UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

ULPGC 25 ANIVERSARIO 1989-2014

# TÍTULO:" PROYECTO REMEMBER"

**Autora: Mª del Carmen Arencibia Guerra**

**Fecha: 10 de junio de 2014**

**Tutora: Mª Dolores Robledano Celis**

© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

INDICE

PÁG.

I. INTRODUCCIÓN. 1

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL. 3

2.1. EL ENVEJECIMIENTO EN NUESTRA SOCIEDAD. 3
2.2. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: APARICIÓN, TIPOS Y FASES. 6
2.3. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN DATOS ESTADÍSTICOS. 12
2.4. LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER. 15
2.5. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER. 17
2.6. NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER. 18
2.7. MARCO NORMATIVO APLICADO AL CAMPO DE LA DEMENCIA. 23

III. PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN. 27

3.1. JUSTIFICACIÓN. 27
3.2. TITULO O DENOMINACIÓN. 28
3.3. DESTINATARIOS. 28
3.4. LOCALIZACIÓN FÍSICA. 29
3.5. OBJETIVOS. 30
3.6. METAS. 30
3.7. METODOLOGÍA. 32
3.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS. 35
3.9. ACTIVIDADES. 38
3.10. PROGRAMACIÓN. 43
3.11. CALENDARIZACIÓN. 43
3.12. RECURSOS. 44
3.13. PRESUPUESTO. 45
3.13.1. Gastos. 45
3.13.2. Ingresos. 46
3.14. DISEÑO DE EVALUACIÓN. 47
3.14.1. Objetivos de la evaluación. 47
3.14.2. Modelo de Evaluación. 48
3.14.3. Momentos de los cortes evaluativos. 48
3.14.4. Personas que llevaran a cabo la evaluación. 48
3.14.5. Técnicas e instrumentos de evaluación. 48
3.14.6. Criterios de evaluación. 49
*3.14.6.1. Evaluación del diseño del proyecto.* 49
*3.14.6.2. Evaluación de implementación.* 49
*3.14.6.3. Evaluación de la ejecución.* 50
*3.14.6.4. Evaluación de resultados.* 51

IV.VALORACIÓN PERSONAL, AUTOEVALUACIÓN Y SUGERENCIAS. 56

4.1. VALORACIÓN PERSONAL. 56
4.2. AUTOEVALUACIÓN. 58
4.3. SUGERENCIAS. 59

V. BIBLIOGRAFÍA. 61
VI. ANEXOS. 68

© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

## I. INTRODUCCIÓN.

En los últimos años la tercera edad se ha convertido en una cuestión social importante ya que la sociedad está tomando conciencia del alto nivel de envejecimiento dentro de sus miembros. Las proyecciones demográficas sobre el aumento del número de personas mayores y los avances en la tecnología e investigación de la medicina, hacen predecir una mayor longevidad y mejora de salud en general para las personas mayores en los próximos 50 años. Muchas personas viven ahora más tiempo y con un estilo de vida más saludable y por ello la población mundial tiene una mayor proporción de personas de edad avanzada.

Un efecto claramente negativo de este aumento de la esperanza de vida, es el incremento significativo en el número de personas con enfermedades crónicas y demencias; la enfermedad de Alzheimer se encuentra entre las demencias más frecuentes, siendo considerada por la OMS una prioridad de salud pública.

Dado el impacto que la demencia de Alzheimer tiene en la sociedad actual, se está dirigiendo un gran esfuerzo a la Investigación y a la atención de los enfermos, lo que está teniendo como resultado la aparición de nuevos fármacos en el mercado, así como nuevos métodos diagnósticos y fórmulas de prevención. El diagnóstico precoz de esta enfermedad es vital en la fase de demencia leve, porque es una herramienta fundamental para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Con el presente trabajo se pretende fomentar la comunicación de los enfermos de Alzheimer en la primera fase de la enfermedad con su entorno cercano: familiares y cuidadores, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de ambos durante el desarrollo de la enfermedad. Se desarrollará, en los Centros de Día del Instituto de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo de Gran Canaria, en los Centros privados de atención especializada y en las Asociaciones de mayores de Gran Canaria.

La importancia que tiene este trabajo a nivel social, es que permitirá visibilizar más ampliamente las consecuencias que tiene la enfermedad de



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Alzheimer en el ámbito social y familiar de los pacientes de Alzheimer en fase leve, y también permitirá desarrollar en el trabajo social proyectos de prevención e intervención más específicos para esta enfermedad y a su vez desarrollar trabajos con nuevas disciplinas con las que no se ha trabajado anteriormente.

Este trabajo contiene los apartados básicos de todo Trabajo Final de Grado dividiéndose en tres bloques fundamentales: un primer bloque con el marco teórico y conceptual, donde se ha profundizado en el área de la tercera edad y las demencias, seleccionando las fuentes más relevantes para su construcción. Un segundo bloque con la planificación del diseño de la intervención, donde se recogen aspectos como los objetivos, actividades, recursos a utilizar, temporalidad del proyecto, metodología a seguir, cronograma y criterios de evaluación, en definitiva, todo lo necesario para una adecuada intervención social con la población mayor en fase leve de Alzheimer.

Y un tercer bloque con la valoración personal, autoevaluación y sugerencias, donde se hace una reflexión final global del Trabajo Final de Grado donde se enjuicia y valora el trabajo realizado, lo que se ha aprendido, las consecuencias y las conclusiones a las que se ha llegado.

En conclusión el presente trabajo contiene todos las partes mencionadas anteriormente, incluyendo para finalizar un importante anexo, consiguiendo así un documento completo y ordenado de todo el proceso del Trabajo Fin de Grado.

© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

# II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.

## 2.1. EL ENVEJECIMIENTO EN NUESTRA SOCIEDAD.

El envejecimiento de la población en sus múltiples y distintas dimensiones, es actualmente un tema de enorme interés en el mundo desarrollado y es una evidencia no solo científica sino, sobre todo social. Social porque el fenómeno del envejecimiento de la población, es un hecho de gran importancia y trascendencia que está suscitando la atención a diferentes y múltiples niveles políticos, económicos, sociológicos, sanitarios y de investigaciones científicas, por las enormes consecuencias que se han empezando a notar y se acentuarán en los próximos años.

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) el término envejecimiento se define como, "el deterioro progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades con la edad" (The Family Watch: Informe TFW 2013-2, 2013: 4). En cambio en diferentes publicaciones del Instituto de mayores y Servicios Sociales (en adelante IMSERSO), el envejecimiento se considera "un proceso degenerativo que progresivamente deteriora los sistemas biológicos con una acumulación irreversible de cambios adversos y un aumento de la vulnerabilidad a la enfermedad" (The Family Watch: Informe TFW 2013-2, 2013: 4).

La OMS, en la segunda Asamblea de las Naciones Unidas (2002), planteaba que los países podrían afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgaban políticas y programas de "envejecimiento activo" que mejorasen la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad. Desde el punto de vista de la OMS el término envejecimiento activo se refería al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecían.

Según datos de la OMS (2012), la proporción de personas mayores ha crecido más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Desde 1980 la población mundial con más de 60 años de edad se ha



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

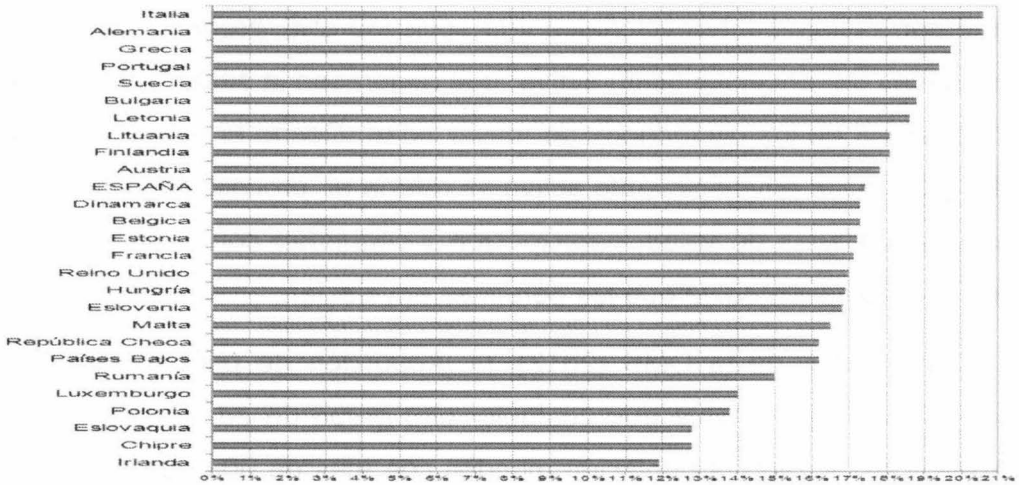
duplicado, ya que ha pasado aproximadamente del 11% al 22%. Este grupo de edad se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2050, todo ello debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad.

El envejecimiento de la población también puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública, gracias a las mejoras en la atención de la salud del último siglo, que han contribuido a que las personas tengan vidas más largas y saludables. Aunque es importante destacar que constituye un reto para la sociedad actual, ya que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

En este sentido se manifestaba Gro Harlem Brundtland, Directora General de Organización Mundial de la Salud en 1999. "El envejecimiento de la población es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social y económico" (OMS, 2002: 75).

Fruto de esas políticas de salud pública, a nivel europeo nos encontramos que "Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España son los países de la Unión Europea con una cifra más alta de personas mayores, como corresponde también a los países más poblados. Y Alemania, Italia, Grecia y Suecia son los países más envejecidos en cifras relativas" (Abellán, Pujol, 2013: 10).Véase gráfico 2.1.

**GRÁFICO 2.1: POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS UE**




**FUENTE: PERFIL PERSONAS MAYORES ESPAÑA (2013)**



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Como podemos observar, estamos asistiendo a un creciente envejecimiento de los países desarrollados, fenómeno demográfico al que nuestro país no es ajeno. España está sufriendo un cambio profundo en la estructura por edades de la población, que comporta un incremento tanto en términos absolutos como relativos del colectivo del grupo de personas mayores con disminución del grupo de los de menor edad.

En este sentido se manifiesta el último informe del Instituto Nacional de Estadística ( en adelante INE) (2013), Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2013-2023, que indica que dentro de 10 años en nuestro país residirán 19,7 millones de personas mayores de 64 años, es decir, un 17,6 por ciento más que en la actualidad; esto supone 1,5 millones de mayores más y que cerca de 23.500 personas tendrán más de 100 años, siendo el doble de los centenarios que se registran hoy en día. Véase tabla 2.1.

**TABLA 2.1: POBLACIÓN EN ESPAÑA**

**Población residente en España por grupos de edad**

| Grupos de edad | 1 de enero de 2013 | 1 de enero de 2023 | Crecimiento absoluto | Crecimiento relativo (%) |
|---|---|---|---|---|
| TOTAL | 46.704.314 | 44.082.671 | -2.621.643 | -5,61 |
| 0 a 4 años | 2.420.210 | 1.793.860 | -626.350 | -25,88 |
| 5 a 9 años | 2.439.842 | 2.075.471 | -364.371 | -14,93 |
| 10 a 14 años | 2.226.367 | 2.319.023 | 92.656 | 4,16 |
| 15 a 19 años | 2.165.262 | 2.359.206 | 193.943 | 8,96 |
| 20 a 24 años | 2.441.495 | 2.182.609 | -258.886 | -10,60 |
| 25 a 29 años | 2.896.322 | 2.083.180 | -813.142 | -28,07 |
| 30 a 34 años | 3.678.896 | 2.223.411 | -1.455.485 | -39,56 |
| 35 a 39 años | 4.072.841 | 2.560.063 | -1.512.778 | -37,14 |
| 40 a 44 años | 3.851.385 | 3.242.148 | -609.238 | -15,82 |
| 45 a 49 años | 3.666.909 | 3.645.242 | -21.667 | -0,59 |
| 50 a 54 años | 3.284.743 | 3.506.756 | 222.013 | 6,76 |
| 55 a 59 años | 2.795.078 | 3.358.690 | 563.612 | 20,16 |
| 60 a 64 años | 2.502.569 | 3.014.860 | 512.292 | 20,47 |
| 65 a 69 años | 2.269.534 | 2.560.596 | 291.062 | 12,82 |
| 70 a 74 años | 1.714.063 | 2.239.304 | 525.240 | 30,64 |
| 75 a 79 años | 1.726.300 | 1.919.420 | 193.119 | 11,19 |
| 80 a 84 años | 1.369.131 | 1.296.798 | -72.333 | -5,28 |
| 85 a 89 años | 791.521 | 1.018.345 | 226.824 | 28,66 |
| 90 a 94 años | 308.604 | 514.958 | 206.354 | 66,87 |
| 95 a 99 años | 71.207 | 145.302 | 74.095 | 104,05 |
| 100 y más años | 12.033 | 23.428 | 11.395 | 94,69 |

**FUENTE: INE (2013)**

En cuanto a las Comunidades más envejecidas, nos encontramos que, "las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 20% se encuentran Castilla y León, Galicia, Asturias y Aragón. Encontrándose Canarias, Baleares y Murcia entre las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 15%. En cambio, Andalucía, Cataluña y Madrid son las comunidades con más población de edad" (Abellán y Pujol, 2013: 3). Con todos estos datos nos encontramos, que la tasa de



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

dependencia[1], se elevaría en más de nueve puntos, desde el 51,0 actual hasta el 59,2% en 2023. Véase tabla 2.2

**TABLA 2.2: TASA DE DEPENDENCIA**

**Tasas de dependencia**

| Años | Mayores de 64 años (%) | Menores de 16 años (%) | Total (menores de 16 y mayores de 64 años) (%) |
|---|---|---|---|
| 2008 | 24,2 | 23,0 | 47,2 |
| 2009 | 24,5 | 23,2 | 47,7 |
| 2010 | 24,9 | 23,5 | 48,4 |
| 2011 | 25,5 | 23,8 | 49,3 |
| 2012 | 26,1 | 24,1 | 50,1 |
| 2013 | 26,7 | 24,3 | 51,0 |
| 2014 | 27,6 | 24,6 | 52,2 |
| 2015 | 28,4 | 24,9 | 53,3 |
| 2016 | 29,1 | 25,0 | 54,1 |
| 2017 | 29,8 | 25,0 | 54,8 |
| 2018 | 30,6 | 25,1 | 55,7 |
| 2019 | 31,4 | 25,0 | 56,5 |
| 2020 | 32,2 | 24,9 | 57,1 |
| 2021 | 33,1 | 24,6 | 57,7 |
| 2022 | 34,0 | 24,4 | 58,4 |
| 2023 | 35,1 | 24,1 | 59,2 |

Fuente: 2000-2013, Indicadores Demográficos Básicos; 2014-2.023, Proyección de Población a Corto Plazo.

**FUENTE: INE (2013)**

Dentro de los datos estadísticos globales sobre dependencia, se encuentra la enfermedad de Alzheimer, ya que se considera una enfermedad incapacitante. La OMS publicó en 2013, en su informe "Dementia: a Public Health Priority" ("Demencia: una Prioridad de la Salud Pública"). Que en países de ingresos altos y PIBM[2], la demencia es la causa principal de dependencia y discapacidad entre las personas mayores. Actualmente hay más de 35 millones de personas que viven con demencia, y un dato que destaca este informe, es que un nuevo caso de demencia se produce en algún lugar del mundo cada cuatro segundos, siendo la enfermedad de Alzheimer la forma más común de la demencia, y la que probablemente acapara entre un 60 y un 70% de los casos de demencia en el mundo.

## 2.2. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: APARICIÓN, TIPOS Y FASES.

El término demencia, se define como "síndrome que se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas de carácter o naturaleza orgánica y probablemente de etiología múltiple, integrado por múltiples enfermedades diferentes con un comportamiento o patrón común" (Ramos et al., 2007: 30).

[1] "Entendida como el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años" (INE, 2013:6).

[2] "Países de ingresos bajos y medianos" (OMS, 2013: vi).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Hasta hace pocos años se llamaba demencia senil a toda persona que padecía demencia a partir de los 65 años; ahora la demencia se subdivide en demencias de origen degenerativo, donde estarían las demencias degenerativas primarias, como la enfermedad de Alzheimer; y las demencias secundarias, tal y como se establece en el siguiente cuadro. Véase cuadro 2.1.

**CUADRO 2.1: CLASIFICACIÓN DEMENCIAS**

| Demencias de Origen Degenerativo | Demencias Secundarias |
|---|---|
| **Demencias degenerativas primarias**<br>- Enfermedad de Alzheimer.<br>- Demencia con cuerpos de Lewy.<br>- Degeneración frontotemporal.<br>- Demencia por priones.<br><br>**Enfermedades en las que la demencia puede formar parte del cuadro clínico.**<br>- Corea de Huntington.<br>- Degeneración corticobasal.<br>- Parálisis supranuclear progresiva.<br>- Enfermedad de Parkinson.<br>- Enfermedad de motoneurona.<br>- Atrofia multisistémica. | **Demencia Vascular**<br>• Isquémica.<br>- D. multiinfarto.<br>- D. por infarto estratégico.<br>- Estado lacunar.<br>- Leucoencefalopatía subcortical aterosclerótica.<br>- CADASIL, CARASIL<br>- Encefalopatía anóxico-isquémica.<br>• Hemorrágica.<br>Hematoma subdural crónico.<br>Hematoma cerebral.<br>Hemorragia subaracnoidea.<br>Angiopatía amiloide.<br>**Demencia por alteración dinámica del líquido cefalorraquídeo.**<br>**Demencia asociada a neoplasia.**<br>**Demencia de origen infeccioso.**<br>**Demencia de origen endocrino-metabólico o carencial.**<br>**Demencia por enfermedad desmielinizante.**<br>**Demencia por vasculitis y colagenosis.**<br>**Demencia por traumatismos.**<br>**Demencia asociada a enfermedades psiquiátricas.** |

**FUENTE: GOBIERNO DE CANARIAS (2011)**

Entre los tipos de demencia más frecuentes se encuentran la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy[3] y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal[4].

Centrándonos en la enfermedad de Alzheimer, la aparición de esta enfermedad surge en Alemania cuando, "Alois Alzheimer neurólogo y psiquiatra de reconocida valía, publicó en el año 1907 un caso de una mujer de 51 años cuyas facultades intelectuales habían desaparecido gradualmente en cuatro años (pérdida de memoria, desorientación, confusión, insomnio, depresión y alucinaciones). Convirtiéndose en el primer caso publicado, de lo que hoy conocemos como la enfermedad de Alzheimer" (Pascual y Barlés, 2000; 16).

El Alzheimer, antes desconocido por muchos, convive hoy y forma parte de un número importante de nuestros hogares. Es característico que cualquier tipo

[3] Esta demencia ocurre cuando se acumulan unas estructuras anormales, que se llaman cuerpos de Lewy, en ciertas áreas del cerebro. MedlinePlus (2014).

[4] Es el nombre que se le da a un grupo de demencias progresivas que afectan principalmente a la personalidad, al comportamiento y al habla de la persona. Dementia Care Central (2014).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

de enfermedad sea de pronto más conocida porque alguna persona "famosa" la sufre, aunque su existencia científica se conozca dese hace muchos años; ejemplos muy claros de este hecho son los de Rita Hayworth que fue diagnosticada de esta enfermedad en 1981, Ronald Reagan en 1994 y en nuestro país podemos mencionar a Adolfo Suarez, recientemente fallecido, Chillida o Pascual Maragall, que en 2007 daba una rueda de prensa para decir personalmente que tenía este trastorno. El mundo (2014).

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad degenerativa de las células cerebrales (las neuronas), de carácter progresivo y de origen, hoy todavía no conocido. El Alzheimer se definió en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), de la siguiente forma:

La enfermedad de Alzheimer consiste en una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia, por lo general, de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, 2 ó 3 años, pero en general es bastante más largo (OMS, 1992: 300).

Desde la perspectiva de Pascual y Barlés (1999) la característica de esta enfermedad, en líneas generales, es la desaparición funcional lenta e insidiosa de las neuronas cerebrales. Es decir, cuantas más neuronas dejan de funcionar, más evoluciona la enfermedad, con las consecuencias que eso provoca, refiriéndose a la ausencia progresiva de las funciones que asumía el cerebro.

La enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente a partir de los 80 años, aunque puede presentarse en personas más jóvenes, en edades comprendidas entre los 65 y 75 años, y excepcionalmente en edades que rondan los 50. Se la considera una demencia neurodegenerativa primaria, actualmente irreversible y progresiva, cuyo origen es solo parcialmente conocido, lo que hace que sea una de las enfermedades más investigadas a escala mundial.

Existen dos tipos de Alzheimer, OMS (1992).



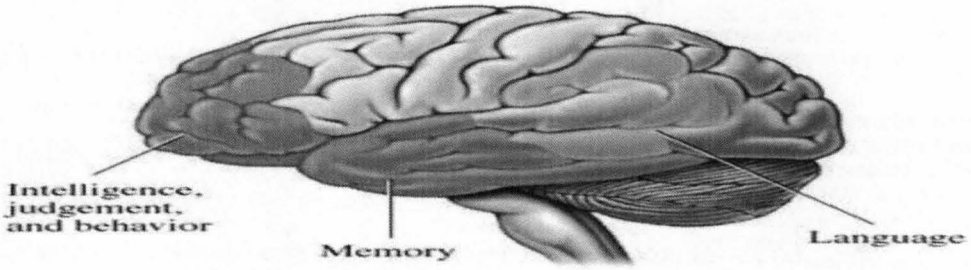
© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

-**El Alzheimer de aparición temprana**, los síntomas comienzan antes de los 65 años de edad, la evolución y deterioro es más o menos rápida y sufren trastornos múltiples y notorios de las funciones corticales superiores.

-**Y el Alzheimer de aparición tardía**, es la forma más común de la enfermedad; se presenta después de los 65 años de edad, habitualmente al final de la séptima década de la vida, o incluso puede ser más tarde y su progresión es lenta, siendo su principal característica, el deterioro de la memoria.

Las principales áreas de cerebro que se ven afectadas, son la memoria, la inteligencia y el lenguaje; los déficits cognitivos pueden afectar a cualquiera de las funciones cerebrales particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje[5], la atención, las habilidades visuoconstructivas, las praxias[6] y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas. Véase foto 2.1.

**FOTO 2.1: ÁREAS DEL CEREBRO AFECTADAS**




**FUENTE: HEALTH LIBRARY**

Según manifiesta Pascual y Barlés (1999), el curso de la enfermedad no es igual en todas las personas, el Alzhéimer puede avanzar más rápido en unas personas que en otras, aunque hay que puntualizar que la enfermedad va progresando de manera gradual, pasando por diferentes fases.

