



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2018 / 2019

TRABAJO FIN DE GRADO

TERAPIA DE REMINISCENCIA BASADA EN OCUPACIONES PREVIAS:
EFECTO EN LA FLUENCIA VERBAL EN PERSONAS MAYORES CON
DETERIORO COGNITIVO LEVE.

REMINISCENCE THERAPY BASED ON PREVIOUS OCCUPATIONS: EFFECT
ON VERBAL FLUENCY IN ELDERLY PEOPLE WITH MILD COGNITIVE
IMPAIRMENT

Autor/a: Rocío Arié Bordetas

Director 1: Estela Calatayud

ÍNDICE

Resumen / Abstract	Página 3
Glosario	Página 4
Tablas	Página 5
Introducción	Página 6 - 12
Objetivos	Página 13
Metodología	Página 14 - 19
Resultados	Página 20 - 25
Conclusiones	Página 26
Bibliografía	Página 27 - 29
Anexos	Página 30 - 37



RESUMEN

La terapia de reminiscencia es una terapia no farmacológica, basada en la revisión de experiencias del pasado, que contribuye a la mejora del estado cognitivo y las habilidades de comunicación de las personas.

La intención de este trabajo fin de grado ha sido analizar si existe evidencia de dichas terapias, basadas en ocupaciones previas, en la fluidez verbal de personas mayores que presentan deterioro cognitivo leve.

Para ello, se han realizado revisiones acerca de la evidencia de estas terapias en personas con deterioro cognitivo leve y junto a ello se ha elaborado un programa de intervención para llevar a cabo con este tipo de población y poder comprobar dicha eficacia.

ABSTRACT

Reminiscence therapy is a non-pharmacological therapy, based on the review of past experiences, which contributes to the improvement of cognitive status and communication skills of people.

The purpose of this final degree project was to analyze whether there is evidence of such therapies, based on previous occupations, on the verbal fluency of elderly people with mild cognitive impairment.

To this end, reviews have been made about the evidence of these therapies in people with mild cognitive impairment and an intervention program has been developed to carry out this type of population and be able to verify this effectiveness.

GLOSARIO

- **DCL:** Deterioro Cognitivo Leve
- **DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- **EA:** Enfermedad de Alzheimer
- **MOHO:** Modelo de Ocupación Humana
- **ACIS:** Assessment of Communication and Interaction Skills
- **MEC:** Mini Examen Cognoscitivo
- **GDS:** Global Deterioration Scale

TABLAS

Página	Tabla
6	Tabla 1- Cambios anatómicos y cognitivos en el envejecimiento
7	Tabla 2- Criterios diagnósticos del DCL Tabla 3- Clasificación DCL según la afectación que produce
8	Tabla 4- Cambios en los procesos léxicos y lingüísticos debido al DCL
11	Tabla 5 - Dominios de la evaluación de habilidades de comunicación e interacción
14	Tabla 6 - Escala puntaje en la valoración de la motivación Tabla 7 - Criterios de inclusión para el programa de intervención
16	Tabla 8 - Contenido y objetivos de las sesiones del programa de reminiscencia por meses
17	Tabla 9 - Cronograma de las sesiones realizadas por semanas Tabla 10 - Criterio de selección de imágenes
19	Tabla 11- Materiales y herramientas necesarias Tabla 12- Resultados basales y finales del Set Test de Isaac
20	Tabla 13 - Gráfica resultados generales en la comparación del Set Test de Isaac Tabla 14 - Gráfico de resultados de mejoría según los sexos
21	Tabla 15 - Gráfico de la evolución de la motivación de los usuarios Tabla 16 - Gráfico según sexos en la evolución de la motivación.
22	Tabla 17 – Gráfico de aumento de la fluidez verbal en función de las sesiones. Tabla 18 – Gráfico de aumento de las destrezas de comunicación según los dominios de la herramienta de evaluación ACIS.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno natural que está presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Actualmente este concepto es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo (1-2).

Entendemos como envejecimiento normal aquel que experimenta la mayoría de la población, en el que no existen patologías neurodegenerativas y en el cual los cambios que se experimentan son atribuibles a los que se dan en un cerebro sano al envejecer. Respecto al envejecimiento patológico, se define como aquel envejecimiento que cursa junto con cierto deterioro cognitivo o la presencia de un cuadro demencial, a la vez que se produce una disminución del funcionamiento cognitivo.

Al envejecer se producen ciertos cambios tanto a nivel anatómico como cognitivo, entre los cuales encontramos (3-4):

A nivel anatómico	A nivel cognitivo
<p>A partir de la quinta década:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La corteza cerebral comienza a deteriorarse más abruptamente, siendo la más afectada la corteza frontal • La sustancia blanca comienza a decrecer • Se produce una aceleración de la dilatación de los espacios ventriculares 	<p>Se produce un enlentecimiento en la cognición que afecta de manera global en la ejecución de las tareas que requieren uso de las funciones cognitivas.</p> <p>Se deteriora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La memoria siendo uno de los dominios más afectados, y dentro de esta es la episódica la más afectada • Las funciones visuoespaciales, como relacionar la posición, dirección o movimientos en el espacio

	<ul style="list-style-type: none">• La coordinación e integración de las funciones visuoperceptivas y visuoespaciales se deteriora• La agudeza y procesamiento perceptivo asociados al rendimiento lingüístico• La denominación por confrontación visual• Las funciones atencionales asociadas a la inhibición
--	---

Tabla 1 - Cambios anatómicos y cognitivos en el envejecimiento

Se prevé una importante acentuación de las patologías relacionadas con la edad, como son el deterioro cognitivo y las demencias, por el significativo aumento de personas de más de 65 años en relación al conjunto total de la población. En torno a un 20% de la población mayor sufre un deterioro cognitivo leve y entre un 5-10% desarrolla una demencia (5-6).

