palabras sin problemas
- Son capaces de recordar los datos importantes que se dicen
- No confunden a los/as residentes con personas externas a la hora de adivinar quien ha hablado



# CHECKLIST

ACT.

Las niñas dicen

DÍA

21 de Junio

- Los/as residentes muestran comprensión en los movimientos
- Los movimientos entran dentro de sus capacidades motrices
- Los/as residentes muestran atención al estímulo del entorno
- Los/as residentes no necesitan repeticiones para ejecutar los movimientos
- Se adaptan de manera adecuada los movimientos para las personas con mayor dificultad
- Recuerdan los movimientos al instante
- Son capaces de ejecutar los movimientos por si solos/as
- Los/as residentes están atentos/as al orden de movimientos
- Muestran atención a la actividad a pesar de haber otros estímulos
- Demuestran atención activa



# CHECKLIST

ACT.

Dibuja(2)

DÍA

23 de Junio

- Las personas que adivinan recuerdan los objetos que se dibujan antes de que estén terminados
- Dibujan sin muchas imperfecciones los dibujos de las tarjetas
- Identifican los dibujos hechos por otro/a compañero/a
- Identifican los dibujos de las tarjetas
- Son capaces de expresar verbalmente los dibujos hechos por otros residentes
- No necesitan mucha ayuda para dibujar
- No necesitan mucha ayuda para adivinar los dibujos
- Muestran atención a los dibujos de sus compañeros/as
- Las personas que dibujan atención en las respuestas de sus compañeros/as
- Las personas que dibujan recuerdan los objetos de las tarjetas



## Anexo 6. Listado de palabras de “Rosquilla de Palabras”

# ROSQUILLA DE PALABRAS

## A

Animal negro y amarillo que se encarga de la producción de la miel  
Fruta verde con un gran hueso en el medio  
Fruta pequeña redonda con un color azul/morado  
Automóvil que va por el aire  
Cosa que se pega en la piel cuando vas a la playa dentro del agua

**Abeja**  
**Aguacate**  
**Arándano**  
**Avión**  
**Alga**

## E

Cosa de cristal que refleja la imagen de algo  
Animal que tiene una trompa  
Cosa que se usa para bajar o subir  
Persona que atiende a enfermos en un hospital  
País que tiene muchas pirámides

**Espejo**  
**Elefante**  
**Escalera**  
**Enfermera**  
**Egipto**

## I

Lugar donde se casan las personas  
Estación del año en la que hace mucho frío  
Lugar en el que estudian los adolescentes  
Objeto con el que se hace música  
Aroma que se huele en las procesiones

**Iglesia**  
**Invierno**  
**Instituto**  
**Instrumento**  
**Incienso**

## O

Animal del que se saca la lana  
Parte del cuerpo con la que escuchamos  
Conjunto de personas tocando diferentes instrumentos  
Respiramos gracias al...  
Árbol que da las aceitunas

**Oveja**  
**Orejas**  
**Orquesta**  
**Oxígeno**  
**Olivo**

## U

País que se encuentra en guerra  
Cosa que tenemos al final de los dedos  
Fruta de la que se saca el vino  
El primer número  
Parte del cuerpo de la vaca por la que se saca la leche

**Ucrania**  
**Uñas**  
**Uva**  
**Uno**  
**Ubre**

Anexo 7. Hoja de cuentas. “Descubre la Solución”.



# Operaciones



## + Nivel

$30 + 20$

$70 + 20$

$70 - 40$

$15 + 40$

$80 + 30$

$40 - 7$

$10 + 45$

$25 - 15$

$65 - 34$

$50 + 20$

$30 - 23$

$29 - 10$

## Nivel Intermedio

$15 + 5$

$15 + 15$

$30 - 10$

$20 + 10$

$12 + 4$

$20 - 15$

$3 + 7$

$10 + 5$

$20 - 10$

$6 + 5$

$10 - 5$

$25 - 3$

## - Nivel

$1 + 2$

$1 + 3$

$1 - 8$

$1 + 5$

$1 - 3$

$1 - 2$

$1 + 8$

$1 - 6$

$1 - 5$

$1 + 9$

$1 - 4$

$1 - 10$

Anexo 8. Tarjeta de dibujos. "Dibuja(2)".