-**Fase 1. Leve o temprana.** El principal y fundamental síntoma que aparece es el de la afectación de la memoria, a menudo se pasa por alto el estado inicial de la enfermedad, que suele ser interpretado como parte normal del proceso de

[5] Afasia, perdida de la capacidad para producir o comprender el lenguaje (Elaboración propia).
[6] Incapacidad parcial o total de realizar movimientos voluntarios sin causa orgánica que lo impida (Elaboración propia).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

envejecimiento de la persona. Como el comienzo de la enfermedad es gradual, resulta difícil identificar exactamente su inicio.

**-Fase 2. Moderada o media.** La segunda fase del Alzheimer, suele aparecer entre el cuarto y quinto año de haberse iniciado la enfermedad. A medida que la enfermedad va progresando, los problemas se van haciendo más evidentes y la persona con Alzhéimer ya presenta dificultades en las actividades básicas de la vida diaria.

**-Fase 3. Grave o avanzada.** La afectación de la memoria en esta fase se sitúa en su grado más intenso. Los trastornos de memoria son muy serios y el deterioro físico de la enfermedad se hace muy evidente, esta etapa se caracteriza por una total dependencia e inactividad. Véase cuadro 2.2.

**CUADRO 2.2: FASES ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER**

| Fase temprana | Fase media | Fase avanzada |
|---|---|---|
| La fase temprana tiende a ser ignorada. Familiares y amigos (y a veces también profesionales) lo ven solo como "vejez", tan solo un componente normal del proceso de envejecimiento. Ya que el inicio de la enfermedad es gradual, es difícil saber con exactitud cuándo comienza.<br>• Se torna olvidadizo, especialmente con cosas que acaban de suceder.<br>• Puede tener dificultad en su comunicación, tal como para encontrar las palabras adecuadas.<br>• Se pierde en lugares que le son conocidos.<br>• Pierde la noción del tiempo, incluyendo hora del día, mes, año, estaciones.<br>• Puede tener dificultad en la toma de decisiones y el manejo de sus finanzas.<br>• Puede tener dificultad para realizar tareas complejas en el hogar.<br>• Ánimo y comportamiento:<br>- Puede tornarse menos activo y estar menos motivado, o perder el interés en sus actividades y pasatiempos.<br>- Puede mostrar cambios en el estado de ánimo, incluyendo depresión y ansiedad.<br>- En ciertas ocasiones, puede reaccionar de una manera inusualmente furiosa o agresiva. | A medida que la enfermedad avanza, los problemas se vuelven más obvios y limitantes.<br>• Se torna muy olvidadizo, especialmente sobre eventos recientes y nombres de personas.<br>• Puede tener dificultad para comprender el tiempo, fechas, lugares y eventos; podría perderse tanto en el hogar como en la comunidad.<br>• Puede aumentar su dificultad de comunicación (en el habla y la comprensión).<br>• Puede necesitar ayuda con el cuidado personal (v.g. aseo, bañarse y vestirse).<br>• No puede preparar la comida con éxito, ni limpiar o ir de compras.<br>• Es incapaz de vivir solo de manera segura, sin un apoyo considerable.<br>• Los cambios en el comportamiento pueden incluir: deambular, gritar, aferrarse, perturbaciones del sueño, alucinaciones (escuchar o ver cosas que no están ahí).<br>• Puede demostrar un comportamiento inapropiado en el hogar o la comunidad (v.g. desinhibición o agresión) | La fase final es de casi total dependencia e inactividad. Las alteraciones de la memoria son más serias y el lado físico de la enfermedad se torna más obvio.<br>• Usualmente no está al tanto de la fecha o el lugar donde se encuentra.<br>• Tiene dificultad para comprender lo que sucede a su alrededor.<br>• No reconoce a familiares, amigos u objetos conocidos.<br>• Tiene dificultad para comer sin ayuda, podría tener dificultad para tragar.<br>• Tiene una necesidad cada vez mayor de recibir asistencia para el autocuidado (v.g. aseo personal y bañarse).<br>• Puede sufrir de incontinencia renal e intestinal.<br>• Cambios en su movilidad: puede no ser capaz de caminar o estar confinado a una silla de ruedas o cama.<br>• Se pueden intensificar los cambios de comportamiento e incluir agresión hacia su cuidador(a), agitación no verbal (patear, golpear, gritar o gemir).<br>• Puede perderse dentro del hogar. |

**FUENTE: OMS (2013)**

El informe "Estado del Arte de la enfermedad de Alzheimer en España ", de PWC (2013), indica que la sospecha diagnóstica la realiza el médico de atención primaria y la confirmación del diagnóstico el médico especialista en geriatría, neurología y/o psiquiatría; estos, además, marcarán el tratamiento



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

farmacológico adecuado a los síntomas cognitivos y no cognitivos. El diagnóstico se realiza a través de diferentes pruebas y test[7]. Véase cuadro 2.3.

**CUADRO 2.3: DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

ANAMNESIS SOBRE ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES
- Antecedentes familiares de demencia.
- Antecedentes personales de traumatismos, infecciones y patología vascular.
- Tratamientos actuales.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL
- Fecha aproximada de inicio.
- Forma de instauración y/o progresión.
- Presencia o ausencia de síntomas asociados.

ESTUDIO ANALÍTICO RUTINARIO

Con hemograma completo, VSG, creatinina, glucemia, colesterol, GOT, GPT, GGT, proteínas totales, NA, K, Ca, función tiroidea (TSH), vitamina B12, ácido fólico.

EXPLORACIÓN FÍSICA Y NEUROLÓGICA. SE INCLUIRÁ, AL MENOS, EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA:
- Palpación tiroidea.
- Auscultación cardiaca y carotídea.
- Pulsos periféricos.
- Tensión arterial.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA MÍNIMA
- Nivel de conciencia.
- Alteración de la marcha y estática.
- Pares craneales y signos de focalidad sensitiva o motora periférica.
- Signos extrapiramidales.

VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE
- Al paciente: MEC de Lobo / Test del Reloj.
- Al informador: TIN abreviado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- Con otros procesos (depresión, delirium, fármacos, etc.)

PLAN DE CUIDADOS

**FUENTE: PwC .ESTADO DEL ARTE (2013)**

Una vez diagnosticada la enfermedad, se deben valorar los diferentes tratamientos existentes. En el año 2013, la Fundación Alzheimer España (en adelante FAE) destacaba que no hay tratamientos farmacológicos curativos pero sí paliativos farmacológicos y no farmacológico que aminoran la velocidad de progresión de la enfermedad del Alzheimer si el estadio es aún temprano. Las ventajas de estos tratamientos son claras: por un lado ofrecen al enfermo y a su familia un tiempo de respiro en la progresión de los síntomas, y por otro lado retrasan el ingreso del enfermo en una residencia.

Antes de la aparición de los medicamentos específicos, las intervenciones no farmacológicas eran la única posibilidad de ayudar al enfermo; nos referimos a la atención especializada de logopedas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc., con los objetivos de luchar contra los déficits de las funciones intelectuales, como pérdidas de memoria, desorientación,

[7] Mini examen cognoscitivo de Lobo y Test del Reloj (Junta de Catilla y León, 2003:77,78). Se adjunta en el anexo 1.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

dificultad para expresarse, etc., y de utilizar al máximo las funciones que todavía quedan activas, mejorando con ello la calidad de vida del enfermo y de su familia.

En la actualidad, los tratamientos no farmacológicos no han perdido su importancia, pero se sitúan como el segundo pilar del tratamiento, no pudiendo concebir un tratamiento farmacológico sin ellos.

En las fases leves de la enfermedad, según manifiesta la FAE (2013), la rehabilitación cognitiva tiene como principal objetivo proporcionar ayudas a la memorización frente a problemas concretos que se identifiquen con la ayuda del enfermo y de su cuidador. Con frecuencia, la rehabilitación se combina con otras técnicas, como pueden ser la reminiscencia del pasado, es decir los recuerdos del pasado, la relajación, la estimulación de la autoestima, etc.

En lo referente a los problemas de comunicación, especialmente cuando el enfermo tiene dificultades para expresarse, existen técnicas y herramientas más globales que intentan restablecer las posibilidades de comunicación usando para ello la comunicación no verbal. En este tipo de problemas es muy importante que participe el cuidador principal, porque es una pieza fundamental en el día a día de su familiar para realizar una estimulación efectiva.

Podemos decir, por tanto, que el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer es complejo y requiere un abordaje multidisciplinar (que involucra a médicos, geriatras, neurólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros, trabajadores sociales, familiares, etc.), e individualizado.

## 2.3. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN DATOS ESTADÍSTICOS.

De acuerdo a un estudio global del grupo Alzheimer's Disease International (2013), el número de personas con demencia senil en todo el mundo se triplicará en el año 2050. La entidad no gubernamental expone que 44 millones de personas viven actualmente con esa enfermedad, pero esa cifra aumentará a 135 millones para 2050, de ellos, 18 millones se encontrarán en Europa occidental.

Alzheimer's Disease International explica que un marcado aumento de la expectativa de vida provocará un incremento significativo de casos de



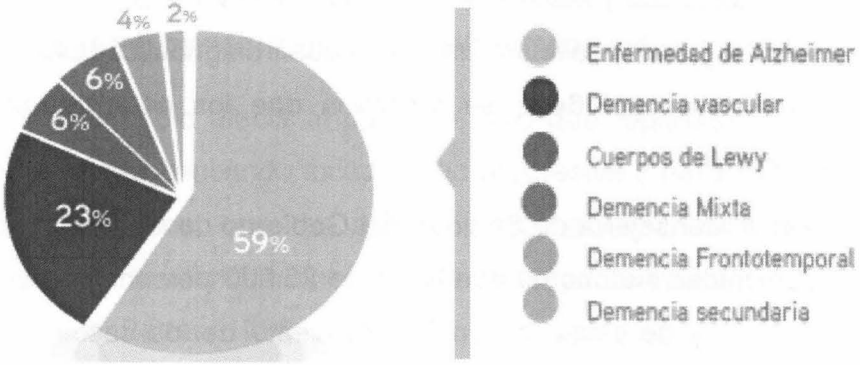
© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

demencia senil en países pobres y de ingresos medios, en especial en el Sudeste Asiático y en África. En la actualidad, el 38% de todos los casos de personas que padecen demencia se registran en países ricos. Pero esa tendencia cambiará significativamente para 2050, cuando el 71% de los pacientes serán de países pobres o de ingresos medios.

Desde la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias (en adelante CEAFA) explican que cada año se detectan en el mundo 4,6 millones de nuevos casos de Alzhéimer, o lo que es lo mismo, cada siete segundos una persona en el mundo es diagnosticada de dicha condición.

En España dentro de las demencias, "el Alzheimer es la más frecuente y aproximadamente el 59% de las demencias diagnosticadas son DTA (Demencia tipo Alzheimer), seguidas por las demencias vasculares, y mixta, demencia por cuerpos de Lewy y demencia frontotemporal" (PwC, 2013: 19). Véase gráfico 2.2.

**GRÁFICO 2.2: DEMENCIAS EN ESPAÑA**




**FUENTE: PwC. ESTADO DEL ARTE (2013)**

Según el informe Estado del Arte de la enfermedad de Alzheimer en España, elaborado por PwC (2013), en un alto porcentaje de los casos, la enfermedad de Alzheimer es diagnosticada a partir de los 60 años, por lo que la incidencia de la enfermedad de Alzheimer y de las demencias es mayor a edades más avanzadas; debido principalmente a que las mujeres presentan mayor esperanza de vida, pasados los 55 años tienen el doble de riesgo de padecer una demencia que los hombres.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Según la Sociedad Española de Neurología (en adelante SEN) se estima que en 2013 en España alrededor de unas 600.000 personas padecían la enfermedad de Alzheimer. A pesar de que el 18,5% de los pacientes que acudían a una consulta de Neurología lo hacían por alteraciones de memoria o sospecha de deterioro cognitivo, era la primera causa de consulta neurológica en mayores de 65 años. Encontrándose que el 35% de las consultas, aproximadamente entre un 30 y un 40% de los casos podrían, estar sin diagnosticar.

A este respecto se manifestaba la CEAFA (2013), indicando que en España el 60% de las personas que padecían Alzheimer estaban aún sin diagnosticar, debido en muchos casos a la falta de información de las familias que pensaban que las pérdidas de memoria eran parte normal del envejecimiento. En España según los últimos estudios de las Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer más de 170.000 personas sufre Alzheimer en fase leve y 360.000 Alzheimer en fase moderada.

En 2013 la proporción de demencias no diagnosticadas estaba fuertemente ligada a la gravedad y estado de desarrollo de las mismas: mientras que en los estadios más graves y evolucionados estaban diagnosticadas en un porcentaje mayor, alrededor del 64%, se estimaba que los estadios más leves solo llegaban al 5%.

Según la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, en el año 2008 en la Comunidad Autónoma alrededor de 25.000 personas padecía algún tipo de demencia, y de éstas, en un 75 por ciento de los casos se trataba de la enfermedad de Alzheimer, lo que equivalía a unas 18.750 personas. El informe Estado del Arte de la Enfermedad del Alzheimer en España, (2013) indica que la prevalencia[8]de casos de esta enfermedad se mantiene.

Con el objetivo de disminuir la incidencia de esta enfermedad en la población, según manifiesta SEN (2012), los expertos apuestan por tomar medidas preventivas como practicar ejercicios físicos y de entrenamiento cognitivo, seguir una alimentación adecuada y controlar correctamente los

[8] "Número de casos (tanto antiguos como recientes) de una determinada enfermedad que existen en una población" (Bautista Castaño, 2013:42).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

factores de riesgo vascular. El estilo de vida dirigido a cuidar los factores de riesgo vascular, estimular la actividad mental y fomentar la interacción social, favorece la formación de nuevas neuronas y nuevas conexiones; de esta forma, se contribuye a incrementar la reserva cerebral sobre la que se basa la capacidad del cerebro para defenderse de un proceso patológico como el Alzhéimer y permite retrasar la aparición de la enfermedad. Por tanto, este tipo de intervenciones podrían en un futuro reducir el número de casos.

Destacar que diferentes estudios afirman que el diagnóstico temprano de la enfermedad de Alzheimer en fase de demencia leve sigue siendo una herramienta fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Según el coordinador del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología, el doctor Pablo Martínez-Lage "No se trata de preocuparse si en un momento dado, no se recuerda un dato o se olvida lo que estaba haciendo o pensando, se debe acudir al médico cuando se detecten fallos reiterados en la memoria reciente. Acudir pronto al neurólogo es otra de las claves para poder tratar y, así, ralentizar esta demencia" (Martínez-Lage, 2012:2).

## 2.4. LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER.

El Alzheimer no sólo afecta al paciente, sino que repercute en todo su entorno; la demencia va causando incapacidad progresiva y hace necesario la presencia de un cuidador, que "es aquella persona que desde el primer momento se ocupa de la atención del paciente en mayor cantidad e intensidad de tiempo" (Pascual y Barlés, 1999: 85).

Según diferentes estudios, el rol de cuidador principal era asumido por el cónyuge del paciente, también de edad madura; se trataba de un perfil de mujer de entre 50-70 años, madre de familia y ama de casa, que residía con el enfermo y que dedicaba muchas horas del día a cuidarlo. Con el paso del tiempo, se está observando un nuevo perfil de cuidador, algo más joven que el cuidador clásico, que puede ser hija/o, nuera, o incluso nietos.

En el inicio de la enfermedad, concretamente en la fase leve de la enfermedad, cuidar en el domicilio a un enfermo puede ser una tarea difícil y



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

algunas veces hasta agobiante; cada día puede traer nuevos desafíos porque la persona encargada de proporcionar los cuidados tiene que enfrentarse a los cambios en el nivel de capacidad y a los nuevos patrones de conducta de la persona que tiene Alzheimer. Las personas que proporcionan cuidados, frecuentemente tienen ellas mismas mayor riesgo de desarrollar depresión y otras enfermedades, sobre todo si no reciben apoyo adecuado del resto de la familia, los amigos y la comunidad.

En este sentido es importante tener claro que, "Cuidar a un enfermo de Alzheimer es una carrera de fondo, pues aunque en ocasiones sólo se trata de un periodo de tiempo escaso, en otras se puede hablar de largos años de vida, que pueden afectar seriamente no sólo a la persona que cuida del enfermo dependiente, sino a sus hijos, a su marido y a su entorno social" (Nevado Rey, 2006: 79).

Entre los cuidadores principales suele aparecer el Síndrome del cuidador, conocido también como el síndrome de Bournout, que "se caracteriza por una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son agotamiento físico y/o psicológico" (Pascual y Barlés, 1999: 89). Los cuidadores pasan por una serie de fases en este síndrome pero, si nos centramos en la fase leve de la enfermedad de Alzheimer el cuidador principal o familiar suele encontrarse mayoritariamente en la fase de estrés laboral: donde no tiene prácticamente ningún tiempo libre propio, vive por y para el paciente las veinticuatro horas del día, no sabiendo donde acudir para solicitar algún tipo de ayuda.

Actualmente en España existen diferentes recursos donde los familiares pueden acudir o pedir información, como las aproximadamente trescientas asociaciones de familiares con enfermos de Alzheimer. Dichas asociaciones, son agrupaciones de personas unidas que voluntaria, libre y solidariamente se organizan para prestar apoyo a las personas afectadas y a sus familiares. En Gran Canaria hay dos asociaciones Alzheimer Canarias y AFA Las Palmas, se adjunta un resumen de los recursos en el anexo número 2.

El cuidador necesita ser cuidado y ayudado, por eso con frecuencia aparecen diferentes recursos y ayudas encaminadas a procurarle una mejor



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

calidad de vida, para que pueda seguir cuidando a su familiar enfermo. Es por ello que se considera necesario proporcionar a los enfermos y cuidadores principales herramientas para que puedan hacer frente a las situaciones de incomunicación que suelen acompañarles en las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer.

## 2.5. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA PARA LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER.

Según establece el Libro Blanco de Atención a las personas en situación de Dependencia (2004), los servicios y centros para toda la población mayor son los siguientes. Véase cuadro 2.4.

**CUADRO 2.4: SERVICIOS Y CENTROS**

| Servicios | Recursos |
|---|---|
| **-Servicios de atención primaria** | -Centros de Salud y Consultorios<br>-Centros de Servicios Sociales<br>-Centros de Atención a personas con discapacidad |
| **-Servicios de atención domiciliaria.** | -Asistencia sanitaria en el domicilio<br>-Hospitalización a domicilio<br>-Apoyo a la unidad de convivencia y ayuda a domicilio<br>- Teleasistencia |
| **-Servicios y/o centros de atención diurna** | -Hospital de Día<br>-Centro de Día<br>-Centros y servicios de respiro familiar. |
| **-Centros residenciales** | -Unidad de media estancia<br>-Unidad de larga estancia hospitalaria<br>-Centros residenciales |

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

De todos los recursos mencionados los pacientes de Alzheimer en fase leve, por sus características, utilizan sobre todo la Ayuda a Domicilio y los Centros de Día o de Estancia Diurna. Se puede definir la Ayuda a Domicilio como: "un servicio básico del sistema de servicios sociales que presta una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, doméstico y técnico a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno natural" (Libro Blanco de atención a las personas en situación de Dependencia, 2004: 245). Y un Centro de Día o de Estancia



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Diurna como: "un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas con diferentes grados de discapacidad, promoviendo la permanencia en su entorno habitual" (Libro Blanco de atención a las personas en situación de Dependencia, 2004: 245).

En el año 2012 el Gobierno de Canarias contaba con 18 Centros de día públicos y concertados con un total de 444 plazas. Se adjunta listado en el anexo número 3.

Por su lado en 2014 el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (en adelante IAS), dentro del área de mayores del Cabildo de Gran Canaria, cuenta con once Centros Sociosanitarios distribuidos por todo el territorio de la isla de Gran Canaria donde se ofrecen recursos Residenciales y Centros de Día, con un total de 329 plazas de centro de día. Todos estos recursos acogen a personas con diferentes tipos de demencias, entre ellas el Alzheimer en diferentes fases. Se adjunta listado en el anexo número 4.

Además de todos los recursos públicos existen plazas privadas: la asociación para familiares y enfermos Alzheimer Canarias que cuenta con dos centros de día y 108 usuarios, de los cuales 46 usuarios están diagnosticados de Alzheimer en fase leve y la Asociación Comarcal del Sureste de Familiares y Cuidadores de mayores dependientes, enfermos de Alzheimer y otras demencias (INAFA), atiende a 14 usuarios diagnosticados en fase leve o moderada de Alzheimer.

## 2.6. NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER.

La enfermedad de Alzheimer no solo afecta al enfermo, sino que cambia la vida de toda la familia. Dependiendo del grado de avance de la enfermedad, una persona puede ser consciente de sus actos y recordar hechos pasados sin ningún problema y a veces sufrir desorientación. En casos más extremos, el enfermo pierde la memoria en intervalos de tiempo sin ser consciente de sus hechos anteriores. El aumento constante del número de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, consecuencia lógica del progresivo envejecimiento de la población, ha motivado que las empresas dedicadas al



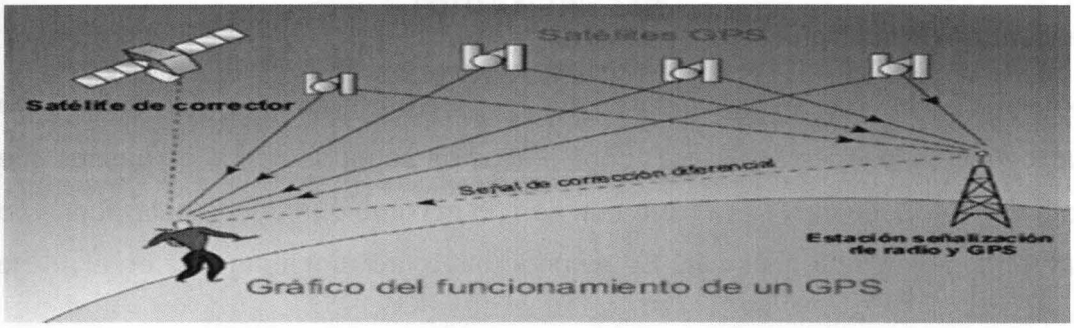
© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

sector de la telefonía apuesten por desarrollar herramientas concretas para este tipo de demencia.

