



**Universidad**  
Zaragoza

**Universidad de Zaragoza**  
**Escuela de Ciencias de la Salud**



***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO  
Programa de Terapia Ocupacional para personas con demencia en un  
centro de día.

**Autor/a:** Carolina Bas Tessier

**Tutor/a:** M<sup>a</sup> Antonia Sánchez Calavera  
Noelia Soteras Díaz

## **RESUMEN:**

Este trabajo tiene como objetivo central realizar un programa desde Terapia Ocupacional en un centro de día dirigido a personas con demencia y a sus cuidadores, realizado con el fin de poder actuar sobre las necesidades que presenta la población actual, cada vez más envejecida y con diversas enfermedades asociadas, una de las cuales es la demencia.

Para realizar el programa se utiliza un modelo propio de Terapia Ocupacional, el Modelo de Discapacidad Cognitiva de Allen y se utilizan una serie de escalas estandarizadas, a su vez se tienen en cuenta distintos factores como: las características y los distintos tipos de demencia que se pueden encontrar, las necesidades que presentan tanto los enfermos como sus cuidadores, etc. A partir de esto se plantean unos objetivos que cubran las necesidades de ambos grupos con el fin de poder mejorar la calidad de vida de dichos pacientes. Tras plantear los objetivos se plasman unas ideas generales para poder llevar a cabo de forma adecuada el programa. Para tener un mayor control del programa se realizarán evaluaciones de forma periódica tanto a usuarios como a cuidadores.

## **INDICE:**

- Introducción. P.4, 5
- Objetivo del trabajo. P.6
- Metodología. P.7
- Desarrollo. Programa de Terapia Ocupacional. P. 8, 9, 10, 11, 12
- Conclusión. P. 13
- Bibliografía. P. 14, 15

## **INTRODUCCIÓN:**

En la actualidad el aumento de la esperanza de vida ha permitido alcanzar una edad en la cual las enfermedades neurodegenerativas se manifiestan con mayor frecuencia en el individuo, una de estas enfermedades es la demencia. La demencia es un síndrome en el cual se produce un deterioro de las funciones superiores que afectan a las actividades de la vida diaria del sujeto. (1)(2)

La prevalencia de demencia en países desarrollados se duplica cada cinco años en los pacientes entre 65-94 años. Esta prevalencia oscila desde el 1'4 % de la población entre 65 y 69 años al 38'6% en los individuos entre 90-94 años. (3)

Existen distintos tipos de demencias, pero todas comparten características comunes que son: su larga duración, la manifestación de los síntomas tanto a nivel psicológico como a nivel funcional, la pérdida de autonomía que suponen y que no tienen tratamiento curativo. Concretamente se deteriora el nivel de inteligencia, afectando el pensamiento abstracto, la capacidad de juicio, la personalidad y además se produce un síndrome afaso- apraxo-agnósico. (4)

Se puede distinguir entre diferentes de demencia:

- **Demencia degenerativa:** La más común es la enfermedad de tipo Alzheimer (EA), es la causa un 50-60% de los casos de demencia. Es un trastorno neurodegenerativo progresivo caracterizado por una disminución gradual en la cognición, la disminución de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y puede ir acompañada de trastornos del comportamiento. (5)

El curso de la enfermedad se produce en tres fases:

- o **Demencia leve:** Es la fase inicial. Se caracteriza por pequeñas pérdidas de memoria, episodios de desorientación temporo-espacial y comienzo de la afasia y la agnosia. La capacidad de opinión se ve disminuida. El individuo percibe sus dificultades e incluso puede llegar a ocultarlas Esta fase puede pasar

desapercibida para los profesionales. Dura aproximadamente de 1 a 3 años.

