



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

TERAPIA OCUPACIONAL

Intervención desde Terapia Ocupacional en un caso de Alzheimer.

Autor: **M^a ÁNGELES DE PABLO BEAMONDE**

Tutor/es: **CARLOS SALAVERA**

Cotutor/es: **SUSANA LUCIENTES**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

2012/2013

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	6
Metodología.....	7
Desarrollo.....	12
Conclusiones	13
Bibliografía	14
Anexo 1	17
Anexo 2	20
Anexo 3	25
Anexo 4	27
Anexo 5	30
Anexo 6	32
Anexo 7	34

RESUMEN

Con este trabajo pretendemos estudiar la influencia de la terapia ocupacional en un caso de Alzheimer. Es una demencia neurodegenerativa primaria más frecuente en las personas de edad avanzada, es irreversible y progresiva y su etiología es multisistémica.

El trabajo desde terapia ocupacional estará encaminado en mantener las capacidades cognitivas conservadas evitando su deterioro progresivo y mejorar, si es posible, alguna de ellas.

La metodología estará centrada en el área de la atención, con el objetivo de mejorar dicha capacidad. En la estructura de nuestro trabajo, nos hemos basado en el Marco de Trabajo de terapia ocupacional, además de apoyarnos en el subsistema volitivo del Modelo de Ocupación Humana.

La intervención de terapia ocupacional en el centro donde acude el paciente es muy variada, ya que sigue un amplio programa de actividades. Nosotros nos hemos querido basar en una intervención específica de la atención y hemos adaptado el tratamiento a las capacidades del paciente.

Tras el análisis de los resultados, se ha demostrado que la terapia ocupacional es eficaz para mejorar la capacidad atencional afectada por la Demencia tipo Alzheimer.

PALABRAS CLAVE: Demencia, Alzheimer, Atención.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una alteración multisistémica del Sistema Nervioso Central que produce una atrofia cerebral global. El córtex cerebral está muy afectado y las lesiones suelen empezar en el nivel del hipocampo, seguido del lóbulo frontal, temporal, parietal y occipital. (1)

Los criterios diagnósticos según la DSM-IV para este tipo de demencia son seis, aunque citaremos tres de ellos: Criterio A (presencia de múltiples déficit cognoscitivos), criterio B (los déficit cognoscitivos provocan un deterioro significativo en de la actividad laboral o social), criterio C (el curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo). (2) Los criterios diagnósticos para la EA según la CIE-10 a grandes rasgos son el deterioro de la memoria y el deterioro del pensamiento y del razonamiento. (3)

Cada uno de los lóbulos cerebrales tiene funciones específicas, pero también hay funciones, como el lenguaje y la memoria (especialmente afectados en la EA), que dependen del trabajo de varias zonas cerebrales de forma coordinada. (1)

La enfermedad de Alzheimer es la forma más habitual de demencia en los adultos. Aunque esta forma de demencia se expresa más frecuentemente a partir de los 80 años, puede presentarse en personas con edades comprendidas entre los 65 y los 75 años y, excepcionalmente, en adultos jóvenes a partir de los 30 años. Se la considera una demencia neurodegenerativa primaria, actualmente irreversible y progresiva. Su origen no es atribuible a una sola causa, sino que en ella concurren múltiples factores de riesgo que interactúan, activando una cascada de acontecimientos cuyo "efecto dominó" desemboca en las lesiones cerebrales que la caracterizan, aunque, sin lugar a dudas, el factor de riesgo por excelencia es la edad. (4)

Los pacientes que desarrollan la EA suelen pasar a través de un período de transición caracterizado por un declive cognitivo progresivo con unas capacidades funcionales relativamente preservadas. (5)

La demencia de Alzheimer constituye un problema sanitario y social de gran magnitud, que va más allá de la persona que la padece porque repercute de forma importante en la familia. Constituye el tipo más frecuente de demencia con un porcentaje del 50-70% de las demencias. (6)

Los estudios epidemiológicos demuestran que la incidencia y prevalencia de la EA se incrementan a partir de los 65 años de edad. (7) La prevalencia de esta enfermedad es cercana al 1% en la sexta década de la vida, pero en mayores de 80 años alcanza un 20-40%. El envejecimiento es un factor determinante. (8)

Se ha estimado que alrededor de 2 millones de personas tienen la enfermedad de Alzheimer en los Estados Unidos. Afecta entre 8 y 10 millones de personas, en Asia; 5 millones, en Europa y 1,5 millones, en América del Sur. En más del 90 % de los casos, se desarrolla después de los 65 años, con una prevalencia que se duplica cada década sucesiva de la vida, desde 10% entre los 60-70 años a 40 % en grupos de 80 o más años. (6)

Por lo tanto, la EA y las demencias relacionadas con ella constituirán una carga significativa para la sociedad en general. (9)

El tratamiento eficaz de la EA debe basarse en el conocimiento de los mecanismos biológicos de la enfermedad. (10)

Todavía no se dispone de un tratamiento definitivo que logre detener el curso de la enfermedad de Alzheimer. Los tratamientos actuales están encaminados a mitigar la agresividad con la que la sintomatología de la EA se manifiesta y, en la medida de lo posible, a ralentizar el curso de la enfermedad.

