

# PROYECTO DE SENSIBILIZACIÓN ESCOLAR SOBRE EL ALZHEIMER

## Guía del Profesorado



Asociación de Alzheimer  
A.F.A. Nuestros Ángeles



***PROYECTO DE SENSIBILIZACIÓN ESCOLAR SOBRE EL ALZHEIMER***



**Proyecto de Sensibilización Escolar sobre el Alzheimer. Guía para el profesorado.**

*Autoría: M<sup>a</sup> Ángeles Morales Jiménez, M<sup>a</sup> Araceli Muñoz Campos, Irene Araceli Aguilera Galindo, Alfonso Guerrero Gutiérrez, Olegario Martínez Porras, Matías Calvo Morales, Francisco Cáceres Santiago, M<sup>a</sup> Carmen Berraquero García y José Morales Jiménez.*

*Edita: Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias "Nuestros Ángeles". 2011.*

*Financia: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Delegación Provincial de Córdoba. Excelentísimo Ayuntamiento de Lucena.*

*Colabora: Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. Delegación Provincial de Córdoba.*

*Está permitida la reproducción total o parcial de esta obra siempre que se cite su procedencia.*

*Impresión: Gráficas Andalusi*

*Diseño y Maquetación: Taller del Sur Comunicación - [www.tallerdelsur.net](http://www.tallerdelsur.net)*

*Depósito Legal: GR-3367/2011*

***Proyecto de Sensibilización Escolar  
sobre el Alzheimer***

***Guía del Profesorado***



Asociación de Alzheimer  
A.F.A. Nuestros Ángeles



Introducción .....	9
Metodología.....	10
Otras actividades.....	11
El Rey Olvido y mi abuela María - Educación Primaria.....	13
Propuesta metodológica.....	14
1. La vejez .....	15
2. Señales de alerta.....	17
3. ¿Qué le pasa a mi abuela? .....	19
4. La demencia.....	21
5. ¿Cómo funciona el cerebro? .....	23
6. La enfermedad de Alzheimer.....	26
7. ¿Por qué da Alzheimer?.....	28
8. Evolución de la enfermedad.....	30
9. Adaptación del hogar.....	33
10. Ayudas técnicas.....	36
11. Cuidadores externos y familiares .....	38
12. La cuidadora principal .....	41
13. Tratamientos para el Alzheimer .....	43
14. Terapias no farmacológicas.....	45
15. Las asociaciones de Alzheimer .....	47
16. Recursos de las AFAs .....	49
17. Voluntariado.....	52
Cuando falla la memoria - Educación Secundaria Obligatoria .....	55
Propuesta metodológica.....	56
1. El envejecimiento .....	57
2. Señales de alerta/síntomas.....	60
3. Diagnóstico precoz.....	62
4. La demencia.....	64
5. Funcionamiento cerebral.....	66
6. La enfermedad de Alzheimer.....	69
7. Evolución de la enfermedad.....	73
8. Adaptaciones del hogar.....	77
9. Cuidadores / cuidadoras.....	81
10. Tratamientos.....	85
11. Las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAS).....	90
12. Recursos de las AFAs .....	94
13. Voluntariado.....	98
Bibliografía.....	101





## **Introducción**

El papel de la comunidad educativa es imprescindible en la difusión de los conocimientos necesarios para la formación de las personas de cara a su desarrollo personal y a su integración en la sociedad, siendo el ámbito escolar el idóneo para la adquisición de dichos conocimientos y de las herramientas necesarias para conseguir el desarrollo y la integración de la juventud.

El Proyecto de Sensibilización Escolar sobre el Alzheimer se plantea como objetivo fundamental que el alumnado de los centros escolares, tanto de educación primaria como de secundaria, conozca la enfermedad y sus consecuencias para quienes la padecen y para los entornos sociales que rodean a estas personas. El alumnado también adquirirá conocimientos básicos acerca de las herramientas médicas y sociales que pueden ayudar a paliar la situación generada por la enfermedad.

El conocimiento de la enfermedad, y de las herramientas hoy disponibles para combatirla, por parte de la infancia y de la juventud, constituye una sólida base para afrontarla en las mejores condiciones posibles. El segmento infantil y juvenil de la población es un receptor indirecto de una enfermedad que afecta a figuras fundamentales en su desarrollo emocional (abuelos y/o padres) y debe estar preparado para que el impacto sea lo más leve posible.

Al mismo tiempo, el alumnado constituye una excelente correa de transmisión para que los conocimientos adquiridos lleguen al entorno familiar, facilitando una base para los casos en que el Alzheimer se manifieste en algún miembro de la familia o del entorno social más cercano.

La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer Nuestros Ángeles ha promovido este **Proyecto de Sensibilización Escolar** en el que han intervenido personal técnico de la asociación, maestros y diseñadores. El resultado del proyecto son dos cuadernos de trabajo:

- ***El rey Olvido y mi abuela María.*** Dirigido al alumnado de 4º y 5º de Educación Primaria. En forma de narraciones breves, se comentan los aspectos fundamentales relacionados con el Alzheimer para que el alumnado adquiera un vocabulario y unas nociones básicas para entender y afrontar la enfermedad.
- ***Cuando falla la memoria.*** Dirigido al alumnado de 2º y 3º de Educación Secundaria Obligatoria. Mediante epígrafes cortos, se ofrece información sobre la enfermedad y cuestiones relacionadas con la misma.



## **Metodología**

Los cuadernos de trabajo sobre el Alzheimer han sido realizados como una herramienta de apoyo para el profesorado, integrando contenidos y actividades, enfocadas de forma transversal, que pueden utilizarse como refuerzo o ampliación de los contenidos propios de cada área de conocimiento.

Aunque la disposición está secuenciada de forma progresiva en cuanto a los contenidos tratados, tanto las lecturas de primaria como los epígrafes de secundaria permiten una utilización no lineal en el aula, evitando así cualquier interferencia con el Proyecto Curricular y el desarrollo de las diferentes materias.

El profesorado debe decidir la forma en que va a utilizar los cuadernos, adecuándola a su propia programación. Se proponen a continuación varias posibilidades al respecto, cada una con sus ventajas e inconvenientes:

*Cuaderno de campo.* Se trabaja el cuaderno de forma continuada en el tiempo, estableciendo de antemano el calendario de impartición en sesiones cercanas en el tiempo. A modo orientativo, tres sesiones a la semana de media hora cada una hasta finalizar el cuaderno.

*Fichas complementarias.* Se trabaja el cuaderno utilizando cada epígrafe o lectura de modo individual en la asignatura y el momento más conveniente en función de los contenidos o de las actividades propuestas.

*Lecturas comentadas.* Se puede utilizar como refuerzo complementario del área de lengua utilizando las actividades que aparecen en el propio cuaderno o en la guía del profesorado.

*Actividades extraescolares.* El alumnado podrá realizar las actividades como tarea de casa y, posteriormente, el profesor o profesora supervisará en clase el trabajo realizado.

En cualquier caso, en función de la disponibilidad de tiempo, en una misma sesión se podrán tratar uno o varios epígrafes del cuaderno.

En la presente guía didáctica, se proporcionan contenidos adicionales y actividades alternativas que permiten al docente adaptar el material didáctico a sus posibilidades y necesidades espacio-temporales.

## Otras actividades.

La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer pone a disposición de los centros escolares diversos materiales que pueden ser utilizados para sensibilizar e informar sobre el Alzheimer. También ofrece la posibilidad de realizar actividades con grupos escolares contando con el personal técnico y sus instalaciones.

**Exposición.** *Gente demente.* Exposición temática sobre el Alzheimer que consta de dos partes:

- La primera, descriptiva, consta de 16 paneles, en los que se presentan y explican los aspectos más importantes vinculados con la enfermedad.
- La segunda, sensorial, consta de 11 paneles para que el visitante experimente algunos de los síntomas y sensaciones que sufre un afectado de Alzheimer. Para ello, la exposición recurre a la interactividad. Algunos paneles incluyen sencillos elementos físicos como tapas deslizantes o pequeños objetos colgantes que permiten realizar alguna actividad.

Cada panel es independiente y su contenido tiene sentido por sí mismo. Por norma general cada panel consta de tres elementos: un título llamativo, que introduce de una forma atractiva el aspecto a tratar; una explicación muy sencilla y divulgativa de la cuestión que podrá ir complementada por fotografías o gráficos y un elemento interactivo (pregunta con multirrespuesta, actividad intelectual o incluso actividad física).

**Película.** *Bicicleta, cuchara, manzana*, dirigida por Carles Bosch.

Sinopsis: En otoño de 2007, a Pasqual Maragall se le diagnostica Alzheimer. Superado el golpe inicial, él y su familia inician una cruzada contra la enfermedad y, desde el primer paso, esta película se convierte en testimonio de excepción. Maragall se deja retratar junto a su familia y los médicos para dejar constancia del día a día de su lucha personal.

2011: Premio Goya a mejor película documental.

2011: Premio Gaudí a mejor película documental del año.

2011: Premio José María Forqué a mejor película documental del año.

**Talleres.** El personal técnico de la Asociación puede realizar un taller de actividades enfocado a la población escolar, así como la posibilidad de que grupos de alumnos puedan realizar una visita guiada a las instalaciones de la Asociación y conocer así su funcionamiento.

**Convivencia.** Como actividad terapéutica para los pacientes con Alzheimer y actividad formativa para el alumnado, se pueden organizar encuentros de escolares con personas que padecen la enfermedad en los centros escolares, donde ambos colectivos puedan intercambiar sus experiencias.

**Conferencias/charlas.** La Asociación está en disposición de organizar charlas participativas en los centros escolares contando con la participación de su propio personal técnico o con especialistas.



# ***El Rey Olvido y mi abuela María***

*Proyecto de Sensibilización Escolar sobre el Alzheimer*

***Educación Primaria***



Asociación de Alzheimer  
A.F.A. Nuestros Ángeles



4º y 5º de Educación Primaria

Todas las lecturas contenidas en este cuaderno sirven para introducir los conceptos básicos que el alumnado deberá aprender.

## ***Propuesta metodológica***

Un/a alumno/a realizará una lectura en voz alta del texto en clase.

A partir de cada lectura, el profesor o profesora propondrá que el resto de la clase opine sobre el contenido de la misma y se trabajará el vocabulario o los conceptos que se consideren importantes para la formación de los alumnos.

A continuación, se recomienda que el/la profesor/a haga una exposición del tema tratado en la lectura basándose en el texto que aparece en esta guía.

Finalmente, el alumnado realizará las actividades que el profesor considere oportunas. Las actividades están planteadas para que el alumnado refuerce o amplíe actividades y conceptos multidisciplinares de forma fácil e instructiva. Si el profesorado lo estima conveniente, se aportan ideas alternativas para realizar más actividades.

Es recomendable que las actividades sean realizadas en folios aparte o cuadernos de clase con la idea de que estos cuadernos de trabajo puedan ser reutilizados en sucesivos cursos.

## 1. LA VEJEZ

### Objetivos:

- Comprender que la vida es una suma de etapas temporales que culmina en la vejez.
- Distinguir las diferencias existentes entre cada una de dichas etapas a partir de los nombres con que se denomina a cada una de ellas.

### Contenidos:

- Infancia, adolescencia, edad adulta o madurez y vejez.

#### **El envejecimiento es un proceso biológico que forma parte de la vida.**

Se inicia en el momento del nacimiento. Durante el desarrollo de la vida, el ser humano llega a la madurez, y alcanza la plenitud de la misma cuando sus facultades físicas (agilidad, resistencia...) y sus facultades intelectuales (análisis, astucia, habilidades, pensamiento, conocimiento, etc.) se encuentran en perfecto equilibrio. En el momento en que comienza a perderse alguna de estas facultades, se inicia el proceso de envejecimiento, proceso que se produce de manera imperceptible y muy lenta. Nos percatamos del mismo cuando no podemos realizar algunas tareas de la misma forma que las realizábamos antes.

#### **Diferencia entre envejecimiento cronológico y envejecimiento patológico.**

El **envejecimiento cronológico** está marcado por la fecha de nacimiento: es la vista cansada, la pérdida de oído, los dolores, el enlentecimiento motor..., todos esos achaquillos que trae consigo la edad.

El **envejecimiento patológico** se suele producir cuando aparece una enfermedad. No tiene que ver con la edad cronológica, ya que el cerebro puede envejecer de forma independiente del resto del cuerpo. Se puede producir una merma de las facultades en personas que, por su edad, podrían tener plenitud. Según esto, podemos ser jóvenes con 70 años y viejos con 45.

El control de la natalidad, el crecimiento de la población urbana y las dificultades para sostener familias numerosas han llevado a la sociedad "avanzada" a un fenómeno demográfico sin precedentes: la inversión de la pirámide poblacional, el **envejecimiento de la sociedad**. Esto se debe a que el hombre ha podido controlar mejor su medio ambiente y ha disminuido notablemente la muerte prematura. En este sentido han actuado los avances del conocimiento (prevención y tratamiento de muchas enfermedades que antes eran mortales a edades tempranas), la mejora de la nutrición, los progresos de la asepsia, la cirugía y de la medicina en general, etc.

En la Antigua Roma el promedio de vida era de 22 años. En el siglo XX todo ha cambiado. Hoy la probabilidad de vida en el mundo, como promedio, alcanza los 65 años y, en algunos países desarrollados, se están alcanzando los 80 años.



**España no escapa a este cambio, y se calcula que será el país de la Unión Europea con mayor proporción de jubilados (35,6%) y menos personas en edad de trabajar (52,9%) sobre el total de la población en el año 2050.** Viviremos en una sociedad en la que una de cada tres personas tendrá más de 65 años. Debemos encontrar una manera de seguir apoyando a las personas mayores sin considerarlas una carga para la sociedad.

**Recursos materiales:**

Diccionario escolar y bolígrafo.

**Tiempo y espacio:**

15' minutos para la lectura y exposición de contenidos por parte del/la profesor/a y 5' minutos para la realización de la actividad.

**Tipo de actividad:**

Individual.

**Actividades complementarias:**

*Lengua:* Contestar brevemente por escrito a la pregunta ¿Por qué Augusta quería que la llamaran como a sus primos?

*Plástica:* En pequeños grupos, buscar fotografías en revistas o internet de bebés, niños, jóvenes, adultos y viejos y elaborar un póster en una cartulina. Deberán poner un título al póster y colocar los tramos de edad de cada fotografía a modo de pie de página.

Materiales: Revistas, cartulina, tijeras, rotuladores y pegamento.

*Mesa Redonda:* Se anotan en la pizarra algunas características psicológicas y fisiológicas de cada tramo de edad. El profesor o un alumno ejercerán de moderadores estableciendo los turnos de palabra. La intervención del alumnado estará dirigida a relacionar las características con los tramos de edad a los que corresponde cada una argumentando el por qué.



## 2. SEÑALES DE ALERTA

### Objetivos:

- Aprender a observar los cambios de conducta en otras personas.
- Comprender que determinadas conductas que pueden ser síntomas de demencia.

### Contenidos:

- Importancia del reconocimiento de la conductas en las demás personas.
- Causas de los cambios de conducta.

**La pérdida de memoria es el signo más común de demencia.** Muchas personas se sienten atemorizadas ante algún olvido o fallo, pensando que pueda ser el primer signo de un deterioro que les lleve a depender totalmente de los demás.

La pérdida de memoria puede ser también un signo de vejez sin estar asociado con la demencia; hay personas que han tenido mala memoria toda su vida. **La demencia conlleva otros problemas** además de la pérdida de memoria. En personas con demencia, la pérdida de memoria es tan grave que hace que el paciente no pueda ya seguir funcionando de forma independiente. Por otra parte, el hecho de que una persona pueda sentirse súbitamente confundida, no supone necesariamente que padezca una demencia.

Este tipo de enfermedades se manifiesta de forma insidiosa y progresiva, por lo que no siempre es fácil determinar cuándo comenzó.

### Síntomas de alerta:

1. Pérdida de memoria.
2. Repetición frecuentes de preguntas a pesar de recibir respuestas.
3. Colocación de cosas en lugares equivocados.
4. Dificultad para recordad el nombre de objetos usuales.
5. Pérdida del sentido de la orientación con respecto al tiempo y al lugar.
6. Dificultades a realizar gestos simples y para realizar tareas fáciles.
7. Pérdida de interés y de motivación para las actividades que antes se disfrutaba.
8. Dificultades para reconocer a personas conocidas incluso a familiares, olvidando sus nombres.
9. Cambios bruscos de humor.
10. Dificultad para manejar objetos muy familiares.

### Recursos materiales:

Bolígrafo.

### Tiempo y espacio:

10' minutos.



**Tipo de actividad:**

Individual.

**Actividades complementarias:**

*Debate:* Preguntar al alumnado si han notado algún cambio de conducta en alguna persona durante los últimos dos años y debatir en clase sobre las causas y las consecuencias de dichos cambios.

*Lenguaje:* Explica el significado de la palabra síntoma y pon un ejemplo.

*Lenguaje:* Busca en la lectura cuatro verbos que expresen el comportamiento anormal de la abuela.

*Lenguaje:* ¿Crees que es normal que a una persona se le olviden:

- Los conocimientos
- Los lugares
- El nombre de las cosas
- El nombre de las personas?

*Lenguaje:* Intenta recordar y escribe lo que comiste y cenaste cada día durante la última semana.

*Lenguaje:* Comenta el siguiente fragmento del poema *Recuerdos, años setenta* de Juan Gómez Capuz

/.../

*Recuerdos de pavimento mojado  
cuando aún llovía  
en las largas noches de invierno;  
cuando aún maullaban los gatos  
al paso de los serenos;  
cuando media España aún iba de luto  
llorando a sus muertos;  
cuando aún había motocarros  
y castañeras en sus puestos;  
cuando por una peseta  
aún podías comprar un sueño.*

/.../

*Recuerdos de un tiempo  
en el que todo era como había sido  
pero en el que empezamos  
casi sin saberlo,*

*a entrar en una nueva era,  
a ser modernos  
aun a costa de no reconocer  
aquella curtida piel de toro  
que forjaron nuestros ancestros.*

*Todo eso recuerdo  
de un tiempo pasado y perdido  
de lo que en un punto fue y ha sido.  
Porque aunque se guarden las imágenes  
es  
(viejas fotos descoloridas  
archivos sonoros  
películas de sabor añejo)  
es un tiempo que se fue  
es un tiempo ya muerto  
es un tiempo que sólo  
se puede aprehender  
mediante recuerdos.*

### 3. ¿QUÉ LE PASA A MI ABUELA?

#### ***El diagnóstico. Importancia del diagnóstico precoz***

##### **Objetivos:**

- Comprender básicamente el funcionamiento de la sanidad desde que aparece un problema hasta que se le da respuesta.
- Entender la especialización médica y algunos procesos propios de la medicina.

##### **Contenidos:**

- Saber diferenciar médico de familia y médico especialista.
- Aprender los significados de las palabras neurólogo y diagnóstico.

Para obtener un diagnóstico, se acude al médico de familia; éste deriva al especialista (neurólogo) que, mediante la historia clínica y unas pruebas analíticas, dará el diagnóstico médico.

El **diagnóstico precoz** tiene varias ventajas. Por ejemplo, muchas condiciones causan síntomas parecidos a los de las personas con Alzheimer y descubrir que esta enfermedad no es el problema puede llevar a un tratamiento para la condición real. Para demencias que son tratables o reversibles, el diagnóstico precoz aumenta las perspectivas éxito. Los medicamentos disponibles para tratar el Alzheimer pueden ayudar a algunas personas a mantener sus capacidades mentales durante meses o años, aunque no se detenga o cambie el curso de la enfermedad.

El diagnóstico precoz permite, a las personas con Alzheimer y a sus familias, más tiempo para organizar sus vidas, manejar asuntos financieros, tratar temas legales, crear una red de apoyo o hacer planes para participar en una investigación. Participar el mayor tiempo posible en la toma de decisiones sobre el presente y el futuro es muy importante para las personas con Alzheimer.

Las **pruebas a pacientes** durante el desarrollo de la enfermedad (que pueden revelar lo que está sucediendo en el cerebro en las primeras etapas de la misma), ayudan a los médicos a comprender mejor las causas y la aparición de ésta.

Los **científicos** exploran formas de ayudar a los médicos a hacer un diagnóstico temprano y más preciso del Alzheimer. Algunos estudios se centran en los cambios de personalidad y el funcionamiento mental, que pueden medirse mediante pruebas de memoria, de rememoración y de las capacidades en áreas como el pensamiento abstracto, la planificación y el lenguaje. Otros estudios examinan la relación entre el daño precoz en el tejido cerebral y los síntomas externos o buscan cambios en la química de la sangre que indiquen la progresión de la enfermedad de Alzheimer.

Lo más alentador de la investigación actual es el diagnóstico neural por imágenes. Los científicos han desarrollado varios sistemas de imagenología muy com-



plejos que se usan en muchas áreas de la medicina, incluyendo la enfermedad de Alzheimer. Ejemplos: la tomografía por emisión de positrones (TEP, o PET por su sigla en inglés), la tomografía computarizada por emisión única de fotones (SPECT) y las imágenes por resonancia magnética (MRI).