El Deterioro Cognitivo Leve, en adelante DCL, o Trastorno Neurocognitivo Menor, según cita el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5), hace referencia a un estado transitorio entre la normalidad y la demencia. Las personas con DCL se encuentran en una situación de riesgo superior a la de la población general en el desarrollo de una demencia. Los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo menor son (7,9):

- A.** Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en más de uno de los dominios cognitivos referidos:
1. Preocupación del individuo, de un tercero o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas
 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un

desempeño en los test del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente
B. Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia, pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia
C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un <i>delirium</i>
D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales

Tabla 2 - Criterios diagnósticos del DCL

Al realizar la clasificación de DCL basándonos en la afectación que este mismo produce, encontramos los siguientes subtipos (ver tabla 3) :

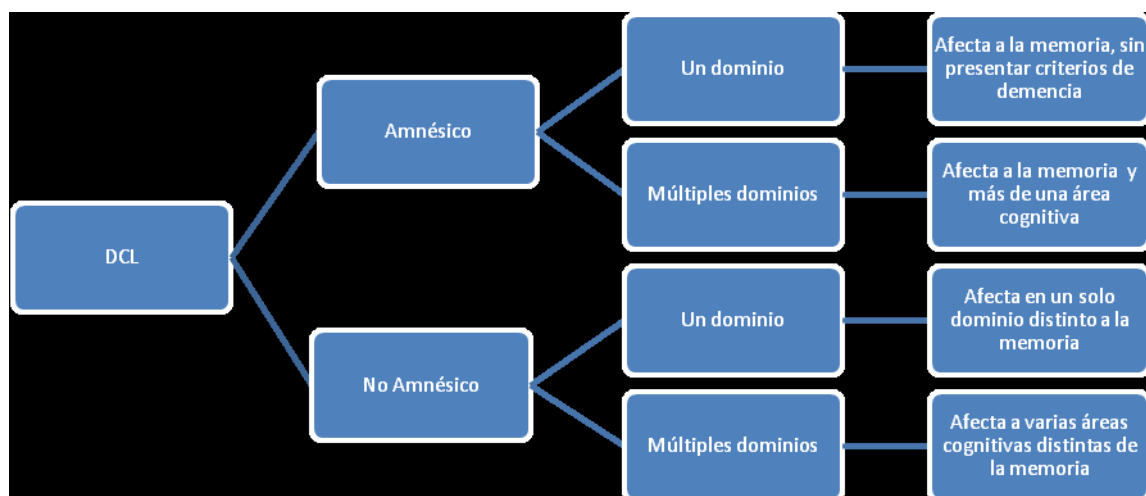


Tabla 3 - Clasificación DCL según la afectación que produce

El DCL más común es el amnésico y es el que más probabilidades tiene de progresar a enfermedad de Alzheimer, en adelante EA.

Las personas con DCL tienen un rendimiento de funciones como la memoria menor a la media de su grupo de edad, sin embargo, ese deterioro no es suficiente como para impedir el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria. Las funciones cognitivas que se van a ver más deterioradas son las funciones ejecutivas, de procesamiento o el lenguaje (10-12).

Una de las funciones que más tarde se afecta durante el proceso de envejecimiento es el lenguaje, lo que se traduce en una mayor conservación del hemisferio izquierdo, el cual procesa información de tipo lingüístico.

En el DCL, los procesos léxicos y lingüísticos como son la fluidez verbal, densidad proposicional y la complejidad gramatical se encuentran más deteriorados, dándose cambios como los que podemos observar en la siguiente tabla (13-15):

Primeras manifestaciones	Estadios más avanzados
<ul style="list-style-type: none"> • Se produce alteración del léxico, en forma de trastornos de denominación y comprensión de palabras • Disminuye el rendimiento de la fluidez verbal 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro en el procesamiento sintáctico, provocando un sobre enlentecimiento del discurso y la aparición de perseveraciones. • Deterioro en la recuperación léxica

Tabla 4 - Cambios en los procesos léxicos y lingüísticos debido al DCL

Centrándonos en la fluidez verbal, se define como una tarea de producción del lenguaje que implica la puesta en marcha de mecanismos necesarios para el acceso al léxico. También se podría decir, que se trata de la habilidad de recuperación de información y el funcionamiento ejecutivo. Es una función compleja en la que intervienen procesos cognitivos tales como, la capacidad de producción verbal controlada y programada, organización de la respuesta y estrategia de búsqueda de respuesta.



Se producen cambios en el rendimiento de la realización de tareas de fluidez con alto potencial para predecir el paso de DCL a demencia, reflejándose las dificultades de acceso a las representaciones semánticas, mediadas al menos en parte por cambios en la memoria de trabajo y en la capacidad de control ejecutivo (16,18).

Una de las herramientas más utilizadas para medir la fluidez verbal es el "Set Test de Isaacs", que mide la fluidez semántica y fluidez fonológica, y consiste en citar en un tiempo limitado el máximo de palabras pertenecientes a diferentes categorías semánticas. También se puede adaptar el test, pidiendo al usuario que cite el máximo número de palabras que empiecen por una determinada letra o fonema.