En ausencia de un tratamiento curativo se hace necesario un abordaje terapéutico multidimensional que incluya, además de las intervenciones farmacológicas, intervenciones no farmacológicas dirigidas a optimizar la cognición, la conducta y la función de los sujetos con demencia, y que además atienda las necesidades de los cuidadores. Estas intervenciones dirigidas al cuidado de personas con demencia están destinadas a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad y con ello ralentizar el declive que pudiera venir generado por factores externos. (11)

El tratamiento farmacológico persigue principalmente dos objetivos que son: ralentizar el avance de la enfermedad y controlar los trastornos y alteraciones psiquiátricos asociados a la enfermedad. Este tratamiento farmacológico de la sintomatología cognitiva incluye fármacos como la Tacrina, Rivastagmina, Memantina, la mayoría de estos fármacos son inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Como ya hemos comentado, el tratamiento en la EA no sólo consiste en la prescripción de fármacos, sino que debido a su complejidad, engloba otras medidas como la psicoestimulación del enfermo y la formación de los cuidadores y familiares. Aquí es donde intervienen principalmente los terapeutas ocupacionales y psicólogos. La psicoestimulación consiste en ejercitar las diferentes capacidades cognitivas, funcionales y emocionales para conseguir una mayor ralentización posible de su deterioro. (12)

El pronóstico de la enfermedad es variable, teniendo ésta una duración alrededor de 4-6 años desde el diagnóstico. La expectación de vida se encuentra considerablemente disminuida hasta un 40%, constituyendo la EA un fuerte predictor de mortalidad en ancianos. (13)

En la EA, la terapia ocupacional utiliza la ocupación de forma terapéutica para enlentecer el deterioro y conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que frenan la independencia ocupacional.

El propósito de una intervención desde terapia ocupacional es el de mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia, intentando maximizar la funcionalidad del paciente y minimizar el esfuerzo del cuidado en cada uno de los estadios de la enfermedad.

La T.O ofrece al paciente y a la familia técnicas de adaptación- compensación a través de la simplificación de tareas y la modificación del entorno según el grado de deterioro para abordar los déficits funcionales. (14)

El terapeuta ocupacional debe conocer qué funciones neuropsicológicas se deterioran en la EA, funciones que influirán en la independencia funcional o autonomía de la persona, en su competencia como ser y en sus roles sociales. Valorará dichas funciones y las estimulará con el objetivo de prevenir y mejorar. Esta estimulación y tratamiento influye positivamente en las AVD y en las relaciones sociales. El T.O siempre ha de tener en cuenta que trabaja con un proceso progresivo e irreversible actualmente, por lo tanto, la primera premisa y por lo tanto el objetivo principal desde terapia ocupacional es darle calidad de vida a los años que le quedan al enfermo de Alzheimer. (15)

El propósito general de este trabajo es realizar un estudio de investigación sobre la intervención de T.O en la EA, basándonos concretamente en la atención. Veremos si durante varias sesiones trabajando la atención conseguimos ver unos resultados notorios en este aspecto.

Trabajaremos la atención ya que es un aspecto muy importante a mantener en esta enfermedad, dado que para hacer cualquier tipo de actividad se requiere un mínimo de atención.

El recurso donde realizaremos la evaluación e intervención de T.O es un hogar y centro de día. Éste, es un servicio social especializado que presta un alojamiento en régimen de media pensión a las personas mayores que, en situación de dependencia para la realización de las ABVD, precisan de cuidados permanentes. A las personas mayores no dependientes les ofrece numerosas actividades lúdicas, culturales y diferentes servicios.

OBJETIVOS

- ❖ Comprobar el grado de afectación del proceso atencional basándonos en el marco de trabajo de Terapia Ocupacional.
- ❖ Estudiar si la intervención desde la Terapia Ocupacional puede ser eficaz para la mejoría de la atención.