**Recursos materiales:**

Bolígrafo y algún libro de consulta tipo enciclopedia.

**Tiempo y espacio:**

15' minutos.

**Tipo de actividad:**

Individual.

**Actividades complementarias:**

*Conocimiento del medio:* Recopilar elementos de diagnóstico (analíticas, radiografías, ecografías, etc.) solicitándolos al propio alumnado, al Centro de Salud o buscando en internet. A partir del material recopilado, se explicará al alumnado (por parte del profesorado o del alumno/a que lo haya aportado, en el caso de que lo sepa) qué son y para qué sirven. Esta dinámica se realizará en grupo.

*Lenguaje:* Subraya el nombre de los instrumentos que utilizan los médicos: Jeringa, alfiler, fonendoscopio, martillo, alicates, taladro, termómetro, linterna.

*Lenguaje:* Explica qué es:

- Un médico de familia
- Un laboratorio clínico
- Un análisis médico

*Lenguaje:* ¿Qué entiendes por diagnóstico precoz?. ¿Por qué crees que es importante?

*Lenguaje:* Relaciona las siguientes enfermedades con el médico especialista que las trata: resfriado, hongos en los pies, dolor de oído, miopía, dificultad para orinar, infarto de miocardio, erupciones en la piel. Especialistas: médico general, dermatólogo, otorrinolaringólogo, podólogo, oculista, urólogo, cardiólogo.

## 4. LA DEMENCIA

### Objetivos:

- Aprender el concepto de demencia senil.
- Comprender que el cerebro puede fallar causando problemas a las personas.

### Contenidos:

- Partes y funciones de las células.
- Las neuronas.

La demencia es un **deterioro global de la capacidad mental**. Existen muchos tipos de demencias y los primeros síntomas son muy parecidos en todas ellas. La demencia más común es el Alzheimer.

Los **síntomas** de un síndrome demencial vienen determinados por fallos locales en las conexiones interneuronales o por falta de aporte sanguíneo, nutricional o de otras sustancias necesarias en el proceso de la síntesis de neurotransmisores que intervienen en la comunicación interneuronal.

También se producen por muerte neuronal debida a falta de aporte sanguíneo (por infartos cerebrales), o por degeneración causada por la presencia de sustancias neurotóxicas en el cerebro que inician un proceso de adelantamiento de la apoptosis (muerte programada) neuronal y la desaparición de las conexiones interneuronales, generando un mal funcionamiento y la aparición de déficit múltiples.

**Se suele distinguir entre demencia senil y demencia presenil.** Esta distinción sólo responde a la edad del individuo en el momento de su diagnóstico. Si la demencia se diagnostica antes de los 65 años se denomina demencia presenil y si se diagnostica después de los 65 años se denomina demencia senil. Por tanto, la demencia senil como tal, no es un diagnóstico completo.

### Recursos materiales:

Bolígrafo y algún libro de consulta.

### Tiempo y espacio:

15' minutos.

### Tipo de actividad:

Individual.

### Actividades complementarias:

*Lenguaje:* Escribe la diferencia entre demencia y demencia senil.



*Lenguaje:* Explica los siguientes conceptos:

- Neurona
- Neurólogo
- Sinapsis

*Plástica:* Dibuja dos neuronas y señala la sinapsis.

Material: Lápiz o rotuladores.

## 5. ¿CÓMO FUNCIONA EL CEREBRO?

### Objetivos:

- Repasar o profundizar en el estudio del cerebro humano.

### Contenidos:

- El cerebro humano: partes y funciones.

El cerebro (o encéfalo) **es la parte del sistema nervioso central de los vertebrados que está dentro del cráneo**. En estricto rigor, el cráneo alberga el encéfalo, por lo que comúnmente se hacen sinónimos cerebro y encéfalo. Al describir la anatomía del encéfalo se comprende que el cerebro es una parte de éste. El cerebro como tal es el órgano más voluminoso del encéfalo y su peso oscila entre 1.150 gramos en el hombre y 1.000 gramos en la mujer.

Está formado por **dos hemisferios** divididos por un surco medio y es una masa de tejido gris-rosáceo compuesto por unos 100.000 millones de células nerviosas, conectadas unas con otras y responsables del control de todas las funciones mentales. Además de las células nerviosas (neuronas), el cerebro contiene células de la glía (células de soporte), vasos sanguíneos y órganos secretores.

El cerebro es el **centro de control** del movimiento, del sueño, del hambre, de la sed y de casi todas las actividades vitales necesarias para la supervivencia. También se encarga de recibir e interpretar las innumerables señales que se envían desde el organismo y el exterior. Es, además, el sector que rige los movimientos voluntarios y el desarrollo de las facultades intelectuales: pensamiento, memoria, voluntad.

En el cerebro humano se distinguen **4 lóbulos**: el frontal, temporal, parietal y occipital. También hay dos áreas conocidas como la ínsula y el sistema límbico que, por sus funciones, son comparables con los lóbulos. En cada lóbulo se identifican **áreas específicas** relacionadas con alguna función corporal y se clasifican en tres grupos:

*Áreas sensoriales primarias*: son las zonas que reciben la información originada en los distintos receptores; es en ellas donde se producen las sensaciones.

*Áreas motoras*: Formadas por el área motora primaria y el área premotora. La primera controla los movimientos musculares voluntarios; la segunda se conecta con el cerebelo y con el área motora primaria para regular la contracción coordinada de varios músculos, permitiendo respuestas más complejas.

*Áreas de asociación*: Son regiones de la corteza cerebral que integran la información sensorial con la motora. Sus funciones se relacionan con el razonamiento, el aprendizaje y el lenguaje.



Las **funciones cerebrales** son cinco: percepción, retención, análisis, emisión y control.

**Recursos materiales:**

Bolígrafo.

**Tiempo y espacio:**

15' minutos.

**Tipo de actividad:**

Individual.

**Actividades complementarias:**

*Conocimiento del medio:* Si se dispone de una maqueta o de gráficos proyectables, un grupo de la clase preparará la identificación de las diferentes partes del cerebro y lo expondrá al resto de la clase indicando las zonas de control.

*Lenguaje:* Busca en el diccionario o en una enciclopedia y aprende el significado de: cráneo, órganos secretores, funciones mentales, computador, coordinar.

*Lenguaje:* Explica brevemente la importancia del cerebro para el ser humano.

*Conocimiento del medio:* En qué parte del cerebro localizamos el área visual.

*Lenguaje:* Si comparamos el cerebro con un ordenador, ¿sabrías explicar porqué de niños sabemos poco, necesitamos aprender -necesitamos ayuda-?, ¿porqué de adultos nos desenvolvemos muy bien? y ¿porqué en la vejez parece como si volviésemos a necesitar ayuda?

*Conocimiento del medio/Plástica:* En la imagen de la siguiente página, señala las cosas que se pueden percibir mediante los diferentes sentidos y explícalas. Después, colorea el dibujo.







## 6. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

### Objetivos:

- Conocer la figura de Alois Alzheimer.

### Contenidos:

- Historia del Alzheimer.

La **enfermedad de Alzheimer** cuenta ya con más de 100 años de historia. En noviembre de 1901, en el hospital de enfermedades mentales de Frankfurt, ingresó una paciente de 51 años de edad llamada *Auguste Deter* (Augusta D), con un llamativo cuadro clínico de 5 años de evolución.

Tras comenzar con un delirio celotípico, la paciente había sufrido una rápida y progresiva pérdida de memoria acompañada de alucinaciones, desorientación en tiempo y espacio, paranoia, trastornos de la conducta y un grave trastorno del lenguaje. Fue estudiada por Alois Alzheimer, y más tarde por parte de médicos anónimos. Falleció el 8 de abril de 1906 por una septicemia, secundaria a úlceras por presión, y neumonía.

El cerebro de la enferma fue enviado a Alzheimer, que procedió a su estudio histológico. El 4 de noviembre de 1906 presentó su observación anatomoclínica con la descripción de placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioescleróticos cerebrales. Él nunca imaginó que estaba dando a conocer una enfermedad y que su nombre ganaría fama universal.

El trabajo se publicó al año siguiente con el título: *“Una enfermedad grave característica de la corteza cerebral”*. La denominación del cuadro clínico como Enfermedad de Alzheimer fue introducida por Kraepelin en la octava edición de su *“Manual de psiquiatría”*, en 1910.

Alzheimer describió su segundo caso en 1911, fecha en la que también aparece una revisión publicada por Fuller, con un total de 13 pacientes con enfermedad de Alzheimer, con una media de edad de 50 años y una duración media de la enfermedad de 7 años.

La historia clínica de Augusta D. fue encontrada casi fortuitamente el 21 de diciembre de 1995 y es por lo que se conocen todos los detalles de su patología. Las lesiones histopatológicas del cerebro de Augusta D han podido ser estudiadas de nuevo y publicadas en 1998 en la revista *Neurogenetics*. En este trabajo no se han encontrado lesiones microscópicas vasculares, existiendo solamente placas amiloideas y ovillos neurofibrilares, lesión ésta última descrita por primera vez por Alzheimer en este cerebro.

El Alzheimer es la demencia más común. **Es un síndrome progresivo y degenerativo que afecta al cerebro, produciendo la desconexión y progresiva desaparición de las neuronas.** No tiene cura, y se desconoce su etiología. Además, cada vez se dan más casos en personas de menos de 60 años. Su diagnóstico es de difícil obtención, y se realiza por eliminación de otras patologías.

Las personas que lo padecen van perdiendo poco a poco sus capacidades mentales y físicas y necesitan ayuda para actividades tan básicas como comer, asearse o moverse.

Se manifiesta con una pérdida de memoria y cambios de conducta en la persona (dependiendo de la zona del cerebro afectada y su intensidad), lo que llega a provocar en los familiares confusión y angustia.

Diversos personajes del mundo político, cultural o social también padecen Alzheimer como Adolfo Suárez, Pascual Maragall, Charlton Heston, Rita Hayworth...

**Recursos materiales:**

Bolígrafo y material de consulta tipo enciclopedia.

**Tiempo y espacio:**

20' minutos.

**Tipo de actividad:**

Individual.

**Actividades complementarias:**

*Lenguaje:* Busca en el diccionario y aprende el significado de las siguientes palabras: deterioro, Alzheimer, neurólogo, psicólogo. Escribe algunas frases utilizando dichas palabras.

*Lenguaje:* Escribe en qué consiste la enfermedad del Alzheimer.

*Lenguaje:* Responde a la siguiente pregunta: ¿A qué personas suele atacar esta enfermedad?

*Lenguaje:* Responde a la siguiente pregunta: ¿Qué podríamos hacer para ayudarle siuviésemos algún familiar con esta enfermedad?



## 7. ¿POR QUÉ DA ALZHEIMER?

### Objetivos:

- Comprender que, por haber sido descubierta recientemente la enfermedad, actualmente se está investigando para conocer su origen.
- Conocer los datos que la ciencia ha aportado hasta ahora sobre las causas del Alzheimer.

### Contenidos:

- Avances de la investigación científica relacionados con el origen del Alzheimer.

Una parte importante de la investigación actual va dirigida a intentar establecer las causas de la enfermedad, aunque por el momento queda mucho por descubrir en este sentido. **Se sabe que la enfermedad es más común en edades avanzadas**, pero se desconocen los factores desencadenantes de los cambios característicos que se producen en el tejido cerebral de quienes la padecen. Se sabe que estos cambios cerebrales están asociados al envejecimiento, pero también que no son parte del proceso normal de este envejecimiento.

Son raros los casos en los que una **anormalidad genética** es causa de la enfermedad. La opinión general es que los genes únicamente contribuyen a aumentar la susceptibilidad de una persona a padecer la enfermedad. Es hereditaria entre el 1% y el 5% de los casos (enfermedad de Alzheimer genética). Los factores genéticos y ambientales asociados entre sí son necesarios, pero no suficientes, precisando además del concurso del factor envejecimiento. Cada vez es más abrumadora la evidencia epidemiológica de que los factores de riesgo vascular (diabetes, hipertensión arterial, dislipemias, dietas ricas en grasas, tabaquismo...), y otros como la intoxicación crónica leve por metales como el cobre, favorecen también el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer en las personas genéticamente predisuestas.

La enfermedad de Alzheimer **no es infecciosa y no está causada por un infra o sobreeso del cerebro**. Todavía no se conoce la causa principal. Sí se sabe que se trata de una enfermedad edad/dependiente -más frecuente cuanto mayor se es- y que existen muchos factores externos que influyen en su génesis.

También se ve afectada por la edad la prevalencia, que es de un 0,02% en el tramo de edad de 30 a 59 años, y pasa a ser de un 10,8% para el tramo comprendido entre los 80 y los 89 años.

### Recursos materiales:

Bolígrafo y diccionario.

### Tiempo y espacio:

20' minutos.

**Tipo de actividad:**

Individual.

**Actividades complementarias:**

*Lenguaje:* Busca en el diccionario o en una enciclopedia las siguientes palabras y aprende su significado: demencia, laguna mental, peculiares, cambios brusco de humor.

*Lenguaje:* Responde por escrito a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la causa que produce la enfermedad del Alzheimer?

*Lenguaje:* De las actuaciones que tienen algunos mayores, ¿cuáles nos hacen sospechar de que una persona mayor pueda tener la enfermedad del Alzheimer?



## 8. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos:

- Comprender la evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo.
- Conocer los síntomas más comunes que se dan a lo largo de la enfermedad y el papel del cuidador o cuidadora principal.

### Contenidos:

- Síntomas del Alzheimer.
- Proceso evolutivo.

Es importante tener en cuenta que **no todas las personas que padecen Alzheimer evolucionan de la misma forma**, ni viven de igual manera la enfermedad. La trayectoria de vida del enfermo, su personalidad y el entorno familiar y social donde vive son factores que influyen directamente en el curso y evolución de la misma.

La familia juega un papel fundamental en la evolución, por lo que debe estar preparada y formada para afrontar el Alzheimer de la forma menos traumática posible, sabiendo y entendiendo qué le pasa en cada momento, facilitando a la persona que lo padece un trato correcto y digno. Hay que establecer un antes y un después del inicio de la enfermedad, muchos de los comportamientos extraños y conductas se deben a la enfermedad y no a la forma de ser del paciente. Es fundamental que el trato con el enfermo no sea un enfrentamiento continuo y comprender que la persona no lo hace porque quiere, sino porque está enferma.

Hablar de fases puede crear confusión. **No todos los pacientes pasan por todas las fases, ni observan los mismos síntomas (aunque algunos son comunes), ni las fases duran el mismo tiempo en todos los enfermos.** Tampoco es de vital importancia saber en qué fase se encuentra el enfermo y es imposible predecir cuándo se producirá un empeoramiento o cambiará de fase. Lo único cierto en el Alzheimer es que es una enfermedad de larga duración, degenerativa y que va evolucionando siempre a peor, pero sin una cronología fija.

A modo orientativo, y teniendo en cuenta los síntomas comunes que se dan en la mayoría de los enfermos, se habla de tres fases:

**Fase Inicial.** Al principio los problemas de memoria pasan desapercibidos, y se culpabiliza al cansancio, a la distracción, a la edad o a una depresión. Sólo determinadas acciones anormales ponen de manifiesto que algo está sucediendo. Normalmente es la familia la que da la voz de alerta, ya que la persona enferma tiende a ocultar sus propios errores o fallos. Una vez detectados estos fallos es importante acudir al médico de cabecera para procurar un diagnóstico lo antes posible. Es importante que el diagnóstico sea realizado por un neurólogo.

En cuanto a los **síntomas más comunes** en esta fase destacan:

- Afectación de la memoria inmediata: olvidos, gran dificultad para retener información, aunque se recuerda perfectamente el pasado.
- Pérdida de vocabulario y utilización de frases más cortas.
- Pérdida en la capacidad de concentración y falta de interés. Se pierde la espontaneidad aunque se conserva la autonomía en el entorno doméstico.
- Desorientación temporal. No saben muy bien en qué día viven, la hora que es o el año.
- Trastornos del sueño.
- La persona afectada sigue siendo autónoma para realizar las actividades básicas de la vida diaria, pero necesitará una supervisión.
- Cambios en la personalidad, que normalmente se manifiestan en aumento de los niveles de ansiedad, enfados frecuentes, agitación. Suelen evitar las reuniones sociales y buscan frecuentar lugares muy conocidos.

Es la fase más desconcertante para la familia, hay mucha confusión, no se sabe muy bien dónde acudir, incluso se duda de que la persona esté realmente enferma.

**Fase Intermedia.** La enfermedad se hace patente, ya nadie duda de que la persona esté enferma, y cada vez necesitará más ayuda de su familiar cuidador para realizar las tareas básicas de la vida diaria. Aunque parezca que se alejan de la realidad, o están como ausentes, sorprende comprobar que se dan cuenta de muchas cosas, como si tuviesen momentos de lucidez. Es como si sus conexiones fueran intermitentes, por lo que se deben cuidar los gestos y los comentarios delante de ellos. Aunque a veces se comporten como niños, no lo son y no se les debe tratar como si lo fueran.

Entre los **síntomas comunes** a esta fase destacan:

- Alteración progresiva de la memoria reciente.
- Errores en la evocación del pasado.
- Dificultad para comunicarse.
- Pérdida progresiva de reconocimiento de personas cercanas.
- Pérdida progresiva de vocabulario. Tiende a no acabar las frases, las repite mucho, etc.
- Confusión. Alteraciones en el comportamiento.
- Desorientación espacio temporal casi total. No pueden salir solos, no son conscientes de los riesgos, no calculan los espacios, pierden estabilidad y son frecuentes las caídas.
- Reacciones no apropiadas antes determinadas situaciones.
- Incontinencia urinaria.
- Pérdida de peso a pesar de la buena alimentación.
- Dificultad para deglutir líquidos.

En esta fase, el cuidador empieza a tomar un papel protagonista, debiendo estar atento 24 horas al día, supervisando lo que hace, lo que necesita y lo que requiere. Es una etapa de mucho desgaste emocional y físico para el cuidador.



**Fase Avanzada.** El agotamiento y la debilidad física de la persona que padece Alzheimer se hace patente en esta fase. Se produce una pérdida total de la identidad personal, no saben quiénes son, la memoria reciente no existe y la remota está afectada. Además hay una ausencia total de la autonomía personal. Dependen totalmente del cuidador y no se debe olvidar que siguen conservando la memoria emocional.

Los **síntomas más comunes** en esta fase son:

- Incontinencia urinaria y fecal.
- Problemas con la alimentación y la nutrición.
- Dificultad para comunicarse. Sólo articulan monosílabos o lenguaje incoherente.
- Ausencia de autonomía. Necesita ayuda para casi todos sus movimientos.
- Aparición de úlceras por presión.

Es muy importante en esta etapa:

- Mantener la higiene bucal.
- Proteger e hidratar su piel.
- Adecuar la alimentación a las necesidades nutricionales y de hidratación.

Para el cuidador principal esta etapa es de especial dureza. Son muy frecuentes los sentimientos de soledad y de culpa. El cuidado de la persona se hace cada vez más complicado convirtiéndose la casa en un minihospital y el cuidador en un experto enfermero.

#### **Recursos materiales:**

Bolígrafo y diccionario.

#### **Tiempo y espacio:**

20' minutos.

#### **Tipo de actividad:**

Individual.

#### **Actividades complementarias:**

*Lenguaje:* Busca en el diccionario y aprende el significado de la palabra evolucionar. Escribe algunas palabras o frases que signifiquen lo mismo.

*Lenguaje:* ¿Qué ha aprendido Augusta?

*Conocimiento del medio:* Recuerda cómo se llama la comunicación de unas neuronas con otras.



## 9. ADAPTACIÓN DEL HOGAR

### Objetivos:

- Comprender la necesidad de realizar cambios en el hogar para facilitar las tareas y evitar accidentes.
- Conocer algunos cambios que se pueden realizar.

### Contenidos:

- Elementos cotidianos del hogar que pueden ser origen de incomodidad o accidentes.

Es necesario realizar cambios en el hogar para evitar situaciones de riesgo y facilitar el cuidado de la persona enferma. Adaptar la vivienda a las nuevas necesidades mejora la calidad de vida del enfermo y de quienes le cuidan. El ambiente en la casa debe permitir al paciente participar en las actividades cotidianas previniendo los trastornos de conducta más característicos del Alzheimer: vagabundeo, pasividad, agresividad, etc. **Seguridad, confort y accesibilidad son las tres premisas que debe reunir el hogar**, para conseguirlas basta con eliminar barreras y obstáculos, redistribuir los objetos y muebles, adoptar soluciones técnicas disponibles en el mercado o modificar el tiempo y el orden de la realización de determinadas tareas.

En la mayor parte de los casos, organizar adecuadamente el hogar no es tanto una cuestión de dinero como de una acertada elección de las soluciones disponibles, anticipándose a los problemas que puedan surgir en el transcurso de la enfermedad.

