



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Plan de Intervención: Estimulación de la Memoria  
en un Caso Único de Demencia Mixta.  
Intervención desde Terapia Ocupacional

Autor

María Horcas Herrera

Director

Lucía Monteagudo Egea

Facultad Ciencias de la Salud  
2012/2013

## **RESUMEN**

El trabajo se centra en un plan de intervención desde terapia ocupacional en una paciente con demencia mixta (Alzheimer y Vascular). El punto de partida de la intervención son las quejas de memoria que la paciente expresa, por lo que la intervención se realiza desde un enfoque cognitivo, mediante la realización de una serie de actividades para la estimulación de la memoria; con el objetivo final de frenar el deterioro cognitivo y mantener la calidad de vida de la usuaria. El desarrollo de la intervención se lleva a cabo en el centro de día al que acude, durante 10 sesiones, en las que se realiza una valoración inicial antes del tratamiento y una valoración final para valorar los resultados obtenidos.

Finalmente observamos que las capacidades cognitivas se han mantenido y el deterioro no ha progresado; por lo que se recomienda que se siga realizando actividades de estimulación de la memoria, para mantener las capacidades residuales y por consiguiente la calidad de vida de la usuaria.

## **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	3
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	9
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	9
<b>3.1</b> Evaluación inicial .....	10
<b>3.2</b> Descripción del tratamiento.....	11
<b>4. DESARROLLO</b> .....	16
<b>5. CONCLUSIÓN</b> .....	19
<b>ANEXOS</b> .....	20
Anexo I.....	20
Anexo II .....	21
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	22

# **1. INTRODUCCIÓN**

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un proceso neurodegenerativo del sistema nervioso central caracterizado por muerte neuronal en ciertas zonas del cerebro. <sup>(1)</sup>

Se define como demencia degenerativa primaria de predominio cortical e inicio insidioso a partir de los 50 años, progresiva e irreversible, caracterizada por pérdida de diversas capacidades intelectuales y cognitivas, lo que conduce a un comportamiento alterado, con pérdida de los hábitos de cuidado personal, deterioro de la relación con las personas y con el entorno y trastornos neurológicos y físicos diversos. <sup>(2)</sup>

Los síntomas clínicos más característicos son: <sup>(3)</sup>

<b>Tabla I: DOMINIOS DE DETERIORO COGNITIVO</b>	
<b>Memoria</b>	Déficits de aprendizaje, falta de conocimiento semántico y reiteración
<b>Orientación:</b>	Distorsión del sentido del tiempo
<b>Lenguaje:</b>	Anomia y dificultad para hallar palabras, escaso contenido en el discurso, alteración de la prosodia
<b>Praxis:</b>	Apraxia ideomotora, apraxia cinética de miembros
<b>Procesamiento visual:</b>	Escaso reconocimiento de objetos o personas, confusión espacial, deterioro de la atención dirigida
<b>Disfunción ejecutiva:</b>	Escasa planificación, escaso juicio, deterioro en tareas complejas, desinhibición
<b>MANIFESTACIONES NO COGNITIVAS Y CONDUCTUALES</b>	
<b>Anosognosia:</b>	Ausencia de conciencia de la enfermedad
<b>Apatía:</b>	Escasa iniciativa, escasa persistencia
<b>Psicosis:</b>	Delirios (paranoia, identificación errónea), alucinaciones
<b>Trastornos del ánimo</b>	Depresión, ansiedad
<b>Agitación:</b>	Comportamientos motores inespecíficos (vagabundeo) agresión verbal, agresión física
<b>Sundowning:</b>	Aumento de la confusión y de los comportamientos agitados que se producen durante las horas de la tarde y noche

En algunos casos, la enfermedad de Alzheimer se combina con otras afecciones, produciendo lo que conocemos como demencia mixta.

Entre las afecciones con las que se puede asociar encontramos: vasculares, enfermedad de Parkinson, demencia por cuerpos de Lewy, síndrome de Down y otras. La asociación de Enfermedad de Alzheimer y lesiones vasculares es muy frecuente y puede influir en la sintomatología. Un paciente con EA puede sufrir una hemorragia o infarto cerebral, con agravación de su cuadro clínico. Además la mitad de los pacientes con EA clínica muestran en la autopsia lesiones vasculares como: lagunas, infartos y hemorragias recientes o antiguas. (4)

La demencia vascular es un tipo de demencia caracterizada por la muerte neuronal derivada fundamentalmente de procesos isquémicos o hemorrágicos. Estos procesos determinan la presencia de múltiples infartos corticales o de lagunas o incluso de infartos simples de mayores dimensiones. El concepto de demencia vascular incluye los de demencia multiinfarto, demencia lacunar, enfermedad de Biswanger y la angiopatía congofílica, entre otras.