METODOLOGÍA

○ **EVALUACION INICIAL DEL CASO:**

Para realizar este procedimiento, utilizamos el marco de trabajo propio de T.O para estructurar el estudio y analizar resultados ⁽¹⁶⁾, además lo hemos complementado con el modelo de ocupación humana (MOHO), pero solo en su aspecto volitivo, ya que los componentes habituacional y ejecutivo están bastante deteriorados en el paciente geriátrico. ⁽¹⁷⁾

Para realizar una valoración global del paciente y obtener más información sobre éste, hemos realizado una valoración geriátrica integral con las siguientes escalas;

La VGI implica todas las escalas de todos los profesionales, en el Centro se realiza una VGI en que la TO utiliza las diferentes escalas y valoraciones:

- Escala de **Barthel**, para valorar las ABVD. (ANEXO 1). ⁽¹⁸⁾
- **Valoración de T.O: AVD, funcional**, cognitivo y social no estandarizada. (ANEXO 2).
- Valoración cognitiva mediante el **minimal de Lobo (MEC)**. (ANEXO 3). ⁽¹⁹⁾
- Encuesta de intereses, adaptación del moho. (ANEXO 4).

Dado que en este estudio lo que nos interesa trabajar con dicho paciente es la atención, hemos realizado dos evaluaciones específicas no estandarizadas:

- Realizamos una **entrevista clínica** a la mujer de éste, en la que se pregunta especialmente sobre la atención y sobre los intereses de él. Esta evaluación, ha sido realizada para conocer el subsistema volitivo del modelo de ocupación humana (MOHO) ⁽¹⁷⁾, pero adaptando la misma a lo que nos interesaba conocer del paciente, que en este caso ha sido sólo la atención y sus intereses ⁽²⁰⁾. Esta entrevista duró algo menos de una hora. (ANEXO 5).
- Valoramos mediante una **adaptación del Test de la A**, el grado de atención. Esta evaluación ha si realizada también por nosotros, por lo que es una evaluación no estandarizada, pero no hemos encontrado una evaluación que se adapte a las características cognitivas del paciente y que evalúe la atención que es el aspecto que queremos trabajar, por eso, nos hemos basado en una adaptación del test de la A ⁽²¹⁾, la adaptación ha sido cambiar las letras por números ya que fue matemático y se trabaja mejor con él de esta manera. Esta evaluación ha durado alrededor de los cuatro minutos y ha consistido en que el paciente tenía que señalar los números cinco que había en una serie de números. (ANEXO 6).

Descripción del caso:

J.A. es un varón de 81 años, nacido en Madrid el 3 de enero de 1932. Está casado y tiene seis hijos. Vive con su mujer en una casa grande sin barreras arquitectónicas. Tiene un alto nivel cultural: Matemático y topógrafo.

Al principio le diagnostican trastorno bipolar y demencia primaria de etiología mixta. Los síntomas comenzaron en 1993 con un cuadro de inquietud, incoherencia verbal, desorientación, insomnio. Finalmente, está diagnosticado con una demencia tipo Alzheimer. Además de esto, presenta una pluripatología con artrosis y problemas cardíacos (cardiopatía severa).

Tiene un GDS de 6-7 y tiene un grado 2 y nivel 2 en la ley de dependencia.

Acude al centro de día para personas mayores y hogar San José desde marzo de 2011.

En cuanto al desempeño ocupacional, los resultados de las valoraciones fueron los siguientes:

- En el Barthel: obtiene una puntuación de 50 (dependencia moderada). Es dependiente en el aseo personal y en el baño, aunque tiene plato de ducha que se lo facilita; para ir al wc va con una persona y con un horario (es incontinente). En la alimentación necesita ayuda para cortar alimentos. En el vestido, necesita ayuda ya que tiene una apraxia del vestido. Para las transferencias necesita alguna ayuda, y, en la deambulaci3n es independiente pero siempre con supervisi3n.
- En la valoraci3n funcional, se observ3 algunas limitaciones f3sicas: a nivel de la extensi3n e inclinaci3n lateral de la cabeza, flexi3n de hombro (110°), supinaci3n de la mano derecha, flexo-extensi3n de mu1eca derecha y mala disociaci3n de los dedos, debido a esta mala manipulaci3n bimanual presenta dificultad para abotonar. Estas limitaciones no le impiden su desarrollo funcional.
- En cuanto a la valoraci3n cognitiva, el paciente presenta m1s d3ficit y m1s problemas en todos los aspectos. En el mini examen cognoscitivo de lobo (MEC) tiene una puntuaci3n de 0. Conserva el c1lculo ya que fue matem1tico en el pasado, y la lecto-escritura. La memoria, la orientaci3n espacio-temporal y el razonamiento son nulos. En atenci3n necesita refuerzo constante, no reconoce partes del cuerpo debido a un trastorno del esquema corporal.

