



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

PLAN DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA
OCUPACIONAL EN ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER

OCCUPATIONAL THERAPY
INTERVENTION PLAN FOR ALZHEIMER'S
DISEASE

Autor/es

Juncal Mateo Bueno

Director/es

Estela M^a Solanas Villacampa

Facultad Ciencias de la
Salud Curso 2020/2021

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 1.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA | 5 |
| 1.2 JUSTIFICACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL | 9 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN DE MODELOS CONCEPTUALES | 11 |
| 2. OBJETIVOS | 13 |
| 3. METODOLOGÍA | 14 |
| 3.1 FASES DEL PROGRAMA | 14 |
| 3.2 PACIENTES | 15 |
| 4. DESARROLLO | 16 |
| 4.1 EVALUACIÓN INICIAL | 16 |
| 4.2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA | 18 |
| 4.2.1 ACTIVIDADES | 20 |
| 4.3 RECURSOS NECESARIOS | 23 |
| 5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA | 25 |
| 5.1 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS | 25 |
| 5.2 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN | 26 |
| 6. LIMITACIONES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN | 27 |
| 7. CONCLUSIÓN | 28 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA | 29 |
| 8. ANEXOS | 32 |

RESUMEN

Actualmente, el Alzheimer es la principal causa de demencia en el mundo occidental, teniendo una alta prevalencia en la población geriátrica. Esta enfermedad tiene como característica la presencia de deterioro cognitivo pudiendo afectar a las ocupaciones, calidad de vida y relaciones sociales del enfermo.

Por este motivo, el presente trabajo se centrará en el desarrollo de un plan de intervención para personas con enfermedad de Alzheimer, que pueda servir tanto en residencia como en centro de día.

El objetivo de las actividades de este plan de intervención será conseguir una mayor autonomía del enfermo en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, trabajar la orientación personal, espacial y temporal, estimular la propia identidad personal y fortalecer relaciones sociales, ocio, así como recursos terapéuticos destinados a mantener determinadas destrezas de ejecución.

Palabras clave: Alzheimer, demencia, terapia ocupacional, geriatría.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is currently the main cause of dementia in the western world, with a high prevalence in the geriatric population. This disease is characterised by the presence of cognitive impairment and can affect patient's occupations, quality of life and social relationships.

For this reason, the present work will focus on the development of an intervention plan for people with Alzheimer's disease, which can be used both in a care home and in a day centre.

The aim of the activities in this intervention plan will be to achieve greater autonomy for the patient in basic and instrumental activities of daily living, work on personal, spatial and temporal orientation, stimulate personal identity and strengthen social relations, leisure, as well as therapeutic resources aimed at maintaining certain execution skills.

Keywords: alzheimer disease, dementia, occupational therapy, geriatrics

1.INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El envejecimiento progresivo de la población mundial además de una mayor edad de supervivencia ha provocado un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas, entre las cuales destacarían el número de enfermos por demencia senil, en especial por la enfermedad de Alzheimer (EA). Las enfermedades crónicas relacionadas con la demencia son las que más años de incapacitación producen en los individuos. ⁽¹⁾

La demencia es un estado que se caracteriza por la aparición de un deterioro cognitivo continuado que interfiere con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades laborales o sociales, presentando claras señales de deficiencias en memoria, razonamiento o comportamiento. Este patrón común de las demencias viene definido por ser procesos de inicio insidioso, lentamente progresivos y evolutivos. ^{(1) (2)}

La demencia es un síndrome clínico frecuente a partir de los 65 años, consistiendo en un deterioro de las funciones mentales superiores que provoca alteraciones en la capacidad de la persona para desenvolverse en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. ⁽³⁾

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de trastorno mental en el mundo occidental, constituyendo entre el 60-75% de todas las demencias. ⁽¹⁾

La enfermedad de Alzheimer se describe como una enfermedad neurodegenerativa, a veces hereditaria, de etiología desconocida caracterizada por un deterioro progresivo de la memoria y la función cognitiva. Esta demencia comienza paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse al fallo de la memoria reciente, acabando el enfermo totalmente dependiente en estadios avanzados. ^(4, 5)

Según Reitz y col., el Alzheimer es *"la demencia que se caracteriza por el deterioro de la cognición, la función y el comportamiento, y supone una carga considerable en la sociedad"*. ⁽⁶⁾

La enfermedad de Alzheimer, junto al resto de demencias, suponen la séptima principal causa de muerte en el mundo según la OMS, siendo el porcentaje de dichas muertes mayor en mujeres, el 65%.⁽⁷⁾

La incidencia y prevalencia de EA aumentan de forma considerable con la edad, según la asociación europea de Alzheimer el 17% de las personas de 65 o más años sufren esta enfermedad. ⁽²⁾

La asociación europea, "Alzheimer Europe", realizó un informe en 2018 en el cual mostraba que un total de 850.000 personas padecían demencia en nuestro país, estimándose que dicha cifra podía duplicarse en los próximos treinta años, alcanzando más de 1,7 millones de personas, de forma que un 4% de la población española estaría afectada por algún tipo de demencia. ^{(3) (5)}

Otros factores de riesgo además de la edad son los antecedentes familiares de dicha enfermedad, es decir, tener factores genéticos. Alrededor del 40% de los pacientes presentan historia familiar con EA, llegando incluso a alcanzar el 60% en enfermos que presentan síntomas en formas tempranas.

Además de la edad avanzada y la historia familiar, el género femenino, padecer síndrome de Down, sufrir traumatismo cerebral, el tabaquismo, accidentes cerebrovasculares, la depresión, la diabetes mellitus, el alcohol, el bajo nivel en educación o la dieta, serían otros de los factores implicados en la aparición de la enfermedad. ⁽⁴⁻⁶⁾

Algunos estudios muestran que tener una negativa o de baja frecuencia relación social con los contactos puede estar también relacionado con el incidente cognitivo y la demencia tipo Alzheimer. Así, un estudio prospectivo de cohortes mostró la correlación negativa entre el índice de relaciones sociales y el riesgo de padecer demencia. Variables relacionadas con visitas a amigos y buenas relaciones disminuían el riesgo de sufrir la enfermedad. ⁽⁸⁾

La enfermedad cursa en tres fases: inicial, moderada y avanzada, y cada uno de los síntomas pueden aparecer en las diferentes fases sin llevar un orden concreto.

