

SALTO

Cuaderno de formación
en animación social

Programa de formación

SALTO

PRODUCCIÓN INTELECTUAL 2

PI Nº. 2: Cuaderno de formación en animación social Programa de formación

Coordinación: Unibo (Elena Luppi)

Grupo de trabajo: Etcharry Training Development (Régine Anicet, Maia Berasategui, Michel Etchegaray), Cefal ER (Maria Grazia D'Alessandro), Diopter Open University (Lana Krvopić, Tanja Štimac), LHII Hernani (Mikel Perez).

Junio 2019



Contenido

1. Introducción	4
2. Marco conceptual	7
2.1. Referencias pedagógicas	8
2.1.1 Andragogia	9
2.1.2 Aprendizaje experiencial	11
2.2 Conceptos clave - bases	14
2.2.1 Calidad de vida	15
2.2.2 Empoderamiento.....	17
2.2.3 Cuidados	20
2.2.4 Buen trato.....	22
2.3 Referencias metodológicas	24
2.3.1 Enfoque centrado en la persona	25
2.3.2 Terapia de orientación de la realidad (TOR)	28
2.3.3 Enfoque de habilitación	30
2.3.4 Comunicación aumentativa alternativa (CAA)	32
2.3.5 Comunicación no violenta (CNV)	34
2.3.6 Reminiscencia	37
2.3.7 Validación	39
2.3.8 Método Montessori	42
2.3.9 Terapia ocupacional	45
2.3.10 Estimulación cognitiva	47
2.3.11 Estimulación sensorial	50
3. Unidades	53
3.1. UNIDAD 1 - BENEFICIARIOS/USUARIOS: CAMBIO DE MODELOS	55
3.2. UNIDAD 2 - ANIMACIÓN SOCIAL: UNA PALANCA PARA LA CALIDAD DE VIDA ...	57
3.3. UNIDAD 3 - RELACIÓN/COMUNICACIÓN CON BENEFICIARIOS/USUARIOS	59
3.4. UNIDAD 4 - COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO DE TRABAJO PARA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES	61
3.5. UNIDAD 5 - PARTICIPACIÓN DE FAMILIAS Y AMIGOS	63
3.6. UNIDAD 6 - EMPODERAMIENTO DE BENEFICIARIOS / USUARIOS	65
3.7. UNIDAD 7 - RELACIÓN CON EL ÁMBITO LOCAL	67
3.8. UNIDAD 8 - DESARROLLO DE UN PROYECTO DE ANIMACIÓN SOCIAL	69

SALTO

1. Introducción

1. Introducción

“Animation sociale” (FR), “animación social” (SP), “animazione sociale” (IT) es un nuevo término que se ha convertido en parte del lenguaje profesional cotidiano como lo demuestran los artículos en “animación” y revistas de trabajo social.

Este documento presenta la primera propuesta para implementar un contenido de formación sobre el tema de la animación social con una duración mínima de 150 horas y un formato basado en módulos diseñado para satisfacer las necesidades de cada sector.

Este cuaderno de formación ofrece un enfoque transversal a la animación social como un elemento de la terapia institucional y ya no como una mera actividad ocupacional en las prácticas de atención y apoyo para personas mayores y/o discapacitadas.

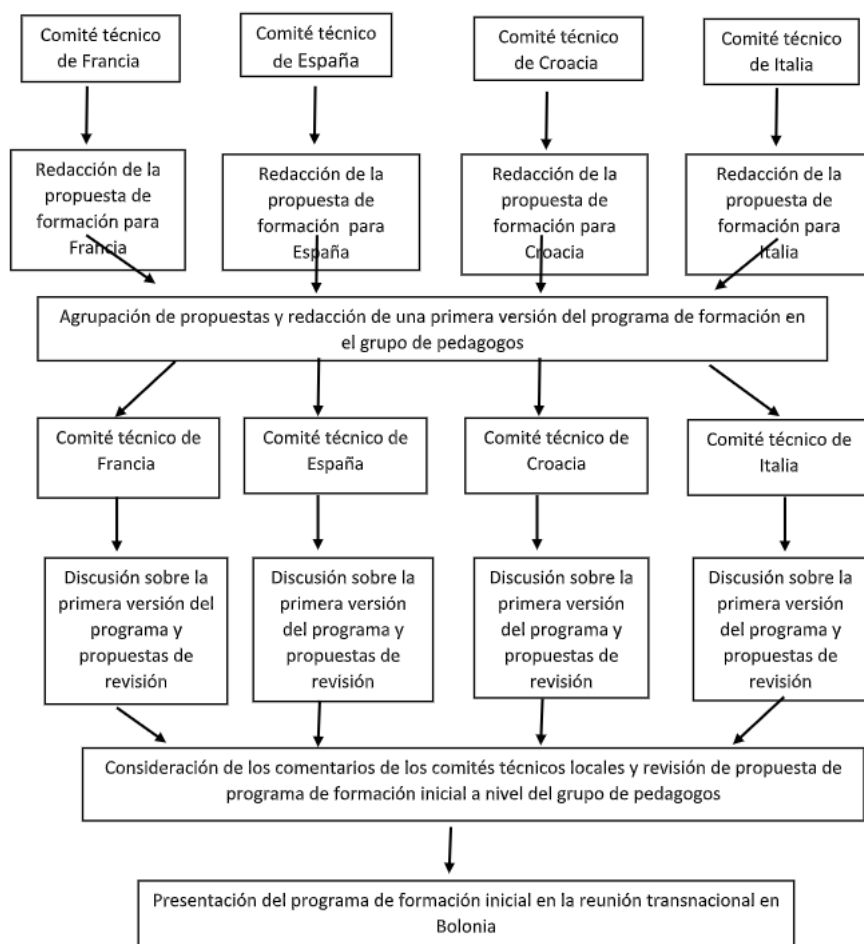
Este contenido de formación modularizado puede usarse en procesos de formación introductorios ofrecidos por universidades e instituciones de formación, así como por instituciones que brindan formación continua para profesionales en activo.

El programa de grado medio se ha modificado para tener en cuenta los comentarios recibidos por cada miembro del grupo de Pedagogos en sus comités técnicos locales. Todos los comentarios fueron agrupados por el grupo de Pedagogos y por los representantes del grupo que trabajan en la producción intelectual N° 3 durante una reunión y una sesión a través de Skype. La siguiente propuesta nació de la agrupación y co-construcción tanto en los Comités Técnicos como en el grupo de Pedagogos.

El proceso que condujo a la creación de este modelo inicial implicó varias fases participativas, con varias reuniones en persona y por Skype.

El diagrama de la página siguiente describe el proceso.

El grupo de Pedagogos desarrolló después un marco común de referencias pedagógicas y metodológicas que forma la base del programa de formación propuesto.



SALTO

2. Marco conceptual

SAITC

2.1. Preferencias pedagógicas

2. Marco conceptual

2.1 Referencias pedagógicas

2.1.1 Andragogía

Referencias pedagógicas
Andragogía
"Andragogía" se refiere al "conjunto de conocimientos relacionados con los estudiantes adultos de manera paralela y distinta del modelo pedagógico del aprendizaje de los niños" (Knowles, 1996). Knowles distingue entre los conceptos de andragogía y pedagogía porque cree que es posible identificar una serie de diferencias sustanciales entre el aprendizaje de niños y adultos. Knowles describe estas diferencias entre pedagogía y andragogía a través de seis principios clave: 1. La necesidad de saber: los adultos sienten la necesidad de saber por qué hay que aprender ciertas cosas y para qué se pueden usar. Por lo tanto, la tarea del formador es ayudar a los alumnos a tomar conciencia de la "necesidad de saber". Además, el aprendizaje puede reforzarse con experiencias reales. 2. Autoimagen: los niños son vistos y/o se ven a sí mismos como dependientes de los demás. Aunque los adultos se consideran responsables de sus propias vidas, hay situaciones en la vida, el trabajo o la escuela de las que dependen. En tales casos, su autoimagen necesita ser reelaborada y la tarea del educador de adultos es facilitar la transición de la dependencia a la capacidad de autonomía en el aprendizaje y en la vida. 3. El papel de la experiencia previa: la experiencia de aprendizaje de adultos se vuelve más voluminosa y cualitativamente diferente de la de los jóvenes. El nuevo aprendizaje debe integrarse de alguna manera a la experiencia previa. Esto indica que los recursos de aprendizaje más valiosos se encuentran en los propios alumnos. Por esta razón, el uso de técnicas experienciales (técnicas que tienen en cuenta las experiencias de los alumnos, como debates grupales, ejercicios de simulación, etc.) en relación con las técnicas de transmisión es fundamental en la educación de adultos. 4. Disposición a aprender: los adultos muestran una disposición a aprender lo que necesitan saber o saber hacer frente a las demandas de la vida, especialmente en las fases de la evolución. Los adultos están dispuestos a aprender lo que necesitan y saben cómo administrar sus vidas de manera efectiva. 5. Orientación de aprendizaje: la orientación de aprendizaje de adultos se centra en la vida real. De hecho, adquieren nuevos conocimientos, habilidades y valores mucho

más rápida y efectivamente cuando se presentan en el contexto de su aplicación a situaciones reales. La perspectiva es la de una implementación inmediata de lo aprendido.

6. Motivación: los motivadores más poderosos para los adultos son los internos, así como el aumento de la autoestima, la satisfacción laboral y la mejora de la calidad de vida.

Principios del modelo andragógico:

En 1984, Knowles sugirió 4 principios que se aplican al aprendizaje de adultos:

1. Los adultos deben participar en la planificación y evaluación de su instrucción.
2. La experiencia (incluidos los errores) proporciona la base para las actividades de aprendizaje.
3. Los adultos están más interesados en aprender materias que tienen relevancia e impacto inmediatos en su vida personal o su trabajo.
4. El aprendizaje de adultos se centra en los problemas más que en el contenido (Kearsley, 2010).

Para más información sobre este tema

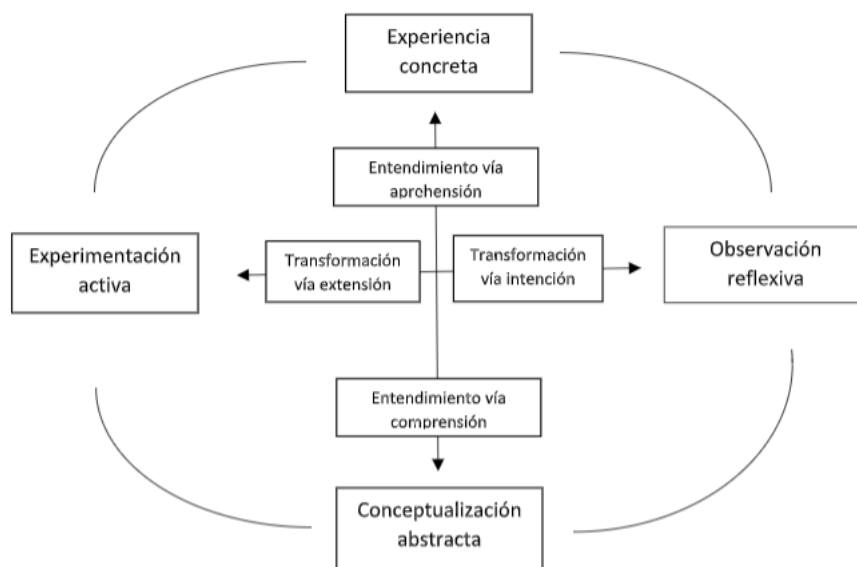
Referencias bibliográficas

Knowles, M. S. (1950) Informal Adult Education, New York: Association Press. Guide for educators based on the writer's experience as a programme organiser in the YMCA.
Knowles, M. (1975). Self-Directed Learning. Chicago: Follet.
Knowles, M. (1984). The Adult Learner: A Neglected Species (3rd Ed.). Houston, TX: Gulf Publishing.
Knowles, M. (1984). Andragogy in Action. San Francisco: Jossey-Bass.