Expresión incoherente, anomia, comprensión alterada, y en cuanto a la lecto-escritura la sigue manteniendo (lectura con ayuda y en voz alta y escritura con dictado de palabras sencillas).

Carácter e intereses:

A pesar de su enfermedad tan avanzada, J.A. presenta un carácter alegre y participativo que disfruta de la compañía de los demás.

Como intereses, le gusta la lecto-escritura y los juegos grupales. También disfruta de la compañía de los niños. No le gusta el ejercicio físico, antes le gustaba andar pero actualmente no y además su cardiopatía le impide realizar trayectos largos

En las valoraciones específicas de la atención estos fueron los resultados:

En la entrevista a la mujer del paciente encontramos los siguientes datos: según la hora del día el estado de atención de J.A. varía mucho, después de merendar ya está cansado y se quiere echar a la cama. Por la mañana mantiene mucho mejor la atención. Cuando hay gente, está más nervioso y apenas mantiene esta capacidad. Las cosas por las que presta más atención son viendo deportes o cosas llamativas en la tele y ojeando revistas. Descansa y duerme muy bien, por lo que esto no es motivo para que no mantenga la atención. Muestra iniciativa para expresarse e intentar hablar con alguien. Se distrae muy fácilmente con los ruidos y con objetos a su alcance desde el punto de vista de lo observado con él, pero los objetos los manipula cuidadosamente.

En la evaluación para medir la atención (adaptación del test de la A con números), han surgido varias limitaciones porque el paciente olvida la orden que se le da y por tanto ha habido que reforzarle dicha orden estando constantemente repitiéndole lo que tenía que hacer. El paciente identificó el número requerido a su manera, aunque luego se despistó y señaló dos números más al azar.

○ **PLAN DE INTERVENCIÓN DE T.O:**

Antes de concretar el tratamiento específico sobre la atención que hemos llevado a cabo con el paciente, se establece el programa general de intervención de T.O que lleva a cabo en el centro de día San José. Este programa general se organiza basándose en las necesidades, capacidades y limitaciones descritas anteriormente. (22)

- Programa de actividades básicas de la vida diaria cuyo objetivo es prevenir, mantener y compensar habilidades de la vida diaria. Se trabaja la AVD del vestido, concretamente abotonar, que es lo que sigue manteniendo en este área. Esta actividad se realiza mediante una tabla de simulación con botones, abotonando y desabotonando.
- Programa de ocio y tiempo libre cuyo objetivo general es potenciar, facilitar y prevenir la utilización de las habilidades de ocio y tiempo libre en actividades adaptadas para su desarrollo. Las actividades que se llevan a cabo en este programa son la lectura, sobre todo del periódico, actividades intergeneracionales con niños (manualidades en las que interactúan personas mayores y niños) y las salidas externas (excursiones a diferentes lugares de la ciudad).
- Programa de psicoestimulación cognitiva cuyo objetivo general es estimular, prevenir y mantener las capacidades cognitivas preservadas.
Se trabajan las siguientes actividades actividades:
Orientación a la realidad: grupal, leer noticias actuales, día y fecha actual, recordar festividades, cumpleaños...
Reminiscencia: grupal, mediante fotos, vídeos o temas de conversación de su época
Estimulación cognitiva de forma grupal e individual, trabajando todas las áreas, especialmente atención, cálculo y lecto-escritura mediante fichas.
- Programa de intervención psicomotriz cuyo objetivo general es potenciar, estimular, prevenir y mantener las capacidades psicomotoras preservadas.
Se trabaja la psicomotricidad grupal e individual, esta última mediante el juego con otra persona. Esta actividad, él la realiza por imitación porque no recuerda la orden que se le da. Se realiza mediante juegos, gerontogimnasia.