- **Demencia moderada:** Hay mayor deterioro de la memoria (reciente y remota), la desorientación es mayor y se comienzan a afectar las actividades de la vida diaria (AVD). En esta fase se afecta el lenguaje, la escritura, la lectura y el cálculo. Dura de 2 a 8 años.
- **Demencia grave:** La amnesia y la desorientación están cada vez más acentuadas y comienza a haber una apraxia con afectación de la marcha y de los movimientos en general. El lenguaje resulta casi incomprensible. En esta fase se producen otras complicaciones que conducen a la muerte. (6)

- **Demencia vascular:** Se produce por procesos isquémicos o hemorrágicos de las arterias que van al cerebro, esto puede producir un infarto único o múltiples infartos a nivel cerebral. Se incluyen dentro de este tipo demencias como la demencia de multiinfarto, demencia lacunar, de Biswanger, etc. Sus síntomas varían según la de la zona afectada. (7)(4)

Es muy difícil diferenciar de forma clara la demencia tipo Alzheimer y la demencia vascular, por lo que en la mayoría de los casos, el diagnóstico es el de demencia mixta.

- **Demencias tratables:** Son cuadros que cursan con demencia, estos cuadros los ocasionan factores que tratados en un determinado periodo de tiempo mejorarían o detendrían dicha afectación. Las causas de estas demencias suelen ser los fármacos, el alcohol, hematomas subdurales y la hidrocefalia a presión normal. (6)

Como se cita anteriormente, excepto en las demencias tratables, no existe tratamiento que cure la enfermedad, pero si puede frenarse su evolución. El tratamiento existente en la actualidad es farmacológico y no farmacológico. Concretamente este trabajo se va a centrar en el tratamiento no farmacológico que se realiza en un centro de día desde Terapia Ocupacional.

El centro de día es un servicio para personas mayores con distintos tipos de problemas. Este servicio busca la permanencia e integración de los ancianos en el medio comunitario y ofrecer apoyo a los familiares. En él se atenderán necesidades básicas, terapéuticas y socio-culturales del anciano (8), mediante una intervención de forma integral física y psicosocial, con terapias de estimulación física, cognitiva y social que se realizan desde distintos ámbitos, uno de los cuales es la Terapia Ocupacional (6).

La Terapia Ocupacional debe proporcionar servicios de calidad que incluyan: valoración y evaluación, intervención, planificación y desarrollo de programas, programación del alta, documentación y comunicación (9).

Para el abordaje de las demencias se necesita conocer: la historia clínica del paciente, los fármacos que toma, su situación social y los fundamentos de las técnicas aplicadas desde T.O. Por parte de los profesionales es imprescindible el trabajo en equipo. El objetivo principal de la Terapia Ocupacional, en este campo, es utilizar y potenciar las habilidades residuales del paciente, realizando actividades que son adaptadas en función de sus capacidades, intereses y necesidades y que pueden ser modificadas cuando se estime oportuno. (4)

## **OBJETIVOS:**

Los objetivos de este trabajo son:

- Detectar las necesidades de los ancianos con demencia.
- Localizar las necesidades de los cuidadores de las personas afectadas.
- Descubrir que actividades son más beneficiosas para los ancianos con demencia.
- Realizar un programa desde Terapia Ocupacional para personas con demencia en un centro de día.

## **METODOLOGÍA:**

Se han realizado búsquedas en distintas bases de datos como Pubmed, Dialnet, Scielo, en la Biblioteca de la Universidad de Ciencias de la Salud de Zaragoza, en revistas electrónicas y en Google académico.

Las palabras clave utilizadas han sido: Demencia, demencia y terapia ocupacional, demencia y necesidades, demencia y evaluaciones, programas y terapia ocupacional, modelos de terapia ocupacional para demencia y sus correspondientes homónimos en inglés.

Las búsquedas en la biblioteca han sido con palabras como las anteriores junto con cuidados geriátricos, geriatría, tipos de demencia, centro de día, Terapia Ocupacional en geriatría, síndromes y cuidados del paciente geriátrico, manual de geriatría, conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional entre otras.

Los artículos y libros se han seleccionado en función de las necesidades encontradas a lo largo del trabajo y de los apartados que se estaban realizando en ese momento.

El modelo utilizado para establecer el programa, es el de discapacidad cognitiva de Allen (1985) utilizado en el ámbito de demencia senil. Este fue desarrollado para personas cuya patología cerebral les afectaba a nivel cognitivo y les impedía llevar a cabo actividades cotidianas. (10) Este modelo propone adaptar, para el desarrollo del programa por parte de los usuarios, distintas tareas como actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como el ocio de la persona y según las capacidades cognitivas que posean, identifica las condiciones ambientales idóneas que se necesitan, para poder llevar a cabo el programa. (11)

El programa se va a enfocar a personas con demencia de grado leve o moderado. En cuanto a la temporalidad del programa, va a ser indefinida y modificable con el paso del tiempo y el avance de la enfermedad en los distintos usuarios. Dicho programa también se dirige a los cuidadores de las personas con demencia.



Para poder llevar a cabo este programa, se necesita realizar una evaluación del usuario de forma multidisciplinar. Las evaluaciones que se van a realizar se centran en el nivel cognitivo, pero también se utilizarán escalas para valorar tanto capacidades funcionales como psíquicas. Las evaluaciones de tipo cognitivo se realizarán con el fin de valorar como repercute la cognición en el desempeño funcional y no para valorar el nivel de inteligencia (12).

Se utilizaran distintas escalas para los usuarios como: la prueba de desempeño cognitivo (CPT, perteneciente al modelo de discapacidad cognitiva) (13), el MEC Lobo (14), el GDS, las escalas de Barthel, Lawton y Brody, la ADAS (15) y la escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

A parte de estas escalas se va a incluir la escala de Zarit, que se realizará a los cuidadores, la cual nos indicará el nivel de sobrecarga que tiene el cuidador (16).

## **DESARROLLO:**

A continuación se pasa a detallar las necesidades que tienen tanto los enfermos con demencia como sus cuidadores, y a partir de estas premisas se expondrá el programa a desarrollar, desde Terapia Ocupacional. En él se detallarán los objetivos y actividades que se llevarán a cabo.

Las necesidades detectadas son varias. El cuidador, por lo general, suele ser un familiar allegado (en su mayoría cónyuge o hijos) cuyas necesidades son recibir formación acerca de lo relacionado con las demencias y tener un apoyo que les ayude a soportar la carga de la enfermedad. Es necesario concienciar a dichas personas de que es fundamental mantener la salud de ambos (17). En cuanto al enfermo con demencia, sus necesidades son por una parte frenar la evolución de la enfermedad y por otra parte que los déficits físicos, cognitivos o psíquicos interfieran lo mínimo posible en su vida cotidiana. (18)

A continuación se detallan los objetivos generales y específicos del programa:

### **Objetivos generales:**

#### Para los usuarios:

- Mantener el máximo grado de autonomía, mejorando o manteniendo las funciones existentes, ganando así en calidad de vida y en dignidad. (6)

#### Para el cuidador:

- Mejorar su calidad de vida asistiendo a los distintos tipos de programas que se llevaran a cabo en el centro, evitando así situaciones de estrés psicológico y de carga. (10)

En base a los objetivos generales se establecerán unos **objetivos específicos**, los cuales son:

### Para los usuarios:

- Utilizar técnicas de compensación en la pérdida de capacidades para retrasar el deterioro.
- Mantener y mejorar las capacidades residuales.
- Encontrar un equilibrio emocional, mejorando el auto concepto y la autoestima.
- Ser autónomo el mayor tiempo posible.

### Para el cuidador:

- Obtener información y formación acerca de las demencias asistiendo a diferentes charlas propuestas por el centro.
- Recibir apoyo psicológico y social. (19)
- Tener un acceso al respiro familiar, cuando este sea necesario. (20)

En función de los distintos objetivos específicos se han desarrollado diferentes ideas para llevarlos a cabo:

### **Planteamiento para los usuarios:**

1. Utilizar técnicas de compensación en la pérdida de capacidades para retrasar el deterioro.
  - Se realizaran actividades que potencien las capacidades cognitivas como la memoria, la comprensión, la comunicación, el manejo del tiempo y resolución de problemas.
  - Se llevarán a cabo actividades que fomenten el funcionamiento de la integración sensorial como orientación temporo- espacial, sensibilidad y reflejos.
  - Se desarrollarán actividades encaminadas al mantenimiento de funcionamiento motor en los que se trabajara el arco de movimiento,

la fuerza y tono muscular, la destreza motora fina y la destreza motora gruesa. (21)

2. Utilizar y mejorar las capacidades residuales.

- Mediante el resultado obtenido en las valoraciones de usuario, se sabrá cuáles son sus capacidades residuales y a partir de ahí se podrá trabajar este objetivo.

3. Encontrar un equilibrio emocional, mejorando el auto concepto y la autoestima.

- Se realizarán actividades del interés del usuario y adecuarla a sus capacidades para evitar la aparición de frustración.

4. Ser autónomo el mayor tiempo posible.

- Se potenciará la realización de ABVD (actividades básicas de la vida diaria) de forma independiente como alimentarse, vestirse y bañarse entre otras (cuidado personal).
- Se fomentará el desarrollo de AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) como cocinar, realizar tareas del hogar, manejo de la medicación y del dinero. (21)
- Uso ayudas técnicas cuando sea necesario.

**Planteamiento para los cuidadores:**

✓ Obtener información y formación acerca de las demencias asistiendo a diferentes charlas propuestas por el centro.

- Se realizaran sesiones que traten acerca de la comunicación con el enfermo.
- Se plantearan sesiones en las que se entrene a los cuidadores en crear rutinas para los enfermos.

- Se llevarán a cabo charlas acerca de la reducción de riesgos y posibles adaptaciones del hogar. (21)
- ✓ Recibir apoyo psicológico y social.
- Se organizarán sesiones a las que acudan los familiares/ cuidadores del enfermo para que realicen intercambios de ideas y de experiencias. (10)
- ✓ Tener acceso al respiro familiar, cuando este sea necesario.
- Asistencia al centro del usuario. (10)

A continuación se detallan distintas actividades que podrían llevarse a cabo en el programa.

**Para los usuarios:** Se nombran actividades del área cognitiva y del área física.

- AREA COGNITIVA:

- ✓ Memoria:

Para la memoria inmediata: Trabajo con distintos tipos de series orales (palabras o sílabas), numéricas, visuales, gráficas, etc. El número de elementos presentes en cada serie dependerá de las capacidades del paciente.

Para la memoria a corto plazo episódica: Está relacionada con la orientación temporo- espacial, por lo que realizará ejercicios en los indique su nombre, lugar en el que se encuentra y la fecha. Lectura del periódico o noticias actuales.

Para la memoria a largo plazo: Trabajo de reminiscencia (recuerdos de hechos en el pasado).

Para la memoria categorial o semántica: Actividades de tipo visual, por ejemplo, agrupar tarjetas en función de su categoría. (22)

✓ Calculo:

Realizar fichas con distintos tipos de sumas, restas... Completar series, ejercicios de rodear números mayores o menores a X, ejercicios de realización de una compra con dinero falso, etc.

✓ Praxis:

Dibujar lo que indica el ejercicio (unas gafas, una mesa, etc), realizar un trazado siguiendo unos puntos, completar dibujos, copiar dibujos.

✓ Lenguaje:

Ejercicios de lecto- escritura, de categorías como; rodear palabras de un mismo grupo o escribir las palabras de un mismo grupo, completar palabras, ejercicios de antónimos y sinónimos.

✓ Gnosias:

Ejercicio de reconocimientos de objetos, de personas, de figuras, de emociones.

✓ Atención:

Ejercicios de búsqueda de objetos o personas en una fotografía, búsqueda de determinadas palabras en un texto, etc. (23)

Todas estas actividades se podrán adaptar en función de las capacidades de la persona y se podrán trabajar de forma más atractiva añadiéndolas a actividades de la vida diaria o a ocupaciones.

Por ejemplo, una actividad de jardinería en la que se que trasplantara una maceta, se debería: seleccionar la planta, escoger el macetero que se quiere usar, utilizar medidas de higiene adecuadas, sacar la planta del macetero y replantarla en otra. Todo este proceso incluiría distintos componentes como son la atención y concentración, planificación, secuenciación, capacidad de elección, componentes motores (sobre todo a nivel de miembro superior), coordinación óculo-manual entre otras capacidades.

- AREA FISICA:

Talleres de psicomotricidad y de baile.

- ACTIVIDADES LÚDICAS:

Se plantean actividades en función de dos criterios, de carácter recreativo o competitivo:

De tipo recreativo: Cartas, bingo, coleccionismo, representaciones teatrales sencillas, pintura, collage, rompecabezas.

De tipo competitivo: Petanca, cuatro en raya, juegos de naipes, parchís, etc.

**Para los cuidadores:** Se aconsejan una serie de pautas que podrán darse a conocer en las distintas charlas planteadas en el programa.

- ÁREA PSIQUICA:

Se pueden adquirir varias conductas.

- Reacciones catastróficas: Evitar la situación, autocontrol personal por parte del profesional, es fundamental una buena relación (aporta seguridad), mantener rutinas, adaptar las actividades a sus capacidades.
- Síntomas psicóticos: En delirios y alucinaciones: No negar la idea del usuario ni tampoco alimentarla, distraer hacia una actividad.
- Agresividad: No invadir al usuario y utilizar comunicación no verbal (22).

- AREA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

Mantenimiento de actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales.

✓ Actividades básicas:

- Comida: Mantener horarios fijos de comida, mantener el mayor tiempo posible el cortar la carne, untar la tostada, llenar el vaso de agua (praxis ideatoria), mantener la masticación de alimentos sólidos.
- Aseo: Mantener el lavado de manos y cara, si es necesario ayudar verbalmente, utilizar utensilios de uso fácil y peinarse solo.
- Baño: Uso de ayudas técnicas, mantener las transferencias (gnosis corporal) y ayudarlo verbalmente si es necesario.
- Vestido: No tener prisa, realización independiente, ayudarlo si se deja alguna prenda o si se altera el orden de colocación, uso de prendas sencillas de colocar.
- Uso WC: En fase inicial solamente supervisión visual, ayudar verbalmente si es necesario, utilizar ropa con cierres sencillos.
- Movilidad: Realizar paseos diarios ya que tiene beneficios (mantenimiento de AVD y bienestar psíquico).

✓ Actividades instrumentales:

En fases iniciales mantener la realización de tareas domésticas del hogar ligeras (con supervisión) ya que se trabaja la memoria de procedimiento y así se mantienen rutinas.

Para concluir el programa se realizará un control de resultados cada seis meses con las evaluaciones que constan en el apartado de metodología. De este modo se podrá establecer si el programa utilizado es adecuado para las personas que acuden al centro, si permite ralentizar el deterioro cognitivo y si favorece la correcta evolución de los usuarios. A su vez se volverá a reevaluar a los cuidadores, con la finalidad de establecer si se han obtenido resultados positivos



## **CONCLUSIONES:**

La Terapia Ocupacional ejercida en un centro de día puede ser un elemento fundamental en el abordaje de enfermedades como las demencias, tanto para las personas afectadas como para sus cuidadores. Para los primeros es necesaria ya que les mantiene activos en su día a día, les permite permanecer integrados en la sociedad y trabaja con sus deficiencias y sus capacidades residuales para la obtención de una mayor autonomía.

Respecto a los cuidadores el programa planteado desde Terapia Ocupacional, pueden llegar a convertirse en un punto de apoyo importante sirviendo como un modo capacitación y soporte para afrontar la enfermedad.

Esto supondría una mejora en la calidad de vida de ambos grupos, concluyendo que la Terapia Ocupacional es necesaria en este ámbito de trabajo.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Pérez Trullen JM, Abanto Ald J, Labarta Mancho J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). Aten Primaria. 1996; 18 (4): 194-202. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/el-sindrome-cuidador-los-procesos-deterioro-cognoscitivo-14332-articulo-especial-1996>
- (2) Díaz Barrientos E, Madeline Sosa Coronado A. Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. MEDISAN. 2010; 14 (3):838- 849. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_6\\_10/san15610.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_6_10/san15610.htm)
- (3) Arango Lasparilla JC, Fernández Guinea S, Ardila A. Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. 1ª Ed. México. Manual moderno; 2003. Disponible en:  
<http://books.google.es/books?id=uLtwCTnYuHsC&pg=PA325&dq=epidemiologia+de+demencias&hl=es&sa=X&ei=7gGIT86MDYaohAfr50jaAg&ved=0CDkQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false>
- (4) Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia ocupacional en geriatría: Principios y práctica. 4ª Ed. Barcelona: Masson; 2002.
- (5) Libre Guerra J, Guerra Hernández M, Perera Miniet E. Comportamiento del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer. Rev haban cienc méd. Ene- marz 2008; 1 (7): 1- 10. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000100008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000100008&script=sci_arttext&tlng=pt)
- (6) Guillen Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrossa R. Síndromes y cuidados del paciente geriátrico. 2ª Ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- (7) Agüera Ortiz L F. Demencia, una aproximación a la práctica. 1ª Ed. Barcelona: Masson; 1998.

- (8) Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales. Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1996.
- (9) Polonio López, Begoña. Terapia ocupacional en geriatría. 15 casos prácticos. Ed: Enero de 2002. Madrid: Panamericana.
- (10) Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. 1ª Ed. Madrid: Panamericana; 2001.
- (11) Guzman Lozano S. La terapia ocupacional en psicogeriatría. Informaciones psiquiátricas. 2008; (192): 1- 9. Disponible en: [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2008/02\\_192\\_08.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/02_192_08.htm)
- (12) Sánchez Duran E. Instrumentos de evaluación cognitiva en terapia ocupacional. TOG. 2011; 8(13): 1- 16. Disponible en: <http://revistatog.3owl.com/num13/pdfs/original1.pdf>
- (13) Kielhofner. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Madrid: Panamericana; 2006.
- (14) Domenech Pou S. Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve [Tesis]. Universidad de Barcelona. 2005. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/2642>
- (15) Mangone C. Metodología diagnóstica de la demencia tipo Alzheimer. Alcmeon. 1991; 4: 445-465. Disponible en: [http://www.alcmeon.com.ar/1/4/a04\\_01.htm](http://www.alcmeon.com.ar/1/4/a04_01.htm)
- (16) Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. Med. Chile. 2009; 137 (5): 657 -665. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000500009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009)

(17) Martínez Cepero F. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento de ancianos con demencia tipo Alzheimer. Rev Cubana enfermer. 2009; 25 (3- 4): 1- 9. Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25\\_3-4\\_09/enf06309.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_3-4_09/enf06309.htm)

(18) Agudo Díaz AL, Alcedo Rodríguez MA. Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. Psicothema. 2004; 16 (2): 261- 269. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72716214.pdf>

(19) Bermejo Pareja F. Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia. 2ª Ed. Madrid: Ediciones Díaz Santos; 2004.

(20) Losada A, Moreno- Rodríguez R, Cigaran M, Peñacoba C, Montorio I. Analisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. Informaciones psiquiátricas. 2006; (184): 1- 10. Disponible en:

[http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2006/02\\_184\\_08.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2006/02_184_08.htm)

(21) Redondo Garcés A. Terapia ocupacional en Alzheimer y otras demencias. Nuevos puntos de vista para un cuidador. 1ª ed. Madrid: Afal colecciones; 2005.

(22) Sarasa Frechín E. Terapia Ocupacional y Enfermedad de Alzheimer, Guía práctica para la estimulación de servicios sociales. 1ª Ed. Huesca: Mira Editores; 2008.

(23) Romero Bravo MJ, Orantes Fernández R. Estimulación cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer, ejercicios prácticos. 1ª Ed. Jaén: Formación Alcalá; 2010.