Se requiere la presencia de múltiples infartos corticales, o de un gran infarto localizado en una zona estratégica, para producir demencia. (5)

Los síntomas de la demencia vascular son:

<b>Tabla II. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS DEMENCIAS VASCULARES</b>
Alteraciones de la movilidad
Alteraciones de los sentidos
Alteraciones de la capacidad intelectual
Alteraciones de conducta

(6)

La prevalencia de las demencias aumenta de manera exponencial entre los 65 y 85 años, alcanzando un 20% para mayores de 80 años y un 25% para los mayores de 85 años. Según el sexo, su prevalencia es mayor en mujeres (11,1%) que en varones (7,5%). (7)

En los últimos años, con el aumento de la esperanza de vida, la demencia se convierte en una prioridad socio-sanitaria que aumenta cada año. El tratamiento de este problema de salud debe hacerse desde un equipo multiprofesional compuesto por un médico especialista en geriatría, DUE, trabajador social, fisioterapeuta, auxiliares geriátricos y terapeuta ocupacional.

La demencia es, actualmente, progresiva e irreversible, por lo que los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos están destinados a paliar los síntomas y mantener la calidad de vida.

La afectación de las funciones neuropsicológicas conducirá a un deterioro social: pérdida del trabajo, aficiones, relaciones sociales, incluso familiares, y poco a poco se irán deteriorando las AVD, primero las instrumentales y luego las actividades básicas de la vida diaria.

Las alteraciones del comportamiento pueden dificultar el tratamiento desde terapia ocupacional; por lo que, cuando existan alteraciones conductuales graves, es esencial el tratamiento farmacológico. <sup>(8)</sup>

Es importante conocer los tratamientos farmacológicos actuales, aunque son sólo paliativos. Se emplean fármacos anticolinesterásicos en las formas leves/moderadas de la enfermedad y la memantina, un bloqueador de los canales del calcio, asociados al receptor NMDA, en las formas moderadamente graves.

También se emplean antidepresivos, neurolépticos y antipsicóticos como tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos, afectivos y conductuales. <sup>(9)</sup>

Los tratamientos no farmacológicos son muy variados. En la tabla III observamos los principales.

**Tabla III. CLASIFICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS EN LAS DEMENCIAS**

<p>1. Programas de estimulación y actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Terapia de orientación a la realidad</li> <li>– Reminiscencia</li> <li>– Musicoterapia</li> <li>– Actividad física</li> <li>– Programa de psicoestimulación integral</li> </ul>
2. Reestructuración ambiental
3. Técnicas de modificación de conducta
4. Programas para familiares
5. Entrenamiento en capacidades cognitivas específicas
<p>6. Nuevas intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Programas interactivos con ordenadores</li> <li>– Programa intergeneracional (metodología Montessori)</li> </ul>

(10)

Desde el punto de vista de terapia ocupacional es importante tener en cuenta que el enfermo de demencia se afecta a varios niveles: físico, psíquico y social, con un deterioro inicial y continuo de las funciones cognoscitivas y sociales y un decaimiento más tardío de la motricidad. Por todo esto los objetivos del tratamiento desde TO son:

- Estimular las funciones neuropsicológicas ya deterioradas con actividades con poco grado de dificultad. Graduar las actividades para que no pueda sentirse frustrado, ya que es un sentimiento frecuente al inicio.
- Estimular funciones neuropsicológicas no deterioradas, pero que se pueden afectar con el tiempo.
- Entrenamiento a familiares y auxiliares. Instrucciones de realización de las AVD en el hogar/institución.
- Mejorar calidad de vida
- Mantener al paciente en un nivel neuropsicológico/funcional el mayor tiempo posible
- Favorecer la autonomía personal en el hogar/institución

Las técnicas aplicables desde terapia ocupacional se explican en la tabla IV:

<b>Tabla IV. TÉCNICAS APLICABLES INDIVIDUAL O GRUPALMENTE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL</b>
Terapia de orientación a la realidad y reminiscencia
Estimulación sensorial
Terapia psicomotriz, actividad física adaptada
Mantenimiento de las AVD
Reeducación medioambiental
Dotación de dispositivos de ayuda. Férulas
Trabajo de asesoramiento a familiares y cuidadores

(8)

Según el estudio realizado por Ana Rey, Inma Canales y M<sup>a</sup> Inés Taboas el programa de estimulación cognitiva realizado en 4 centros de mayores en Galicia, en el año 2011, dio resultados positivos, ya que el 48% de los usuarios presentaban mejoras en la memoria y un 10% afirmaba que también había mejorado su calidad de vida. <sup>(11)</sup>

En su artículo, publicado en el año 2012 en Madrid, José M. Ruiz-Sánchez expone que la estimulación cognitiva es la terapia no farmacológica que mayor apoyo recibe, llegando a ser una de las principales intervenciones en demencias. <sup>(12)</sup>