Así, las personas que padecen esta enfermedad neurodegenerativa y sus cuidadores disponen de un gran número de aplicaciones cuya utilización permite, entre otras cosas, mejorar la autonomía del enfermo y proporcionar tranquilidad y seguridad a sus familiares; de hecho, cada vez se encuentra más generalizado el uso de dispositivos de localización GPS para todo tipo de móviles, así como los programas de estimulación cognitiva para enlentecer el avance de la enfermedad. A continuación, mostramos una recopilación de algunas ayudas técnicas[9] que ayudan al enfermo de Alzheimer en general y a sus cuidadores según la FAE (2013). Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5.

**-GPS.** Hoy en día, gracias a la avanzada tecnología del GPS (Global Positioning System: sistema de posicionamiento global), comúnmente utilizado como navegador vía satélite para la conducción, es posible supervisar a los enfermos de Alzheimer con total garantía en todo momento. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5. Véase foto 2.2.

**FOTO 2.2: LOCALIZADORES GPS**




**FUENTE: FAE**

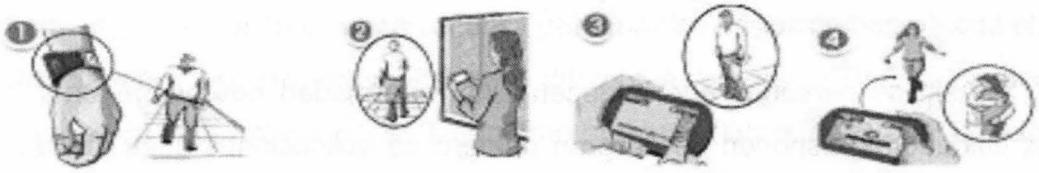
**-La Pulsera Keruve.** La pulsera Keruve es el producto más específico comercializado en España para la geolocalización de personas con Alzheimer. El receptor, pequeño y de muy fácil manejo, es móvil y permite al cuidador saber dónde está el enfermo de Alzheimer en todo momento. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5. Véase foto 2.3.

[9] Se refiere a todas las herramientas, sistemas o productos que se utilizan para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Accesible (2014).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**FOTO 2.3: PULSERA KERUVE**



**FUENTE: FAE**

**-Simap.** El Sistema Inteligente de Monitorización de Alertas Personales (Simap). Es un servicio que permite la localización de personas con Alzheimer o deterioro cognitivo, gracias a un programa de avisos. Previa validación, los familiares pueden acceder a la localización del terminal, conectándose telefónicamente con Cruz Roja o bien accediendo directamente a la plataforma Simap desde un móvil o por Internet. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5.

**-Móvil Táctil.** Según Simonsenior (2014), el teléfono móvil Doro Liberto 810 es ideal para principiantes que quieren disfrutar de un teléfono inteligente y todas sus aplicaciones, pero que a la vez les resulte fácil de manejar. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 10.

Según la FAE (2014), entre las diferentes aplicaciones para móviles nos encontramos las siguientes:

**-Tweri**. Es una aplicación para saber donde está la persona atendida. En la aplicación se pueden establecer unos límites de seguridad para los paseos que la persona pueda dar, basados en un tiempo máximo que puede estar fuera y/o un radio máximo de distancia. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5. Véase foto 2.4.

**FOTO 2.4: TWERI**

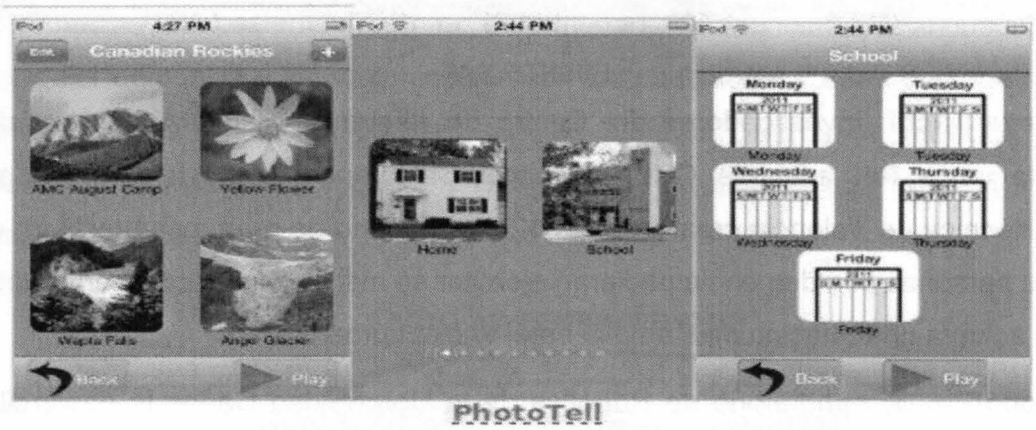
**FUENTE: FAE**



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-PhotoTell.** Que permite crear presentaciones de fotos sobre las que grabamos nuestra voz describiendo las imágenes o contando historias, muy útil para ayudar a recordar a personas con Alzheimer. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5. Véase foto 2.5.

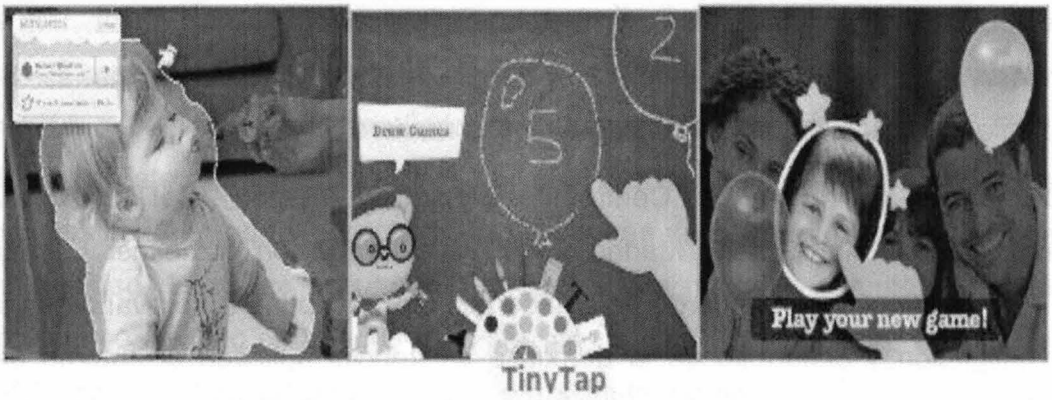
**FOTO 2.5: PHOTOTELL**




**FUENTE: FAE**

**-TinyTap.** Que se ayuda de fotografías para facilitar el recuerdo y ejercitar la memoria de los enfermos, mediante juegos con fotos sobre las que se pueden colocar preguntas. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5. Véase foto 2.6.

**FOTO 2.6: TINY TAP**



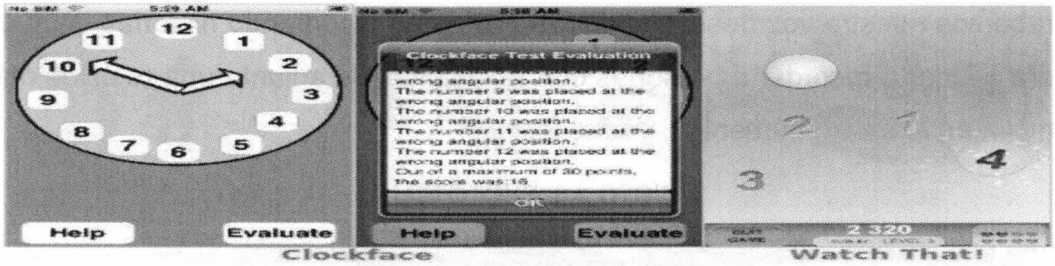

**FUENTE: FAE**

**-Clockface y Watch That!** Son ejemplos de aplicaciones para mejorar nuestras capacidades cognitivas y memotécnicas. Son herramientas para el móvil, que mejoran la retentiva de información y la concentración de los usuarios que la utilizan. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5. Véase foto 2.7.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**FOTO 2.7: CLOCKFACE Y WATCH THAT**




**FUENTE: FAE**

**-Mesa Táctil.** Investigadores del Centro de referencia Estatal Alzheimer de Salamanca (en adelante CRE Alzheimer Salamanca) y de la Universidad Politécnica de Valencia crearon en 2012 un prototipo de gran mesa táctil en el que personas con demencia pudieran ejercitar su mente e interactuar en grupo. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5.

**-Robótica.** El Laboratorio de Robótica de la Universidad Carlos III desarrolló hace años el robot Maggie, una plataforma experimental que está en continua evolución. Se usa para investigar la interacción humano-robot y en la búsqueda de nuevas aplicaciones de los robots sociales que ayuden a personas que no puedan valerse por sí mismas o padezcan pérdidas de memoria y orientación. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5.

- **Mis recuerdos".** Según INFOSALUS (2013), la empresa Indra ha desarrollado una aplicación para tabletas de Android y Apple que ayuda a conservar los recuerdos a enfermos de Alzhéimer y a personas ancianas. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5.

**-Domótica asistencial.** El Centro de Domótica Integral (CeDInt) de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM) y la Fundación Alzheimer España (FAE) han firmado un acuerdo de colaboración que supondrá un avance en la investigación y desarrollo de la domótica asistencial aplicada al entorno del Alzheimer: enfermos, cuidadores y hogares. Según la FAE (2012), la domótica asistencial, es el concepto de vivienda que integra sistemas de automatización y supervisión con objeto de aumentar los niveles de autonomía personal de los usuarios. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 5.

Si nos centramos en las aplicaciones que existen actualmente en el mercado que facilitan a los familiares conseguir una mejor comunicación con el



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

enfermo, nos encontramos según Alonso Sánchez (2013) un catálogo con numerosas Apps destinadas a enfermos de Alzheimer tanto gratuitas como de pago, Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 6.

Un ejemplo de estas aplicaciones según Google Play (2014) es **Remember First**. Es una herramienta fácil de usar que ayuda a mejorar la memoria a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, Parkinson, y cualquier demencia y su comunicación con los cuidadores y otras personas de su entorno, la aplicación está en uso en algunos centros de atención de Alzheimer en Malasia, Singapur y Hong Kong. Se adjunta una relación más amplia en el anexo número 7. Véase foto 2.8.

**FOTO 2.8: REMEMBER FIRST**

**FUENTE: GOOGLE PLAY**

## 2.7. MARCO NORMATIVO APLICADO AL CAMPO DE LA DEMENCIA.

**-Constitución española de 1978.** (BOE, 1978).

El artículo 14 indica: "*Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*" (BOE, 1978: 1). Este artículo consagra la obligación que tienen las Administraciones Públicas de velar por el derecho de las personas a ser tratadas en condiciones de igualdad. Entre las circunstancias de las que habla el artículo 14, ha de entenderse incluido el derecho a no ser discriminado por razón de edad, pues así lo reconoce la jurisprudencia y otros instrumentos jurídicos de los que España es parte.

La Carta Magna, en su artículo 15, recoge la obligación de las Administraciones de velar por la integridad de las personas mayores, fundamentalmente a través de la prevención de situaciones de violencia, abandono, maltrato, abuso, etc.: "*Todos tienen derecho a la vida y a la*



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

*integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes"* (BOE, 1978:1). Esta tarea es desarrollada especialmente a través de las tareas inspectoras que reconoce la ley a cada Administración y a través del Ministerio Fiscal.

Por último, el artículo 18.1 habla del derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen de las personas mayores. "*Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen*" (BOE, 1978:1).

**-Decreto 160/1997, de 11 de julio, por el que se delegan competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Cabildos Insulares en materia de gestión de Centros de Atención a Minusválidos y Tercera Edad de titularidad de la Comunidad Autónoma de Canarias y de administración de fondos públicos para la subvención de Servicios Sociales Especializados de cualquier otra titularidad.** (BOE, 1997).

Los artículos 1 y 6 de este decreto, inciden en el tema del mayor:

**Artículo 1.** Se delega en los Cabildos Insulares las competencias de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de gestión de Servicios Sociales Especializados de Centros de Tercera Edad y Minusválidos de titularidad propia y de la administración de los fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Canarias, dedicados a subvencionar los Servicios Sociales Especializados prestados por otros Centros, públicos o privados, de cualquier otra titularidad que se determinen ( BOE, 1997)

Se le transfiere a los Cabildos las competencias del área de mayores.

El artículo 6 hace referencia a las funciones de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias y del Cabildo Insular;

**Artículo 6**. *Son funciones concurrentes de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias y del Cabildo Insular correspondiente las siguientes:*

- *La financiación de obras mayores en los Centros.*
- *La elaboración de estudios y publicaciones sobre los Centros delegados.*
- *La elaboración de los programas de formación permanente y perfeccionamiento de los profesionales que desempeñen trabajos de atención en las áreas de Tercera Edad y Minusválidos.*



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

- *La elaboración de los planes y programas del ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.*
- *La promoción del conocimiento de los derechos de la Tercera Edad y Minusválidos y de las actuaciones y actividades que redunden en la formación integral de los mismos.*
- *La fase de evaluación y resolución de ingreso a Centros, al objeto de garantizar la atención a las necesidades en el territorio de la Comunidad Autónoma.* . (BOE, 1997)

**-Decreto 113/2002, de 9 de agosto, de traspaso de funciones de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Cabildos Insulares en materia de servicios sociales especializados a personas mayores, minusválidos y mujeres** (BOE, 2002:1).

**Artículo 2.** "Son funciones transferidas a los Cabildos Insulares en materia de asistencia social y servicios sociales, las siguientes:

1. La potestad de organización y prestación de los servicios de ámbito insular correspondientes a las áreas de personas mayores y minusválidas.

La citada potestad comprende la ejecución de las siguientes actuaciones:

a) Elaborar y aprobar directrices e instrucciones en las materias transferidas dentro del marco jurídico de la Comunidad Autónoma de Canarias.

b) Gestionar los servicios y centros de atención social de personas mayores y de personas con minusvalías.

[...]

d) Gestionar, en el ámbito insular, un Registro de Entidades, Centros y Servicios de Atención a Personas Mayores, sin perjuicio de la competencia de la Comunidad Autónoma de Canarias para gestionar el Registro de ámbito autonómico referido en el apartado anterior.

e) Aprobar, cuando se adecúen a la normativa en vigor, los Reglamentos de Régimen Interno de los centros y servicios de atención a personas mayores y minusválidas.

[...]

g) Concertar, con entidades públicas o privadas, la reserva y ocupación de plazas residenciales para personas mayores y para personas con minusvalía.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

h) Vigilar y exigir el cumplimiento de las condiciones y requisitos de los centros objeto de transferencia, sin perjuicio de la competencia de inspección y control, y de la potestad sancionadora que la continuará ostentando la Comunidad Autónoma de Canarias.

i) Tramitar, valorar y resolver las solicitudes de ingreso de usuarios a plazas en centros de atención social, propias o concertadas, de atención a las personas mayores y a personas con minusvalía, así como las peticiones de acceso temporal y estancias diurnas.

j) Gestionar, de forma propia o concertada, los programas de integración destinados a las personas mayores y a personas con minusvalía.

[...]

l) Ejecutar los Planes y Programas Autonómicos, en su ámbito territorial, con participación del Gobierno de Canarias en su financiación, tanto en las inversiones como en el mantenimiento, conforme a lo que se establezca en los correspondientes Convenios Sectoriales, sin perjuicio de la coordinación general que corresponderá al mismo.

m) Colaborar financieramente con los Ayuntamientos y entidades privadas sin ánimo de lucro en la gestión de servicios sociales especializados para mayores y minusválidos (BOE, 2002).

**-Ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia** (BOE, 2006).

**El Artículo 1. Objeto de la Ley.**

**1.** La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español (BOE, 2006:3).

**-Orden TAS/3775/2007, de 19 de diciembre, por la que se crea y regula el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Salamanca** (BOE, 2007).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, según señala el artículo 16, integra en la Red de Centros del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a los Centros de Referencia Estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia. Esta modalidad de centros se entiende como instrumentos de la Administración General del Estado para contribuir a la mejora de la calidad y eficacia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

**-Resolución de 10 de febrero de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Canarias, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010** (BOE, 2011).

## III. PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

### 3.1. JUSTIFICACIÓN.

La situación de partida que justifica este trabajo es el progresivo e imparable deterioro cognitivo que presentan los enfermos de Alzheimer a lo largo de las fases de la enfermedad, lo que se traduce, entre otros elementos, en la dificultad de comunicarse adecuadamente con su entorno. Esta dificultad de comunicación se convierte, desde la fase leve, en importante barrera para la comunicación y la relación de los enfermos con sus familiares y cuidadores, creando aún más aislamiento del enfermo con la realidad que le rodea.

Se considera imprescindible fomentar la comunicación, porque con demasiada frecuencia los cuidadores principales desconocen o llegan a olvidan que una gran parte de lo que le transmiten al enfermo no lo comprende, sino que lo ven o lo captan a través del lenguaje no verbal. Esa comunicación no verbal está compuesta por múltiples gestos que enfatizan o facilitan la comprensión y no se puede olvidar que a medida que se deteriora su estado,



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

ese lenguaje no verbal se va convirtiendo, paulatinamente, casi en la única manera de comunicarse con el enfermo.

La progresiva pérdida del lenguaje expresivo genera, tanto en el enfermo de Alzheimer como en el cuidador sentimientos dolorosos y ambivalentes, esa progresiva incapacidad coloca a las personas de su entorno en la necesidad de aprender unas nuevas formas, distintas y más apropiadas de dar y recibir mensajes. Es importante destacar que la falta de comunicación adecuada repercute negativamente en el curso de la enfermedad, tanto es así que una correcta relación con el familiar enfermo puede atenuar el miedo, la ansiedad, la indefensión e incertidumbre que los hace tan vulnerables.

Los primeros síntomas que se pueden observar en los enfermos en esta fase, corresponden al empobrecimiento de las expresiones y frases, existiendo una paulatina disminución de la iniciativa para hablar. "Por lo general el paciente es consciente de lo que le pasa y debido a eso procura que todos aquellos que le rodean (familia e incluso los compañeros del trabajo), no se den cuenta de lo que le pasa. Procura mantenerse al margen de comentarios, de participar en actividades con los demás; en definitiva, se autoexcluye" (Martin Duarte, et al.2008: 27).

Es por ello que el objetivo del Proyecto "Remember", será proporcionar a los enfermos y cuidadores una serie de herramientas para hacer frente a las situaciones de incomunicación que suelen acompañar a la enfermedad, diseñando, entre otras, una aplicación móvil para que todos mantengan unos niveles aceptables de autonomía y calidad de vida.

### 3.2. TITULO O DENOMINACIÓN.

Proyecto **"Remember"**

### 3.3. DESTINATARIOS.

El Proyecto **"Remember"** va dirigido a dos grupos de beneficiarios: los directos y los indirectos.

**A) Directos:** Los usuarios de los Centros de día, tanto públicos como privados, con Alzheimer en fase leve y sus familiares de la isla de Gran Canaria.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

El perfil de la población destinataria con la que se va a trabajar, es el siguiente: personas diagnosticadas con Alzheimer en la primera fase de la enfermedad con edades comprendidas entre los 52 y los 88 años. Y cuidadores principales de mediana edad con diferentes niveles culturales y cuyas edades oscilan entre los 25 y los 75 años.

El número de usuarios de los Centros de Día pertenecientes al Instituto de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo de Gran Canaria (en adelante IAS) es de 329 usuarios en la isla de Gran Canaria y de los Centros de día privados 60 usuarios.

**B) Indirectos.** Todos los familiares de los centros de día del IAS y de los centros privados. Ya que lo que se pretende con este proyecto, es mejorar la comunicación entre los usuarios, sus cuidadores principales y el personal de los Centros de Día.

El personal de los Centros del IAS y de los Centros privados, ya que al trabajar con los usuarios, la comunicación entre ellos mejorará.

Y la población en general, porque al trabajar la comunicación con los enfermos de Alzheimer en la primera fase de la enfermedad, esto se podrá utilizar para prevenir y diagnosticar a la población en general.

### 3.4. LOCALIZACIÓN FÍSICA:

**-Macrolocalización:** Este proyecto se llevará a cabo en la Isla de Gran Canaria. Véase foto 3.1

**FOTO 3.1: ISLA DE GRAN CANARIA**

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-Microlocalización:** Centros de Día pertenecientes al IAS del Cabildo de Gran Canaria, siendo la población que atiende, población mayor insular que tiene reconocido el grado de dependencia de bajo requerimiento y los Centros de Día privados de Alzheimer que atienden a usuarios en la primera fase de la enfermedad.

### 3.5. OBJETIVOS.

***-Objetivo General:***

**1.** Fomentar la comunicación de los enfermos de Alzheimer en la primera fase de la enfermedad con su entorno cercano: familiares o cuidadores.

**2.** Ayudar al enfermo de Alzheimer a mantener sus habilidades comunicativas básicas.

**-Objetivos Específicos:**

**1.1.** Diseñar una aplicación informática que facilite la comunicación entre los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores principales.

**1.2.** Dar a conocer todas las herramientas de comunicación para enfermos de Alzheimer existentes en el mercado.

**2.1.** Estimular y entrenar las habilidades comunicativas básicas para mantener el mayor grado de autonomía.

**2.2.** Familiarizar a los enfermos de Alzheimer con las nuevas tecnologías.

### 3.6. METAS.

**-Objetivo específico 1.1.** Diseñar una aplicación informática que facilite la comunicación entre los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores principales.

**Metas:**

-Diseñar la aplicación en el plazo máximo de un mes.

-Hacer un mínimo de 10 pruebas con la aplicación en el plazo de un mes.

-Depurar la aplicación en el plazo máximo de 15 días.

-Crear las herramientas de marketing de la aplicación (página web, díptico y cartelería) en el plazo máximo de un mes.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-Objetivo específico 1.2.** Dar a conocer todas las herramientas de comunicación para enfermos de Alzheimer existentes en el mercado.

**Metas:**

-Investigar todas las herramientas de comunicación existentes en el mercado en el plazo máximo de un mes.

-Preparar una charla informativa en el plazo máximo de 15 días.

-Crear las herramientas de marketing del proyecto en el plazo máximo de un mes.

-Presentar el proyecto en el 80% los recursos para mayores de la isla entre los meses tercero y octavo de ejecución del proyecto.

-Impartir 1 charla informativa sobre las herramientas de la comunicación en un mínimo de 20 centros.

-Lograr un mínimo de asistencia de 10 personas por charla.

-Lograr que el 80% de los participantes manifiesten haber conocido alguna herramienta útil.

**-Objetivo específico 2.1**. Estimular y entrenar las habilidades comunicativas básicas para mantener el mayor grado de autonomía.

**Metas:**

-Diseñar un taller de habilidades comunicativas en el plazo máximo de un mes.

-Impartir un taller de habilidades comunicativas de cuatro sesiones en un mínimo de 8 centros.

