



Universidad
Zaragoza

Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud



Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa de actuación dirigido a un grupo: Figura del Terapeuta Ocupacional en un programa de estimulación cognitiva en centros socio sanitarios.

Autor/a: Elena Zorraquino Hernández.

Tutor/a: José Ramón Bellido Mainar.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

INDICE:

- **Resumen..... 3**
- **Introducción..... 4**
- **Objetivos..... 8**
- **Metodología..... 9**
- **Desarrollo..... 12**
- **Conclusión..... 15**
- **Bibliografía..... 16**
- **Anexos..... 19**

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

1. RESUMEN.

La estimulación cognitiva es una intervención terapéutica de apoyo al envejecimiento y, en muchos casos, complementa a otros tipos de tratamientos farmacológicos, sobre todo, cuando hablamos de enfermedades ya establecidas como la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

El incremento de la esperanza de vida ha colaborado al desarrollo de demencias, puesto que el paso del tiempo provoca cambios morfológicos y funcionales sobre nuestro sistema nervioso central. A mayor edad, mayor riesgo de padecer alguna demencia. Aunque es necesario señalar, que en el envejecimiento fisiológico normal puede coexistir el déficit amnésico, sin llegar a alcanzar un grado patológico. **“No todas las personas mayores tienen demencia”.**

En ambos casos, los terapeutas ocupacionales trabajamos mediante la **estimulación cognitiva** para enlentecer el deterioro cognitivo y el mantener las competencias psicosociales necesarias para las actividades de la vida diaria.

Basándonos en la capacidad plástica del cerebro, la estimulación cognitiva cumple una serie de **objetivos generales**:

- ✓ Mejorar el rendimiento cognitivo.
- ✓ Mejorar el rendimiento funcional.
- ✓ Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales.
- ✓ Incrementar la autonomía personal del usuario en las diferentes actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales.
- ✓ Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas.
- ✓ Mejorar el estado y sentimiento de salud.

La estimulación cognitiva la podremos aplicar tanto de forma grupal como individual siempre basándonos en las necesidades de nuestros usuarios, así como trabajar uno o varios objetivos dentro de una misma actividad, siempre con un objetivo común:

“Mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares y/o cuidadores”

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

2. INTRODUCCIÓN.

La mejora en la esperanza de vida en los dos primeros tercios del siglo XX se debe en gran parte a la mejora de las condiciones de vida de los niños, pero en el último tercio del siglo XX, esta mejora de la esperanza de vida, está mucho más relacionada con la mejora de la asistencia sanitaria, principalmente a los mayores de 65 años.

(Ver: gráficos pirámides de población en anexo I).

Valorando minuciosamente los datos anteriores y prestando un interés especial a este determinado grupo de edad al cual nos referimos con diferentes sinónimos como: *"mayores, abuelos, viejos, personas de edad avanzada, personas mayores, tercera edad y un amplio etcétera"*, vamos a centrar la importancia de la estimulación cognitiva y el envejecimiento.

¿Pero a qué llamamos envejecimiento?

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida. Hablar de envejecimiento supone referirse a un proceso dinámico que afecta de manera continua e irreversible a todos los seres vivos.

Es un proceso que comienza con la concepción del ser humano, prosigue durante toda la vida y termina con la muerte. Es, por tanto, un proceso natural, gradual, con cambios y transformaciones que se producen a nivel biológico, psicológico y social.

Al hablar del envejecimiento debemos de hacer referencia a la importancia de las variables ambientales e individuales que determinan la forma de envejecer, diferenciando los cambios esperables (envejecimiento normal) de aquellos que pueden considerarse anómalos (envejecimiento patológico).

Las teorías más destacadas sobre la biología del envejecimiento son:

- Teoría endocrina.
- Teoría del reloj biológico o genética.
- Teoría de los radicales libres.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

Con independencia de la teoría que asumamos como certa en la causa del envejecimiento, lo que es innegable es que durante el proceso de envejecimiento se producen cambios en todos los niveles del individuo, es decir, cambios **bio-psico-sociales**.

Por todo lo anterior queremos destacar la importancia de la **Terapia Ocupacional** y la labor que venimos desarrollando los Terapeutas Ocupacionales en relación a los cambios biopsicosociales que afectan a las personas y que intentamos minimizar a través de diferentes estrategias de actuación, centrándonos en este caso en la importancia de la **estimulación cognitiva**.

Para poder entender la actuación desde la Terapia Ocupacional, primero tenemos que conocer que es la Terapia Ocupacional; definimos la terapia ocupacional como **“el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del paciente en la realización de la actividad intencionada hacia objetivos específicos, previamente analizada y seleccionada en función de las necesidades del enfermo, incapacitado o marginado con fines de evaluación, prevención, adiestramiento, reeducación, tratamiento y reinserción tendentes a conseguir el máximo grado de autonomía con el mínimo de alineación posible para conseguir una equilibrada adaptación al medio.”**

Una vez definida la Terapia Ocupacional vamos a centrarnos en la descripción del marco conceptual de la misma. El marco conceptual de la Terapia Ocupacional abarca el estudio de sus fundamentos internos y sus relaciones externas, así, como el estudio de los materiales, métodos, procedimientos y técnicas de evaluación, prevención, tratamiento y reinserción propios de la misma y de la aplicación de estos conocimientos a los distintos procesos y necesidades del paciente.

Para desarrollar este trabajo nos hemos centrado en el **estudio de la ocupación como forma de tratamiento**, para ello debemos de destacar que el fundamento de la ocupación como terapia radica en la posición

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

esencial que tiene la ocupación en la vida del hombre en sociedad. Desde el “homo habilis” al “homo sapiens”, la ocupación, entendida como actividad dirigida hacia objetivos, ha determinado la evolución social en sincronía con la evolución del hombre.

La enfermedad y la incapacidad determinan una alteración del ritmo vital y una alteración del efecto de retroalimentación de la ocupación sobre los elementos físicos, psíquicos y sensoriales. Si la ocupación estructura y mantiene la organización del tiempo podrá ser utilizada para remediar la alteración del ritmo vital determinada por la enfermedad y la incapacidad.

Una vez seleccionado el marco de referencia anterior, vamos a analizar brevemente los diferentes modelos en los cuales vamos apoyarnos en el desarrollo de nuestro trabajo en función de nuestros objetivos y tema principal a desarrollar en el presente documento.