2.1.2 Aprendizaje experiencial

Referencia pedagógica
Aprendizaje experiencial Influenciado por el trabajo de Dewey (1938), Lewin (1961), Piaget (1971) y Kolb (1984), el concepto actual de aprendizaje experiencial se refiere a un proceso en el que los participantes moldean sus conocimientos y perspectivas a través de interacciones emocionales y cognitivas con sus ambientes biofísicos y sociales. También desde esta perspectiva holística, Kolb recurre a cuatro verbos de acción para describir esta forma de aprendizaje: pensar, sentir, percibir y comportarse. Bell (1995) resume este enfoque describiendo el aprendizaje experiencial como una relación entre un individuo y su entorno en el que el individuo descubre una realidad concreta y significativa. En la primera etapa, el alumno experimenta activamente en lugar de ser colocado en una situación de recibir la experiencia de otros, tal como lo interpreta su maestro (Herbert, 1995). En el siguiente paso, en grupo, individualmente o con el instructor, el alumno tiene tiempo para pensar en cómo construir sus propios significados e información en función de su(s) experiencia(s). Por ejemplo, pueden pensar en lo que han aprendido, expresar sus sentimientos o posición sobre lo que ha sucedido, separar los elementos de la experiencia y relacionar estos elementos con sus conocimientos previos. El paso final es compartir el valor de la experiencia con otros o poner a prueba en el ámbito correspondiente lo que se ha entendido. La pedagogía del aprendizaje experiencial es, por lo tanto, similar a la pedagogía activa y afectiva: durante el proceso, los alumnos sienten emociones tales como el desafío, la compasión, el placer, la emoción, el asombro, la identificación y el deseo de compartir sus impresiones. Delay (1996) establece una conexión entre este tipo de aprendizaje y el descrito por las teorías constructivistas según el cual el conocimiento se construye a partir de la experiencia. En particular, el modelo de Kolb sintetiza los modelos de aprendizaje experiencial de Lewin, Dewey y Piaget, basándose en los siguientes supuestos comunes a los enfoques de los tres autores: - el aprendizaje es un proceso continuo basado en la experiencia; - el proceso de aprendizaje requiere la resolución de conflictos entre modalidades dialécticamente opuestas de adaptación a la realidad; - el aprendizaje es un proceso holístico de adaptación a la realidad; - el aprendizaje implica intercambios continuos entre la persona y el contexto en el que se encuentran; - el aprendizaje es el proceso de creación del conocimiento. Según Kolb, el proceso de aprendizaje experiencial puede describirse como un ciclo de cuatro fases que incluye cuatro modalidades de aprendizaje adaptativo: experiencia concreta,

observación reflexiva, conceptualización abstracta y experimentación activa. En este modelo, la experiencia concreta/conceptualización abstracta y la experimentación activa/observación reflexiva son dos dimensiones distintas, cada una de las cuales representa dos orientaciones adaptativas opuestas. Los fundamentos estructurales para el proceso de aprendizaje se basan en las transiciones entre estos cuatro modelos adaptativos, a través de procesos de aprehensión / comprensión e intención / extensión



Kolb (1984)

Kolb por lo tanto identifica cuatro etapas en el aprendizaje:

- Etapa de experiencia concreta (EC), donde el aprendizaje es principalmente el resultado de percepciones y reacciones a las experiencias;
- Etapa de observación reflexiva (OR), donde el aprendizaje se deriva principalmente de la escucha y la observación;
- Etapa de conceptualización abstracta (CA), durante la cual el aprendizaje se lleva a cabo mediante el análisis sistemático y la organización de la información y los flujos relacionados;
- Etapa de experimentación activa (EA), donde la acción, la experimentación y la verificación de resultados son la base del aprendizaje.

Durante la etapa de **experiencia concreta**, el énfasis está en la participación directa y personal. Esta actitud compromete la esfera emocional. La interpretación de las experiencias tiende a resaltar su singularidad y complejidad más que los posibles principios generales. El resultado se experimenta como un resultado personal y está respaldado por un enfoque intuitivo y

adaptabilidad situacional. Durante la formación, las actividades que fomentan esta fase son: actividades de taller, trabajo en el ámbito correspondiente, ejemplos, simulaciones, juegos de roles, formación en el trabajo y, en general, todas las actividades que recuerdan a los participantes la concreción y la aplicación.

Durante la etapa de **observación reflexiva**, el aprendizaje se centra en comprender el significado a través de la escucha, la confrontación y la observación imparcial. La comprensión, la calidad del análisis y la fiabilidad son de gran importancia. Durante la formación, las herramientas más adecuadas para esta fase son: lecciones, lecturas especializadas, referencias teóricas, debates, historias de casos.

Durante la etapa de **conceptualización abstracta**, el aprendizaje se centra en la organización lógica del contenido y en la posibilidad de identificar reglas y dinámicas de proceso que pueden aplicarse de manera generalizada. Las teorías abstractas y las demostraciones se desarrollan a través del análisis, la identificación de conceptos clave, el vínculo entre causas y efectos. La formación se lleva a cabo mediante herramientas como lecciones, artículos, representación gráfica y diagramas.

En la etapa de **experimentación activa**, el enfoque está en encontrar opciones para lidiar con una situación concreta.

El aprendizaje efectivo y completo involucra las cuatro etapas del proceso y no es relevante la etapa con la que se comienza. De hecho, es posible comenzar a aprender en cualquier etapa del ciclo. Cada uno requiere una variedad de habilidades para garantizar el progreso de la mejor manera posible.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Chartier Les styles d'apprentissage entre flou conceptuel et intérêt pratique/savoir

Dewey J. (1933) *How we think*. Heat, Boston.

Kolb D.A. (1984). *Experiential Learning: experience as the source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice Hall.

Pruneau, D. et Lapointe, C. (2002). *L'apprentissage expérientiel et ses applications en éducation relative à l'environnement*.

SAITC

2.2. Conceptos base - Bases

2.2 Conceptos clave - bases

2.2.1 Calidad de vida

Hoja informativa del concepto clave
Calidad de vida En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno". Según Monique Formarier, quien después de graduarse como mánager de atención médica asumió un rol de formadora y se convirtió en editora de la revista "<i>Recherche en soins infirmiers</i>", las áreas que influyen en la calidad de vida de una persona son: - el estado de salud y la gravedad de cualquier discapacidad, - aspectos psicológicos y espirituales, - familiares y amigos, - el nivel socioeconómico. El concepto se centra en la noción de percepción, "la satisfacción general de la persona con el significado general que le da al bienestar". Este énfasis en el punto de vista del individuo se suma a la complejidad del concepto: la calidad de vida es un criterio de evaluación que debe ser de naturaleza objetiva aunque sea el resultado de una interpretación subjetiva. La calidad de vida varía según el juicio de cada persona en función de sus propias normas y valores. Evoluciona con el tiempo, en diferentes etapas de la vida. Según Zribi y Poupée-Fontaine, la calidad de vida está en parte relacionada con las posibilidades que las personas tienen de participar en las decisiones que les afectan, tanto individual como colectivamente. De hecho, la calidad de vida tiene una dimensión subjetiva, es decir, cada individuo, de acuerdo con su sistema de valores, cultura, expectativas e inquietudes, tiene una percepción única de lo que le parece "bueno". Por lo tanto, para las personas con discapacidad, la calidad de vida se correlaciona con la oportunidad de expresarse sobre su proyecto personalizado. Esta idea afirma el derecho a: libre elección, consentimiento, acceso a toda la información y la participación de la persona en su proyecto personalizado. Se trata de reconocer a las personas como "sujetos" a los que se debe acompañar y no como "objetos" que se deben cuidar. La calidad de vida está también vinculada a la posibilidad de expresarse a nivel colectivo, residencial y urbano. El objetivo es permitir que las personas ejerzan su función como ciudadanos en lugar de limitarse a la función de beneficiarios pasivos.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Formarier M., Les concepts en sciences infirmières Edition association de recherche en soins infirmiers

Zribi et Poupée-Fontaine, Dictionnaire du handicap éditions aux presses de l'EHESP

Article: des recommandations de l'ANESM sur la qualité de vie EHPAD : pourquoi ce thème Empan vol 92.

<http://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL-BIBLIOGRAPHY.pdf>

2.2.2 Empoderamiento

Hoja informativa del concepto clave
Empoderamiento La idea del papel del individuo como actor y ciudadano es la base del apoyo que la acompaña. El empoderamiento reconoce y fortalece las capacidades de toma de decisiones y actuación de las personas, tanto a nivel individual como colectivo. Según William Ninacs (2008 p.140), el empoderamiento reúne 4 componentes clave: participación, competencia, autoestima y conciencia crítica. Como un todo y en su interacción, permiten un cambio de una posición donde el individuo está privado del poder de actuar a uno donde sea capaz de actuar como resultado de sus propias decisiones. La OMS define el empoderamiento en un contexto de salud mental de la siguiente manera: "el empoderamiento se refiere a los niveles de elección, decisión, influencia y control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer sobre los eventos en sus vidas". El empoderamiento es un concepto que se refiere a una serie de habilidades y recursos que permiten a una persona ejercer un poder positivo o al menos proporcionar espacio para maniobrar en su propia vida. Según las definiciones de Rappaport (1981) y Zimmerman (2000), el empoderamiento es un proceso mediante el cual los individuos aumentan su capacidad de controlar activamente sus propias vidas y abarca tres dimensiones estrechamente vinculadas: un nivel individual y psicológico, un nivel social y organizacional y un nivel político o colectivo. Se pueden distinguir tres dimensiones de empoderamiento: - la dimensión individual (se relaciona con el bienestar y la construcción de proyectos), - la dimensión socio-relacional (se refiere a la persona en su relación con los demás), - la dimensión institucional (se relaciona con la vida de la persona dentro de las organizaciones, su trabajo o con respecto a la organización de su tiempo libre). El empoderamiento o la falta de él tiene implicaciones para las tres diferentes dimensiones de la vida de una persona. Un proyecto destinado a desarrollar el empoderamiento del individuo, para que sea autónomo y capaz de ejercer su margen de intervención e iniciativa en el contexto de su vida, debe trabajar en varias dimensiones y áreas. Las competencias relacionadas con el empoderamiento se pueden definir en relación con las tres dimensiones mencionadas anteriormente. Con respecto a la dimensión individual del empoderamiento, un proceso educativo puede ayudar a desarrollar las siguientes habilidades: autoestima, confianza en sí mismo, sentido de autoeficacia (autoevaluación, sentirse capaz de hacer frente a situaciones problemáticas), capacidad de autoevaluación (identificar fortalezas y debilidades, hacer un balance de las habilidades), la capacidad de leer y comprender la experiencia (contar y analizar los episodios más importantes, positivos o negativos, en la vida de uno), el locus de control (mi parte del

libre albedrío sobre los eventos, el significado que le doy a lo que me pasa), estrategia de adaptación (cómo lidiar con un problema, definir estrategias de logro).

Con respecto a la dimensión socio-relacional, un proyecto centrado en la noción de empoderamiento, a través del trabajo en grupo y las metodologías de aprendizaje cooperativo, debería permitir avanzar en las siguientes habilidades: comunicarse dentro del grupo (comunicar opiniones y puntos de vista), cooperar, desempeñar diferentes roles en el grupo (propuesta, oposición, mediación, orientación), manejar conflictos en el grupo (reconocer, comprender / analizar, resolver conflictos), perseguir los objetivos del grupo (definir objetivos, un plan de trabajo, desarrollar métodos, dividir el trabajo para lograr la meta), liderar y monitorear el trabajo grupal (evaluando el éxito laboral en el proceso, hacer cambios si es necesario).

A nivel institucional, el empoderamiento significa crear las condiciones organizativas para que la persona se sienta parte del grupo, para que sea plenamente consciente de sus derechos y deberes, para que sea tomado en cuenta (participar en la vida de la institución, asumir la responsabilidad, organizar actividades) y para participar en las decisiones que les conciernen.

El empoderamiento es, por lo tanto, un término que involucra todos los conocimientos, habilidades y modalidades relacionales a través de las cuales un individuo o grupo puede establecer objetivos y desarrollar estrategias para lograrlos de manera efectiva, utilizando los recursos existentes.

En cuanto a la acción se refiere, ejercer el empoderamiento significa:

- ser capaz de perseguir objetivos,
- comprometerse a lograr estos objetivos,
- percibir que hay espacio para maniobrar en eventos,
- gestionar cambios,
- construir relaciones positivas,
- cooperar

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Bacqué M-H et Biewener C., L'empowerment, une pratique émancipatrice? Paris La découverte.

Jouffray C., Développement du pouvoir d'agir presses de l'EHESP

Ninacs W.A. (2008), Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité" Québec, presses de l'université de Laval.

Rappaport, J. (1981). *In Praise of Paradox. A Social Policy of Empowerment over Prevention*. American Journal of Community Psychology, 1, 1-25.

Vallerie B., Interventions sociales et empowerment, éditions l'Harmattan

Zimmerman M.A. (2000), Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis, in J. Rappaport, E. Seidman, "Handbook of Community Psychology", New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

2.2.3 Cuidados

Hoja informativa del concepto clave
Cuidados El modelo “<i>Gentlecare</i>” o de cuidados, desarrollado por Moyra Jones (1996), es un enfoque dedicado a personas mayores y cuidadores para promover el bienestar de los primeros y reducir el riesgo de agotamiento de los segundos. Este enfoque se centra en las personas mayores y la preservación de la continuidad de la vida. Requiere, como punto de partida, un análisis de la persona: condición clínica y patológica, reconstrucción de la biografía, características personales y contextuales (Guaita, Jones, 2000). Este análisis de espectro amplio se complementa con una evaluación del impacto que la enfermedad tiene en el individuo, tanto física como psicológicamente, en relación con su experiencia con la enfermedad y las estrategias de afrontarlo. Esta evaluación se lleva a cabo utilizando herramientas cuantitativas, típicas de la evaluación multidimensional y cualitativa, donde los cuidadores (profesionales y cuidadores familiares) asumen el papel de observadores de los participantes y su relación con los ancianos. Los ancianos son el objeto de evaluación y autoevaluación. Esta evaluación incluye las capacidades residuales de los ancianos, las acciones y rutinas diarias, las acciones y responsabilidades de los cuidadores, y los riesgos de estrés. Este complejo y extenso proceso de evaluación conduce a la implementación de un proyecto de cuidados, basado en objetivos realistas, a través del análisis de las fortalezas y debilidades del paciente y de la situación dada (Carbone, Tonalì, 2007). En el diseño del cuidado, el modelo “<i>Gentlecare</i>” o de cuidados analiza el entorno físico, es decir, el lugar y el espacio (o espacios) de cuidados (Guaita, Jones 2000) que deben caracterizarse por: seguridad, facilidad de acceso y movilidad, funcionalidad, flexibilidad y cambio. El cuidador también juega un papel importante en el proyecto de cuidados, compartiendo y comunicándose con los coordinadores, que deben ser conscientes de la dinámica relacional dentro del núcleo familiar y de los recursos de la familia de la persona mayor, desde técnicas de organización y gestión diaria hasta estrategias para lidiar con situaciones críticas (Vitali, 2004). Las actividades consisten en una rutina diaria adaptada a cada paciente. Se basa en los elementos biográficos y el contexto, conocidos y tranquilizadores para la persona, y en la mejora de sus fortalezas. El objetivo es crear una correspondencia completa entre las necesidades y las actividades propuestas. Los ejemplos de actividades que abordan la necesidad de seguridad e integridad biológica incluyen el control del dolor, poder permanecer en posiciones cómodas, tener suficiente tiempo de descanso, conservar energía y disfrutar de una rutina familiar.