Al igual Eliesbel Díaz y Ana M. Sosa, en su investigación sobre la intervención cognitiva, exponen la importancia de la estimulación cognitiva para el tratamiento de la demencia. <sup>(13)</sup>

En la revisión publicada en los Anales del Sistema Sanitario de Navarra en el año 2003, realizada por I. Francés, M. Barandiaran, T. Marcellán y L. Moreno, concluyen que las terapias no farmacológicas pretenden disminuir la discapacidad que provocan la enfermedad de Alzheimer y otras demencias; además propone la estimulación psicocognoscitiva, como una herramienta muy útil para el tratamiento de éstas. <sup>(10)</sup>

M. Pérez de Heredia y M.L. Cuadrado afirman en su artículo que la terapia ocupacional aumenta el grado de funcionalidad y autonomía en los pacientes con problemas neurológicos, lo que indirectamente proporciona



una mayor calidad de vida, tanto para él como para familiares y cuidadores.

(14)

En su tesis doctoral, Carmen Requena explica que en su estudio han obtenido mayor resultado aquellos usuarios que recibieron tratamiento farmacológico combinado con tratamientos no farmacológicos (entre ellos, terapia de psicoestimulación) que aquellos que sólo recibieron tratamiento farmacológico. (15)

Según el artículo publicado en la American Journal Occupational Therapy, es importante la labor de los terapeutas ocupacionales en el tratamiento de las personas con demencia, no sólo en el tratamiento directo con la persona sino también con el cuidador y la familia. (16)

El propósito de este trabajo es valorar el efecto de la terapia ocupacional en una paciente con demencia mixta, tipo Alzheimer y vascular. El propósito principal es incidir en los fallos de memoria, que le causan dificultades en la vida diaria. Se realizarán diferentes actividades de estimulación cognitiva, con las cuales se trabajará directamente la memoria, e indirectamente otras capacidades cognitivas como la atención, concentración, percepción...

El Plan de Intervención se desarrolla con una usuaria del centro CAI AFEDAZ "Virgen del Carmen", el cual cuenta con servicio de residencia geriátrica y centro de día. El centro está gestionado por la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Zaragoza; siendo éstos partícipes de las decisiones que incumben al funcionamiento del centro.

## **2. OBJETIVOS:**

El objetivo general del trabajo es constatar los beneficios de la terapia ocupacional, en una intervención basada en la estimulación de la memoria, mediante la realización de actividades con propósito; con la finalidad de mantener a su vez las capacidades residuales y frenar el deterioro cognitivo.

## **3. METODOLOGÍA:**

El plan de intervención desde terapia ocupacional es un caso único de una usuaria de centro de día, con deterioro cognitivo, debido a la enfermedad de Alzheimer y demencia vascular que padece.

En primer lugar se describe el proceso de valoración realizado mediante recopilación de información de su historia clínica, entrevista con la usuaria, entrevista con la terapeuta ocupacional del centro y con la realización de varias pruebas estandarizados. A continuación se describen las sesiones realizadas semanalmente en su centro. Para concluir la intervención se realiza una reevaluación, utilizando las mismas valoraciones que en la valoración inicial, para poder determinar resultados objetivos.

Para la realización del plan de intervención se ha seguido el Marco de Referencia para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la AOTA; el cual fue desarrollado para guiar la práctica profesional de la terapia ocupacional, contribuyendo a la promoción de la salud, y la participación de las personas, manteniendo un compromiso con la ocupación. <sup>(17)</sup> [Anexo I]

### **3.1 Evaluación inicial del caso:**

#### Descripción biográfica y clínica

Paciente de sexo femenino, de 79 años. Tiene dos hijas y un hijo. Viuda desde hace 35 años. Se ha dedicado al cuidado del hogar y de su familia. Diagnosticada de demencia vascular y Alzheimer.

Presenta importantes fallos de memoria, relacionados con el tipo de demencia que padece, pues sufre pequeños micro-infartos. No es consciente de su enfermedad, sólo remite quejas de falta de memoria, pero tampoco sabe por qué le pasa.

Es independiente en las ABVD, con supervisión. Utiliza bastón para la deambulaci3n. El lenguaje y la escritura est3n conservados y realiza c3lculos sencillos.

La orientaci3n espacial y en persona la tiene conservada, pero muestra fallos en la temporal.

#### Perfil ocupacional:

La usuaria vive actualmente con su hija, su yerno y un nieto, en Zaragoza. Acude desde abril del 2012 al centro de d3a AFEDAZ, de 9 de la mañana a 7 de la tarde.

Las preocupaciones actuales de la paciente se remontan a la 3ltima realidad que recuerda, la 3poca en la que todav3a trabajaba. Ella cuenta que sigue viviendo sola en su casa y que realiza todas las actividades, incluida la compra, el cuidado del hogar y preparaci3n de las comidas. Su 3nica preocupaci3n es que debido a sus fallos de memoria, a veces cuando sale de casa piensa que no sabr3 volver, pero nunca se ha perdido.

