



Erasmus+ Traineeship

EMPLOYER INFORMATION	
Name of Organization	University of Murcia
UMU Contact Person and e-mail	Dr. Jesús A. Guillamón Ayala jesusadolfo.guillamon@um.es
UMU Address	Facultad de Trabajo social Campus de Espinardo Murcia - 30100
UMU Telephone	+34 868 88 8419

ENTERPRISE JOB DESCRIPTION	
Name of enterprise	ASOCIACION DE FAMILIARES Y ENFERMOS DE ALZHEIMER DE HELLIN
Duration	12 MESES
Working Hours	10 HORAS SEMANALES
Project Description	<p>Para llevar a cabo el programa terapéutico de estimulación cognitiva solicitamos la figura del terapeuta ocupacional, el proyecto que llevaríamos a cabo sería el siguiente</p> <p>PROGRAMA TERAPÉUTICO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA</p> <p>En este programa se utilizan técnicas y recursos de entrenamiento y ejercitación para estimular las funciones intelectivas del enfermo según las capacidades que todavía mantenga, con el objeto de retrasar el desarrollo evolutivo de la enfermedad en cuanto a la pérdida de las capacidades cognitivas.</p> <p>Peña-Casanova (1999), por ejemplo, establece la siguiente</p>



clasificación a la hora de jerarquizar el tipo de intervenciones que se desarrollan en el ámbito de la Estimulación Cognitiva:

- ✓ Intervenciones estructuradas, esto es, actividades organizadas y escogidas específicamente con objetivos determinados.
- ✓ Intervenciones informales tales como las recreativas, actividades ocupacionales, de la vida diaria, etc.; en definitiva, actuaciones que en mayor o menor medida implican un entrenamiento cognitivo, aun no siendo éste su objetivo fundamental.
- ✓ Intervenciones mixtas, que, como su propio nombre indica, implican una combinación de las intervenciones descritas con anterioridad.

Este conjunto de intervenciones pueden ayudar a la estimulación y/o rehabilitación de las capacidades cognitivas. El objetivo de estas intervenciones varía en función del tipo de paciente y de la capacidad sobre la que se desea intervenir. En particular, se trabajaran con especial atención los siguientes aspectos:

- ✓ Orientación en el espacio y en el tiempo en los que se desentrevue el enfermo, estimulando, además, el recuerdo de su identidad biográfica.
- ✓ Alteraciones del lenguaje oral y escrito, estimulando todos los aspectos del mismo que le convierten en el canal de comunicación que realmente es (morfosintaxis, semántica, pragmática, fonética, prosodia).
- ✓ Praxias, es decir, refuerzo y potenciación de la ejecución de movimientos con los que se pretende llegar a algún fin siempre que no exista ningún problema físico que lo haga inviable.
- ✓ Activar funciones básicas de la memoria.
- ✓ Ejercitar la capacidad de percepción y reconocimiento tanto del entorno que rodea al enfermo como de otras personas y de sí mismo.
- ✓ Afianzar el reconocimiento de números y manipulaciones numéricas básicas, incluyendo, cuando sea posible, la resolución de problemas.
- ✓ Estimular la capacidad de razonamiento lógico y abstracto, la imaginación y la capacidad de planificación y organización.



- **Entrenamiento Cognitivo**

Partiendo de la premisa de que las capacidades neuropsicológicas, al igual que las motoras, responden positivamente al ejercicio constante y la práctica repetida, el entrenamiento cognitivo consiste en presentar al individuo una serie de tareas y/o actividades a través de las cuales el sujeto ejercita o entrena diversas capacidades cognitivas. Dichas actividades no se presentan de forma aleatoria y poco sistematizada, sino a través de programas de intervención estructurados que se conocen con el nombre de “Programas de entrenamiento cognitivo”.

Estos programas se desarrollan mediante actividades focalizadas, mediante la presentación de estímulos variados y tareas. Se trata de una estimulación sistematizada y lo más individualizada posible, esto es, adaptada a las características personales (edad, déficits y/o deterioros cognitivos, capacidades funcionales residuales, etc.) de las personas que van a recibir el Programa.

- **Terapia de Orientación a la Realidad**

La terapia de Orientación a la Realidad (TOR) fue descrita por primera vez por Folsomn 1958 como una técnica para mejorar la calidad de vida de personas mayores con estados de confusión.