⁽⁹⁾

En la fase inicial, los síntomas más característicos son la pérdida de memoria episódica verbal y la incapacidad de aprender nuevos datos. La memoria inmediata suele verse afectada conllevando al enfermo a reiterar preguntas y cuestiones acerca de acciones llevadas a cabo minutos o pocos días antes. ^{(5) (9)}

El lenguaje constituye uno de los signos característicos de la iniciación de esta enfermedad. En la primera fase el enfermo puede tener dificultades para encontrar alguna palabra, aunque la articulación y sintaxis se encuentran bien conservadas.

⁽⁵⁾

Igualmente, puede existir en estas primeras fases dificultad en la atención, la resolución de problemas, en realizar actos de forma secuenciada y en la orientación visoespacial (desorientarse en la calle).⁽⁵⁾

En la fase moderada los trastornos de memoria se agravan y pueden aparecer depresión, ansiedad, insomnio, desinhibición sexual y otros síntomas psiquiátricos. Las actividades instrumentales de la vida diaria se verían afectadas como es en el caso del manejo de dinero, realizar tareas de hogar, conducir un automóvil o incluso en el manejo de electrodomésticos. Las relaciones sociales empezarían a verse afectadas y haría falta un cuidador para asearse, vestirse o salir de paseo.

^(5, 9)

En la segunda fase muchas de las frases dichas por los enfermos son inacabadas, con ecolalias. La lectura en voz alta puede mantenerse, pero sin comprender su significado. ⁽⁹⁾

La memoria semántica, que se corresponde con el significado de palabras e ideas, se deteriora también, de forma que disminuye el vocabulario del enfermo, creando problemas para comprender los mensajes. ⁽⁵⁾

En la última fase todos los síntomas anteriormente expuestos se empeoran, el paciente va perdiendo progresivamente el habla, acentuándose los síntomas conductuales y psicóticos. El enfermo se vuelve dependiente y pierde el control

de

esfínteres. En la fase final la comunicación se encuentra gravemente dañada con muy poco discurso y poca comprensión. ^(5, 9)

El Alzheimer, hoy en día, es una enfermedad irreversible e incurable, conduciendo irremediablemente a la dependencia y a la muerte, por término medio en 10 años.

⁽⁵⁾

Teniendo en cuenta las cifras presentadas y el grado de afectación de los pacientes con demencia, especialmente con Alzheimer, se ha decidido enfocar el presente trabajo en la elaboración de un plan de intervención para mejorar la calidad de vida de los enfermos con demencia, concretamente con enfermedad de Alzheimer. Es un plan general para poder ser aplicado tanto en residencias como en centros de día.

1.2 JUSTIFICACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

La enfermedad de Alzheimer produce unas tasas muy altas de discapacidad y dependencia en las personas mayores que la sufren necesitando cuidados de la familia o una persona cuidadora. ⁽¹⁰⁾

La terapia ocupacional se caracteriza por hacer un uso terapéutico de las actividades para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida, con el objetivo de conseguir un mantenimiento en los autocuidados a lo largo de la evolución de la enfermedad. ⁽¹¹⁾

La terapia ocupacional se basa en el conocimiento y el compromiso con las ocupaciones de forma que estas organicen la vida diaria y contribuyan a la salud y el bienestar de la persona. Mediante la participación en las actividades, los seres humanos ejercitan y desarrollan sus funciones motoras, psicológicas y sensoriales, por lo que una restricción de estas funciones puede dar lugar a una pérdida de roles y ocupaciones significativas para la persona, repercutiendo en el sentido de su vida de forma negativa. ⁽¹²⁾

Actualmente, no existe tratamiento curativo para la enfermedad de Alzheimer, por lo que el principal objetivo es preservar la calidad de vida del paciente. La aplicación de diferentes terapias no farmacológicas ha obtenido resultados positivos como la reducción de síntomas y la mejora de su calidad de vida y de las relaciones sociales. ⁽¹³⁾

Algunas de las fases desde esta rama serán: restituir las funciones psico-físicas potencialmente reversibles para así devolver la autonomía, potenciar la utilización máxima de funciones residuales, reeducar Actividades de la vida diaria (AVDS) y asesorar a familiares y cuidadores.

Las ocupaciones son el conjunto de actividades significativas que desarrolla la persona a lo largo del día y de su vida, ofreciendo un "sentido" a la persona que lo realiza, y dotándola de roles ⁽¹⁴⁾. Estas ocupaciones están ordenadas en categorías llamadas "áreas de ocupación" en los que encontramos actividades de

la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

Muchas investigaciones muestran que el ocio es una ocupación que promueve la salud de las personas, las intervenciones basadas en este tipo de actividades y de forma social presentan resultados positivos para la salud, bienestar y calidad de vida de las personas con Alzheimer. ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾

El desempeño en las actividades de la vida diaria es uno de los principales factores en el que se pueden percibir dificultades que condicionan el grado de independencia o autonomía en el que se encuentra la persona afectada.

Como se ha nombrado anteriormente, no existe una cura para la enfermedad de Alzheimer, por lo que hoy en día esta enfermedad sigue teniendo un impacto personal, social y familiar importante. Por ello y por el papel que el terapeuta ocupacional puede jugar en preservar la calidad de vida del paciente, el propósito general del presente trabajo es plantear desde la terapia ocupacional un plan de intervención para promover calidad de vida de los enfermos de Alzheimer.

Así mismo, se ha decidido dirigir este plan de intervención a grupos de pacientes en residencias y centros de día que acuden a terapia ocupacional con enfermedad de Alzheimer en fase leve y moderada, ofreciendo un carácter preventivo y de promoción de calidad de vida.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE MODELOS CONCEPTUALES

Desde la terapia ocupacional debemos basar nuestra intervención en modelos y marcos de referencia teóricos propios de nuestra profesión.

