

## Una propuesta de orientación espacio-temporal a partir de material fotográfico

Somos un grupo de Diplomados en Educación Social que realizamos, dentro de la asignatura de Pedagogía Gerontológica durante el curso 94-95, una propuesta de intervención socioeducativa dentro del campo de las demencias, centrada en la enfermedad de Alzheimer.

Antes de entrar en la explicación de la propuesta -unidad de programación- consideramos importante situar al lector, de forma superficial y desde una vertiente científica, sobre la enfermedad que centra nuestro trabajo, ya que de esta manera se podrá entender mejor el por qué de esta propuesta y su metodología.

Las personas que padecen algún tipo de demencia se encuentran afectadas por un síndrome mental adquirido orgánico, psíquico o mixto caracterizado por:

- Deterioro de la memoria (actual y remota).
- Padecimiento de uno de los siguientes síntomas: alteraciones del pensamiento abstracto, alteraciones del juicio, otros trastornos de las funciones corticales superiores (afasias, apraxias, agnosias, alteraciones cognitivas) o cambios de personalidad.

La personalidad demente puede padecer algunas de estas características etiológicas. Estas alteraciones del nivel de consciencia ocasionan un deterioro persistente de diversas funciones mentales y provocan la incapacidad funcional de la persona en relación a los ámbitos laborales y sociales que la caracterizan. En cualquier tipo de demencia podemos encontrar tres niveles o estadios:

- **La demencia leve** es una primera fase donde la persona afectada comienza a padecer trastornos de memoria, problemas de orientación y algún tipo de afasia nominativa, agnósia, y formas de apraxia constructiva. Todo ello comporta trastornos afectivos y cambios en la personalidad.

- **La demencia moderada** se caracteriza por una amnesia global que afecta gravemente la orientación témporo-espacial y que puede comportar retraimiento y cuadros de tipo psicótico con alucinaciones.

En una tercera fase encontramos **la demencia grave**: trastornos de incontinencia, alimentación, dificultades en la comunicación, reflejos arcaicos, todo ello, comporta un estado de terminalidad.

La propuesta de intervención que presentamos va dirigida a las personas afectadas de demencia en una primera o segunda fase. Para una tercera fase, podríamos trabajar la estimulación desde las dinámicas elaboradas dentro de las unidades de curas paliativas.

No obstante, también podríamos hablar de las capacidades conservadas en la demencia. J. Vila<sup>(1)</sup> nos describe algunas. La persona afectada puede conservar la memoria del pasado (memoria significativa), o la llamada también reminiscencia<sup>(2)</sup> que funciona como aquellos hechos personales que todavía son referenciales para la persona. Así mismo conserva algunas habilidades motrices que no ha perdido o que ha rutinizado. No obstante, lo más importante en este

## **La intervenciones van encaminadas a aumentar la calidad de vida de la persona**



sentido, es que la persona con demencia no pierde la capacidad emotiva o de sentimiento. Trabajar a partir de la reminiscencia y del sentimiento, nos lleva a una intervención encaminada, no tanto a la mejora, sino al mantenimiento de la situación de la persona. Destacamos que en el mundo de las demencias, el hecho de garantizar el mantenimiento de ciertas habilidades y capacidades personales ya se puede considerar un éxito.

Las intervenciones que proponemos van encaminadas a aumentar la calidad de vida de la persona, en todas las actividades psicosociales que desarrolla. Hay que tener en cuenta que todo lo que sucede en el entorno de la persona demente le afecta, y que por tanto, dependerá de los estímulos que le propongamos el que pueda mantener un estado determinado que no acelere su deterioro.

Una vez situado el lector de forma breve y concisa sobre el tema de fondo que se está tratando, entraremos en la planificación de la **unidad de programación** que hemos elaborado.

Como se desprende de lo anterior, se trata de una propuesta dirigida a aquellas personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, que básicamente padecen, según algunos estudios, personas de entre 45 y 95 años. Nuestra propuesta educativa se centra en trabajar las actividades de la vida cotidiana por medio de la relación de ayuda a personas con demencia que se encuentren en el comienzo de la enfermedad. El hecho de iniciar la realización de las actividades, que seguidamente expondremos, en la primera y segunda fase de la enfermedad, creemos que es determinante para ralentizar el máximo tiempo posible el proceso degenerativo que provoca.

Esta propuesta está pensada para llevarse a cabo en geriátricos, residencias de ancianos..., e incluso en un contexto familiar. Esta diversidad de contextos es fruto de la sencillez de los materiales que vamos a utilizar, ya que pueden ser utilizados por todas aquellas personas que trabajan en este campo desde la vertiente profesional o voluntaria, y también en algún caso, del contexto familiar, teniendo en cuenta, siempre, que es una propuesta educativa.

La relación que se establece con los destinatarios dependerá directamente del contexto donde se pueda realizar. En principio, está pensada para los educadores de los centros o para algún familiar, en el caso de que el destinatario esté viviendo con la familia. En cada situación debemos determinar el horario y la temporalización de la intervención.