-Lograr un mínimo de asistencia de 10 personas por taller.

-Que al menos 5 usuarios de Alzheimer y sus familiares manifiesten mejoría en sus habilidades comunicativas.

**-Objetivo específico 2.2**. Familiarizar a los enfermos de Alzheimer con las nuevas tecnologías.

**Metas:**

-Diseñar un taller de informática y telefonía móvil en el plazo máximo de 15 días.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

- Impartir un taller de informática de cuatro sesiones en un mínimo de 8 centros.

-Lograr un mínimo de asistencia de 10 personas por taller.

-Que al menos 5 usuarios de Alzheimer y sus familiares sean capaces de comunicarse al finalizar el taller a través del correo electrónico, SMS y por WhatsApp[10].

### 3.7. METODOLOGÍA.

La metodología que se pretende seguir es, en primer lugar, a través de la participación activa de los enfermos y sus familiares o cuidadores en las charlas y talleres diseñados, teniendo en cuenta las limitaciones de cada uno.

La metodología que se va a utilizar en este proyecto será: el Modelo de Intervención Centrado en la Tarea que "recoge influencias del behaviorismo, en cuanto a la definición de objetivos concretos, el planteamiento de la intervención con contrato cliente-Trabajador Social y la brevedad temporal de la intervención" (Díaz Bolaños, et al., 2007:117).

Este modelo hace especial hincapié en el desarrollo de una serie de tareas prácticas para solucionar problemas específicos, se hace cargo de los problemas tal como llegan e intenta resolverlos de forma pragmática. Sus intervenciones son breves y está estructurado de forma que las acciones se plantean de antemano y se ajustan a pautas predeterminadas. Así mismo, existe un contrato entre el usuario y el Trabajador Social donde se especifican aquellas circunstancias en las que ambos intervienen.

Una de las cuestiones básicas de esta Metodología son los objetivos. La preocupación central de la intervención en este modelo es ayudar a los clientes a resolver sus propios problemas y facilitar el éxito en su resolución para mejorar su competencia social.

Este modelo posee diferentes fases metodológicas, según indica Díaz Bolaños, et al. (2007):

[10] Es una aplicación de mensajería instantánea por comunicación móvil, que se usa entre dos o más personas. WhatsApp (2014).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

- **Evaluación Inicial:** Se centrará en valorar los requisitos de la acción a realizar, es decir, en fomentar la comunicación con los enfermos de Alzheimer en la fase leve, los obstáculos para la misma y las restricciones que no puedan ser modificables.
- **Especificación del problema principal**: el problema principal es la dificultad de comunicación que comienzan a tener los enfermos de Alzheimer en la fase leve.
- **Redacción del contrato**: Esto supone que tanto el Trabajador Social como el usuario y sus familiares o cuidadores establecerán una serie de compromisos mutuos, sobre las actividades que se realicen, entrevistas individuales, talleres de entrenamiento en habilidades comunicativas, taller de informática. Siempre teniendo en cuenta las circunstancias especificas de cada individuo.
- **Planificación de las tareas**: Todas las tareas a desarrollar serán planificadas con anterioridad a su ejecución, pero se prevén estímulos con los usuarios para facilitar el cumplimiento de las tareas, se enseñarán y se repetirán, para tener éxito y se tendrán en cuenta las posibles dificultades que puedan surgir en la ejecución. Una vez planificadas las tareas, el usuario y sus familiares o cuidadores llevarán a cabo el plan y revisarán a nivel grupal con el Trabajador Social sus logros o fracasos.
- **Implantación de las tareas**: Las tareas a desarrollar serán las siguientes: diseño de la aplicación informática, creación de la página web, reuniones con los profesionales del proyecto, diseño y maquetación del díptico informativo, elaboración de una carta de presentación para los centros de mayores y familiares, contacto telefónico con los directores de los centros, información a los coordinadores de cada centro, elaboración del documento de autorizaciones de uso de imagen, contacto telefónico con los familiares, preparación y señalización del aula para las diferentes actividades, elaboración de hoja de seguimiento de asistencia, elaboración del cuestionario de satisfacción, desarrollar la publicidad



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

para dar visibilidad a la aplicación, tareas de mantenimiento de la aplicación, etc.

- **Terminación**: La Trabajadora Social, los diferentes especialistas que han intervenido en el proyecto (psicólogo, programador informático) y los cuidadores o familiares compararán los resultados obtenidos con los de la evaluación inicial, valorando los cambios producidos.

Según cita Díaz Bolaños, et al. (2007) las técnicas utilizadas en el modelo de Intervención Centrado en la Tarea y que se utilizarán son las siguientes:

- **Información.**
- **El consejo.**
- **Aprendizaje de conducta.**
- **Estimulación.**

Así, la metodología que se pretende seguir es, en primer lugar, a través de la participación activa de los enfermos y sus familiares o cuidadores en las charlas y talleres diseñados, teniendo en cuenta las limitaciones de cada uno.

Y en segundo lugar, con una metodología específica para la aplicación que se va a diseñar como herramienta para fomentar la comunicación de los enfermos de Alzheimer en la primera fase de la enfermedad con su entorno cercano: familiares o cuidadores.

La metodología para el diseño e implementación de la aplicación de comunicación se desarrolla por fases a continuación:

En la primera fase se hará la Planificación, esta fase constará de la especificación de los objetivos y la validación de dichos objetivos con asesores profesionales de distintas disciplinas, Neurólogos, Geriatras, Psicólogos y Trabajadores Sociales. Seguidamente se realizará la creación de historias de usuario, es decir, tareas específicas de cada una de las funcionalidades que tendrá tanto la App[11] como la web central (Mockups[12]) de control en cuanto a

[11] Es una aplicación informática, local o de Internet, que permite una interacción con la misma por parte del usuario que se la descarga. Que significa? (2013).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

usabilidad del usuario, así como de diseño. Así mismo, dentro de este apartado se incluirán escenarios específicos de uso de los diferentes usuarios y los diferentes bocetos concretos de cada una de las pantallas de la App y de la web central Para finalizar esta fase se priorizarán y organizarán las diferentes tareas en cuestión de la importancia y la carga de trabajo prevista.

En la segunda fase se realizará la Implementación: la ejecución de las tareas que se desarrollarán, según la prioridad y carga de trabajo acordadas. En segundo lugar se procederá al testeo[13] de cada una de las tareas realizadas tanto individualmente como en el conjunto de la aplicación por todas las partes implicadas.

En la tercera fase, se llevará a cabo la puesta en marcha de la App en modo de prueba y se hará la verificación de resultados; dentro de esta se realizará la puesta en marcha del sistema recapitulando datos y evaluando el resultado. Con esta metodología se define el diseño final de forma rápida, con la corrección de los diferentes problemas observados y la optimización de cualquier diseño o funcionalidad si así lo requiriese el sistema.

Es importante señalar en esta fase, a tener en cuenta que las fases 1, 2 y 3 podrán ser simultaneadas hasta que se consiga el resultado deseado.

Y la cuarta y última fase, será la Publicación de la App y web central de control para su inmediato uso.

Una vez los centros sociosanitarios indiquen su interés por participar en el proyecto, se irá trabajando con cada uno a razón de uno al mes. Para ello se hará un planning con cada centro para poner las fechas para las charlas informativas y los talleres a lo largo de un mes.

## 3.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Las técnicas que se van a utilizar serán las citadas por Díaz Bolaños, et al. (2007) y por Gutiérrez Ascanio y Hernández Delgado (2011):

[12] Se refiere a una maqueta o modelo a escala. Reverso (2014).

[13] Se trata de un proceso empleado para identificar la correctitud, completitud, seguridad y calidad en el desarrollo de un software para ordenadores. Alegsa.com (2014).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-Información:** con esta técnica se tratará de ofrecer datos, informaciones o conocimientos que sean necesarios a los usuarios y a sus cuidadores o familiares para poder lograr los objetivos propuestos.

**-El consejo:** Hace referencia a las recomendaciones y opiniones que el Trabajador Social da al usuario y a su cuidador o familia, y ofrece opciones o propuestas nuevas para el usuario. El Trabajador Social experto tenderá a evitar el consejo genérico y dará recomendaciones precisas en relación a cada actuación a desarrollar por el usuario.

**-Aprendizaje de conducta**. Técnica que se utilizará, en este caso, para facilitar el aprendizaje a través de ensayos de conducta y repeticiones para facilitar el aprendizaje y la realización de las mismas en la vida cotidiana del usuario.

**-Estimulación:** Esta técnica se utilizará para estimular al usuario, familiar o cuidador, dándole ánimos, mostrándole confianza en el logro que hayan obtenido, expresándole refuerzos y felicitándole a través de la comunicación verbal y no verbal.

**-El grupo de discusión:** Esta técnica de acción movilización, tiene por finalidad la compresión del pensamiento, posición afectiva y conducta de un grupo con respecto a un tema o aspecto de la realidad, mediante el análisis de su discurso. La discusión va de ser libre y participativa sobre el Alzheimer en sus fases iníciales, cuestiones que les preocupen y que guarde relación con sus mayores. Lo que se pretende con esta técnica es que el grupo de cuidadores y familiares exprese las dificultades que se encuentran en el día a día con sus mayores. Y que así observen que no están solos, que muchas familias presentan sus mismos problemas y necesidades.

**-La observación participante:** Es una de las técnicas de aplicación práctica al trabajo social, dicha técnica se realizará a lo largo de todo el proyecto y consistirá en la observación que efectuarán los profesionales, para conocer el nivel de participación de los usuarios en las diferentes actividades que se llevarán a cabo con ellos.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-Modelado:** Es otra de las técnicas que se utilizan en el entrenamiento en habilidades sociales. Y consiste en la representación por parte de un "modelo" (por ej., de la persona que dirige el entrenamiento en habilidades sociales) de los comportamientos (verbales y no verbales) que se están aprendiendo, en presencia de aquel que desea aprenderlos. Con esta técnica se persigue favorecer la emisión de conductas adecuadas a través de la observación de modelos que las realizan y reciben reforzamiento. De esta forma, el usuario observará las conductas deseables que posteriormente ensayará.

**-Retroalimentación:** Técnica de entrenamiento en habilidades sociales, que es parte inseparable del ensayo, suele realizarse inmediatamente después, o incluso de forma simultánea, ya que consiste en proporcionar información al usuario del grado de competencia que ha mostrado en la ejecución de las habilidades sociales para que este pueda perfeccionarlas. Se trata de indicar al usuario las cosas que ha hecho bien y, después, señalarle aquello que puede mejorar y cómo hacerlo.

**-Refuerzo positivo:** Técnica en entrenamiento en habilidades sociales, que nos permitirá recompensar al usuario por la realización de un comportamiento correcto que haya realizado, porque las consecuencias agradables que obtenemos al emitir una conducta son el medio más eficaz para adquirir la conducta y afianzarla en el usuario. En el ensayo de conducta se utilizan los refuerzos, por parte del educador o de los compañeros, donde los elogios suelen acompañarse de expresiones no verbales reforzantes (gestos, tono de voz, palmadas amistosas, etc.).

**-Aplicación de lo aprendido a la vida real:** Técnica en entrenamiento en habilidades sociales, considerada como una de las formas más recomendables de empezar a aplicar lo aprendido a la vida real, mediante la cumplimentación de las "tareas para casa". La investigación demuestra que los ejercicios y tareas realizadas entre sesiones son imprescindibles para maximizar y consolidar los aprendizajes del entrenamiento en habilidades sociales.

Los instrumentos de comunicación que vamos a utilizar serán:



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-Carta firmada a los centros de mayores y familiares.** Para la presentación del proyecto.

**-Díptico:** Díptico con carácter informativo sobre las actividades que vamos a desarrollar en los diferentes Centros de Día de la Isla de Gran Canaria.

**-Cartel:** Cartel que capte la atención de las familias y logre motivarlas hacia la dirección del Proyecto, "**Remember**".

**-Díptico de la App:** Díptico con carácter informativo sobre la App.

**-Cartel de la App:** Cartel que capte la atención de las familias y logre motivarlas para que conozcan la App.

Y los instrumentos de trabajo que se van a utilizar serán:

-**Encuesta evaluativa.** Se adjunta en el anexo número 12.

**-Charlas informativas.**

**-Actividades de Entrenamiento en habilidades sociales.**

**-Presentación en PowerPoint.**

**-Dinámicas de grupos.**

**-Hoja de seguimiento de asistencias:** Se adjunta en el anexo número 11.

### 3.9. ACTIVIDADES.

Con las actividades lo que se pretende es alcanzar los objetivos y las metas propuestas en este proyecto; las actividades del proyecto serán las siguientes:

**-Act. 1. Diseño aplicación informática.**

Esta actividad consistirá en diseñar la aplicación informática a escala real para su posterior demostración y promoción.

Tal y como se explica en el apartado de metodología, el diseño de la aplicación será implementado en tres fases: En la primera fase participarán la trabajadora social y el informático, y se consultarán a todos los profesionales sociosanitarios necesarios, quienes trabajando conjuntamente crearán un esquema de la aplicación, para que posteriormente el informático pueda desarrollarlo en la segunda fase.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Una vez creada la aplicación se realizará la tercera fase, puesta en marcha en modo prueba y verificación, realizando una comprobación del sistema con un número mínimo de 10 personas, quienes evaluarán: el contenido, el diseño, la usabilidad, el manejo, etc.

El informático depurará la aplicación y se convertirá en una aplicación lista para su uso.

**-Act. 2. Creación de herramientas de marketing de la aplicación informática.**

Esta actividad se llevará a cabo al principio del proyecto y una vez diseñada la aplicación, se dará a conocer la aplicación y el proyecto.

Se creará una página web donde se publicite la aplicación informática, un díptico informativo y cartelería publicitaria.

**-Act. 3. Reuniones con los diferentes profesionales del proyecto.**

Se realizará una reunión de coordinación periódica, quincenal, entre el equipo interdisciplinar para realizar el seguimiento de las actividades del proyecto.

**-Act. 4. Diseño y maquetación herramientas de la App del proyecto.**

Con esta actividad, lo que se pretende es realizar el diseño del díptico informativo del proyecto Remember entre todos los profesionales participantes en el proyecto, para su posterior maquetación y entrega a los centros sociosanitarios, familiares y enfermos.

**-Act. 5. Reuniones con los directores de recursos de mayores.**

La trabajadora social contactará vía telefónica con todos los centros sociosanitarios de la isla, y concertará entrevistas con los directores para dar a conocer el proyecto, con la entrega del díptico, y saber si hay enfermos de Alzheimer en fase leve que puedan ser beneficiarios del proyecto.

También se contactará con las asociaciones de mayores y centros de atención diurna de la isla para ofertar la misma charla informativa que a los familiares de los enfermos de fase leve con el objetivo de informar a aquellas



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

personas que puedan tener en su entorno cercano algún enfermo de Alzheimer que no esté utilizando el recurso de centro de día.

El día de las entrevistas se entregarán dípticos y cartelería del proyecto y de la aplicación informática.

**-Act. 6. Información a los coordinadores de cada Centro.**

Con esta actividad, lo que se persigue es informar del proyecto a los coordinadores de los Centros donde se va a realizar el proyecto, para que lo conozcan y estén al tanto de su posterior desarrollo. En aquellos centros que han manifestado interés en el proyecto se programará una reunión con los coordinadores para presentarles el proyecto y seleccionar a los participantes.

**-Act. 7. Contacto telefónico con los familiares.**

Con esta actividad lo que se busca es tener un primer contacto con los familiares de los usuarios de los centros que puedan participar en el proyecto, para que entiendan que ellos son muy importantes en este proyecto y se les emplazará a una charla informativa y/o a una entrevista individual con su familiar enfermo.

**-Act. 8. Charla informativa a familiares del proyecto y mayores de la isla.**

La trabajadora social convocará a los familiares de todas las personas en fase leve de Alzheimer de cada centro sociosanitario a una charla informativa, que se realizará con el apoyo de un PowerPoint con los siguientes puntos: justificación del proyecto, los objetivos que persigue y las actividades que se llevarán a cabo durante la realización del mismo.

Se hará entrega del díptico del proyecto y se pedirá su participación en el proyecto y su colaboración en las tareas para casa que se marquen a los usuarios. Aquellas personas interesadas en participar en el proyecto se apuntarán en un listado y se contactará con ellas para una entrevista individual junto con su familiar.

Las charlas se realizarán en el aula multifuncional de cada centro, con las personas inscritas y su duración será de 60 minutos.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Con carácter previo a las charlas informativas se realizarán las siguientes tareas:

-Elaboración de documento de autorización de uso de la imagen de los usuarios: según la Ley de protección de datos (BOE, 1999), hay que tener autorización para la difusión de fotografías de las actividades realizadas, por lo que se hace necesaria la firma de autorización de imagen de los usuarios, para su posible difusión en algún medio visual. Se preparará un documento que posteriormente pasará la trabajadora social a todos los participantes durante la realización de las entrevistas individuales.

-Preparación y señalización del aula donde se va a llevar a cabo la actividad en cada centro. Se realizará una visita a las instalaciones de cada centro sociosanitario, para saber los medios que se disponen para la ejecución de las charlas y talleres, y poder preparar con antelación el material a utilizar en cada actividad.

**-Act. 9. Entrevistas individuales.**

Con esta actividad lo que se persigue es conocer a cada usuario, a sus cuidadores o familiares, para informarles del proyecto que se va a llevar a cabo y pedir su colaboración. En esta entrevista se realizará una ficha y se firmará la autorización de imágenes.

También se mantendrán entrevistas de seguimiento a lo largo del proyecto, para informar y asesorar a las familias sobre los dispositivos más adecuados a su familiar.

**-Act. 10. Charla de difusión de las diferentes aplicaciones existentes en el mercado.**

Con esta charla lo que se busca es que los familiares conozcan las diferentes aplicaciones que existen actualmente en el mercado para enfermos de Alzheimer. Se realizará en el aula multifuncional de cada centro, con las personas inscritas y su duración será de 60 minutos.

Las charlas serán impartidas tanto en los centros sociosanitarios como en las asociaciones de mayores y centros de atención diurna para mayores y se realizarán tantas como sean solicitadas.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

La charla dará comienzo con una lluvia de ideas sobre lo que es una App, para posteriormente hacer una exposición oral con el apoyo de una presentación en PowerPoint con los siguientes puntos:

-Qué es el Alzheimer, fases y características.

-Explicación de lo que es una aplicación y para qué sirve. Apps de pago y gratuitas.

-Utilización de las Apps en los móviles y Tablet.

-Se mostrarán los últimos avances tecnológicos para familiares y enfermos.

- Presentación de tu App.

Una vez concluida la presentación, se finalizará la charla con una ronda de preguntas sobre la utilidad de estos recursos para sus familiares en fase leve de Alzheimer y la mejora de su calidad de vida.

**-Act. 11. Taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para enfermos de Alzheimer.**

Con esta actividad lo que se persigue es: favorecer las relaciones interpersonales que implican afecto y ayuda emocional (sentirse querido, intimidad, confianza, disponibilidad), capacitar a los usuarios para que desarrollen respuestas sociales que aumente el refuerzo positivo (consecuencias agradables o deseables), reducir y eliminar respuestas de ansiedad en situaciones sociales (refuerzo negativo) y aprender habilidades asertivas e incrementar la autoestima. Se les reforzará después de cada sesión y se mandarán tareas para casa de aplicación de lo aprendido a la vida real.

El taller constará de 4 sesiones, una semanal durante un mes, y se realizarán en cada centro tantos talleres como sea necesario, según el número de participantes inscritos. Se adjunta una amplia descripción de la actividad en el anexo número 8.

**-Act. 12. Taller de informática y telefonía móvil para enfermos de Alzheimer.**

Lo que se pretende con esta actividad es que los usuarios conozcan y aprendan a desenvolverse con las nuevas tecnologías, enseñándoles a utilizar



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

el teléfono móvil o la Tablet para que se puedan comunicar con sus cuidadores o familiares. Se les reforzará después de cada sesión y se les entregará por escrito tareas para casa de lo aprendido para realizarlas él y su familiar.

En cada sesión el familiar o cuidador realizará una grabación en video de su enfermo, donde este último explicará el funcionamiento de la aplicación que conoce. Y en la última sesión se pondrán los vídeos de cada enfermo, y se le dará a cada uno la grabación para su casa.

El taller constará de 4 sesiones, una semanal durante un mes, y se realizarán en cada centro tantos talleres como sean necesarios, según el número de participantes inscritos. Se adjunta una amplia descripción de la actividad en el anexo número 9.

## 3.10. PROGRAMACIÓN.

El proyecto se desarrollará en el plazo de un año, durante el año natural de enero a diciembre de 2015.

## 3.11. CALENDARIZACIÓN.

Representación gráfica de las actividades programadas de enero a diciembre de 2015.

**Gráfico de Gantt**

| AÑO | | 2015 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MES | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Act.1. Diseño aplicación informática. | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |
| Act.2. Creación de herramientas de marketing de la aplicación informática | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |
| Act. 3. Reuniones con los diferentes profesionales del proyecto. | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |
| Act.4. Diseño y maquetación herramientas de la aplicación del proyecto. | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Act. 5. Reuniones con los directores de recursos de mayores.** | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |
| **Act.6. Información a los coordinadores de cada centro.** | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |
| **Act.7. Contacto telefónico con los familiares.** | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |
| **Act. 8. Charla informativa a familiares del proyecto y mayores de la isla.** | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |
| **Act.9. Entrevistas individuales.** | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |
| **Act.10. Charla de difusión diferentes aplicaciones en el mercado.** | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |
| **Act.11. Taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para enfermos de Alzheimer** | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |
| **Act.12. Act.14. Taller de informática y telefonía móvil para enfermos de Alzheimer** | P | | | | | | | | | | | | |
| | E | | | | | | | | | | | | |

Leyenda: Previsto ■ Ejecutado ■

## 3.12. RECURSOS.

**Recursos humanos:**

- Programador Informático.
- Trabajadora Social.
- Psicólogo.

**-Recursos materiales:**

- 3 Ordenadores personales.
- Impresora.
- Material de oficina (folios, grapadora, grapas, bolígrafos, etc.)
- 3 Teléfonos móviles con conexión a internet
- Bonos de guagua.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

- **10 Tablet IPAD AIR** para el taller de informática y telefonía móvil, sus características son las siguientes: Pantalla de 9,7, resolución de 2048x1536 píxeles, peso 469 gramos, procesador chip A7 DE 1. 4 GHz con coprocesador de movimiento M7, RAM de 1GB, batería de 32,4 vatios/hora 10 horas de vida, cámara de 5Mpx, internet WI-FI, WI-FI+3G/4G, Sistema operativo iOS 7. Se adjunta un amplio resumen de esta Tablet en el anexo número 10.
- **10 Móviles Doro Liberto 810** para el taller de informática y telefonía móvil, sus características son las siguientes: Pantalla a color, resolución 800 píxeles, tamaño de la pantalla 53x 87, pantalla táctil, Tamaño del móvil 126 x 66 x 12.5, batería para 11 horas, bluetooth, GPS, Wi-Fi, sistema operativo Android 4.1, SMS, cámara 5 Mpx. Se adjunta un resumen de este móvil en el anexo número 10.