Para la estructuración y el desarrollo de este plan de intervención se escoge el **Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional**: dominio y proceso de la "American Occupational Therapy Association (AOTA) proporcionándonos el proceso a seguir en este plan de intervención. ⁽¹⁷⁾

Respecto a la utilización de modelos para este plan de intervención han sido escogidos varios: **el Modelo de ocupación humana (MOHO)** es un modelo que puede ser utilizado en cualquier problema ocupacional que presente el cliente, así como en todos los momentos de nuestra vida (edad). El MOHO describe a los seres humanos como un sistema abierto constituido por subsistemas que siempre están en desarrollo. ⁽¹⁸⁾

La volición se refiere a la elección consciente o motivación de la persona para participar en ocupaciones elegidas, El sistema de habituación nos muestra los patrones consistentes de comportamiento guiados por nuestros hábitos y roles, ajustados a las características de ambientes temporales, físicos y sociales ⁽¹⁸⁾. El sistema de desempeño es la capacidad para realizar actividades provistas por la persona. Se incluyen las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), educación trabajo, juego, ocio, participación social, etc. ⁽¹⁸⁾

Por tanto, el uso de este modelo se justifica por ser propio de terapia ocupacional y porque las personas con Alzheimer se ven afectadas en los subsistemas citados anteriormente (volición, habituación y desempeño).

Otro de los modelos utilizados es el **Modelo centrado en la persona**, ya que busca que las personas puedan seguir teniendo control en su entorno, cuidados y vida cotidiana, desarrollando sus capacidades y sintiéndose plenos, buscando aumentar la calidad de vida. Los profesionales desde terapia ocupacional buscan oportunidades y apoyar a cada persona a través de la escucha y de sus historias de vida, para que cada persona pueda desarrollar sus capacidades teniendo control

sobre su vida cotidiana, promoviendo la autonomía y evitando el exceso de dependencia.⁽¹⁹⁾

Por otra parte, el **Modelo neuropsicológico**, fundamenta la relación existente entre las funciones mentales y las distintas estructuras cerebrales. Suele ser bastante usado en las primeras fases de demencia, teniendo la finalidad de mejorar los déficits en habilidades para adaptarse a la afectación de los aspectos cognitivos y del comportamiento.⁽²⁰⁾

El **Modelo biomecánico** también se utiliza, ya que, para realizar todas las ocupaciones precisas de una estabilización y movimiento del cuerpo, se explica por medio de la movilidad de la amplitud articular, fuerza y resistencia, el objetivo de este modelo en terapia es mejorar el desempeño ocupacional cuando hay afectación en este aspecto.⁽²¹⁾

2. OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es el diseñar un programa de intervención desde la terapia ocupacional para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedad de Alzheimer en centros de día y residencias.

Para ello se contemplan los siguientes objetivos específicos:

- ❖ Realizar una revisión del estado de la intervención desde terapia ocupacional en este tema
- ❖ Establecer sesiones de actividades cognitivas y sociales dirigidas a:
 - Trabajar la atención
 - Mejorar la comprensión, vocabulario, lenguaje automático, lectura y escritura
 - Favorecer la capacidad de cálculo
 - Mantener destrezas cognitivas y prevenir deterioro
 - Promover la participación social
 - Establecer escala de valores para ver los resultados obtenidos
- ❖ Definir el proceso de valoración de los paciente pre- y post-intervención

3. METODOLOGÍA

Para la consecución de este plan de intervención se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica empleando las bases de datos Dialnet, Pubmed, Google Scholar, Medline y The Equator Network. Al igual que libros científicos como: *Medicina interna volumen 2*⁽⁵⁾.

Las palabras clave en castellano utilizadas para la búsqueda de referencias bibliográficas han sido: enfermedad de Alzheimer, terapia ocupacional, terapia ocupacional en Alzheimer y geriatría.

Las palabras clave en inglés utilizadas para la búsqueda de referencias bibliográficas han sido: alzheimer disease, occupational therapy, epidemiology alzheimer disease, geriatry.

Los criterios de inclusión establecidos para la revisión sobre el tema fueron: artículos científicos, revistas, libros desde publicados entre los años 2000 y 2020, en inglés o en español exclusivamente.

3.1 FASES DEL PROGRAMA

El plan de intervención se llevará a cabo siguiendo el proceso de terapia ocupacional según el marco de trabajo de American Occupational Therapy Association (AOTA) y tendrá una duración de seis meses.

Las fases de este programa, de elaboración propia, se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Fases del programa de intervención

| Fase 1: Evaluación | | |
|---|---|-----------------|
| Descripción | Objetivos | Duración |
| Presentación del programa a los usuarios y evaluación de estos a través de herramientas de evaluación | <ul style="list-style-type: none">• Entrevista al usuario• Test índice de Barthel• ADRQL calidad de vida en enfermedad de Alzheimer• Test de Isaacs• Test Reloj | 1 mes |

| | | |
|--|--|---------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Escala Mini Mental Lobo | |
| Fase 2: Intervención | | |
| Llevar a cabo el programa creado | Plan de intervención Realización de talleres Reevaluación a mitad de la intervención | 4 meses |
| Fase 3: Resultados | | |
| Re-evaluación al final de la intervención para determinar la eficacia del programa | Análisis y seguimiento del programa | 1 mes |

3.2 PACIENTES

Los pacientes a los que va dirigido el plan de intervención que se presenta serán pacientes geriátricos mayores de 65 años diagnosticados de EA (en cualquier fase de la enfermedad) que se encuentren en residencias o centros de día.

4. DESARROLLO -

4.1 EVALUACIÓN INICIAL

El objetivo principal de la intervención es realizar una estimulación cognitiva a estos usuarios, es decir, una intervención rehabilitadora basada en un estudio detallado de las capacidades mentales de cada usuario al inicio para establecer la estrategia más apropiada en cada caso.

En la enfermedad de Alzheimer hay ciertos síntomas y signos comunes a todos ellos: pérdida de memoria, apraxia, afasia, agnosia, desorientación y cambios en la personalidad. Aunque es una enfermedad degenerativa gracias a la estimulación del enfermo puede recuperar o mantener funciones que parecían perdidas.

Realizaremos diferentes evaluaciones antes de comenzar para tener en cuenta las capacidades de cada enfermo, así como los ejercicios que serán más beneficiosos para él. También se realizarán evaluaciones a mitad de la intervención y al finalizarla, para así comprobar su mantenimiento o mejoría.

Para la evaluación inicial a los usuarios se realizará una entrevista individualizada para así determinar su perfil ocupacional y hacer un análisis del desempeño de las AVDS'. El siguiente paso será realizar una entrevista conjunta con el usuario y sus familiares en la que se analice la historia de vida del usuario para obtener más información acerca de su pasado, aficiones, ocupaciones anteriores, etc.