La realidad es que vive con una de sus hijas y no realiza ninguna actividad relacionada con el cuidado de la casa sin supervisi3n.

Relacionado con las 3reas de ocupaci3n es aut3noma para todas las actividades b3sicas de la vida diaria con supervisi3n, necesita apoyo en las relacionadas con la higiene personal, puesto que se le olvida lavarse; en la alimentaci3n tambi3n es aut3noma, siempre y cuando se le proporcione comida triturada por problemas de disfagia. Es capaz de vestirse ella sola, pero no es capaz de elegir la ropa.

No realiza ninguna actividad instrumental, s3lo habla por tel3fono, pero tienen que marcarle el n3mero de la persona a la que quiere llamar. En la

cocina de su casa, sí es capaz de realizar alguna comida, pero siempre con la supervisión para asegurarse de que deje todo bien apagado.

La participación en las diferentes áreas, se ve muy limitada puesto que se trata de una persona con deterioro cognitivo avanzado. La mayor parte de su participación se centra en las actividades que realiza en el centro de día.

La paciente vivió en su infancia en un pueblo, donde ayudaba a su madre en las tareas del hogar. Años más tarde, antes de casarse sirvió en casa de un médico en Barcelona. Desde que se casó su principal ocupación fue cuidar de su casa, su marido y sus hijos. Cuando se quedó viuda volvió a trabajar, esta vez en Zaragoza, limpiando en las viviendas militares de San Gregorio. Según ella, realizar sus labores es una de sus aficiones. No explica ningún interés que estuviera fuera de las tareas del hogar.

Refiere que por las tardes le gustaba ir al centro cívico del barrio a jugar a las cartas con las amigas, también dar paseos o tomar algo con ellas. Los fines de semana le gustaba estar con la familia, ya que iban a comer a su casa sus hijos y sus nietos.

Entre las prioridades del tratamiento, ella da mucha importancia a trabajar la memoria, puesto que es la única queja que manifiesta.

### Análisis del desempeño ocupacional

En relación con las destrezas de ejecución, tiene problemas para la deambulación por un problema de prótesis de rodilla por lo que usa un bastón. A nivel sensorio-perceptivo usa gafas tanto de cerca como de lejos. Debido a la demencia que padece, las destrezas cognitivas también se ven alteradas, sobre todo la memoria y la orientación temporal.

Analizando los patrones de ejecución, observamos que sus hábitos y rutinas están limitados, en parte por su limitación en la participación y también porque al acudir a un centro de día, establece sus rutinas de acuerdo a las establecidas en el centro.

Su contexto social, se ve limitado a las relaciones familiares puesto que no tiene mayor participación social, debido a su deterioro.

Desde hace unos años cambia de domicilio, puesto que pasa a vivir con su hija, lo que junto con la rutina del centro de día, hacen que surjan problemas o limitaciones en el desempeño de sus actividades básicas de la vida diaria.

### Proceso de valoración:

La evaluación inicial del caso, se realiza en dos sesiones. En la primera sesión se realizaron las siguientes pruebas:

- MEC (mini-examen cognoscitivo de Lobo)
- Cuestionario de Pfeiffer

Con el objetivo de completar la evaluación, en una segunda sesión se realizaron también:

- Test del reloj
- Cuestionario de memoria de la vida diaria (MFE)

En la tabla V se observan las puntuaciones obtenidas.

**Tabla V. PROCESO DE VALORACIÓN**

<b>PRUEBA</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
MEC (Mini-examen cognoscitivo de Lobo)	21/35	Test que valora diferentes áreas cognitivas como la orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción.	Su puntuación indica deterioro cognitivo moderado. Presenta la mayor parte de los problemas en lo relativo a memoria y orientación. En la parte relativa al lenguaje y construcción tiene una puntuación alta.
Cuestionario de Pfeiffer:	6 errores	Sirve para detectar deterioro cognitivo Se valoran diferentes áreas como MCP y MCL, orientaciones, capacidad de cálculo.	Su puntuación demuestra un deterioro cognitivo moderado. Al igual que en el MEC muestra errores en lo temporal y en los temas relacionados con la actualidad.
Test del reloj:	6/10	Es una prueba que evalúa diferentes mecanismos implicados en la ejecución de la tarea, fundamentalmente funciones visoperceptivas, visomotoras y visoconstructivas, planificación y ejecución motoras. También sirve para valorar la existencia de deterioro cognitivo.	La puntuación indica deterioro cognitivo. Realiza correctamente la esfera, falla en la colocación de los números del reloj, tanto cuando lo dibuja ella, como cuando se realiza por copia. Las manecillas las realiza correctamente pero no marcan bien la hora debido a que los números están mal colocados.
Cuestionario de memoria de la vida diaria (MFE)	22 puntos	Sirve para valorar los pequeños olvidos cotidianos.	A la hora de realizar el test, existe el inconveniente de que tenemos que constatar la información obtenida con la realidad, para ver si los fallos que ella percibe son los reales, o existen más fallos de los que no es consciente.