Se deben **minimizar los factores de riesgo** evitando:

- Suelos resbaladizos o con desniveles
- Cables eléctricos por el suelo o en zonas de paso
- Objetos de cristal y elementos decorativos que se pueden caer o romper
- Escaleras y peldaños
- Iluminación escasa o que produce sombras
- Cualquier utensilio con el que encender fuego
- Productos tóxicos, como medicamentos o productos de limpieza
- Pequeños objetos que puedan tragarse
- Utensilios cortantes (cuchillos, tijeras, hojas de afeitar...)
- Se deben colocar objetos que favorezcan la orientación:
- Calendarios y relojes
- Señalizaciones específicas del baño o del dormitorio
- Instalar elementos de iluminación nocturna
- Colocar una pizarra que le indique las cosas que tiene que hacer y en qué orden



## **COCINA.**

Conviene revisar los siguientes **puntos de riesgo**:

**Suelo.** Se debe conservar seco tanto como sea posible y eliminar rápidamente las gotas de aceite que pueden caer. Lo ideal es un suelo rugoso o un revestimiento antideslizante.

**Fregadero.** Conviene colocar un grifo con termostato para evitar quemaduras o limitar la temperatura del agua caliente a 60 grados.

**Cocina.** Es conveniente que sea una eléctrica con placas de protección. Si es de gas, cerrar la llave de paso cada vez que se termine de utilizar. Cuidado con las cerillas, mejor un mechero eléctrico para gas. Colocar el microondas fuera de su alcance.

**Calentador.** Preferible que sea eléctrico, lo que elimina los riesgos de explosión y de asfixia. Limitar la temperatura del agua caliente a 60 grados.

**Pequeños electrodomésticos.** No conservarlos a mano.

**Utensilios puntiagudos o cortantes.** Deben colocarse fuera de su alcance.

**Cacharros de cristal.** Deben quitarse de la cocina.

**Productos de limpieza.** Son muy peligrosos porque pueden confundirse con ciertas bebidas. Deben colocarse fuera del alcance del familiar o en un armario con llave.

**Frigorífico.** Preferible controlar su apertura mediante un cierre de seguridad para evitar el acceso incontrolado a la comida.

**Posibilidad de incendio.** La cocina es un lugar propicio para este tipo de accidente. Poner un pequeño extintor.

**Vajilla irrompible.** Reemplazar la vajilla habitual por platos, vasos y cubiertos de plástico que no se rompen.

**Mesa fácil de limpiar.** Una mesa que se pueda limpiar fácilmente con un mantel plástico (que se pueda fijar por sus extremos con pinzas adecuadas o con clavos) o tablero de formica. Se debe colocar de forma que se pueda sentar fácilmente a la mesa en todo momento y que, también, pueda servir de punto de apoyo complementario.

## **CUARTO DE BAÑO.**

**Suelo.** Hay que mantenerlo siempre seco. Atención a las salpicaduras de jabón, gel, etc.).

**Grifos.** Conviene grifos termostatizados para evitar quemaduras o limitar la temperatura del agua caliente a 60 grados.

**Bañera.** Entrar y salir es difícil para una persona mayor y aumenta el riesgo de caída. Tomar las siguientes precauciones:

- Colocar bandas antideslizantes o un suelo antideslizante en el fondo de la bañera,
- Instalar en el tabique que bordea la bañera una barra de apoyo que permita entrar y salir con facilidad.
- Si la ducha está fija en la pared, colocar un tubo de ducha flexible, más fácil de manejar.
- Colocar una silla de baño. Es fácil de instalar y hace que el cuerpo sea más accesible para quien lo tiene que bañar.
- Colocar delante de la bañera una alfombrilla antideslizante.

**Ducha.** Es más útil que la bañera. Tomar las siguientes precauciones:

- Colocar bandas antideslizantes o un suelo antideslizante en el fondo del plato de la ducha.

- Instalar en el tabique barras de apoyo.
- Colocar una alfombrilla antideslizante delante de la ducha.
- Si la ducha está fija en la pared, colocar un tubo de ducha flexible, más fácil de manejar.
- Utilizar un asiento de ducha.

**Lavabo.** Generalmente está encastrado, lo que impide lavarse sentado o utilizando una silla de ruedas.

**Botiquín.** Guardar en él los medicamentos, lacas de uñas y otros productos cuya ingestión pueda ser tóxica. Se recomienda que pueda ser cerrado con llave.

**Iluminación.** Interruptor bien visible (luminiscente para la noche) lo más cerca posible del picaporte de la puerta. Conviene instalar un sistema automático que ilumine el baño cuando entre una persona.

**Sistema de cierre de la puerta.** Eliminarlo para evitar que la persona enferma quede encerrada y no pueda salir.

**Jabón, champú y gel.** Estos productos pueden hacer resbaladizos los suelos del baño, de la bañera y de la ducha.

**Puntos de apoyo.** Colocar barras de apoyo por la pared libre del cuarto de baño. Una persona mayor nunca tendrá suficientes puntos de apoyo a mano.

**Señalar el cuarto de baño.** Reconocer el cuarto de baño y saber para qué se utiliza puede llegar a ser un problema. Colocar un letrero pequeño en la puerta con un dibujo identificable de una bañera.

**Reducir los objetos de tocador.** Dejar a mano sólo los objetos que se utilizan todos los días: una toalla, una pastilla de jabón, un cepillo de dientes, un dentífrico, un peine... Deben colocarse bien visibles y siempre en el mismo lugar para que se encuentren con facilidad.

### **Recursos materiales:**

Bolígrafo.

### **Tiempo y espacio:**

15' minutos.

### **Tipo de actividad:**

Individual.

### **Actividades complementarias:**

*Lenguaje:* Escribe los nombres de todas las cosas que pueda haber en un cuarto de baño.

*Lenguaje:* Explica porqué puede ser peligrosa una cocina de gas.

*Lenguaje:* Relaciona las siguientes cosas con el riesgo que pueden suponer para las personas: objetos de cristal, gel de baño, calentador de gas, productos de limpieza, suelo resbaladizo, cuchillos. Riesgos: cortes, caídas, intoxicación, asfixia.



## 10. AYUDAS TÉCNICAS

### Objetivos:

- Prevenir las situaciones que pueden dificultar la realización de actividades.
- Conocer algunos utensilios y aparatos que facilitan la realización de tareas cotidianas.

### Contenidos:

- Utensilios y aparatos que ayudan a las personas con dificultades.

Las ayudas técnicas son utensilios y aparatos que facilitan a la persona enferma la realización de sus actividades diarias y ayudan a los cuidadores a realizar las labores de cuidado.

En el **mobiliario** de la casa son convenientes:

- Mesas con bordes y esquinas redondeadas, patas rectas y una altura de 71-72 cm (75-76 cm para usuarios en sillas de ruedas).
- La cama debe ser mínimo de 190 cm de largo y 90 cm de ancho. Somier de láminas de madera y articulado y colchón ni muy blando ni muy duro.
- Barandillas anticaídas para la cama.
- Tiradores del tipo “maneta de palanca”.
- Suelos lisos, antideslizantes. Evitar alfombras y pavimentos demasiado pulidos y brillantes.

Para la **alimentación** se recomienda:

- Vasos con dos asas y adaptados para no atragantarse.
- Platos antideslizantes y antivuelco.
- Cubiertos engrosados, pesados y largos.
- Mantel de color y antideslizante.

Para ayudar a la hora de **vestirse**:

- Abrochabotones.
- Calzador de medias.
- Calzador de zapatos de mango alargado.

Para el **aseo**:

- Peine y cepillo de mango alargado.
- Maquinilla eléctrica de afeitar.
- Cepillos de dientes con mango especial.
- Vasos y pasta dentífrica adaptados.
- Esponja de mango alargado.
- Grifos monomando.
- Bidé portátil para WC.

En cuanto a la **movilidad**:

- Silla de ruedas.
- Andadores.
- Bastones.
- Grúa.

**Recursos materiales:**

Bolígrafo.

**Tiempo y espacio:**

15' minutos.

**Tipo de actividad:**

Individual.

**Actividades complementarias:**

*Lenguaje:* ¿Qué aparatos ayudan a las personas a moverse?

*Motricidad:* Se preparan platos llenos de arena o similar y, al otro extremo de la mesa, vasos de plástico vacíos (pueden ser recipientes de yogur). Utilizando la mano izquierda (quienes sean zurdos utilizarán la mano derecha), los alumnos intentarán llenar vasos con la arena utilizando una cuchara. Deben intentar derramar el mínimo de arena posible sobre la mesa.



## 11. CUIDADORES EXTERNOS Y FAMILIARES

### Objetivos:

- Diferenciar un cuidador externo de uno familiar.
- Comprender la situación de los cuidadores familiares en Europa y en España.

### Contenidos:

- Problemática generada por la enfermedad de Alzheimer en cuanto al cuidado de los pacientes.

**Cuidador externo** es la persona que dedica su actividad profesional remunerada al cuidado de personas enfermas o dependientes. Deben tener una formación y preparación específica para ello. Ejercen su labor tanto en domicilios como en instituciones.

**Cuidador familiar** es el miembro de la familia, normalmente una mujer, que se encarga del cuidado de la persona enferma sin formación profesional para ello. Dedicar 24 horas al cuidado del enfermo, a las revisiones médicas y a todo lo que necesita día a día.

**Encuesta europea** realizada sobre 1.181 cuidadores, para recoger sus experiencias en el cuidado de su familiar.

Fue diseñada para valorar el perfil de los cuidadores y diferentes aspectos relacionados con el cuidado del enfermo, tales como las ayudas en el momento del diagnóstico (información sobre la enfermedad y su curso, fuentes de información), en cada momento de la evolución (síntomas problemáticos, áreas de dificultad, disponibilidad de servicios) o los tratamientos aplicados desde el diagnóstico. El estudio identifica el nivel de satisfacción del cuidador por los servicios disponibles y su gestión. 200 cuestionarios provinieron de cuidadores españoles contactados por la Fundación Alzheimer España, los otros de Francia, Alemania, Polonia y Escocia. La recogida de los cuestionarios se hizo desde noviembre de 2005 a enero de 2006.

### *¿Quiénes son los cuidadores en España?*

**¿A quién cuidan?** El 53% de los encuestados son cuidadores de uno de sus padres, y un 31% de su esposo/a o pareja, la mayoría (83%) con la enfermedad de Alzheimer.

**¿Conviven con su familiar?** En la mitad de los casos, el cuidador vive con el paciente.

**¿Cuál es el sexo y la edad de los cuidadores?** El 63% de los cuidadores son mujeres y pertenecen a un amplio rango de edades (el grupo de edad con el mayor número de encuestados, 33%, fue el de los que tenían entre 45 y 54 años).

**¿Cuál es la edad media de los enfermos y el grado de gravedad?** El 84% de los enfermos tienen más de 65 años. Un 77% sufre un moderado a severo grado de demencia.

**¿Cuál es la situación de los cuidadores?** El 31% de los cuidadores está jubilado y el 41% está empleado a tiempo completo.

**¿Cuánto tiempo dedica el cuidador a su familiar?** El 42% de los cuidadores de enfermos dependientes pasan más de 10 horas diarias cuidando de su ser querido.

**¿Cuáles son los motivos de consulta?** El primer motivo por el cual los enfermos o los familiares solicitan ayuda profesional suele ser cuando experimentan alteraciones cognitivas (92%), trastornos de la conducta (73%) y dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria (71%).

**¿Cuáles son los síntomas más conflictivos?** Los cuidadores destacaron como más conflictivos (en orden decreciente de importancia) los síntomas siguientes:

- Pérdida de memoria/confusión.
- Desorientación.
- Falta de concentración /atención, depresión.
- Irritabilidad.
- Cambios en la personalidad.
- Incapacidad para reconocer a las personas conocidas.
- Vagabundear.
- Alteraciones de la conducta, dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

**¿Cómo valoran los cuidadores la información sobre la enfermedad?** En el momento del diagnóstico, la encuesta reveló la escasa información ofrecida al cuidador y a la familia. El 37% de los encuestados indicaron que se les aportó una información inadecuada sobre la enfermedad y el 50% una información insuficiente sobre su evolución. Sólo el 4% fueron informados de los servicios disponibles y el 8% de la existencia de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Incluso, el 34% no recibieron información sobre los tratamientos médicos disponibles. Los cuidadores señalaron la necesidad de mayor información sobre estos temas y más información sobre aspectos legales y sobre cómo hacer frente al futuro. El 81% quiere más información práctica sobre los servicios y el 47% desea más información sobre los tratamientos médicos.

**¿Cómo valoran los cuidadores los servicios?** Los familiares hicieron especial hincapié en la falta de un servicio básico de apoyo a los cuidadores. El acceso a “servicios clave” como ayuda domiciliaria o asistencia de enfermería en residencias/domicilio son restringidos. Estos servicios son disponibles solamente para el 44% y el 34 % de las familias, respectivamente. Igualmente, se indicó una escasez en la disponibilidad de grupos de apoyo al cuidador (36%), cuidados en marco hospitalario (25%), centros de respiro (3%) y cuidados en Instituciones públicas (2%). El 83% de los cuidadores creen que el cuidado de las personas mayores es un asunto público y que sus cuidados y servicios deberían ser costeados por fondos públicos. Sin embargo, aunque es posible que existan fondos para financiar estos servicios, la mayoría de los cuidadores los costean ellos mismos; el 88% paga por ayuda en el hogar y el 87% por cuidados de enfermería en residencia/domicilio. Únicamente el 7% de los cuidadores considera adecuado el nivel de cuidados de las personas mayores en España.



**Recomendaciones para el futuro.** Las entidades que participaron a la encuesta solicitan a los gobiernos de los distintos países miembros de la UE que desarrollen planes nacionales contra la enfermedad, y que incluyan ayudas y subvenciones a los cuidadores para que puedan seguir encargándose ellos de los cuidados de sus seres queridos.

Los Planes Nacionales deberían incluir:

- Proporcionar a los cuidadores, junto al diagnóstico, más información, de fácil comprensión y donde se indiquen los tratamientos y servicios de apoyo más relevantes.
- Proporcionar, sistemáticamente cuando se diagnostica la enfermedad, información sobre la existencia de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y los servicios que éstas proporcionan tanto a los enfermos como a sus cuidadores.
- Subvencionar a las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y, especialmente, los servicios que éstas proporcionan.
- Facilitar el acceso a servicios y tratamientos para atender tanto problemas de conducta y de funcionalidad como los relacionados con las alteraciones de las capacidades cognoscitivas.
- Desarrollar servicios integrales y flexibles capaces de adaptarse a los cambios en las necesidades de los enfermos con demencia.
- Organizar servicios de formación para que los cuidadores estén capacitados para llevar a cabo con solvencia su función de cuidar.

**Recursos materiales:**

Bolígrafo.

**Tiempo y espacio:**

15' minutos.

**Tipo de actividad:**

Individual.

**Actividades complementarias:**

*Lenguaje:* Explica qué entiendes por cuidadores familiares.

*Lenguaje:* ¿Qué crees que son cuidadores externos?

*Lenguaje:* Teniendo en cuenta a la persona enferma, ¿qué ventajas tienen los cuidadores familiares y qué ventajas los cuidadores externos?



## 12. LA CUIDADORA PRINCIPAL

### Objetivos:

- Conocer la figura de la cuidadora principal.
- Comprender el perfil de la cuidadora principal.

### Contenidos:

- Influencia del Alzheimer en la cuidadora principal.

Se llama cuidador o cuidadora principal a la **persona que, desde el inicio de la enfermedad, asume la responsabilidad en cuanto a la atención y cuidados diarios del enfermo**, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que éste va perdiendo sus capacidades y autonomía.

El cuidador o la cuidadora perciben que **sus actividades de cuidado perturban su salud psicofísica y alteran su situación socio-económica y social**.

El impacto sobre el cuidador depende sobre todo de los siguientes **factores**:

- Los síntomas que va presentando la demencia.
- La información/formación recibida.
- El apoyo informal/formal con que cuenta.
- La calidad de las relaciones previas con el enfermo.

El cuidador principal debe contar con el **apoyo de otros miembros de la familia** que compartan la carga y que reciban una formación específica que les ayude en el cuidado del enfermo y les facilite el día a día. También debe conocer el acceso a los recursos y realizar un buen uso de ellos.

En España, el perfil de la cuidadora principal es el de una mujer, esposa o hija del enfermo, que supera la edad de 40 años, con exigua información acerca de esta patología y que soporta además otras cargas familiares y/o profesionales.

### Recursos materiales:

Bolígrafo.

### Tiempo y espacio:

15' minutos.

### Tipo de actividad:

Individual.



**Actividades complementarias:**

*Debate:* Entre todos los alumnos de la clase, se debatirá acerca de la siguiente pregunta: ¿Por qué la mayoría de los cuidadores familiares son mujeres? El/la profesor/a o un/a alumno/a ejercerán el papel de moderador/a.

*Lenguaje:* Explica qué entiendes por trabajadora social.

*Lenguaje:* Explica quién crees que es el cuidador o cuidadora principal en general.

*Lenguaje:* Responde a la siguiente cuestión: si en una familia ya hay un/a cuidador/a principal, ¿qué debe hacer el resto de la familia?

## 13. TRATAMIENTOS PARA EL ALZHEIMER

### Objetivos:

- Comprender la función de los fármacos en el tratamiento de las enfermedades.

### Contenidos:

- Pros y contras de los tratamientos farmacológicos.

Para la demencia tipo Alzheimer, existen fármacos que **intentan retrasar la evolución de la enfermedad**; su efectividad aumenta dependiendo del estadio en que se encuentre la enfermedad y, por tanto, de la precocidad con que se comience su administración. Estos fármacos solo se obtienen con receta del especialista y son de un alto coste económico, aunque la seguridad social hace que su coste se reduzca y, algunas veces, resulta gratuito.

Pueden generar **efectos secundarios** y no son efectivos en todos los pacientes.

Los medicamentos deben ir siempre acompañados de terapias no farmacológicas.

Los medicamentos deben ser administrados según las **especificaciones del médico** en cuanto a dosis y temporalidad.

Deben tenerse controlados para evitar su toma inadecuada y **evitar posibles accidentes**.

### Recursos materiales:

Bolígrafo.

### Tiempo y espacio:

15' minutos.

### Tipo de actividad:

Individual.

### Actividades complementarias:

*Lenguaje:* El alumnado pedirá a sus familiares un prospecto de un medicamento y copiarán en un cuaderno la posología, indicando las dosis y la frecuencia de las tomas. Del mismo prospecto, copiarán los efectos secundarios y las contraindicaciones del medicamento. Posteriormente, los expondrán al resto de la clase.



*Matemáticas:* Teniendo en cuenta los datos obtenidos en el ejercicio anterior, ¿qué cantidad de unidades de medicamento es necesaria para un día?, ¿y para una semana?, ¿y para un mes?

*Lenguaje:* ¿Qué quiere decir que los medicamentos son efectivos en la primera fase de la enfermedad?

## 14. TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

### Objetivos:

- Aprender qué son las terapias no farmacológicas.
- Comprender la utilidad de estas terapias en el tratamiento de la enfermedad.

### Contenidos:

- Diferentes terapias no farmacológicas.

Las terapias no farmacológicas son aquellas que **se realizan sin la intervención de medicamentos**.

22 investigadores de 18 organizaciones de todo el mundo han revisado más de mil trabajos sobre terapias no farmacológicas aplicadas al Alzheimer y han comprobado que algunas de éstas retrasan el ingreso del paciente en una institución durante más tiempo de lo que lo hace el medicamento. En virtud de los resultados de este trabajo, se puede afirmar que **las terapias no farmacológicas mejoran la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer** y la de sus familias y algunas de ellas demuestran beneficios más amplios y completos que los medicamentos. Así, se ha demostrado que estas terapias mejoran la cognición, el estado de ánimo y la conducta de los pacientes.

Las terapias no farmacológicas son imprescindibles para las personas que padecen Alzheimer. Éstas, **combinadas con los fármacos, son la manera más eficaz de tratar la enfermedad**, ya que hacen que avance más lentamente y la calidad de vida de la persona que la padece sea mayor.

Las terapias cognitivas se llevan a cabo en Talleres de Estimulación donde los pacientes cuentan con grupos de compañeros con quienes comparten sus vivencias.

Principales terapias de rehabilitación cognitiva:

- **Estimulación y actividad cognitiva:** rehabilitan las funciones mentales superiores (memoria, orientación, lenguaje oral y escrito, capacidad visoespacial, praxis capacidades ejecutivas) para obtener un mejor rendimiento cognitivo y de la autonomía personal. Un examen neuropsicológico previo permitirá conocer las áreas cognitivas a mejorar y los ejercicios a realizar.
- **Orientación a la realidad:** trata la alteración de la orientación espacio-temporal y de la persona a través de estímulos y repetidas informaciones visuales, escritas, verbales, etc. Existen dos formas de reorientación: la



reorientación espaciotemporal de 24 horas y las clases estructuradas de orientación a la realidad.