Además, en esta evaluación inicial, más vinculadas a la terapia ocupacional se aplicarán varias evaluaciones y escalas estandarizadas (tabla 2), de independencia en actividades básicas de la vida diaria, para usuarios con déficit sensorial, para medir la calidad de vida y para averiguar el nivel de deterioro cognitivo que pueda tener el usuario. Una vez realizadas estas evaluaciones tendremos constancia del grado de deterioro cognitivo del enfermo para ajustar lo máximo posible nuestro plan de intervención, considerando las limitaciones que nuestros usuarios con EA pueden tener en el día a día.

Tabla 2. Sistema de valoración inicial de los pacientes

| Valoración | Escalas/instrumentos a realizar | Resultados esperados |
|-------------------------------|---|--|
| Valoración cognitiva | Entrevista individual y con los familiares (Anexo 1) | Obtención de datos relevantes acerca del usuario para realizar una intervención más ajustada |
| | Escala mini mental Lobo (Anexo 2) | Resultados de deterioro cognitivo |
| | Lawton y Brody (Anexo 3) | Fallo en apraxia constructiva, ejecución motora, comprensión y en la capacidad numérica. |
| | Escala de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) (Anexo 4) | Inicio de fallo en función ejecutiva, identificación, memoria, orientación, categorización y en la atención y comprensión. |
| Valoración de calidad de vida | ADRQL calidad de vida en enfermedad de Alzheimer (Anexo 5) | Impacto en la alteración de su calidad de vida y del desempeño ocupacional |
| Valoración ABVD | Índice de Barthel (Anexo 6) | Inicio de deterioro físico en las actividades básicas de la vida diaria |

4.2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

La entrevista a cada usuario más la aplicación de las evaluaciones darán información detallada de cada uno de ellos. Pasadas las evaluaciones, se realizará una planificación semanal durante seis meses organizándose en las necesidades, capacidades y limitaciones conjuntas resultado de las evaluaciones de los usuarios. La planificación semanal será la misma durante los seis meses (tabla 3), de forma que cada semana cambiarán las fichas cognitivas basándose en el uso terapéutico de las ocupaciones y actividades.

Tabla 3. Planificación semanal de las actividades.

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---------------------|--|--|--|--|--|
| 10:00-10:30h | Reeducación AVDS | Reeducación AVDS | Reeducación AVDS | Reeducación AVDS | Reeducación AVDS |
| 10:30-11:00h | Taller de prensa | Taller de prensa | Taller de prensa | Taller de prensa | Taller de prensa |
| 11:00-12:00h | Estimulación cognitiva individual (lenguaje, atención, denominación) | Estimulación cognitiva individual (Cálculo y capacidad numérica) | Estimulación cognitiva individual (trabajo de praxis y orientación espacial) | Estimulación cognitiva individual (Denominación, asociación y clasificación) | Taller de memoria |
| 12:00-12:15h | Gimnasia (esquema corporal) | Gimnasia (esquema corporal) | Gimnasia (esquema corporal) | Gimnasia (esquema corporal) | Gimnasia (esquema corporal) |
| 16:15-17:15h | Taller de reminiscencia | | | | Psicomotricidad (Rehabilitación funcional) |

4.2.1 ACTIVIDADES

- **Reeducación AVDS**

El desarrollo de este taller se realizará cinco días de la semana con una duración de media hora. Es un programa de reeducación de las actividades básicas de la vida diaria con el objetivo de recuperar, mantener o compensar estas habilidades. Se trabajan las ocupaciones del vestido, la alimentación, transferencias, ayudas técnicas, el aseo y la movilidad funcional entre otras. Para ello se realizarán simulaciones de las diferentes actividades para que llegado el momento el usuario pueda desenvolverse con total facilidad.

Los lunes se trabajará el vestido, el martes la alimentación, los miércoles las transferencias y las ayudas técnicas, el jueves el aseo y los viernes la movilidad funcional. Se trabajará tanto en la sala de terapia ocupacional, como en las habitaciones y aseos de los usuarios para una reeducación que se acerque más a la realidad.

- **Taller de prensa**

El desarrollo de este taller se realizará cinco días de lunes a viernes y tendrá una duración de media hora. Es un taller en el cual se trabaja la orientación a la realidad, socialización y fomento de habilidades sociales entre los usuarios, así como las gnosias.

Este taller tiene como objetivo que los pacientes mantengan o refuercen esa orientación espacial y temporal de la realidad, así mismo se fomentarán las relaciones sociales entre los usuarios, al describir sus diferentes puntos de vista y las habilidades sociales entre ellos.

Los usuarios estarán sentados alrededor de una mesa y la terapeuta en este caso tendrá el periódico diario, ella les leerá las noticias más importantes a los usuarios, por lo que ellos tendrán que describir los temas que más les han llamado la atención y debatirán sobre ello.

- **Gimnasia**

La actividad física tiene una influencia positiva en procesos fisiológicos y psicológicos relacionados con la salud y la calidad de vida de las personas, por ello este taller intenta mejorar y mantener la movilidad articular y tomar conciencia de las diferentes partes del cuerpo mediante los siguientes ejercicios (15 repeticiones de cada uno):

- Flexo extensión cuello
- Rotación externa e interna de cuello
- Abducción y aducción del cuello
- Subir y bajar los hombros
- Flexión y abducción de los hombros
- Flexo extensión de brazos
- Manos en la cintura y giramos de un lado a otro
- Flexo extensión muñecas
- Rotación externa e interna de muñeca
- Flexo extensión metacarpianos
- Presas subdigitales con el pulgar de cada mano
- Abducción y aducción dedos de la mano
- Flexo extensión de codo
- Flexo extensión de piernas
- Aducción y abducción de la cadera
- Flexo extensión de tobillo
- Rotación interna y externa de tobillo
- Una mano cintura e hiperextensión brazos para tocar la oreja contraria
- Cadera hacia delante y hacia atrás
- Rotación externa e interna de cadera
- Flexo extensión de brazos (palmadas delante y detrás)
- Manos en cruz y flexo extensión tocando la punta de la nariz con cada mano para trabajar el equilibrio
- Inspiramos y espiramos para finalizar

- **Estimulación cognitiva**

La estimulación cognitiva se realizará los cinco días de la semana con una duración de una hora durante cada día. El objetivo principal de este taller es estimular, prevenir y mantener las capacidades cognitivas preservadas.