El tratamiento específico sobre la atención que hemos llevado a cabo con el paciente tiene el único objetivo de mejorar en concreto la **atención selectiva**. Se ha realizado en seis sesiones, en las cuales han surgido diferentes limitaciones y cuya duración ha variado entre ellas:

- **Sesión 1:** Se realizó una ficha completa cuyo objetivo era señalar la letra "B" que encontrara en las palabras descritas. Después se intentó realizar una segunda ficha que consistió en señalar objetos con forma redonda. La duración ha sido de quince minutos.
- **Sesión 2:** Se realizaron dos fichas de las cuales, la primera consistió en una serie de figuras (cuadrado, círculo y triángulo) que nosotros nombrábamos y él tenía que identificar. En la segunda, tenía que señalar el número "3" de una serie de números. La duración ha sido de veinte minutos.
- **Sesión 3:** Se llevó a cabo mediante dos nuevas fichas. En la primera debía señalar la letra "A" de una serie de letras, y en la segunda tenía que señalar tres objetos de seis. Ha durado veinte minutos.
- **Sesión 4:** El paciente realizó una nueva ficha y parte de otra. La primera ficha consistió en señalar el número "4" de una serie de números. Después, realizó una parte de otra ficha en la que tuvo que señalar la letra "P". La duración ha sido de veinticinco minutos.
- **Sesión 5:** Consistió en varios ejercicios, en uno de ellos tenía que señalar el número "2", en otros debía señalar dos formas geométricas, en otro ejercicio tenía que señalar el número "6" y en el último la letra "C". Ha durado quince minutos.
- **Sesión 6:** En esta última sesión, se prepararon dos nuevas fichas de las cuales el paciente solo realizó una, la otra no se pudo llevar a cabo debido al cansancio del paciente. La ficha que se realizó consistió en señalar la letra "R". La duración ha sido de quince minutos.

○ **DESARROLLO:**

En el centro en el que acude el paciente, la T.O trabaja para seguir manteniendo la lecto-escritura, realiza actividades en grupo, mantiene su nivel cognitivo y la coordinación fina, gruesa y equilibrio, además de realizar una vez al mes actividades intergeneracionales con niños.

Los resultados obtenidos en el tratamiento específico han sido los siguientes:

En las fichas cuyo objetivo era señalar una letra o número específico no tuvo problemas ya que los sabía identificar correctamente, pero olvidaba lo que tenía que hacer, por lo que necesitaba un poco de ayuda. En las fichas cuyo objetivo era señalar una forma u objeto concreto es donde presentaba mayor dificultad, ya que no los consigue identificar bien y por lo tanto hemos tenido que guiarle mucho.

La reevaluación del caso la hemos realizado mediante un test de cancelación de números adaptado a sus capacidades cognitivas y se ha realizado al finalizar el tratamiento (ANEXO 7). Este test ha sido el mismo que el de la evaluación inicial y, hemos comparado entre uno y otro el tiempo tardado, el número de aciertos y el número de errores.

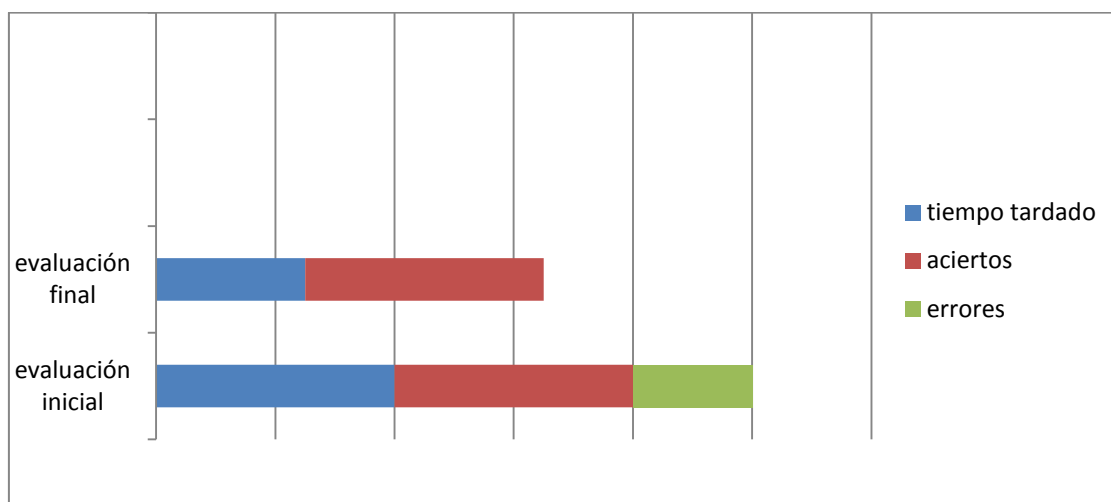
Los resultados del proceso de reevaluación han sido:

En el tiempo tardado, ha reducido el tiempo en casi dos minutos.

En el número de aciertos, el resultado es el mismo, tres, que eran los aciertos que debía realizar.

En el número de errores, ha mejorado, ya que no tuvo ningún error mientras que en la evaluación inicial tuvo dos errores.

Además de esto, el paciente estaba más centrado y unió los tres números que tenía que rodear sin coger otro número que no procedía.