Ejemplos de cómo las necesidades y actividades se relacionan con un sentido de pertenencia son: relación con las mascotas, posesión y acceso a objetos personales importantes, plantas, la posibilidad de recibir estimulación sensorial, escuchar, tocar, organización espacial.

Con respecto a la autoestima, las necesidades relacionadas con las actividades se identifican de la siguiente manera: reminiscencia y recuerdos, control del dinero, oportunidades para ayudar a otros, enseñanza, aprendizaje, recordar y participar en actividades creativas. (Vitali, 2004)

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Jones M. (1996) Gentle Care Changing the experience of Alzheimer's Disease in a positive way. Moyra Jones Resources, Burnaby BC, Canada.

Guaita A, Jones M., (2000), Il progetto GentleCare. Giornale di Gerontologia.

2.2.4 Buen trato

Hoja informativa del concepto clave
Buen trato Según la Alta Autoridad de la Salud francesa (AAS), "el buen trato es un enfoque global para atender a los pacientes y dar la bienvenida a sus familiares y amigos con el objetivo de promover el respeto de sus derechos y libertades, así como garantizar que sean escuchado y se satisfazan sus necesidades, al tiempo que se previene un mal trato. Este enfoque global destaca los roles e interacciones entre los diversos actores, es decir, el profesional, la institución, el paciente y su red de apoyo más amplia. Requiere preguntas individual y colectivo de los actores involucrados". De acuerdo con las recomendaciones para una buena práctica profesional de la Agencia Nacional para la Evaluación y Calidad de las Instituciones y Servicios Sociales y Medicosociales (ANESM¹), "el buen trato es una cultura que inspira acciones individuales y relaciones colectivas dentro de una institución o servicio. Pretende promover el bienestar del paciente teniendo en cuenta el riesgo de un mal trato. No se limita a la ausencia de maltrato o la prevención del maltrato. El buen trato se caracteriza por una búsqueda permanente de individualización y personalización del servicio prestado Solo se puede lograr dentro de una estructura dada después de continuos intercambios entre todas las personas involucradas ”. Los fundamentos del buen trato: - El buen trato se deriva de una cultura compartida de respeto por la persona y su historia, dignidad y singularidad. - Para el profesional de la salud, el buen trato equivale a una forma de ser, decir y actuar, consciente de los demás, respondiendo a sus necesidades y solicitudes, respetuoso de sus elecciones y rechazos. El buen trato incluye la preocupación de mantener un marco institucional estable, con reglas claras, conocidas y seguras para todos y un rechazo inflexible de cualquier forma de violencia. - Se valora la voz del paciente y la familia. El buen trato es un enfoque concreto que responde a sus derechos y decisiones. - El proceso de buen trato es un perpetuo de ida y vuelta entre pensar y actuar. Requiere tanto una reflexión colectiva sobre las prácticas de los profesionales como una implementación rigurosa de las medidas recomendadas por esta reflexión colectiva para mejorarlas. Con esto en mente, lleva a la adopción de una cultura de cuestionamiento permanente. - La búsqueda de un buen trato es un proceso continuo de adaptación a una situación dada. En esencia, es interminable. Implica una constante reflexión y colaboración entre

¹La ANESM entró en la Alta Autoridad de la Salud (AAS) el 1 de abril de 2018.

todas las personas involucradas en el apoyo personal, a fin de encontrar la mejor respuesta posible a una necesidad identificada en un momento dado.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Bien-traitance et management dans les lieux d'accueil: de la maternité au grand âge / sous la direction de Danielle Rapoport. – Belin, 2016. – 1 vol. (271 p.).

Bientraitance et qualité de vie. Tome 2, Outils et retours d'expériences / coordonné par Michel Schmitt ; avec la collaboration de Luisa Aurojo-Attali, Marie Beaulieu, Marie-Ève Bédard... [et al.]. - Elsevier Masson, 2015. - 1 vol. (XX-293 p.).

L'éthique à l'épreuve des violences du soin / sous la direction de Dominique Davous, Catherine Le Grand-Sébille, Étienne Seigneur. - Érès, 2014. - 1 vol. (292 p.). - (Collection Espace éthique)

Prévenir les maltraitements pour des soins et une relation d'aide humanistes / sous la direction de Michel Schmitt ; avec la collaboration de Vincent Bilger, Loïc Blanchard, François Bricaire... [et al.] ; préface de Martine Chriqui-Reinecke. - Elsevier Masson, 2013. - 1 vol. (XXIX-317 p.).

SAITC

2.3. Referencias metodológicas

2.3 Referencias metodológicas

2.3.1 Enfoque centrado en la persona

Ficha metodológica de referencia
Enfoque centrado en la persona
Actualmente, la atención prestada a las personas mayores en los servicios de atención y hogares de ancianos está estrechamente relacionada con los déficits y las patologías que sufren, lo que dificulta la percepción de la persona como un individuo único, diferente y valioso. En este sentido, la atención se ha diseñado desde una perspectiva de bienestar, donde el profesional y la institución deciden por el bien de los demás (mejorar su salud, mantenerlos seguros...) mientras ignoran lo que estas personas sienten y piensan. Es importante destacar que llevar una vida significativa también es esencial para ser feliz en la vejez. La atención centrada en la persona consiste en apoyar a las personas que reciben ayuda de manera personalizada para desarrollar su propio proyecto de vida, con su participación efectiva y teniendo en cuenta, además de sus necesidades, sus preferencias y deseos. El Enfoque Centrado en la Persona (ECP) se basa en reconocer la dignidad de cada individuo y su derecho a continuar siendo dueños de sus propias vidas. Cuando una persona necesita apoyo, la salud y el cuidado personal son esenciales, pero también lo son las cosas que aman, sus hábitos y relaciones personales. Lo que es crucial en este modelo es saber y defender lo que es realmente importante para cada persona en el momento actual de su vida. El proyecto de vida de cada persona corresponde a las elecciones y estrategias que cada individuo implementa para lograr sus objetivos y satisfacer sus deseos con respecto al trabajo, la familia, el ocio... Todos, consciente o inconscientemente, tienen un proyecto de vida. Los ancianos también tienen su propio proyecto de vida. En el modelo ECP, los profesionales y las organizaciones sirven de apoyo a las personas mayores para que sigan sus proyectos de vida. En este sentido, el individuo es un protagonista activo que decide lo que quiere y cómo quiere vivir su vida. El entorno y la organización se convierten en el soporte para desarrollar proyectos de vida y garantizar el bienestar de las personas. ECP es un modelo que requiere el liderazgo de los gerentes de los centros, la participación de profesionales y la participación de los beneficiarios y sus familias. En algunos casos, todo esto implica cambios en las organizaciones. Para profundizar el modelo, destacamos cinco aspectos importantes: 1. Profesionales: en este modelo, los profesionales no actúan como prescriptores expertos que indican en todo momento qué hacer o no hacer con los pacientes. Además de proporcionar pautas técnicas para la atención y protección adecuada de los pacientes, realizan nuevas tareas relacionadas con la escucha y la observación, el entrenamiento, la motivación y la búsqueda de oportunidades y apoyo. Los profesionales pueden empoderar a los pacientes.

2. Un entorno físico agradable y significativo: el entorno físico es una dimensión muy importante para el bienestar de las personas. La atención centrada en la persona busca crear un ambiente cálido, lejos del carácter institucional que generalmente se encuentra en los centros que atienden a personas con discapacidades o que son frágiles. El objetivo es garantizar que estas estructuras se asemejen a hogares normales y, en resumen, que el entorno físico ayude a crear un clima amigable, feliz y estimulante (pero tranquilo).
3. Actividades terapéuticas "significativas": se da gran importancia al hecho de que las actividades terapéuticas sean importantes para las personas. Se dejan atrás las actividades rutinarias, aburridas o infantiles, que no son muy motivadoras. Se buscan y desarrollan actividades que realmente tengan sentido. El objetivo es presentar propuestas en las que las personas no se sientan obligadas a participar solo porque los profesionales las recomiendan. Esto implica un gran desafío dentro del modelo, porque sin abandonar los objetivos terapéuticos, algunas intervenciones deben adaptarse y personalizarse y deben generar nuevas alternativas.
4. Participación de los ancianos y sus familias en el Plan de Cuidado y Vida: en el ECP, la participación de la persona en la forma en que se la atiende es algo que no se puede renunciar incluso cuando la persona sufre de un deterioro cognitivo severo. Obviamente, el apoyo de los miembros de la familia, amigos cercanos y profesionales es necesario. Para lograr este apoyo, estas personas pueden tomar decisiones en cualquier momento del día una vez que se hayan identificado las oportunidades para elegir.
5. Para que todas estas consideraciones sean efectivas, la organización debe ser flexible y, por lo tanto, deben hacerse algunos cambios a nivel organizacional. Con este fin, se promueven, planifican e implementan gradualmente posibles cambios sin perder de vista el hecho de que la calidad de vida y el bienestar de las personas son importantes. Se realizan esfuerzos para avanzar sobre la base del consenso y con este fin se alienta la participación de las personas mayores, sus familiares y especialmente los profesionales del cuidado.

Para más información sobre este tema

Referencias Bibliograficas

Hafskjold L, Sundler AJ, Holmström IK, Sundling V, Van Dulmen S & Eide H. (2015). A Cross-Sectional Study On Person-Centred Communication In The Care Of Older People: The Comhome Study Protocol. *Bmj Open*, 5 (4), E007864.

Lloyd B & Stirling C. (2015). A Tool To Support Meaningful Person-Centred Activity For Clients With Dementia – A Delphi Study. *Bmc Nursing*, 14 (1), 10.

Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J & Muñiz J. (2015). Spanish Validation Of The Person-Centered Care Assessment Tool (P-Cat). *Aging & Mental Health*, (Ahead-Of-Print), 1-9

- Roberts G, Morley C, Walters W, Malta S & Doyle C. (2015). Caring For People With Dementia In Residential Aged Care: Successes With A Composite Person-Centered Care Model Featuring Montessori-Based Activities. *Geriatric Nursing*, 36 (2), 106-110
- Rokstad AMM, Vatne S, Engedal K & Selbæk G. (2015). The Role Of Leadership In The Implementation Of Person-Centred Care Using Dementia Care Mapping: A Study In Three Nursing Homes. *Journal Of Nursing Management*, 23 (1), 15-26.
- Ross H, Tod AM & Clarke A. (2015). Understanding And Achieving Person-Centred Care: The Nurse Perspective. *Journal Of Clinical Nursing*, 24 (9-10), 1223-1233.
- Sjögren K, Lindkvist M, Sandman PO, Zingmark K & Edvardsson D. (2015). To What Extent Is The Work Environment Of Staff Related To Person-Centred Care? A Cross-Sectional Study Of Residential Aged Care. *Journal Of Clinical Nursing*, 24 (9-10), 1310-1319.
- Vikström S, Sandman PO, Stenwall E, Boström AM, Saarnio L, Kindblom K & Borell L. (2015). A Model For Implementing Guidelines For Person-Centered Care In A Nursing Home Setting. *International Psychogeriatrics*, 27 (01), 49-59.
- Villar F, Vila-Miravent J, Celdrán M & Fernández E. (2015). Assessing The Well-Being Of Patients With Dementia: Validity And Reliability Of The Spanish Version Of The Dementia Care Mapping (Dcm) Tool/La Evaluación Del Bienestar En Pacientes Con Demencia: Validez Y Fiabilidad De La Versión Española Del Dementia Care Mapping (Dcm). *Estudios De Psicología*, (Ahead-Of-Print), 1-24.