- **Reminiscencia:** estimula la propia identidad y la autoestima de la persona a través de recuerdos personales. No se estimula la perfección del recuerdo ni la localización perfecta en el tiempo. Puede ser realizada en grupo o de forma individual.
- **Psicomotricidad:** asociar el movimiento con la música es de gran utilidad en la enfermedad de Alzheimer, así como salir todos los días por el mismo sitio a las mismas horas paseando durante al menos 30 minutos. Otros ejercicios sencillos pueden ayudar también: ejercicios de respiración, movilizar las diferentes partes del cuerpo (cabeza, manos, brazos, piernas) recordándolas para tomar conciencia de ellas.
- Estimulación cognitiva a través del programa de **entrenamiento cognitivo informatizado Grador**.

#### **Recursos materiales:**

Lápices, rotuladores o ceras de colores.

#### **Tiempo y espacio:**

20' minutos.

#### **Tipo de actividad:**

Individual.

#### **Actividades complementarias:**

*Lenguaje:* Busca en el diccionario y aprende el significado de las palabras: psicóloga, ludoteca, terapia, cognición. Escribe una frase con cada palabra.

*Conocimiento del medio:* El alumnado pedirá a sus padres una fotografía de cuando tenían cuatro o cinco años. Mirando la fotografía, tratarán de identificar cosas y personas que aparecen en ella y recordarán cosas relacionadas con el momento en que se hizo la fotografía.

*Lenguaje:* ¿Por qué crees que son útiles estos talleres en el tratamiento de esta enfermedad?

## 15. LAS ASOCIACIONES DE ALZHEIMER

### Objetivos:

- Aprender qué es una asociación.
- Comprender las características de las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer.

### Contenidos:

- Las asociaciones y sus características. Las asociaciones de Alzheimer: funcionamiento y tipos.

Las asociaciones son **agrupaciones de personas** constituidas para realizar una **actividad colectiva** de forma estable, **organizadas democráticamente, sin ánimo de lucro e independientes** del Estado, los partidos políticos y las empresas.

Conviene aclarar que no tener ánimo de lucro significa que no se pueden repartir los beneficios o excedentes económicos anuales entre los socios, pero sí pueden tener excedentes económicos al finalizar el año, tener contratados laborales y realizar actividades económicas que puedan generar excedentes económicos. Los excedentes deberán reinvertirse en el cumplimiento de los fines de la entidad.

Para Jarre (Jarre, 1991) se pueden definir cinco **funciones básicas de las asociaciones:**

- **Aportar innovaciones** creando programas novedosos o experimentales que no son asumidos por el Estado (no está demostrada su eficacia) ni por el Mercado (no está demostrada su rentabilidad).
- **Prestar servicios a la comunidad** no cubiertos o cubiertos deficitariamente. Esto permite al usuario, además, poder elegir entre varias alternativas.
- **Defender los derechos de los colectivos más vulnerables** cuando éstos por sí mismos no pueden hacerlo; o bien destacan con su acción la vulneración de estos derechos.
- Garantizar la **presencia en la sociedad de valores de participación y solidaridad** frente a los valores individualistas predominantes, sirviendo de modelo para el resto de los ciudadanos.
- **Actuar como mediadores** entre los ciudadanos y el Estado. A su vez pueden dar a conocer los servicios existentes a aquellos colectivos para los que van destinados.



Las **Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer** se denominan AFAS. Cada AFA es autónoma y tiene su propia Junta Directiva, presupuestos, programas, servicios y actividades. Las AFAS de cada provincia forman parte de una **federación provincial**, que a su vez se suma a las demás provinciales formando lo que en Andalucía se denomina CONFEAFA (**Confederación Andaluza** de Familiares de enfermos de Alzheimer). La unión de todas las federaciones y asociaciones autonómicas es la CEAFA (**Confederación Española** de Familiares de enfermos de Alzheimer).

Los objetivos de las AFAS son la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen Alzheimer y sus familias, sensibilizar a las administraciones y a la población en general sobre la enfermedad y su problemática sanitaria y social, apoyar a las familias en el cuidado facilitando su acceso a los recursos y formar y preparar a los cuidadores para afrontar el día a día.

Las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer en Andalucía son de **tres tipos**.

- Asociaciones **Tipo III**: cuentan con servicios básicos de información, asesoramiento, divulgación y sensibilización. Como servicios opcionales cuentan con grupos de ayuda mutua.
- Asociaciones **Tipo II**: cuentan con los servicios básicos de las de tipo III más grupos de ayuda técnica, talleres de psicoestimulación y formación de familiares y voluntarios. Como servicios opcionales cuentan con atención psicológica y servicio de ayuda a domicilio.
- Asociaciones **Tipo I**: cuentan con los servicios básicos de las de tipo III y II más unidad de estancia diurna. Como servicios opcionales cuentan con unidad de estancia temporal y residencia.

#### **Recursos materiales:**

Bolígrafo.

#### **Tiempo y espacio:**

20' minutos.

#### **Tipo de actividad:**

Individual.

#### **Actividades complementarias:**

*Lenguaje:* Busca en el diccionario y aprende el significado de las palabras asociación, cuota, subvención.

*Lenguaje:* Escribe el nombre de cuatro asociaciones que conozcas y el objetivo que tú creas que tiene cada una de ellas.

*Lenguaje:* A tu parecer, ¿cuál es la actividad principal que desarrolla una Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer?



## 16. RECURSOS DE LAS AFAS

### Objetivos:

- Conocer los recursos disponibles tanto en las AFAS como en instituciones públicas.

### Contenidos:

- Recursos y ayudas.

Las AFAS trabajan estrechamente con los estamentos oficiales y son ellas las que **acercan la mayoría de los recursos a las personas que los necesitan**. No todas las asociaciones son iguales ni prestan los mismos servicios, pero éstos son los más comunes:

- **Cursos de formación para cuidadores familiares:** La formación es fundamental ante la enfermedad de Alzheimer.
- **Cursos de formación para voluntarios/as:** Facilitan un voluntariado de calidad.
- **Cursos de formación a cuidadores:** Formación dirigida a familiares.
- **Aula de Estimulación Integral.** Talleres de estimulación cognitiva para enfermos en fases leve y moderada. En los talleres, los pacientes reciben una atención personalizada, a través de ejercicios y evaluaciones periódicas. Las asociaciones de Andalucía cuentan con el programa Grador (estimulación por ordenador mediante pantalla táctil).
- **Estimulación a domicilio.** Talleres de estimulación para personas que no pueden acudir al Aula de Estimulación Integral o a alguna Unidad de Estancia Diurna donde recibir esta terapia. Realizados periódicamente en su domicilio por personal técnico de la AFA. El cuidador principal aprende a realizar los ejercicios y ayuda a su familiar en la estimulación.
- **Apoyo psicológico individualizado al cuidador/a.** Durante la enfermedad, el cuidador necesita atención psicológica para afrontar el día a día.
- **Grupos de Ayuda Mutua.** Formados por ocho a diez personas que intercambian experiencias y aprenden a manejar situaciones a las que se tienen que enfrentar.
- **Talleres intergeneracionales.** Los niños conviven con los enfermos en los talleres de estimulación. Antes, aprenden sobre la enfermedad con explicaciones de los técnicos de la asociación mediante dinámicas y juegos que le ayuden a entender su realidad.



- **Talleres de memoria para familiares.** Actividades que ayudan a los cuidadores a salir de su rutina. Los técnicos de la asociación hacen ejercicios con los familiares y dan pautas para mejorarla.
- **Ayuda a domicilio.** Algunas asociaciones cuentan con auxiliares que van a los domicilios para ayudar a enfermos y cuidadores en sus tareas diarias: limpieza del hogar, aseo de pacientes, etc.
- **Fisioterapia a domicilio para personas enfermas.** Para enfermos en fase avanzada que no tienen posibilidad de acudir a talleres.
- **Fisioterapia para cuidadores/as.** Programa de rehabilitación personalizado para cuidadores.
- **Mediación en conflictos familiares.** Servicio de mediación familiar a disposición de las familias para ayudar en la resolución de conflictos.
- **Asesoramiento social.** Personal técnico asesora a las familias en temas sociales, acceso a la información y los recursos existentes, tanto de la entidad como de la comunidad.
- **Ayudas técnicas.** Las entidades cuentan con el llamado “banco de ayudas técnicas”, que es un servicio de préstamos de objetos como sillas de ruedas, barandillas, andadores, camas articuladas, etc.; se ponen a disposición de las familias, y éstas los devuelven cuando ya no los necesitan.

### Recursos institucionales

En la actualidad se dispone de una infraestructura asistencial que sirve para mejorar el tratamiento y como descarga y apoyo familiar. Aunque esta estructura asistencial es insuficiente, no se encuentra generalizada en el territorio nacional. En España, los recursos institucionales se canalizan a través de la denominada Ley de Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, mas conocida como “ley de dependencia”. Su desarrollo ha supuesto para muchas personas el reconocimiento de un derecho que les garantiza el acceso a los servicios y prestaciones que necesitan:

- Los **servicios** son de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y noche y atención residencial.
- Las **prestaciones económicas** son para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, asistencia personal y prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio.

### Recursos materiales:

Bolígrafo.

**Tiempo y espacio:**

15' minutos.

**Tipo de actividad:**

Individual.

**Actividades complementarias:**

*Lenguaje:* Busca en el diccionario y aprende el significado de las palabras dístico, estimular, psicología y fisioterapia.

*Lenguaje:* Escribe los prefijos que indiquen los números del uno al diez.

Uno: \_\_\_\_\_ Dos: \_\_\_\_\_ Tres: \_\_\_\_\_ Cuatro: \_\_\_\_\_  
Cinco: \_\_\_\_\_ Seis: \_\_\_\_\_ Siete: \_\_\_\_\_ Ocho: \_\_\_\_\_  
Nueve: \_\_\_\_\_ Diez: \_\_\_\_\_

*Lenguaje:* ¿En qué consiste un taller intergeneracional?

*Conocimiento del medio:* ¿Por qué crees que hay más cuidadoras que cuidadores?  
¿Qué opinas sobre eso?



## 17. VOLUNTARIADO.

### Objetivos:

- Comprender la figura del voluntario.

### Contenidos:

- El voluntariado.

El voluntariado es una **actividad que se realiza de manera voluntaria** poniendo la energía y los conocimientos al servicio de quien más lo necesita en la comunidad sin recibir nada a cambio.

El voluntariado es característico de las últimas décadas del siglo XX y surge para afrontar situaciones a las que antes no se había prestado demasiada atención como las enfermedades, la pobreza, la miseria, la violencia, el abuso o el maltrato a seres humanos y animales. Así, surgen las asociaciones u **organizaciones no gubernamentales (ONG)**, que funcionan de manera independiente y buscan soluciones para problemas que no son atendidos por los estados. El voluntario se inserta en esta red de organizaciones como la figura fundamental, ya que es a partir de él que las mismas pueden funcionar. El voluntariado se ocupa de conseguir fondos, colaboraciones o simplemente concienciar a la ciudadanía sobre los problemas que aborda.

El voluntariado es una tarea llevada a cabo por jóvenes, adultos y personas de la tercera edad que dedican su tiempo libre a tareas solidarias y altruistas.

Uno de los programas más importantes de las asociaciones de Alzheimer es el de voluntariado, ya que las familias que se enfrentan al Alzheimer necesitan la máxima ayuda posible. Contar con la ayuda de voluntarios se convierte en algo fundamental para el enfermo y su familia, de cara a afrontar la enfermedad de la mejor manera posible. Los voluntarios requieren de una formación específica.

### Principales **características del voluntariado en las Asociaciones de Alzheimer:**

- Dar soporte a la familia y descargarla de la tensión.
- Ejercer un efecto terapéutico en la familia y el entorno.
- Ayudar a las familias a reducir la sensación de soledad y aislamiento que provoca la enfermedad.
- Ayudar a las asociaciones en actividades benéficas, administrativas o de apoyo a los técnicos y auxiliares.

- Actuar a domicilio o en centros.
- Las tareas del voluntariado requieren discreción, constancia, compromiso y un poco de tiempo, a veces, con una hora a la semana, es suficiente para realizar labores de voluntariado.

**Recursos materiales:**

Bolígrafo.

**Tiempo y espacio:**

15' minutos.

**Tipo de actividad:**

Individual.

**Actividades complementarias:**

*Lenguaje:* ¿Qué significan las siglas ONG?

*Lenguaje:* ¿Cómo se llama la ONG que se ocupa de atender a las personas que padecen Alzheimer y a sus familiares en tu localidad?

*Conocimiento del medio:* Además de esta ONG del Alzheimer, hay otras muchas. Escribe el nombre de las que conozcas.



# ***Cuando falla la memoria***

*Proyecto de Sensibilización Escolar sobre el Alzheimer*

***Educación Secundaria Obligatoria***



Asociación de Alzheimer  
A.F.A. Nuestros Ángeles



2º y 3º de Educación Secundaria Obligatoria

Los contenidos que aparecen en los diferentes epígrafes constituyen unidades de aprendizaje relacionadas con la enfermedad del Alzheimer.

## ***Propuesta metodológica***

Cada epígrafe se podrá tratar de forma independiente en la asignatura o asignaturas relacionadas con la temática que trata.

El profesor o profesora hará una introducción de los contenidos a tratar basándose en los conocimientos previos del alumnado o en los contenidos que se contemplan en la programación del aula relacionados con la temática a tratar.

A continuación, propondrá al alumnado la lectura de cada epígrafe y, a partir de la lectura, se iniciará una exposición de ideas o comentarios por parte del alumnado que lleven a afianzar los conceptos tratados.

Finalmente, el alumnado realizará las actividades que el profesor considere oportunas. Las actividades están planteadas para que el alumnado refuerce o amplíe actividades y conceptos multidisciplinares de forma fácil e instructiva. Si el profesorado lo estima conveniente, se aportan ideas alternativas para realizar más actividades.

Es recomendable que las actividades sean realizadas en folios aparte o cuadernos de clase con la idea de que estos cuadernos de trabajo puedan ser reutilizados en sucesivos cursos.



# 1. EL ENVEJECIMIENTO

## Objetivos:

- Comprender la vida como proceso biológico.
- Distinguir la diferencia entre envejecimiento cronológico y envejecimiento patológico.
- Aprender algunas repercusiones del envejecimiento en la sociedad.

## Contenidos:

- Envejecimiento cronológico, envejecimiento patológico, envejecimiento social.

**Es un proceso biológico que forma parte de la vida.** Se inicia en el momento del nacimiento y cronológicamente se envejece al cumplir años. El ser humano llega a la madurez y alcanza la plenitud de su vida cuando sus facultades físicas (agilidad, resistencia) y sus facultades intelectuales (análisis, astucia, habilidades, pensamiento, conocimiento, etc.) se encuentran en perfecto equilibrio. El momento en el que una de estas facultades se comienza a perder, se inicia el proceso de envejecimiento. Este cambio se produce de manera imperceptible y muy lenta, evidenciándose cuando no se pueden realizar algunas tareas de la misma forma que se realizaban antes.

Hay que diferenciar entre envejecimiento cronológico y envejecimiento patológico. El **envejecimiento cronológico** viene marcado por la fecha de nacimiento: es la vista cansada, la pérdida de oído, los dolores, el entortecimiento motor..., todos esos “achaquillos” que trae consigo la edad. Por otro lado está el **envejecimiento patológico**, que es cuando aparece una enfermedad. Este envejecimiento no tiene que ver con la edad cronológica (el cerebro puede envejecer de forma independiente del resto del cuerpo) y, por ejemplo, se puede dar una demencia en personas que, por edad, podrían estar activas laboralmente. Puede haber jóvenes de 70 años y viejos de 45.

Hay que destacar el enorme el **salto que se da entre la edad denominada adulta y el inicio de la época llamada vejez**. Este salto provoca una desestabilización de las personas mayores (sin olvidar que se trata de personas mayores sanas, sin demencia): de repente se ven sin obligaciones, pierden su rol de “autoridad paterna” al independizarse los hijos, no tienen una actividad laboral en la que puedan reconocer y demostrar su valía, tienen que llenar un montón de horas a lo largo del día, no conocen (o no están acostumbrados) los recursos que hay en la comunidad donde residen y se ven con menos ganas de salir a divertirse porque “ya no están para esas cosas”. Esto es muy duro. Un factor muy importante a tener en cuenta es que, a la velocidad que se están llevando a cabo los cambios sociales y ambientales, a las personas mayores les resulta muy difícil asimilarlos física y emocionalmente, provocándoles sentimientos negativos que les llevan, muchas veces, a desarrollar enfermedades.



En otro orden de cosas, los esfuerzos por controlar la explosión demográfica mediante medidas educativas y la adopción de métodos de control natal, sumados al crecimiento de la población urbana y a las dificultades económicas para sostener familias numerosas, están llevado a la humanidad a un fenómeno demográfico: la inversión de la pirámide poblacional. **Hoy, asistimos a un envejecimiento de la sociedad sin precedentes.** Sin embargo, este notable incremento de edad no se debe a que la vejez se haya postergado, sino a que el hombre ha podido controlar su medio ambiente, disminuyendo notablemente la muerte prematura. Esto constituye uno de los beneficios de la revolución del conocimiento, que básicamente ha permitido prevenir y tratar muchas enfermedades infecciosas que antes terminaban con la vida a edades tempranas. A ello se suma la mejora de la nutrición, los progresos de la asepsia, la cirugía y de la medicina en general, hasta llegar a la época actual en que se pueden tratar y prevenir muchas enfermedades, e incluso se pueden reemplazar órganos enfermos.

Estudios de historia permiten afirmar que en la Antigua Roma el promedio de vida sólo alcanzaba los 22 años. Esta corta expectativa de vida se mantuvo muchos siglos, ya que hasta hace apenas 150 años las posibilidades de vida al nacer eran aún de 30 años. Ha sido en el último siglo cuando todo ha cambiado: hoy la probabilidad de vida en el mundo, como promedio, alcanza los 65 años y, en algunos países desarrollados, ya se están alcanzando los 80 años.

España no escapa a este nuevo cambio, y se calcula que será el país de la Unión Europea con mayor proporción de jubilados (35,6%) y menos personas en edad de trabajar (52,9%) sobre el total de la población en el año 2050. Viviremos en una sociedad en la que una de cada tres personas tendrá más de 65 años, por lo tanto hay que buscar nuevos caminos para propiciar la interacción entre generaciones. La cohesión social entre jóvenes y mayores será una prioridad en las soluciones que se aporten al desafío del envejecimiento poblacional. **Hay que encontrar una manera de seguir apoyando a las personas mayores sin considerarlas una carga para la sociedad.**

Para conocer el enfoque desde el que deben intervenir o trabajar las personas que rodean al enfermo de Alzheimer, es muy importante saber cuál es el punto de partida más habitual en el que se encuadra la enfermedad: una edad avanzada (aunque cada vez aparecen casos más jóvenes) y una serie de dificultades provocadas no sólo por la edad, sino por el concepto social de las personas mayores.

### **Actividades complementarias:**

1. Leer y comentar el relato de Pablo Coelho “*La vasija con rajaduras*”:

*Cuenta la leyenda india que un hombre transportaba agua todos los días a su aldea usando dos grandes vasijas, sujetas en las extremidades de un pedazo de madera que colocaba atravesado sobre sus espaldas.*

*Una de las vasijas era más vieja que la otra, y tenía pequeñas rajaduras; cada vez que el hombre recorría el camino hasta su casa, la mitad del agua se perdía.*

*Durante dos años el hombre hizo el mismo trayecto. La vasija más joven estaba siempre muy orgullosa de su desempeño, y tenía la seguridad de que estaba a la altura de la misión para la cual había sido creada, mientras que la otra se moría de vergüenza por cumplir apenas la mitad de su tarea, aun sabiendo que aquellas rajaduras eran el fruto de mucho tiempo de trabajo.*

*Estaba tan avergonzada que un día, mientras el hombre se preparaba para sacar agua del pozo, decidió hablar con él:*

*-Quiero pedirte disculpas ya que, debido a mi largo uso, sólo consigues entregar la mitad de mi carga, y saciar la mitad de la sed que espera en tu casa.*

*El hombre sonrió y le dijo:*

*-Cuando regresemos, por favor observa cuidadosamente el camino.*

*Así lo hizo. Y la vasija notó que, por el lado donde ella iba, crecían muchas flores y plantas.*

*-¿Ves como la naturaleza es más bella en el lado que tú recorres? –comentó el hombre-. Siempre supe que tú tenías rajaduras, y resolví aprovechar este hecho. Sembré hortalizas, flores y legumbres, y tú las has regado siempre. Ya recogí muchas rosas para adornar mi casa, alimenté a mis hijos con lechuga, col y cebollas. Si tú no fueras como eres, ¿cómo podría haberlo hecho?*

## 2. Cineforum: Cocoon

Película de 1985 de ciencia ficción dirigida por Ron Howard sobre un grupo de ancianos que son rejuvenecidos por extraterrestres. Reparto: Don Ameche, Wilford Brimley, Hume Cronyn, Brian Dennehy, Jack Gilford, Steve Guttenberg, Maureen Stapleton, Jessica Tandy, Barret Oliver, Gwen Verdon, Herta Ware, Tahnee Welch, y Linda Harrison. La película está basada en la novela de David Saperstein.