No hay evidencia de que una vez diagnosticado el DCL pueda ser tratado con éxito, ni existe un tratamiento preventivo. Entre las investigaciones no farmacológicas identificadas como potencialmente beneficiosas en personas ancianas con déficit cognitivo y demencia leve está la terapia de reminiscencia que genera efectos favorables sobre la cognición (19).

La terapia de reminiscencia y la historia de vida son intervenciones psicoterapéuticas basadas en la exploración de recuerdos de las experiencias subjetivas del pasado, generalmente empleadas en personas mayores. Una de las disciplinas en hacer uso de estas técnicas es la terapia ocupacional, que utiliza la terapia de reminiscencia basada en ocupaciones previas en personas con demencia y/o deterioro cognitivo. Para ello, se sirve de materiales antiguos para estimular la memoria y permitir la valorización de sus vivencias.

La evidencia sobre la terapia de reminiscencia basada en ocupaciones previas es limitada, y generalmente su aplicación no se enfoca en objetivos propios de la disciplina, como es el fomento del desempeño ocupacional (19,20).

Las terapias de reminiscencia e historias de vida presentan los siguientes beneficios en las personas mayores: permite aumentar la satisfacción personal con la vida, ayuda a reducir o prevenir la depresión, limita el dolor crónico,



promueve la orientación y mejora el nivel cognitivo; además es un potente agente a favor de la socialización, fomentando la interacción social del individuo.

Las terapias de reminiscencia basada en ocupaciones previas son consideradas, por tanto, como intervenciones psicosociales con efectos beneficiosos para fomentar la calidad de vida en personas mayores.

La Terapia Ocupacional se define como "una profesión sanitaria centrada en el cliente que busca promover la salud y el bienestar a través de la ocupación".

Las principales técnicas llevadas a cabo por terapeutas ocupacionales implican el uso del lenguaje, especialmente de nivel conversacional, en las que la persona recuerda y narra historias vividas desde su niñez hasta la actualidad.

Desde Terapia Ocupacional se realizan procesos observacionales durante las sesiones de terapia de reminiscencia donde se constata el estado de alerta y el nivel de interacción social que el paciente presenta al inicio, durante las sesiones y al final de las mismas (20).

Para estudiar las ocupaciones y la historia de vida, el Modelo de Ocupación Humana, en adelante MOHO, de Gary Kielhofner contiene herramientas de evaluación que permiten dicho estudio. Se trata de uno de los modelos conceptuales más importantes en la práctica de la disciplina de Terapia Ocupacional. Este modelo interpreta a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, resaltando el comportamiento ocupacional como un proceso organizador.

El MOHO conceptualiza a la persona como un sistema compuesto por tres subsistemas: volición, habituación y capacidad de desempeño. El Modelo ofrece a más de 17 herramientas que incluyen evaluaciones y otros recursos que han contribuido a enriquecer las intervenciones de Terapia Ocupacional.

La evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS/ Assesment of Communication and Interaction Skills), es un instrumento formal de observación diseñado para la medición del desempeño de un individuo cuando participa de una forma ocupacional y/o con un grupo social del cuál es parte.

El objetivo de este instrumento es ofrecer al terapeuta ocupacional una evaluación de las habilidades del cliente en el discurso e intercambio social durante la participación en las ocupaciones diarias.

El terapeuta ocupacional completa un registro de puntaje de 20 ítems, que representan tres dominios de comunicación e interacción: dominio físico (corporalidad), dominio de intercambio de información, dominio de relación.

Dominio Físico	Dominio de intercambio de información	Dominio de relación
Todas las interacciones con otros. Usamos nuestros seres físicos en relación con otros.	Intercambiamos información a través del uso del lenguaje codificado.	Reaccionamos con emociones de cómo pensamos que otros nos perciben, nos tratan o se preocupan por nosotros.

Tabla 5 - Dominios de la evaluación de habilidades de comunicación e interacción.

Su escala de puntaje es de 1 a 4, siendo el 1 un desempeño competente y el 4 un desempeño deficiente. Los datos se pueden completar con observaciones de otros contextos para tener una mejor idea de las habilidades de comunicación e interacción del cliente (21).

Por último, se han encontrado estudios como el de Eider Irazoki; "Eficacia de la terapia de reminiscencia grupal en personas con demencia" que comprueban la eficacia de la terapia de reminiscencia en la cognición de ancianos con demencia o el de Rosa Matilla - Mora "Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer" en el que se analiza el efecto de estas terapias en personas con EA. El problema surge en la limitación de información aportada acerca del efecto de la terapia de reminiscencia en la fluidez verbal en personas mayores que presentan DCL, por lo que se ha propuesto este trabajo que añade información sobre la eficacia de las terapias de reminiscencia en la fluidez verbal de personas con DCL (22,23).



OBJETIVOS

El objetivo general es demostrar el impacto y la eficacia que producen diferentes sesiones de terapia de reminiscencia en la fluidez verbal de personas que presentan deterioro cognitivo leve.

Objetivos específicos:

A nivel de evaluación:

- Evaluar el impacto de las terapias de reminiscencia en la fluidez verbal.
- Observar en los pacientes si existe un aumento en las habilidades de comunicación e interacción.

A nivel del usuario:

- Conseguir fortalecer y consolidar la propia identidad de cada persona con la que se ha realizado los programas de reminiscencia.
- Estimular el lenguaje a través de un aumento del interés con relación al tema de la terapia de reminiscencia.
- Aumentar la participación e interacción entre usuarios del mismo centro durante las sesiones.
- Mantener el estado de atención y alerta durante la sesión de terapia de reminiscencia debido al interés en el tema a comentar.



METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El trabajo realizado es un estudio clínico experimental, realizado mediante un programa de intervención aplicado, a través del cual se ha evaluado el efecto en la fluidez verbal de la terapia de reminiscencia basada en ocupaciones previas de usuarios que presentan un deterioro cognitivo leve.

Emplazamiento

El estudio se realizó con 11 usuarios, 6 mujeres y 5 hombres, del "Centro de Día Luis Aula" del barrio de San José en Zaragoza.

Criterios de inclusión

En primer lugar, tras leer las historias clínicas de todos los usuarios del centro de día en el que se ha realizado el programa de intervención se tuvieron en cuenta aquellos que en su diagnóstico clínico aparecía DCL.

Después, basándonos en el " Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC)" (Anexo 1), que como anteriormente se ha citado se trata de un test de cribado de demencias, se seleccionaron a aquellos usuarios que la puntuación del test estaba entre 20 - 24 puntos, correspondiéndose en la Escala de Deterioro Global, de ahora en adelante GDS (Global Deterioration Scale de Reisberg), con un Deterioro Cognitivo Leve o GDS 3 (Anexo 2).

Otro de los criterios de inclusión que se siguió para seleccionar los pacientes con los que se iba a llevar a cabo el programa de intervención fue presentar una motivación mínima para poder ser partícipes de las sesiones de terapia de reminiscencia. Para ello, se elaboró un instrumento de evaluación (no validado) a través de la observación con la que se medía la motivación de los mismos (Anexo 3). Dicho instrumento, valoraba del 0 al 3 la motivación de los usuarios en todas las actividades que se programaban desde el centro, siendo la escala de puntaje:

Puntos	Significado
0	No presenta ningún tipo de motivación
1	Presenta escasa motivación y requiere que un profesional este continuamente retroalimentando tal motivación.
2	Requiere de motivación por parte del profesional para decidirse a realizar la actividad pero una vez que comienza una actividad mantiene una motivación activa.
3	Motivación activa sin necesidad de feedbacks por parte del profesional.

Tabla 6 - Escala puntaje en la valoración de la motivación

Todos los pacientes que presentaban una motivación entre el 2 y el 3 requerían la motivación básica para poder llevar a cabo el programa de intervención.

El grupo final de los pacientes que requerían ambos criterios estaba formado por 11 de los usuarios del centro de día.

Herramienta	Criterio de inclusión
Diagnóstico clínico	Presentar DCL
MEC	Presentar un puntaje entre 20 y 24 puntos
Escala GDS de Reisberg	Corresponderse la puntuación del MEC con un DCL
Valoración de la motivación en actividades	Presentar una motivación entre 2 y 3

Tabla 7 - Criterios de inclusión para el programa de intervención

Programa de intervención

En primer lugar y tras realizar la selección de los usuarios, se evaluó la fluencia verbal de los mismos a través del "Set Test de Isaacs" (Anexo 4). Es muy sencillo y de poco tiempo de duración, con buenos valores diagnósticos considerando una sensibilidad para deterioro cognitivo del 79% y especificidad del 82%. Tiene gran utilidad para casos de paciente analfabetos o con déficits sensoriales.

En este instrumento de valoración se le pide al paciente que diga tantos elementos como pueda recordar de cada una de las 4 categorías: colores, animales, frutas y ciudades. Se le da un minuto para cada serie o se pasa a la siguiente pregunta cuando haya hecho 10 elementos de la misma sin repetir ninguno, aunque no haya agotado el minuto de tiempo.

A continuación se realizaron durante 3 meses consecutivos, de Noviembre a Enero del año 2019, una sesión de reminiscencia por semana, en las que los temas a tratar fueron la infancia, la juventud y la madurez típica entre los años 60 y 70 que era el intervalo de edad de los usuarios.

Mes	Tema	Objetivos
Noviembre	La Infancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear un ambiente cómodo entre usuarios. 2. Trabajar la memoria a largo plazo, tanto episódica como semántica. 3. Conseguir que los pacientes relaten algún recuerdo dando inicio a la comunicación.
Diciembre	La Juventud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar la memoria episódica y semántica. 2. Aumentar la comunicación y la fluidez verbal.
Enero	La Madurez	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar la memoria a largo plazo, sobre todo la autobiográfica. 2. Aumentar o mantener la fluidez verbal.

Tabla 8 - Contenido y objetivos de las sesiones del programa de reminiscencia por meses

Durante las sesiones de terapia de reminiscencia se realizó una evaluación observacional y se tuvo como referencia la Evaluación de las Habilidades e Interacción (ACIS) del Modelo de Ocupación Humana (Anexo 5). Es un instrumento observacional con el que se puede medir el desempeño de un individuo cuando participa de una forma ocupacional y/o con un grupo social del cuál es parte. Las observaciones se realizan en contextos que son significativos y relevantes para la vida del cliente.

Por último, al finalizar la última sesión se reevaluó a los usuarios mediante el "Set Test de Isaacs" para comparar los resultados con la primera evaluación y comprobar si existía eficacia de la terapia de reminiscencia en la fluidez verbal.

Cronograma

El material preparado específicamente en conjunto con la Terapeuta Ocupacional del centro puede verse con mayor amplitud en el Anexo 6.

Mes:	Semana:	Tema:
1 - Noviembre 2018 La Infancia	1	Juegos típicos
	2	La educación y el colegio
	3	Comunión
	4	Ropa que llevaban
2 - Diciembre 2018 La Juventud	5	Abandono estudios
	6	Comienzo etapa laboral
	7	Ocio y tiempo libre
	8	Noviazgos
3 - Enero 2019 La Madurez	9	Casamiento
	10	Hijos
	11	Abandono Etapa Laboral
	12	Cuidado de los padres

Tabla 9 - Cronograma de las sesiones realizadas por semanas

Material de Intervención

Para llevar a cabo el programa de intervención, se requirió en primer lugar de una sala adecuada para el acceso de personas en sillas de ruedas y andadores.