2.3.2 Terapia de orientación de la realidad (TOR)

Ficha metodológica de referencia
Terapia de orientación de la realidad (TOR) Este es el enfoque de estrategias múltiples más conocido (Taulbee, 1984, Zanetti et al., 2005). Esta metodología fue ideada por Folsom (1968) y luego desarrollada como una técnica de rehabilitación específica para pacientes que sufren de dano o deterioro cognitivo (Baldelli 1990, Zanetti 1995, Baines et al 1987). Esta técnica se centra en la estimulación cognitiva de los pacientes. Se les presenta información sobre su historia personal y su entorno espacio-temporal para reducir sus trastornos de comportamiento y orientación y mejorar su autonomía y calidad de vida. Su objetivo es ayudar a los pacientes a reorientarse en relación con su propia historia y su entorno. Existen dos métodos terapéuticos complementarios: 1. TOR informal 2. TOR formal ("en un contexto estructurado con profesionales") La TOR funciona bien con pacientes con un deterioro cognitivo desde leve a moderado, sin déficits sensoriales y trastornos de conducta que pueden afectar la participación en las sesiones. Sin embargo, se pueden considerar los siguientes trastornos: apatía, depresión, trastornos del apetito. La TOR formal, después de la formación, puede ser proporcionada por un coordinador, educador, psicólogo u coordinador bien capacitado. La TOR informal puede ser proporcionada por un coordinador, educador, psicólogo, coordinador, enfermero, miembro de la familia. La TOR es actualmente uno de los pocos ejemplos de "entrenamiento cognitivo" que puede producir resultados positivos en pacientes con demencia. El entusiasmo con el que ROT ha sido aceptado por los profesionales de la salud puede explicarse, al menos en parte, por su técnica simple y económica, administrada por personal relativamente poco cualificado. Además, la TOR ofrece a los profesionales y familiares una sensación de "hacer algo" por la persona que tiene una condición médica. La principal crítica de la TOR es que, cuando se enfrenta con un rendimiento cognitivo mejorado, no hay impacto en el nivel funcional y las habilidades cotidianas. Según sus críticos, la efectividad de la TOR depende esencialmente del entusiasmo de los coordinadores.
<u>Para más información sobre este tema</u>
<u>Referencias bibliográficas</u> Baines S, Saxby P, Ehlert K. (1987), Reality orientation and reminiscence therapy. A controlled cross-over study of elderly confused people, Br. J Psychiatry Aug;151:222-31.

Folsom JC. (1968): Reality orientation for the elderly mental patient. J.Geriater.Psy- chiat.: 294, Spring.

Folsom JC and Folson GS: (1974), The real world. Mental Health: 29-33.

Onder G, Zanetti et al. Br.J. Psychiatry 2005; 187; 450-455 "Efficacy of a home-based reality orientation therapy programme combined with cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: a randomised controlled trial"

2.3.3 Enfoque de habilitación

Ficha metodológica de referencia
<u>Enfoque de habilitación</u> El enfoque de habilitación (EH) es una modalidad de relación interpersonal basada en el habla que tiene como objetivo una convivencia positiva entre las personas mayores frágiles y/o los que sufren de demencia, coordinadores y familiares. El método utilizado es el reconocimiento de habilidades básicas y se puede utilizar en todas partes y se aplica también a la formación de coordinadores. Nacido en 2000 en el grupo Anchise siguiendo el conversacionalismo de Giampaolo Lai, el enfoque se enriqueció con las contribuciones de otros autores: Naomi Feil y <i>la validación</i>, Tom Kitwood y <i>el enfoque psicosocial</i>, Moyra Jones y <i>los cuidados</i>, Amartya Sen y <i>el enfoque de habilitación</i>. EH supera el enfoque tradicional de asistencia que comienza con un análisis de las necesidades de los usuarios y, en el caso de las personas con demencia, trata de satisfacerlas sin su participación. Se considera que el EH cinco habilidades básicas: 1. “<i>La habilidad del habla</i>”, es decir. producir palabras independientemente de su significado. Valoramos la palabra, especialmente la de la persona que sufre de demencia, sea lo que sea, incluso si está truncada, repetida o no tiene sentido, porque la persona que está hablando no está aislada, se desliza inmediatamente en un contexto. Buscamos, a través de técnicas verbales apropiadas, mantener vivo el uso del habla, convencidos de que las palabras de la persona con demencia tienen significado (desde su punto de vista) incluso si no lo entendemos. 2. “<i>La capacidad de comunicación</i>” (diferente del habla) expresada a través del lenguaje verbal, paraverbal y no verbal. 3. “<i>La capacidad emocional</i>”, es decir, sentir emociones, reconocer y compartir las emociones de otra persona 4. “<i>La capacidad de negociación</i>”, es decir, la competencia para negociar cosas de la vida cotidiana (se puede observar una expresión de esta competencia en la elección del tema de la conversación durante los intercambios verbales). 5. “<i>La capacidad de decisión</i>”, se refiere a las elecciones diarias incluso en presencia de déficits cognitivos y en contextos de reducida libertad de decisión. Las expresiones extremas de esta competencia están representadas por comportamientos de oposición, cierre relacional y aislamiento del mundo. En un entorno favorable, los ancianos pueden llevar a cabo las actividades que son capaces, sin sentirse culpables, con el único propósito de ser felices (tanto como sea posible) de hacer lo que hacen, como lo hacen, en el contexto en el que ellos se encuentran.

La segunda característica del enfoque de habilitación es que puede usarse tanto en contextos específicos (por ejemplo, entrevista de ingreso a hogares de ancianos, entrevistas individuales, grupos de enfoque para personas con demencia, grupos de autoayuda para familiares, cursos de formación) como en actividades no específicas. como reuniones ocasionales de la vida diaria y actividades profesionales de cada coordinador.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Vigorelli P, (2019), The Enabling Approach projects for elderly with dementia, Youcanprint.

2.3.4 Comunicación aumentativa alternativa (CAA)

Ficha metodológica de referencia
Comunicación aumentativa alternativa Comunicación aumentativa alternativa (normalmente abreviada a CAA) es el término utilizado para describir todos los modos de comunicación que pueden ayudar a comunicarse con personas que tienen dificultades con los canales de comunicación más utilizados, especialmente el lenguaje y la escritura. Se define como "aumentativo" porque no simplemente reemplaza o propone nuevos modos comunicativos sino que, al analizar las habilidades del sujeto, indica estrategias para amplificarlos (por ejemplo, vocalizaciones, lenguaje verbal, gestos y signos). Se llama "alternativa" porque utiliza estrategias y técnicas más allá del lenguaje hablado. Este enfoque tiene como objetivo crear oportunidades para una comunicación real y una participación efectiva de la persona; por lo tanto, debe ser flexible y hecho a medida por la persona misma. Este tipo de comunicación puede incluir el uso de nuevas tecnologías para la estimulación cognitiva. Algunos estudios han demostrado que el uso de nuevas tecnologías (tabletas, programas de <i>PC-touch</i> CAA) conduce a una mejor atención, coordinación manual de los ojos y un mejor manejo de los cambios de humor (adquisición de nuevas habilidades y "autoestima"). CAA no se considera como un "método", sino un conjunto de técnicas, estrategias y tecnologías dirigidas a la persona que no habla, sus interlocutores y su entorno de vida. La prioridad es facilitar la expresión de las personas que no hablan o no hablan de una manera comprensible para que puedan participar mejor en contextos de vida y de relación. Dentro de CAA, existen muchos enfoques técnicos diferentes que se derivan de la comparación de experiencias clínicas, científicas y culturales. El experto de CAA tiene la responsabilidad técnica de elegir y aplicar el enfoque más apropiado y efectivo para las necesidades y características particulares del no hablante (edad, patología básica, habilidades de comunicación residual, habilidades visuales, etc.) De acuerdo con estas necesidades, se adoptan o sugieren soluciones para la vida diaria de la persona. No existe un protocolo único, ya que la acción depende de las necesidades básicas de patología, edad y comunicación de la persona. En general, no existe una brecha entre el aprendizaje y el uso funcional, ya que las soluciones deben aprenderse en situaciones de comunicación reales directamente a través de su uso.

Potencialmente, sin embargo, cualquier persona que entre en contacto con personas con dificultades del habla debería usar la CAA. Es habitual que alguien más experimentado o competente desempeñe un papel de facilitador específico.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (1989), Competencies for speech-language pathologist providing services in augmentative communication, Asha, 31, pp.107-110.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (1991), Report: Augmentative and alternative communication, Asha, 33 (Suppl. 5), pp.9-12.

Beukelman DR, Mirenda P. (1998), Augmentative and Alternative communication: management of severe communication disorders in children and adults, Baltimore, Paul H Brookes, (2nd ed).

Cafiero J. (1998), Communication power for individuals with autism, "Focus on autism and other developmental disabilities", vol.13, n. 2, pp.113-121.

Johnson R (1994) The Picture Communication Symbols combination, Solana Beach, CA, Mayer-Johnsons Co.

Schlosser RW. (2003), The efficacy of augmentative and alternative communication: Towards evidence-based practice, New York, Academic Press.

Sitios web

<http://www.arasaac.org/aac.php>

<http://www.blissymbolics.org/index.php/about-blissymbolics>

<http://www.elmetodoarrietafilm.com/es/>

2.3.5 Comunicación no violenta (CNV)

Ficha metodológica de referencia
Comunicación no violenta (CNV)
La Comunicación No Violenta (CNV) es una práctica (y un proceso de comunicación) diseñada y desarrollada por Marshall Rosenberg, psicólogo estadounidense, estudiante de Carl Rogers. Rosenberg creció durante la era de los conflictos raciales y de clase en Detroit, una ciudad en la que se enfrentaba a episodios de violencia casi a diario. Estudió psicología clínica y religiones comparadas; profundizó su estudio de la vida de los "portadores de la paz" y se interesó en todas las disciplinas que, en su opinión, lo ayudaron a comprender los factores de violencia y lo que contribuye a reducirla. Entrenado en el campo de la psicología humanista (A. Maslow, C. Rogers, E. Gendlin, etc.) ha integrado sus habilidades en el proceso que ha llamado "Comunicación No Violenta". En 1984, el Sr. Rosenberg fundó el Centro para la Comunicación No Violenta, una organización internacional sin ánimo de lucro con más de 100 formadores que difunden la CNV en 30 países (en América del Norte y del Sur, Europa, Asia, Oriente Medio y África), y organizan seminarios para maestros, psicólogos, padres, mediadores, gerentes, prisioneros y oficiales de prisiones, policías, personal militar, el clero y personal de administración pública. La CNV propone un método fácil de entender y efectivo para llegar a la raíz de la violencia, el sufrimiento y los conflictos. Esencialmente, se trata de saber qué necesidades frustradas están en la raíz de lo que hacemos o decimos, y qué puede ayudarnos a reducir la hostilidad, aliviar el dolor y construir relaciones personales, emocionales o profesionales más satisfactorias. El método se basa en el desarrollo de habilidades de conciencia, empatía y comunicación. La novedad radica en el carácter integrador, la claridad y la simplicidad del modelo que nos invita a desviar la atención de los pensamientos (correcto/erróneo, debe/no puede, mérito/culpa), para enfocar nuestra atención hacia cuatro puntos fundamentales o información que facilitar la expresión: - hechos - sentimientos - necesidades - posibles formas de satisfacer estas necesidades (estrategias / peticiones) El método nos respalda y nos proporciona un camino seguro con respecto a los dos componentes de la comunicación: cómo nos expresamos y cómo recibimos mensajes de otros. En la comunicación oral, la CNV nos anima a diferenciar entre observaciones y evaluaciones, sugiriendo que observemos cuidadosamente lo que está sucediendo, rechazando interpretaciones y favoreciendo la observación de hechos en lugar de moralizar los juicios. Nos

pide que expresemos nuestras necesidades de manera simple y honesta sin criticar o insultar a los demás, y que concluyamos declarando lo que nos gustaría.

La práctica, por lo tanto, nos permite adquirir una gran claridad sobre lo que sentimos y el origen de nuestros sentimientos; nos ayuda a reconocer y expresar nuestras necesidades y valores, y expresar peticiones y demandas precisas y concretas en un momento dado.

Por necesidades, la CNV significa una amplia variedad de requisitos compartidos por todos los seres humanos: desde necesidades de supervivencia como comida, aire y descanso, hasta necesidades más complejas como el respeto, la autonomía, la estima, etc.

En términos de escucha, la CNV nos permite comprender las necesidades de los demás más allá de las críticas, el juicio o la agresión que sentimos.

No importa cómo las personas se dirijan a nosotros, la CNV nos permite darnos cuenta de que tenemos el poder de elegir entre el conflicto o el descifrado empático de los cuatro elementos de información (hechos, sentimientos, necesidades, estrategias), incluso cuando están ocultos bajo pensamientos egocéntricos y expresados de manera trágica, a través de juicios moralizantes, reclamos u obligaciones.

Este lenguaje es simple pero requiere entrenamiento porque la cultura dominante en la que hemos sido entrenados probablemente nos ha enseñado con mayor frecuencia a comunicarnos de una manera desconectada de lo que naturalmente está vivo en nosotros y en los demás.

La CNV supone que cualquier conflicto se basa en la inconsistencia de las estrategias propuestas, y que se pueden idear muchas estrategias alternativas para satisfacer las mismas necesidades.

Las necesidades son compartidas por todos, mientras que los medios para satisfacerlas pueden ser muy diferentes dependiendo de la persona y de las diferentes culturas a las que pertenecen.

En otras palabras: las necesidades son universales, por lo tanto, compartidas y entendibles por todos y, a partir de ellas, todos podemos entendernos, mientras que las estrategias son múltiples y extremadamente subjetivas. Si nos mantenemos enfocados solo en lo último, es fácil llegar al conflicto y alimentar la violencia.

Al encontrarse con dos puntos de vista contradictorios, el surgimiento de las necesidades de cada uno permite una conexión entre las partes y la identificación de estrategias relevantes para satisfacer todas las necesidades.

En la mediación, la acción del facilitador por lo tanto tiene como objetivo:

- apoyar la identificación de las necesidades de cada parte (independientemente de cómo se expresen),
- asegurar que estas necesidades hayan sido percibidas adecuadamente por la otra parte,

- estimular la empatía que todos necesitan para acoger y comprender las necesidades de la otra persona,
- asegurar que todos entiendan sus propias necesidades y las de los demás,
- ayudar a las partes a traducir posibles soluciones en acciones específicas.

Con la CNV, Rosenberg ha iniciado programas de consolidación de la paz en países en conflicto como Ruanda, Burundi, Nigeria, Malasia, Indonesia, Sri Lanka, Sierra León, Oriente Medio, Colombia, Serbia, Croacia e Irlanda del Norte.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Rosenberg, Marshall (2003). Nonviolent Communication: A Language of Life. Puddledancer Press.

Rosenberg, Marshall B. (2005). Speak Peace in a World of Conflict: What You Say Next Will Change Your World. Puddledancer Press. p. 240.

Rosenberg, Marshall (2006). The Nonviolent Communication Training Course. Boulder, Colorado: Sounds True, Inc. pp. Disc Eight, "How Nonviolent Communication Supports Social Change".

Rosenberg, Marshall (2005). The Heart of Social Change: How You Can Make a Difference in Your World. Encinitas, California: PuddleDancer Press. pp. 10–12.

Rosenberg, Marshall (August 2002). Nonviolent Communication: A Language of Compassion (8th Printing ed.). Encinitas, California: PuddleDancer Press. pp. 155–163.

Sitios web

<https://www.cCNV.org>

<https://www.nonviolentcommunication.com/index.htm>

2.3.6 Reminiscencia

Ficha metodológica de referencia
Reminiscencia
La reminiscencia es una intervención psicosocial que tiene como objetivo aumentar el bienestar, la autoconfianza y la integridad personal. Se ha demostrado que es eficaz para reducir los trastornos de conducta en personas con demencia. Se basa en la predisposición natural de las personas mayores a evocar el pasado, así como en la preservación de la memoria a largo plazo en la persona con demencia. A través de fotografías, música y videos, se pueden utilizar herramientas tecnológicas como los ordenadores para facilitar el proceso de recuperación de recuerdos. La reminiscencia también puede proporcionar una herramienta de apoyo para la anamnesis de la historia personal, al preservar los recuerdos durante las etapas posteriores de la enfermedad. La reminiscencia se puede utilizar para varios propósitos: para aumentar la satisfacción con la vida y el bienestar en los ancianos, para intervenir con personas mayores que sufren de depresión leve y grave y para estimular las funciones cognitivas en el contexto de la demencia. La memoria a corto plazo es una de las habilidades cognitivas principalmente afectadas por la demencia, mientras que la memoria a largo plazo permanece intacta hasta las etapas graves de la enfermedad. El deterioro cognitivo implica una pérdida de identidad, asociada con la memoria autobiográfica y las relaciones sociales (Addis y Tippet, 2004). De hecho, nuestros recuerdos son fundamentales para compartir nuestras experiencias, para nuestras relaciones y para mantener nuestra identidad y sentido propio (Addis, 2004, Cohen y otros, 2006). La terapia de reminiscencia se basa precisamente en la importancia de la memoria para apoyar la identidad y el bienestar de la persona. Se puede definir como "discutir actividades y experiencias pasadas con otra persona o en un grupo, generalmente con el uso de ayudas como fotografías y otros elementos del pasado como la música" (Woods et al., 2008). La reminiscencia no es solo una intervención, sino que es útil para "el logro de muchos objetivos, incluida la comunicación, la socialización, el placer y la participación" (Woods, 1999). Los objetivos principales que logra la reminiscencia son la estimulación de la memoria, la mejora del estado de ánimo y el bienestar, la efectividad de la atención a través de la personalización de la intervención y la disminución de la carga del cuidador. La investigación muestra que existen factores predictivos del éxito de la terapia de reminiscencia. Los estudios de Watt y Wong (1991) muestran un vínculo entre el uso de reminiscencia integradora e instrumental y mejoras significativas en la adaptación positiva y el bienestar psicológico, con una reducción significativa en los síntomas depresivos (Karimi et al., 2010; Bohlmeijer et al., 2003). Hay un mejor resultado para las personas con una actitud positiva hacia la reminiscencia que para aquellos que pierden interés (Bohlmeijer et al., 2003). Para diseñar una intervención satisfactoria, es necesario definir factores específicos: el entorno, los objetivos de la intervención, las características del grupo de referencia y la capacidad del líder de la intervención. Se pueden identificar dos tipos de terapia: - Simple reminiscencia: narración no estructurada y espontánea de la vida personal. El objetivo central es recordar recuerdos positivos, facilitar la comunicación y los

contactos sociales para mejorar el bienestar inmediato (Webster et al., 2010). El papel del coordinador es facilitar el proceso de reminiscencia espontánea y promover la interacción social.

- Revisión de la vida: es más estructurada, enfocada en la integración de eventos positivos y negativos. Está dirigido principalmente a personas que necesitan apoyo y estrategias de afrontamiento para superar las adversidades de la vida. Ayuda a la persona a tener una visión general y recordar cómo ocurrieron estos eventos y cómo se convirtieron en lo que son. Esto nos permite centrarnos en los recursos de adaptación utilizados en el pasado y en los valores que han permitido a la persona adaptarse con éxito al cambio y superar las dificultades de la vida. Por lo tanto, tiene una función de resolución de problemas y formación de identidad. El objetivo principal es la autoaceptación: se alienta a las personas a reformular sus experiencias de una manera más apropiada, integrando experiencias positivas y negativas. El líder debe tener habilidades más específicas y debe tratar de reestructurar el significado de eventos pasados.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Addis DR, Tippet L. (2004) Memory of myself: autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12, pp 56.74.

Bohlmeijer E, Smit F, Cuijpers P. (2003) Effects of reminiscence and life review on late life depression: a meta analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Volume 18, pp 1088.1094.

Webster JD, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. (2010) Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Research of ageing* 32(4) pp 527&564.

Wood P, Ashley J. (1995) Stimulated presence therapy: using selected memories to manage problem behaviors in Alzheimer's disease patients. *Geriatric Nursing*, volume 16, numero 1 pp 9&14.

Sitio web

Asociación del Alzheimer <http://www.alz.org/>

2.3.7 Validación

Ficha metodológica de referencia
Validación
Este método fue desarrollado entre 1963 y 1980 por Naomi Feil, graduada de la Universidad de Columbia y miembro de la Academia de Trabajadores Sociales. En la década de 1960, Feil trabajó en una casa de retiro en Cleveland, EE. UU., donde entró en contacto con el mundo de las personas mayores desorientadas y comenzó a usar la validación. Esta técnica consiste en promover el desarrollo mental de las personas mayores con problemas, clasificar su comportamiento y ayudarlos a recuperar su dignidad personal. La teoría de la validación se basa en los principios de la psicología del comportamiento analítico y humanista. Cada una de las siguientes oraciones presenta una faceta de la teoría: - Acepte a su paciente sin juzgarlo (Carl Rogers). - El terapeuta no puede realmente comprender o modificar el comportamiento si el paciente no está dispuesto a cambiar o no tiene la capacidad intelectual necesaria para la introspección (Sigmund Freud). - Considere a su paciente como un individuo único (Abraham Maslow). - Los sentimientos expresados y luego reconocidos y legitimados por un oyente que disfruta de la confianza del paciente serán menos intensos. Cuando se ignoran o se rechazan, los sentimientos adquieren fuerza "El gato ignorado se convierte en un tigre" (Carl Jung). - Cada fase de la vida tiene una tarea central que debemos enfrentar dentro de un marco de tiempo dentro del corto espacio de la vida humana. Debemos esforzarnos en completar esta tarea y luego pasar a la siguiente tarea (Erik Erikson). - Una tarea descuidada debe completarse en la siguiente etapa (Erik Erikson). - Los seres humanos se esfuerzan por mantener el equilibrio (homeostasis) (S. Zuckerman). - Cuando la memoria reciente (memoria a corto plazo) se debilita, las personas muy mayores restablecen el equilibrio recordando viejos recuerdos. Cuando la capacidad visual disminuye, usan los ojos de la mente para ver. Cuando la audición se desvanece, escuchan los sonidos del pasado (Wilder Penfield). - Los recuerdos distantes, bien conservados, persisten en las personas muy mayores (FG Schettler y GS Boyd). - El cerebro no es el único regulador del comportamiento en los ancianos. El comportamiento es una combinación de cambios físicos, sociales e intrapsíquicos que ocurren durante el corto período de la vida (Adrian Verwoerd).

- Los exámenes autópticos han demostrado que muchas personas muy viejas sobreviven con un daño cerebral severo, permaneciendo relativamente bien orientadas (Charles Wells).
- Hay una razón detrás del comportamiento de los ancianos desorientados (Naomi Feil).
- Todo ser humano es valioso independientemente de su grado de comportamiento (Naomi Feil).

Como puede verse, estas oraciones, elegidas por el autor, presentan una teoría que pone en el centro el profundo respeto por las personas mayores, consideradas importantes a pesar del daño causado por el deterioro psicofísico.

La validación se basa en la teoría de las etapas de la vida de Erik Erikson, que enfatiza la estricta dependencia entre los aspectos biológicos, mentales y sociales del ser humano y sus acciones. En la práctica, declara que lograremos realizar una tarea determinada, que nos corresponde a nosotros en una determinada etapa de nuestras vidas, solo si hemos completado con éxito las tareas anteriores de los primeros años de vida.

Hay otra etapa de la vida, alcanzada por aquellos que viven hasta una edad avanzada: durante este período, las emociones no resueltas en el pasado deben desbloquearse: todos en esta condición sienten la necesidad de ser escuchados; de lo contrario, caerán irreparablemente en un estado vegetativo.

Por lo tanto, surge una tarea fundamental para el coordinador que utiliza la Validación: escuchar, incluso si probablemente no tengamos éxito, dada la etapa ya avanzada de la vida, logrando una verdadera resolución.

A continuación se presentan algunos puntos fundamentales de esta técnica:

1. Recopilar información sobre la persona mayor.

En particular, es esencial saber: su etapa de desorientación; las tareas y emociones inacabadas; las relaciones humanas y emocionales del pasado; la profesión, aficiones; la relación con la religión; la forma en que la persona enfrenta dificultades y pérdidas; historial clínico. Esta información puede recopilarse a través de preguntas a la persona, formuladas en diferentes momentos del día y durante al menos dos semanas; Feil ha destacado las preguntas, ya que deben ser lo suficientemente precisas como para guiar al coordinador.

2. Evaluar la etapa de desorientación.

Las etapas pueden ser:

- Primera etapa: trastornos de orientación.
- Segunda etapa: confusión temporal.
- Tercera etapa: movimientos repetitivos.
- Cuarta etapa: vida vegetativa.

3. Reunirse con la persona regularmente y usar técnicas de validación.

La duración de cada entrevista depende de la etapa de desorientación en la que se encuentre la persona: de un mínimo de uno a un máximo de quince minutos (el tiempo más breve se dedica a las personas con problemas mayores). En cualquier caso, no es la cantidad, sino la calidad del tiempo asignado lo que cuenta. La frecuencia ideal también depende de situaciones individuales: desde varias veces al día hasta unas pocas reuniones semanales, o incluso con menos frecuencia. Es importante poder percibir cuando la persona mayor se siente menos incómoda ya que esto indica el final de la entrevista (en este caso también, Feil da indicaciones muy precisas).

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Day CR, Validation Therapy: A Review of the Literature, Journal of Gerontological Nursing. 1997; 23 (4): 29-34.

Feil N. (1993) Validation therapy with late-onset dementia populations. in Care-giving in dementia; research and applications, Eds. Jones & Miesen, New York: Tavis/Routledge, pp. 199-218.

Feil N. (2003) Validation: the Feil method. How to help disordered Old-Old Edward Feil Productions.

2.3.8 Método Montessori

Ficha metodológica de referencia
Método Montessori
Maria Montessori creó el método que lleva su nombre observando a los niños. Se basa en las capacidades sensoriales, físicas e intelectuales del niño para permitir el desarrollo de su potencial. Para ella, las condiciones para el éxito de este desarrollo personal son: - respetar el ritmo de las características individuales, - el despertar del vínculo con los demás. El enfoque de Montessori en el campo clínico está siendo probado por primera vez por el Dr. Cameron Camp, autor del Programa de demencia basado en Montessori (PDM) en el Instituto de Investigación Myers en Beachwood, Ohio, del cual es el director. En este contexto clínico y de rehabilitación, el Dr. Camp experimentó con los principios y materiales de la pedagogía Montessori. Esta aplicación, dice el Dr. Camp, ha demostrado ser un ganador. Al estudiar el papel de las amígdalas cerebrales, grupos de neuronas preservadas hasta muy tarde en personas con demencia del tipo Alzheimer, podemos ver que: - Si se altera el cerebro racional, el cerebro emocional funciona. - Si se altera la memoria declarativa, la memoria de procedimiento funciona. El entorno de las personas se rediseña para apoyar el comportamiento y la autonomía. Por lo tanto, al eludir las deficiencias y confiar en las habilidades preservadas, las personas con deficiencias cognitivas pueden volver a aprender los gestos cotidianos. Es nuestra percepción la que cambia. Tomamos prestado el lema de Maria Montessori: "Ayúdame a hacerlo solo". Para que el viaje del paciente sea efectivo, se planea personalizarlo y construirlo con su colaboración activa y la de su familia. En términos más generales, es necesario asegurarse de que el método Montessori y los materiales asociados sean apropiados para las necesidades de la persona. Los siguientes son algunos puntos importantes a respetar: Empezar por la observación. Los especialistas de Montessori construyen sus propias propuestas educativas basadas en la observación cuidadosa de los pacientes, proporcionándoles equipos adaptados para mantener y fortalecer sus capacidades residuales. Esto sirve para mirar al sujeto de una manera nueva, enfocando la atención no en la enfermedad, sino en las habilidades de la persona. Necesidad de orden. Almacenar y usar el equipo en cierto orden ayuda a mantener el orden interno. El aislamiento de una cualidad es característico del equipo Montessori y permite que la atención se centre en un solo aspecto del equipo. Por ejemplo, trabajar en sonido o color, rugosidad o longitud, tamaño o sabor... Esto permite que la atención se centre en un solo aspecto del material. Una característica del material Montessori es centrarse en una característica.

Habilidades sensoriales. Los sentidos son la herramienta que todos poseen para conocer y reconocer el entorno de vida. Al preparar el equipo, el coordinador especializado lo adaptará (dependiendo del sujeto y la situación) para tratar cualquier posible discapacidad sensorial.

Uso de equipo apropiado. El equipo utilizado debe adaptarse al nivel de competencia del sujeto: no debe ser demasiado fácil (riesgo de aburrimiento) ni demasiado complejo (puede provocar frustración).

Necesidad de regularidad y rutina. La desorientación es uno de los primeros síntomas de la enfermedad y es un gran desafío para el paciente. Cada actividad busca el orden, teniendo su propio lugar, un modo de ejecución preciso y ritualizado, siempre limpio y ordenado.

Trabajar la memoria, en particular en memoria de procedimiento. El campo de la memoria se explora a través de la exploración de los sentidos, de lo concreto a lo abstracto, a través de caminos simples y lineales, caracterizados por un procedimiento claro y definido. El coordinador especializado presenta cada actividad a través de una presentación precisa, basada en un análisis cuidadoso y la selección de los movimientos necesarios.

Atención a las relaciones interpersonales. Durante la presentación de la actividad, la relación individual entre el paciente y el coordinador especializado permite la creación de una relación de confianza y conocimiento mutuo, útil para la construcción de un programa de rehabilitación óptimo. Además, las actividades grupales permiten mantener las relaciones sociales, la cooperación y la asistencia mutua.

Trabajar el lenguaje. Maria Montessori estudió un sistema efectivo para promover la lectura y la escritura, basado en acciones concretas, para pasar de la mano a la mente y a la abstracción.

Cuidar de uno mismo y del entorno. Las actividades propuestas surgen de las necesidades expresadas explícita o implícitamente por el paciente y son relevantes para las actividades diarias, útiles para mantener la autonomía el mayor tiempo posible; además del cuidado personal, las actividades tienen como objetivo cuidar el entorno de vida: regar plantas y flores, limpiar hojas, desempolvar...

Libertad de acción y elección. El paciente es libre de elegir la actividad a realizar y la duración de su ejecución. La actividad (abierta) finaliza cuando el sujeto está satisfecho con el trabajo realizado. Ningún programa está predefinido por el coordinador. Lo importante es estimular el interés del paciente presentando materiales que le sean "atractivos", es decir, útiles para estimular su bienestar y habilidades. Este enfoque permitirá trabajar en la autoestima que el paciente a menudo tiene que reconstruir, así como en su autonomía de pensamiento. El material de autocorrección permite que el sujeto no sea corregido desde el exterior en caso de error, sino que encuentre de manera independiente la solución al problema.

Efectos y consecuencias:

- Reactivación de la capacidad de conexión social.
- Deseo de pertenecer a una comunidad de personas.
- Participación en actividades cotidianas.

- Mejorar y calmar familias
- Recuperar y rehumanizar el entorno
- Un cambio de perspectiva sobre la enfermedad y las personas.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

AG&D – Méthode Montessori accompagnement des personnes âgées. Présentation de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées :

Camp CJ. (2012). Origins of Montessori Programming for Dementia. Non-Pharmacological Therapies in Dementia, 1(2): 163-174.

Camp CJ, Skrajner MJ, Kelly M. (2005). Early Stage Dementia Client as Group Leader. Clinical Gerontologist, 28(4):81-85.

Camp CJ, Skrajner MJ. (2004). Resident-Assisted Montessori Programming (RAMP): training persons with dementia to serve as group activity leaders. The Gerontologist, 44(3):426-431.

2.3.9 Terapia ocupacional

Ficha metodológica de referencia
Terapia ocupacional La terapia ocupacional (TO) es una profesión de rehabilitación de salud que promueve la salud y el bienestar a través de la ocupación. Es un proceso de rehabilitación que utiliza las ocupaciones y las muchas actividades de la vida diaria como sus medios preferidos. A través de la intervención individual o grupal, involucra a toda la persona con el objetivo de ayudarla a adaptarse a un contexto o condición física, psicológica o social específica para mejorar su calidad de vida general, incluso en una situación de discapacidad. Está respaldado por la "Ciencia Ocupacional", nacida de la investigación científica y basada en la importancia de la ocupación en la naturaleza humana. Las ocupaciones son todas las actividades que son significativas para su contexto cultural, adaptadas a la edad, las elecciones, organizadas y realizadas por cada individuo para ocuparse de sí mismo, experimentar la alegría de vivir y contribuir a la vida económica y social de la comunidad (Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional, 1997). La ocupación es el propósito de la TO pero también el medio por el cual tratamos de modificar las funciones corporales de la persona (habilidades sensoriales-motoras, perceptivas-cognitivas, emocionales-relacionales); generalmente hay tres áreas en las que podemos encontrar ocupaciones: cuidado personal, trabajo (escuela) y actividades de ocio. La terapia ocupacional se practica en una amplia gama de entornos, incluidos hospitales, centros de salud, el hogar, lugares de trabajo, escuelas y hogares de ancianos. Los pacientes participan activamente en el proceso terapéutico y los resultados de la terapia ocupacional son diversificados, dirigidos por los pacientes y medidos en términos de participación o satisfacción derivada de la participación (Federación Mundial de Terapia Ocupacional). Los terapeutas ocupacionales (TO) juegan un papel importante en ayudar a personas de todas las edades. La terapia ocupacional es necesaria para superar los efectos de las disfunciones causadas por enfermedades, envejecimiento, accidentes, discapacidades temporales y permanentes. Los terapeutas ocupacionales intervienen profesionalmente para que la persona pueda realizar actividades diarias o profesionales con el mayor grado de autonomía posible. Son profesionales calificados que encuentran soluciones a los problemas cotidianos. Los terapeutas ocupacionales tienen en cuenta todas las necesidades físicas, psicológicas, sociales y ambientales al proporcionar un apoyo que marca la diferencia en la vida del paciente, con un sentido renovado de significado y la apertura de nuevos horizontes. Los terapeutas ocupacionales ayudan a los usuarios al capacitarlos para tomar decisiones: aportan sus habilidades médicas, psicológicas, cognitivas, sociales y técnicas y ayudan a la persona a elegir los objetivos y la forma de tratamiento que más le favorecen, dándole la

oportunidad de hablar. Los terapeutas ocupacionales reciben una amplia formación. Les brinda las habilidades y el conocimiento para trabajar junto con individuos o grupos de personas que tienen un déficit estructural o funcional debido a un problema de salud y que enfrentan barreras para la participación.

Los terapeutas ocupacionales creen que la participación puede ser apoyada o limitada por el entorno físico, social, actitudinal y legislativo. Por lo tanto, la práctica de la TO puede apuntar a cambiar aspectos del entorno para aumentar la participación.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Jane Clifford O'Brien (2017), Introduction to Occupational Therapy, Elsevier.

Sitio web

Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional <https://www.caot.ca/>

2.3.10 Estimulación cognitiva

Ficha metodológica de referencia
Estimulación cognitiva
La estimulación cognitiva es una intervención que está orientada estratégicamente hacia el bienestar general de la persona para aumentar su participación en tareas destinadas a reactivar las habilidades residuales y ralentizar la pérdida funcional debido a la patología. La desconfianza inicial del mundo científico para los tratamientos no farmacológicos para la demencia ha dado paso en los últimos años a un creciente interés debido a dos tipos de motivaciones. Primero, las limitaciones de la eficacia farmacológica imponen un enfoque clínico de múltiples componentes que se basa no en la cura (imposible) del paciente, sino en los cuidados de la calidad de vida general. En segundo lugar, la evolución de la neurociencia solo ha enriquecido los datos que respaldan la naturaleza plástica y adaptativa del sistema nervioso ante los cambios internos y externos, incluidos los debidos a eventos traumáticos o patológicos. De hecho, la neuroplasticidad se refiere a la capacidad del cerebro para modificar su organización estructural y su funcionamiento para adaptarse a las nuevas demandas. Las funciones complejas que maneja el cerebro están determinadas por la cantidad de conexiones entre las células nerviosas. Para aclarar esto, utilizaremos la famosa metáfora del automóvil. El sistema nervioso podría compararse con un sistema de carreteras muy rico en el que viajan grandes cantidades de información. Normalmente, para ir de Lyon a París, entro en la autopista, el viaje es generalmente bastante rápido y fácil. Sin embargo, si la autopista está bloqueada debido a un accidente, siempre podré llegar a París gracias a una amplia red de carreteras nacionales. Me llevará más tiempo, el tráfico puede ser menos fácil, también puedo perderme, pero al final alcanzaré mi objetivo. La actividad mental, las experiencias ambientales, la calidad de la formación cultural y el trabajo a lo largo de la vida son factores poderosos que determinan el número y la calidad de las conexiones neuronales activas. Cuantas más conexiones tenga una red, más rutas alternativas proporcionará que puedan reemplazar y compensar los circuitos dañados por enfermedades o traumatismos menores. En los cerebros de adultos y ancianos, los fenómenos de remodelación se refieren principalmente a dos procesos neurológicos: la formación de nuevas sinapsis (conexiones entre neuronas) en respuesta al daño causado a las vías nerviosas consolidadas, y la reactivación de las vías latentes raramente utilizadas. Por lo tanto, la estimulación cognitiva actúa promoviendo la reactivación funcional progresiva de las vías nerviosas secundarias que están ampliamente distribuidas en los sistemas nerviosos adultos. En respuesta a una lesión o pérdida fisiológica de material neuronal, sería posible recuperar algunas conexiones inhibidas a través de experimentos de estimulación sistemática (Cesa-Bianchi M., 1999).

Nuestro cerebro parece dotado de una especie de reserva cognitiva constituida por la gran cantidad de células nerviosas que tenemos y la cantidad de vías que las conectan. Uno podría imaginar un gran ejército involucrado en operaciones de guerra: los soldados del cuerpo de élite (como nuestras neuronas) utilizados en las operaciones más delicadas pueden estar sujetos a pérdidas dramáticas, pero también pueden ser reemplazados por el entrenamiento de nuevos soldados para sustituir a sus camaradas ausentes. Así es como nuestro cerebro, si está lo suficientemente estimulado, repara autónomamente sus propios daños pequeños.

No solo es decisivo el número de conexiones, sino también su fuerza, es decir, la frecuencia con la que se utilizan. Cada vez que una nueva información atraviesa un camino, se estabiliza y consolida, de modo que cuanto más "desempolvamos" una memoria o habilidad, más fomentamos su mantenimiento.

Es una experiencia bien conocida para aquellos que deciden reanudar un deporte que no han practicado durante muchos años. Los primeros movimientos son inciertos, un poco torpes e incluso rígidos, tal vez, pero después de un poco de entrenamiento, se encuentra la sensación placentera de redescubrir fácilmente los gestos sobreaprendidos (ejercitados muchas veces en el pasado) y recuperar rápidamente la fluidez del movimiento que tenían en el pasado.