## 2. SEÑALES DE ALERTA/SÍNTOMAS

### Objetivos:

- Aprender a identificar los síntomas.
- Conocer los síntomas más habituales de la demencia.

### Contenidos:

- Síntoma, síntoma externo/interno.

Se puede describir el **síntoma** como una señal clara de la presencia de alguna enfermedad, fenómeno o complicación. El síntoma es el modo en el que esa enfermedad o complicación de la salud se manifiesta, por lo general de manera externa aunque también existen síntomas internos que no pueden ser observados a simple vista. El síntoma permite actuar en relación a lo previsto para aplacar la enfermedad y curarla. Además, puede servir como método de prevención en el caso de repetición.

Los síntomas se manifiestan en el organismo de un ser vivo de diferentes modos. Los más comunes son los que se observan desde fuera, ya que son los que se pueden ver sin necesidad de realizar estudios o análisis clínicos. Luego están los síntomas internos que pueden verse a partir de la observación de placas, análisis y datos específicos. Estos síntomas por lo general pueden ser percibidos a través del dolor o de cierta molestia. Ejemplos de **síntomas externos**: sequedad en la piel, caída del cabello, ojos irritados, etc.; ejemplos de **síntomas internos**: mala digestión, dolor de garganta, dolor de cabeza, estreñimiento, etc.

En algunos casos, los síntomas se hacen presentes cuando la enfermedad ya lleva tiempo incubada en la persona y por eso hay que actuar con la máxima celeridad. Otros síntomas son visibles antes de llegar al estadio más grave de la enfermedad, como sucede con los resfriados cuyos síntomas son estornudos, tos o fiebre, que pueden ayudar a evitar una gripe o enfermedad respiratoria mayor.

**La pérdida de memoria es la señal más común de demencia** (aunque sea el síntoma más común, es importante resaltar los problemas de conducta y los cambios de comportamiento). Muchas personas se atemorizan ante algún olvido o fallo, pensando que pueda ser el primer signo de un deterioro que les lleve a depender totalmente de los demás. Sin embargo, esto no es necesariamente así. La pérdida de memoria puede ser también un signo de vejez sin estar asociado a la demencia; hay personas que han tenido mala memoria toda su vida. La demencia conlleva otros problemas además de la pérdida de memoria. En personas con demencia, la pérdida de memoria es, además, tan grave que hace que el paciente no pueda seguir funcionando de forma independiente, punto éste que tiene más relevancia y trascendencia.

Por otra parte, el hecho de que una persona pueda sentirse súbitamente con

fundida, no supone necesariamente que padezca una demencia. Este tipo de enfermedades se manifiesta de forma insidiosa y progresiva, por lo que no siempre es fácil determinar cuándo comenzó.

**Síntomas de alerta:**

1. Pérdida de memoria.
2. Repetición frecuentes de preguntas a pesar de recibir respuestas.
3. Colocación de cosas en lugares equivocados.
4. Dificultad para recordar el nombre de objetos usuales.
5. Pérdida del sentido de la orientación con respecto al tiempo y al lugar.
6. Dificultades a realizar gestos simples y para realizar tareas fáciles.
7. Pérdida de interés y de motivación para las actividades que antes se disfrutaba.
8. Dificultades para reconocer a personas conocidas incluso a familiares, olvidando sus nombres.
9. Cambios bruscos de humor.
10. Dificultad para manejar objetos muy familiares.

**Actividades complementarias:**

1. El alumno/a leerá el texto siguiente: FINISHED FILES ARE THE RESULT OF YEARS OF SCIENTIFIC STUDY COMBINED WITH THE EXPERIENCE OF YEARS.

Deberá decir cuántas letras "F" hay en el párrafo, sin leer ni releer varias veces.

2. Cuántos números 9 hay entre el 1 y el 99.

3. Explica qué sucede con un ordenador cuando se le estropea la memoria.



### 3. DIAGNÓSTICO PRECOZ

#### Objetivos:

- Comprender la importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento de las enfermedades.
- Conocer la labor de científicos e investigadores de cara a diagnosticar y afrontar las enfermedades.

#### Contenidos:

- Ventajas del diagnóstico precoz.

Para **obtener un diagnóstico**, se debe acudir al médico de familia que derivará al especialista (neurólogo), quien, mediante la Historia Clínica y una serie de pruebas analíticas, de imágenes y técnicas neurofisiológicas como EEG y tests neuropsicológicos, facilitará el diagnóstico.

**El diagnóstico precoz tiene ventajas.** Por ejemplo: muchas condiciones causan síntomas que imitan a los de las personas con Alzheimer y descubrir que esta enfermedad no es el problema permite establecer un tratamiento para la condición real. Para el porcentaje pequeño de demencias que son tratables o reversibles, el diagnóstico precoz aumenta las perspectivas de tratamiento con éxito. Los medicamentos disponibles para el Alzheimer pueden ayudar a algunas personas a mantener sus capacidades mentales durante meses o años, aunque no cambien el curso fundamental de la enfermedad.

Cuanto antes se conozca el diagnóstico, más tiempo tendrán las personas con Alzheimer y sus familias para organizar sus vidas, manejar asuntos financieros, tratar temas legales, crear una red de apoyo o hasta hacer planes para participar en una investigación. Poder participar el mayor tiempo posible en la toma de decisiones sobre el presente y el futuro es importante para los pacientes.

Para los científicos, las pruebas de diagnóstico que pueden revelar lo que está sucediendo en el cerebro en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer son una inestimable ayuda para aprender más acerca de la causa y la aparición de ésta. También les ayuda a aprender cuándo y cómo comenzar con medicamentos y tratamientos de otro tipo para que puedan ser más eficaces. Los científicos exploran maneras de ayudar a los médicos a hacer un diagnóstico temprano y más preciso (por ejemplo, algunos estudios se centran en los cambios en la personalidad y el funcionamiento mental. Estos cambios pueden medirse mediante pruebas de memoria y de rememoración). Las pruebas que miden las capacidades de personas en áreas como el pensamiento abstracto, planificación y lenguaje también pueden ayudar a especificar los cambios en la función cerebral. Los investigadores trabajan para mejorar estas pruebas estandarizadas de manera que puedan rastrear mejor los cambios que apunten hacia un diagnóstico precoz o para predecir quiénes están en mayor peligro de desarrollar la enfermedad de Alzheimer en el futuro.

Otros estudios examinan la relación entre el daño precoz en el tejido cerebral y los síntomas externos. Otros más estudian los cambios en la química de la sangre que quizá indiquen la progresión de la enfermedad de Alzheimer. Una de las áreas más alentadoras de la investigación en curso es el diagnóstico neural por imágenes. Los científicos han desarrollado varios sistemas de imaginología muy complejos que se usan en muchas áreas de la medicina, incluyendo la enfermedad de Alzheimer. Ejemplos de esto son la tomografía por emisión de positrones (TEP, o PET por su sigla en inglés), la tomografía computarizada por emisión única de fotones (SPECT), y las imágenes por resonancia magnética (MRI). Estas “ventanas” al cerebro viviente pueden ayudar a los científicos a medir los cambios iniciales en la función o estructura cerebral para identificar a aquellas personas que están en las mismas etapas de la enfermedad antes de que desarrollen señales y síntomas.

### **Actividades complementarias:**

1. Explica qué pruebas de diagnóstico harías para...

Saber si una rueda de bicicleta está pinchada o desinflada.

*(Inflar la cámara y sumergirla en agua: se salen pequeñas burbujas, indicarán que hay un pinchazo y dónde se encuentra).*

Saber si una cámara fotográfica que no enciende está averiada o tiene las pilas gastadas.

*(Sustituir las pilas por unas nuevas y comprobar si funciona la cámara. Probar las pilas en otro aparato y comprobar si éste funciona).*

Saber si una ensalada está sosa o salada.

*(Probarla).*

Saber si un rotulador es permanente o no.

*(Pintar con él en un trozo de plástico o vidrio y comprobar que no se borra al pasar un trapo sobre la zona pintada).*



## 4. LA DEMENCIA

### Objetivos:

- Conocer el concepto de demencia, sus causas, síntomas y efectos.

### Contenidos:

- Demencia, neurona.

**La demencia es un deterioro global de la capacidad mental.** Se trata de una pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal. Característicamente, esta alteración cognitiva provoca incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria. Los déficits cognitivos pueden afectar a cualquiera de las funciones cerebrales, particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje (afasia), la atención, las habilidades visoconstructivas, las praxias y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas. Durante la evolución de la enfermedad se puede observar pérdida de orientación tanto espacio-temporal como de identidad. La demencia puede ser reversible o irreversible según el origen etiológico del desorden. Existen muchos tipos de demencias y los primeros síntomas son muy parecidos en todas las ellas. La demencia más común es el Alzheimer.

Los **síntomas** que configuran un síndrome demencial vienen determinados por fallos locales en las conexiones interneuronales, por falta de aporte sanguíneo, nutricional o de otras sustancias necesarias en el proceso de la síntesis de neurotransmisores que intervienen en la comunicación interneuronal. También pueden ser causados por muerte neuronal debida a falta de aporte sanguíneo (por infartos cerebrales), o por degeneración debido a la presencia de sustancias neurotóxicas en el cerebro que inician un proceso de adelantamiento de la apoptosis (muerte programada) neuronal y la desaparición de las conexiones interneuronales, generando un mal funcionamiento y la aparición de déficit múltiples.

Se suele distinguir entre **demencia senil y demencia presenil**. Esta distinción sólo responde a la edad del individuo en el momento de su diagnóstico. Si la demencia se diagnostica antes de los 65 años se denomina demencia presenil y si se diagnostica después de los 65 años se denomina demencia senil. Por tanto, La demencia senil como tal, no es un diagnóstico completo.

Las personas dementes, según avanza la enfermedad, pueden mostrar también rasgos psicóticos, depresivos y delirios. Dentro de los síntomas conductuales los primeros síntomas consisten en cambios de personalidad o de conducta leves, que posteriormente se hacen más evidentes con cuadros de delirio o alucinaciones.



**Actividades complementarias:**

1. Cineforum: *La neurona*

Visionar en internet (<http://youtu.be/tcbg67vVtj8>) y comentar en clase.

2. Cineforum: *Santiago Ramón y Cajal, descubridor de las neuronas*

Visionar en internet (<http://youtu.be/7PHkL7jUZjs>) y comentar en clase.



## 5. FUNCIONAMIENTO CEREBRAL

### Objetivos:

- Conocer las partes y las funciones del cerebro.

### Contenidos:

- Cerebro, cráneo, encéfalo, neurona, lóbulo.

El cerebro (o encéfalo) es la parte del sistema nervioso central de los vertebrados situada dentro del cráneo. En estricto rigor, el cráneo alberga el encéfalo, por lo que comúnmente se hacen sinónimos cerebro y encéfalo, aunque el cerebro es una parte de éste en realidad. En todo caso, el cerebro como tal **es el órgano más voluminoso del encéfalo**. Su peso oscila entre 1.150 gramos en el hombre y 1.000 gramos en la mujer. Está formada por dos hemisferios cerebrales, divididos por un surco medio, y es una masa de tejido gris-rosáceo compuesta por unos 50.000 a 100.000 millones de neuronas, conectadas unas con otras y responsables del control de todas las funciones mentales. Además de las células nerviosas (neuronas), el cerebro contiene células de la glía (células de soporte), vasos sanguíneos y órganos secretores.

El cerebro es el centro de control del movimiento, del sueño, del hambre, de la sed y de casi todas las actividades vitales necesarias para la supervivencia. Todas las emociones humanas como el amor, el odio, el miedo, la ira, la alegría y la tristeza están controladas por el cerebro. También se encarga de recibir e interpretar las innumerables señales que se envían desde el organismo y el exterior. Es, además, el sector que rige los movimientos voluntarios y el desarrollo de las facultades intelectuales: pensamiento, memoria, voluntad...

En el cerebro humano se distinguen **4 lóbulos**: frontal, temporal, parietal y occipital. También hay dos áreas conocidas como la ínsula y el sistema límbico, que por sus funciones son comparables con los lóbulos.

- **Frontal**: Está localizado en la parte de enfrente, delante del surco central. En este lóbulo se encuentra el área motora primaria, que controla el movimiento de los músculos esqueléticos del cuerpo. Tiene que ver con el razonamiento, la planeación, parte del lenguaje y el movimiento, emociones y resolución de problemas.
- **Temporal**: Se encuentra debajo de la llamada fisura lateral. Aquí se encuentra el área auditiva, que recibe información de los oídos y es donde se produce la sensación auditiva. En este mismo lóbulo se encuentran centros relacionados con las emociones, personalidad, memoria y comportamientos.
- **Parietal**: Está localizado en la parte de atrás del surco central. Aquí se encuentra el área sensorial general, que recibe información desde los receptores sensoriales ubicados en la piel (presión, tacto, temperatura, dolor) y las articulaciones.

- **Lóbulo Límbico:** Es la zona que controla las emociones y el comportamiento sexual.
- **Ínsula:** Se desconoce su función específica. Parece estar relacionada con actividades voluntarias e involuntarias.

En cada lóbulo se identifican **áreas específicas** relacionadas con alguna función corporal y se clasifican en tres grupos:

- **Áreas sensoriales primarias:** Son las zonas del cerebro que reciben la información originada en los distintos receptores; en ellas se producen las sensaciones.
- **Áreas motoras:** Están formadas por el área motora primaria y el área premotora. La primera controla los movimientos musculares voluntarios; la segunda se conecta con el cerebelo y con el área motora primaria para regular la contracción coordinada de varios músculos, permitiendo respuestas más complejas.
- **Áreas de asociación:** Son regiones de la corteza cerebral que integran la información sensorial con la motora. Sus funciones se relacionan con el razonamiento, el aprendizaje y el lenguaje.

### **Función del cerebro**

**El cerebro procesa la información sensorial, controla y coordina el movimiento, el comportamiento y puede llegar a dar prioridad a las funciones corporales homeostáticas**, como los latidos del corazón, la presión sanguínea, el balance de fluidos y la temperatura corporal. El cerebro es responsable de la cognición, las emociones, la memoria y el aprendizaje. Algunos científicos tienen la creencia de que un cerebro que realice una mayor cantidad de sinapsis puede desarrollar mayor inteligencia que uno con menor desarrollo neuronal.

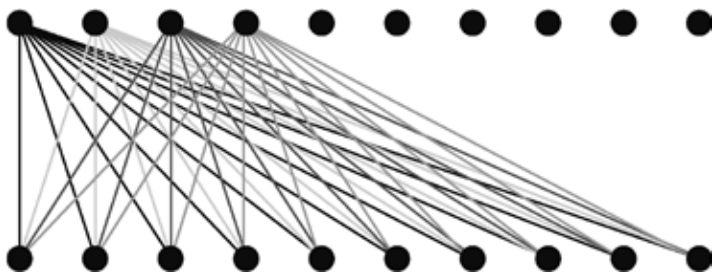
Hasta no hace mucho tiempo, se pensaba que el cerebro tenía zonas exclusivas de funcionamiento hasta que por medio de imagenología se ha podido determinar que cuando se realiza una función, el cerebro actúa de manera semejante a una orquesta sinfónica interactuando varias áreas entre sí. Además se ha podido establecer que cuando un área cerebral no especializada, es dañada, otra área puede realizar un reemplazo parcial de sus funciones.

La percepción sonora del habla se produce en el giro de Heschl, en los hemisferios derecho e izquierdo. Esas informaciones se transfieren al área de Wernicke y al lóbulo parietal inferior, que reconocen la segmentación fonemática de lo escuchado y, junto con la corteza prefrontal, interpretan esos sonidos. Para identificar el significado, contrastan esa información con la contenida en varias áreas del lóbulo temporal. El área de Wernicke, encargada de la decodificación de lo oído y de la preparación de posibles respuestas, da paso después al área de Broca, en la que se activa el accionamiento de los músculos fonadores para asegurar la producción de sonidos articulados, lo que tiene lugar en el área motora primaria, de donde parten las órdenes a los músculos fonadores.



## Actividades complementarias:

1. *Conexiones*. Este ejercicio sirve para ilustrar la complejidad de las conexiones nerviosas. Cada alumno/a dibuja 10 puntos a cada lado de una hoja de papel como se muestra en la figura. Se supone que cada punto representa una neurona, y que cada neurona (punto) se comunica con las 10 neuronas del lado opuesto: hay que conectar cada punto de un lado con los 10 puntos de lado contrario, utilizando un color para las conexiones desde cada punto.



Después de unos pocos puntos se pone complicado. Es una simplificación muy simple. En realidad cada neurona hace miles de conexiones con otras. Materiales necesarios: lápices o rotuladores de colores, regla y papel.

## 2. Juego colectivo: *las conexiones*.

Esta actividad puede hacerse en el patio, el gimnasio o cualquier espacio que permita la participación de todos con las distancias que se indican.

En el sistema nervioso un mensaje puede viajar muy rápido. Las señales se transmiten de una neurona a otra mediante las "sinapsis". Se pedirá a todos los alumnos que formen un círculo. Cada persona será una neurona y deberá estar separada de sus compañeros cercanos por la distancia determinada por los brazos extendidos. Cuando el profesor diga "YA", una persona deberá iniciar la "transmisión de la señal", golpeando suavemente la mano de la persona adyacente. Esta segunda persona golpeará a la siguiente y así sucesivamente, completando todo el círculo.

Como alternativa al palmoteo de la mano, se puede pasar un pañuelo u otro objeto, debiendo cada alumno cogerlo, cambiarlo de mano y pasarlo al compañero. El objeto representa un neurotransmisor que cruza la sinapsis. Tener en cuenta que, mientras el alumnado pasa el mismo transmisor de "neurona a neurona", un neurotransmisor real sólo cruza la sinapsis para unirse a un receptor en el otro lado. Cada neurona tiene sus propios neurotransmisores.

¿Cuáles son las partes de la neurona? La mano que recibe el golpe es la "dendrita". El cuerpo es el "soma" o "cuerpo celular". El brazo que golpea la mano siguiente es el "axón" y la mano que da este golpe es el "nervio terminal". El espacio entre las manos de las dos personas es la "sinapsis".

Se cronometrará el tiempo transcurrido desde la orden hasta el final palmeando la mano del compañero y pasando un pañuelo u objeto. Se comentará en grupo la diferencia de tiempo.

## 6. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

### Objetivos:

- Conocer la figura de Alois Alzheimer.
- Conocer la labor de científicos e investigadores que tratan de hallar el origen de la enfermedad.

### Contenidos:

- Alois Alzheimer, genética, factores de riesgo.

La **enfermedad de Alzheimer** es una demencia que cuenta ya con más de 100 años de historia. En noviembre de 1901 ingresó en el hospital de enfermedades mentales de Frankfurt una paciente de 51 años de edad llamada Auguste Deter (Augusta D), con un llamativo cuadro clínico de 5 años de evolución. Tras comenzar con un delirio celotípico, la paciente había sufrido una rápida y progresiva pérdida de memoria acompañada de alucinaciones, desorientación en tiempo y espacio, paranoia, trastornos de la conducta y un grave trastorno del lenguaje. Fue estudiada por **Alois Alzheimer**, y más tarde por parte de médicos anónimos. Tras su muerte, el cerebro de la enferma fue enviado a Alzheimer, que procedió a su estudio histológico y el 4 de noviembre de 1906 presentó su observación anatomoclínica con la descripción de placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioescleróticos cerebrales. Él nunca imaginó que estaba dando a conocer una enfermedad y que su nombre ganaría fama universal.

El trabajo se publicó al año siguiente con el título: *“Una enfermedad grave característica de la corteza cerebral”*. La denominación del cuadro clínico como enfermedad de Alzheimer fue introducida por Kraepelin en la octava edición de su *“Manual de psiquiatría”*, en 1910. Alzheimer describió su segundo caso en 1911, fecha en la que también aparece una revisión publicada por Fuller, con un total de 13 pacientes con enfermedad de Alzheimer, con una media de edad de 50 años y una duración media de la enfermedad de 7 años.

La historia clínica de Augusta D. fue encontrada casi fortuitamente el 21 de diciembre de 1995 y es por lo que se conocen todos los detalles de su patología. Las lesiones histopatológicas del cerebro de Augusta D han podido ser estudiadas de nuevo y publicadas en 1998 en la revista Neurogenetics. En este trabajo no se han encontrado lesiones microscópicas vasculares, existiendo solamente placas amiloideas y ovillos neurofibrilares, lesión ésta última descrita por primera vez por Alzheimer en este cerebro.