La semana estará compuesta por:

Lunes: estimulación en la que se trabajarán fichas cognitivas de lenguaje, atención y denominación, cada semana las fichas se cambiarán según las necesidades de los usuarios.

Martes: estimulación en la que se trabajarán fichas cognitivas de cálculo y capacidad numérica, cada semana las fichas irán variando según las necesidades de los usuarios.

Miércoles: estimulación en la que se trabajará la praxis y la orientación espacial mediante fichas cognitivas, diferentes actividades o material físico para realizar. Cada semana las fichas irán variando según las necesidades de los usuarios.

Jueves: estimulación en la que se trabajará la denominación, asociación y clasificación mediante fichas cognitivas o diferente material que se encuentre en la sala, por ejemplo, palabras de antónimos, sinónimos, clasificar según la naturaleza de la palabra, etc. Cada semana las fichas irán variando según las necesidades de los usuarios.

Viernes: el último día de la semana se realizará un taller de memoria. Comenzaremos el taller con que los usuarios tendrán que decir su nombre, dónde nacieron, su fecha de nacimiento, dónde nos encontramos, si tienen familia, etc. La terapeuta mostrará seis imágenes que los usuarios tendrán que memorizar, cuando hayan sido memorizados serán escondidos durante unos minutos y los usuarios a los quince minutos tendrán que nombrarlos.

- **Taller de reminiscencia**

Este taller se llevará a cabo una vez a la semana con una duración de una hora. Es un taller en el que se recuerdan datos de los usuarios y de las épocas de su pasado, en el que se trabajarán diversos temas durante las diferentes semanas de dicho plan de intervención. Cada semana se hablará de distintos temas, como por ejemplo de la infancia que vivieron, los juegos que hacían, donde vivían, las costumbres de sus pueblos, las fiestas como se celebraban, como era su colegio, diversas anécdotas que ellos recuerden...

- **Psicomotricidad**

El desarrollo de esta actividad se realiza una vez por semana y tiene duración de una hora. La psicomotricidad permite el trabajo tanto a nivel cognitivo, físico y social, así como para que los usuarios se expresen en un contexto psicosocial. Las sesiones de psicomotricidad estarán compuestas por:

Calentamiento: empezamos con una presentación de los usuarios, ellos tendrán que decir su nombre con una pelota en la mano, irán pasando la pelota al compañero de su derecha y ellos tendrán que decir cómo se llaman. Después de

hacer tres rondas los usuarios tendrán que decir de uno en uno el nombre de sus compañeros. Una vez hecha la presentación empezaremos a preparar músculos y articulaciones para evitar lesiones, realizando un calentamiento desde el miembro superior hasta el miembro inferior.

Ejercicio principal: Una vez realizado el calentamiento podremos variar los diferentes objetivos durante las semanas que dure el plan de intervención. Lo que se trabaja desde psicomotricidad es el reconocimiento del esquema corporal propio de cada usuario, la praxis ideo-motora, ideatoria y constructiva, el mantenimiento de las capacidades físicas del usuario, y la atención, concentración, secuencia, orientación espacial, las relaciones sociales, etc.

Vuelta a la tranquilidad: Una vez finalizado el ejercicio realizaremos estiramientos de las diferentes partes del cuerpo, así como respiraciones profundas durante dos minutos con el fin de conseguir la relajación.

4.3 RECURSOS NECESARIOS

4.3.1 Recursos humanos

Independientemente de los recursos humanos necesarios, para llevar con éxito el programa de intervención será imprescindible contar con la colaboración tanto del equipo multidisciplinar del centro, así como de las familias de los usuarios para realizar la entrevista inicial y la recopilación de la historia familiar.

Para llevar a cabo el plan de intervención en un centro de día será necesario un único terapeuta ocupacional, ya que el número de usuarios es reducido. En caso de que se realice en una residencia el número de terapeutas dependerá del número de personas que padezcan la enfermedad de Alzheimer. En caso de más de treinta usuarios se necesitarán dos terapeutas ocupacionales.

4.3.2 Recursos materiales

Los recursos materiales necesarios en este plan de intervención vienen definidos por las actividades a realizar. En este caso, necesitaremos, tanto en centros de día como en residencias, salas equipadas con elementos básicos para realizar terapia ocupacional (ordenadores para realizar el material cognitivo, materiales de estimulación sensorial como caja sensorial, cepillos, etc. y materiales de estimulación motora como masa terapéutica, tableros de velcro, tableros de tornillos, botones, cremalleras, etc.) A la hora de realizar psicomotricidad

necesitaremos que la sala sea amplia, así como pelotas, conos, picas, etc. Para trabajar la estimulación cognitiva necesitaremos que esa misma sala esté equipada con mesas y sillas, así como que tenga buena luminosidad. También necesitaremos material para realizar las fichas, como lápices, gomas, cartulinas, folios, rotuladores, pinturas, sacapuntas, tijeras, pegamento, etc.

5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

5.1 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez aplicado el plan de intervención, se realizarán las evaluaciones finales explicadas al inicio del programa para comprobar la eficacia del plan.

A través de esta evaluación esperaremos observar un mantenimiento o mejoría a nivel cognitivo de los usuarios con EA. En la siguiente tabla (Tabla 4), podemos observar las escalas que serán utilizadas para realizar la reevaluación final.

Tabla 4. Escalas para la reevaluación al final de la intervención

| Valoración | Escalas/instrumentos a realizar |
|-------------------------------|---|
| Valoración cognitiva | Escala mini mental Lobo |
| | Lawton y Brody |
| | Escala de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) |
| Valoración de calidad de vida | ADRQL calidad de vida en enfermedad de Alzheimer |
| Valoración ABVD | Índice de Barthel |

Algunos de los resultados que pueden observarse serán:

- Mantenimiento o mejoría en la puntuación de deterioro cognitivo
- Mejora en la apraxia constructiva
- Mejora en la ejecución motora y en la comprensión
- Mejora en la capacidad numérica
- Recuperación de los fallos en función ejecutiva, identificación, memoria, orientación y categorización
- Mejora en la calidad de vida y desempeño ocupacional

- Mantenimiento o mejora en actividades básicas de la vida diaria

5.2 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Al final del programa se realizará también una encuesta de satisfacción a todos los usuarios que hayan participado en el plan de intervención, para realizar cambios y mejoras en dicho plan a futuro (Anexo 7).