Objetivos de la estimulación cognitiva:

- Promover el uso y el mantenimiento en el tiempo de las funciones residuales. El deterioro cognitivo no ocurre en todos los sujetos con características similares y con el mismo nivel de severidad. El grado y la calidad de las habilidades restantes difieren entre los pacientes.
- Comprender el nivel general y específico de funcionamiento y modular la propuesta de actividad para promover el uso de habilidades que aún se retienen lo suficiente. Por lo tanto, la estimulación cognitiva es una actividad altamente estructurada que no debe confundirse con ningún otro tipo de propuesta recreativa y lúdica. La diferencia entre una intervención ingenua y una estimulación correcta no consiste principalmente en las actividades individuales ofrecidas, sino en la naturaleza orientada, individualizada y específica de los ejercicios.
- Promover experiencias gratificantes que respalden la autoestima y la autoimagen. Para que cualquier tipo de propuesta sea aceptada e implementada por una persona mayor con demencia, debe adaptarse a los intereses y habilidades sociales de la persona. En particular, es importante que las actividades permitan una autoestima saludable y promuevan el mantenimiento de una buena imagen personal. Por esta razón, las actividades realizadas a través de material infantil a veces pueden ser experimentadas como humillantes y, por lo tanto, rechazadas.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

D'Amico F, Rehill A, Knapp M, Aguirre E, Donovan H, Hoare Z, ... & Whitaker C. (2014). Maintenance cognitive stimulation therapy: an economic evaluation within a randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA): long-term care: management, applied research and clinical issues*.

Leach L (2004). Cognitive stimulation therapy improves cognition and quality of life in older people with dementia. *Evidence-Based Mental Health*, 7 (1):19.

Orgeta V, Leung P, Yates L, Kang S, Hoare Z, Henderson C,... & Moniz-Cook ED, (2015). Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 19(64), 1-108.

Spector A and Orrell M (2006). A review of the use of cognitive stimulation therapy in dementia management. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 2 (8):381-385.

Spector A, Thorgrimsen L, Woods B and Orrell M (2006). Making a difference: An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia. Hawker Publications: UK.

Yates L, Orrell M, Leung P, Spector A, Woods B, Orgeta V (2014). Making a Difference 3: Individualised CST – A manual for carers. Hawker Publications, UK.

2.3.11 Estimulación sensorial

Ficha metodológica de referencia
Estimulación sensorial
El envejecimiento normalmente se asocia con un deterioro gradual de los cinco sentidos. Sin embargo, existe un conocimiento limitado sobre la evolución de los sentidos debido a la demencia (Strøm, Ytrehus, Grov, 2016; Wittmann-Price 2012). Lo que sí sabemos es que la forma en que una persona con demencia interpreta lo que ve, oye, prueba y huele parece cambiar debido a la enfermedad (<i>National Institutes of Health</i>, 2002) y según la etapa de la demencia (Alves et al. 2014) La estimulación sensorial se basa en la activación de uno o más sentidos (gusto, olfato, vista, oído, tacto) a través de diversas herramientas y materiales. Esto ayuda a estimular los sentidos. Las actividades sensoriales proporcionan un nivel de estimulación que trabaja en la conciencia y la atención a través de la simplicidad de las tareas. Se han desarrollado varias intervenciones psicosociales basadas en la estimulación sensorial, a veces llamadas "actividades, métodos, terapia o estimulación" (Fossey et al. 2006, Kolanowski et al. 2010). Tipos de estimulación sensorial y sus beneficios: 1. Estimulación auditiva: Muy útil para mejorar el estado de ánimo, la cognición y la relajación. Esto incluye una amplia gama de sonidos: sonidos naturales, sinfonías, canciones, etc. Escuchar los sonidos es una parte esencial de la conexión con nuestros sentidos. Muchos pacientes con demencia tienen problemas de audición y, por lo tanto, es esencial estimular este sentido, recordando que pueden ser necesarios algunos ajustes. 2. Estimulación táctil: Este tipo de estimulación implica textura y conciencia táctil. Las vías cerebrales se usan y estimulan cada vez que usamos nuestras manos para sostener algo. 3. Estimulación visual: La vista es uno de los sentidos más importantes y nos ayuda a administrar una gran cantidad de información. Trágicamente, la enfermedad de Alzheimer y varias demencias pueden afectar el sistema de procesamiento visual. - La fototerapia es una terapia visual que se ha probado con éxito en pacientes con la enfermedad de Alzheimer y demencia. Puede mejorar los ciclos de sueño, reducir la deambulación y mejorar la cognición y el funcionamiento del comportamiento. - Las películas y los videos ofrecen estimulación auditiva y visual. Al elegir una película para estimular la memoria, es mejor elegir una película con una historia que pueda seguirse fácilmente o la película favorita del beneficiario. Las películas con imágenes agradables, por ejemplo las de la naturaleza, o con música suave, son adecuadas.

- La forma en la que se decora el espacio vital es muy importante. Crear un entorno visualmente estimulante, incluso con fotos, puede ser extremadamente útil para una persona con demencia.

4. Estimulación olfativa

Algunos de nuestros recuerdos más antiguos y fuertes se activan por el olfato. Los aromas básicos conocidos como la menta, la lavanda o el romero se utilizan para la estimulación olfativa. Estas esencias también se usan en aromaterapia, que es mucho más que solo estimulación sensorial. Las especias y sabores también pueden estimular la memoria o el sentido del gusto.

5. Snoezelen

Se trata de estimulación sensorial controlada. Se usa en personas con discapacidades intelectuales severas que están expuestas a un ambiente "calmante" y "estimulante" llamado Sala Snoezelen (o más precisamente una sala de estimulación multisensorial) que usa efectos de luz, sonidos, música, perfumes, superficies, formas táctiles y estímulos gustativos.

Hasta la fecha, varios estudios están disponibles en la literatura sobre el uso de la metodología Snoezelen como herramienta terapéutica. Los resultados muestran que después de las sesiones de estimulación multisensorial hay una reducción en los comportamientos no adaptativos junto con un incentivo para los comportamientos positivos (Baker 2001, van Diepen 2002, Hope 1998, Long 1992). En resumen, el enfoque de Snoezelen permite controlar los trastornos del comportamiento, promueve la relajación, el contacto, las relaciones interpersonales, el bienestar y la reactivación de la persona. Por lo tanto, el coordinador se adapta a las formas y métodos de comunicación de la persona; como socio, está completamente involucrado en la acción porque es quien interactúa con la persona y le ayuda a interactuar con los objetos circundantes, como una guía concienzuda. El coordinador también está abierto a las señales enviadas y alienta la libre elección de la persona.

Para más información sobre este tema

Referencias bibliográficas

Alves J, Petrosyan A & Magalhaes R (2014) Olfactory dysfunction in dementia. World Journal of Clinical Cases 2, 661–667.

Baker R, Bell S, Assey J et al. (1998) "A randomised controlled trial of the snoezelen multi-sensory environment for patients with dementia" Bournemouth, Dorset HealthCare NHS Trust.

Hope K, (1996) "Caring for older people with dementia: is there a case for use of multisensory environments?" Reviews in Clinical Gerontology, 6:169-175

Long AP, Haig L (1992) "How do clients benefit from Snoezelen? An exploratory study" British of Occupational Therapy, 55:103-106.

Alder N, Jacoby R & Howard R. (2006) Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomized trial. *British Medical Journal* 332, 756–761.

Kolanowski A, Fick D, Frazer C & Penrod J. (2010) It's about time: use of nonpharmacological interventions in the nursing home. *Journal of Nursing Scholarship* 42, 214–222.

National Institutes of Health (2002). Home Safety for People with Alzheimer's Disease. National Institute on Aging Alzheimer's Disease Education and Referral (ADEAR) Center. NIH Publication No. 02-5179, US.

Strøm B.S., Ytrehus S., Grov E. K. (2016) "Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature" *J Clin Nurs*. Jul; 25 (13-14):1805-34. doi: 10.1111/jocn.13169. Epub 2016 Mar 31. Review.

Wittmann-Price RA (2012) The olfactory sense: a developmental and lifespan perspective. *Journal of Clinical Nursing* 21, 2545–2554.

SALTO

3. Unidades

3.Unidades

Cada unidad se presenta de acuerdo con el siguiente marco metodológico para resaltar los elementos principales del proyecto de formación.

Hoja informativa de la unidad
Audiencia (grado medio o superior)
Instructores
Contexto (Centro de formación profesional, universidad, lugar de trabajo)
Metas y objetivos
Contenido
Métodos y descripción de la actividad. Herramientas, número de personas, espacios, tiempos, etc.
Pautas metodológicas para la evaluación (herramientas de diagnóstico, formativas y de evaluación final)

3.1. UNIDAD 1 - BENEFICIARIOS / USUARIOS: MODIFICACIÓN DE MODELOS

UNIDAD 1 - BENEFICIARIOS / USUARIOS: MODIFICACIÓN DE MODELOS
Audiencia
Grado medio y superior.
Instructores
Expertos en geriatría, neuropsiquiatría, psicología.
Contexto
Formación profesional, universidad, lugar de trabajo.
Metas y objetivos
- Conocer los perfiles de los beneficiarios. - Conocer sus derechos; - Cambiar representaciones, modelos y estereotipos para adoptar una postura de vigilancia y empatía.
Contenido
- Envejecimiento y/o discapacidad: patologías, trastornos cognitivos, aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, etc. - Impacto en la calidad de vida; - Legislación sobre los derechos de las personas frágiles y dependientes; - Personas mayores o discapacitadas en otras culturas (antropología); - Historia del envejecimiento y de las personas con discapacidad (por área geográfica); - Evolución de los perfiles generacionales en nuestras regiones.
Métodos y descripción de la actividad. Herramientas, número de personas, espacios, tiempos, etc..
Métodos Lluvia de ideas sobre el envejecimiento/discapacidad (oral o escrita). Elección de la secuencia inductiva o deductiva: se puede comenzar desde el análisis de casos o problemas para llegar a los elementos teóricos, o se pueden presentar los elementos teóricos y luego los casos y problemas. Contribuciones a través de soportes multimedia. Estudios de casos en grupos pequeños o grandes. Pedagogía activa centrada en un problema dado, en grupos pequeños. Herramientas: ordenador, video proyector, presentación de diapositivas, internet, estudio de caso, rotafolio. Espacio: salas con sillas móviles. Número recomendado de participantes: 25 máx.

Duración recomendada: 15h.
Pautas metodológicas para la evaluación (herramientas de diagnóstico, formativas y de evaluación final)
Evaluación diagnóstica: Lluvia de ideas Evaluación formativa: Observación de actividades grupales. Debates Evaluación final (de aprendizajes): Cuestionario/prueba sobre aspectos teóricos Estudio de caso para aplicar la teoría.

3.2. UNIDAD 2 - ANIMACIÓN SOCIAL: UNA PALANCA PARA LA CALIDAD DE VIDA

3.2. UNIDAD 2 - ANIMACIÓN SOCIAL: UNA PALANCA PARA LA CALIDAD DE VIDA
Audiencia
Grado medio y superior.
Instructores
Expertos en animación sociocultural, pedagogía, metodologías innovadoras (musicoterapia, teatro, etc.)
Contexto
Formación profesional, universidad, sitio profesional.
Metas y objetivos
- Conocer/adquirir los enfoques y métodos de animación social para aplicarlos en un contexto dado; - Organizar espacios habilitantes y ambientes/recursos propicios para el bienestar; - Adoptar un estilo de comunicación relacional empático; - Desarrollar actividades que promuevan el bienestar y la preservación de las habilidades personales; - Diseñar, desarrollar y evaluar intervenciones basadas en la animación social.
Contenido
- Organización de espacios y ambientes de recursos. ▪ Método Montessori - Comunicación ▪ Comunicación no violenta ▪ Validación ▪ Cuidado gentil - Métodos de animación ▪ Métodos de estimulación sensorial ▪ Métodos de estimulación cognitiva ▪ Enfoque centrado en la persona ▪ Terapia ocupacional ▪ Enfoque de habilitación ▪ Psicomotricidad: estimulación física ▪ Terapia de orientación de la realidad (TOR) ▪ Reminiscencia - Uso de nuevas tecnologías de comunicación. - Implementación del proyecto y evaluación centrada en la persona.
Métodos y descripción de la actividad.