### **3.2 Descripción del tratamiento/plan de actuación de la TO:**

Los objetivos específicos del plan de intervención son los siguientes:

- Potenciar la memoria a corto plazo (MCP)
- Trabajar la capacidad de fijación y retención de información
- Mantener la memoria a largo plazo (MLP)
- Trabajar la atención necesaria para la realización de las AVD
- Aumentar el grado de concentración para el desarrollo de sus rutinas

El tratamiento se realiza desde un enfoque cognitivo. Concretamente mediante un plan de estimulación cognitiva. Esta tiene como objetivo mejorar el rendimiento cognitivo general, o alguno de sus componentes (la atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo...).

La estimulación cognitiva se encuentra dentro de la rehabilitación neuropsicológica, la cual abarca cualquier estrategia de intervención que tenga como objetivo reducir las alteraciones cognitivas y conductuales, manejar estas dificultades y reducir su impacto en la vida cotidiana.

Centrando la intervención, se realizará un plan de estimulación de la memoria basado en los tipos de memoria según el modelo multi-almacén de Atkinson y Shifrin, que clasificaron la memoria en tres grandes grupos, como memoria sensorial (MS), memoria a corto plazo (MCP) y memoria a largo plazo (MLP).<sup>(18)</sup> [ANEXO II]

La intervención se lleva a cabo en sesiones semanales. En ellas se va a trabajar con el uso de actividades con propósito.

Para las sesiones sólo estará presente la usuaria, en una sala apartada, para que pueda concentrarse y no haya interferencias externas.

Los materiales que se utilizan dependen de cada sesión; para la mayoría de éstas se utilizarán imágenes que muestren diferentes objetos, rostros, alimentos, etc. También se utilizará material del programa Activemos la Mente de la Fundación la Caixa. Se busca que el material tenga relación con las actividades de la vida.

En la tabla VI se explican las actividades realizadas:

**Tabla VI. DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN**

	<b>OBJETIVO</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>
<b>Sesión nº1</b> (18) (19)	Estimular MCP	Juego de Memory o tarjetas con parejas de diferentes imágenes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Juego del Memory</i>: se presentan 6 parejas.</li> <li>- <i>Recuerdo de secuencia de imágenes</i>: escoge 5 imágenes y se forma una secuencia que ha de recordar</li> </ul>
<b>Sesión nº 2</b> (19)(20)	Trabajar MCP Potenciar MLP	Lista de palabras Fichas de "El calendario" del programa activemos la mente de La Caixa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Recordar lista de palabras</i>: se repite una lista de palabras hasta que las memorice.</li> <li>- Relacionar festividades con la fecha concreta: le enseñamos las diferentes festividades y las tarjetas con las diferentes fechas.</li> </ul>
<b>Sesión nº 3</b>	Trabajar la MCP  Estimular MLP mediante actividades de reminiscencia.	Imágenes que representan diferentes objetos de la casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clasificar las imágenes que le damos en función del lugar de la casa donde las encontraríamos</li> <li>- Recuerdo de una secuencia de imágenes: igual que en sesión nº1 pero con 4 imágenes para evitar la frustración.</li> <li>- Descripción de su casa: en relación con las imágenes de las actividades anteriores...</li> </ul>
<b>Sesión nº4</b> (20)	Trabajar la MLP mediante reminiscencia. Reconocimiento de intereses y aficiones	Preguntas posibles para reminiscencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pedimos que nos hable de su vida, de los lugares donde ha vivido, donde ha trabajado, de las casas en las que ha vivido, de su pueblo...</li> <li>- Para finalizar, le pedimos que nos hable de los intereses que ha tenido durante su vida y las actividades que le gusta realizar ahora.</li> </ul> <p>El inconveniente de este tipo de sesiones es que sería necesario contrastar la información que ella nos da</p>
<b>Sesión nº 5</b> (18)	Trabajar MCP  Estimular M. operativa	Imágenes con rostros de personas  Refranes escritos en papel, separados por palabras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Recordar información asignada a un rostro</i>: le presentamos imágenes de personas y le damos información sobre ellas. Después volvemos a mostrarlas y debe recordar la información.</li> <li>- <i>Recordar pares asociados</i>: le repetimos una serie de pares de palabras, para que los memorice.</li> <li>- Le damos refranes desordenados y tiene que ordenarlos para que tengan sentido.</li> <li>- Pedimos que recuerde refranes que sus padres o familiares usaran o que ella use.</li> </ul>
<b>Sesión nº 6</b>	Estimular MCP	Juego de Memory o tarjetas con parejas de diferentes imágenes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Juego del Memory</i>: se presentan 6 parejas.</li> <li>- <i>Recuerdo de secuencia de imágenes</i>: de las imágenes anteriores escoge 5 y se forma una secuencia. Se le pide que las memorice y se le dan la vuelta, de tal forma que tiene que recordar las imágenes y su posición.</li> </ul>



## **4. DESARROLLO**

En la tabla VII, se explican cómo se han desarrollado las diferentes actividades y cómo ha respondido la usuaria a cada una.

<b>Tabla VII. ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES</b>	
<b>Actividades de memorizar imágenes o palabras:</b>	En estas actividades, es capaz de memorizar hasta un máximo de 4 elementos (palabras o imágenes) siempre y cuando no se le desvíe la atención antes. Muestra mayor facilidad para recordar palabras, que las imágenes.
<b>Juego del Memory:</b>	En este juego, presenta dificultad para recordar las imágenes que ha levantado, si no son las inmediatas. Además cuando quedan menos imágenes, le cuesta más porque reincide en levantar siempre las mismas imágenes.
<b>Actividades de reminiscencia:</b>	Las realiza correctamente, explicando con detalle sobre lo que le preguntáramos.
<b>Asociación de información a rostros:</b>	Esta actividad resulto un poco complicado, puesto que por mucho que se le repitiera la información, en el momento la recordaba, pero cuando se la volvías a enseñar al cabo de un rato, o después de otra imagen, ya no la recordaba.
<b>Ordenar y recordar refranes:</b>	La actividad de poner los refranes en orden la realiza correctamente; por el contrario le cuesta recordar otros refranes, haciendo referencia sólo a los que habíamos dicho anteriormente.

El proceso de reevaluación, realiza en dos sesiones, para evitar la paciente fatiga y pérdida de atención. El desarrollo de estas pruebas se explica en la tabla VIII.

<b>Tabla VIII. PROCESO DE REEVALUACIÓN</b>		
<b>PRUEBA</b>	<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>MEC (Mini-examen cognoscitivo de Lobo)</b>	22/35	Su puntuación indica deterioro cognitivo moderado. Se consigue un punto más que en la evaluación inicial, puesto que es capaz de recordar una de las tres palabras que tiene que memorizar. En el resto de apartados, muestra la misma puntuación, obteniendo una puntuación más baja en los relacionados con orientación, concentración y cálculo y fijación.
<b>Cuestionario de Pfeiffer:</b>	6 errores	Su puntuación demuestra un deterioro cognitivo moderado. Al igual que en el MEC muestra errores en lo temporal y en los temas relacionados con la actualidad. A diferencia de la evaluación inicial en la que cuando le preguntamos por su edad, refería que tenía 65; esta vez dijo 75, que es más próxima a la edad que tiene en estos momentos.
<b>Test del reloj:</b>	6/10	La puntuación indica deterioro cognitivo. Misma puntuación que en la evaluación inicial; esta vez he observado, que cuando le pedimos que lo realice por copia, se le olvida que puede mirar el reloj que le damos, de esta manera vuelve a realizar el reloj por ella misma.
<b>Cuestionario de memoria de la vida diaria (MFE)</b>		Considero innecesario volver a pasar el test, puesto que la puntuación obtenida en la evaluación inicial no demuestra su realidad. Sería interesante que la familia pudiera contestar a las preguntas, para contrastar la puntuación de la evaluación inicial.

Aunque lo ideal hubiera sido poder evaluar la satisfacción del usuario, resulta difícil valorar la satisfacción de los pacientes que presentan un deterioro cognitivo avanzado. Este es el caso de esta usuaria, por eso no se realiza ningún cuestionario de satisfacción; sí es cierto que cuando le preguntas sobre el plan que se ha desarrollado está muy contenta, pero realmente no recuerda las sesiones anteriores por lo que no es una satisfacción real.

Durante la intervención, he encontrado diferentes limitaciones al no poder contrastar información que la paciente proporcionaba con algún familiar; esto ocurre porque la usuaria acude en autobús al centro de día y es difícil poder concertar una entrevista con los familiares.

## **Discusión:**

Tras la realización de la evaluación final podemos observar un mantenimiento de las capacidades cognitivas de la usuaria, lo que es muy positivo dadas sus características.

Al observar la puntuación del MEC en la evaluación y reevaluación observamos que tiene un punto más en el ítem relacionado con la memoria. No se puede achacar la mejoría al plan realizado, puesto que intervienen muchos otros factores externos a nuestra intervención. Si hubiéramos realizado en la evaluación pruebas específicas de memoria, en la reevaluación quizá podríamos haber observado con mayor exactitud mejorías en algunos aspectos.

Me parece interesante destacar que, a la hora de realizar las diferentes actividades, presentaba más facilidades en recordar palabras que imágenes. Esto podría ayudar, desde mi punto de vista, a concretar el tipo de intervenciones que se realicen en el futuro con esta usuaria, potenciando la realización de actividades orales.

Cuando trabajamos con personas que tienen enfermedades degenerativas el enfoque de la rehabilitación será lograr el mantenimiento de las capacidades de la persona, o incluso en casos más avanzados, simplemente enlentecer el proceso inevitable de la enfermedad.

A lo largo de la intervención, se ha buscado este propósito; mantener las funciones mnésicas de la usuaria y enlentecer el deterioro de otras funciones cognitivas.

Uno de los motivos principales por lo que se eligió la estimulación de la memoria como tratamiento, fue que los fallos de memoria eran la queja principal de salud que presentaba la usuaria. Ella hacía referencia a que interferían en su calidad de vida porque tenía miedo de perderse al salir de casa, o a no recordar qué tenía que hacer. Además daba mucha importancia a poder conservar su memoria, puesto que cuando ella era joven vivió las dificultades que tuvo su padre al envejecer, ya que también padeció deterioro en esta función.

Como reflexión personal sobre la intervención realizada, creo beneficioso que para que este tipo de intervención diera mejores resultados debería aplicarse más días a la semana, durante un periodo de tiempo más prolongado. También sería interesante que la familia participase para que desde casa realizaran actividades estimulantes para la usuaria, tanto a nivel de memoria como de otras funciones cognitivas.

## **5. CONCLUSIÓN:**

La estimulación de la memoria, mediante actividades con propósito, es una terapia adecuada para los pacientes con demencia, puesto que ayuda a mantener las capacidades cognitivas (atención, lenguaje, concentración) y enlentecer el deterioro.

Tal y como se explica en los artículos anteriormente mencionados y tras el análisis de la reevaluación realizada, la estimulación cognitiva, es una de las terapias no farmacológicas con mayor aceptación y eficacia para el tratamiento de la demencia.

Desde mi punto de vista, es necesario seguir investigando y realizar estudios sobre este tipo de actuación y su repercusión en la calidad de vida de las personas con demencia.

**[Anexo I] Marco de Trabajo para la Práctica de la TO. Dominio y Proceso 2ª Edición.**

El Marco de trabajo está dividido en dos secciones principales, el dominio y el proceso. A continuación se explica de forma esquematizada las partes que componen cada una de estas dos secciones:

<b>DOMINIO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL</b>	
<b>Áreas De Ocupación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Activación de la vida Diaria (AVD)</li> <li>– Actividades instrumentales de la vida diaria</li> <li>– Descanso y sueño</li> <li>– Educación</li> <li>– Trabajo</li> <li>– Juego</li> <li>– Ocio/Tiempo Libre</li> <li>– Participación social</li> </ul>
<b>Características del cliente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Valores, creencias y espiritualidad</li> <li>– Funciones del cuerpo</li> <li>– Estructuras del cuerpo</li> </ul>
<b>Destrezas de ejecución</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Destrezas sensoriales – perceptuales</li> <li>– Destrezas motoras y praxis</li> <li>– Destrezas de regulación emocional</li> <li>– Destrezas cognitivas</li> <li>– Destrezas de comunicación y sociales</li> </ul>
<b>Contextos y entornos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hábitos</li> <li>– Rutinas</li> <li>– Roles</li> <li>– Rituales</li> </ul>
<b>Demandas de la actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Objetos utilizados y sus propiedades</li> <li>– Demandas de espacio</li> <li>– Demandas sociales</li> <li>– Secuencia y tiempo</li> <li>– Acciones requeridas</li> <li>– Funciones del cuerpo requeridas</li> <li>– Estructuras del cuerpo requeridas</li> </ul>

<b>PROCESO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL</b>	
<b>Evaluación</b>	Perfil ocupacional
	Análisis del Desempeño Ocupacional
<b>Intervención</b>	Plan de Intervención
	Implementación
	Revisión de intervención
<b>Resultados</b>	Apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación

(17)

## **[Anexo II] MODELO MULTIALMACEN DE ATKINSON Y SHIFRIN:**

Según este modelo, la memoria está constituida por tres grandes almacenes:

1. Memoria sensorial
2. Memoria a corto plazo
3. Memoria a largo plazo

La **memoria sensorial** (MS) tiene un mantenimiento de la información de muy escasa duración. Está fuera del control voluntario; es un funcionamiento totalmente automático y espontáneo. Dentro de este tipo de memoria, podemos diferenciar la *memoria icónica* y la *memoria ecoica*, según sea información visual o auditiva respectivamente.

La **memoria a corto plazo** (MCP), tiene una capacidad limitada y permanencia breve. Es un almacén transitorio y de codificación rápida, la información se analiza, interpreta y organiza para almacenar en la memoria a largo plazo.