**-Recursos Institucionales:**

- Los Centros de mayores de Instituto de Atención Social y Sociosanitario del Cabildo de Gran Canaria (IAS).
- Centros de mayores del Gobierno de Canarias.
- Centros Privados de mayores.
- Asociaciones de mayores.

## 3.13. PRESUPUESTO.

### 3.13.1. Gastos.

| RECURSOS HUMANOS | | |
|---|---|---|
| **PERSONAL** | **JORNADA** | **CUANTIA ANUAL (Salario base)[14]** |
| Programador Informático | 3 meses jornada completa y 9 meses media jornada | 10.833.75€ |
| Graduada en Trabajo Social | 12 meses a jornada completa | 17.334€ |
| Psicólogo | 8 meses media jornada | 5.778€ |
| **TOTAL 3** | | **33.945.75€** |
| **RECURSOS MATERIALES** | | |

[14] V Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía. BOE (2011).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| NO FUNGIBLES | COMPRA | ALQUILER | CESIÓN | CUANTÍA |
|---|---|---|---|---|
| Mobiliario de sala (mesa, sillas, estanterías, etc.) | | | X | 0€ |
| Material informático y visual (ordenadores, impresora, proyector, cámara fotográfica, etc.) | | | X | 0€ |
| 1 Central[15], 10 Móviles, 10 Tablet. | X | | | 7000€ |
| **Subtotal** | | | | 7000€ |
| **FUNGIBLES** | **COMPRA** | **ALQUILER** | **CESIÓN** | **CUANTÍA** |
| Material de oficina (folios, grapadora, grapas, bolígrafos, etc.) y edición folleto publicitario. | X | | | 100 € |
| Material informático (cd's, toner, etc.) | X | | | 370€ |
| **Subtotal:** | | | | 4.70€ |
| **OTROS** | **COMPRA** | **ALQUILER** | **CESIÓN** | **CUANTÍA** |
| Infraestructura (Local) | | | x | 0 € |
| Transporte | | x | | 2.880 € |
| Servicios Exteriores:<br>- Teléfono/Internet<br>- Seguros<br>- Asesoría | x | | | <br>1000 €<br>1000€<br>1.440€ |
| **Subtotal** | | | | 4.520 € |
| **Total** | | | | 45.935.45€ |
| **Imprevistos** | | | | |
| (5%) del total | | | | 2.296.77€ |
| **TOTAL** | | | | 48.232.22€ |

### 3.13.2. Ingresos.

El proyecto se pretende sufragar a través de varias líneas económicas:

- Subvenciones de administraciones públicas o privadas.

- Venta de la aplicación informática.

## 3.14. DISEÑO DE EVALUACIÓN.

[15] "Es el control central web de la aplicación" (Elaboración propia).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

"Evaluar es comparar en un instante determinado, lo que se ha alcanzado mediante una acción con lo que se debería de haber alcanzado de acuerdo a una programación previa" (Díaz Bolaños, et al., 2007: 119). La evaluación es un proceso que transcurre en forma paralela y complementaria al proceso de planificación, desde el momento que se describe la situación inicial objeto del proyecto.

La evaluación es necesaria en todo diseño del proyecto, para confirmar o rechazar las hipótesis planteadas y para mejorar la intervención, introduciendo medidas de corrección, modificación de las estrategias de desarrollo y precisar los puntos débiles que ponen en peligro la obtención final de los objetivos o metas. "También la evaluación sirve para conocer el grado de éxito o fracaso de las acciones realizadas" (Díaz Bolaños, et al., 2007: 122), y para finalizar la evaluación ofrece una progresiva mejora del proyecto y de sus resultados.

### 3.14.1. Objetivos de la evaluación.

El objetivo de la evaluación, consiste en valorar si las metas propuestas, se han alcanzado o no y, por tanto si con ello se han conseguido los objetivos específicos y los objetivos generales.

Para ello se debe tener en cuenta cuatro aspectos diferentes, Díaz Bolaños, et al. (2007).

- **La pertinencia o propiedad:** la capacidad del proyecto para aplicarse y resolver la situación problema.
- **Idoneidad o suficiencia**: la capacidad que tiene el proyecto de hacer coherentes las actividades y tareas con las metas y objetivos propuestos.
- **Efectividad o eficacia:** el grado en que se han conseguido las metas y objetivos propuestos.
- **Eficiencia o rendimiento:** trata de establecer los esfuerzos o recursos empleados y los resultados obtenidos.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

El diseño de evaluación que se llevará a cabo sirve para comparar los resultados que se hayan obtenido con respecto a las acciones programadas.

### 3.14.2. Modelo de Evaluación.

El modelo de evaluación elegido es el Modelo Simple o no experimental, citado por Díaz Bolaños, et al. (2007), concretamente el únicamente después, que proporciona una visión preliminar de la eficacia del proyecto. Observando la realidad existente se ha decidido utilizar un modelo más específico dentro del modelo mencionado, el modelo antes-después, pues dicho modelo permitirá analizar, comparar, contrastar los resultados y obtener las conclusiones, antes de que se ejecute el proyecto y una vez finalizado el mismo.

### 3.14.3. Momentos de los cortes evaluativos.

Una vez finalizado el proyecto se hará una evaluación final y global de la ejecución, para conocer los logros y dificultades que se han sucedido durante todo el proyecto.

### 3.14.4. Personas que llevaran a cabo la evaluación.

La evaluación se llevará a cabo por la Trabajadora Social, el programador informático y el Psicólogo, que son los que ejecutarán el Proyecto "**Remember**".

### 3.14.5. Técnicas e instrumentos de evaluación.

La técnica principal que se utilizará será la observación participante de los usuarios y familiares, en relación a sus actitudes para la participación en las diferentes actividades realizadas en el proyecto: entrevistas individuales, charlas informativas, taller de habilidades comunicativas y el taller de informática y telefonía móvil.

Los instrumentos que se utilizarán son:

- **Hoja de seguimiento de asistencia:** recogiendo todas las acciones que se realizan con los enfermos y sus familias. La información se recogerá de una manera sintética. Se adjunta modelo en el anexo nº11.
- **Cuestionario de satisfacción:** tiene como finalidad conocer el grado de satisfacción de los enfermos y sus familiares participantes en los talleres;



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

será respondido de manera presencial, por un público objetivo ante un servicio ofrecido en el centro. Se adjunta modelo en el anexo nº 12.

### 3.14.6. Criterios de evaluación.

Es necesario medir, analizar y evaluar aquellos elementos que proporcionan información que posibilite la comparación entre lo previsto y lo alcanzado gracias a la ejecución.

*3.14.6.1. Evaluación del diseño del proyecto.*

Para ello se consideran las siguientes preguntas:

**Prioridades, valores y objetivos.**

¿Son claros los objetivos propuestos?

¿Es coherente el proyecto con los objetivos que se pretenden alcanzar?

¿El proyecto responde a las características de la población a la que va dirigida?

¿Se han cumplido los objetivos?

*3.14.6.2. Evaluación de implementación.*

**Actividades del proyecto.**

¿Se han desarrollado las actividades previstas?

¿Las actividades elegidas han sido las adecuadas para la consecución de objetivos?

¿Se tuvieron que modificar, suspender o incorporar actividades?

¿Qué dificultades se han presentado durante la realización de las actividades?

**Organización de recursos.**

¿Se han alcanzado los objetivos en el tiempo previsto?

¿Han sido suficientes los recursos utilizados para los objetivos?

**Técnicas e instrumentos utilizados.**

¿Ha sido correcta la metodología utilizada?

¿Ha sida necesaria flexibilizar la metodología en base a alcanzar los objetivos previstos?



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

¿Se han utilizado todas las técnicas e instrumentos previstos?

¿Se ha utilizado alguna técnica o instrumento no incluido en la planificación?

**Participación.**

¿La participación de los centros sociosanitarios ha sido la esperada?

¿La participación de los enfermos y familiares ha sido la esperada?

¿Influye los días escogidos para una mayor o menor participación?

**Aprendizaje.**

¿Con este proyecto se logró que los enfermos y familiares se comunicaran más y/o mejor?

**El papel del profesional.**

¿Cuáles han sido sus principales dificultades?

¿Cuáles han sido sus principales logros?

¿Supieron solventar las dificultades?

¿Conocían todos los recursos disponibles?

¿Supieron crear un ambiente de confianza para que los familiares y usuarios se sintieran cómodos y motivados para poder decir sus inquietudes y necesidades?

¿El equipo se coordinó para el diseño y ejecución de las actividades previstas?

*3.14.6.3. Evaluación de la ejecución.*

**Definición del problema.**

¿Se conocía realmente el problema principal?

¿Se comprende el problema en toda su magnitud?

**Tomas de decisiones y negociaciones.**

¿Cómo se han tomado las decisiones para la elaboración del proyecto?

¿Quiénes han participado en la toma de decisiones del proyecto?

¿Cómo se han solventado las dificultades encontradas durante el transcurso del proyecto?



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

*3.14.6.4. Evaluación de resultados.*

**- Objetivo específico 1.1.**

Diseñar una aplicación informática que facilite la comunicación entre los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores principales.

**-Meta:** diseñar la aplicación en el plazo máximo de un mes.

**Variable:** número de aplicaciones creadas.

| | |
|---|---|
| Número de aplicaciones creadas | 2: meta por encima de lo previsto |
| | 1: meta prevista |
| | 0: meta por debajo de lo previsto |

**Variable:** tiempo.

| | |
|---|---|
| Aplicación creada en un mes | - 1 mes: meta superior a la prevista |
| | 1 mes: meta superada |
| | +1 mes meta: por debajo de lo previsto |

**-Meta:** depurar la aplicación en el plazo máximo de 15 días.

**Variable:** aplicación mejorada.

| | |
|---|---|
| Aplicación mejorada | si: meta conseguida |
| | no: meta no conseguida |

**Variable:** tiempo.

| | |
|---|---|
| Depuración hecha en 15 días | -15 días: por encima de lo previsto |
| | 15 días: meta superada |
| | +15 días: por debajo de lo previsto |

**-Meta:** crear las herramientas de marketing de la aplicación (página Web, díptico y cartelería) en el plazo máximo de dos meses.

**Variable:** creación de una página web, un díptico y un cartel.

| | |
|---|---|
| Creación de una página web, un díptico y un cartel de la aplicación | + de 3 elementos: meta por encima de lo previsto |
| | 3 elementos: meta conseguida |
| | -3 elementos: meta por debajo de lo previsto |

**Variable:** tiempo.

| | |
|---|---|
| | - 2 meses: meta superior a la prevista |



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | |
|---|---|
| Creación del marketing en dos meses | 2 meses: meta superada |
| | +2 meses meta: por debajo de lo previsto |

**-Objetivo específico 1.2.**

Dar a conocer todas las herramientas de comunicación existentes en el mercado.

**-Metas:** investigar todas las herramientas de comunicación existentes en el mercado en el plazo máximo de un mes.

**Variable:** porcentaje de herramientas de comunicación estudiadas.

| | |
|---|---|
| Porcentaje herramientas estudiadas | 100% meta conseguida |
| | -100 %: meta de lo previsto |

**Variable:** tiempo.

| | |
|---|---|
| Estudiar herramientas de comunicación en un mes | - 1 mes: meta superior a la prevista |
| | 1 mes: meta superada |
| | +1 mes meta: por debajo de lo previsto |

**-Meta:** preparar una charla informativa en el plazo máximo de 15 días.

**Variable:** número de charlas preparadas.

| | |
|---|---|
| Número de charlas preparadas | 2 charlas: meta superior a la previsto |
| | 1 charla: meta conseguida |
| | 0 charlas: por debajo de lo previsto |

**Variable:** tiempo.

| | |
|---|---|
| Charla preparada en 15 días | -15 días: por encima de lo previsto |
| | 15 días: meta superada |
| | +15 días: por debajo de lo previsto |

**-Meta:** crear las herramientas de marketing del proyecto en el plazo máximo de un mes.

**Variable:** creación de un díptico y un cartel.

| | |
|---|---|
| Creación de un díptico y un cartel del proyecto | + de 2 elementos: meta por encima de lo previsto |
| | 2 elementos: meta conseguida |
| | -2 elementos: meta por debajo de lo previsto |

**Variable:** tiempo.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | |
|---|---|
| Creación del marketing en un mes | - 1 mes: meta superior a la prevista |
| | 1 mes: meta superada |
| | +1 mes meta: por debajo de lo previsto |

**-Meta:** presentar el proyecto en el 80% los recursos para mayores de la isla entre los meses tercero y octavo de ejecución del proyecto.

**Variable:** presentación del proyecto.

| | |
|---|---|
| Presentar el proyecto en el 80% de los recursos para mayores de la islas | +80 % :meta por encima de lo previsto |
| | 80% centros: meta conseguida |
| | - 80% meta: por debajo de lo previsto |

**Variable:** tiempo.

| | |
|---|---|
| Presentar el proyecto entre los meses tercero y octavo | Antes de los meses 3-8: por encima de lo previsto |
| | Mes 3-8: meta superada |
| | Después de mes 3-8: por debajo de lo previsto |

**-Meta:** impartir 1 charla informativa sobre las herramientas de la comunicación en un mínimo de 20 centros.

**Variable:** número de charlas impartidas por centro.

| | |
|---|---|
| Número de charlas | + 1charla: meta por encima de lo previsto. |
| | 1 charla: meta conseguida |
| | 0 charlas: meta no conseguida |

**Variable:** número de centros que reciben la charla informativa.

| | |
|---|---|
| Número de centros | + de 20 centros: meta por encima de lo previsto. |
| | En 20 centros: meta conseguida |
| | - de 20 centros: meta inferior a lo previsto |

**-Meta:** lograr un mínimo de asistencia de 10 personas por charla.

**Variable:** número de personas por charla.

| | |
|---|---|
| Número usuarios por charla informativa del proyecto | 10 usuarios: meta conseguida |
| | + de 10 usuarios: meta por encima de lo previsto. |
| | - de 10 usuarios: meta no conseguida |

**-Meta:** lograr que el 80% de los participantes manifiesten haber conocido alguna herramienta útil.

**Variable:** utilidad de las herramientas de comunicación.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | |
|---|---|
| Utilidad de las herramientas de comunicación | +80 % útiles :meta por encima de lo previsto |
| | 80% útiles:: meta conseguida |
| | -80% útiles: por debajo de lo previsto |

**-Objetivo especifico 2.1.**

Estimular y entrenar las habilidades comunicativas para mantener el mayor grado de autonomía.

**-Meta:** diseñar un taller de habilidades comunicativas en el plazo máximo de un mes.

**Variable:** número de talleres diseñados.

| | |
|---|---|
| Número de talleres diseñados | + 1 taller: por encima de lo previsto |
| | 1 taller: meta conseguida |
| | 0 taller: por debajo de lo previsto |

**Variable:** tiempo.

| | |
|---|---|
| Diseño del taller en un mes | - 1 mes: meta superior a la prevista |
| | 1 mes: meta superada |
| | +1 mes meta: por debajo de lo previsto |

**-Meta**: impartir un taller de habilidades comunicativas de cuatro sesiones en un mínimo de 8 centros.

**Variable:** número de centros.

| | |
|---|---|
| Número de centros | + 8centros se consigue por encima de lo previsto |
| | 8 centros meta conseguida |
| | - 8 centros por debajo de lo previsto |

**Variable:** número de talleres por centro.

| | |
|---|---|
| Número de talleres por centro | + 1 taller: se consigue por encima de lo previsto |
| | 1 taller: meta conseguida |
| | - 1 taller: por debajo de lo previsto |

**Variable:** número de sesiones.

| | |
|---|---|
| Número de sesiones impartidas | + 4 sesiones: se consigue por encima de lo previsto |
| | 4 sesiones: meta conseguida |
| | - 4 sesiones: por debajo de lo previsto |

**-Meta:** lograr un mínimo de asistencia de 10 personas por taller.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**Variable:** número de personas participantes por taller.

| | |
|---|---|
| **Número de personas participantes por taller** | + 10 participantes: por encima de lo previsto |
| | 10 Participantes: meta conseguida |
| | -10 participantes: por debajo de lo previsto |

**-Meta:** que al menos 5 usuarios de Alzheimer y sus familiares manifiesten mejoría en sus habilidades comunicativas.

**Variable**: número de usuarios que manifiesten mejoría.

| | |
|---|---|
| **Número de usuarios que manifiesten mejoría** | + 5 usuarios: se consigue por encima de lo previsto |
| | 5 usuarios: meta conseguida |
| | - 5 usuarios: por debajo de lo previsto |

**- Objetivo específico 2.2.**

Familiarizar a los enfermos de Alzheimer con las nuevas tecnologías.

**-Meta:** diseñar un taller de informática y telefonía móvil en el plazo máximo de 15 días.

**Variable:** número de talleres diseñados.

| | |
|---|---|
| Número de talleres diseñados | + 1 taller: por encima de lo previsto |
| | 1 taller: meta conseguida |
| | 0 taller: por debajo de lo previsto |

**Variable:** tiempo

| | |
|---|---|
| Diseño del taller en un 15 días | - 15 días: meta superior a la prevista |
| | 15 día: meta superada |
| | +15 días meta: por debajo de lo previsto |

**-Meta:** impartir un taller de informática de cuatro sesiones en un mínimo de 8 centros.

**Variable**: número de centros.

| | |
|---|---|
| Número de centros | + 8 centros: se consigue por encima de lo previsto |
| | 8 centros: meta conseguida |
| | - 8 centros: por debajo de lo previsto |

**Variable:** número de talleres por centro.

| | |
|---|---|
| Número de talleres por centro | + 1 taller: se consigue por encima de lo previsto |
| | 1 taller: meta conseguida |



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | |
|---|---|
| | - 1 taller: por debajo de lo previsto |

**Variable:** número de sesiones.

| | |
|---|---|
| Número de sesiones impartidas | + 4 sesiones: se consigue por encima de lo previsto |
| | 4 sesiones: meta conseguida |
| | - 4 sesiones: por debajo de lo previsto |

**-Meta**: lograr un mínimo de asistencia de 10 personas por taller.

**Variable:** número de personas participantes por taller.

| | |
|---|---|
| Número de personas participantes por taller | + 10 participantes: por encima de lo previsto |
| | 11 Participantes: meta conseguida |
| | -10 participantes: por debajo de lo previsto |

**-Meta:** que al menos 5 usuarios de Alzheimer y sus familiares sean capaces de comunicarse al finalizar el taller a través del correo electrónico, SMS y por WhatsApp.

**Variable:** número de usuarios que se comunican a través de correo electrónico, SMS y WhatsApp.

| | |
|---|---|
| Número de usuarios que se comunican a través de correo electrónico, SMS y WhatsApp | + 5 usuarios: se consigue por encima de lo previsto |
| | 5 usuarios: meta conseguida |
| | - 5 usuarios: por debajo de lo previsto |

# IV.VALORACIÓN PERSONAL, AUTOEVALUACIÓN Y SUGERENCIAS.

## 4.1. VALORACIÓN PERSONAL.

La alumna que ha desarrollado el presente proyecto ha extraído varias conclusiones del trabajo realizado que se exponen a continuación:

La enfermedad de Alzheimer es una realidad muy presente en nuestra sociedad, más de lo que inicialmente la alumna tenía conciencia, y resulta imprescindible un esfuerzo en su investigación centrando su avance en dos direcciones: en primer lugar en reconocer las causas que generan la enfermedad y poder así combatirla, y en segundo lugar, en conocer las consecuencias que el Alzheimer tiene en el ámbito social y familiar del



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

paciente, con el fin de poder crear herramientas de prevención adaptadas a las necesidades específicas de cada persona y/o familia y mejorar así su calidad de vida.

Si se tienen en cuenta los diferentes estudios consultados, se detecta que la prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer es muy variable según se establezcan unos criterios de diagnóstico u otros, por diversos motivos: inexistencia de un único criterio diagnóstico establecido fácilmente traspasable en una encuesta grande poblacional, además existe siempre la confusión con la presencia de otras demencias como la demencia vascular o la de cuerpos de Lewy. Se considera imprescindible desarrollar un criterio diagnóstico unificado a nivel mundial, para conocer el alcance real de esta enfermedad.

Con este criterio unificado, se podría crear una base de datos a nivel nacional sobre el número de enfermos afectados por el Alzheimer en la fase leve que actualmente no existe, lo que permitiría desarrollar programas de prevención e intervención más específicos y adaptados a las necesidades de cada usuario y de cada Comunidad.

A pesar de esta falta de criterio unificado, la demencia se considera una prioridad pública, e incluso una epidemia a nivel mundial, por lo que ya existen varias organizaciones, como la OMS, vigilando este fenómeno; los estudios exponen datos alarmantes en cuanto a las previsiones de aumento de la enfermedad a escala mundial para el año 2050, como también datos que aseguran que cada 7 segundos hay una persona diagnosticada con Alzheimer en el mundo (CEAFA); estas cifran me han sorprendido y preocupado y confirman la importancia de trabajar en la mejora de la calidad de vida de todas las personas enfermas y de las que están a punto de ser diagnosticadas.

En las diferentes investigaciones consultadas, como "Dementia: a Public Health Priority" OMS (2013) o el Estado del arte de la enfermedad de Alzheimer en España (2014) no se encontró ningún estudio específico reciente de la población canaria, lo que dificultó la elaboración del presente proyecto, al desconocer la prevalencia de esta enfermedad en esta comunidad. Se hace, por tanto, necesario, realizar un estudio específico de este tipo de demencia



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

por Comunidad Autónoma, con el objetivo de poder diseñar y ejecutar proyectos especializados para cada realidad.

Los diferentes profesionales e Instituciones con los que se ha contactado a lo largo del diseño del proyecto coinciden que las fases iníciales de la enfermedad de Alzheimer son muy difíciles para el enfermo y para su familia. Por eso recomiendan a la familia, que empiecen a comprender la enfermedad cuanto antes, que soliciten información al médico que les ha efectuado el diagnóstico planteándole todas las dudas que tengan. También se ha hecho mucho hincapié en la importancia que tiene la comunicación no verbal, ya que el enfermo puede que no comprenda cuando hablamos con él, por lo que tiene que ser una prioridad, tanto el acceso inmediato y claro a toda la información relacionada con la enfermedad a enfermos y familiares, como el apoyo a los familiares y a los enfermos para poder afrontar los cambios que se les avecinan cuando se les diagnóstica la enfermedad.

Así mismo, este trabajo me ha permitido conocer las diferentes herramientas informáticas específicas que existen para los enfermos de Alzheimer, como también las aplicaciones existentes en el mercado tanto de pago como gratuitas. Inicialmente yo sospechaba que había herramientas de comunicación para los enfermos de Alzheimer, pero al comenzar a profundizar descubrí que existen muchas más de las que pensaba y que se está trabajando mucho en el desarrollo de aplicaciones para personas con diversidad funcional; sin embargo, todo este trabajo no es conocido por los familiares y enfermos, ni por la sociedad en general, por lo que hay un importante trabajo que desarrollar de visibilización de estas herramientas.

## 4.2. AUTOEVALUACIÓN.

Al realizar un análisis de todo el proceso llevado a cabo, destacaría que he hecho un trabajo intenso de documentación y de investigación en los diferentes campos relacionados con la enfermedad como el Neurológico, Geriátrico y Gerontológico, el Psicológico y el de Nuevas Tecnologías de la Comunicación; todo esto me ha permitido conocer en profundidad la Enfermedad del Alzheimer.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

El desarrollo de este trabajo de fin de grado me ha permitido poner en práctica los conocimientos adquiridos durante toda la formación académica y que espero poner en práctica como futura profesional del trabajo social; asignaturas como por ejemplo, Métodos y Técnicas de Investigación Social, Modelos Teóricos del Trabajo Social, Habilidades de Comunicación, Salud y bienestar, Trabajo Social con Mayores, etc. han sido lectura obligatoria para comenzar el trabajo.

La parte del trabajo que me ha resultado más difícil, ha sido la planificación de la intervención al ser algo novedoso. La parte más fácil ha sido la de del marco normativo aplicado a la demencia. He disfrutado con la elaboración del marco teórico y conceptual, aunque me ha costado encontrar los datos estadísticos por la falta de datos recientes sobre la enfermedad.

Dentro del análisis crítico del proceso, la realización del diseño de este proyecto ha resultado ser una experiencia satisfactoria y enriquecedora para la autora, por todo lo que ha aprendido durante el proyecto dentro del campo del Alzheimer, entre ellas, el trabajo tan importante que desempeñan los diferentes profesionales y las instituciones públicas como privadas, en la que me ha sorprendido la amplia investigación que se realiza sobre la enfermedad del Alzheimer; también la cantidad de recursos existentes y desconocidos para los enfermos y la gran necesidad de apoyo para todos: familiares y enfermos.

Para finalizar este apartado, hay que añadir que ha sido muy enriquecedor el haber planteado un trabajo interdisciplinar; aunque pueda parecer que el trabajo social y la informática son profesiones no destinadas a trabajar coordinadamente, he comprobado que se pueden desarrollar numerosos trabajos entre ambas disciplinas, ya que la visión social debe estar inserta en cualquier herramienta o trabajo informático que se desarrolle con personas con diversidad funcional.

### 4.3. SUGERENCIAS.

El proyecto Remember surgió por la experiencia de prácticas de investigación e intervención llevada a cabo por la alumna en un Centro de



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Demencias; esta experiencia visibilizó la necesidad de proponer otro tipo de alternativas de comunicación a los enfermos de Alzheimer en fase leve.

Se considera que el proyecto está bien diseñado, aportando ideas novedosas al trabajo que se realiza con los enfermos de Alzheimer; es por ello que se considera que, si el Proyecto se ejecutara con éxito en los centros públicos y privados de la isla de Gran Canaria, sería interesante que pudiera extenderse al resto de las islas de la Comunidad Canaria, y a todas las Comunidades Autónomas del país.

La necesidad de desarrollo de este proyecto es muy importante porque se podría unir el Trabajo Social con las nuevas tecnologías que existen en el mercado, realizando con ello un proyecto novedoso e interesante. También destacar que con este proyecto tanto las familias como los usuarios saldrían beneficiados al trabajar con los usuarios las habilidades comunicación en la primera fase de la enfermedad, proporcionándoles el conocimiento y uso de las nuevas tecnologías, permitiéndoles de esa forma el poder interactuar y relacionarse con los demás de manera efectiva y satisfactoria.

La aplicación informática, a través de las herramientas de marketing, podría ser vendida a nivel nacional, siendo utilizada como una herramienta específica en el mantenimiento de las habilidades comunicativas de los enfermos de Alzheimer en fase leve.

Para finalizar, agradecer a las diferentes instituciones y profesionales por su ayuda desinteresada en este proceso facilitándome información muy valiosa con diferentes documentos, permitiéndome con ello aprender mucho más sobre la enfermedad de Alzheimer y el trabajo tan importante que realizan. Quiero resaltar especialmente el trabajo que desempeña el Trabajador Social en las Instituciones con los enfermos y familiares, como Alzheimer Canarias e INAFA y al Centro de Referencia Estatal de Alzheimer Salamanca por sus datos actualizados, al Presidente de la Sociedad Canaria de Geriatría y Gerontología por su valiosa información y para finalizar a la Sociedad Española de Neurología por darme el acceso a los datos que publican la Sociedad y la Fundación del Cerebro.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

## IV. BIBLIOGRAFÍA.

-Abellán García, A.; Pujol Rodríguez, R. (2013). "*Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos*". Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red. Informes Envejecimiento en red nº 1. [Fecha de publicación: 22/07/2013]. Consultado el día 25 de febrero de 2014, disponible en http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf

-Accesible (2014). *Qué son Ayudas técnicas*. Consultado el día 22 de mayo de 2014, disponible en http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1184751004220&language=es&pagename=CASB%2FPage%2FCASB_pintarContenidoFinal

-Alegsa.com (2014). *Diccionario de informática*. Consultado el día 11 de abril de 2014, disponible en http://www.alegsa.com.ar/Dic/testeo%20del%20software.php

-Alonso Sánchez, J.J (2013). *Catálogo Alzheimer's App. Destinado a enfermos de Alzhéimer*. CRE de Alzheimer en Salamanca. Consultado el día 20 de marzo de 2014 disponible en http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/catalogoapps1.pdf

- Alzheimer-canarias (2014). Consultado el día 15 de febrero de 2014, disponible en http://www.alzheimer-canarias.org/

- Alzheimer's Disease International (2013). *The Global Impact of Dementia 2013–2050.*Consultado el día 15 de febrero de 2014, disponible en http://www.alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2013.pdf

-Bautista Castaño, I. (2013). Colección: *Manuales docentes de Trabajo Social, Salud, dependencia y vulnerabilidad social.* Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Vicerrectorado de Ordenación Académica y Espacio Europeo de Educación Superior.

-BOE (1978). *Constitución Española.* Consultado el día 3 de marzo de 2014, disponible en http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

-BOC (1997). Núm. 110, 22/08/1997). *Decreto 160/1997, 11 julio, por el que se delegan competencias de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Cabildos Insulares en materia de gestión de Centros de Atención a Minusválidos y Tercera Edad de titularidad de la Comunidad Autónoma de Canarias y de administración de fondos públicos para la subvención de Servicios Sociales Especializados de cualquier otra titularidad.* Consultado el día 9 de marzo de 2014, disponible en http://www.gobiernodecanarias.org/boc/1997/110/009.html

-BOC (2002). Nº 110. Viernes 16 de Agosto de 2002. *DECRETO 113/2002, de 9 de agosto, de traspaso de funciones de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Cabildos Insulares en materia de servicios sociales especializados a personas mayores, minusválidos y mujeres*. Consultado el día 9 de marzo de 2014, disponible en http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2002/110/003.html

-BOC (2006). Número 299. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.* Consultado el día 17 de 2014, disponible en http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf

- BOE (2007). *Orden TAS/3775/2007, de 19 de diciembre, por la que se crea y regula el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Salamanca*. Consultado el día 9 de marzo de 2014, disponible en http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-22154

-BOE (2011). Núm. 62. *Resolución de 10 de febrero de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Canarias, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2010*. Consultado el día 9 de marzo de 2014, disponible en http://www.boe.es/boe/dias/2011/03/14/pdfs/BOE-A-2011-4690.pdf



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

-BOE (2011). Núm. 122, de 23 de mayo de 2011. *V Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal.* Consultado el día 28 de marzo de 2014, disponible en http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-8982

-BOE (1999). Núm. 298, de 14/12/1999. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Consultado del día 31 de mayo de 2014, disponible en http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750

- CEAFA (2014). *Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Alzheimer y otras Demencias*. Consultado el 17 de febrero de 2014, disponible en http://www.ceafa.es/

-Centro de Referencia Estatal de Alzheimer Salamanca (2014). *CRE Alzheimer Salamanca*. Consultado el día 1 de marzo de 2014, disponible en http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/documentacion/legislacion/index.htm

- Ciberned (2013*). Prevalencia de la demencia en España.* Consultado el día 2 de mayo de 2014, disponible en http://www.ciberned.es/es/noticias/blog/418-prevalencia-de-la-demencia-en-espana.html

-Dementia Care Central (2014). *La demencia frontotemporal: introducción.* Consultado el día 3 de mayo de 2014, disponible en http://www.dementiacarecentral.com/node/1086

- Díaz Bolaños, et al. (2008). Colección: *Manuales docentes de Trabajo Social, Modelos y áreas de intervención en Trabajo Social.* Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Vicerrectorado de Ordenación Académica y Espacio Europeo de Educación Superior.

- Díaz Bolaños, et al. (2007). Colección: Manuales docentes de Trabajo Social, *Manual de Metodología de intervención en Trabajo Social.* Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Vicerrectorado de Ordenación Académica y Espacio Europeo de Educación Superior.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

-El mundo (2014). *Los rostros conocidos del Alzheimer*. Consultado el día 28 de febrero de 2014, disponible en http://www.elmundo.es/salud/2014/03/21/532c252b268e3e99528b4573.html

- Fundación Alzheimer España (2014). Consultado el día 1 de abril de 2014, disponible en http://www.alzfae.org/index.php/enfermedad/punto-clave/409-tratamiento-no-farmacologicas

-Fundación Alzheimer España (2014). Consultado el día 8 de marzo de 2014, disponible en http://www.alzfae.org/index.php/vivir-alzheimer/ayuda-tecnica/547-app-iphone-ipad-para-alzheimer

- Fundación Alzheimer España (2014). Consultado el día 9 de marzo de 2014, disponible en http://www.alzfae.org/index.php/enfermedad/85-opinion-editorial/383-cuidadores-colaboraran-investigacion-domotica-asistencial

-Gobierno de Canarias. (2008). *La Consejería de Sanidad revisará y actualizará su Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Consultado el día 9 de marzo de 2014, disponible en http://www.gobcan.es/noticias/index.jsp?module=1&page=nota.htm&id=60273

-Gobierno de Canarias. (2014). Consultado el día 1 de abril de 2014, disponible en http://www.gobiernodecanarias.org/ccdpsv/politicassociales/mayores/

-Gobierno de Canarias. (2010). Consultado el día 9 de marzo de 2014, disponible en http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/noticiashow.aspx?id=136232

- Gobierno de Canarias. (2011). *Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Consejería de Sanidad. Consultado el día 28 de febrero de 2014, disponible en http://www.isfie.org/documentos/mafe.pdf

-- Google Play (2014). *Apps existentes en el mercado*. Consultado el día 3 de abril de 2024, disponible en https://play.google.com/store/apps/details?id=com.WenBit.RememberFirst_Free

-Gutiérrez Ascanio, C., Hernández Delgado, G.A. (2011). Colección: Manuales docentes de Trabajo Social, *Manual de* Habilidades sociales y de



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

comunicación. Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Vicerrectorado de Ordenación Académica y Espacio Europeo de Educación Superior.

-Health Library (2014). Consultado el día 2 de marzo de 2014, disponible en http://web.iadmd.org/PATIENTS/HEALTHLIBRARY/tabid/606/contentid/103826/Default.aspx

-INAFA. (2014). Consultado el día 17 de febrero de 2014, disponible en http://www.inafa.es/

-INE (2013). *Proyección población española a corto plazo de 2013 - 2023.* Consultado el día 6 de marzo de 2014, disponible en http://www.ine.es/prensa/np813.pdf

-INFOSALUS. (2013). *Indra crea una 'App' que ayuda a conservar los recuerdos de la vida de enfermos de Alzheimer y ancianos*. Consultado el día 8 de marzo de 2014, disponible en http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-indra-crea-app-ayuda-conservar-recuerdos-vida-enfermos-alzheimer-ancianos-20131217185834.htm

-Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (2014). Consultado el día 2 de abril de 2014, disponible en http://www.instituto-as.es/centros/mayores/

- Junta de Castilla y León (2003). *Guía de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria .Mini test Cognoscitivo de Lobo, Test del Reloj.* Gerencia Regional de Salud. Consultado el día 2 de abril de 2014, disponible en www.cchaler.org/app/download/.../Demencia+guia+atención.pdf

-Libro Blanco de Atención a las personas en situación de Dependencia (2004). Consultado el día 17 de 2014, disponible en http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/antecedentes/libro_blanco/index.htm

-Martin Duarte, et al. (2008). Comunicación eficaz en la enfermedad de Alzheimer. Madrid, AFAL contigo.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

-Martínez-Lage, P. (2012). Sociedad española de Neurología. Sala de prensa. Consultado el día 2 de abril del 2014, disponible en http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link69.pdf

-MedlinePlus (2014). *Demencia de cuerpos de Lewy*. Consultado el día 2 de abril del 2014, disponible en http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/lewybodydisease.html

-Nevado Rey, (2006). Los cuidados informales a un enfermo de Alzheimer. El cuidador familiar, Consultado el día 1 de marzo de 2014, disponible en http://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSMayores_Aula10 Informal.PDF

-OMS (2002). *Envejecimiento Activo: un marco político*. Consultado el día 22 de febrero de 2014, disponible en http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50295

-OMS (2012). *10 datos sobre el envejecimiento de la población*. Consultado el día 25 de febrero de 2014, disponible en http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/

-OMS (2013). "Dementia: a Public Health Priority". Consultado el día 25 de febrero de 2014, disponible en http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/

-OMS (1992). *10ª revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10). Consultado el día 24 de febrero de 2014, disponible en http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf

-Pascual y Barlés, G. (1999). *La Guía: El cuidador de Pacientes con Demencia tipo Alzheimer*. Zaragoza, Esteve.

- PwC (2013). *Estado del Arte de la enfermedad de Alzheimer en España*. Consultado el día 2 de abril de 2014, disponible en http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/06/18/in_al.pdf

© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

- Que Significa? (2013)*¿Qué significa App?* Consultado el día 11 de abril de 2014, disponible en http://www.que-significa.co/que-significa-app/

- Ramos et al. (2007). Promoción de salud. *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias.* Comunidad de Madrid. Dirección General de Atención Primaria.

-Simonsenior (2014). *Productos para mayores.* Consultado el día 11 de abril de 2014, disponible en http://www.simonsenior.com/telefono-movil-doro-liberto-810-pantalla-tactil-smartphone.html#.U1e1Q6lymhp

-Sociedad española de Neurología (2014). Sala de prensa. Consultado el día 1 de abril del 2014, disponible en http://www.sen.es/saladeprensa/np.htm

- The Family Watch (2013). *Informe TFW 2013 - 2. El papel de la familia en el envejecimiento activo.* Instituto Internacional de estudios sobre la familia. Consultado el día 15 de febrero de 2014, disponible en http://www.thefamilywatch.org/Informe20132.pdf

- Reverso (2014). .Consultado el día 20 de abril de 2014, disponible en http://diccionario.reverso.net/ingles-espanol/mock-up

- WhatsApp : About. (2014). Consultado el día 11 de abril de 2014, disponible en http://www.whatsapp.com/about/?l=es

© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

## V. ANEXOS.

### -ANEXO Nº 1:

### MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LOBO A, ET AL., 1979, DEL MMSE DE FOLSTEIN MP, ET AL., 1975. REVALIDADO Y NORMALIZADO POR LOBO A, ET AL., 1999)

| | |
|---|---|
| **1. Orientación** | |
| ¿En qué año estamos? | 1 |
| ¿En qué estación del año estamos? | 1 |
| ¿En qué día de la semana estamos? | 1 |
| ¿Qué día (número) es hoy? | 1 |
| ¿En qué mes estamos? | 1 |
| ¿En qué provincia estamos? | 1 |
| ¿En qué país estamos? | 1 |
| ¿En qué pueblo o ciudad estamos? | 1 |
| ¿En qué lugar estamos en este momento? | 1 |
| ¿Se trata de un piso o una planta baja? | 1 |
| **2. Fijación** | |
| Repita estas tres palabras: "peseta, caballo, manzana". Un punto por cada respuesta correcta.Una vez puntuado, si nos lo ha dicho bien, se le repetirán con un límite de seis intentos hasta que los aprenda. "Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato". | 3 |
| **3. Concentración y cálculo** | |
| Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan? ¿y si me da 3?. Hasta 5 restas. Un punto por cada resta correcta. | 5 |
| Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repítalos al revés. (Se puntúa acierto en número y orden). | 3 |
| **4. Memoria** | |
| ¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? | 3 |
| **5. Lenguaje y construcción** | |
| Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? | 1 |
| Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? | 1 |
| Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" (un punto si es correcta). | 1 |
| Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?. ¿Qué son un gato y un perro?¿Y el rojo y el verde? | 2 |
| Ahora haga lo que le diga: "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa" (1 punto por cada acción correcta). | 3 |
| Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS"). | 1 |
| Ahora escriba, por favor, una frase, la que quiera, en este papel (le da un papel y se le dice que no será correcto si escribe su nombre, se requiere una frase con sujeto, verbo y complemento). | 1 |
| Copie este dibujo, anotando un punto si cada pentágono tiene cinco lados y cinco ángulos y están entrelazados con dos puntos de contacto. | 1 |
| La puntuación máxima es de 35 puntos. Valores normales: 30-35 puntos.<br>Sugiere deterioro cognitivo en >65 años: <24 puntos (24-29= borderline).<br>Sugiere deterioro cognitivo en ≤ 65 años: <28 puntos. | |

**FUENTE: JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN**



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

# TEST DEL RELOJ

## TEST DEL RELOJ. DIBUJO A LA ORDEN (CACHO ET AL, 1999)

Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos los números. Las manecillas deben marcar las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad, prestándole toda la atención que le sea posible.

**1. Esfera del reloj (máximo 2 puntos)**

- 2 puntos: dibujo normal. Esfera circular u ovalada, con pequeñas distorsiones por temblor.
- 1 punto: incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
- 0 puntos: ausencia o dibujo totalmente distorsionado.

**2. Presencia y secuencia de los números (máximo 4 puntos)**

- 4 puntos: todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo "pequeños errores" en la localización espacial en menos de 4 números (por ejemplo, colocar el número 8 en el espacio del número 9).
- 3,5 puntos: cuando los "pequeños errores" en la colocación espacial se dan en 4 o más números.
- 3 puntos: todos presentes con error significativo en la localización espacial (por ejemplo, colocar el número 3 en el espacio del número 6). Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
- 2 puntos: omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes. Números con algún desorden de secuencia (4 ó más números). Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa). Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc.). Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
- 1 punto: ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial. Alineación numérica con falta o exceso de números. Rotación inversa con falta o exceso de números.
- 0 puntos: ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).

**3. Presencia y localización de las manecillas (máximo 4 puntos)**

- 4 puntos: las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
- 3,5 puntos: las manecillas en posición correcta, pero ambas de igual tamaño.
- 3 puntos: pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior). Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta
- 2 puntos: gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las 11 y 10, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial). Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.
- 1 punto: Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora incorrecta. Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
- 0 puntos: ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de "rueda de carro".

**FUENTE: JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN**



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-ANEXO Nº 2:**

**Recursos para Familiares de enfermos de Alzheimer.**

**-CEAFA: Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer.** Se trata de una Organización no Gubernamental, declarada de utilidad pública. Cuenta con 13 Federaciones Autonómicas y 6 Asociaciones Uniprovinciales que aglutinan a cerca de 300 asociaciones y representa a cerca de 200.000 familias. Ejerce de portavoz y de defensora de las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias.
Más información: http://www.ceafa.es/

**- Asociación AFALcontigo.** Es una de las AFAs con más visibilidad. Su ámbito de trabajo es nacional. Se constituyó en 1989, por el deseo de un grupo de familiares de enfermos de obtener información y apoyo en un momento en el que la Enfermedad de Alzheimer casi no era conocida.
Más información: http://www.afal.es/es/afal-contigo

**-Alzheimer Canarias**. Es una organización sin ánimo de lucro, que nace de la inquietud de una serie de familiares y profesionales que tiene en común la preocupación por la situación en que se encuentran los enfermos de Alzheimer y otras demencias.
Más información: http://www.alzheimer-canarias.org/

**-INAFA.** Es una asociación sin ánimo de lucro, creada por cuidadores y familiares que directa o indirectamente están vinculados con personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer.
Más información: http://www.inafa.es/

**-Fundación Alzheimer España (FAE).** Fundación Alzheimer España nace con el fin de mejorar la calidad de vida del enfermo, del cuidador y de la familia. Ello comprende actividades muy diversas que van desde la información (líneas telefónicas de ayuda, entrevistas con cuidadores y familias, folletos, guías, conferencias, simposios...) hasta la representación de las familias frente a las autoridades sociosanitarias.
Más información: http://www.alzfae.org



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-Centro de Referencia Estatal de Alzheimer.** Centro de Referencia Estatal ubicado en Salamanca y dependiente del Imserso. Se configura como un centro sociosanitario especializado y avanzado en investigación, análisis, conocimiento, evaluación y formación sobre el Alzheimer y otras demencias y en atención e intervención con las personas afectadas y sus familias.
Más información: http://www.creAlzheimer.es

© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

## -ANEXO Nº 3:

**LISTADO CENTROS GOBIERNO DE CANARIAS**

| CENTROS | PLAZAS CENTRO DE DÍA |
|---|---|
| -Residencia Queen Victoria | 30 |
| -Casa San Vicente de Paul | 10 |
| - Residencia de Mayores Ballesol | 30 |
| - Residencia El Palmeral | 25 |
| -Centro Residencial Tenoya | 26 |
| -Residencia de Mayores Villa de Agüimes | 10 |
| -Centro Estancia Diurna de Alzheimer (Agüimes) | 15 |
| -Centro Estancia Diurna San Andrés (Arucas) | 30 |
| -Centro Estancia Diurna para Mayores Ingenio | 25 |
| -Residencia Mayores Aldea de San Nicolás | 15 |
| -Centro Estancia Diurna Arguineguin | 60 |
| -Centro de Día de Alzheimer y otras Demencias (S Bartolomé de Tirajana) | 30 |
| -Residencia de Ancianos Labouré (Santa Brígida) | 8 |
| -Centro de Día Valle Lentiscal | 29 |
| -Centro Sociosanitario Vecindario | 40 |
| -Centro de Día (Santa Lucía de Tirajana) | 11 |
| -Centro de Estancia Diurna Regujo (Telde) | 10 |
| -Centro de Día San Mateo | 40 |
| Total | 444 |

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

## -ANEXO Nº 4:

### LISTADO CENTROS DEL IAS

| CENTROS | PLAZAS CENTRO DE DÍA |
|---|---|
| - CSS de Agüimes | 24 |
| - CSS de Arucas | 24 |
| -Residencia Genoveva Pérez (Gáldar) | 7 |
| -CSS El Pino | 118 |
| -CSS El Sabinal | 30 |
| -CSS Ferminita Suárez (Vecindario) | 40 |
| - CSS de Moya | 8 |
| -Residencia Taliarte | 20 |
| - CSS de Santa Brígida | 34 |
| -Residencia Santa Mª de Guía | 4 |
| - CSS de Valleseco | 20 |
| Total | 329 |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



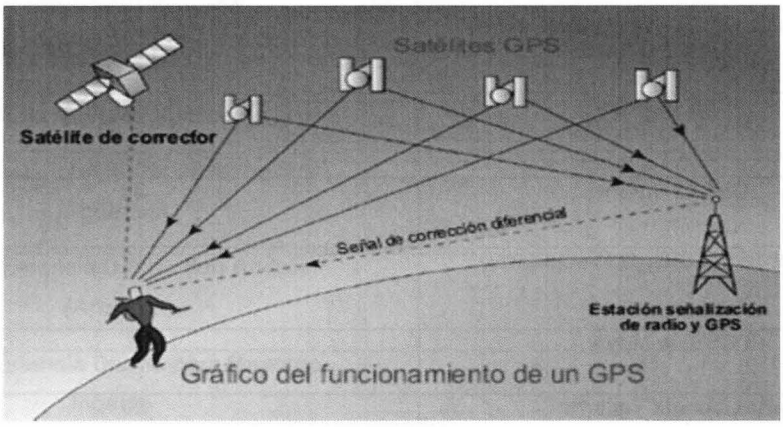
© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

## -ANEXO Nº 5:

## -Ayudas Técnicas para Enfermos de Alzheimer (FAE).

**-Localizadores GPS.** Hoy en día, gracias a la avanzada tecnología del GPS (Global Positioning System: sistema de posicionamiento global), comúnmente utilizado como navegador vía satélite para la conducción, es posible supervisar a los enfermos de Alzheimer con total garantía.

**FOTO: LOCALIZADORES GPS**




**FUENTE: FAE**

No todos los casos requieren la misma atención, existen localizadores personales capaces de diversas funciones como emitir avisos de emergencia a los familiares, llamadas con manos libres, monitorización del enfermo para saber en todo momento su posición, alarmas de perímetro, alertas vía SMS, teleasistencia, etc.

La mayoría de estos localizadores tienen forma de pulsera o teléfono móvil para no interrumpir el entorno personal del enfermo con un objeto desconocido. En España, existen muy pocos modelos y todos ellos funcionan con las mismas tecnologías, pero ofrecen servicios y prestaciones diferentes.

**-La Pulsera Keruve.**

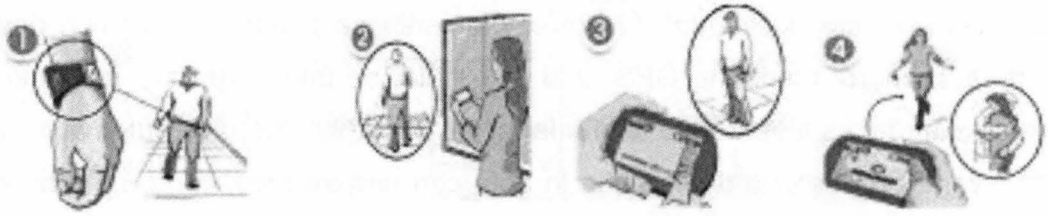
La pulsera Keruve es el producto más específico comercializado en España para la geolocalización de personas con Alzheimer. Cuenta con dos



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

sistemas de posicionamiento: el GPS y la triangulación GSM, de manera que si uno de los dos sistemas falla, conmuta automáticamente al otro evitando que la pulsera quede inoperativa. El receptor, pequeño y de muy fácil manejo, es móvil y permite al cuidador saber dónde está el enfermo en todo momento.

**FOTO: PULSERA KERUVE**



**FUENTE: FAE**

La gran ventaja de tener un receptor móvil reside en que el familiar puede ir en busca del enfermo de Alzheimer y ver su posición actualizada a medida que se acerca a él, por lo que su encuentro es rápido y efectivo. La descarga de mapas actualizados es automática, por lo que el aparato puede ser efectivo para siempre y en cualquier lugar donde se disponga, al menos, de cobertura móvil.

Keruve es un localizador que consta de un reloj GPS que permite que la persona que lo lleva continúe paseando sin miedo a perderle, ya que podrá saber donde está en cualquier momento gracias al receptor portable del que dispone.

Es tan fácil como pulsar un botón en el receptor. En cuanto este se pulse, se verá en la pantalla un mapa con la posición del portador que lleve el reloj GPS. Localizador sin intermediarios y sin límite de distancia.

1. El cuidador enciende el reloj y se lo coloca a la persona con Alzheimer. Una vez puesto, la persona con Alzheimer puede salir a la calle y hacer su paseo habitual.
2. El cuidador enciende el receptor para utilizarlo en caso de emergencia o por si suena la alarma de seguridad.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

3. Cuando el cuidador decide localizar a la persona que porta el reloj, solo tiene que pulsar un botón en su receptor.
4. En menos de 30 segundos, recibe la posición exacta de la persona sobre un mapa.

El reloj es totalmente resistente tanto al agua como a los golpes, con un cierre de seguridad que se abrirá con una llave especial, evitando de esta manera la apertura accidental. El posicionamiento se puede realizar con dos sistemas: primero, mediante GPS, y si este falla, se puede realizar mediante triangulación de las antenas de telefonía móvil. El cambio se hace automático y el reloj tiene una batería de litio que lo dota con una autonomía de 3.5 días y que, cuando se está agotando, lo indica mediante una alarma sonora. Sistema de alarma en el caso de que el reloj se encuentre fuera de la zona de seguridad configurada. Dimensiones de 38x50x16 mm y 36 gramos de peso.. Respecto al aparato receptor, tiene una pantalla de 144x82.5x19 mm y un peso de 141 gramos. Su batería, también de litio, aguanta 2 días.

Precio: alrededor de 1000 €

Más información: http://www.keruve.es/specs-gps-atch/index.php

**-Simap.** Cruz Roja y Bancaja cuentan con un proyecto piloto y pionero: el Sistema Inteligente de Monitorización de Alertas Personales (Simap). El servicio permite la localización de personas con Alzheimer o deterioro cognitivo, gracias a un programa de avisos.

SIMAP es un servicio que de forma permanente y mediante la red de telefonía móvil de Vodafone y un terminal específico que incorpora GPS permite la localización remota de personas que, por diferentes causas, presentan un deterioro cognitivo.

Además de la localización, el servicio monitoriza ciertos eventos relacionados con el desplazamiento de la persona que porta el dispositivo, de tal forma que detecta y notifica de forma automática situaciones de potencial peligro para la misma. El servicio se fundamenta en la utilización de un terminal móvil que incorpora un modem GPRS y un receptor GPS y esta enlazado con la plataforma SIMAP mediante la red de Vodafone.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | CUOTAS | CANTIDAD |
|---|---|---|
| AL INICIO DEL SERVICIO | ALTA | 40 € (IVA INCL.) |
| MENSUALIDAD | SERVICIO BÁSICO | 55 € (IVA INCL.) |
| | SERV BAS + WEB | 58 € (IVA INCL.) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| * Solo disponible para teléfonos Vodafone | COSTE SMS: | Coste del mensaje 0,45 € * | * Impuestos indirectos no incluidos. |
| | COSTE MMS | Coste del mensaje 1 € * | * Impuestos indirectos no incluidos. |

**FUENTE: FAE**

El uso por parte de la persona que lo utiliza se limita exclusivamente a la portabilidad del dispositivo, cuyo botón de alarma esta desactivado, mediante una funda-sistema que evitaría su pérdida o deterioro accidental. Son los cuidadores los que deben quitarle y ponerle el dispositivo, además de cargarlo diariamente.

El sistema se activaría, bien porque existe la necesidad de localizar puntualmente a la persona usuaria por parte de sus cuidadores o bien porque el terminal envía un aviso automático relativo a su estado o a su posición. En función de esto, se inician los protocolos establecidos.

El terminar, cargado y encendido, envía su posición y estado a la plataforma cada 5 minutos. Además, emite una señal puntual indicando baja batería y en el caso de que hubiese sido configurada, avisaría cuando entra en una zona prefijada como peligrosa, sale de una zona prefijada como segura o se desplaza con cierta velocidad.

Previa validación, los familiares pueden acceder a la localización del terminal, conectándose telefónicamente con Cruz Roja o bien accediendo directamente a la plataforma Simap desde un móvil o por Internet.

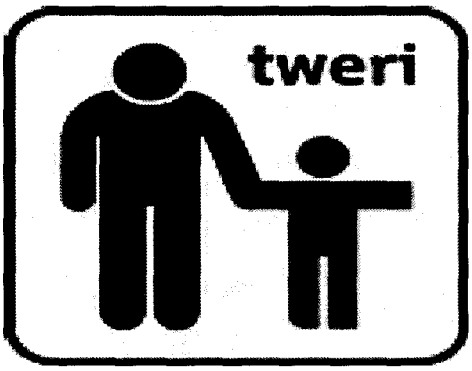


© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Cruz Roja comunica de manera inmediata las incidencias señaladas a las personas de contacto y, en caso necesario, a los recursos de emergencia que correspondan.

Más información: http://www.cruzroja.es/pls/portal30/docs/PAGE/2006_24_RT/PROYECTOS%20AUTONOMICOS/CONGRESO%20TELEASISTENCIA/MESA%203.%20MIGUEL%20ANGEL%20MARTINEZ.PDF

En el extenso mercado App Store de Apple, conviven ya más de 775.000 aplicaciones. En general podemos encontrar aplicaciones de varios tipos: para el enfermo hay aplicaciones para distraerse, para potenciar la memoria y para relacionarse; para los cuidadores aplicaciones de telecontrol y telemonitorización.

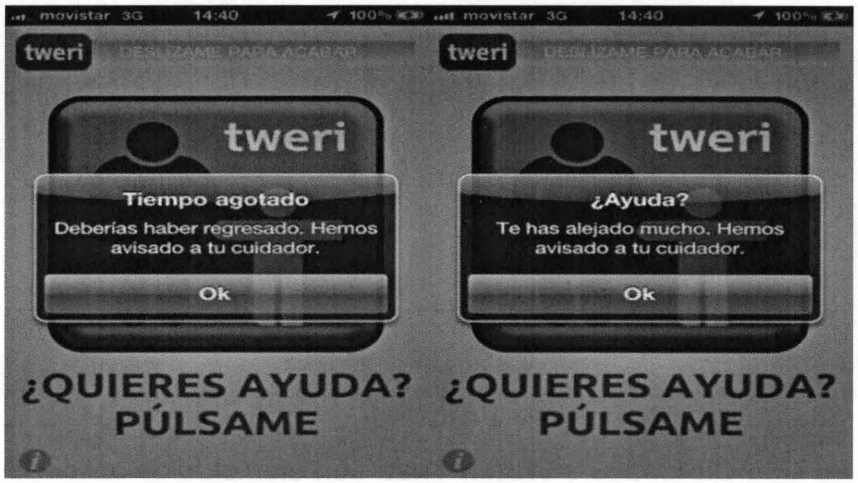



**-Tweri**. Una App para saber donde está la persona atendida. En la aplicación se pueden establecer unos límites de seguridad para los paseos que la persona pueda dar, basados en un tiempo máximo que puede estar fuera y/o un radio máximo de distancia. Cuando el enfermo sale de paseo, sólo es necesario activar la aplicación. En el momento en el que los límites de seguridad son superados se emiten automáticamente alertas al cuidador o a la persona que se hubiera establecido, indicándole esta circunstancia vía email, junto con la última posición geográfica obtenida por el dispositivo. Además, el enfermo puede alertar en cualquier momento, mediante la pulsación de un botón, de que se ha producido una situación de pérdida geográfica, incluso sin haber abandonado los límites geográficos establecidos.



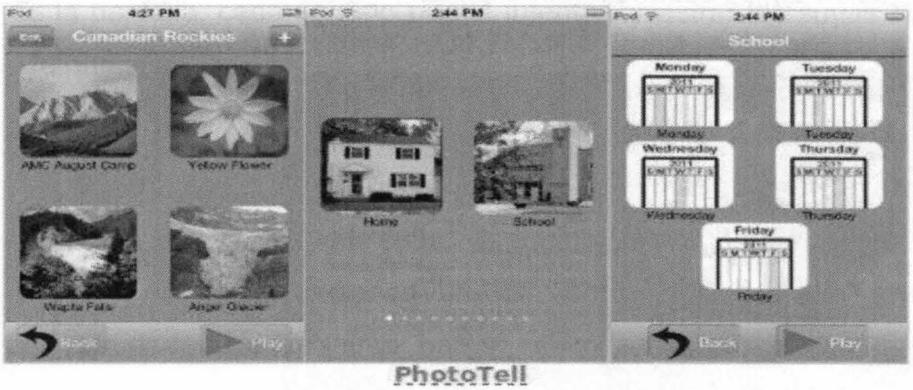
© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Es gratuita para iOS y Android.




**-PhotoTell** permite crear presentaciones de fotos sobre las que grabamos nuestra voz describiendo las imágenes o contando historias. Mediante esta aplicación podemos recordar al enfermo personas, lugares y como ir a ellos, o tareas que tiene que realizar y como realizarlas.

Hay una versión gratuita y otra que cuesta 8,99€



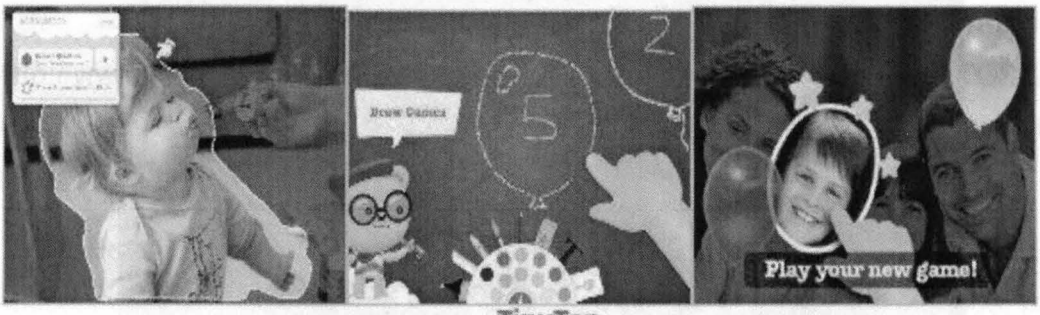

PhotoTell

**-TinyTap** permite hacer juegos con fotos sobre las que podemos colocar preguntas. Hacemos una pregunta (¿Dónde está tu hija?), señalamos una zona de la foto, grabamos un mensaje con nuestra voz y cuando se señale la zona correcta sale un mensaje de "enhorabuena". La aplicación ofrece la posibilidad de atribuir preguntas a ciertas imágenes. Así, una vez que se visualiza cada una de ellas, la interfaz pregunta al usuario y espera a que este señale dónde



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

se encuentra el objeto o persona por la que se pregunta en la fotografía. Es gratuita.

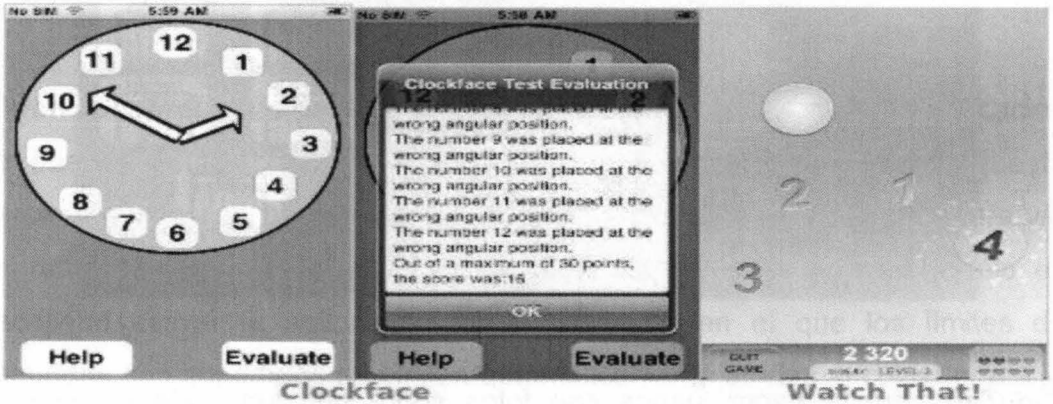



TinyTap

Por otro lado **Clockface y Watch That!** son ejemplos de aplicaciones para mejorar sus capacidades cognitivas y memotécnicas.

-En **Clockface** tenemos que trabajar con las horas del reloj, situando las horas y las manecillas correctamente.

-En **Watch That!** tenemos que recordar una serie de círculos con números que salen por pantalla, y pulsarlos en orden una vez que se ocultan los números. Herramienta para el móvil que mejora la retentiva de información y la concentración de los usuarios que la utilizan.



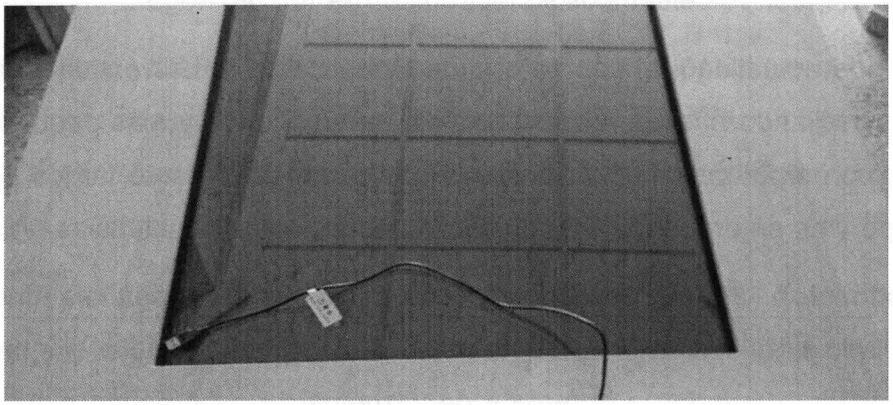

Clockface Watch That!

**-Mesa Táctil.** Investigadores del centro CRE Alzheimer de Salamanca y de la Universidad Politécnica de Valencia crearon en 2012 un prototipo de gran mesa táctil en el que personas con demencia pudieran ejercitar su mente e interactuar en grupo.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**FOTO: MESA TÁCTIL**



**FUENTE: CRE ALZHEIMER SALAMANCA**

En 2012 se creó un primer prototipo, como parte del proyecto de Herramientas tecnológicas para la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (HEAD), y a diferencia de un ordenador, los profesionales están convencidos de que interactuar en una mesa de grandes dimensiones puede ser más sencillo para muchas personas mayores, que además lo hacen en equipo. El objetivo es trabajar sobre todo la memoria autobiográfica con elementos como fotos o números de teléfono, de modo que al situarlas en el centro de la pantalla, cada usuario puede intentar arrastrar las suyas hacia su zona de la pantalla.

**-Robótica.** El Laboratorio de Robótica de la Universidad Carlos III desarrolló hace años el robot Maggie, una plataforma experimental que está en continua evolución. Se usa para investigar en temas de interacción humano-robot y en la búsqueda de nuevas aplicaciones de los robots sociales que ayuden a personas que no puedan valerse por sí mismas o padezcan pérdidas de memoria y orientación.

Maggie es capaz de hablar y reconocer la voz. Está dotado de cámaras y telémetros láser para percibir el entorno que le rodea y su cuerpo y brazos son sensibles al tacto. Sus capacidades actuales son muy variadas: puede desplazarse y moverse acompañando a una persona; y ayudar a personas con dificultades visuales, leyéndoles libros o dándoles, por ejemplo, información



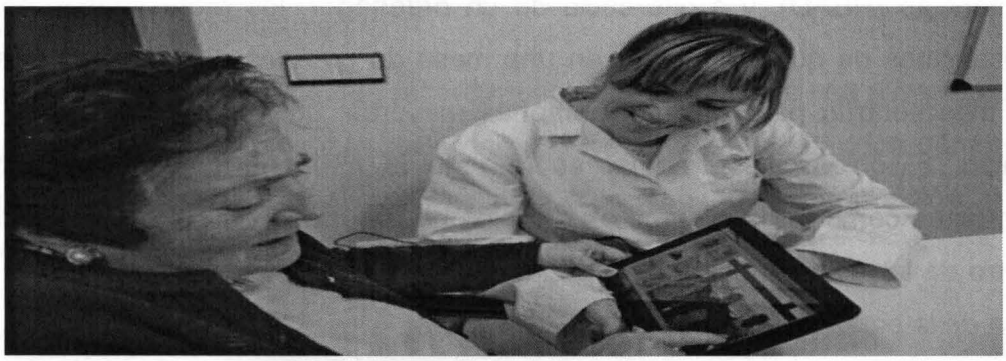
© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

sobre medicinas o productos perecederos. Además, permite controlar a distancia dispositivos eléctricos y electrónicos dentro del hogar.

En la actualidad, el Laboratorio de Robótica de la Universidad Carlos III está desarrollando nuevos robots sociales, más sencillos y más pequeños que Maggie, con el fin de empezar pruebas con usuarios, durante largos periodos de tiempo y en entornos reales, como hogares, colegios, residencias, etc.

**-La aplicación "Mis recuerdos"**. La multinacional española Indra ha desarrollado una aplicación para tabletas de Android y Apple que ayuda a conservar los recuerdos a enfermos de Alzhéimer y a personas mayores. La solución permite asociar imágenes, vídeos, textos o música con personas y lugares que resulten claves en la vida de los usuarios.

**FOTO: MIS RECUERDOS**



**FUENTE: EUROPA PRESS**

Actualmente se encuentra en fase de validación en casos reales gracias a la colaboración de la Fundación Vianorte-Laguna, a través del Programa de Rehabilitación y Estimulación Cognitiva de su Unidad Integral de Enfermedades Neurodegenerativas, ubicada en Madrid. Además, se está trabajando en facilitar el acceso a la 'App' a través de la nube, ofreciendo así todas ventajas de reducción de coste y eficiencias asociadas a los modelos 'Cloud Computing'.

La facilidad y sencillez en el uso son otras de sus ventajas ya que la pantalla de bienvenida presenta un contenido aleatorio, que enlaza con la sección correspondiente. Así, a través del dispositivo, el usuario accede a los contenidos en las secciones, que se presentan en forma de ficha, con un



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

nombre y una descripción y que, además, tienen asociadas una serie de imágenes y vídeos, que se podrán reproducir directamente en la aplicación.

Asimismo, cuenta con una sección de música que incluye una lista con todas las canciones del dispositivo que se podrán reproducir al pulsar sobre ellas. El administrador podrá asociar a cada canción una imagen, de manera que ayude a evocar recuerdos al usuario.

**-Domótica asistencial.** El Centro de Domótica Integral (CeDInt) de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM) y la Fundación Alzheimer España (FAE) han firmado un acuerdo de colaboración que supondrá un avance en la investigación y desarrollo de la domótica asistencial aplicada al entorno del Alzheimer: enfermos, cuidadores y hogares. La domótica asistencial (o sistemas de control del entorno) es el concepto de vivienda que integra sistemas de automatización y supervisión con objeto de aumentar los niveles de autonomía personal de los usuarios. El término domótica es muy amplio, pero básicamente con la configuración idónea, resulta una herramienta muy útil para los familiares que se preocupan por personas que tienden a olvidar ciertas ejecuciones dentro del hogar. De este modo, a través de controles de gas automatizados, alarmas de salidas no autorizadas, sensores de calor y humos y todo equipo electrónico que dependa de la supervisión de una persona, se puede controlar a distancia por profesionales o por los propios familiares.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

## - ANEXO Nº 6:

**Catálogo Alzheimer's App. Destinado a enfermos de Alzhéimer.**

Alonso Sánchez, J.J (2013). CRE de Alzheimer Salamanca.

| App | Descripción | Idioma | Plataforma |
|---|---|---|---|
| Tweri | Localizador alzhéimer. Permite establecer unos límites de seguridad para los paseos que la persona pueda dar, basados en un tiempo máximo que puede estar fuera y/o un radio máximo de distancia. | Español | |
| Lucha contra el alzhéimer | Esta aplicación incluye ejercicios de matemáticas (+ - * /) y un entrenador de memoria y está diseñado para personas de edad avanzada. | Alemán-Inglés | |
| Sopa de letras | Juego educativo que te ayuda a aprender palabras nuevas, mejorar tu vocabulario y explorar el lenguaje. Previene la pérdida de memoria y trastornos cerebrales degenerativos como la enfermedad de Alzheimer. | Español | |
| Remember First | Herramienta fácil de usar que ayuda a mejorar la memoria a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson y cualquier otra demencia. También mejora la comunicación con los cuidadores y otras personas de su alrededor. | Inglés | |
| Safety GPS V3 | Es un sistema avanzado e inteligente para enviar información geolocalizada de forma bidireccional entre usuarios y entidades. Te alerta de la distancia para personas con enfermedad de Alzheimer. | Español | |
| Lolicalízalo | Localizador GPS. Es una aplicación que envía la localización de la persona con enfermedad de Alzheimer que la tenga instalada en el momento que se desee. No se necesita conexión a internet. | Español | |



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | | | |
|---|---|---|---|
| AD-8<br>**Alzheimer's Evaluation** | Esta es una pequeña herramienta muy útil para que usted pueda ayudarse a sí mismo o su familia y amigos para detectar los primeros signos de la enfermedad de Alzheimer. También incluye recomendaciones para mantener su cerebro sano. | Chino | |
| **Alzheimer! Phone** | Esta aplicación tiene como objetivo apoyar a los enfermos de Alzheimer, personas mayores y personas con otro tipo de demencia. Cuenta con manos libres, puede seleccionar los contactos del teléfono con sólo pulsar las imágenes, ofrece un botón de emergencia y muchas otras funcionalidades que puede usar el paciente. | Inglés | |
| **ALZ-locate** | Algunas personas mayores se confunden y pierden a veces. ALZ-locate utiliza el GPS para localizarlos. | Inglés | |
| **BrainApp** | Esta aplicación le ayudará a hacer un seguimiento de su salud cerebral. Tiene mucho más que sólo juegos mentales. BrainyApp le guiará sobre cómo tener un estilo de vida saludable para el cerebro. Es importante mantener una buena memoria puede reducir el riesgo de demencia. | Inglés | |
| **Encuentrame** | Aplicación que te permitirá mantener permanentemente localizada a una o más personas con alzhéimer, proporcionándote una mayor tranquilidad, pudiendo hasta ausentarte, al mismo tiempo, que permanecen vigilados. | Español | |
| **No me dejes perder** | Aplicación móvil que realiza el control de posicionamiento y seguimiento para usuarios con enfermedades como el alzhéimer que necesitan ser controlados por un adulto o persona responsable. | Español | |



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | | |
|---|---|---|
| Alzheimer's day of the week | Dice el nombre del día de la semana. Esta aplicación fue creada para personas que sufren de la enfermedad de Alzheimer, y otros con condiciones similares, y los que cuidan de ellos. A medida que la enfermedad progresa, el paciente puede sentirse confundido y molesto por su incapacidad para llevar un registro de los días de la semana. | Inglés |
| Einstein Math Academy | Rápidos cálculos matemáticos mentales que sirven para ralentizar el envejecimiento mental, demencia, enfermedad de Alzheimer y otros trastornos mentales. | Inglés |
| Refresh my memory | Aplicación que te permite recordar donde has dejado las cosas por casa. Se dan de alta los objetos y las habitaciones, y se asocian dibujando sobre la foto de la habitación donde se encuentra el objeto. También dispone de la opción de recordar a personas mediante foto. | Español-Inglés-Fráncés |
| Memory matches | El juego de tarjeta clásico para probar y mejorar tu memoria. Un gran calentamiento para mantener su mente aguda y mantener el alzhéimer a distancia. | Inglés |
| ThinqOut Box | Diversos estudios han demostrado que al permanecer mentalmente activo desafiando acertijos difíciles y nuevas experiencias es una buena manera de mantenerse mentalmente sano. Esta actividad puede ayudar a evitar la enfermedad de Alzheimer. | Inglés |
| Horse Slide Puzzle | Rompecabezas. El uso de su cerebro haciendo rompecabezas puede ayudar a evitar la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. También se ha creado para mejorar tanto la memoria a corto plazo y largo plazo en general. | Inglés |



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | | | |
|---|---|---|---|
| Demention Prevention | Esta aplicación intenta establecer que la estimulación, a través de un número de palabras diferentes, la memoria y los juegos de lógica. | Inglés | |
| Dementia Screener | Es una aplicación para diagnosticar si una persona tiene síntomas de demencia. | Inglés | |
| GEOTONOME | Aplicación móvil que permite localizar fácilmente en tiempo real, a personas equipadas con alzhéimer mediante GPS. | Francés | |
| VisualMe | Localizador familiar, monitoreo familiar, rastreo familiar, protección familiar, buscador familiar y acompañamiento familiar.<br>Monitorea en tiempo real regalándole así la tranquilidad de saber que la persona con alzhéimer se encuentra segura y protegida en todo momento. | Español | |
| iFind Trackr Service | iFind es una forma muy agradable y fácil de crear y administrar sus propios dispositivos de seguimiento con el fin de mantener seguro al enfermo de alzhéimer. | Inglés | |
| Memory game | Esta pequeña aplicación se hizo para ayudar a las personas mantener sus mentes entrenadas para así ayuda a prevenir la demencia y alzhéimer. | Inglés | |



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | | | |
|---|---|---|---|
| Brain Training Guide | Interesante guía de ejercicios para entrenar el cerebro. | Inglés | |
| AlzNav | AlzNav es una aplicación simple de seguimiento y navegación diseñada para los adultos mayores y las personas en las etapas iniciales de la demencia, como los pacientes con alzhéimer. Aumenta su autonomía, aumentando su sensación de seguridad al salir al aire libre y también alivia las preocupaciones de los cuidadores, inspirándoles confianza que puedan ser advertidos si la persona se pierden o necesitan ayuda. | Inglés | |
| GPS tracking | Aplicación para seguir, en directo y en tiempo real, la ubicación utilizando cualquier teléfono. Funciona como un rastreador personal completamente funcional sin la molestia de llevar un dispositivo adicional a lo largo, para rastrear personas que tienen Alzheimer o demencia. | Inglés | |
| | Aplicación utilizada con la voz. Es un proyecto de investigación de la Universidad de Waterloo. La aplicación guarda datos y registros de audio y gps para el análisis. | Inglés | |
| Do it | Aplicación fácil de usar y gratuita que le ayuda a recordar sus actividades diarias. Guarda las listas de tareas con un solo clic y permite saber las tareas diarias. Esta pensada para personas de edad avanzada, especialmente aquellos que sufren de alzhéimer, para ayudar a refrescarles la memoria. | Inglés | |
| Where's grandma | Si tienes un enfermo de alzhéimer en la familia, esta aplicación te ayudará a encontrarlo. Cualquier familiar le puede llamar incluso en una ciudad lejana para reportar su ubicación. | Inglés | |
| MemScan | MemScan es una aplicación que permite al usuario con enfermedad de Alzheimer almacenar información con la ayuda de la tecnología NFC para poder recordarla. | Inglés | |



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

| | | | |
|---|---|---|---|
| Music therapy | Ofrece una serie de programas personalizados clínicamente probados de musicoterapia, diseñada para apoyar a individuos y cuidadores a través del poder de la música. | Inglés | |
| CanPlan | CanPlan promueve la independencia y aumenta la confianza, ayudando a las personas con desafíos cognitivos a completar las tareas con éxito. | Inglés | |
| Acuity Games | Destinado principalmente a personas con demencia, combina el mundo los juegos más populares del cerebro con la medición de la aptitud del cerebro de por vida. | Inglés | |



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

## -ANEXO Nº 7:

## -Aplicación Remember First. (Google Play).

**Remember First**, Es una herramienta fácil de usar que ayuda a mejorar la memoria a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson y cualquier otra demencia. También mejorar la comunicación con los cuidadores y otras personas alrededor. La aplicación está en uso en algún centro de atención de Alzheimer en Malasia, Singapur y Hong Kong.
Cuesta 1, 26 €.

Esta aplicación se hace fuera de la categoría y subcategoría de materiales. El usuario puede agregar el nivel ilimitado de sub-categoría. La aplicación se puede personalizar totalmente a través de:

-Inserción propia grabación de imágenes, audio y vídeo e incluso desde el teléfono o la tarjeta cámara.

- Examinar y elegir las imágenes, audio o vídeo desde el dispositivo que se mostrará en conjunto para el usuario de esta aplicación.

© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-ANEXO Nº 8:**

**-Act. 11. Taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para enfermos de Alzheimer.**

Lugar: aula multifuncional de cada centro.

Profesionales: trabajadora social y psicólogo

Participantes: enfermos de Alzheimer en fase leve

Duración: 60 minutos

**-Sesión 1: COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL.**

Se comunicará al grupo la naturaleza del entrenamiento en las habilidades comunicativas, los objetivos que se pretenden alcanzar y lo que se espera de ellos.

-Dinámica de presentación (10 m): cada participante coge una etiqueta adhesiva y escribe su nombre, se presenta y se pone la etiqueta.

Con la intención de fomentar su motivación, se realizará una explicación práctica de la importancia del lenguaje verbal y no verbal a la hora de comunicarse, dándole mayor importancia al lenguaje no verbal, la mirada, la expresión facial, los gestos, la sonrisa etc. (10 m.)

Se realizarán una serie de ejercicios tanto de comunicación verbal como de no verbal, a través de la técnica del modelado (30 m.)

Se finalizará la sesión con una relajación (5-10 m.). Y se les entregará por escrito tareas para casa para él y su familiar.

**-Sesión 2: RESOLUCIÓN PACÍFICA DE CONFLICTOS.**

-Dinámica de presentación grupal (10 m): cada participante coge una etiqueta adhesiva y escribe su nombre, se presenta y se pone la etiqueta.

En esta sesión se enseñará al grupo a relajarse antes de abordar determinadas situaciones problemáticas, porque la reducción de la ansiedad en esas situaciones favorecerá la actuación socialmente adecuada y la adquisición de nuevas habilidades.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Se hará una explicación teórica de aproximadamente 10 m. y se dedicará el resto de la sesión a hacer ejercicios de modificación de conducta, a través de la técnica del modelado (30 m.)

Se finalizará la sesión con una relajación (5-10 m.).Y se les entregará por escrito tareas para casa para él y su familiar.

**-Sesión 3: ASERTIVIDAD.**

-Dinámica de presentación (10 m): cada participante coge una etiqueta adhesiva y escribe su nombre, se presenta y se pone la etiqueta.

En esta sesión se entrenará para diferenciar entre la conducta agresiva, pasiva y asertiva a la hora de comunicarse.

Se hará una presentación oral de lo que es la asertividad y la conducta pasiva, agresiva y asertiva (10 m.). Se representará por parte de un modelo, por ej., de la persona que dirige el entrenamiento los tres tipos de conducta para después realizar ejercicios de rolplaying por los usuarios (30 m.).

Se pondrá un ejemplo para poder identificar claramente los tres estilos: El modelo se sienta en un restaurante a cenar. Cuando el camarero le trae lo que ha pedido, se da cuenta de que la copa está sucia, con marcas de pintura de labios de otra persona. El modelo representará los tres tipos de conducta:

**-Estilo pasivo.** No decir nada y usar la copa sucia aunque a disgusto.

**-Estilo agresivo.** Armar un gran escándalo en el local y decir al camarero que nunca volverá a ir a ese establecimiento.

**-Estilo asertivo.** Llamar al camarero y pedirle que por favor le cambie la copa.

Se finalizará la sesión con una relajación (5-10 m.). Y se les entregará por escrito tareas para casa para realizarlas él y su familiar.

**-Sesión 4: AUTOESTIMA.**

-Dinámica de cohesión (10 m.): **El ovillo de lana**. El grupo se sienta en círculo. La trabajadora social tiene el ovillo de lana, y se lo lanza a otra persona del grupo, justo antes de lanzarlo dice su nombre y dice una cualidad positiva que tiene. Quién recibe el ovillo sigue el mismo proceso y así el resto del círculo.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Se fomentará la autoestima, conocerse a uno mismo, con sus limitaciones, también cualidades y aspectos positivos.

Se hará una presentación oral de lo que es la autoestima y su importancia a la hora de relacionarse (10 m.) y se dedicará el resto de la sesión a ejercicios. Se realizará el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas con un modelo (30 m.). Se escenificarán situaciones que quitan la autoestima como por ejemplo, un amigo te critica como juegas al dominó, tu grupo de amigos no te incluyó en el paseo matinal, etc. Y situaciones que favorecen la autoestima como por ejemplo, tu hijo te pide consejo sobre un tema delicado, un compañero te dice que bien hablas, tus compañeros te eligieron como representante del centro, etc. Respuestas socialmente adecuadas, como por ejemplo: "muchas gracias por traerme el café (nombre de la persona)", y las respuestas no adecuadas como por ejemplo, "¡Oye (nombre de la persona) estoy harta de ti siempre me traes tarde el café!".

Se finalizará la sesión con una actividad de cierre (5 m.) y se pasará el cuestionario de satisfacción, donde se evalúa si la persona ha adquirido los conocimientos.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-ANEXO Nº 9:**

**-Act. 12. Taller de informática y telefonía móvil para enfermos de Alzheimer.**

Lugar: aula multifuncional de cada centro.

Profesionales: informático y trabajadora social.

Participantes: enfermos de Alzheimer en fase leve y un familiar.

Duración: 60 minutos

**-Sesión 1: TELÉFONO MÓVIL**

-Dinámica de presentación (5 m.): todos los participantes se colocan en un círculo, a continuación la trabajadora social dice su nombre en voz alta y le pide al grupo que continúen por orden a su derecha. Al finalizar la primera ronda la trabajadora social le pide a los participantes que vuelvan a repetir su nombre pero solo con las vocales.

Se hará una breve introducción teórica sobre las piezas y utilidad de un teléfono móvil (5 m.). A continuación los usuarios y sus familiares realizarán unas sencillas actividades de detección de dispositivos y operaciones sencillas como apagar y encender el móvil o cargar la batería Una vez asentados los conocimientos básicos, los mayores aprenderán a realizar y recibir SMS y WhatsApp (5 m.). Por último realización práctica por parte de los usuarios y de su familiar de lo aprendido y grabación del video (40 m.). Se finalizará la sesión con una relajación (5 m.).

**--Sesión 2: TABLET.**

-Dinámica de presentación (5 m.): todos los participantes se colocan en un círculo, a continuación la trabajadora social dice su nombre en voz alta y le pide al grupo que repita su nombre. A continuación indica que cada uno diga su nombre y el grupo lo repita en voz alta.



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

Se comenzará con una explicación breve de que es una Tablet. A continuación los usuarios y sus familiares realizarán unas sencillas actividades de detección de dispositivos y operaciones sencillas como apagar y encender la Tablet, cargar la batería y conectarse a Internet (10m.). Una vez asentados los conocimientos básicos, los usuarios y sus familiares aprenderán a realizar un correo electrónico y como enviarlo. Y realización práctica por parte de los usuarios de lo aprendido con sus familiares y grabación del video (40 m.). Se finalizará la sesión con una relajación (5 m.).

**-Sesión 3: PRESENTACIÓN APP.**

-Dinámica de presentación (10m.): todos los participantes se colocan en un círculo, a continuación la trabajadora social dice su nombre en voz alta y le pide al grupo que repita su nombre. A continuación indica que cada uno diga su nombre y el grupo lo repita en voz alta.

Se realizará una breve explicación y uso de la nueva App (10m.). A continuación los usuarios y sus familiares realizarán unas sencillas actividades de uso de la App (20m.). Una vez asentados los conocimientos básicos, los enfermos lo harán ellos solos bajo la supervisión del familiar y grabación de video (15m.) Se finalizará la sesión con una actividad de cierre (5 m.) y se pasará el cuestionario de satisfacción, donde se evalúa si la persona ha adquirido los conocimientos.

**-Sesión 4: REPASO.**

-Dinámica de presentación (5 m.): todos los participantes se colocan en un círculo, a continuación la trabajadora social dice su nombre en voz alta y le pide al grupo que repita su nombre. A continuación indica que cada uno diga su nombre y el grupo lo repita en voz alta.

Se realizará una breve explicación de lo realizado en las sesiones anteriores (5 m.). A continuación los usuarios y sus familiares realizarán con diferentes ejercicios un repaso de todo lo aprendido en las sesiones realizadas anteriormente (30 m.). Se finalizará esta última sesión con una actividad de cierre con la visualización de los vídeos realizados en las sesiones anteriores de cada usuario, y se les dará a cada uno la grabación para su casa (20 m.).



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-ANEXO Nº 10:**

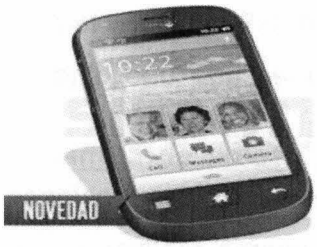
**- Tablet: IPAD AIR**

Una Tablet para todas las edades, fácil de usar y con una interfaz manejable y sencilla. El iPad Air es aún más fino que sus predecesores, con una extraordinaria potencia gracias a su procesador A7 de 1.4 GHz. El diseño Unibody no es solo sencillo y elegante, sino que además refuerza la estructura aumentando su resistencia. Su pantalla de 9´7, resolución de 2048x1536 píxeles, peso 469 gramos, procesador chip A7 DE 1. 4 GHz con coprocesador de movimiento M7, RAM de 1GB, batería de 32,4 vatios/hora 10 horas de vida, cámara de 5Mpx, internet WI-FI, WI-FI+3G/4G, Sistema operativo iOS 7.

Precio: 479€ - 869€ (depende del modelo).

**- Móvil:**

**Doro Liberto 810 - Teléfono Móvil Táctil Uso Sencillo**




Este teléfono móvil Doro Liberto 810 es ideal para principiantes que quieren disfrutar de un teléfono inteligente y todas sus aplicaciones, pero que a la vez les resulte fácil de manejar. Gracias a su diseño de iconos y textos de gran tamaño fáciles de identificar, así como sus menús simplificados, podrás



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

navegar, llamar y escribir mensajes de forma rápida e intuitiva. Por ello, ha sido considerado el Smartphone más sencillo de utilizar que existe hasta ahora. Miles de aplicaciones a su disposición, como WhatsApp, a través de la tienda Google Play, ya que el sistema operativo que utiliza este teléfono es Android.

Sus características son las siguientes: Pantalla a color, resolución 800 píxeles, tamaño de la pantalla 53x 87, pantalla táctil, Tamaño del móvil 126 x 66 x 12.5, batería para 11 horas, bluetooth, GPS, Wi-Fi, sistema operativo Android 4.1, SMS, cámara 5 Mpx.

Precio: 199,00 €



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**- ANEXO Nº 11:**

**-<u>Hoja de seguimiento de asistencia</u>.**

**Centro:**

**Hoja de asistencia para familiar y usuario:**

| Fecha. | Nombre del familiar o usuario | Parentesco | Observaciones. |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016

**-ANEXO Nº 12:**

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN**

**EVALUACIÓN DE LAS CHARLAS O TALLERES.**

**FECHA:**

**CENTRO:**

**EVALÚE ESTOS ASPECTOS**

**Pobre Regular Bueno Excelente.**

**Horario de los talleres o charlas.**

**Conocimientos de los profesionales.**

**Materiales y recursos.**

**Lugar y ambiente de los talleres o charlas.**

**-<u>Conteste a estas preguntas</u>:**

**¿Participarías en otros talleres o charlas similares?**

**Describa algo importante que aprendió.**

**¿Qué le gustó más de los talleres o charlas?**

**¿Qué le gustó menos de los talleres o charlas?**

**¿Has mejorado en la comunicación con tus familiares?**

**¿Has aprendido a utilizar un teléfono móvil y Tablet: SMS, correo electrónico y WhatsApp?**

**Por favor escriba sus comentarios:**



© Del documento, de los autores. Digitalización realizada por ULPGC. Biblioteca universitaria, 2016