Dentro de la sala, fue necesario un ordenador en el que poder reproducir el material preparado para las mismas sesiones y un cañón proyector que permitiese ver a los usuarios los archivos de forma ampliada y más clara.

Para la preparación de las sesiones de terapia de reminiscencia fue necesaria la búsqueda de información acerca de cada una de las etapas citadas anteriormente para poder ajustarnos a las vivencias más comunes y generales de los usuarios que iban a estar presentes durante las sesiones.

Tras la búsqueda de información, se seleccionaron imágenes que describiesen de forma muy gráfica el tema que se quería tratar y que la visión fuese clara y nítida para una óptima visualización por parte de los usuarios. Otro de los aspectos que se tuvo en cuenta a la hora de preparar las sesiones fue la duración, por lo que se preparó el material a reproducir de forma que la sesión no superase los 40 minutos y así mantener un mayor estado de atención.

Criterios de selección de imágenes

Imágenes que fueran gráficas; fáciles de reconocer.

Color de la imagen nítida y clara.

Imágenes con las que los usuarios se sintiesen identificados.

Cantidad de imágenes ajustada al tiempo de sesión para mantener un correcto nivel de atención.

Tabla 10 - Criterio de selección de imágenes

Una vez que todo el material estaba preparado y se tenía disposición de la sala para realizar las sesiones se colocó a los usuarios en sillas situadas en forma de "U" frente al proyector. La intención con la que se colocó a los usuarios de este modo fue para favorecer la interacción y comunicación entre compañeros y a su vez no se limitase la visualización de las diapositivas.

Por último, se tuvo en cuenta el ambiente de la sala, controlando que la temperatura estuviese a gusto de los usuarios y que no se diese un ambiente cargada en cuanto a iluminación y sonido refiere.

Material / Herramientas	Características
Sala	<p>Adaptadas para personas con sillas de ruedas y andadores.</p> <p>Ambiente cómodo con luz, sonido y temperatura a gusto de los usuarios.</p>
Proyector	De dimensiones adecuadas y calidad de visión para una óptima visualización de los usuarios.
Ordenador	
Dispositivo USB	
Archivos Power Point con las sesiones preparadas	<p>Imágenes gráficas, claras y nítidas, fáciles de relacionar con el tema que se quiere hablar.</p> <p>Duración adecuada entre 30- 40 minutos.</p>
Sillas	Cómodas para mayor acomodamiento de los usuarios y en forma de "U" para favorecer la interacción y comunicación.

Tabla 11: Materiales y herramientas necesarias.

RESULTADOS

Tras realizar la reevaluación del "Set Test de Isaac" se prosiguió a la comparativa entre los resultados basales y los resultados obtenidos a los 3 meses de la intervención, y junto con las observaciones realizadas durante las sesiones se obtuvieron los siguientes resultados.

Muestra

La muestra de este programa de intervención está compuesta por 11 usuarios del Centro de Día Luis Aula del barrio de San José en la provincia de Zaragoza. Los 11 usuarios que han participado en el programa, 55% mujeres y 45% hombres, presentan un DCL y un MEC entre 20 - 24 puntos.

Valoraciones Set Test Isaac

En la siguiente tabla podemos observar cuales fueron los resultados basales tras pasar los primeros Set Test de Isaac y compararlos con los resultados finales tras la realización de todas las sesiones de reminiscencia.

Usuarios	1º Evaluación	2º Evaluación
1	37/40 (E=1, R=2)	36/40 (E=0, R=0)
2	16/40 (E=3, R=2)	21/40 (E=2, R=0)
3	39/40 (E=0, R=3)	39/40 (E=0, R=3)
4	24/40 (E=1, R=2)	25/40 (E= 0, R=1)
5	30/40 (E=2, R= 2)	35/40 (E=0, R= 0)
6	40/40 (E= 0, R=3)	40/40 (E=0 , R= 0)
7	28/40 (E=0, R=3)	34/40 (E=0, R=0)
8	36/40 (E=0, R=2)	39/40 (E=0, R=0)
9	30/40 (E=3, R=11)	28/40 (E=0, R=4)
10	40/40 (E=0, R=0)	40/40 (E=0, R=2)
11	24/40 (E=0, R=1)	30/40 (E=0, R=2)

Tabla 12: Resultados basales y finales del Set Test de Isaac

Podemos analizar la eficacia de la terapia de reminiscencia al comprobar que el 82 % de los usuarios mantienen o mejoran sus resultados en el Set Test de Isaac, mientras que el 18% empeora.

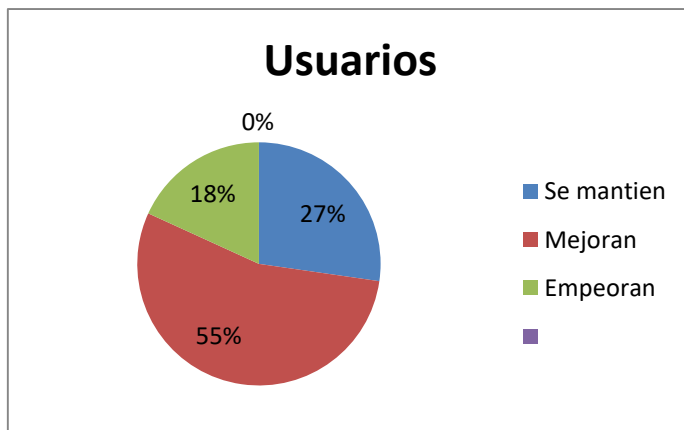


Tabla 13 - Gráfica resultados generales en la comparación del Set Test de Isaac

Analizando los resultados por sexos, obtenemos que los resultados que aumentan el puntaje de las evaluaciones son la mayoría en mujeres. En conjunto de todos los usuarios en los que se observa una mejora en dicho test, el 67% son mujeres y 33% son hombres, mientras que de los que empeoran son el 100% del sexo masculino.