Desde un punto de vista cognitivo, constituye una forma de ayudar a mejorar los problemas surgidos de la memoria episódica a corto y medio plazo, así como favorecer la orientación temporo-espacial y la identidad del sujeto, y para ello cuenta con dos formas o métodos para abordar dicho objetivo:

- ✓ Orientación a la Realidad en sesiones: como el propio nombre indica, se trabaja en sesiones de entre 30 y 60 minutos con pequeños grupos de pacientes, generalmente varias veces a la semana. Las sesiones tienen un enfoque cognitivo, comenzando habitualmente por la orientación temporal, espacial y siguiendo por la discusión de eventos, generalmente del entorno próximo a los pacientes. Como instrumentos de trabajo se utiliza un tablero de orientación que típicamente presenta información como el día, la fecha, la estación del año, el nombre del lugar y otras informaciones adicionales. Se utilizan además periódicos, cuadernos de notas o diarios personales y objetos o pinturas que muestren el objeto de la discusión.
- ✓ Orientación a la Realidad de 24 horas: en este caso, la



reorientación está presente durante todo el día y es practicada por todas las personas que toman contacto con el paciente a través de ayudas externas destinadas a ubicar a la persona en el espacio y el tiempo (flechas indicativas para ir al baño, por ejemplo; pictogramas que indican qué habitación es o lo que hay en el interior del armario, etc.).

En definitiva, el objetivo principal de la Orientación a la Realidad es tratar de superar la confusión y desorientación del paciente que tiene problemas de orientación, evitando así que éste pierda la conexión con su entorno personal, familiar y social. Estos objetivos son de carácter estrictamente cognitivo. Pero, además, la Orientación a la Realidad tiene como objetivos igualmente importantes estimular la comunicación y la interacción y conseguir una mejora de las conductas sociales.

- **Terapia de Estimulación Sensorial**

La terapia de estimulación sensorial tiene como objetivo, como el propio nombre indica, estimular los receptores sensoriales con el fin de conseguir así una mayor respuesta del sujeto ante los estímulos y un mejor conocimiento del medio y de sí mismo. Para ello, se utilizan estímulos sensoriales diversos (sonidos, texturas, fragancias, contacto corporal, etc.), en períodos organizados de estimulación, y mediante una serie de aparatos y técnicas que se determinan según el tipo y dificultad del déficit.

Las actividades de autocuidado son, por ejemplo, uno de los momentos en que el terapeuta ocupacional aprovecha para estimular el contacto y el reconocimiento del paciente con su propio cuerpo, activando los receptores táctiles y visuales a través del contacto con su cuerpo y con los utensilios que maneja; o el momento de la comida es propicio para estimular el olfato y el gusto. En cualquier caso, los objetivos principales de la estimulación sensorial en la Estimulación Cognitiva son los siguientes:

- ✓ Tener un mejor conocimiento del medio y de sí mismo.
- ✓ Favorecer la conducta exploratoria y la capacidad de respuesta del individuo ante estímulos ambientales, lo que garantiza un aumento de la disposición a estar receptivo con el medio y preparado para responder.
- ✓ Favorecer la orientación atencional y la exploración visual, interviniendo y fortaleciendo en este caso tanto los



movimientos oculares como el campo visual.

- **Terapia de Reminiscencia**

La Terapia de Reminiscencia es una técnica usada en personas con demencia y se define como el “proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se trae a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver”. Generalmente se realiza en reuniones de grupo en las que se estimula a los participantes a que hablen sobre los episodios del pasado. Sus objetivos son:

- 1) estimular los recuerdos personales y sociales (memoria autobiográfica, episódica y semántica)
- 2) facilitar la orientación estableciendo datos externos como recordatorios: orientación y ubicación temporal
- 3) propiciar el aumento de la autoestima.

Desde un punto de vista cognitivo, la Terapia de Reminiscencia es una forma de activar o actualizar sobre todo la memoria biográfica del paciente; además, se favorece un proceso de reconocimiento e identificación (gnosis, memoria semántica) de estímulos familiares que conecta con toda la red de recuerdos relacionados con dichos estímulos (memoria episódica y semántica).

Sus objetivos fundamentales son: propiciar la interacción, generar interés por el acto de recordar y aumentar la autoestima y la confianza. No se estimula la evaluación de los recuerdos, ni tampoco se trata de que éstos sean perfectos, sino que sean lo más vivos posible, en toda su amplitud, y vayan acompañados de las emociones correspondientes.

Algunas de las actividades que desencadenan recuerdos del pasado son:

- a) Practicar antiguas habilidades como, por ejemplo, amasar pan, escribir a máquina, machacar con el almirez, beber de una bota de vino, utilizar herramientas de trabajo antiguas, etc.
- b) Utilizar objetos caseros típicos de ciertas épocas de la vida del sujeto: una radio antigua, un teléfono de la época, un molinillo de café, cartas o postales, etc.
- c) Presentar al paciente fotografías de distintas épocas de su vida.
- d) Utilizar películas, lecturas o periódicos de la época.
- e) Acudir a ciertos lugares como única manera de activar ciertos recuerdos: salidas a la escuela, cines, café, trabajo, iglesia, calles, monumentos, museos, parques, mercadillo, tiendas significativas; o asistir a fiestas, locales, viajes a la montaña o al mar, baile, verbena,....