Discusión:

Según se observa en la gráfica, el paciente ha mejorado el área de la atención después de haber seguido un tratamiento de seis sesiones. Es complicado ver una mejoría en tan poco tiempo, por ello decidimos trabajar un área tan específica como es la atención. De esta manera, podíamos ver mejor los resultados, tanto para bien como para mal, aunque en este caso el resultado ha sido positivo.

Al realizar el tratamiento, también nos dimos cuenta que a pesar de que fue topógrafo presenta dificultades con las formas geométricas y en cambio fue también matemático, y con los números no tiene ningún problema.

Conclusiones:

Finalmente, hemos comprobado que se ha cumplido nuestro objetivo principal, puesto que se ha demostrado que la terapia ocupacional es eficaz para mejorar la atención en un paciente con demencia tipo Alzheimer de grado avanzado. No solo se ha demostrado con nuestros resultados en la atención sino, que también se demuestra día a día con el trabajo de la terapeuta ocupacional del centro al que acude en las demás áreas cognoscitivas.

En la revisión bibliográfica realizada no hemos encontrado estudios sobre la eficacia de la terapia ocupacional en la atención, ya que es un área muy específica, pero sí que los estudios que hemos encontrado, como el de Eva Sarasa Frechin con su estudio "objetivo del terapeuta ocupacional con el enfermo de Alzheimer", verifican que la terapia ocupacional aporta grandes beneficios a la enfermedad de Alzheimer, ya que ralentiza de una manera significativa el deterioro cognitivo y funcional que genera dicha enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sarasa F E. Áreas cerebrales. Afectación y pérdida de las funciones neuropsicológicas. En: Sarasa F E, editor. Terapia Ocupacional y enfermedad de Alzheimer. España: Mira editores; 2008. p. 37-58.
- 2.- DSM IV Manual de trastornos mentales. Delirium, Demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (criterios diagnosticos alzheimer). pag. 149.
- 3.- Yanguas J J. Capítulo 1: Introducción. En: Yanguas J J. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. Murcia, España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales. P. 17-25.
- 4.- Boada M. Situación actual de la enfermedad de Alzheimer. En: Tárraga L, Boada M, editores. Cuadernos de repaso, ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada. Barcelona: Editorial Glosa; 2003. p. 13-18.
- 5.- Encinas Mejías M. Spect cerebral, polimorfismo del gen APOE y valoración neuropsicológica en la predicción de la evolución de los pacientes con deterioro cognitivo ligero a enfermedad de Alzheimer [tesis doctoral]. Madrid: Universidad complutense de Madrid. Facultad de medicina; 2005. Disponible en:
<http://biblioteca.ucm.es/tesis/med/ucm-t28791.pdf>
- 6.- Pérez Perdomo Marta. LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LOS CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. Rev haban cienc méd [revista en Internet]. 2008 Sep [citado 2013 Feb 16] ; 7(3): . Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300009&lng=es.
- 7.- Tárraga L. Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. Medicine 1994; Oct: 44- 53.
- 8.- Bonilla Fernández JA, Durán Pérez M, Casado Rodríguez JM. Síndrome demencial. Diagnóstico y tratamiento. Rev "16 de abril". [revista en Internet]. 2011 Dic. [citado 2013 Feb 16]. Disponible en:
<http://www.16deabril.sld.cu/rev/246/AO/5-sindrome%20demencial.html>
- 9.- Tárraga L. Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol 1998;27(1):s51-s62.

- 10.- Donoso A. Tratamientos de las demencias. En: Santander M L. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 3ª ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2001. P. 63-97.
- 11.- Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Anales Sis. San. Navarra [Internet]. 2003 [citado 3 sept 2013]; 26 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007
- 12.- Romero Bravo MJ, Orantes Fernández R. Tratamiento en la enfermedad de Alzheimer. En: Romero Bravo MJ, Orantes Fernández R, editores. Estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Jaén: Formación Alcalá; 2010. p. 47-58.
- 13.- Yanguas JJ, et al. Tratamiento y pronóstico. En: ministerio de trabajo y asuntos sociales. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. Madrid: IMSERSO; 2007. P. 21.
- 14.- Corregidor Sánchez AI, Moralejo González, C, Ávila Tato, MR. Terapia ocupacional en psicogeriatría. Rev. TOG (Galicia) [revista on-line]. [Citado 21-febr-2013]; V congreso virtual de psiquiatría.com. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Psicogeriatría.shtml>.
- 15.- Sarasa F E. Objetivo del terapeuta ocupacional con el enfermo de Alzheimer. . En: Sarasa F E, editor. Terapia Ocupacional y enfermedad de Alzheimer. España: Mira editores; 2008. p.29-30.
- 16.- 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. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [18-06-2013]; [85p]. Disponible en: <http://www.terapiaocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
- 17.- Kielhofner G. Capítulo 4: Volición. En: Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana. 3ª ed. Argentina: Médica Panamericana; 2004. P. 49-50.
- 18.- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Terapia Intensiva. 4ª ed. Argentina: editorial Médica panamericana; 2007. P. 460.