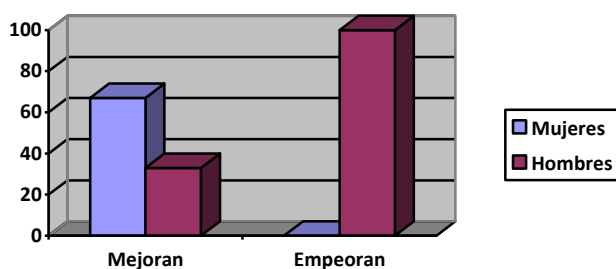


Tabla 14 - Gráfico de resultados de mejoría según los sexos.

Durante las sesiones de reminiscencia se observó que el 45% de los usuarios que por lo general mantenían un estado de mutismo o no solían relacionarse con los compañeros del centro de día, mostraban mayor interés en participar y contar experiencias que ellos mismos habían vivido en cada una de las etapas de sus vidas. El resto de los usuarios mantuvieron una motivación constante y un estado de atención óptimo durante todas las sesiones.

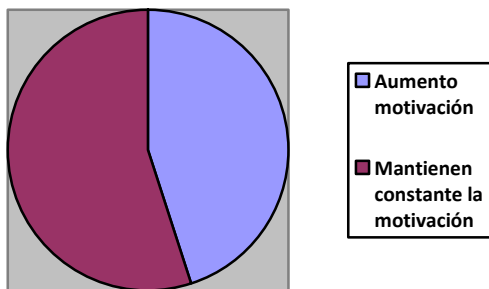


Tabla 15 - Gráfico de la evolución de la motivación de los usuarios

Analizando por sexos el nivel de atención y la constancia en la motivación e implicación durante las sesiones, el 75% de los usuarios que mantenían mejor el nivel de atención y motivación eran mujeres, mientras que los hombres mostraban más indiferencia.

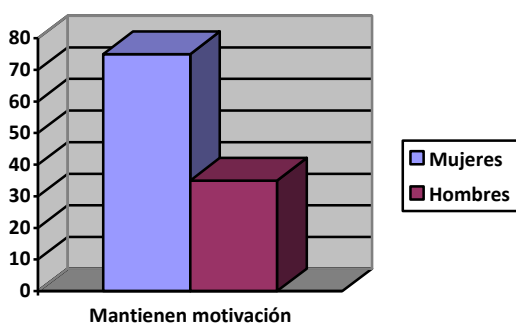


Tabla 16 - Gráfico según sexos en la evolución de la motivación.

Respecto a las sesiones en las que más implicación se notó por parte de los usuarios, el 70% de ellos aportó más experiencias y recuerdos, aumentando el nivel de fluidez verbal, en la etapa de la madurez, en concreto en la sesión en la que se habló del casamiento y el parto de los hijos. También se pudo observar mayor implicación y aumento en la fluidez verbal, alrededor del 60% de los usuarios, en la etapa de la juventud específicamente en las que se habló del abandono de los estudios y comienzo de la etapa laboral. Por lo que fue la etapa de la infancia en la que menos aumento de la fluidez verbal e implicación por parte de los usuarios se notó debido a falta de recuerdos, mostrando el 60% de los usuarios indiferencia acerca del tema a tratar.

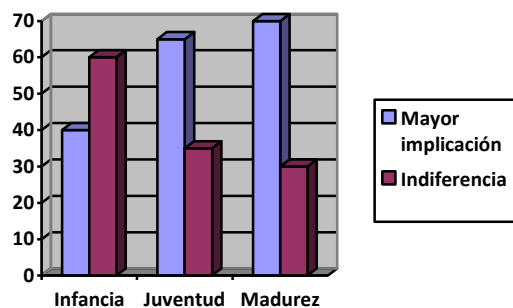


Tabla 17 – Gráfico de aumento de la fluidez verbal en función de las sesiones.

Por último, respecto a la observación realizada con la herramienta de evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS), se observó que el 80% de los usuarios aumento las destrezas de comunicación y de relación en los tres dominios que se evalúan desde dicha herramienta al tratar el tema del nacimiento de sus hijos y la posterior crianza de los mismos, mientras que el 20% restante mostraba indiferencia debido a que no tenían hijos.

Dentro de los 3 dominios que presenta dicha herramienta, el 90% de los usuarios que habían aumentado sus destrezas mostraban mayor desempeño en el dominio de relación y en el de intercambio de información, viéndose externamente un grupo más integrado a la hora de relatar sus experiencias.

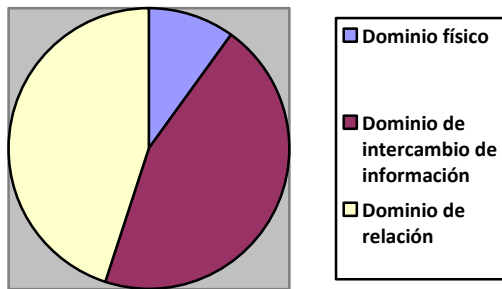


Tabla 18 – Gráfico de aumento de las destrezas de comunicación según los dominios de la herramienta de evaluación ACIS.

Discusión

Todos los estudios que se han podido encontrar para la realización de este estudio estaban relacionados con los efectos en la cognición de personas con demencia o EA, por lo que se encontró una gran limitación para búsqueda de estudios que analizaran el efecto de estas terapias en la fluidez verbal y con un diagnóstico DCL.

Los resultados analizados concluyen que se obtiene un efecto positivo en la fluidez verbal de personas con DCL observándose un cambio en la actitud de los usuarios que se enfocan a un aumento de la participación, comunicación e interacción entre los pacientes durante las sesiones.

Se concluye por lo tanto que las etapas de la vida que más han ayudado en la mejora de las destrezas de comunicación y habilidades de relación han sido el nacimiento y crianza de los hijos y la etapa de la juventud en la que los usuarios relataron su abandono de los estudios para comenzar su etapa laboral. Dicha mejora está relacionada por ser los recuerdos más cercanos a la situación actual y por tanto aquellos que recuerdan con más detalle, y por ser una de las etapas de su vida más duras pero satisfactorias de todo el ciclo vital.

Por último, los resultados de mejora en la fluidez verbal y en las destrezas de comunicación, van a depender del modo en el que la sesión de terapia de reminiscencia esté preparada. Los temas en los que nos vamos a basar para realizar dichas sesiones deben estar adaptadas a la población a la que se va a



dirigir, es decir, en el caso de este programa de intervención la búsqueda de información se basó en los años 60-70 que eran a los que pertenecían los usuarios. También se debe saber seleccionar los momentos de la vida con los que se van a tratar, puesto que como bien se ha visto en los resultados, hay situaciones más especiales en la vida de las personas y por lo tanto, van a mostrar mayor nivel de interés en relatar todas sus experiencias relacionadas con dichas situaciones.

La mayor limitación que se ha encontrado en el presente trabajado ha sido la escasez de participantes con los que realizar el programa de intervención, por lo que los resultados están basados en una población limitada. Para ello, debería realizarse dicho estudio con un número mayor de participantes y así poder extrapolar los resultados de forma genérica al resto de la población.



CONCLUSIÓN

Concluimos que las terapias de reminiscencia son terapias no farmacológicas efectivas para tratar el rendimiento a nivel cognitivo, sensorial y comunicativo de personas que presentan déficit cognitivo desde un DCL hasta una EA.

Encontramos escasez de estudios que comprueben dicha eficacia en el nivel cognitivo de las personas, pero los estudios todavía se limitan más cuando se trata del efecto producido en la fluidez verbal y en las habilidades de comunicación.

Por lo expuesto con anterioridad considero importante señalar la necesidad de nuevos estudios que amplíen la información de la eficacia en la fluidez verbal de dicha terapia, concretando y acotando a las características de la población según el nivel de deterioro que presenten y así conseguir más profundidad en dicho análisis.



BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado García A, Salazar Maya Á. Análisis del concepto de envejecimiento [Internet]. Scielo. 2014 [citado el 25 de Octubre 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
2. Pérez Díaz, J.; Abellán García, A. (2015), "Envejecimiento y dependencia." en Torres Alberó, C. -Ed-, España 2015. Situación Social. Madrid: CIS, pp. 148-57
3. Barroso Ribal J, Nieto Barco M. Cambios cognitivos en el envejecimiento normal: influencias de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo. Universidad de la Laguna; 2011.
4. Bríñez, José Arturo, Velasquez, Silvio, Gómez, Juan Daniel, Deterioro cognitivo y envejecimiento: no hay evidencia de deterioro gradual de la memoria de trabajo, dependiente de la edad, en la rata Wistar. Universitas Médica [en línea] 2010, 51 (Abril-Junio) : [Fecha de consulta: 16 de abril de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231016391002> ISSN 0041-9095
5. Saavedra, C. Envejecimiento y demencias. [Trabajo Fin Grado]. Madrid: CES Colegio Universitario Cardenal Cisneros; 2011
6. López - Álvarez J, Agüera - Ortiz L. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. Unidad de investigación. Proyecto Alzheimer 2015.
7. Mora-Simón S, García-García R, Perea-Bartolomé MV, Ladera Fernández V, Unzueta-Arce J, Patino-Alonso MC, et al. Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. Rev Neurol 2012; 54: 303-10.
8. Pedraza, C. (2013). Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, [Internet] 6(3), pp.1-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000300001&lng=en&tlng=en [Citado el 5 de Marzo de 2019].

9. Bruna, Olga.; Roig, Teresa., Puyuelo, Miguel.; Junqué, Carme.; Ruano, Ángel.; Barcelona: Elsevier, D.L.; 2011.
10. González Palau F, Buonanotte F, Cáceres M. Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*. 2015;7(1):51-8.
11. Bernero M, Jardon M, Palacio Carranza I, Bastida M, Mias C. Prevalencia de Deterioro Cognitivo y Depresión en un Servicio Público de Neuropsicología. *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología*. 2017;3(2):335-42.
12. Ribera JM. Deterioro cognitivo leve. Barcelona: Glosa; 2003.
13. Subirana J, Bruna O, Puyuelo M, Virgili C. Lenguaje y funciones ejecutivas en la valoración inicial del deterioro cognitivo leve y la demencia tipo Alzheimer. *Rev Logop Foniatr Audiol*. 2009;29(1):13-20.
14. Facal D, González M, Buiza C, Laskibar I, Urdaneta E, Yanguas J. Envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje: Resultados del Estudio Longitudinal Donostia. *Rev Logop Foniatr Audiol*. 2009;29(1):4-12.
15. Rodríguez Rodríguez N, Juncos-Rabadán O, Facal Mayo D. Discriminación mediante marcadores cognitivos del deterioro cognitivo leve frente a envejecimiento normal. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(5):291-98.
16. Gil I, Costa P, Bobrowicz-Campos E, Cardoso D, Almeida M, Apóstolo J. Reminiscence therapy: development of a program for institutionalized older people with cognitive impairment. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2017 [citado el 5 de Marzo de 2019];IV Série(Nº15):121-132. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000400013&lng=en&tlng=en
17. López-Higes, R., Prados, J. M., Montejo, P., Montenegro, M., & Lozano, M. (2014). Is there a grammatical comprehension deficit in Multidomain Mild Cognitive Impairment? *Universitas Psychologica*, 13(4), 1569-1579. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.igcd>
18. Horcajuelo C, Criado-Álvarez J, Correa S, Romo C. Análisis de tareas de fluidez verbal semántica en personas diagnosticadas de la enfermedad de Alzheimer y adultos sanos [Internet]. *Revistas.ucm.es*. 2014 [citado el 5



de Marzo de 2019]. Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/index.php/RLOG/article/view/58664>

19. Juncos-Rabadán O, Pereiro A, Facal D, Rodríguez N. Una revisión de la investigación sobre lenguaje en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. 2010;30(2):73-83.
20. Irazoki E, García-Casal J, Sánchez Meca J, Franco Martín M. Eficacia de la terapia de reminiscencia grupal en personas con demencia. Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Neurología*. 2017;65(10):447.
21. Meizoso Torres E. La ocupación en la terapia de reminiscencia en personas mayores con síntomas depresivos y enfermedad de Parkinson [Trabajo de fin de grado]. Universidad de Coruña. Facultad de ciencias de Salud; 2018.
22. Irazoki E, García-Casal J, Sánchez Meca J, Franco Martín M. Eficacia de la terapia de reminiscencia grupal en personas con demencia. Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Neurología*. 2017;65(10):447.
23. Matilla-Mora R, Martínez-Piédrola R, Fernández Huete J. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2016;51(6):349-56.

ANEXOS

ANEXO 1 - MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente.....	Edad.....
Ocupación.....	Escolaridad.....
Examinado por.....	Fecha.....
ORIENTACIÓN	
• Dígame el día..... fecha..... Mes..... Estación..... Año.....	___5
• Dígame el hospital (o lugar).....	
planta..... ciudad..... Provincia..... Nación.....	___5
FLUJACIÓN	
• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)	___3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ?	___5
• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás	___3
MEMORIA	
• ¿Recuerda las tres palabras de antes ?	___3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj	___2
• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros	___1
• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? ¿qué son el rojo y el verde ?	___2
• ¿Que son un perro y un gato ?	___3
• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa	___1
• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS	___1
• Escriba una frase	___1
• Copie este dibujo ___1	___1



Puntuación máxima 35.
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20

ANEXO 2 - ESCALA DE DETERIORO GLOBAL

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura retiene escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa, o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

ANEXO 3 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN (NO VALIDADO)

ACTIVIDAD				
MOTIVACIÓN AL INICIO DE LA ACTIVIDAD	0	1	2	3
MOTIVACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD	0	1	2	3
MOTIVACIÓN AL FINALIZAR LA ACTIVIDAD	0	1	2	3

Puntos	Significado
0	No presenta ningún tipo de motivación
1	Presenta escasa motivación y requiere que un profesional este continuamente retroalimentando tal motivación.
2	Requiere de motivación por parte del profesional para decidirse a realizar la actividad pero una vez que comienza una actividad mantiene una motivación activa.
3	Motivación activa sin necesidad de feedbacks por parte del profesional.

ANEXO 4 - SET TEST DE ISAAC

	1ª VALORACIÓN	2º VALORACIÓN
COLORES		
ANIMALES		
FRUTAS		
CIUDADES		

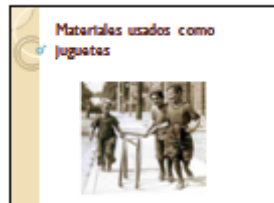
ANEXO 5 - ACIS

DOMINIO FÍSICO				
Se contacta	1	2	3	4
Contempla	1	2	3	4
Gesticula	1	2	3	4
Se orienta	1	2	3	4
Se posiciona	1	2	3	4
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN				
Articula	1	2	3	4
Es asertivo	1	2	3	4
Pregunta	1	2	3	4
Se involucra	1	2	3	4
Expresa	1	2	3	4
Modula	1	2	3	4
Comparte	1	2	3	4
Habla	1	2	3	4
Sostiene	1	2	3	4
RELACIONES				
Colabora	1	2	3	4
Cumple	1	2	3	4
Se centra	1	2	3	4
Se relaciona	1	2	3	4
Respeto	1	2	3	4

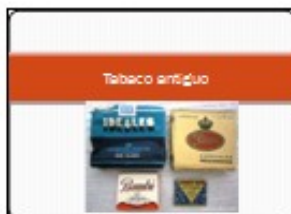
4= Competente, 3= Dudoso, 2= Ineficaz, 1= Déficit

ANEXO 6 - MATERIAL SESIONES TERAPIA DE REMINISCENCIA

INFANCIA



JUVENTUD



MADUREZ