El Alzheimer es la demencia más común. **Es un síndrome progresivo y degenerativo que afecta al cerebro, produciendo una desconexión y progresiva desaparición de las neuronas.** No tiene cura y se desconoce su etiología. Además cada vez se dan más casos en personas de menos de 60 años. Su diagnóstico es de difícil obtención y se realiza por eliminación de otras patologías. Las personas



que la padecen van perdiendo poco a poco sus capacidades mentales y físicas y necesitan ayuda para actividades tan básicas como comer, asearse o moverse. Se manifiesta con una pérdida de memoria y cambios de conducta en la persona que la padece, dependiendo de la zona del cerebro afectada y su intensidad.

Por ello son de suma importancia la información y un diagnóstico precoz que permitan saber cómo hay que ayudar a los/as pacientes desde el principio y evitar en lo posible cualquier trato no correcto. Diversos personajes del mundo político, cultural o social también padecen Alzheimer como Adolfo Suárez, Pascual Maragall, Charlton Heston, Rita Hayworth...

### **Causas del Alzheimer.**

Actualmente **una parte importante de la investigación intenta establecer las causas de la enfermedad**, aunque por el momento queda mucho por descubrir en este sentido. Se sabe que la enfermedad es más común en edades avanzadas, pero se desconocen los factores desencadenantes de los cambios característicos que se producen en el tejido cerebral de quienes la padecen. Se sabe que estos cambios cerebrales están asociados al envejecimiento, pero también que no son parte del proceso normal de este envejecimiento. En algunos casos, estos cambios se producen a una edad relativamente temprana.

Aunque se cree que la **genética** puede jugar un papel, son raros los casos en los que una anomalía genética es causa de la enfermedad. La opinión general es que los genes únicamente contribuyen a aumentar la susceptibilidad de una persona a padecer la enfermedad. Es hereditaria entre el 1% y el 5% de los casos (enfermedad de Alzheimer genética) por transmisión autosómica dominante de alteraciones en los cromosomas 1 (presenilina 2), 14 (presenilina 1) o 21 (Proteína Precursora de Amiloide, APP), con una edad de presentación generalmente anterior a los 65 años.

En el resto de los casos (enfermedad de Alzheimer compleja o esporádica) la etiología es multifactorial con diversos **factores de riesgo**, que incluyen la predisposición genética (evidenciada porque aumenta la frecuencia si se tiene un pariente en primer grado con la enfermedad, y más aún si son varios), la edad (es más frecuente a partir de los 65 años, a partir de los cuales el riesgo se duplica cada 5 años) y factores de riesgo exógenos, ambientales, que parecen favorecer su desarrollo, como ocurre con los traumatismos craneoencefálicos graves. En el Alzheimer esporádico, ni los factores genéticos ni los ambientales por separado provocan la enfermedad. Los factores genéticos y ambientales asociados entre sí son necesarios, pero no suficientes, precisando además del concurso del factor envejecimiento.

Respecto a la llamada "**Reserva Cognitiva**", los sujetos con mayor capacidad cognitiva natural y adquirida (cociente intelectual, cultura, estudios académicos, participación en actividades intelectuales y de esparcimiento como juegos de mesa, baile...) presentan la enfermedad más tarde que los sujetos con menor Reserva Cognitiva, a igual cantidad de lesiones histopatológicas cerebrales típicas de enfermedad de Alzheimer presentes en sus cerebros.

Está claro que la enfermedad de Alzheimer **no es infecciosa** y que no está causada por un infra o sobreuso del cerebro. Aunque a veces la enfermedad se manifiesta tras un periodo de estrés o preocupación, no se cree que estos estados emocionales sean su origen. Tampoco se cree que un traumatismo o una operación puedan desencadenarla.

Así pues, todavía no se conoce la causa principal. Sí se sabe que se trata de una enfermedad edad-dependiente -0,02% de casos en el tramo de edad de 30 a 59 años y un 10,8% para el tramo comprendido entre los 80 y los 89 años- y que existen muchos factores externos que influyen en su génesis.

### **Actividades complementarias:**

Comentario: *El descubrimiento de los rayos X*

*En 1895 se descubrieron los rayos X. El físico Wilhelm Conrad Roentgen, realizó experimentos con los tubos de Hittorff-Crookes (o simplemente tubo de Crookes) y la bobina de Ruhmkorff. Analizaba los rayos catódicos para evitar la fluorescencia violeta que producían éstos en las paredes de un vidrio del tubo. Para ello, creó un ambiente de oscuridad y cubrió el tubo con una funda de cartón negro. Al conectar su equipo por última vez, llegada la noche, se sorprendió al ver un débil resplandor amarillo-verdoso a lo lejos: sobre un banco próximo había un pequeño cartón con una solución de cristales de platino-cianuro de bario en el que observó un oscurecimiento al apagar el tubo. Al encenderlo de nuevo, el resplandor se producía nuevamente. Retiró más lejos la solución de cristales y comprobó que la fluorescencia se seguía produciendo, así repitió el experimento y determinó que los rayos creaban una radiación muy penetrante, pero invisible. Observó que los rayos atravesaban grandes capas de papel e incluso metales menos densos que el plomo.*

*En las siete semanas siguientes, estudió con gran rigor las características y propiedades de estos nuevos y desconocidos rayos. Pensó en fotografiar este fenómeno y entonces fue cuando hizo un nuevo descubrimiento: las placas fotográficas que tenía en su caja estaban veladas. Intuyó la acción de estos rayos sobre la emulsión fotográfica y se dedicó a comprobarlo. Colocó una caja de madera con unas pesas sobre una placa fotográfica y el resultado fue sorprendente. El rayo atravesaba la madera e impresionaba la imagen de las pesas en la fotografía. Hizo varios experimentos con objetos como una brújula y el cañón de una escopeta. Para comprobar la distancia y el alcance de los rayos, pasó al cuarto de al lado, cerró la puerta y colocó una placa fotográfica. Obtuvo la imagen de la moldura, el gozne de la puerta e incluso los trazos de la pintura que la cubría.*

*Un año después se decide a practicar la primera prueba con humanos. Como no podía manejar al mismo tiempo el carrete, la placa fotográfica de cristal y exponer su propia mano a los rayos, le pidió a su esposa que colocase la mano sobre la placa durante quince minutos. Al revelar la placa de cristal, apareció una imagen histórica en la ciencia. Los huesos de la mano de Berta, con el anillo flotando sobre éstos, la primera imagen radiográfica del cuerpo humano.*



*El descubridor de estos rayos tuvo también la idea del nombre. Los llamó “rayos incógnita”, o lo que es lo mismo: “rayos X” porque no sabía qué eran, ni cómo eran provocados.*

Tras la lectura del texto, se pedirá al alumnado que exprese por escrito las diferencias que encuentre entre el método seguido por Alzheimer y por Roentgen en sus respectivos descubrimientos.



## 7. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos:

- Conocer cómo se desarrolla la enfermedad a través de los síntomas.

### Contenidos:

- Síntomas, evolución de la enfermedad.

Es importante tener en cuenta que **no todas las personas que padecen Alzheimer evolucionan siguiendo un mismo patrón**, ni viven de igual manera la enfermedad. La trayectoria de vida del enfermo, su personalidad y el entorno familiar y social donde vive son factores que influyen directamente en el curso y evolución del Alzheimer. Hay que establecer un antes y un después del inicio de la enfermedad, ya que muchos comportamientos extraños y conductas se deben a ésta y no a la forma de ser del paciente. Es fundamental comprender que la persona no lo hace porque quiere sino porque está enferma.

Hablar de fases, a menudo, crea confusión. **No todos los pacientes pasan por todas las fases, ni observan los mismos síntomas**, ni las fases duran el mismo tiempo en todos los enfermos. Tampoco es de vital importancia saber en qué fase se encuentra el enfermo y es imposible predecir cuándo se producirá un empeoramiento o cambiará de fase. Lo cierto en el Alzheimer es que es una enfermedad de larga duración, degenerativa y que evoluciona siempre a peor sin una cronología fija. A modo orientativo, y teniendo en cuenta los síntomas comunes que se dan en la mayoría de los enfermos, se habla de tres fases:

### Fase Inicial.

Al principio los problemas de memoria pasan desapercibidos y se achacan al cansancio, a distracciones, a la edad o a una depresión. Determinadas acciones anormales ponen de manifiesto que algo está sucediendo. Normalmente es la familia la que da la voz de alerta, ya que la persona enferma tiende a ocultar sus propios errores o fallos. Una vez detectados, es importante acudir al médico de cabecera para procurar un diagnóstico lo antes posible. Este diagnóstico debe ser realizado por un neurólogo.

En cuanto a los **síntomas más comunes** en esta fase podemos destacar:

- Afectación de la memoria inmediata: olvidos, gran dificultad para retener información, pero se recuerda perfectamente el pasado.
- Pérdida de vocabulario, utilizando frases más cortas.
- Pérdida en la capacidad de concentración y falta de interés. Se pierde la espontaneidad aunque se conserva la autonomía en el entorno doméstico,
- Desorientación temporal. No saben muy bien en qué día viven, la hora o el año que es.



- Trastornos del sueño.
- Son autónomos para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, pero necesitan una supervisión.
- Cambios en la personalidad, que normalmente se manifiestan en aumento de los niveles de ansiedad, enfados frecuentes, agitación. Suelen evitar las reuniones sociales y buscan frecuentar lugares muy conocidos.

Esta fase es la más desconcertante para los familiares, hay mucha confusión, no se sabe muy bien dónde acudir, incluso **se duda de que la persona esté realmente enferma**. Es importante conseguir un buen diagnóstico, buscar información acerca de la enfermedad y formación. No hay que dar importancia a sus errores y reforzar positivamente sus logros. Es importante que siga haciendo sus actividades, favorecer y realizar cosas que le resulten agradables. Se debe ir creando una rutina para realizar las actividades de la vida diaria (horarios de comida, de levantarse y acostarse, etc.) que facilitará el cuidado cuando avance la enfermedad. Es fundamental el ejercicio físico, dar largos paseos y fomentar los hábitos de vida saludables.

### **Fase Intermedia.**

En esta etapa la enfermedad se hace patente, ya nadie duda de que la persona esté enferma, y **cada vez necesitará más ayuda de su familiar cuidador para realizar las tareas básicas de la vida diaria**. Aunque parezca que cada vez se alejan más de la realidad, o están como ausentes, se dan cuenta de muchas cosas, es como si de repente volvieran a tener lucidez. Es como si sus conexiones fueran intermitentes, por lo que hay que cuidar los gestos y comentarios delante de ellos. Aunque a veces se comporten como niños, no se les debe tratar como si lo fueran.

#### **Síntomas comunes a esta fase:**

- Alteración progresiva de la memoria reciente.
- Errores en la evocación del pasado.
- Dificultad para comunicarse.
- Pérdida progresiva de reconocimiento de personas cercanas.
- Pérdida progresiva de vocabulario. Tiende a no acabar las frases, las repite mucho, etc.
- Confusión. Alteraciones en el comportamiento.
- Desorientación espaciotemporal casi total. No pueden salir solos, no son conscientes de los riesgos, no calculan los espacios, pierden estabilidad y son frecuentes las caídas.
- Reacciones no apropiadas antes determinadas situaciones.
- Incontinencia urinaria.
- Pérdida de peso a pesar de la buena alimentación.
- Dificultad para deglutir líquidos.

Hay que tener en cuenta que la persona con Alzheimer no tiene capacidad de adaptación, **son los cuidadores quienes deben adaptarse a ellos y a los cambios que se van produciendo**. En esta etapa, el cuidador empieza a tomar un papel protagonista y vive sin tiempo para descansar, ya que debe estar atento 24 horas al día. Es una etapa de mucho desgaste emocional y físico que conlleva

problemas físicos y psicológicos. Conviene plantearse algún recurso de apoyo (atención domiciliaria, talleres de estimulación, centros de día, etc.) que facilitará el cuidado del enfermo y el descanso de cuidador.

### **Fase Avanzada.**

El agotamiento y la debilidad física de la persona que padece Alzheimer se hace patente en esta fase. Se produce una pérdida total de la identidad personal, no saben quienes son, la memoria reciente no existe y la remota está afectada. Además hay una ausencia total de la autonomía personal. Dependen totalmente del cuidador y no se debe olvidar que siguen conservando la memoria emocional.

Los **síntomas más comunes** en esta fase:

- Incontinencia urinaria y fecal.
- Problemas con la alimentación y la nutrición.
- Dificultad para comunicarse. Sólo articulan monosílabos o lenguaje incoherente.
- Ausencia de autonomía. Necesita ayuda para casi todos sus movimientos.
- Aparición de úlceras por presión.

Cuando se llega a esta fase, normalmente han pasado años de enfermedad, por lo que el cuidador principal conoce perfectamente a su enfermo y, en la ausencia del lenguaje verbal, los gestos y las caricias mantienen el contacto con él. Además es muy importante en esta etapa:

- Mantener la higiene bucal.
- Proteger e hidratar su piel.
- Adecuar la alimentación a las necesidades nutricionales y de hidratación.

### **Actividades complementarias:**

#### **1. Paseo de la memoria.**

En el patio del centro, o en un espacio grande (gimnasio), se realizará un circuito para caminar. El recorrido estará “señalizado” por elementos mobiliarios que permitan su fácil reconocimiento mediante el tacto: una mesa, una silla, una papelera sobre una mesa... Los alumnos tratarán de memorizar el recorrido y las “señales” de referencia para realizarlo después con los ojos tapados.

Primero, los alumnos realizarán el recorrido (de uno en uno) auxiliados por un/una compañero/a que les dará breves indicaciones sobre la proximidad de la referencia y el sentido del giro hasta completar el recorrido.

Posteriormente, realizarán el recorrido auxiliados únicamente por la memoria.

2. Canción *Sin memoria* de Víctor Manuel. Escucha la canción y comenta por escrito qué significa para ti lo que se dice en ella. Puedes encontrarla en: <http://youtu.be/03WpsAS73B4>.



*Puedo vivir sin creer en Dios  
sin alguien superior  
que me sugiera las cosas  
desde un televisor  
puedo vivir sin fachas, sin skins,  
sin toda aquella gente  
que afila ya los dientes  
ante el porvenir.*

*Pero no puedo vivir sin memoria...*

*Puedo vivir sin más bandera  
que dos tibias mondas  
una calavera  
y los ojos de ella.  
Puedo vivir sin álvarez ni cascós,  
sin un montón de vascos,  
sin poli, sin gobierno,  
sin jueces, sin tabaco...*

*Pero no puedo vivir sin memoria  
sin memoria de cada paso que anduvi-  
mos  
sin memoria, sin memoria  
de tantas cosas que he vivido.*

*Puedo vivir sin ti pero no quiero  
porque iba a acostumbrarme  
después de tanto tiempo  
a que nadie me regañe.*

*Puedo vivir sin héroes que me salven,  
sin perros que me ladren,  
con poco más que nada,  
que algunos litros de aire*

*Pero no puedo vivir sin memoria  
sin memoria de cada paso que anduvi-  
mos  
sin memoria, sin memoria  
de tantas cosas que he vivido.*

*Puedo vivir sin héroes que me salven  
sin perros que me ladren  
con poco más que nada  
que algunos litros de aire*

## 8. ADAPTACIONES DEL HOGAR

### Objetivos:

- Conocer los cambios en el hogar que pueden resultar beneficiosos para la seguridad y el confort de las personas que padecen Alzheimer y sus familiares.
- Comprender que la seguridad y el confort influyen en la calidad de vida.

### Contenidos:

- Riesgos, adaptaciones, prevención.

En el hogar donde vive una persona con Alzheimer se hace necesario **realizar cambios que eviten situaciones de riesgo y faciliten el cuidado del enfermo**. Adaptar la vivienda a las necesidades del enfermo mejora su calidad de vida y la de las personas que cuidan de él.

El ambiente de la casa de un enfermo de Alzheimer debe permitirle participar, en la medida de lo posible, en las actividades cotidianas e incidir en los trastornos de conducta más característicos del Alzheimer: vagabundeo, pasividad, agresividad, etc.

**Seguridad, confort y accesibilidad** son tres premisas que debe reunir el hogar de un enfermo de Alzheimer. Para ello bastará con eliminar barreras y obstáculos, redistribuir los objetos y muebles, adaptar determinadas soluciones técnicas disponibles en el mercado o simplemente modificar el tiempo y el orden de la realización de determinadas tareas. En la mayor parte de los casos, organizar adecuadamente la vivienda de un enfermo de Alzheimer no es tanto una cuestión de dinero como de una acertada elección de las soluciones disponibles, anticipándose a los problemas que puedan surgir en el transcurso de la enfermedad.

Se pueden **minimizar los factores de riesgo** evitando:

- Suelos resbaladizos o con desniveles.
- Cables eléctricos por el suelo o en zonas de paso.
- Objetos de cristal y elementos decorativos que se pueden caer o romper.
- Escaleras y peldaños.
- Iluminación escasa o que produce sombras.
- Cualquier utensilio con el que encender fuego.
- Productos tóxicos, como medicamentos o productos de limpieza.
- Pequeños objetos que puedan tragarse.
- Utensilios cortantes (cuchillos, tijeras, hojas de afeitar...).

Ayudará al enfermo la colocación de objetos que favorezcan la orientación:

- Calendarios y relojes.
- Señalizaciones específicas del baño o del dormitorio.
- Instalar elementos de iluminación nocturna.



- Colocar una pizarra que le indique las cosas que tiene que hacer y en qué orden.

**COCINA:** En la cocina se acumulan numerosos elementos que pueden originar accidentes domésticos: el suelo que puede ser resbaladizo, los fuegos y el horno de gas, las electrodomésticos al alcance de la mano, los cuchillos de los cajones... Conviene **revisar los siguientes puntos de riesgo:**

- **Suelo.** Conservarlo seco tanto como sea posible. Son muy peligrosas las gotas de aceite que salpican de la cocina o del horno. Lo ideal es tener un suelo rugoso o un revestimiento antideslizante.
- **Fregadero.** Colocar un grifo con termostato para evitar las quemaduras o limitar la temperatura del agua caliente a 60 grados.
- **Cocina.** Lo ideal es que sea eléctrica con placas de protección. Si es de gas, cerrar la llave de paso cada vez que se termine de utilizar. Cuidado con las cerillas, mejor un mechero eléctrico para gas.
- **Calentador.** Lo mejor es uno eléctrico que elimina los riesgos de explosión y de asfixia. Limitar la temperatura del agua caliente a 60 grados.
- **Pequeños electrodomésticos.** No tener a mano más que los que el enfermo pueda todavía manejar. Los restantes se colocarán fuera de alcance en un estante alto o en un armario que se pueda cerrar con llave (sin dejar la llave a su alcance).
- **Utensilios puntiagudos o cortantes.** Cuchillos, tijeras, y utensilios cortantes o punzantes deben colocarse fuera de su alcance.
- **Cacharros de cristal.** Pueden romperse cuando se caen (botellas, envases...); deben quitarse de la cocina.
- **Productos de limpieza** (lejía, limpiadores diversos, ceras, decapantes para el horno, alcohol, detergentes...). Son muy peligrosos pues pueden confundirse con bebidas. Colocar fuera del alcance del enfermo o en un armario con llave.
- **Frigorífico.** Controlar su apertura mediante un cierre de seguridad para evitar que el enfermo se pase el día de picoteo.
- **Posibilidad de incendio.** La cocina es un lugar propicio para este tipo de accidente. Comprar un pequeño extintor.
- **Vajilla irrompible.** Reemplazar su vajilla habitual por platos, vasos y cubiertos de plástico. Son menos peligrosos, fáciles de lavar y no se rompen.
- **Mesa fácil de limpiar.** Colocar un mantel plastificado fijado con pinzas adecuadas o utilizar tableros de formica. Se debe colocar de forma que se pueda sentar fácilmente a la mesa en todo momento y que, también, pueda servir de punto de apoyo complementario.
- **Tomas de electricidad.** Su uso inadecuado (introducir objetos metálicos, lápices...) puede producir accidentes graves. Colocar protectores fabricados al efecto.

**CUARTO DE BAÑO:** Es un lugar donde se producen múltiples y frecuentes accidentes:

- **Suelo.** Mantener siempre seco. Muy peligrosas las salpicaduras de productos de higiene (jabón, gel de baño...).
- **Grifos.** Son ideales los grifos termostatizados que evitan quemaduras; limitar la temperatura del agua caliente a 60 grados.
- **Bañera.** Entrar y salir de la bañera es difícil y aumenta el riesgo de una caída. Tomar las precauciones siguientes:
  - Colocar bandas adhesivas antideslizantes o suelo antideslizante en el fondo de la bañera.
  - Instalar alrededor de la bañera una barra de apoyo que permita entrar y salir con facilidad.
  - Colocar un tubo de ducha flexible más fácil de manejar.
  - Colocar una silla de baño. Hace que el enfermo sea más accesible para bañarlo.
  - Coloque delante de la bañera una alfombrilla antideslizante.
- **Ducha.** Es más útil que la bañera. Tomar las siguientes precauciones:
  - Colocar bandas adhesivas antideslizantes o suelo antideslizante en el fondo del plato de ducha.
  - Instalar en el tabique barras de apoyo.
  - Colocar una alfombrilla antideslizante delante de la ducha.
  - Instalar un tubo de ducha flexible.
  - Utilizar un asiento de ducha.
- **Lavabo.** Generalmente está encastrado lo que no permite lavarse estando sentado o utilizando una silla de ruedas. Es mejor un sanitario independiente que permite además apoyarse en él.
- **Botiquín.** Debe permitir su cierre con llave.
- **Calentador.** Debe ser eléctrico. Vigilar que el termostato no pueda ser manipulado por el enfermo, ya que puede equivocarse al intentar regularlo.
- **Iluminación.** Debe haber un interruptor visible, lo más cerca posible del picaporte de la puerta, que encienda desde la puerta de entrada. Conviene instalar un sistema de encendido automático que ilumine el baño cuando entre una persona. A ser posible, instalar una “luz de noche” que evite caminar en la oscuridad.
- **Cierre de la puerta.** Evitar que el sistema de cierre interior (pestaño o sistema adjunto al picaporte) deje encerrado al enfermo; conviene eliminarlo.
- **Jabón, champú y gel de baño.** Pueden hacer resbaladizos los suelos.
- **Multiplicar los puntos de apoyo.** Colocar barras de apoyo horizontales en la pared libre del cuarto de baño.
- **Señalar el cuarto de baño.** Colocar un letrero pequeño (20 x 30cm) en la puerta con un dibujo fácilmente identificable de una bañera.
- **Reducir los objetos de tocador.** Dejar a mano nada más que los objetos que se utilizan todos los días (una toalla, una pastilla de jabón, un cepillo de dientes, un dentífrico, un peine...). Deben colocarse bien visibles y siempre en el mismo lugar para que se encuentren con facilidad.



### Actividades complementarias:

1. En pequeños grupos, los/as alumnos/as harán un listado de los elementos del aula que puedan suponer un riesgo para la salud y proponer medidas de seguridad que minimicen los riesgos. Posteriormente se hará una puesta en común y se debatirá sobre los resultados.

Por ejemplo:

Cristales de puertas y ventanas: *evitar golpes accidentales que puedan romperlos; sustituir por cristales antirrotura.*

Papeleras y otro mobiliario similar: *colocar en un rincón o pegados a la pared.*

Cúter, tijeras, compás, etc.: *guardar en un estuche o cajón cuando no se estén utilizando.*

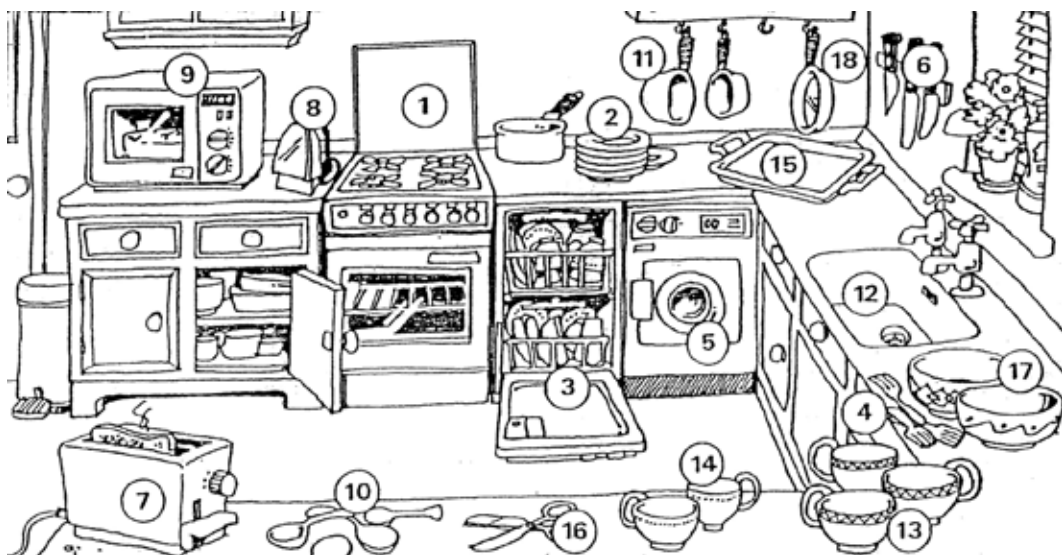
Acuarelas, cola de pegar y otras sustancias líquidas: *guardar en un cajón o armario cuando no se estén utilizando; limpiar y secar rápidamente en el caso de que se derramen.*

Mesas o sillas astilladas o con tornillos mal colocados: *dar aviso para que sean reparadas lo antes posible.*

Enchufes de red eléctrica: *no manipular con las manos mojadas; evitar introducir objetos en su interior.*

Cableado eléctrico: *no clavar chinchetas o grapas sobre el mismo.*

2. Escribe qué elementos de riesgo aparecen en el dibujo, indicando el riesgo y las medidas preventivas más convenientes.





## 9. CUIDADORES/CUIDADORAS

### Objetivos:

- Comprender la importancia de los cuidadores y cuidadoras durante el proceso de la enfermedad de Alzheimer.
- Conocer el perfil y las necesidades de los y las cuidadoras.

### Contenidos:

- Cuidador externo, cuidador familiar, cuidador principal.

**Cuidador externo:** es la persona que dedica su actividad profesional remunerada al cuidado de personas enfermas o dependientes. Deben tener una formación y preparación específica para ello. Ejercen su labor tanto en domicilios como en instituciones.

**Cuidador familiar:** es el miembro de la familia, normalmente una mujer, que se encarga del cuidado de la persona enferma sin formación profesional para ello. Dedicar 24 horas al cuidado del enfermo, a las revisiones médicas y a todo lo que necesita día a día.

**Cuidador principal:** es la persona que, desde el inicio de la enfermedad, asume la responsabilidad en cuanto a la atención y cuidados diarios del enfermo, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que éste va perdiendo sus capacidades y autonomía. El impacto sobre el cuidador depende sobre todo de los siguientes factores:

1. Los síntomas que va presentando la demencia.
2. La información / formación que reciba el cuidador.
3. El apoyo informal/formal que este perciba en su medio.
4. La calidad de las relaciones previas con el enfermo.

El cuidador principal debe verse apoyado por otros miembros de la familia que compartan la tarea. En España, el perfil de la cuidadora principal es el de una mujer, esposa o hija del enfermo, que supera la edad de 40 años, con poca información acerca de esta patología y que soporta además otras cargas familiares y/o profesionales.

**Encuesta europea** realizada sobre 1.181 cuidadores, para recoger sus experiencias en el cuidado de su familiar.

Fue diseñada para valorar el perfil de los cuidadores y diferentes aspectos relacionados con el cuidado del enfermo, tales como las ayudas en el momento del diagnóstico (información sobre la enfermedad y su curso, fuentes de información), en cada momento de la evolución (síntomas problemáticos, áreas de dificultad, disponibilidad de servicios) o los tratamientos aplicados desde el diagnóstico. El estudio identifica el nivel de satisfacción del cuidador por los servicios disponibles y su gestión.



200 cuestionarios provinieron de cuidadores españoles contactados por la Fundación Alzheimer España, los otros de Francia, Alemania, Polonia y Escocia. La recogida de los cuestionarios se hizo desde noviembre de 2005 a enero de 2006.

### **¿Quiénes son los cuidadores en España?**

**¿A quién cuidan?** El 53% de los encuestados son cuidadores de uno de sus padres, y un 31% de su esposo/a o pareja, la mayoría (83%) con la enfermedad de Alzheimer.

**¿Conviven con su familiar?** En la mitad de los casos, el cuidador vive con el paciente.

**¿Cuál es el sexo y la edad de los cuidadores?** El 63% de los cuidadores son mujeres y pertenecen a un amplio rango de edades (el grupo de edad con el mayor número de encuestados, 33%, fue el de los que tenían entre 45 y 54 años).

**¿Cuál es la edad media de los enfermos y el grado de gravedad?** El 84% de los enfermos tienen más de 65 años. Un 77% sufre un moderado a severo grado de demencia.

**¿Cuál es la situación de los cuidadores?** El 31% de los cuidadores está jubilado y el 41% está empleado a tiempo completo.

**¿Cuánto tiempo dedica el cuidador a su familiar?** El 42% de los cuidadores de enfermos dependientes pasan más de 10 horas diarias cuidando de su ser querido.

**¿Cuáles son los motivos de consulta?** El primer motivo por el cual los enfermos o los familiares solicitan ayuda profesional suele ser cuando experimentan alteraciones cognoscitivas (92%), trastornos de la conducta (73%) y dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria (71%).

**¿Cuáles son los síntomas más conflictivos?** Los cuidadores destacaron como más conflictivos (en orden decreciente de importancia) los síntomas siguientes:

- Pérdida de memoria/confusión.
- Desorientación.
- Falta de concentración /atención, depresión.
- Irritabilidad.
- Cambios en la personalidad.
- Incapacidad para reconocer a las personas conocidas.
- Vagabundear.
- Alteraciones de la conducta, dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

**¿Cómo valoran los cuidadores la información sobre la enfermedad?** En el momento del diagnóstico, la encuesta reveló la escasa información ofrecida al cuidador y a la familia. El 37% de los encuestados indicaron que se les aportó una información inadecuada sobre la enfermedad y el 50% una información insuficiente sobre su evolución. Sólo el 4% fueron informados de los servicios disponibles y el 8% de la existencia de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Incluso, el 34% no recibieron información sobre los tratamientos médicos disponibles. Los cuidadores señalaron la necesidad de mayor información sobre estos temas y más información sobre aspectos legales y sobre cómo hacer frente al futuro. El 81% quiere más información práctica sobre los servicios y el 47% desea más información sobre los tratamientos médicos.

**¿Cómo valoran los cuidadores los servicios?** Los familiares hicieron especial hincapié en la falta de un servicio básico de apoyo a los cuidadores. El acceso a "servicios clave" como ayuda domiciliaria o asistencia de enfermería en residencias/

domicilio son restringidos. Estos servicios son disponibles solamente para el 44% y el 34 % de las familias, respectivamente. Igualmente, se indicó una escasez en la disponibilidad de grupos de apoyo al cuidador (36%), cuidados en marco hospitalario (25%), centros de respiro (3%) y cuidados en Instituciones públicas (2%). El 83% de los cuidadores creen que el cuidado de las personas mayores es un asunto público y que sus cuidados y servicios deberían ser costeados por fondos públicos. Sin embargo, aunque es posible que existan fondos para financiar estos servicios, la mayoría de los cuidadores los costean ellos mismos; el 88% paga por ayuda en el hogar y el 87% por cuidados de enfermería en residencia/domicilio. Únicamente el 7% de los cuidadores considera adecuado el nivel de cuidados de las personas mayores en España.

**Recomendaciones para el futuro.** Las entidades que participaron a la encuesta solicitan a los gobiernos de los distintos países miembros de la UE que desarrollen planes nacionales contra la enfermedad, y que incluyan ayudas y subvenciones a los cuidadores para que puedan seguir encargándose ellos de los cuidados de sus seres queridos.

**Los Planes Nacionales deberían incluir:**

- Proporcionar a los cuidadores, junto al diagnóstico, más información, de fácil comprensión y donde se indiquen los tratamientos y servicios de apoyo más relevantes.
- Proporcionar, sistemáticamente cuando se diagnostica la enfermedad, información sobre la existencia de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y los servicios que éstas proporcionan tanto a los enfermos como a sus cuidadores.
- Subvencionar a las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y, especialmente, los servicios que éstas proporcionan.
- Facilitar el acceso a servicios y tratamientos para atender tanto problemas de conducta y de funcionalidad como los relacionados con las alteraciones de las capacidades cognitivas.
- Desarrollar servicios integrales y flexibles capaces de adaptarse a los cambios en las necesidades de los enfermos con demencia.
- Organizar servicios de formación para que los cuidadores estén capacitados para llevar a cabo con solvencia su función de cuidar.

**Actividades complementarias:**

Vídeoforum.

*Héroes en la sombra.*

<http://youtu.be/kC97WivkyDw>



*Algo queda.*

Protagonizado por Marta Belenguer, M<sup>a</sup> Alfonsa Rosso y Cristina García. Con la Colaboración Especial de Teresa Soria y Pepa Miralles.

Guión, dirección y montaje: Ana Lorenz

Productor ejecutivo y director de producción: Cristian Guijarro

Dirección de fotografía y cámara: Anna Molins

Música: Pascal Gaigne

Dirección artística: Clara Ballesteros

Jefa de producción: Sara Macías

Ayudante de dirección: Marta Almarcha

Sonido Directo: Pedro Aviñó

Mezclas Sonido: Pedro Aviñó / Sismic Audio

Maquillaje y peluquería: Nacho Sanz y Ana María Balsera

Vestuario: Joan López

Foto Fija: Santi Ezo

Prensa: Cristian Guijarro

[http://www.dailymotion.com/video/xe5qgv\\_algo-queda-alzheimer-y-cuidadores-a\\_school](http://www.dailymotion.com/video/xe5qgv_algo-queda-alzheimer-y-cuidadores-a_school)

## 10. TRATAMIENTOS

### Objetivos:

- Aprender la diferencia entre tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Conocer algunas terapias no farmacológicas.

### Contenidos:

- Tratamiento, fármaco, terapia.

**Existen fármacos que intentan retrasar la evolución de la enfermedad** y su efectividad aumenta dependiendo del estadio en que se encuentre la enfermedad, y de la precocidad con que se instaure el tratamiento. Estos fármacos sólo se obtienen con receta del especialista y son de un alto coste económico, aunque por la Seguridad Social cuestan bastante menos y, en algunos casos, pueden ser gratuitos. Los fármacos pueden generar efectos secundarios y no son efectivos en todos los pacientes.

### TRATAMIENTOS

Principal activo	Nombre comercial	Laboratorio fabricante
Donepecilo	Aricept	Pfizer- Eisai
Rivastigmina	Exelon / Prometax	Novartis / Esteve
Galantamina	Reminyl	Janssen-Cilag
Memantina	Ebixa / Axura	Lundbeck / Andrómaco

Estos medicamentos deben de ir siempre acompañados de terapias no farmacológicas.

Un grupo de 22 investigadores y científicos de 18 organizaciones nacionales e internacionales, entre los que figuran neurólogos y psicólogos, ha revisado **más de mil trabajos sobre terapias no farmacológicas** aplicadas al Alzheimer y ha comprobado que algunas de ellas retrasan el ingreso del paciente en una institución más tiempo de lo que lo hace el medicamento. De los resultados de este trabajo, se extrae que las terapias no farmacológicas mejoran la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer y la de sus familias y algunas de ellas demuestran beneficios más amplios y completos que los medicamentos. Estas terapias mejoran la cognición, el estado de ánimo y la conducta de los pacientes al tiempo que reducen la carga asistencial al cuidador.

Las terapias no farmacológicas son imprescindibles para las personas que padecen Alzheimer. Éstas, combinadas con los fármacos, **son la manera más eficaz de tratar la enfermedad**, ya que ralentizan su avance y mejoran la calidad de vida de la persona que la padece. Estas terapias cognitivas se llevan a cabo en



los Talleres de Estimulación donde las personas que padecen Alzheimer tienen grupos de compañeros con quienes comparten gran parte de sus vivencias, lo que les proporciona una interacción social que mejora su calidad de vida y aumenta su sensación de salud.

### **Principales terapias de rehabilitación cognitiva:**

**Programas de estimulación y actividad cognitiva:** Su objetivo es la rehabilitación de las funciones mentales superiores (memoria, orientación, lenguaje oral y escrito, capacidad visoespacial, praxis capacidades ejecutivas) para obtener un mejor rendimiento cognitivo y de la autonomía personal. Un examen previo neuropsicológico determina las áreas cognitivas a mejorar y los ejercicios a realizar.

**Orientación a la realidad:** Su objetivo es tratar la alteración de la orientación espaciotemporal y de la persona a través de estímulos y repetidas informaciones visuales, escritas, verbales, etc. Existen dos formas de reorientación: la reorientación espaciotemporal de 24 horas y las clases estructuradas de orientación a la realidad. La primera consiste en mantener a la persona con Alzheimer orientada en relación a quién es, donde está (espacio) y en qué momento está (tiempo). Estas técnicas se realizan en los centros de día pero también puede ser muy útil realizar sencillos ejercicios en el domicilio:

- Colocar un calendario grande en un lugar visible y acostumbrarle cada día a buscar el día de la semana, el día del mes, la estación del año y el año en el que está.
- Si sabe leer, puede darle un periódico o revista y pedirle que comente alguna noticia.
- Si tenía costumbre de ver las noticias o programas determinados en la tele, puede verlas con él y comentarlas.
- Pedirle que escriba en un papel su nombre, su pueblo y la provincia y el país donde vive, su fecha de nacimiento, etc.
- Pedirle que intente recordar, cuando hable de su pueblo o de vivencias pasadas, el nombre de su padre o de su madre, hermanos, hijos, nietos, nueras, etc.

**Reminiscencia:** Su objetivo es estimular su propia identidad y su autoestima a través de recuerdos personales. No se estimula la perfección del recuerdo ni la localización perfecta en el tiempo. Puede ser realizada en grupo o de forma individual. Una forma más estructurada es la revisión de la vida, en la que el paciente recuerda los hechos más significativos de su biografía con la ayuda y orientación del terapeuta. También aquí, ejercicios sencillos en el domicilio, pueden ser útiles:

- Buscar fotos antiguas de viajes, de su infancia o juventud, de su boda o de sus hijos, construyendo un álbum de fotos familiares donde puedan identificarse a sí mismos y a sus familiares.
- Cuando la demencia es más avanzada, es útil observar objetos antiguos o habituales y centrar la conversación sobre para qué sirven y qué son.
- Recordar recetarios de cocina, sobre todo de su niñez y juventud. En el caso de mujeres, se puede intentar que recuerden la receta, los ingredientes, e incluso llevarlos a la práctica.

- Escuchar música o recordar canciones les transporta a la época en que vivieron. Preguntarles qué canciones les gustaban o cantaban cuando eran jóvenes o buscar música de su juventud.

**Psicomotricidad:** Asociar el movimiento con la música es de gran utilidad en la enfermedad de Alzheimer. Casi todas las personas han bailado o escuchado música, por lo que realizar ejercicios, gimnasia, es de gran utilidad para mantener la autonomía funcional, la actividad cognitiva (sobre todo coordinación) y la afectiva (refuerzo de sentimientos positivos). Salir a pasear todos los días por el mismo sitio, a la misma hora, durante al menos 30 minutos es un ejercicio muy aconsejable. Otros ejercicios sencillos y beneficiosos a realizar en el domicilio pueden ser:

- Con música sencilla y lenta se puede pedir al enfermo sentado que siga el ritmo levantando primero un pie y luego otro, lo mismo con los brazos, que abra y cierre las manos, que mueva la cabeza hacia delante o hacia los lados. Si la enfermedad está más avanzada, pueden realizar ejercicios de respiración lenta que permiten a la vez movilizar las diferentes partes del cuerpo (cabeza, manos, brazos, piernas).
- Con material sencillo como globos, sentados, se le pedirá que los hinchen, los anuden (esto ya es un ejercicio importante) y digan el color. Después realizarán ejercicios sencillos como dejarlo en el suelo, en el lado izquierdo, que lo coja con la mano derecha y que lo ponga en las rodillas, que lo coja con la mano izquierda y lo deje en el suelo, que nos lo lance y luego se les vuelve a lanzar.

**Juegos de mesa.** Existen juegos de mesa que pueden adaptarse para jugar con el paciente: barajas de cartas, parchís, oca, dominó... Lo importante mantener su atención durante un espacio de tiempo no superior a una hora y que se concentren en lo que están haciendo. También son útiles los crucigramas, sopas de letras, diferencias entre dibujos, etc.

**Nuevas tecnologías.** Estimulación a través del programa de entrenamiento cognitivo informatizado Gradior.

**Terapias alternativas:** musicoterapia, risoterapia...

### **Actividades complementarias:**

#### 1. Juegos antiguos.

##### *Pies quietos.*

Se pinta en el suelo del patio un círculo lo suficientemente grande para que todos los jugadores puedan estar sobre la línea del círculo. Dentro del mismo se sitúa un jugador con un balón en las manos. El jugador del centro lanza el balón hacia arriba, nombrando a alguno de los jugadores que le rodean. El jugador nombrado debe recoger el balón antes de que bote en el suelo y los demás jugadores deberán alejarse del círculo lo más lejos posible.

El jugador nombrado recoge el balón y dice "pies quietos". Los demás jugadores no podrán moverse más. Así parados, el jugador que tiene el balón da tres zancadas seguidas para acercarse a un jugador por él elegido (mejor al más cercano, aunque



puede interesar otro jugador...). Luego lanza el balón intentado tocar al jugador elegido para eliminarlo (se puede hacer a un número de puntos determinado al empezar el juego). El juego continúa hasta que sólo queden dos jugadores.

### *El cortahilos.*

Se designan un perseguido y un perseguidor. El resto del grupo se distribuye por todo el patio.

El perseguidor intenta tocar al perseguido hasta lograrlo o hasta que otro jugador "cruce" entre ambos y "corte el hilo", momento en que este jugador pasa a ser el perseguido.

Si el perseguidor logra tocar al perseguido, se intercambian los papeles.

### *Asalto de ropa.*

Se necesita un campo de juego con una línea en cada fondo, dos líneas en los laterales y otra línea en el centro del campo, dividiendo el terreno de juego en dos mitades. El juego requiere también que se hagan dos equipos.

En la línea de fondo de cada equipo se pone una prenda de vestir por cada participante del equipo (gorras, pañuelos, sudaderas...). Cada equipo se coloca a un lado de la línea divisoria. A la señal, cada equipo tratará de apoderarse de las prendas de vestir del equipo contrario realizando incursiones corriendo al otro campo. Si un jugador es tocado en el campo de ataque, queda prisionero en el mismo lugar donde fue capturado; a su lado permanece un centinela para evitar el rescate. Para liberar al jugador prisionero, sus compañeros deben tocarle y regresar a su territorio sin ser tocados.

Si un jugador coge una prenda del bando contrario y consigue llegar a su campo sin que nadie le toque, suma esa prenda al tesoro de su equipo. Si le tocan en el retorno, queda prisionero donde fue tocado y la prenda es devuelta a su origen. El juego finaliza cuando un equipo pierde todas sus prendas o cuando consigue hacer prisioneros a todos los jugadores del otro equipo. Si el juego decae por falta de iniciativa de un equipo o por falta de jugadores, se pueden hacer intercambios de prisioneros entre los dos equipos para volver a activarlo.

## *2. Retahílas de echar suerte.*

1. En el bar de Pinocho / al que le toque el número ocho. / Un, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho.
2. Una mosca en un cristal / el cristal se rompió / y la mosca se salvó.
3. Tengo un gato en la cocina / que me dice la mentira. / Tengo un gato en el corral / que me dice la verdad.
4. Una mosca puñetera / se cagó en la papelera; / a, e, i, o, u. / ¿Cómo te llamas tú? / Ricardo (por ejemplo, contando por cada sílaba una persona).
5. Baldomero tenía un sombrero. / El sombrero era de paja, / se metió en una caja; / la caja era de cartón, / se metió en un porrón; / el porrón tenía vino, / se metió en un pepino; / el pepino maduró / y Baldomero se salvó.
6. Don Juan de villa naranja / lo bien que fuma, / lo bien que canta, / lleva la barriga llena / de vino tinto y de moscatel. / ¿A quién salva usted?
7. En un café se rifa un gato, / al que le toque el número cuatro: uno, dos, tres y cuatro.



8. En un café se rifa un pez, / al que le toque el número 10: uno, dos, tres, cuatro...  
ocho, nueve y diez.



## 11. LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER (AFA)

### Objetivos:

- Comprender qué es una asociación sin ánimo de lucro y sus funciones.
- Comprender qué es una Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer, su organización y sus tipos.
- Conocer las reivindicaciones de las Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer.

### Contenidos:

- Asociación, lucro, estructura, reivindicación.

Las Asociaciones son **agrupaciones de personas constituidas para realizar una actividad colectiva de una forma estable, organizadas democráticamente, sin ánimo de lucro e independientes**, al menos formalmente, del Estado, los partidos políticos y las empresas. Están reguladas por la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación. Respecto a las características hay que aclarar que no tener ánimo de lucro significa que no se pueden repartir beneficios o excedentes económicos anuales entre los socios, pero sí se puede:

- Tener excedentes económicos al finalizar el año
- Tener contratados laborales en la Asociación
- Realizar Actividades Económicas que puedan generar excedentes económicos

Los excedentes deben reinvertirse en el cumplimiento de los fines de la entidad.

Para Jarre (Jarre, 1991), se pueden definir cinco **funciones básicas** de las asociaciones:

- **Aportar innovaciones.** Creando programas novedosos o experimentales que no pueden ser asumidos por el Estado (no está demostrada su eficacia) ni por el Mercado (no está demostrada su rentabilidad).
- **Prestar servicios a la comunidad**, no cubiertos o cubiertos deficitariamente. Esto permite al usuario elegir entre varias alternativas.
- **Actuar como defensoras de los derechos** de los colectivos más vulnerables, cuando éstos por sí mismos no pueden hacerlo, o destacar con su acción la vulneración de estos derechos.
- **Garantizar valores.** Garantizan la presencia social de los valores de participación y solidaridad frente a los valores individualistas predominantes, sirviendo de modelo para la ciudadanía.
- **Estructura mediadora** entre la ciudadanía y el Estado, transmitiendo las necesidades y demandas a las instancias correspondientes. A su vez pueden dar a conocer los servicios existentes a aquellos colectivos para los que van destinados.

**Las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer se denominan AFAS.** Cada AFA se estructura de forma autónoma, tiene su propia Junta Directiva, presupuestos, programas, servicios y actividades. Las AFAS de cada provincia forman parte de una **federación provincial**, que a su vez se suma a las demás provinciales formando lo que en Andalucía se denomina CONFEAFA (**Confederación Andaluza** de Familiares de enfermos de Alzheimer). La unión de todas las federaciones y asociaciones autonómicas es la CEAFA (**Confederación Española** de Familiares de enfermos de Alzheimer). Los objetivos de las AFAS son:

- Mejorar la calidad de vida de las personas que padecen Alzheimer y sus familias.
- Sensibilizar a las administraciones y a la población en general sobre la enfermedad y su problemática sanitaria y social.
- Apoyar a las familias en el cuidado, facilitando su acceso a los recursos.
- Formar y preparar a los cuidadores para afrontar el día a día.

Las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer en Andalucía son de **tres tipos**:

- Asociaciones **Tipo III**: cuentan con servicios básicos de información, asesoramiento, divulgación y sensibilización. Como servicios opcionales cuentan con grupos de ayuda mutua.
- Asociaciones **Tipo II**: cuentan con los servicios básicos de las de tipo III más grupos de ayuda técnica, talleres de psicoestimulación y formación de familiares y voluntarios. Como servicios opcionales cuentan con atención psicológica y servicio de ayuda a domicilio.
- Asociaciones **Tipo I**: cuentan con los servicios básicos de las de tipo III y II más unidad de estancia diurna. Como servicios opcionales cuentan con unidad de estancia temporal y residencia.

**Reivindicaciones de las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer a través de la CEAFA:**

**Área sanitaria:**

- Creación y desarrollo de programas y protocolos de detección precoz del Alzheimer.
- Creación y desarrollo de servicios asistenciales y programas específicos de atención al enfermo de Alzheimer según su fase evolutiva.
- Fortalecimiento de las estructuras y recursos humanos dedicados a los cuidados sanitarios del enfermo de Alzheimer.  
Coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria, ya sea primaria o especializada, del enfermo de Alzheimer.

**Área social y de apoyo a las familias:**

- Creación y desarrollo de servicios y programas sociosanitarios orientados a mantener a los enfermos de Alzheimer en su entorno de vida habitual.



- Creación y desarrollo de programas de intervención terapéutica dirigidos a los enfermos de Alzheimer en sus distintas fases para promover su máxima autonomía y el mantenimiento de sus capacidades.
- Creación y desarrollo de estructuras institucionales destinadas a informar y asesorar a las familias y cuidadores informales de los enfermos de Alzheimer.
- Creación y desarrollo de programas institucionales de apoyo psicológico a los cuidadores familiares.
- Mejora del apoyo económico concedido a las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer.
- Reconocimiento social de los cuidadores familiares.

#### **Área de protección jurídica:**

- Mejora de la protección jurídica y social de los enfermos de Alzheimer ante la imposibilidad en muchos casos de hacer valer y de ejercitar sus derechos.
- Excedencias y permisos laborales, en condiciones razonables, para los familiares cuidadores de un enfermo de Alzheimer de manera que no se recargue la economía familiar del enfermo de Alzheimer.
- Adopción de medidas fiscales que ayuden al cuidador en el enorme gasto que conlleva la enfermedad de Alzheimer.

#### **Área de formación e investigación:**

- Inclusión, en los planes de estudio de los diversos profesionales implicados en la atención de los enfermos de Alzheimer, de contenidos formativos sobre los problemas de estos enfermos y sobre los diversos sistemas de intervención.
- Mejora de la capacitación de los profesionales sociosanitarios para el manejo de la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias y sus consecuencias.
- Impulso de la coordinación entre los profesionales de distintos niveles asistenciales e institucionales en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento y cuidado al enfermo y al cuidador.
- Promoción de la investigación básica sobre la enfermedad de Alzheimer.
- Potenciación de un área específica de investigación de la enfermedad de Alzheimer en el ámbito de los servicios sociales y sanitarios.
- Creación y promoción de centros de referencia para la investigación socio-sanitaria de la enfermedad de Alzheimer.
- Creación de un censo fiable de enfermos de Alzheimer que permita tener constancia del número de afectados, su realidad y la organización de recursos sociosanitarios que necesiten.

#### **Actividades complementarias:**

1. Según la estructura organizativa de las Asociaciones de Enfermos de Alzheimer en España, escribe cómo crees que se organiza la estructura de los clubes de baloncesto partiendo del equipo de tu localidad.

2. En pequeños grupos (4 a 6 personas), buscar información acerca de las siguientes organizaciones y explicar cuáles tienen ánimo de lucro y cuáles no:

- FEPEX: Federación Española de Asociaciones de Productores Exportadores de Frutas, Hortalizas, Flores y Plantas Vivas.
- Fagor
- O.N.C.E.
- Telefónica/Movistar
- Fundación Telefónica
- Complejo cinegético El Acebuchal
- Coto de Doñana
- Manos Unidas
- UTE (Unión Temporal de Empresas)



## 12. RECURSOS DE LAS AFAS

### Objetivos:

- Conocer los servicios que pueden ofrecer las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer.
- Conocer los recursos que prestan diferentes administraciones públicas.

### Contenidos:

- Servicio, prestación, recurso, dependencia, autonomía personal.

**Las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer trabajan en colaboración con los estamentos oficiales y acercan la mayoría de los recursos a las personas que los necesitan.** No todas las asociaciones son iguales, ni prestan los mismos servicios, pero éstos son los más comunes:

### CURSOS DE FORMACIÓN

- Cursos para cuidadores familiares.
- Cursos para voluntarios/as: facilitan un voluntariado de calidad.
- Cursos para cuidadores.

### ACTIVIDADES DE APOYO

- **Aula de Estimulación Integral.** Talleres de estimulación cognitiva para enfermos en fases leve y moderada. En ellos, los pacientes reciben una atención personalizada, a través de ejercicios y evaluaciones periódicas. Las asociaciones de Andalucía cuentan con el programa GRADIOR (estimulación por ordenador mediante pantalla táctil).
- **Estimulación a domicilio.** Talleres de estimulación para personas que no pueden acudir al Aula de Estimulación Integral o a la Unidad de Estancia Diurna para recibir esta terapia. El paciente recibe periódicamente en su domicilio a personal técnico de la AFA, que le evalúa y prepara un programa de atención individualizado para estimular sus capacidades. El cuidador principal aprenderá cómo realizar los ejercicios y ayudará a su familiar en la estimulación.
- **Apoyo psicológico individualizado al cuidador/a.**
- **Grupos de ayuda mutua.** Los cuidadores necesitan saber que no están solos ante la enfermedad, que hay otras personas en su misma situación. Los grupos están formados de ocho a diez personas que intercambian experiencias y aprenden a manejar situaciones a las que se tienen que enfrentar en el día a día del cuidado del enfermo.
- **Talleres intergeneracionales.** Es importante que los niños conozcan la realidad de los mayores con necesidades especiales. La mejor forma de entenderlo es verlo, convivir con ellos en los talleres de estimulación. Antes de esta convivencia, aprenden sobre la enfermedad con explicaciones de técnicos de la asociación mediante dinámicas y juegos.

- **Talleres de memoria para familiares.** Los cuidadores necesitan hacer actividades que les saquen de su rutina. Técnicos de la asociación hacen ejercicios con los familiares y les dan pautas para mejorarla.

## SERVICIOS

- **Ayuda a domicilio.** Algunas asociaciones cuentan con auxiliares que ayudan en casa a enfermos y cuidadores en sus tareas diarias. Limpieza del hogar, aseo de pacientes, etc.
- **Fisioterapia a domicilio para personas enfermas.** De la fisioterapia a domicilio se benefician los enfermos en fase avanzada, que no tienen posibilidad de acudir a talleres.
- **Fisioterapia para cuidadores/as.** Los cuidadores se benefician de la fisioterapia y ejercicios que facilitan el cuidado del enfermo y evitan las lesiones de espalda.
- **Mediación en conflictos familiares.** En situaciones de crisis surgen conflictos familiares. Se pone a disposición de las familias este servicio para ayudar en su resolución.
- **Asesoramiento social.** El personal técnico asesora a las familias en temas sociales, como el acceso a la información y los recursos existentes, tanto de la entidad como de la comunidad.
- **Ayudas técnicas.** El “banco de ayudas técnicas” es un servicio de préstamo de objetos como sillas de ruedas, barandillas, andadores, camas articuladas, etc. que se ponen a disposición de las familias y éstas los devuelven cuando ya no los necesitan.

## RECURSOS INSTITUCIONALES.

Hoy se dispone de una serie de infraestructuras asistenciales que sirven para mejorar el tratamiento y para descargar y apoyar a la familia. Esta estructura asistencial es insuficiente y no está generalizada. En España, los recursos institucionales se canalizan a través de la Ley de Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, más conocida como “**ley de dependencias**”. Su desarrollo ha supuesto para muchas personas el reconocimiento de un derecho que les garantiza el acceso a servicios y prestaciones que necesitan.

Los **servicios** son:

- Prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Centros de día y noche.
- Servicio de Atención Residencial.

### **Prestaciones económicas:**

- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- Prestación económica de asistencia personal.
- Prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio.



La Ley establece **tres tipos de dependencia** con dos niveles cada uno en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere:

- **Grado I. Dependencia moderada:** la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Grado II. Dependencia severa:** la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Grado III. Gran dependencia:** la persona necesita ayuda para realizar diferentes actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

### **Actividades complementarias:**

1. Explicar las similitudes y las diferencias en el funcionamiento de un Banco de Ayudas Técnicas y una Biblioteca Pública.

2. Comentario de texto. *Mirando por la ventana. Autor: Pedro Pablo Sacristán*  
*Había una vez un niño que cayó muy enfermo. Tenía que estar todo el día en la cama sin poder moverse. Como además los niños no podían acercarse, sufría mucho por ello, y empezó a dejar pasar los días triste y decaído, mirando el cielo a través de la ventana.*

*Pasó algún tiempo, cada vez más desanimado, hasta que un día vio una extraña sombra en la ventana: era un pingüino comiendo un bocata de chorizo, que entró a la habitación, le dio las buenas tardes, y se fue. El niño quedó muy extrañado, y aún no sabía qué habría sido aquello, cuando vio aparecer por la misma ventana un mono en pañales inflando un globo. Al principio el niño se preguntaba qué sería aquello, pero al poco, mientras seguían apareciendo personajes locos por aquella extraña ventana, ya no podía dejar de reír, al ver un cerdo tocando la pandereta, un elefante saltando en cama elástica, o un perro con gafas que sólo hablaba de política ...*

*Aunque por si no le creían no se lo contó a nadie, aquellos personajes terminaron alegrando el espíritu y el cuerpo del niño, y en muy poco tiempo éste mejoró notablemente y pudo volver al colegio.*

*Allí pudo hablar con todos sus amigos, contándoles las cosas tan raras que había visto. Entonces, mientras hablaba con su mejor amigo, vio asomar algo extraño en su mochila. Le preguntó qué era, y tanto le insistió, que finalmente pudo ver el contenido de la mochila:*

*¡¡Allí estaban todos los disfraces que había utilizado su buen amigo para intentar alegrarle!!*

*Y desde entonces, nuestro niño nunca deja que nadie esté solo y sin sonreír un rato.*



## 13. VOLUNTARIADO

### Objetivos:

- Comprender el concepto de voluntariado.
- Conocer las características de la persona voluntaria en las AFAS.

### Contenidos:

- Solidaridad, ONG, formación.

El voluntariado es la **actividad que se realiza de manera voluntaria** y se caracteriza por poner la energía, los conocimientos o las ganas al servicio de quien más lo necesita en la comunidad sin recibir nada a cambio. El voluntariado es un estilo de vida que toca no sólo a quien es ayudado (ya que le cambia la vida en muchos aspectos), si no que también toca de manera sensible a quien ayuda y comprende la importancia del trabajo en común y de la entrega por los demás.

La noción de voluntariado es característica de las últimas décadas en las que, debido a diferentes situaciones de crisis tanto específicas como generalizadas, problemáticas a las que nunca antes se les había prestado demasiada atención como las enfermedades, la pobreza, la miseria, la violencia doméstica, el abuso y el maltrato tanto contra seres humanos como contra animales, han ganado especial importancia y presencia en todas las comunidades. Así, surgen las asociaciones u **organizaciones no gubernamentales (ONG)** y otras formas de organización social que tienen como objetivo principal buscar soluciones para los problemas que siguen sin ser atendidos.

Las personas voluntarias se insertan en estas organizaciones como la figura central, ya que es a partir de ellas que las mismas pueden funcionar. El voluntariado es quien mueve todos los hilos y toca todas las puertas para conseguir fondos, colaboraciones o simplemente concienciar a la ciudadanía sobre la temática que le incumbe. **La persona voluntaria realiza estas tareas de manera espontánea y no gana dinero a cambio**; la razón de ser del voluntario es justamente entregarse de manera completa aún sabiendo las complicaciones que eso implica. El voluntariado es llevado a cabo por jóvenes, adultos, y personas de la tercera edad que dedican su tiempo libre a cuestiones solidarias y altruistas.

### El voluntariado en las AFAS.

Uno de los programas más importantes de las asociaciones de Alzheimer es el de voluntariado, ya que las familias que se enfrentan al Alzheimer necesitan la máxima ayuda posible. Contar con la ayuda de voluntarios se convierte en algo fundamental para el enfermo y su familia, de cara a afrontar la enfermedad de la mejor manera posible. **Las personas voluntarias de las Asociaciones de Alzheimer requieren una formación específica**, por lo que la mayoría de las AFAS que cuentan con cursos de formación y reuniones de coordinación para los voluntarios.



Las principales **características del voluntariado** en las Asociaciones de Alzheimer son:

- Dar soporte a la familia, descargándola de la tensión de una atención constante.
- Ejercer un efecto terapéutico en la familia y el entorno. Ayudar a las familias a reducir la sensación de soledad y aislamiento que provoca la enfermedad por su larga duración y dureza.
- Ayudar en distintas actividades de las asociaciones: benéficas, administrativas o de apoyo a los técnicos y auxiliares.
- Actuar a domicilio o en centros.

Las tareas del voluntariado requieren discreción, constancia, compromiso y un poco de tiempo; a veces, una hora a la semana es suficiente para realizar labores de voluntariado.

### ***Actividades complementarias:***

1. En pequeños grupos, buscar información de las siguientes ONGs y escribir a qué se dedica cada una de ellas:

Greenpeace, Manos Unidas, Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, Andalucía Acoge, Médicos Sin Fronteras, Amnistía Internacional, Intermón Oxfam, Asociación Andaluza por la Solidaridad y la Paz (ASPA), Ecologistas en Acción, Payasos Sin Fronteras.

Realiza el mismo ejercicio con aquellas ONGs que existan en la localidad donde vives.

2. Escribe en qué parcela social te gustaría colaborar como voluntario/a, indicando las tareas que consideres necesarias en dicho ámbito para ayudar a los demás.

## **Bibliografía**

Autores Varios. *Atender a una persona con Alzheimer*. CEAFA y Obra Social Caja Madrid. Pamplona, 2008.

J. Peña Casanova. *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la Terapia: Conceptos y hechos*. Fundación la Caixa, Barcelona, 1999 (revisado en 2005).

Ángela Vinent. *Maragall vs Alzheimer*. Cromosoma, Barcelona, 2010.

Paco Roca. *Arrugas*. Astiberri. Bilbao, 2007 - 5ª edición, julio 2009.

## **Fuentes**

[www.ceafa.es](http://www.ceafa.es)

[www.fundacionalzheimeresp.org](http://www.fundacionalzheimeresp.org)

[www.alzheimerinternacional.org](http://www.alzheimerinternacional.org)

[www.fundacionreinasofia.es](http://www.fundacionreinasofia.es)

[www.alzheimerlucena.org](http://www.alzheimerlucena.org)

**Promueve:**



**Financian:**



CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD  
Y BIENESTAR SOCIAL



**Colabora:**



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN  
Delegación Provincial de Córdoba