Respecto a los recursos humanos que se requieren durante las actividades, destaca la asistencia de un **educador** que conozca aspectos importantes de los destinatarios, ya que es el profesional que dirige las actividades, y por tanto, es a partir de este conocimiento que podrá garantizar una intervención adecuada. No obstante, consideramos importante que asista otro profesional que juegue el rol de observador.

En cuanto a los recursos materiales, debemos disponer de un espacio donde no puedan darse situaciones de distracción. Además, es preciso contar con una mesa y sillas para el grupo. Es importante que cada mesa tenga una capacidad máxima para tres personas, con una cierta amplitud.

Centrándonos específicamente en las actividades, esta propuesta se caracteriza por un conjunto de actividades orientadas en temáticas concretas por medio de la relación de ayuda. Algunas de las temáticas tratadas son: los establecimientos y productos, el vestido, el entorno socio-afectivo más cercano, las nociones (ejemplo: lleno-vacío, abierto-cerrado,...), la orientación espacial, los instrumentos básicos para comer e higiene personal, los muebles, la alimentación..., como podemos ver, se trata de temas cotidianos y próximos a estas personas, lo que permite trabajar con la experiencia anterior que ellos mismos tienen, con aquello referencial que les haga sentir más activos, más vivos y, seguramente, más personas.

En esta propuesta pretendemos que la persona pueda realizar actividades que le ayuden a recordar aspectos o acciones que puedan ser significativas para ella, siempre teniendo en cuenta sus capacidades (memoria, limitaciones físicas, etc.). Es decir, se le anima, pero tendiendo, a la vez, a una potenciación o mantenimiento de su **autonomía y autoestima** que favorezca al máximo su grado de dignidad humana y de calidad de vida.

En cuanto a la duración de las actividades, ésta va en función de la persona y de sus peculiaridades. Hay que tener presente que la tipología de personas a quien se destina la propuesta, por su realidad, puede presentar situaciones imprevisibles. A pesar de ello, consideramos que pueden realizarse entre 15 y 20 minutos de duración.

Los objetivos generales planteados son:

- Mantener el máximo grado de autonomía de la persona con las actividades de vida diaria.
- Trabajar lo que es referencial y significativo para la persona.
- Mantener la integración en el medio, evitar la segregación o marginación y favorecer cambios de actitud para una mejor socialización.

Los contenidos se centran en las temáticas ya desarrolladas. A partir de estas temáticas se trabaja para la consecución de los objetivos. Para poder conseguirlos tenemos que plantearnos una serie de objetivos didácticos que determinan en gran medida la intencionalidad de cada una de las actividades que se pueden realizar. Una muestra de estos objetivos son: discriminar las nociones como: lleno-vacío, abierto-cerrado...; orientarse en el tiempo y en el espacio dentro del contexto habitual de la persona; identificar los instrumentos de comida; secuenciar de manera lógica las acciones de higiene personal, etc.

En nuestra intervención debemos tener presente que se trata de que la persona realice todo aquello que todavía sabe hacer, por tanto, es muy importante tomar en todo momento un posicionamiento empático, de comprensión, de tolerancia y de interés. Es imprescindible, además, obtener la confianza y la cooperación de la persona enferma durante las actividades, ya que sin su participación no se pueden conseguir los objetivos previstos. También hay que tener en cuenta que la persona se puede comunicar de forma no verbal, es decir, con el lenguaje del cuerpo, y es necesario hacer referencia a todas aquellas situaciones, objetos, personas, etc. que sean significativas para ella.

**Es  
imprescindible  
obtener la  
confianza y la  
cooperación de  
la persona  
enferma**



El material básico que se utiliza para nuestra propuesta son unas fichas -cada ficha corresponde a una actividad-, donde se indica el tema, el nombre, el número, la duración, los objetivos, los contenidos, el desarrollo, las orientaciones y el material. Este material está basado en fotografías centradas en los temas a trabajar. En las fichas se indica, mediante una numeración, las fotografías que se han de utilizar para llevar a cabo la actividad, que coincide con la numeración que se especifica en cada una de las fotografías -hay fotografías que se pueden utilizar en más de una actividad-. Nos encontramos con fichas que requieren la utilización de secuencias de imágenes, por tanto, hay que utilizar varias fotografías; otras son comparaciones de dos imágenes, y en otras se trata de identificar un objeto. Es importante resaltar que las secuencias no pueden ser largas, generalmente de 4 fotografías, sino es probable que la persona se bloquee o se disperse fácilmente.