6. LIMITACIONES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Alguna de las dificultades que puede aparecer a la hora de establecer un plan de intervención es que los usuarios no sean partidarios de participar, por lo sería muy difícil conseguir una mejoría en ellos.

También puede limitar esta intervención no contar con suficiente material para realizar las actividades, por lo que habría que tener un presupuesto más elevado.

Otra de las dificultades que puede aparecer es que los pacientes de centro de día no puedan acudir a diario, siendo un aspecto negativo para la evolución del enfermo.

7. CONCLUSIÓN

El aumento de la esperanza de vida de los últimos años ha supuesto un aumento de los casos de demencia en el mundo,.

El Alzheimer supone la primera causa de demencia a nivel mundial, siendo la edad uno de los primeros factores de riesgo, aunque la enfermedad no es una consecuencia del envejecimiento, ya que puede aparecer de inicio temprano.

El Alzheimer no tiene un tratamiento curativo por lo que su tratamiento desde la terapia de vida va dirigido a mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes más tiempo, así como a retrasar la aparición del deterioro cognitivo.

El trabajo desde la terapia ocupacional se centra en trabajar la estimulación cognitiva, siendo una de las terapias no farmacológicas con mayor eficacia en este tipo de enfermos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Acarín Tusell N, Malagelada A. Alzheimer, envejecimiento y demencia. [Barcelona]: RBA; 2017.
2. Pinto Fontanillo J.A. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. [Madrid]: Dirección General de Salud Pública y Alimentación; 2007.
3. Garre-Olmo J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Internet]. <https://www.svnps.org/documentos/enfermedad-de-alzheimer.pdf>. 2021 [cited 14 January 2021]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Josep_Garre-Olmo
4. Gálvez-Vargas R, Lardelli-Claret P, García-Martín M. Epidemiología de la enfermedades degenerativas del sistema nervioso. Demencias y enfermedad de Alzheimer. Enfermedad de Parkinson. In Piédrola-GilG, ed. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10 ed. Barcelona: MassonSalvat-Medicina; 2000. P. 745-5 (PDF) [Risk factors for Alzheimer's disease]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/7816159_Risk_factors_for_Alzheimer%27s_disease [accessed Dec 27 2020].
5. Farreras Valenti P, Domarus A, Rozman C, Cardellach F. Medicina interna volumen 2. 17th ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
6. Reitz C, Brayne C, Mayeux R. Epidemiology of Alzheimer disease. Nat Rev Neurol 2011; 7 (3): 137-527.
7. Las 10 principales causas de defunción. Who.int. 2021 [cited 19 April 2021]. Available from: <https://www.who.int/>
8. Niu H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Europe: A meta-analysis. 2021.Neurología. 2017; 32 (8): 523-532
9. González Mas R. Enfermedad de Alzheimer. Barcelona, Masson; 2005.

- 10 Amador-Marín B, Guerra-Martín MD. [Effectiveness of non-pharmacological interventions in the quality of life of caregivers of Alzheimer]. Gaceta Sanitaria. 2017 Mar - Apr;31(2):154-160. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.09.006.
11. Orduña Bañón M. Alzheimer. La enfermedad del olvido. Madrid: Sociedad Española de Geriatría; 1995.
12. Quintero A, Henao ME, Villamil MM, León J. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. Biomédica [Internet]. 2015 [citado 20 enero 2020]; 35(1). Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2316>
13. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso 2a edición [sede Web]. Puerto Rico: www.terapiaocupacional.com; 2010 [fecha de acceso el 10 de enero de 2021]. Disponible en: www.terapiaocupacional.com/aota2010esp.pdf
14. Talavera Valverde M. Relación entre ocupación, terapia ocupacional y salud. [Internet]. Psiquiatria.com. 2021 [cited 20 January 2021]. Available from: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/relacion-entre-ocupacion-terapia-ocupacional-y-salud>
15. De las Heras CG, Llerena V, Kielhofner G. Proceso de remotivación: Intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos. Santiago de Chile: Reencuentros; 2003.
16. Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. 1a Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
17. American Occupational Therapy association. Occupational therapy practice framework: Domain & Process 3rd edition. Aota. 2014;68.

18. Kielhofner y Burke, 1980. A model of human occupation, part one. Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*. 1980; 34: 572-581. <https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572>
19. Plata R. *Person-centred, occupation-based intervention. About Maria*. Norte de salud mental, 2012, vol. X, no 44: 62-71.
20. Gómez Tolón J, Salvanés Pérez R. *Terapia ocupacional en psiquiatría*. 1ed. Zaragoza: Mira editores; 2003.
21. Martínez Muñoz B, Lilibeth Obregón C, Sánchez Alarcón R. El modelo biomecánico en Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2015; 12 (10): 115-208. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num10/biomecánico.pdf>

8.ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA AL USUARIO

| DATOS PERSONALES |
|----------------------------------|
| Nombre y apellidos: |
| Fecha de nacimiento: |
| Lugar de nacimiento: |
| Estado civil: |
| Nivel de estudios: |
| Profesión ejercida: |
| Dirección: |
| Gustos y aficiones: |
| Dominancia manual: |
| Nombre de sus familiares: |

ANEXO 2

ESCALA MINI MENTAL LOBO

1. ORIENTACIÓN

- Dígame el día Fecha Mes Estación Año (5)
- Dígame el lugar Planta Ciudad Provincia Nación (5)

2. FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (3)

3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

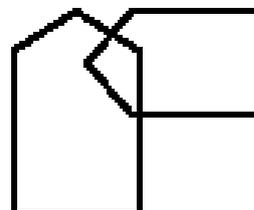
- Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando? (5)
- Repita: 5-9-2 (repetir hasta que lo aprenda)
- Ahora hacia atrás (3)

4. MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (3)

5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?. Repetirlo con el reloj (2)
- Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros" (1)
- Una manzana y una pera son frutas, ¿qué son el rojo y el verde? ¿qué son un perro y un gato? (2)
- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (3)
- Lea esto y haga lo que dice. Cierre los ojos. (1)
- Escriba una frase (1)
- Copie este dibujo (1)



(1)

Puntuación:

≥ 30 : Normal

29-24: Discreto déficit. Pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural

<24 : Deterioro cognitivo

Punto de corte: 23/24;

19-23: deterioro cognitivo leve

14-18: moderado

<14 : grave

ANEXO 3

ESCALA LAWTON Y BRODY

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria

| Item | Aspecto a evaluar | Puntos |
|------|--|--------|
| 1 | Capacidad para usar el teléfono: | |
| | - Utiliza el teléfono por iniciativa propia | 1 |
| | - Es capaz de marcar bien algunos números familiares | 1 |
| | - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar | 1 |
| | - No es capaz de usar el teléfono | 0 |
| 2 | Hacer compras: | |
| | - Realiza todas las compras necesarias independientemente | 1 |
| | - Realiza independientemente pequeñas compras | 0 |
| | - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra | 0 |
| | - Totalmente incapaz de comprar | 0 |
| 3 | Preparación de la comida: | |
| | - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente | 1 |
| | - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes | 0 |
| | - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada | 0 |
| | - Necesita que le preparen y sirvan las comidas | 0 |
| 4 | Cuidado de la casa: | |
| | - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) | 1 |
| | - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas | 1 |
| | - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza | 1 |
| | - Necesita ayuda en todas las labores de la casa | 1 |
| | - No participa en ninguna labor de la casa | 0 |
| 5 | Lavado de la ropa: | |
| | - Lava por sí solo toda su ropa | 1 |
| | - Lava por sí solo pequeñas prendas | 1 |
| | - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro | 0 |
| 6 | Uso de medios de transporte: | |
| | - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche | 1 |
| | - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte | 1 |
| | - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona | 1 |
| | - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros | 0 |
| | - No viaja | 0 |

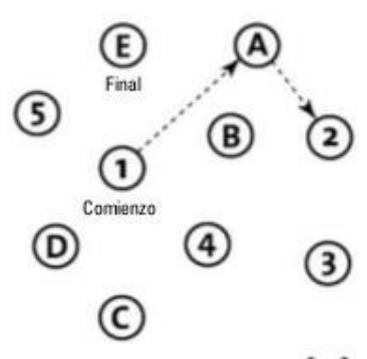
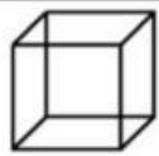
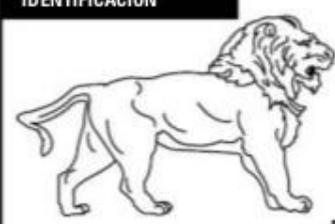
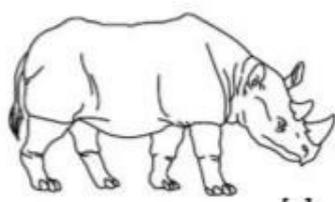
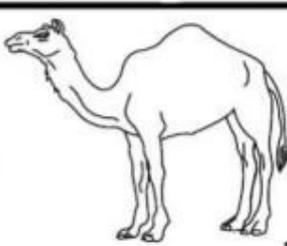
ANEXO 4

EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|------------------------------------|--|--|---|---|---|
| VISUOESPACIAL / EJECUTIVA | |  | |  | | Copiar el cubo <input type="checkbox"/> | | Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos) | | Puntos ___/5 |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| IDENTIFICACIÓN | |  | |  | |  | | <input type="checkbox"/> | | Puntos ___/3 |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| MEMORIA | Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde. | | ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO | | | | | | | Sin puntos |
| ATENCIÓN | Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2 | | | | | | | | | ___/2 |
| | Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. | | | | | | | | | ___/1 |
| | Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos. | | | | | | | | | ___/3 |
| LENGUAJE | Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | ___/2 |
| | Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comienzan por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras) | | | | | | | | | ___/1 |
| ABSTRACCIÓN | Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla | | | | | | | | | ___/2 |
| RECUERDO DIFERIDO | Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS | ROSTRO <input type="checkbox"/> | SEDA <input type="checkbox"/> | IGLESIA <input type="checkbox"/> | CLAVEL <input type="checkbox"/> | ROJO <input type="checkbox"/> | | | | Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente ___/5 |
| Optativo | Pista de categoría Pista elección múltiple | | | | | | | | | |
| ORIENTACIÓN | <input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad | | | | | | | | | ___/6 |
| © Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org | | | | | | | | | Normal ≥ 26 / 30 | |
| | | | | | | | | | TOTAL ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios | |

ANEXO 5

CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (ADRQL)

Instrucciones para el entrevistador. Leer las siguientes instrucciones al entrevistado:

Antes de empezar el cuestionario sobre calidad de vida, le voy a leer algunas instrucciones.

Calidad de vida quiere decir cómo se siente alguien en diferentes áreas de su vida. Para indagar acerca de la calidad de vida, generalmente se pregunta a las personas que contesten preguntas acerca de sí mismas. Debido a los efectos de la demencia, es difícil preguntar a las personas con esta enfermedad acerca de sus propias vidas. En su lugar, este cuestionario ha sido desarrollado para que pueda ser contestado por alguien que pasa tiempo y cuida de una persona con demencia.

Hay varias áreas que envuelven la calidad de vida de una persona. Yo le voy a describir cada área y leeré las afirmaciones que la configuran. Mientras yo leo cada afirmación, por favor piense acerca del Sr./Sra. _____ y si la afirmación lo/la describe *en las últimas 2 semanas*. Si usted está de acuerdo en que la afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, por favor conteste que está «de acuerdo». Si usted no está de acuerdo porque la afirmación no describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, por favor conteste que está en «desacuerdo».

Permítame darle un ejemplo. Yo le podría leer la afirmación «El Sr./Sra. _____ no responde a su propio nombre». Si esta afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas usted debería decir «de acuerdo». Si la afirmación «El Sr./Sra. _____ no responde a su propio nombre», no lo/la describe en las últimas 2 semanas, usted debería contestar «desacuerdo». ¿Tiene usted alguna pregunta?

Voy a empezar el cuestionario ahora. Por favor, dígame si usted quiere que le hable más alto, más bajo, que le repita alguna afirmación o que pare para que pueda pensar acerca de ella. Además, hágame saber si usted quiere que le repase las instrucciones.

RELACIONES CON OTRAS PERSONAS

Estas afirmaciones se refieren a la relación y la forma de estar con otras personas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

| | <i>De acuerdo</i> | <i>Desacuerdo</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Él/ella sonríe o se ríe cuando está alrededor de otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Él/ella <i>no</i> pone atención a la presencia de otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Él/ella podría estar alrededor de otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Él/ella busca el contacto con otros saludando a las personas o uniéndose a las conversaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Él/ella habla con las personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Él/ella toca o permite que le toquen como dar la mano, abrazar, besar o dar palmadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Él/ella puede ser confortado o tranquilizado por otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Él/ella <i>no</i> está a gusto con extraños o personas que no reconoce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Él/ella reacciona con placer ante las mascotas o los niños pequeños | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Él/ella habla por teléfono con la gente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Él/ella se molesta o se enfada cuando se acerca otra persona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Él/ella empuja, se agarra o pega a otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IDENTIDAD PERSONAL Y DE PERSONAS IMPORTANTES

Estas afirmaciones se refieren a la identidad especial de la persona y a sus relaciones relevantes.

Después de cada afirmación, por favor, conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

| | <i>De acuerdo</i> | <i>Desacuerdo</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Él/ella habla o todavía hace cosas relacionadas con su trabajo previo o sus actividades diarias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Él/ella se da cuenta de su puesto en la familia, como ser marido/mujer, padre/madre, abuelo/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Él/ella hace o da su opinión en las actividades rutinarias de la vida diaria, como qué llevar puesto, qué comer o dónde sentarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Él/ella se molesta por sus limitaciones personales, tales como olvidos, pérdida de cosas o confundirse en lugares familiares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Él/ella se interesa por los acontecimientos, lugares o hábitos de su pasado, tales como viejos amigos, antiguas residencias, ir a la iglesia, rezar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Él/ella no responde a su propio nombre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Él/ella no expresa creencias, actitudes o prejuicios que siempre había tenido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Él/ella indica sí o no con gestos, cabeceando o hablando | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CONDUCTAS ESTRESANTES

Estas afirmaciones se refieren a diferentes tipos de conducta en las últimas 2 semanas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

| | <i>De acuerdo</i> | <i>Desacuerdo</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Él/ella sonríe, se ríe o está alegre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Él/ella aprieta, entrelaza o retuerce sus manos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Él/ella lanza, golpea, da patadas o tira objetos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Él/ella grita, chilla, maldice o hace acusaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Él/ella se encierra, hace barricadas en su habitación, casa o apartamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Él/ella se irrita o se enfada con facilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Él/ella dice que se quiere morir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Él/ella grita, gime o frunce el ceño | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Él/ella muestra placer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Él/ella está inquieto/a, nervioso/a, o repite acciones tales como mecerse, pasear de un lado a otro, o golpearse contra las paredes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Él/ella se resiste a ser ayudado/a de diferentes formas, tales como al vestirse, comer, bañarse o rehusando moverse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Él/ella «se pega» a otras personas o las sigue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Él/ella parece estar contento/a o satisfecho/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Él/ella habla sobre «sentirse enfermo», «tener dolor» o «estar resfriado» | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Él/ella muestra sentido del humor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Estas afirmaciones se refieren a las actividades habituales en las últimas 2 semanas.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

| | <i>De acuerdo</i> | <i>Desacuerdo</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Él/ella disfruta haciendo actividades solo/a, tales como escuchar música o ver televisión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Él/ella no participa en actividades que solía disfrutar incluso cuando se le anima para que tome parte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Él/ella se sienta tranquilamente y parece disfrutar las actividades de otros, incluso cuando no participa activamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Él/ella no muestra signos de placer o disfrute cuando participa en actividades en su tiempo libre o de recreo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Él/ella está adormilado/a y no hace nada la mayor parte del tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

COMPORTAMIENTO EN EL LUGAR DE RESIDENCIA

Las últimas afirmaciones se refieren a la conducta de una persona en su medio ambiente.

Después de cada afirmación, por favor conteste «de acuerdo» si la afirmación describe al Sr./Sra. _____ en las últimas 2 semanas, y «desacuerdo» si no lo hace.

El entrevistador debe marcar con una X la columna apropiada

| | <i>De acuerdo</i> | <i>Desacuerdo</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Él/ella disfruta o se calma con sus posesiones y pertenencias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Él/ella habla de sentirse inseguro/a o de que sus pertenencias no están seguras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Él/ella se molesta o está inquieto/a cuando está en otro lugar diferente del que vive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Él/ella hace intentos repetidos de salir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Él/ella se enfada o está inquieto/a en el sitio donde vive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Él/ella se siente cómodo moviéndose por donde vive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Él/ella habla de querer salir o ir a casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Esto concluye el cuestionario. Muchas gracias por su ayuda.

ANEXO 6

ÍNDICE DE BARTHEL

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel

Comer

- 0 = incapaz
- 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
- 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

- 0 = incapaz, no se mantiene sentado
- 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
- 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
- 15 = independiente

Aseo personal

- 0 = necesita ayuda con el aseo personal
- 5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse

Uso del retrete

- 0 = dependiente
- 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo
- 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

- 0 = dependiente
- 5 = independiente para bañarse o ducharse

Desplazarse

- 0 = inmóvil
- 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m
- 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)
- 15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador

Subir y bajar escaleras

- 0 = incapaz
- 5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta
- 10 = independiente para subir y bajar

Vestirse y desvestirse

- 0 = dependiente
- 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda
- 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces:

- 0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)
- 5 = accidente excepcional (uno/semana)
- 10 = continente

Control de orina

- 0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa
- 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
- 10 = continente, durante al menos 7 días

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

ANEXO 7

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

1. ¿Cómo cree que ha sido el trato ofrecido por los profesionales de terapia ocupacional?

- Excelente
- Bueno
- Mejorable
- Regular

2. ¿Cree que este plan de intervención le ha servido para un mantenimiento o mejoría?

- Si
- No
- No lo sé

3. ¿Ha estado conforme con la duración de cada sesión, así como del tiempo establecido de duración del programa?

- Si
- No, podría haber sido mas corto
- No lo sé

4. Satisfacción con el programa de estimulación cognitiva

- Excelente
- Bueno
- Mejorable
- Regular

5. Organización del desarrollo y actividades del programa

- Excelente
- Bueno
- Mejorable
- Regular

6. Satisfacción global del programa

- Excelente
- Bueno
- Mejorable
- Regular