En 1974 A. Mosey propone el **Modelo bio-psico-social**, donde integra y relaciona el cuerpo y la mente con el medio social. Este modelo es la conclusión lógica de la historia, gestada en el pensamiento de la Ilustración, y el punto de partida de todos los intentos actuales tendentes a conseguir una visión del hombre en su dimensión integrada en el mundo a través de la ocupación. La interacción entre los tres sistemas: **cuerpo-mente-sociedad** ofrece una vía de eficacia terapéutica comprobada a través de la actividad. No debemos olvidarnos de señalar la importancia de la aportación del modelo de ocupación humana: La ocupación como objeto primario de estudio para construir la terapia ocupacional, implica el estudio de la misma en dos sentidos: en el sentido analítico y en el sentido holístico.

En su aspecto analítico, la ocupación se caracteriza y conforma por los aspectos físicos, psíquicos y sociales de la misma y nos remite al campo del análisis de actividades. En su dimensión holística, la ocupación adquiere propiedades que no existen en sus componentes elementales.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

El Modelo de ocupación humana de G.Kielhofner, es una de las aportaciones más interesantes en este sentido.

También deberemos hacer referencia al **Modelo neuropsicológico**; en terapia ocupacional nos interesa el estudio de las actividades intencionales en relación con el sistema neurológico que predomina en su realización.

Para poder justificar nuestro trabajo desde la Terapia Ocupacional, nos hemos remitido a las diferentes publicaciones existentes, destacando entre ellas el documento *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*, Corregidor Sánchez Ana Isabel. Tras analizarlo, podemos recalcar la importancia de la actuación de la Terapia ocupacional en diferentes ámbitos, centrándonos en el ámbito de actuación que nos ocupa el desarrollo de nuestro trabajo, los centros socio-sanitarios.

Si analizamos el capítulo 11: Terapia ocupacional en los servicios sociales comunitarios: servicios de ayuda a domicilio, centros de día y residencias, podemos justificar la importancia de la intervención de la terapia ocupacional en los centros socio-sanitarios.

En los centros residenciales y/o centros socio-sanitarios, dirigidos a personas mayores ofrecen, un amplio abanico de actividades todas ellas integradas con un objetivo común; proporcionar el bienestar de la persona a nivel bio-psico-social. Para ello el terapeuta ocupacional como miembro del equipo multidisciplinar es el encargado de desarrollar diferentes programas de intervención encaminados a mantener y/o mejorar los aspectos más relevantes del usuario, siempre en función de sus capacidades previamente evaluadas y analizadas.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

Analizando detalladamente mi experiencia personal y profesional como Terapeuta ocupacional en la residencia y centro de día de Puzol (Valencia), podemos afirmar la importancia que tiene la realización de actividades ocupacionales, todas ellas analizadas previamente y encaminadas a la consecución de los diferentes objetivos programados.

Podría analizar un sinfín de “historias de vida” de usuarios de mi antiguo lugar de trabajo, donde he desarrollado durante seis años mi labor como terapeuta ocupacional, historias con nombre propio, historias llenas de emociones, sabiduría y como dice el refranero “más sabe el diablo por viejo que por diablo”. Refrán que no debemos olvidar y practicar en nuestra labor como terapeutas ocupacionales. Por muy “viejo” que sea nuestro usuario, no debemos desechar la oportunidad de alcanzar objetivos a corto-largo plazo, trabajando día a día, minuto a minuto, codo a codo con nuestros usuarios, siempre desde un enfoque bio-psico-social, destacando la importancia de la dedicación y esfuerzo de todos los miembros del equipo multidisciplinar.

3. OBJETIVOS.

El objetivo principal de la realización de este trabajo es dar a conocer la importancia que tiene la estimulación cognitiva en los usuarios de un centro socio-sanitario. Entendiendo la estimulación cognitiva como la herramienta gracias a la cual podemos trabajar diferentes aspectos en el individuo, todos ellos encaminados a mejorar y/o mantener la calidad de vida de nuestros usuarios.

El objetivo general de nuestro programa de estimulación cognitiva es: **“Promover y mantener la salud y/o calidad de vida de nuestros usuarios gracias a la participación activa en las diferentes actividades planteadas por el área psicosocial, donde incluiremos diferentes figuras profesionales como: Terapeuta ocupacional, Psicólogo, Trabajador social y TASOC (Técnico en animación sociocultural)”.**

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

Para ello debemos plantearnos diferentes objetivos específicos en función de las características individuales de nuestros usuarios. Estos objetivos serán los siguientes:

- Mantenimiento y/o aumento de la autonomía del usuario en las diferentes actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales.
- Mantenimiento y/o aumento de las capacidades cognitivas del usuario.
- Implicación activa del usuario en las diferentes actividades del centro.
- Fomento de las actividades de ocio y tiempo libre de los usuarios.
- Implicación activa de las familias en las diferentes actividades programadas.
- Ubicación en el entorno próximo del usuario.
- Minimizar la aparición de reacciones adversas, propias de la institucionalización.

4. METODOLOGÍA.

Para llevar a cabo con éxito la implantación de un programa de estimulación cognitiva en un centro socio-sanitario debemos de tener presente una serie de actuaciones previas.

La primera de ellas será diseñar y/o establecer un **Plan de Atención Individual (PAI)**, en función de los objetivos y necesidades de nuestros usuarios, para ello diferenciaremos cuatro fases de actuación.

- ✓ **Fase 1:** Valoración inicial de los usuarios.
- ✓ **Fase 2:** Determinación y descripción de los objetivos a trabajar con cada uno de nuestros usuarios en función de su valoración inicial, haciéndolos constar en su Plan de Atención Individual.
- ✓ **Fase 3:** Diseño de actividades e integración de los usuarios en las mismas según objetivos establecidos.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

- ✓ **Fase 4:** Valoración semestral continuada de los usuarios; donde describiremos la consecución o la continuidad de los objetivos establecidos en la valoración inicial.

Para llevar a cabo la **Fase 1** de nuestro programa deberemos administrar y/o valorar cada profesional a los usuarios a través de las Escalas/Índices estandarizados existentes.