En cuanto a las fases de acción, establecemos los siguientes momentos en la realización de nuestro proyecto:

- Un primer momento encaminado a decidir cuál es el colectivo a quien va dirigido el proyecto, la metodología, los objetivos, el sistema de evaluación y las actividades.
- Un segundo momento caracterizado por adecuar el material fotográfico al contexto concreto donde se aplica. Esto implica conocer la realidad de cada centro, su organización, las personas que lo forman, etc, y realizar las fotografías de aquello más significativo para los destinatarios. Hay que tener presente que existen imágenes que tienen que ser tomadas en el centro o en la casa donde se realicen las actividades y, en cambio, otras, por ser objetos y situaciones neutras, no requieren un contexto concreto.
- El tercer momento es el de la planificación del proyecto, con el material ya elaborado y adaptado.
- Por último, es el momento de la evaluación. Esta evaluación es importante realizarla, tanto durante la realización de las diferentes actividades, como al final de la aplicación del programa.

En todo momento creemos en una evaluación basada tanto en la participación del usuario como en la observación del educador que la realiza.

Este proyecto de evaluación se puede concretar en los siguientes apartados:

- Cómo evaluamos: pensamos que uno de los instrumentos capaces de ayudarnos en la realización del proceso es el *Criterio Mínimo Básico de Datos (CMBD)*, instrumento elaborado por el Consorcio Hospitalario de Catalunya adaptado para satisfacer las necesidades de nuestro programa.

Este instrumento nos permite, en un primer momento, elaborar un diagnóstico de la situación de la persona antes de iniciar la fase de aplicación del programa, así, nos será de ayuda el hecho de poder comparar de forma regular el diseño de nuestra intervención.

A modo de ejemplo, presentamos una serie de indicadores que debemos tener presentes en las actividades propuestas en las fichas que mostramos al final del artículo:

- Nivel de percepción: atento, disperso...
- Relación con el Educador: comunicación, comprensión...

- Estado de consciencia. orientado, obnubilado...
- Participación e interés: cooperación, atención, motivación...
- Estado de los sentidos: visión...
- Qué evaluamos: a partir de los indicadores elaborados para cada actividad de enseñanza-aprendizaje que se agrupan dentro del programa por temáticas diferenciadas: actividades de vida cotidiana (vestido, higiene personal, alimentación), funciones cognitivas (orientación témporo-espacial, percepción, atención y comprensión) y relación social (orientación témporo-espacial dentro del contexto más próximo, el entorno socio-afectivo más próximo: la familia, los amigos y los profesionales de los centros).
- Quién evalúa: como hemos constatado en los apartados anteriores, el diseño de la intervención tiene que ser compartido por dos personas, un educador que dirige la actividad y otro que observa la intervención. En la evaluación hay que tener en cuenta la opinión de estos profesionales y también la del propio usuario. Este planteamiento permite elevar la calidad de la intervención ya que en las evaluaciones, hay dos visiones a contrastar, tanto de la vertiente del usuario como la del mismo profesional que dirige la actividad. Este tipo de enfoque permitirá en gran medida la optimización de la intervención de los profesionales y el trabajo de fondo hacia el usuario.
- Cuándo evaluamos: primero es necesaria una evaluación diagnóstica, donde se describe con exactitud la situación de la persona antes de iniciar el desarrollo del programa. Esta evaluación nos será de utilidad para revisar periódicamente el desarrollo del proceso de intervención.

Después hablaremos de una evaluación formativa, donde toma importancia el proceso evaluador como tarea diaria y cotidiana, ya que nos permite redefinir la estrategia de intervención diseñada y descubrir qué actividades son más adecuadas para los usuarios.

Por último, la evaluación sumativa va en función del proceso personal de la persona, teniendo en cuenta que este proceso está íntimamente relacionado con el grado de demencia. En este momento realizamos una valoración de los resultados obtenidos a partir del diagnóstico inicial.

**NOTA:** Queremos resaltar que esta propuesta se está desarrollando en un centro residencial de ancianos y posiblemente, más adelante, se llevará a cabo en otro centro. Además, también será publicada dentro de un proyecto del Consorcio Hospitalario de Catalunya.

Josep Torrico, Sergi Bota, Maribel Castro, Anna Arrufat  
Diplomados en Educación Social. Miembros del grupo *Animación Estimulativa en Procesos de Demencia*, dirigido por Quico Mañós

(1) Taussig, M. i Vila, J. (1987) *La Atención al Anciano Institucionalizado con Trastornos Psíquicos y Cognitivos*. Documento elaborado dentro del Plan de Acción de Centros Residenciales de Personas con Demencia.

(2) Padierna, J.A. (1989) *Recuerdos y Terapia del Anciano*. Revista Psiquys, Volumen 10, pag.11-15.

(3) Hemos elaborado este artículo a partir de los artículos citados de Taussig i Vilà, y Padierna.

También a partir de la bibliografía básica sobre la enfermedad de Alzheimer:

■ ABC sobre la enfermedad de Alzheimer, Ed. Masson 1991.

■ Altimir, S. *Què cal saber sobre la malaltia d'Alzheimer*. Colección *Què cal saber, n°1*. Biblioteca Generalitat de Catalunya.

■ Además de otras publicaciones del INSERSO y La Comunidad Autónoma Vasca.