Para llevar a cabo el programa terapéutico de estimulación física solicitamos la figura del fisioterapeuta, el proyecto que llevaríamos a



cabo seria el siguiente

Uno de los efectos visibles de la enfermedad de Alzheimer es la progresiva pérdida de las funciones corporales que provocan un añadido significativo a la dependencia generada por la enfermedad, hasta el extremo de poder afirmar sin caer en error que el enfermo de Alzheimer es doblemente dependiente. En consecuencia, el Centro dispondrá de programas de estimulación física encaminados a paliar los déficits de los órganos funcionales que el cuerpo del enfermo va presentando progresivamente, procurando ralentizar su deterioro e intentando que pueda desarrollar actividades cotidianas de la manera más independiente posible. Igualmente, estos programas han de prever el tratamiento de las deficiencias físcomotoras y la adecuación o adaptación ambiental e instrumental para paliar los síntomas de la dependencia funcional.

Estos programas pueden adoptar múltiples formas o modalidades que contemplan la movilización de distintas partes del cuerpo del enfermo:

- ✓ Movilizaciones activas. Ejercicios gimnásticos simples en los que el enfermo participa activa y voluntariamente
- ✓ Movilizaciones pasivas. Gestionados por el fisioterapeuta moviendo, por ejemplo, brazos, piernas, desplazándose y atravesando obstáculos (escaleras, rampas, etc.).
- ✓ Mecanoterapia. Actividades dirigidas a proporcionar instrumentos de apoyo al enfermo para la realización de determinados movimientos dirigidos a trabajar, sobre todo, las articulaciones.
- ✓ Masoterapia. masaje de los tejidos blandos, músculos o vísceras,
- ✓ Terapias antiálgicas. Aplicación de agentes físicos sobre dolores osteomusculares localizados.
- ✓ Prevención de caídas y mejora del equilibrio. Actividades dirigidas a trabajar, mantener y reforzar, en la medida de lo posible, el equilibrio como medio de prevenir las caídas a paliar o disminuir posibles lesiones funcionales o físicas, así como los dolores o molestias derivadas, siempre con la mejora de la calidad de vida del enfermo de Alzheimer.
- ✓ Ergoterapia. Actividades que requieran un proceso de elaboración, como medio para establecer posturas y hábitos motores, destreza manual, estimulación sensorial o la concentración, entre otros.

Para llevar a cabo el programa terapéutico de logopedia solicitamos la figura del logopeda, el proyecto que llevaríamos a cabo seria el siguiente

Es conocido que el alzhéimer no afecta únicamente a la memoria pues los



cambios en la estructura cerebral provocan el desmantelamiento progresivo de todas las funciones cognitivas superiores, entre las que se encuentra el lenguaje. Desde el inicio de esta enfermedad, la competencia comunicativa empieza a alterarse. (Pérez, 2012; Valles, 2013). El lenguaje de las personas afectadas por la demencia manifiesta diversas características, las cuales varían drásticamente de un paciente a otro y de acuerdo con la progresión y etiología de cada tipo de demencia (Horcajuelo, Criado-Álvarez, Correa y Romo, 2014). En general, las limitaciones lingüísticas más destacadas se observan en el nivel léxico-semántico, y pragmático (Valles, 2013; Pérez, 2012). Uno de los principales objetivos del logopeda es retrasar al máximo la pérdida de la capacidad comunicativa de las personas con demencia, igualmente deberá participar en la educación sanitaria, informando a los familiares, cuidadores y profesionales de las características del trastorno detectado y de las medidas de mejora, facilitando, consejos sobre la comunicación de los que puedan beneficiarse las personas del entorno de los pacientes, con lo que se conseguirá mejorar la adaptación emocional y social de los enfermos (Fernández, González, Sande, Crego, y Calenti, 2002).

Otro de los síntomas muy frecuente en la tercera edad, que afecta hasta al 30-40% de la población de más de 65 años, y al 84% de los enfermos de alzhéimer es la disfagia orofaríngea (Clavé y García, 2011; Rodríguez, Martín, Romero y Silva, 2015; Fernández, 2017). Esta sintomatología puede dar lugar a dos tipos de complicaciones, por un lado alteraciones en la eficacia de la deglución, que pueden provocar malnutrición o deshidratación; y por otro alteración en la seguridad de la deglución, que puede causar una aspiración a las vías respiratorias, que puede suponer un alto riesgo de neumonía y una elevada tasa de mortalidad (Úbeda y Chuliá, 2012; Clavé y García, 2011).

El papel del logopeda en la intervención consiste en trabajar de manera directa con la persona y de manera indirecta con la familia, dependiendo de las necesidades del paciente para asegurar que la persona afectada pueda tragar sin riesgos. Esto puede incluir enseñar estrategias posturales compensatorias o alterar la dieta del paciente (usar espesantes, triturar ciertos alimentos...).



Tasks of the Erasmus intern	Será el encargado de realizar todas las actividades anteriormente descritas, para llevar a cabo el programa.
Requirements	Graduado en terapia ocupacional, en logopedia y fisioterapia
What do we offer	Desde AFA Hellin ofrecemos la formacion para los becarios en el trabajo con enfermos de Azheimer y otras demencias
Website	afahellin@hotmail.com



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Vicerrectorado de
Internacionalización