19.- Utrilla Alcolea A, Morillo Cadierno R M, et al. ATS/DUE personal laboral de la comunidad autónoma de Extremadura. 2ª ed. Sevilla: Editorial MAD; 2006. P. 406-407.

20.- Drake M A. Curso de evaluación neuropsicológica, evaluación de la atención. Editorial Paidós; 2007.

21.- Rodríguez Artacho M. Pruebas para evaluar la atención [Tesis].

22.- Durante Molina P., Guzmán Lozano S., Altimir Losada S. Demencia Senil. En: Durante Molina P., Pedro Tarrés P., directores. Terapia Ocupacional en geriatría. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010. p. 217-249.

ANEXO 1: ÍNDICE DE BARTHEL

Analiza el grado de independencia en las ABVD, teniendo en cuenta:
Comida, aseo, vestido, arreglo, deposición, micción, ir al retrete, traslado
Cama/sillón, deambulción y subir y bajar escaleras. (17).
La puntuación oscila entre 0-100 puntos, clasificandose de la siguiente
manera:

< 20 Dependencia Total
20-35 Dependencia Grave
40-55 Dependencia Moderada
≥ 60 Dependencia Leve
100 Independiente

ESCALA DE BARTHEL.

COMER:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente..

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

ANEXO 2: VALORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Evalúa cinco áreas:

- 1.- Valoración de AVD (alimentación, vestido, baño y deambulación).
- 2.- Valoración funcional.
- 3.- Valoración cognitiva (orientación, memoria, atención, lenguaje, capacidades ejecutivas y percepción).
- 4.- Valoración psicosocial (historia social, actitud, carácter e intereses).
- 5.- Tratamiento de Terapia Ocupacional.

VALORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Nombre:

Edad:

Diagnóstico:

1. VALORACIÓN DE LAS AVD

Alimentación

	Independ	ayuda	Depend
Manejo de cubiertos			
Cortar			
Beber de un vaso			
Observaciones:			

Vestido

Vestirse-desnudarse bipedest			
Vestirse-desnudarse sedest			
Uso correcto de las prendas			
Observaciones:			

Baño

Aseo personal			
Uso del wc			
Ducharse o bañarse			
Observaciones:			

Deambulaci3n

Caminar 50 m			
Subir y bajar escaleras			
Trasferencias			
Observaciones:			

2. VALORACIÓN FUNCIONAL

Cabeza	Rotaciones		
	Flex-ext		
	Inclin. Lat		
Tronco	Sedestación	Flex-ext	
		Inclin. Lat	
		Rotaciones	
	Bipedestación	Rotaciones	
MMSS	Hombro	Lleva mano-boca	
		Lleva mano-nuca	
		Lleva mano-hombro op	
		Flex-ext	
		Separación	
		saludo	
	codo	Flex-ext	
	Muñeca	Prono-sup	
	mano	Dar la mano	
		Flex-ext muñeca	
		Pulgar: op, sep	
		Abanico	
		Abd dedos	
		Abrir-cerrar puño	
		Coger hoja entre dedos	
		escribir	
		Clavar un alfiler	
MMII	Camina		
	Triple flexión		
	Rot. cadera		
	Abd-add		
	Da patada a un balón		
Coordinación motora gruesa			
Coordinación motora fina			
Control postural			
observaciones			

3. VALORACIÓN COGNITIVA

Orientación: (fecha, estancia, estación)

Memoria:

Atención:

Lenguaje:

Cap. Ejecutivas: categorización, seriación, planificación...

Percepción: Estereognosia, esquema corporal...

4. VALORACIÓN PSICOSOCIAL

Hist. Social:

Actitud, carácter:

Intereses:

5. TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

ANEXO 3: MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (1979)

Se trata de una versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Es una prueba con una alto grado de sensibilidad, especificidad y valor predictivo, útil para detectar la alteración de las funciones cognitivas. (18)

Las áreas de evaluación son: Orientación temporal y espacia, Memoria de fijación, concentración y cálculo, Memoria, lenguaje y construcción.