Por último la **memoria a largo plazo**, es el depósito permanente donde se retiene el conocimiento que se acumula a lo largo de la vida. Lo dividen en dos subsistemas la memoria declarativa y la memoria procedimental.

La *memoria declarativa* es la referida a contenidos adquiridos de manera consciente, esta puede ser memoria semántica, referida a información de carácter general, y memoria episódica, la cual está sujeta a parámetros espacio temporales.

Por último la *memoria procedimental*, es donde se recoge y almacena la información relacionada con procedimientos y habilidades motoras. Es la memoria de como se hacen las cosas. <sup>(18)</sup>

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Martínez A. ¿Qué sabemos de? El Alzheimer. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2009.
2. Sarasa Frechín E. Terapia Ocupacional y Enfermedad de Alzheimer. Guía Práctica para la Estimulación Global en los Servicios Social. Zaragoza: Mira Editores; 2008.
3. Myron F. Weiner, Anne M. Lipton. Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2010.
4. Donoso S, A., Behren S, M. I. Variabilidad y variantes de la enfermedad de Alzheimer. Rev. méd. Chile [Internet]. 2005 [consultado el 20 de Enero de 2013] 133 (4) 477- 482. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000400013&script=sci_arttext)
5. Aguera Ortiz, L.F. Demencia. Una aproximación práctica. 1ª Edición, Barcelona: Masson SA; 1998
6. Robles, A. Deterioro cognitivo ligero, enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Fundación la Rosaleda
7. Fundación Alzheimer España [Internet]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/index.php/enfermedad/mas-sobre-alzheimer/2-frecuencia-enfermedad>
8. Sanjurjo Castelao G. Actividades de la Vida Diaria. [Internet]. [citado 2013 Marzo 15]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/AVD-Sanjurjo2.shtml>
9. Muñoz Giménez, N; Mora Corberá, E Tratamientos farmacológicos de la enfermedad de Alzheimer. Estudio comparativo de uso en la Comunidad de Aragón. Farmacia Profesional [Internet] 2010 [consultado el 15 de Abril de 2013]; 24(3). Disponible en: <http://www.elsevierciencia.com/es/revista/farmacia-profesional-3/articulo/tratamientos-farmacologicos-enfermedad-alzheimer-estudio-comparativo-uso-comunidad-13151078>

10. Francés, I., Barandiaran, M., Marcellan, T., Moreno, L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Anales de la Universidad del País Vasco [Internet]. 2003 [Consultado el 10 de Enero de 2013] 26(3) 383-403. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000500007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000500007)
11. Rey Cao, A., Canales Lacruz, I., Taboas País, M. I. Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad "Memoria en Movimiento". Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. [Internet] 2011. [consultado el 10 de Enero de 2013] 46(2) 74 – 80. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0211139X11000424?np=y>
12. Ruiz Sánchez de León, J.M. Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias, estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. [Internet] 2012. [Consultado el 20 de Abril de 2013] 32(2) 57-66. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-logopedia-foniatría-audiología-309/estimulación-cognitiva-envejecimiento-sano-deterioro-cognitivo-leve-90139545-originales-2012>
13. Díaz Barrientos, E., Sosa Coronado, A.M. Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve. MEDISAN [Internet] 2010. [Consultado el 10 de Enero de 2013] 14(6) 838-849. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600015&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600015&script=sci_arttext&lng=pt)
14. Pérez de Heredia – Torres, M., Cuadrado – Pérez, M.L. Terapia Ocupacional en Neurología. Rev. Neurol [Internet] 2002. [Consultado el 15 de Abril de 2013] 35(4) 366 – 372. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3504/n040366.pdf>
15. Requena Hernández, C. Estudio sobre los efectos del Tratamiento combinado (fármaco y estimulación cognitiva) en la recuperación de las funciones cognitivas en la enfermedad de Alzheimer. [tesis doctoral]. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, 2003.



16. Rene Padilla, Ph.D. Effectiveness of Occupational Therapy Services for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. The American Journal of Occupational Therapy [internet] 2011. [consultado el 10 de enero de 2013] 65(5) 487 – 489. Disponible en:  
<http://ajot.aotapress.net/content/65/5/487.full>
17. Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, 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. 2º Edición [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en Internet]. 2010 [1 de Abril de 2013]; [85P.] Disponible en:  
<http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
18. Blázquez Alisente J.L., Galpasoro Izaguirre N., González Rodríguez B., et al. Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica. Barcelona: Editorial UOC; 2009
19. Tárraga L., Boada M. Volver a Empezar, Ejercicios práctico de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Glosa Ediciones (usado en las actividades)
20. Peña – Casanova, J. Activemos la Mente. Vol. 5. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Fundación "La Caixa"; 1999