Escala Barthel.	Escala que utilizamos para valorar las Actividades de la Vida diaria Básicas. Consta de diferentes ítems, con una puntuación total de 100 puntos. Indicando la autonomía plena dicha puntuación y la gran dependencia la puntuación de 0.	Escala administrada por el Terapeuta Ocupacional.
Escala Lawton	Escala que utilizamos para valorar las Actividades de la Vida diaria Instrumentales. Consta de diferentes ítems, con una puntuación que oscila de 0-8 puntos.	Escala administrada por el Terapeuta Ocupacional.
Test de Lobo, Minimental examen cognoscitivo. MEC.	Escala de valoración de las capacidades cognitivas del usuario. Consta de diferentes ítems, con una puntuación que oscilan de 0 -35 puntos.	Escala administrada por Psicólogo y/o Terapeuta Ocupacional.
Escala Norton.	Escala de valoración del riesgo de padecer Ulceras por presión.	Escala administrada por personal de enfermería.
Escala Tinetti.	Escala de valoración del equilibrio y la marcha del usuario.	Escala administrada por el fisioterapeuta.

(Ver; escalas en anexo II).

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

Junto con las anteriores escalas, no debemos olvidar la administración de otras escalas sociales, por parte del trabajador social, además de los datos generales del estado de salud del usuario, farmacología administrada y datos relevantes de su historia de vida.

Todos estos datos estarán incluidos en el Plan de Atención Individual del usuario, al cual tendrán acceso los distintos profesionales que integran el equipo multidisciplinar del centro socio- sanitario, teniendo presente siempre la Ley Orgánica 15/1999 , 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

Para el correcto desarrollo de la fase 1 de nuestro programa, y siguiendo los Indicadores de Calidad que marcan cada una de nuestras actuaciones, la valoración inicial de los usuarios deberemos realizarla en un periodo máximo de 45 días desde la fecha de ingreso en nuestro centro socio-sanitario.

En la Fase 2, nos centraremos en la descripción de los objetivos a trabajar con nuestros usuarios.

Estos objetivos serán diferentes en función de los resultados obtenidos en la valoración inicial, pudiendo plantearnos los siguientes objetivos:

- Mantenimiento o aumento de las puntuaciones obtenidas.
- Mantenimiento y/o aumento de la autonomía en las diferentes actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.
- Mantenimiento y/o aumento de la orientación temporo-espacial.
- Mantenimiento del conocimiento del esquema corporal.
- Mantenimiento de la relación con el entorno próximo.
- Mantenimiento y/o aumento de las relaciones interpersonales.
- Fomento de destrezas manipulativas.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

- Fomento de destrezas cognitivas como lenguaje, concentración, atención, memoria, razonamiento, cálculo.

Para desarrollar la **Fase 3** de nuestro programa deberemos diseñar actividades para desarrollar con los usuarios en función de sus capacidades y necesidades pautadas.

A través una misma actividad podemos trabajar diferentes objetivos según necesidades de nuestros usuarios.

(Ver; Actividades estimulación cognitiva en anexo III).

Por último, para desarrollar la **Fase 4** de nuestro programa, deberemos tener en cuenta la planificación de los objetivos establecidos en la evaluación inicial y el correspondiente seguimiento de los mismos semestralmente, para su continuidad en el tiempo y/o cese de los mismos.

5. DESARROLLO.

Para implementar con éxito un programa de estimulación cognitiva debemos analizar con detenimiento los resultados obtenidos en las diferentes escalas administradas al usuario y recogidas en su Plan de Atención Individual.

Dicho análisis lo realizaremos en primer lugar de forma individual por parte de cada profesional y posteriormente a través de la puesta en común en las diferentes reuniones multidisciplinares.

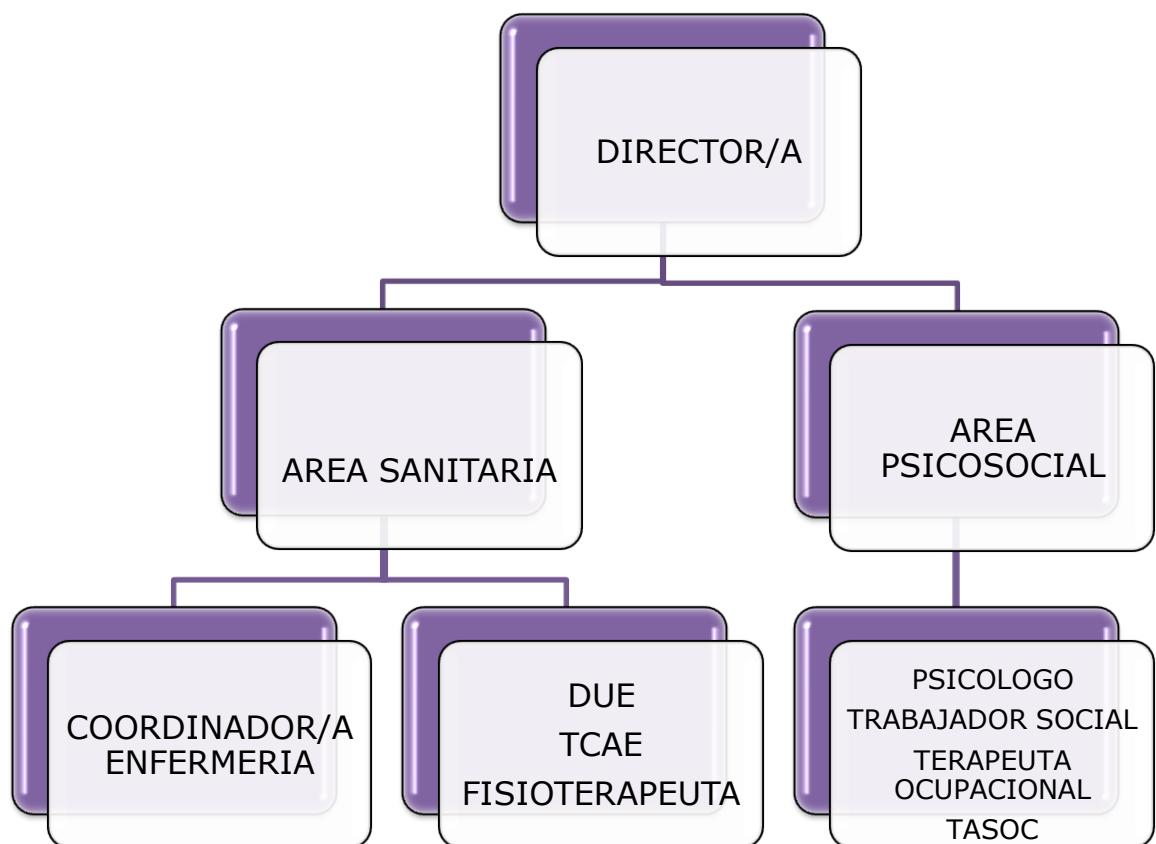
Una vez establecido el **Plan de Atención Individual**, cada profesional desarrollará oportunamente sus objetivos pautados.

El área psicosocial del centro socio sanitario, de la cual formamos parte, establecerá un **horario de actividades**, además de una **programación anual de actividades**, a realizar al comienzo de cada año, donde estableceremos las diferentes actividades a realizar durante el año venidero, junto con los objetivos de las actividades, recursos materiales y humanos necesarios, temporalización de las mismas, destinatarios de las actividades y profesional responsable de

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

las mismas, además de una **memoria anual de actividades**, donde seguiremos el mismo modelo utilizado en la programación anual de actividades, añadiendo los usuarios que han participado en dichas actividades y el porcentaje de los objetivos conseguidos. La memoria será realizada a finales de año para evaluar la consecución de los objetivos programados.

Para implementar con éxito nuestro programa de estimulación cognitiva debemos de tener en cuenta la necesidad de contar con los diferentes profesionales que integran un equipo multidisciplinar:



Además de los profesionales indicados, no debemos de olvidar al área de **SERVICIOS GENERALES**, el cual está formado por el Coordinador de servicios generales y el personal de servicios generales como limpieza, mantenimiento y cocina.

Otro factor importante, es conocer la situación y distribución de la infraestructura donde desarrollaremos nuestra labor, puesto que en

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

función de la misma, variaran la planificación de unas u otras actividades.

En relación a los recursos materiales para implementar con éxito nuestro programa, podremos destacar los siguientes:

AREA SANITARIA	AREA PSICOSOCIAL	SERVICIOS GENERALES
<ul style="list-style-type: none">• Material fungible de oficina.• Material fungible sanitario.• Instrumental de auscultación y exploración.• Carro de curas.• Medicación.• Recursos informáticos.	<ul style="list-style-type: none">• Material fungible de oficina.• Material fungible para el diseño de actividades cognitivas.• Material de reeducación y entrenamiento psicomotriz.• Recursos informáticos.	<ul style="list-style-type: none">• Material fungible de oficina.• Materias primas para elaboración de menues.• Material y productos de limpieza.• Carro de limpieza.• Recursos informáticos.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la **Evaluación de nuestro programa**, para ello lo realizaremos a través de diferentes métodos.

- Número de usuarios atendidos mensualmente.
- Cómputo anual de usuarios atendidos.
- Cómputo anual de resolución de conflictos inter e intrausuarios.
- Cómputo anual de relaciones establecidas con otras entidades.
- Cómputo anual de la integración de los usuarios a las actividades pautadas.
- Cómputo anual de la participación de las familias.
- Cómputo anual de actividades realizadas.
- Revisión semestral del Plan de Atención Individual de los usuarios, anotando el grado de consecución de los objetivos programados.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

- Realización de encuestas de satisfacción del usuario con el programa.
- Realización de encuestas de satisfacción de los familiares con el programa.
- Realización de encuestas de satisfacción de las entidades colaboradoras con el programa.

6. CONCLUSIÓN.

Una vez desarrollado el presente programa de estimulación cognitiva y analizado detalladamente cada una de sus fases a seguir para su correcta implementación, hemos comparado nuestro programa con otros existentes en la literatura científica. Nos hemos basado en las aportaciones del programa titulado: ***La memoria: programa de estimulación y mantenimiento cognitivo*** del Servicio de promoción de la salud pública de la comunidad de Madrid.

Revisado el anterior programa podemos destacar la no existencia de una “sola” memoria, sino diferentes tipos de memoria, por ello la importancia de desarrollar actividades de estimulación cognitiva con determinados objetivos en función del área a desarrollar y/o potenciar con nuestro usuario.

También podemos destacar la importancia de trabajar y/o realizar programas de estimulación cognitiva en personas que no tienen instaurado o diagnosticado un deterioro cognitivo pero que cumplen una serie de requisitos, como son la edad, falta de actividad ocupacional, sedentarismo, etc., convirtiéndoles en población diana para desarrollar un deterioro cognitivo a corto y/o largo plazo.

Para llevar a cabo la implementación de este tipo de programas podremos encontrarnos con problemas económicos como la falta de asignación presupuestaria en los centros socio sanitarios que impiden la contratación a jornada completa y/o parcial de profesionales cualificados como psicólogos y/o terapeutas ocupacionales, así como la existencia de normativa donde no viene fijado la obligatoriedad de la contratación de los anteriores profesionales, por lo que la gerencia de los centros socio

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

sanitarios no contemplan dichas figuras de forma inicial, si no que forma parte de la “mejora” introducida en su pliego de condiciones para ser candidatos a la adjudicación de los centros socio sanitarios.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- C.Cooper, N. Mukadam, C. Katona, C.G.L y Ketsos, D.Ames, P. Rabins, K. Enyedal, D. Blazer, L.Teri, H.Brodaty and G. Livingsston. Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. International Psychogeriatrics (2012), 24:6, 856–870 C _ International Psychogeriatric Association 2012
- Corregidor Sánchez Ana Isabel .Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: SEGG; 2010.
- Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.
- Decreto 189/2000 de 29 de mayo, de modificación del Decreto 19/199, de 9 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas, de transportes y de la comunicación.
- Documento técnico sobre Terapia Ocupacional. Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. A.P.E.T.O. Comisión de trabajo, abril 1999.
- Durante Molina Pilar, Pedro Tarrés Pilar. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 2^a.ed.Barcelona: Masson; 2004.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

- E. Bufill; A. Bartés; A. Moral.(et.al). Prevalence of cognitive deterioration in people over 80 years old: COGMANLLEU study. *Neurología*. 2009 Mar;24(2):102-107.
- Elizabeth Blesedell Crepeau , Ellen S. Cohn , Barbara A. Boyt Schell. WILLARD & SPACKMAN. TERAPIA OCUPACIONAL. 11^a ed. Editorial médica Panamericana; 2011.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M.; Veiga, P. y González, J.L. (1987): "Evaluación de una residencia de ancianos y valoración de tratamientos ambientales". En R.Fernández-Ballesteros: El ambiente. Análisis psicológico. Madrid: Pirámide. ISBN: 84-368-0353-1.
- García-Sánchez Carmen, Estévez-González Armando, Kulisevsky Jaime. Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la Demencia. *Revista Psiquiatria Facultad de Medicina*. Barcelona; 2002; 29 (6): 374-378.
- Glen Gillen. Cognitive and Perceptual Rehabilitation: Optimizing Function. Mosby; 2008.
- Goerlich Gisbert Francisco Jose , Pinilla Pallejà Rafael. Esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX. Las tablas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística. Fundación BBVA; 2006.
- Gómez Tolón Jesús. Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional. Zaragoza: Mira Editores; 1997.
- Guía de trámites requisitos para la puesta en marcha de residencia de la tercera edad. Creación de Empresas y Asesoría Empresarial. Cámara Zaragoza.
- L. Clare, R.T Woods, E.D Moniz Cook, M. Orrell and A. Spector. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;(4):cd003260
- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- Maroto Serrano Miguel Ángel. La memoria: programa de estimulación y mantenimiento cognitivo. Servicio de Promoción de la salud. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

- Polonio López Begoña, Durante Molina Pilar, Noya Arnaiz. Blanca. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Colección Panamericana de Terapia Ocupacional; 2001.
- Sanjoaquín Romero Ana Cristina, Fernández Arín Elena, Mesa Lampré Mª Pilar, García-Arilla Calvo Ernesto. Valoración geriátrica integral. En: Tratado de geriatría para residentes. SEGG: Capítulo 4.
- Toth – Cohen S. Role perceptions of occupational therapists providing support and education for caregivers of persons with dementia. Am J Occup Ther. 2000 Sep-Oct;54(5):509-15.
- van Heugten CM, Dekker J, Deelman BG, Stehmann-Saris JC, Kinebanian, A . Rehabilitation of stroke patients with apraxia: the role of additional cognitive and motor impairments. Disabil Rehabil. 2000 Aug 15;22(12):547-54
- Yanguas J.J., Leturia F.J., Leturia M., Uriarte A. Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual Práctico. Madrid, España: Editorial Caritas, 1998.

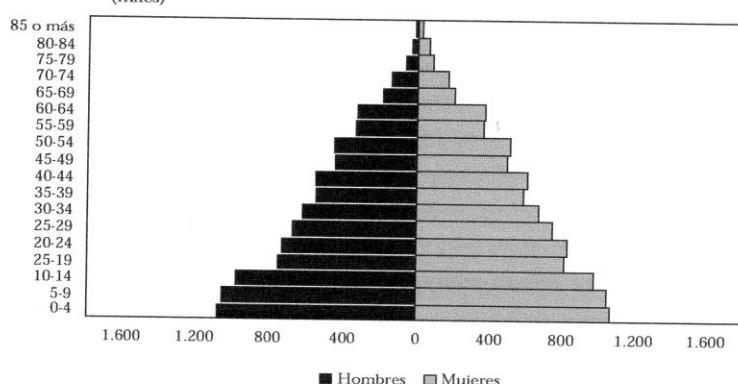
FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

8. ANEXOS.

- **Anexo 1. Esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX. Gráficos.**

GRÁFICO 4.1a: Pirámide de la población española (1900)

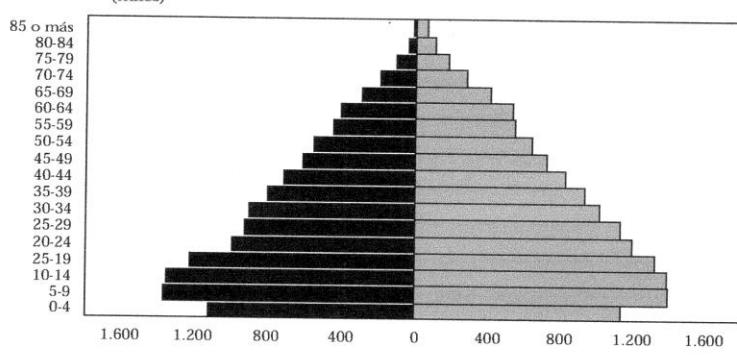
(miles)



Fuente: Censo de 1900.

GRÁFICO 4.1b: Pirámide de la población española (1940)

(miles)

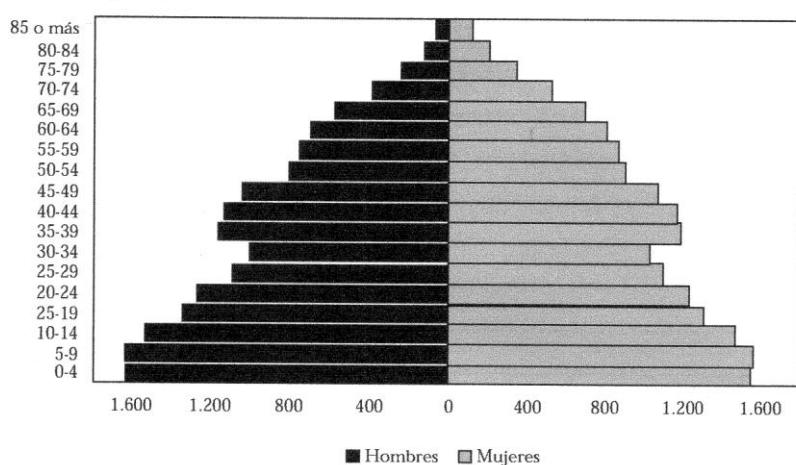


Fuente: Censo de 1940.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

GRÁFICO 4.1c: Pirámide de la población española (1970)

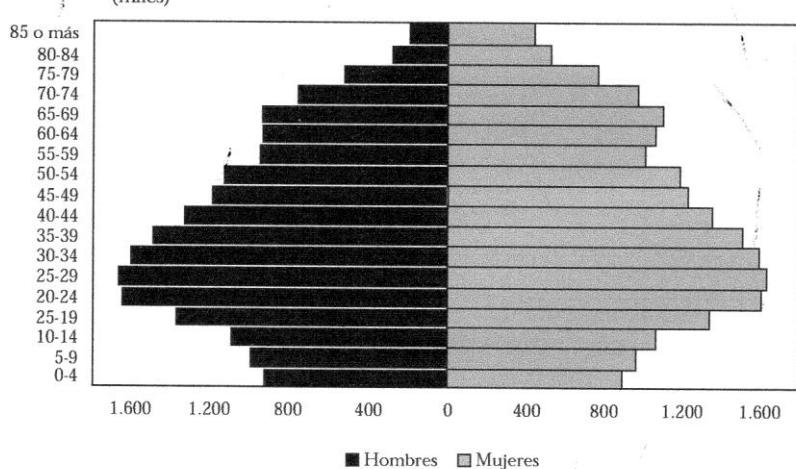
(miles)



Fuente: *Tablas de mortalidad de la población española. Años 1960-70.*

GRÁFICO 4.1d: Pirámide de la población española (1998)

(miles)



Fuente: *Tablas de mortalidad de la población de España. Años 1998-1999.*

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

• Anexo 2. Escalas de Valoración.

✓ Escala/ Índice de Barthel.

Índice de Barthel

Comida 10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. 5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo 0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Aseo 5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise. 0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestido 10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda 5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. 0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo 5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona. 0. Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. 5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. 0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
Micción 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc) 5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos 0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
Ir al retrete 10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona. 5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo. 0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Traslado cama /sillón 15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

- | |
|---|
| 10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física. |
| 5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda. |
| 0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado. |

Deambulación

- | |
|---|
| 15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo. |
| 10. Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador |
| 5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión |
| 0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro |

Subir y bajar escaleras

- | |
|--|
| 10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona |
| 5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión. |
| 0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor |

Total:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

✓ Escala de Lawton y Brody.

Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Mide capacidad y tienen un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94)

Paciente.....		Edad.....	Sexo.....
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria			
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		Puntos	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc		1	
2. Marca unos cuantos números bien conocidos		1	
3. Contesta el teléfono pero no marca		0	
4. No usa el teléfono		0	
B. IR DE COMPRAS			
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia		1	
2. Compra con independencia pequeñas cosas		0	
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra		0	
4. Completamente incapaz de ir de compras		0	
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA			
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia		1	
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes		0	
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada		0	
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida		0	
D. CUIDAR LA CASA			
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)		1	
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama		1	
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable		1	
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa		1	
5. No participa en ninguna tarea doméstica		0	
E. LAVADO DE ROPA			
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal		1	
2. Lava ropa pequeña		1	
3. Necesita que otro se ocupe del lavado		0	
F. MEDIO DE TRANSPORTE			
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche		1	
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público		1	
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona		1	
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros		0	
5. No viaja		0	
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN			
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas		1	
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas		0	
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación		0	
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO			
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos		1	
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc		1	
3. Incapaz de manejar el dinero		0	

Máxima dependencia: 0 puntos
Independencia total: 8 puntos

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

✓ **Miníexamen Cognoscitivo. Test de Lobo.**

Miní-examen cognoscitivo (lobo et al, 1079)

DESCRIPCION:

El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales

Diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración.

Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje

INSTRUCCIONES GENERALES:

Invitar al entrevistado a colaborar. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque. Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los 5 ítems del test.

1. Orientación: No se permite la Comunidad Autónoma como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país(excepto en las comunidades históricas).

2. Fijación. Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Están permitidos seis intentos para que las repita correctamente.

3. Concentración y Cálculo: Sustracción de 3 en 3. Si no le entiende se puede reformular la pregunta. Si tiene 30 pesetas y me da tres ¿cuántas le quedan?, y seguir pero sin repetir cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta.

Repetir los dígitos 5 – 9 – 2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.

4. Memoria: Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. 1 punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.

5. Lenguaje y construcción: El entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra, es 0 puntos en el ítem:

- Semejanzas: En las semejanzas perro-gato las respuestas correctas son animales de “x” características. Órdenes verbales, si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error.

- Lectura, escritura y dibujo: Si utiliza gafas se solicita que se las ponga.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

- Frase: Advertir que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir algo diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.

- Figura. Cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.

PUNTUACIÓN:

La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23 puntos.

Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total.

Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación $(20 \times 35 / 21) = 22,5$ (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).

INTERPRETACIÓN:

Instrumento sencillo y breve de aplicación, no requiere de especiales habilidades para su administración. La edad y la escolarización influyen en la puntuación total.

Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales. No explora todas las áreas cognitivas. Posibilidad de que pasen inadvertidos los casos incipientes de deterioro cognitivo.

RANGO de PUNTUACION 0 – 35.

Lobo y col, proponen:

- Pacientes GERIATRICOS:(> de 65 años), punto de corte 23/24(es decir, 23 ó menos igual a “caso” y 24 ó más a “no caso”., y en

- Pacientes NO GERIATRICOS punto de corte 27/28 (es decir, 27 ó menos igual a “caso”, y 28 ó más igual a “no caso”.

En España, la titular de los derechos del MEC de Lobo es Tea Ediciones, y su sitio web es <http://www.teaediciones.com>

Paciente.....	Edad.....
Ocupación.....	Escolaridad.....
Examinado por.....	Fecha.....
ORIENTACIÓN	
• Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....	Año..... (5 puntos)
• Dígame el hospital (o lugar).....	
planta.....ciudad.....Provincia.....	Nación..... (5 puntos)

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? (5 puntos)

- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos)

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj (2 puntos)

- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros (1 punto)

- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? (2 puntos)
¿qué son el rojo y el verde ?

- ¿Que son un perro y un gato ? (1 punto)

- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)

- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS (1 punto)

- Escriba una frase (1 punto)

- Copie este dibujo (1 punto)

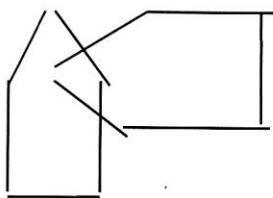


FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

✓ Escala de Tinetti.

TINETTI - Escala de Marcha y Equilibrio.

Indicación: Detección del riesgo de caídas en ancianos a un año vista.

Codificación proceso: 0155 Riesgo de Caídas (NANDA).

Administración:

Realizar un rastreo previo realizando la pregunta ¿Teme usted caerse? se ha visto que el valor predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

Escala heteroadministrada, se cumplimenta entre 8 y 10 minutos. El evaluador debe revisar el cuestionario previamente a la administración. Caminando el entrevistador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha). La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación y reevaluación:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la subescala de marcha es 12, para la de equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones da la puntuación para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación >> menor riesgo.

<19 : Riesgo alto de caídas.

19-24: Riesgo de caídas.

Propiedades psicométricas: No validada en español y en nuestro medio.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

TINETTI- EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO		Ptos
El paciente permanece sentado en una silla rígida sin apoya brazos. Se realizan las siguientes maniobras.		
Equilibrio sentado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se inclina o desliza en la silla. ▪ Se mantiene seguro. 	0 1
Levantarse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapaz sin ayuda. ▪ Capaz pero usa los brazos para ayudarse. ▪ Capaz sin usar los brazos. 	0 1 2
Intentos para levantarse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapaz sin ayuda. ▪ Capaz pero necesita más de un intento. ▪ Capaz de levantarse en un intento. 	0 1 2 1 2
Equilibrio en bipedestación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inestable. ▪ Estable con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) y usa bastón u otros apoyos. ▪ Estable sin andador u otros apoyos. 	0 1 2
Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco errecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empleza a caerse ▪ Se tambalea, se agarra, pero se mantiene ▪ Estable 	0 1 2
Ojos cerrados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inestable ▪ Estable 	0 1
Vuelta de 360º	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasos discontinuos ▪ Continuos 	0 1
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inestable (se tambalea, o agarra) ▪ Estable 	0 1
Sentarse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla ▪ Usa los brazos o el movimiento es brusco ▪ Seguro, movimiento suave 	0 1 2
TOTAL EQUILIBRIO (16)		
TOTAL MARCHA + TOTAL EQUILIBRIO (28)		

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

TINETTI- EVALUACIÓN DE LA MARCHA			Ptos
El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o habitación (unos 8 metros) a paso normal.			
Iniciación de la marcha		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar. ▪ No vacila. 	0
			1
Longitud y altura de paso	Movimiento pie dcho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No sobrepasa al pie izdo. con el paso. ▪ Sobre pasa al pie izdo. 	0
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El pie dcho., no se separa completamente del suelo con el paso. ▪ El pie dcho. se separa completamente del suelo. 	1
Longitud y altura de paso	Movimiento pie izdo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No sobrepasa al pie dcho. con el paso. ▪ Sobre pasa al pie dcho. 	0
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El pie izdo. no se separa completamente del suelo con el paso. ▪ El pie izdo. se separa completamente del suelo. 	1
Simetría del paso		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La longitud de los pasos con los pies izdo. y dcho., no es igual. ▪ La longitud parece igual. 	0
			1
Fluidez del paso		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paradas entre los pasos. ▪ Los pasos parecen continuos. 	0
			1
Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desviación grave de la trayectoria. ▪ Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria. ▪ Sin desviación o uso de ayudas. 	0
			1
			2
Tronco		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Balanceo marcado o uso de ayudas. ▪ No se balancea al caminar pero flexiona las rodillas o la espalda, o separa los brazos al caminar. ▪ No se balancea ni flexiona ni usa otras ayudas al caminar. 	0
			1
			2
Postura al caminar		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Talones separados. ▪ Talones casi juntos al caminar. 	0
			1
TOTAL MARCHA(12)			

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

• **ANEXO III. ACTIVIDADES ESTIMULACIÓN COGNITIVA.**

Este documento analiza detalladamente las diferentes actividades que podemos llevar a cabo en un centro socio sanitario, que formaran parte del programa de estimulación cognitiva que hemos desarrollado en el presente Trabajo Fin de Grado.

1. Orientación temporo-espacial; la cual aplicaríamos diariamente a través de diferentes métodos.

➤ Primer método: Colocación de un calendario en lugar visible, preferentemente en el salón principal del centro y en los talleres de trabajo de los usuarios. A ser posible el calendario lo habrán realizado los usuarios indicando en el mismo: día de la semana, día del mes (numérico), mes, año, estación del año, población, comunidad autónoma y país.

Un ejemplo sería el siguiente calendario realizado por los usuarios del centro.

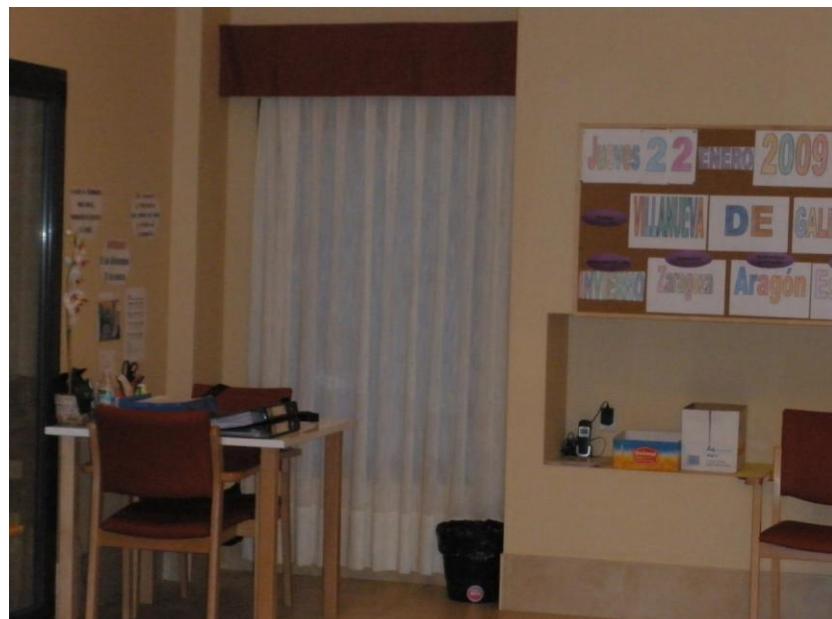


FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

- Segundo método de orientación temporo-espacial, sería diariamente a través de la megafonía del centro la actividad de "Buenos días", donde daremos los buenos días a los usuarios, recordándoles el día de la semana, día del mes (numérico), mes, año y estación del año.
- Tercer método de orientación temporo-espacial, sería al comienzo de las actividades tanto matinales como vespertinas, un recuerdo a través de preguntas a los diferentes usuarios participantes en la actividad correspondientes del día en el que nos encontramos, siguiendo el esquema anterior.

2. Recorrido Articular; la cual consiste en realizar como su nombre indica un recorrido articular, trabajando aspectos como el conocimiento del esquema corporal, memoria a corto y largo plazo, minimizar el sedentarismo, etc.

3. Actividades de psicomotricidad; trabajaremos diferentes aspectos motrices en función de las necesidades detectadas en nuestros usuarios, encaminados a mejorar y/o mantener la autonomía en las actividades de la vida diaria básicas.

4. Actividades de lenguaje, cálculo y memoria. Actividades a desarrollar de forma individual y/o colectiva, teniendo en cuenta los objetivos a conseguir.

Podemos trabajar el lenguaje potenciando la instauración de conversaciones inter usuarios, charlas - coloquios, lectura de la prensa, representaciones teatrales.

En el caso del cálculo, podremos realizar operaciones en función de las capacidades de los usuarios, adaptando las actividades a los mismos y por último la memoria, la podremos trabajar siempre de forma directa y/o indirecta en las diferentes actividades programadas o bien, en un programa

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

de atención directa, exclusivo para trabajar la memoria en sus diferentes partes.

5. Actividades de reeducación de las Actividades de la Vida diaria

Básicas in situ. Podremos diseñar un programa de actuación de afeitado (en el caso de varones), lavado de manos, lavado de dientes o dentadura, vestido, manejo de ayudas técnicas, todo ello como el título de la actividad refleja "in situ", es decir, será el Terapeuta Ocupacional quien se desplazará al lugar correcto de realización de la actividad propuesta, y trabajará con el usuario lo programado.

En este programa podremos aprovechar los logros obtenidos en las anteriores actividades programadas de psicomotricidad, memoria, esquema corporal y observar los cambios producidos en la autonomía del usuario.

6. Actividades de entrenamiento de las Actividades de la Vida diaria Instrumentales.

Como en la actividad anterior, trabajaremos los aspectos relacionados con las actividades de la vida diaria instrumentales, como son el manejo de dinero, cesta de la compra (en el caso de tratarse de personas que todavía residen en el domicilio), toma de medicación, manejo de transporte público, uso del teléfono, asuntos bancarios, etc.

7. Salidas lúdico-culturales. Este tipo de actividades, están encaminadas a minimizar los aspectos negativos de la institucionalización y mantener el contacto con el entorno próximo del usuario.

8. Salidas terapéuticas. Diseñaremos estas actividades para trabajar los objetivos de la actividad de salidas lúdico – culturales pero con aquellos usuarios que por su situación físico-psicológica no pueden participar en grupos numerosos de usuarios y realizamos la actividad con un usuario por profesional participante en la misma.

9. Celebración de cumpleaños. Esta actividad estará diseñada para potenciar el vínculo inter usuarios así como la participación de las familias.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

La programaremos el último viernes de mes, (podrá variar la temporalización de unos centros socio sanitarios a otros, en función de sus profesionales disponibles). El día establecido, se celebrará en la merienda los cumpleaños de todos los usuarios del presente mes. Para destacar a los usuarios, los colocaremos ese día en la mesa central, previamente, habremos enviado a sus familiares una invitación elaborada por ellos o sus compañeros en el respectivo taller de manualidades dirigido por el TASOC, y les haremos entrega de un regalo básico por parte del centro. (Dicho regalo entrará dentro del presupuesto establecido para el área psicosocial).

10. Bingo. La actividad de Bingo, pese a la controversia existente al respecto, debido a que determinados organismos la consideran una actividad no legal, la realizaremos pero con un fin no lucrativo, es decir, no se jugará ninguna cantidad de dinero, únicamente el premio será el reconocimiento y aplauso por los compañeros de la actividad. Dentro de esta actividad podemos trabajar objetivos muy diversos como son la memoria, la atención – concentración, el compañerismo, motricidad fina, etc.

11. Pintura al óleo y otras técnicas.



FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

En la actividad de pintura al óleo, como podemos ver en las imágenes anteriores, podemos trabajar diferentes objetivos, todos ellos encaminados a mejorar la autonomía de nuestros usuarios.

12. Celebración de festividades. En todo centro socio sanitario, es muy importante el programar las actividades en función del calendario, es decir, programar actividades siempre encaminadas a celebrar una festividad tradicional como son la Navidad, el carnaval, Jueves Lardero, Semana Santa, fiestas patronales del lugar de ubicación del centro socio sanitario, etc.

En dichas actividades potenciaremos el mantener el contacto con otras entidades de igual o diferente grupo poblacional, con el fin, de minimizar los efectos negativos de la institucionalización y la no pérdida de contacto con el entorno próximo del usuario.



Falla realizada por los usuarios del taller de manualidades programado por la TASOC y plantá (previa petición al ayuntamiento) para proceder a la posterior cremá.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

En la siguiente foto podemos ver la salida lúdico – cultural realizada por un grupo de usuarios, donde visitamos la ciudad de las artes y las ciencias de Valencia.



Salida lúdico - cultural a la playa.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

Taller de cocina.

Elaboración de zumos
veraniegos.



Taller de manualidades, para la posterior celebración de guateque por San Valentín.

FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN CENTROS SOCIO SANITARIOS.

Elaboración de disfraces de carnaval y posterior celebración de los carnavales.



15. Realización de revista trimestral del centro. La realización de una revista trimestral forma parte de una actividad del centro donde pueden participar diferentes profesionales, usuarios, familias y personal externo a la residencia.

Es una actividad a través de la cual, los usuarios pueden ver reflejadas todas las actividades realizadas a lo largo del trimestre, así como sus manualidades realizadas en los talleres programados, por ejemplo, la portada de las revistas pueden ser diseñadas con diferentes técnicas y ser elaboradas por los usuarios en los citados talleres. Así como el encargarse de relatarnos información acerca de recetas, remedios caseros, poesías, refranes, dichos populares y un largo etcétera.