Herramientas, número de personas, espacios, tiempos, etc.
Herramientas Contribuciones con soporte multimedia Videos Intervenciones externas Ponerlo en práctica Actividades participativas Estudios de caso Simular la implementación de un proyecto de animación Visitas y/o actividades externas. Espacios: según la actividad planificada. Número recomendado de participantes: 25 máx. Duración recomendada: 40h.
Pautas metodológicas para la evaluación (herramientas de diagnóstico, formativas y de evaluación final)
Evaluación formativa: Observación de actividades. Debates Evaluación final (de aprendizajes): Estudio de caso y simulación de proyecto

3.3. UNIDAD 3 - RELACIONARSE / COMUNICARSE CON BENEFICIARIOS / USUARIOS

UNIDAD 3 - RELACIONARSE / COMUNICARSE CON BENEFICIARIOS / USUARIOS
Audiencia
Grado medio y superior.
Instructores
Expertos en comunicación y/o psicología y/o pedagogía y/o trabajo social.
Contexto
Formación profesional, universidad, lugar de trabajo.
Metas y objetivos
- Mejorar la relación y la comunicación con los usuarios para una mejor calidad de vida; - Adquirir habilidades para: ▪ escuchar y comunicarse con los beneficiarios de manera empática (comunicación no violenta), ▪ tener en cuenta la comunicación verbal y no verbal (cuidados), ▪ saber gestionar la fase de admisión y los momentos críticos, ▪ Tener en cuenta y valorar la diversidad.
Contenido
- Comunicación empática - comunicación no violenta (Rogers), - Comunicación verbal y no verbal (cuidados) - Admisión/bienvenida, vida cotidiana y momentos críticos. - Gestión de la diversidad - interseccionalidad (género, etnia, edad, etc.) - Comunicación verbal y no verbal. - Comunicación alternativa (uso de nuevas tecnologías de comunicación, etc.)
Métodos y descripción de la actividad. Herramientas, número de personas, espacios, tiempos, etc.
Métodos Videos Simulaciones: escenarios de comunicación. Simulaciones: ponerse en la piel de los ancianos/discapacitados Talleres de trabajo Juegos de rol Análisis de video Estudios de caso Trabajo en equipo Herramientas: ordenador, video proyector, presentación de diapositivas, internet, estudio de caso, rotafolio, videocámara, etc.

Espacio: salas con sillas móviles, video. Número recomendado de participantes: 6-15 máximo por instructor. Duración recomendada: 20h.
Pautas metodológicas para la evaluación (herramientas de diagnóstico, formativas y de evaluación final)
Evaluación diagnóstica: Lluvia de ideas sobre la comunicación con los usuarios (oral o escrita) Evaluación formativa: Observación de actividades. Debates Evaluación final (de aprendizajes): Cuestionario sobre aspectos teóricos. Juego de roles y simulaciones específicas de la escena.
Fuentes
Proyecto KILT http://www.kilt-project.eu Brené Brown Reflexión sobre la noción de simpatía https://www.youtube.com/watch?v=1Evwgu369Jw

3.4. UNIDAD 4 - COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO DE TRABAJO PARA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES

UNIDAD 4 - COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO DE TRABAJO PARA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES	
Audiencia	
Grado medio y superior.	
Instructores	
Expertos en comunicación y/o psicología y/o pedagogía y/o trabajo social.	
Contexto	
Formación profesional, universidad, lugar de trabajo.	
Metas y objetivos	
-Facilitar la dinámica de comunicación en el equipo de trabajo para mejorar la calidad de vida y prevenir el agotamiento; - Adquirir habilidades para ▪ escuchar y poder comunicarse con compañeros (comunicación no violenta); ▪ conocer y reconocer las dinámicas del grupo; ▪ reconocer y gestionar los contextos y flujos de comunicación (informal, formal, etc.); ▪ prevenir y gestionar conflictos.	
Contenido	
- Comunicación no violenta (CNV)/comunicación empática - Dinámicas de grupo: interacciones, roles, etc. - Gestión del flujo de información, análisis crítico de la información, toma de decisiones colectiva: “Six Thinking Hats” (Edward De Bono). - Uso de nuevas tecnologías de comunicación, etc.	
Métodos y descripción de la actividad.	
Herramientas, número de personas, espacios, tiempos, etc.	
Métodos Videos Simulaciones: escenarios de comunicación dentro del equipo. Talleres de trabajo Juegos de rol Análisis de video Estudios de caso Trabajo en equipo	

Herramientas: ordenador, video proyector, presentación de diapositivas, internet, estudio de caso, rotafolio, videocámara, etc.

Espacio: salas con sillas móviles, video, videocámara.

Número recomendado de participantes: 6-15 máximo por instructor.

Duración recomendada: 15h.

Pautas metodológicas para la evaluación (herramientas de diagnóstico, formativas y de evaluación final)

Evaluación diagnóstica:

Lluvia de ideas sobre la comunicación en el equipo de trabajo (oral o escrito)

Evaluación formativa:

Observación de actividades.

Debates

Evaluación final (de aprendizajes):

Cuestionario sobre aspectos teóricos.

Juego de roles y simulaciones específicas de la escena.

3.5. UNIDAD 5 - PARTICIPACIÓN DE FAMILIAS Y AMIGOS

UNIDAD 5 - PARTICIPACIÓN DE FAMILIAS Y AMIGOS
Audiencia
Grado medio y superior.
Instructores
Expertos en comunicación y/o psicología y/o pedagogía y/o trabajo social, expertos en metodologías innovadoras.
Contexto
Formación profesional, universidad, lugar de trabajo.
Metas y objetivos
- Facilitar el empoderamiento familiar y la comunicación entre el equipo y la familia; - Adquirir habilidades para: ▪ escuchar y comunicarse con las familias de manera empática (CNV); ▪ promover la formación de familias y voluntarios; ▪ involucrar a la familia en la vida diaria del centro (áreas de colaboración); ▪ incluir familias en actividades de animación social; ▪ integrar el elemento de voluntariado en la vida diaria del centro.
Contenido
-Escucha activa. - Comunicación no violenta. - Organización de actividades de formación para familias y/o voluntarios. - Participación activa de la familia en actividades diarias clave (buenas prácticas: grupos focales, café de Alzheimer, asesoramiento, participación de la familia en sesiones de programación, etc.). - Proyectos de animación social con familias (buenas prácticas). - Uso de nuevas tecnologías de comunicación (Skype, etc.).
Métodos y descripción de la actividad. Herramientas, número de personas, espacios, tiempos, etc.
Métodos Talleres de trabajo Simulaciones: escenarios de comunicación con familias. Juegos de rol Análisis de video Estudios de caso Testimonios Análisis de buenas prácticas.

Trabajo en equipo

Desarrollo de proyectos de formación para familias y/o voluntarios.

Herramientas: ordenador, video proyector, presentación de diapositivas, internet, estudio de caso, rotafolio, videocámara, etc.

Espacio: salas con sillas móviles, video, videocámara.

Número recomendado de participantes: 6-15 máximo por instructor.

Duración recomendada: 20h.

Pautas metodológicas para la evaluación (herramientas de diagnóstico, formativas y de evaluación final)

Evaluación diagnóstica:

Lluvia de ideas sobre la comunicación con familiares y amigos (oral y/o escrito)

Evaluación formativa:

Observación de actividades.

Análisis de la situación

Debates

Evaluación final (de aprendizajes):

Simulaciones de escenarios de comunicación (juego de roles, escenario, etc.)

Desarrollo del proyecto

3.6. UNIDAD 6 - EMPODERAMIENTO DE BENEFICIARIOS / USUARIOS

UNIDAD 6 - EMPODERAMIENTO DE BENEFICIARIOS / USUARIOS
Audiencia
Grado medio y superior.
Instructores
Expertos en animación sociocultural, pedagogía, psicología, trabajo social, metodologías innovadoras.
Contexto
Formación profesional, universidad, lugar de trabajo.
Metas y objetivos
- Promover el empoderamiento del beneficiario/usuario; - Adquirir habilidades para: ▪ reconocer y resaltar las necesidades, capacidades e intereses de los individuos; ▪ aumentar la conciencia de las relaciones (sociales, emocionales, etc.) entre los beneficiarios; ▪ involucrar a los beneficiarios en las actividades diarias; ▪ involucrar a los beneficiarios en la vida organizacional de la organización; ▪ asegurar que los beneficiarios permanezcan en el núcleo de su propio proyecto de vida.
Contenido
-Empoderamiento (teoría y aplicación práctica) - Ciudadanía activa (teoría y aplicación práctica) - Análisis de necesidades e intereses. - Enfoque centrado en la persona - Proyectos de empoderamiento (análisis de buenas prácticas) - Metodologías y estrategias para el empoderamiento. - Uso de nuevas tecnologías de comunicación.
Métodos y descripción de la actividad. Herramientas, número de personas, espacios, tiempos, etc.
Métodos Clases con recursos multimedia. Estudios de casos en grupos pequeños o grandes. Pedagogía activa basada en un problema dado (grupo pequeño) Talleres de trabajo Análisis de buenas prácticas. Visitas externas

Testimonios

Trabajo en equipo

Desarrollo de proyectos destinados a empoderar a los usuarios/beneficiarios.

Herramientas: ordenador, video proyector, presentación de diapositivas, internet, estudio de caso, rotafolio, videocámara, etc.

Espacios: salas con sillas móviles, video proyector.

Número recomendado de participantes: 25 máx.

Duración recomendada: 20h.

Pautas metodológicas para la evaluación (herramientas de diagnóstico, formativas y de evaluación final)

Evaluación formativa:

Análisis de proyecto

Debates

Evaluación final (de aprendizajes):

Cuestionarios sobre conceptos clave

Desarrollo del proyecto

3.7. UNIDAD 7 - RELACIÓN CON EL ÁMBITO LOCAL

3.7. UNIDAD 7 - RELACIÓN CON EL ÁMBITO LOCAL
Audiencia
Grado medio y superior.
Instructores
Expertos en animación sociocultural, pedagogía, psicología, trabajo social, metodologías innovadoras; mediadores socioculturales.
Contexto
Formación profesional, universidad, lugar de trabajo.
Metas y objetivos
- Integrar la dimensión local y regional para promover la ciudadanía activa; - Adquirir habilidades para: ▪ conocer y tener en cuenta el ámbito local y sus recursos/oportunidades; ▪ tener en cuenta las especificidades del hogar y el entorno de vida (promover conexiones entre el hogar y las instituciones); ▪ desarrollar asociaciones con el ámbito local; ▪ Fomentar experiencias de inclusión social (discapacidad, intergeneracionalidad, interculturalidad, etc.).
Contenido
- Cartografía de factores clave en el ámbito - Diversidad en la comunidad (inclusión social) - Análisis de las relaciones entre usuarios y ámbito local. - Creación de proyectos participativos mediante la participación de otras organizaciones y/o el ámbito local. - Redes (proyecto COMPARES) - Tener en cuenta el hogar del usuario del servicio en relación con los recursos locales. - Uso de nuevas tecnologías para la red local.
Métodos y descripción de la actividad. Herramientas, número de personas, espacios, tiempos, etc.
Métodos Contribuciones con recursos multimedia. Taller de cartografía Estudios de casos en grupos pequeños o grandes. Pedagogía activa basada en un problema dado (grupo pequeño) Análisis de buenas prácticas. Visitas externas

Testimonios Trabajo en equipo Proyecto de drama Herramientas: ordenador, video proyector, presentación de diapositivas, internet, estudio de caso, rotafolio, etc. Espacio: salas con sillas móviles, video proyector. Número recomendado de participantes: 25 máx. Duración recomendada: 20h.
Pautas metodológicas para la evaluación (herramientas de diagnóstico, formativas y de evaluación final)
Evaluación formativa: Análisis de cartografía. Análisis de proyecto Debates Evaluación final (de aprendizajes): Desarrollo de cartografía. Desarrollo del proyecto
Fuentes
Proyecto COMPARES http://etcharry-formation-developpement.fr/fr/projet/compares-competences-partenariat-reseaux Proyecto KILT http://www.kilt-project.eu

3.8. UNIDAD 8 - DESARROLLO DE UN PROYECTO DE ANIMACIÓN SOCIAL

UNIDAD 8 - DESARROLLO DE UN PROYECTO DE ANIMACIÓN SOCIAL
Audiencia
Grado medio y superior.
Instructores
Expertos en animación sociocultural, expertos en pedagogía, psicología, trabajo social.
Contexto
Formación profesional, universidad, lugar de trabajo.
Metas y objetivos
- Aprender los principios de planificación, realización y evaluación de un proyecto de animación; - Adquirir metodologías y herramientas para evaluar las necesidades de animación en un contexto de cuidados; - Desarrollar un proyecto de animación según las necesidades; - Contextualizar y evaluar las implicaciones de un proyecto de animación.
Contenido
- Planificación de un proyecto de animación - Evaluación de la situación y de las necesidades - Definición de objetivos - Elección de la metodología de animación - Descripción de actividades (equipamiento, espacios, duración) - Definición de herramientas de evaluación - Implementación de un proyecto de animación - Evaluación de un proyecto de animación - Ejemplos de proyectos de animación
Métodos y descripción de la actividad. Herramientas, número de personas, espacios, tiempos, etc.
Métodos Simulaciones sobre el propio entorno profesional o estudios de casos prácticos. Lugar de trabajo Evaluación de proyectos ya completados Trabajo en grupo para la planificación de proyectos. Simulaciones y análisis de riesgos (análisis DAFO) Implementación práctica del proyecto y evaluación de impacto. Herramientas: ordenador, video proyector, presentación de diapositivas, internet, estudio de caso, rotafolio, etc.

Espacio: salas con sillas móviles, videoprojector, áreas de reunión en instituciones.

Número recomendado de participantes: 25 máx.

Duración recomendada: 30h.

Pautas metodológicas para la evaluación (herramientas de diagnóstico, formativas y de evaluación final)

Evaluación formativa:

Evaluación del proyecto de acuerdo con los indicadores metodológicos seleccionados.

Debates

Evaluación final (de los logros de aprendizaje):

Análisis de proyecto

Análisis de resultados para proyectos terminados

Verificación del análisis de riesgo del proyecto