La puntuación de la escala para indicar la presencia de deterioro cognitivo dependerá de la edad de la persona:

- Adultos no geriátricos: 29 puntos.
- Mayores de 65 años: 24 puntos.

De esta manera, el deterioro cognitivo se clasifica en:

30-35: normal
24-29: borderline
19-23: leve
14-18: moderado
<14: Severo

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Varón [] Mujer []

Edad:

 N_2H^+

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1		ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias	FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)		ATENCIÓN- CALCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)		RECUERDO diferido (Máx.3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1		LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia		Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

a.e.d. (1999)

ANEXO 4: LISTADO DE INTERESES

Se trata de un listado de actividades, en las cuales se ve el interés pasado y el actual del paciente. Es una encuesta de intereses adaptada del Modelo de Ocupación Humana (MOHO).

LISTADO DE INTERESES

Nombre del usuario:

Fecha de la entrevista:

ACTIVIDAD	Interés pasado	Interés actualidad	Observaciones
Huerto/Jardinería			
Labores: coser, bordar...			
Jugar a las cartas			
Actividades religiosas			
Escuchar radio			
Pasear			
Escribir			
Bailar			
Jugar/ver fútbol			
Escuchar música			
Nadar			
Ir de visita			
Jugar juegos mesa			
Cocinar			
Leer			
Viajar			
Cuidar la casa			
Ver televisión			

Cine			
Cuidado mascotas			
Política			
Pertenecer a un club			
Ir de compras			
Ir a la peluquería			
Hacer ejercicio			
Estar con niños			
Coleccionar			
Cazar/Pescar			
Trabajos manuales			
Conducir			
Fotografía			
Pintura			
Actividades culturales			
Tradiciones			
Actualidad			
Otras:			

ANEXO 5: ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica es una forma de valorar la atención y los intereses del paciente desde otra perspectiva, puesto que esta entrevista está destinada a un familiar del paciente.

Las preguntas tienen en cuenta la existencia de diferencias de rendimiento en relación con las distintas horas del día, si éstas ocurren más frecuentemente con algún estado anímico particular, si suelen estar asociadas con algún hecho específico, etc. También se indaga acerca del sueño y de otros factores. (19)

ENTREVISTA CLINICA

- 1.- ¿Ha notado usted que según la hora del día su estado de atención varía?**
- 2.- ¿Los estados de atención varían también con algún hecho específico?**
- 3.- ¿Cuáles son los asuntos o cosas por las que su marido presta más atención o pone más interés?**
- 4.- ¿Cuántas horas duerme durante el día aproximadamente?**
- 5.- ¿Se despierta muchas veces por la noche o duerme toda la noche seguida?**
- 6.- ¿Duerme la siesta?**
- 7.- ¿Mira mucho la televisión durante el día?**
- 8.- ¿Ha notado alguna alteración emocional como depresión o ansiedad en/con alguna circunstancia específica?**
- 9.- ¿Muestra algún tipo de iniciativa para realizar alguna tarea o para iniciar una conversación, o por el contrario no hace ni dice nada a menos que usted le pregunte?**
- 10.- ¿Se distrae fácilmente ante objetos que tiene a su alcance y/o ante ruidos eventuales del ambiente?**
- 11.- ¿Mantiene algún interés sobre alguna actividad que le gustase realizar antes?**

ANEXO 6: EVALUACIÓN INICIAL

La evaluación inicial ha sido una adaptación del "test de la A" para evaluar la atención, y en lugar de tener letras tiene números. (20)

Esta evaluación consiste en señalar un número determinado, que en este caso es el número 5, y después se evalúa el tiempo tardado, el número de aciertos y el número de errores.

EVALUACIÓN INICIAL

TEST DE CANCELACIÓN DE NÚMEROS

Nombre:

Fecha:

Apellidos:

❖ Tachar o rodear el número 5:

1	5	3
4	9	7
8	2	5
5	0	1

Tiempo tardado:

Número de aciertos:

Número de errores:

ANEXO 7: EVALUACIÓN FINAL

La evaluación final es exactamente igual que la inicial. (20)

La evaluación inicial se pasa antes del tratamiento y la evaluación final se pasa al finalizar el tratamiento. Al finalizar las dos evaluaciones se comparan entre sí y se observan los cambios que hay entre una y otra y, por tanto los resultados que ha obtenido el paciente.

EVALUACIÓN FINAL

TEST DE CANCELACIÓN DE NÚMEROS

Nombre:

Fecha:

Apellidos:

❖ Tachar o rodear el número 5:

1	5	3
4	9	7
8	2	5
5	0	1

Tiempo tardado:

Número de aciertos:

Número de errores: