



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Influencia de la Terapia Ocupacional en el lenguaje en un caso de Demencia con Cuerpos de Lewy

Autor/es

Cristina Benavente Álamo

Director/es

Laura Gonzalo Ciria

Cotutor/es

Eva Pilar Chueca

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud

2012/2013

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas que han hecho posibles la realización del siguiente trabajo de investigación. Hemos contado con la ayuda del centro monográfico Asociación Parkinson Aragón, a quien agradecemos su disponibilidad, participación y su importante apoyo en todo momento. A su vez, agradecemos la colaboración del usuario por su participación activa y atención prestada, ya que sin él no hubiera sido posible elaborar este estudio.

No menos importante ha sido la ayuda recibida por parte del director del trabajo, el cual ha facilitado los recursos necesarios para poder desarrollar nuestra investigación, asesorándonos desde las bases de la terapia ocupacional. Agradecemos también la implicación del cotutor durante todo el proceso, quien ha colaborado en la orientación de la intervención y la comunicación con la familia del usuario.

ÍNDICE

<u>RESUMEN</u>	<u>3</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>4</u>
JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DESDE T.O.	4
PROPÓSITO GENERAL DEL TRABAJO	6
OBJETIVO GENERAL	6
<u>METODOLOGÍA</u>	<u>7</u>
DESCRIPCIÓN BIOGRÁFICA Y CLÍNICA DEL CASO	8
INTERVENCIÓN	10
DESARROLLO	14
<u>CONCLUSIÓN</u>	<u>19</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>21</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>25</u>

RESUMEN

Con este trabajo pretendemos estudiar la influencia de la terapia ocupacional en un caso de Demencia con cuerpos de Lewy, una enfermedad neurodegenerativa que cursa con deterioro cognitivo progresivo. Ésta es la segunda causa de demencia, después del Alzheimer, suponiendo de un 10% al 25% de todas las demencias en la población.

El trabajo desde terapia ocupacional estará orientado en todo momento a mejorar la funcionalidad y calidad de vida, además de disminuir la repercusión de la enfermedad sobre el cuidador principal.

La metodología de intervención estará centrada en el área del lenguaje, con el objetivo de mejorar tanto la fluencia verbal como la memoria semántica. A la hora de estructurar nuestro trabajo, nos hemos basado en el Marco de Trabajo de la terapia ocupacional, además de seguir la filosofía del Modelo de Ocupación Humana.

La intervención se hará según las bases del Marco Cognitivo-Conductual, por lo que utilizaremos el Mini examen cognoscitivo de Lobo (1974) para valorar el deterioro cognitivo, además del Set-test de Isaac específico del lenguaje. Como escalas complementarias para una valoración global, hemos utilizado: Índice de Barthel para ABVD, escala de Lawton y Brody para evaluar el grado de independencia en AIVD; escala de Yesavage para el estado emocional; y el Listado de intereses para conocer sus motivaciones.

Tras el análisis de los resultados, se ha demostrado que la terapia ocupacional es efectiva para mejorar las capacidades del lenguaje afectadas por la demencia, aumentando además la satisfacción personal de la propia persona y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Demencia, Lewy, Lenguaje, fluencia verbal.

INTRODUCCIÓN

Dentro del campo de la neurología encontramos una enfermedad muy común actualmente que guarda cierta relación con el Alzheimer y la Enfermedad de Parkinson: La Demencia con cuerpos de Lewy.

La demencia con cuerpos de Lewy (DCL) es una enfermedad neurodegenerativa, de inicio rápido y progresivo, que se identifica por la presencia de cuerpos de Lewy en áreas corticales y subcorticales. Clínicamente se define principalmente por un deterioro de las funciones mentales, acompañado de alucinaciones visuales, fluctuaciones y parkinsonismo de intensidad variable, entre los que destacan el temblor, bradicinesia y rigidez. En los estadios iniciales de la enfermedad se pueden apreciar alteraciones de la atención, de la función ejecutiva, de las funciones visuoespaciales y de la fluencia verbal, además de pérdida de memoria visual y semántica. Otras características que pueden ayudar a sospechar de su diagnóstico son las alteraciones del sueño, síncope ocasionales, estado emocional depresivo y sensibilidad a los neurolepticos. (1), (2), (3), (4)

La DCL supone en torno al 10-25% de todas las demencias en la población general y es la segunda causa de demencia más común en el anciano. (5) La edad de inicio oscila entre los 50-83 años, siendo más frecuente en hombres. (1) Se ha estimado que la prevalencia de la DCL sería del 0,1% al año para la población general, y de un 3,2% al año para nuevos casos de demencia. (6)

Progresas de manera continuada a lo largo del tiempo, con un promedio de supervivencia de 10 años. El principal problema es el deterioro cognitivo, que cursa más rápido en los dos primeros años de evolución, con un gran índice de mortalidad. (7) El diagnóstico se hará a través de la anamnesis y la exploración física y mental. (8)

Al tratarse de una enfermedad degenerativa, los objetivos del tratamiento serán disminuir la sintomatología, mejorar la calidad de vida y ralentizar su evolución. Entre los fármacos usados están: la acetilcolinesterasa, levodopa, benzodiacepina, inhibidores de la recaptación de serotonina y quetiapina. (7), (9)

Además del tratamiento farmacológico, será fundamental el tratamiento cognitivo, sobre todo en estados iniciales e intermedios de la demencia, ya que actúa mejorando la funcionalidad, fortaleciendo las relaciones sociales, aumentando la autoestima y la independencia. Al tratar estos aspectos, la carga que recae sobre el cuidador principal se verá disminuida. Es por esto por lo que será necesario un tratamiento global centrado en las necesidades del paciente, su entorno y su familia. (7), (9)

JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DESDE T.O.

La Terapia Ocupacional tiene como objetivo restablecer las funciones alteradas de la persona a través de la ocupación y restaurar el desempeño funcional, integrando para ello las necesidades personales, junto con sus intereses, motivaciones, roles y rutinas. Utiliza actividades significativas que aporten un valor emocional, influyendo de este modo en su salud y bienestar. (10)

Es importante considerar la afectación socio-emocional que va ligada al progreso del deterioro, ya que a medida que avanza la enfermedad dejan de realizar actividades, pierden sus roles y tienden al aislamiento, lo que disminuye la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador principal. (11)

El efecto de la plasticidad neuronal hace posible el aprendizaje incluso en el deterioro cognitivo, por lo que las terapias de estimulación ayudarán a crear nuevas vías de adaptación y así mejorar la funcionalidad. (12) (13)

Los terapeutas ocupacionales desempeñan una función muy importante en personas con demencia, sobre todo en fases leves o moderadas, promoviendo la potenciación, mantenimiento o recuperación de las capacidades cognitivas, a la vez que favorecen la independencia para las AVD, las relaciones interpersonales y mejoran la calidad de vida. (12)

Al mejorar estos aspectos a través de la terapia ocupacional, la persona mantiene el sentimiento de identidad, desarrolla sentimientos de utilidad y reduce el grado de ansiedad que produce la limitación para desenvolverse en el entorno a causa del deterioro. (12) En un ensayo controlado aleatorizado se ha demostrado que la intervención cognitiva-conductual desde terapia

ocupacional en personas con demencia leve o moderada se asociaba con un mejor funcionamiento de actividades de la vida diaria y reduce la carga del cuidador. (14)

Se ha encontrado un estudio que refleja la evidencia de este tipo de tratamiento cognitivo en demencia, incluso baraja la posibilidad de que la intervención a largo tiempo pueda equipararse con las medidas farmacológicas. (15)

PROPÓSITO GENERAL DEL TRABAJO

Como hemos mencionado anteriormente, el deterioro cognitivo progresivo en la demencia incluye, entre otras características, un empeoramiento de la fluencia verbal y la memoria semántica; mientras que entre los síntomas parkinsonianos que pueden estar presentes en la DCL también se incluye una baja fluencia verbal, hipofonía, enlentecimiento en la construcción de frases, alteración de la articulación, velocidad y entonación. (16) Como seres sociales que somos, es fundamental comunicarnos con el entorno y expresar nuestros pensamientos, evitando así el aislamiento; y es por esto por lo que el propósito de nuestro trabajo se va a centrar en **observar si la actuación de la terapia ocupacional sobre el área del lenguaje en una persona con Demencia con Cuerpos de Lewy es capaz de mejorar o mantener dicha función**, trabajando y potenciando las habilidades aún presentes.

El estudio se ha llevado a cabo en el Centro monográfico “Asociación Parkinson Aragón”. Fue creada en 1996 e integrada en la Federación Española de Parkinson. Especializado en tratar enfermedad de Parkinson, ofrece servicios de Terapia ocupacional, Fisioterapia, Logopedia, Psicología y Trabajo Social. Se realizan tanto sesiones individuales como grupales dentro del centro.

OBJETIVO GENERAL

Como objetivo principal, pretendemos **observar si la terapia ocupacional es efectiva para mejorar/mantener la función del lenguaje, aumentando la satisfacción personal y calidad de vida de la persona.**

METODOLOGÍA

La evaluación inicial se realizó con la supervisión del Terapeuta Ocupacional del centro. Ha sido una evaluación directa a través de una entrevista estructurada, seguida de las distintas valoraciones y escalas propias de la terapia ocupacional. La evaluación fue realizada el 31 de enero de 2013.

A la hora de realizar este estudio, hemos tenido presente el **Marco de Trabajo**, el cual sigue una evaluación e intervención centrada en el cliente y en sus prioridades, siendo el cliente parte activa de este proceso. Se centra principalmente en las características individuales del usuario, ya sean físicas, cognitivas y psicosociales que pueden intervenir durante una actividad. ⁽¹⁷⁾

Nos hemos basado además en la filosofía del **Modelo de Ocupación Humana**. Este modelo visiona a la persona de un modo holístico y tiene en cuenta todos los aspectos que la rodean, ya que los intereses, roles y motivaciones son muy importantes a la hora de poder establecer un tratamiento centralizado y significativo para obtener mejores resultados. ⁽¹⁰⁾ Establece el análisis personal según tres subsistemas: habituación, volición y desempeño. ⁽¹⁸⁾

El **Marco Cognitivo-Conductual** nos ha servido como guía para implementar la intervención y orientar las actividades según estos principios. Este modelo se centra en el estudio de los procesos mentales guiados por el procesamiento de la información. Todos estos elementos se estudian como parte del proceso de resolución de problemas. El punto de partida que justifica y une estos dos aspectos ocupacionales se encuentra en la indiferenciación medio-fines. ⁽¹⁹⁾

Se ha realizado una valoración integral de la persona a partir de las siguientes escalas: ⁽²⁰⁾ [Anexo 1]

-Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC) ^{(21), (22), (23), (24), (25)}

-Set-Test de Isaac ⁽²⁶⁾

-Índice de Barthel ⁽²⁷⁾

-Escala de Lawton y Brody ⁽²⁸⁾

-Escala de depresión geriátrica de Yesavage ⁽²⁹⁾

-Lista de Intereses ^{(30), (31)}

DESCRIPCIÓN BIOGRÁFICA Y CLÍNICA DEL CASO:

Mujer, de 70 años, diagnosticada de Demencia con Cuerpos de Lewy. Actualmente vive con su marido, el cuidador principal. Tiene cuatro hijos y 6 nietos. Mantiene una buena relación social tanto con su familia como con amigos. Desde 2010 acude a Asociación Parkinson Aragón, donde recibe tratamiento de terapia ocupacional dos veces por semana, además de participar diariamente en actividades grupales guiadas por la auxiliar de la asociación, ayudando al mantenimiento de las capacidades funcionales, además de servir de ayuda para descarga del familiar. Su domicilio se encuentra cerca del centro, por lo que no supone un problema para el desplazamiento. [Anexo 2]

El análisis de los resultados de evaluación se ha hecho siguiendo la estructura del Modelo de Ocupación Humana, centrándonos en los tres subsistemas:

1. Subsistema volitivo:

Con el comienzo de la demencia, ha perdido el interés por muchas actividades que antes realizaba, principalmente por los problemas de procesamiento que presenta actualmente para su correcta realización. Lo que más le gusta es estar con su familia, es su principal motivación, aunque la comunicación con ellos se ha visto afectada debido al deterioro cognitivo. A través del listado de intereses destacan: la lectura, la música, la jardinería, la cocina, cantar, los bebés, los animales y el cine. También le gusta dar pequeños paseos, pero se cansa por los problemas de rodilla que presenta.

2. Subsistema de habituación:

A causa de la aparición del deterioro funcional y cognitivo, su rutina se ha visto afectada, ya que ahora necesita ayuda para realizar muchas de las actividades de la vida diaria. Ha dejado de desempeñar el rol del trabajador y de ama de casa, así como el de cuidado de otros; sin embargo, aún mantiene el de amigo y miembro de familia, al que da mucha importancia. Lleva una rutina muy estructurada en casa, con el fin de disminuir los problemas de orientación. Acude diariamente al centro monográfico "Asociación Parkinson Aragón" todas las tardes entre semana, de 15:30 a 19:30, donde realiza diversas actividades de estimulación tanto a nivel físico como mental.

3. Subsistema de desempeño:

El sistema de ejecución lo podemos dividir en habilidades y destrezas. Para valorar las habilidades cognitivas y motoras, hemos elegido las siguientes escalas:

-Habilidades cognitivas y de procesamiento:

-Mini examen cognoscitivo de Lobo: A nivel cognitivo ha obtenido una puntuación de 20/30 en el test MEC. Muestra fallos sobre todo en la orientación temporal, además de la orientación espacial; también aparece dificultad en la atención y cálculo, recuerdo diferido, comprensión escrita y praxias. No ha sido capaz de escribir una frase ni de hacer el dibujo por copia.

-Set-Test de Isaac: la puntuación obtenida ha sido 6/40, siendo 25 el punto de corte para considerar presencia de demencia en ancianos.

-Habilidades motoras:

-Índice de Barthel (ABVD): En el Índice de Barthel obtiene una puntuación de 75/100. Los principales problemas aparecen en la comida, ya que necesita de una persona que le sirva y corte los alimentos; en el vestido es totalmente dependiente, pudiendo colaborar con los movimientos. Ha tenido algún episodio de incontinencia en la micción, por lo que actualmente lleva compresas. Por último, muestra problemas en la

deambulaci3n debido a un dolor en la rodilla, por lo que es preferible que se desplace con supervisi3n.

-*Escala de Lawton y Brody (AIVD)*: A trav3s de la Escala de Lawton y Brody, observamos que presenta dificultad para la mayor3a de las actividades, obteniendo un 1/8 en el test. No es capaz de utilizar el tel3fono, s3lo recuerda alg3n n3mero de familiares cercanos; ha dejado de realizar las compras y las tareas del hogar, aunque antes era la principal encargada de llevar a cabo estas actividades. Ha dejado de manejar las finanzas del hogar por el deterioro cognitivo. Solamente viaja en transporte p3blico cuando va acompa1ada de otra persona.

Puesto que en la demencia es muy frecuente la aparici3n de depresi3n, consideramos importante analizar este aspecto a trav3s de la *Escala geri3trica de Yesavage*. El resultado obtenido en esta prueba ha sido de 5 puntos, encontr3ndose dentro de la puntuaci3n normal previa a la depresi3n leve.

INTERVENCI3N

Tras realizar la valoraci3n inicial, los **objetivos** propuestos a trabajar durante la intervenci3n ser3n los siguientes:

- Reforzar el vocabulario para tener un mayor soporte l3xico a la hora de establecer una conversaci3n.
- Mejorar la memoria sem3ntica y todas las 3reas que esta incluye.
- Aumentar la confianza personal para expresar sus ideas y evitar una comunicaci3n limitada.
- Mejorar la fluencia verbal.
- Estimular el lenguaje para mejorar la comunicaci3n con su familia, amigos y entorno.

La metodología de intervención se basará además en dos **enfoques** del Marco de Trabajo:

-RESTAURACIÓN: con la intención de manifestar una habilidad que aún no se había desarrollado, o bien para restaurar una habilidad o destreza que ha empeorado.

-MANTENIMIENTO: centrado en preservar las capacidades de desempeño que aún están presentes, así como la necesidad de encontrar ocupaciones. ⁽¹⁷⁾

La intervención tendrá lugar en la Asociación Parkinson Aragón, en el departamento de Terapia Ocupacional. Se llevará a cabo mediante dos sesiones individuales de 45 minutos cada semana, durante tres meses, actuando como figura de terapeuta el propio alumno. Para cumplir los objetivos marcados en este estudio, se propone el siguiente plan de actuación dividido en las fases correspondientes:

FASE 1: Fase de Recogida de datos

Ha tenido lugar en el centro monográfico “Asociación Parkinson Aragón”. Esta fase sólo duró un día, ya que no fue necesario más tiempo para evaluar las escalas.

FASE 2: Intervención

La intervención comienza el día 4 de febrero y finaliza el 29 de abril.

MATERIALES: Para realizar la intervención hemos contado con ordenador portátil, imágenes de diversas categorías y acciones, fichas de categorización, videos, canciones, archivos de lectura, fotografías, juego “tabú” adaptado, etc.

MÓDULO 1

Ha tenido lugar durante el primer mes de intervención, con el objetivo de establecer una base léxica a través de la memoria semántica y a partir de la cual poder trabajar la fluencia verbal. Para ello se han utilizado:

► Actividades para trabajar la memoria semántica: con el fin de reforzar el vocabulario a través de ejercicios de categorización, descripción de objetos y acciones, sinónimos y antónimos, evocación, etc.

MÓDULO 2

Módulo orientado hacia los intereses personales de la usuaria. Hemos tenido muy presente el rol de madre y abuela que actualmente desempeña y al que da tanta importancia, así como sus intereses, con el objetivo de que la intervención pueda aportar un mayor beneficio. Además de realizar ejercicios de refuerzo de vocabulario como se ha mencionado anteriormente, se desempeñan otras actividades en base a lo destacado en el listado de intereses:

► Actividades de estimulación del lenguaje a través de sus intereses: A través de temas de interés estimularemos el lenguaje, de modo que la fluencia verbal se vea mejorada y pueda mantener una conversación cada vez más prolongada. Utilizaremos refuerzo visual con fotografías y vídeos.

► Actividades de lectura: Con el objetivo de reforzar el vocabulario, ya que se adquieren nuevas palabras y expresiones verbales; fortalecer la memoria semántica, mejorar la atención y concentración, fomentar el desarrollo de la creatividad y mejorar la fluidez verbal.

► Actividades de canto: Uso de la canción como medio para mejorar la fluencia verbal, la memoria, y a su vez conseguimos un aumento de tono para reducir esa tendencia a la hipofonía.

En esta última fase, propusimos hacer una intervención domiciliaria, con el objetivo de que la usuaria pudiera desempeñar el rol de ama de casa que ha

perdido, y pudiera desenvolverse dentro de su entorno. Sería interesante la participación de uno de sus nietos de 4 años para que interaccione con él durante la actividad elegida, lo que aumentaría notablemente la motivación de la cliente y estimularía la iniciativa verbal; pero por respeto al familiar decidimos continuar con la intervención desde el centro.

MÓDULO 3: INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

Además de las intervenciones realizadas con la usuaria, nos comunicamos con el cuidador principal para explicarle cuáles eran los objetivos de nuestra intervención, y cómo podía contribuir a estimular la comunicación desde casa para ayudar a mantener esa autonomía. Además, hemos pedido su consentimiento para acceder a material bibliográfico y personal para realizar las actividades.

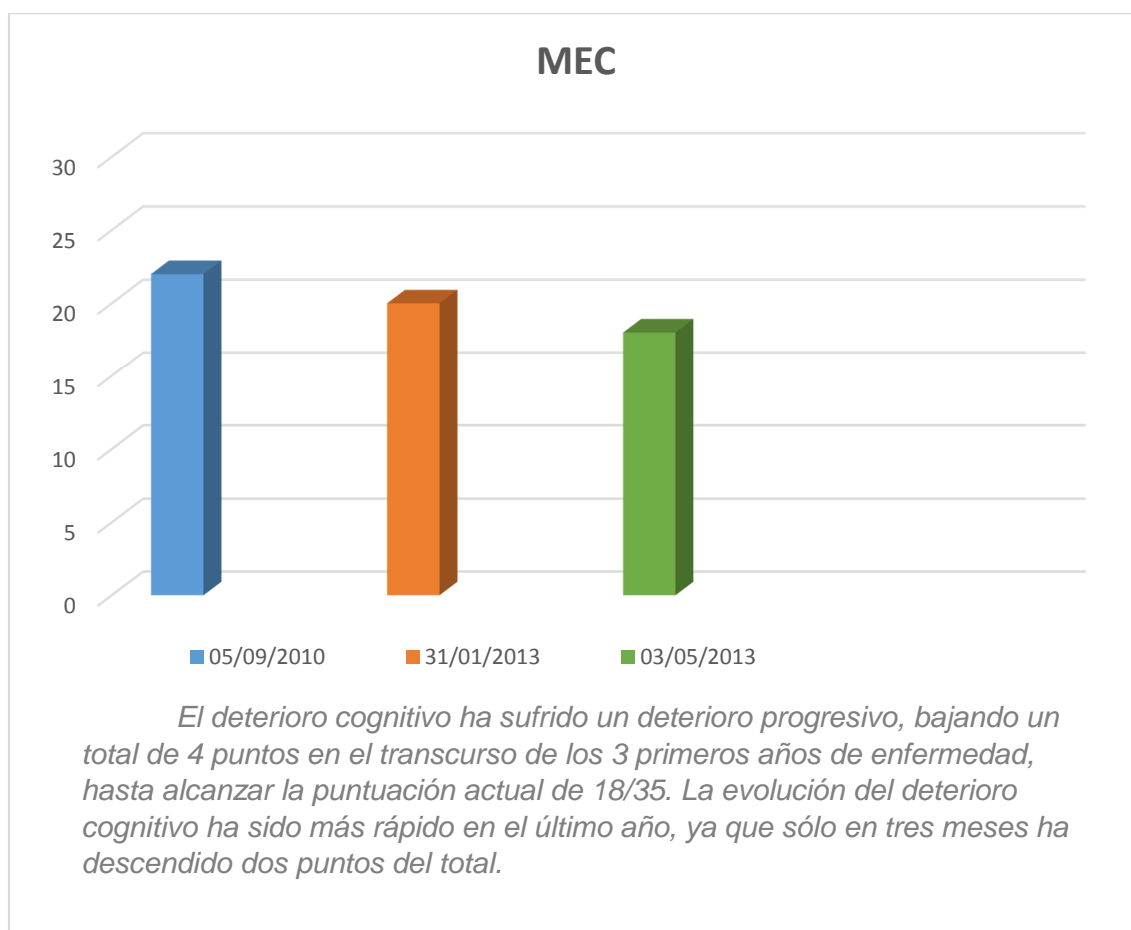
FASE 3: Recogida de datos

Una vez terminado el tratamiento, se pasarán las mismas escalas con el fin de medir si se ha cumplido el objeto de estudio.

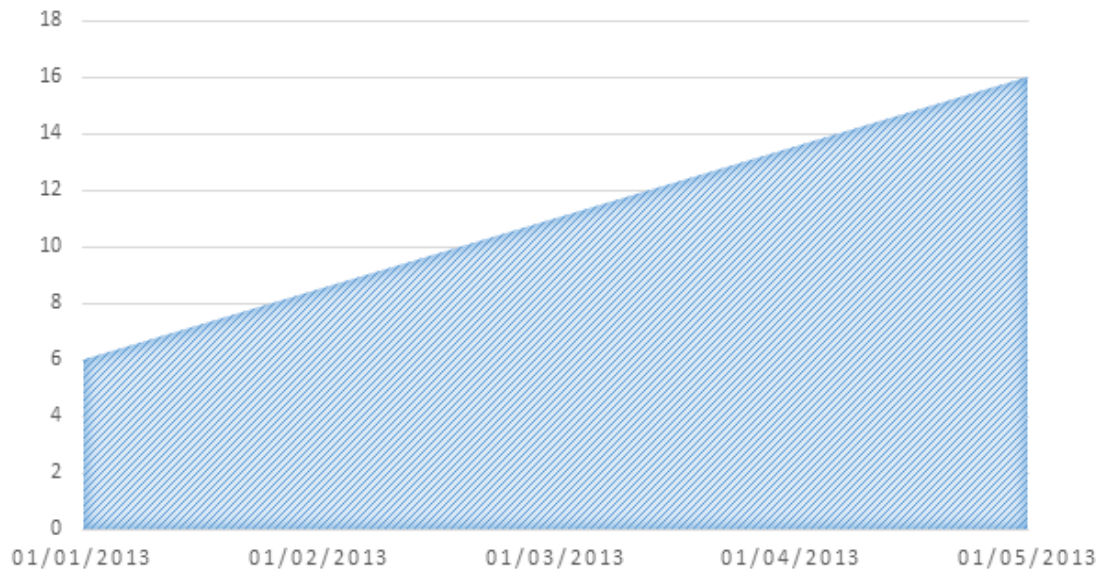
DESARROLLO

La Reevaluación se realizó transcurridos los tres meses de intervención. Se hizo de manera individual con la usuaria, utilizando las mismas escalas de la evaluación inicial. De este modo podrán compararse los resultados iniciales y finales de una manera objetiva.

Además se ha evaluado la satisfacción del usuario, con la finalidad de conocer si ha estado conforme o no con la intervención y para poder mejorar los aspectos relevantes en un futuro.

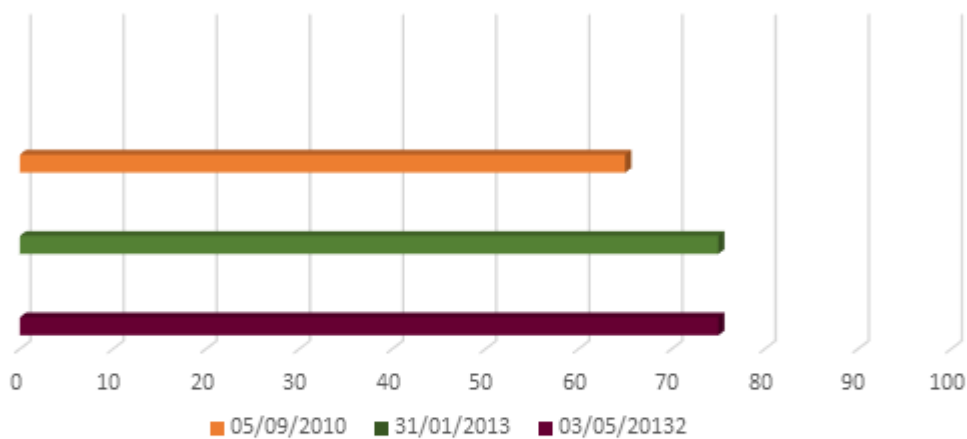


TEST DE ISAAC



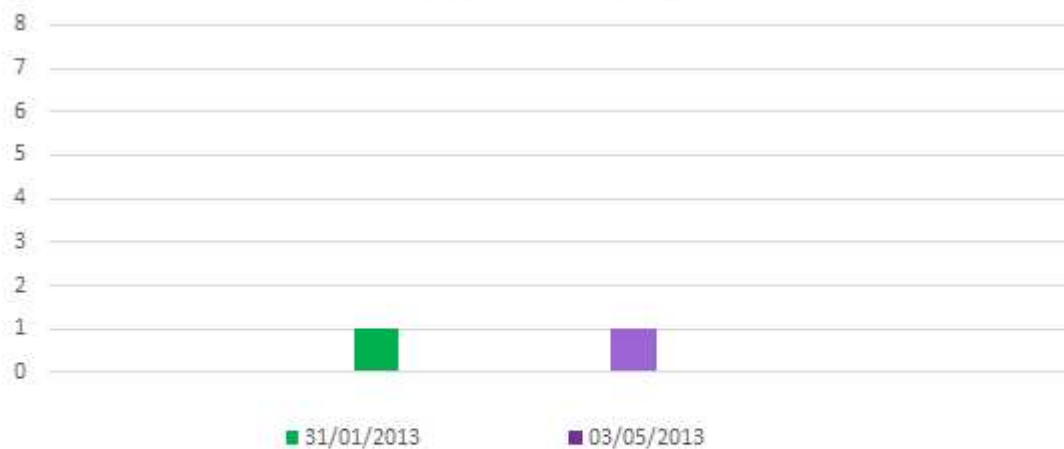
Podemos apreciar una importante mejoría, produciéndose una evolución desde 6 puntos antes de la intervención a 16 puntos una vez terminado el tratamiento. Sólo en la primera categoría del test, la usuaria ya superó la puntuación de la evaluación anterior.

ÍNDICE DE BARTHEL



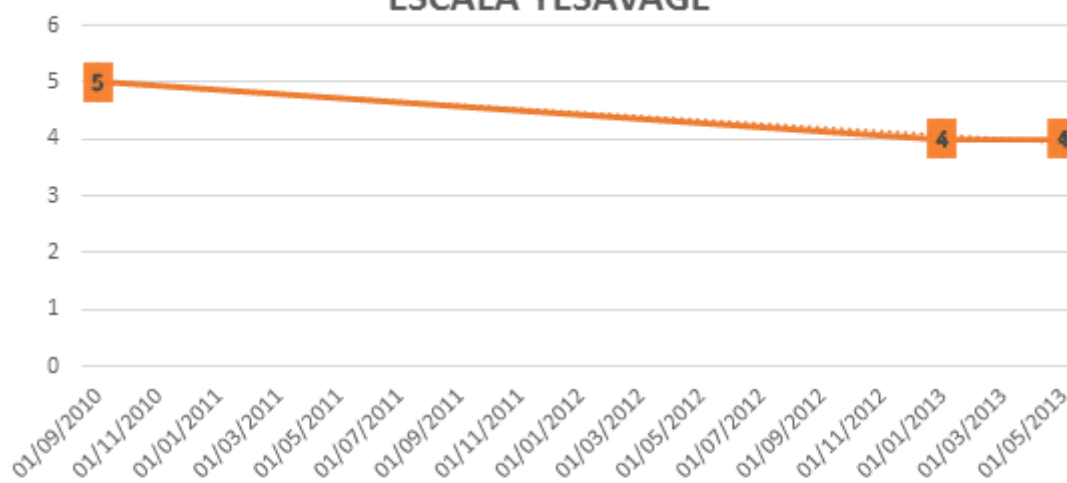
Se mantiene estable a lo largo del 2013 con un total de 75 puntos. Esto indica un grado de dependencia leve. Ha habido una mejora notable desde su llegada al centro en 2010, ya que ha pasado de tener un 65 a 75 puntos, mejorando principalmente en el área de baño.

LAWTON Y BRODY



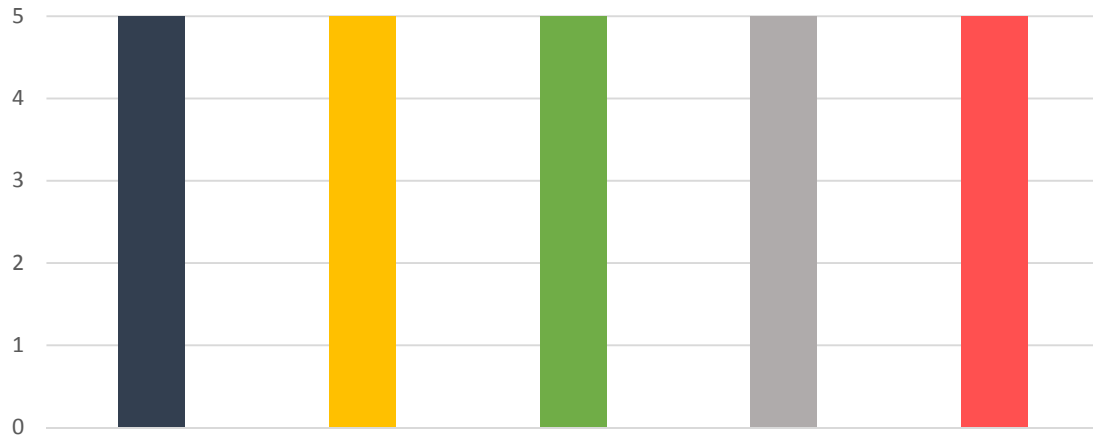
No se observan cambios en cuanto a las AIVD. Se mantiene estable, siendo capaz solamente de utilizar el transporte público siempre que vaya acompañada.

ESCALA YESAVAGE



Muestra una mejoría desde su llegada al centro, la cual se ha mantenido estable durante los tres meses de intervención. El apoyo de la familia tiene una gran repercusión en este aspecto, además de sentirse realizada con las actividades que desempeña dentro del centro.

NIVEL DE SATISFACCIÓN



Los valores medidos corresponden con el trato recibido, el grado de interés, el grado de comodidad frente a la intervención, la utilidad del tratamiento, y si lo considera recomendable. La puntuación obtenida ha sido un 5/5 en cada uno de los apartados, lo que describe un alto índice de satisfacción tanto a nivel personal como de trabajo.

Para comparar los datos obtenidos tras la intervención, hemos tenido en cuenta el siguiente estudio “Intervención neuropsicológica y del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer. Descripción de un caso clínico.” el cual desarrolla una intervención cognitiva y de psicoestimulación del lenguaje. Los resultados que se obtuvieron tras las valoraciones después de dos años de seguimiento son los siguientes: (32)

VALORACIÓN	RESULTADOS INGRESO	RESULTADOS AL AÑO DE INGRESO	RESULTADOS A LOS DOS AÑOS DE INGRESO
MEC	26	24	23
LENGUAJE ESPONTÁNEO	Reducción lenguaje expresivo	Leve mejoría en la expresión	Mantiene la mejoría
COMPRENSIÓN	Alterada para ordenes semicomplejas	Alterada para ordenes semicomplejas	Alterada para ordenes semicomplejas
FLUENCIA FONÉTICA (1minuto)	Ligera alteración	Normal	Ligera alteración
FLUENCIA SEMÁNTICA	Alterada	Mantenimiento	Grave alteración
LECTURA	Preservada	Preservada	Preservada

La articulación, la fluidez verbal, la comprensión, el habla automática y la denominación permanecieron estables después de un año. Transcurrido el segundo año se pudo observar un empeoramiento global de las funciones cognitivas, pero cabe destacar que la capacidad de lenguaje espontánea era buena en comparación con el resto de áreas. Tras la revisión del artículo podemos decir que la terapia ocupacional logró mejorar y mantener la competencia lingüística que tenía el paciente en el momento de ingreso y mejorar el estado de ánimo. (32)

CONCLUSIÓN

Tras el análisis de los datos obtenidos en la evaluación final, podemos afirmar que en este caso concreto se ha cumplido nuestra hipótesis, afirmando que **la terapia ocupacional ha sido efectiva para mejorar/mantener el lenguaje en una persona con Demencia con cuerpos de Lewy, además de mejorar la satisfacción personal y calidad de vida.** No debemos olvidar la importante labor de la terapeuta ocupacional del centro, ya que ha intervenido a lo largo del tratamiento dos veces por semana con la usuaria para trabajar a nivel global las necesidades de la persona.

Al trabajar la memoria semántica, hemos conseguido un uso más amplio del vocabulario durante la conversación, además de mantener el discurso con más soltura y un menor número de bloqueos verbales.

El estado de ánimo se ha mantenido estable durante todo el proceso y el grado de satisfacción de la usuaria con la intervención ha sido muy positivo, encontrando útil el trabajo que se ha realizado.

El tratamiento sólo ha podido establecerse durante tres meses, por lo que no se ha podido demostrar el beneficio a nivel de aspectos cognitivos que puede tener la terapia ocupacional.

En comparación con el estudio comentado anteriormente, podemos decir que en ambos casos la terapia ocupacional ha tenido un efecto positivo en la mejora y mantenimiento de las funciones del lenguaje. ⁽³²⁾

Podemos concluir por tanto diciendo que los aportes que hace este estudio de investigación a la ciencia de Terapia Ocupacional son:

- La terapia ocupacional puede ser efectiva para mejorar y/o mantener las alteraciones del lenguaje en un caso de demencia, especialmente la fluencia verbal, además de la satisfacción personal.*
- La implementación de actividades basadas en los intereses y valores de la persona mejoran la iniciativa y participación durante la actividad.*

-La estimulación del lenguaje desde terapia ocupacional permite mejorar y/o mantener las capacidades de comunicación con el entorno.

La demencia es una enfermedad que afecta actualmente a millones de personas, por lo que es importante continuar investigando sobre la actuación de la terapia ocupacional dentro de esta y otras enfermedades, ampliando la evidencia científica que existe hasta ahora.

“Jamás un hombre es demasiado viejo para recomenzar su vida y no hemos de buscar que lo que fue le impida ser lo que es o lo que será.”

Miguel de Unamuno

BIBLIOGRAFÍA

1. Bermejo, PE; Ruiz-Huete, C; Terrón, C. Relación entre temblor esencial, enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy. Rev.Neurol., 2007, 45, 11, 689-694
2. Storve P. N, Juncos L.J. Demencia con cuerpos de lewy. Micheli F. Enfermedad de Parkinson y Trastornos relacionados. 2ºEd. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2006 P 539-545
3. Yubero,R. Características Neuropsicológicas y Aproximación Diagnóstica a la Demencia Parkinson y a la Demencia por Cuerpos de Lewy. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2011, 46, Supplement 1, 0, 12-18
4. Jiménez,G. Clínica de la demencia con cuerpos de Lewy y evolución frente a la enfermedad de Alzheimer. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2011, 46, Supplement 1, 0, 19-23
5. Regalado,P.J. Tratamiento de la demencia por cuerpos de Lewy. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2011, 46, Supplement 1, 0, 24-28
6. Demey, I, Allegri, R. Demencia en la Enfermedad de Parkinson y Demencia por Cuerpos de Lewy. Revista Neurológica Argentina, 2008, 33, 1, 3-21
7. Bellas-Lamas P, Rodríguez-Regal A., Cebrián-Pérez E. Demencia por Cuerpos de Lewy. Rev Neurol 2012; 54 (Supl 4): 567-574
8. Olazarán,J. ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria? Atención Primaria, 2011, 43, 7, 377-384
9. Neef,D.; Walling,A.D. Dementia with Lewy bodies: an emerging disease. Am.Fam.Physician, 2006, 73, 7, 1223-1229, United States
10. Kielhofner G. Capítulo 10: Modelo de Ocupación Humana. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2006. Pág 147-163

11. Abril Carreres, MA; Tico Falguera, N; Garreta Figuera, R. Unidades específicas asistenciales: Enfermedades neurodegenerativas. Rehabilitación (Madrid), 2004, 38, 6, 318-324
12. Yuill,N.; Hollis,V. A systematic review of cognitive stimulation therapy for older adults with mild to moderate dementia: an occupational therapy perspective Occup.Ther.Int., 2011, 18, 4, 163-186, John Wiley & Sons, Ltd, England
13. Basco Prado, L; Fariñas Rodríguez, S. Neuroplasticidad y psicoestimulación en enfermos de Alzheimer. Alzheimer. Real Investigación Demencia. 2013; 53:39-44
- 14.Graff, Maud JL; Vernooij-Dassen, Myrra JM; Thijssen, Marjolein; Dekker, Joost; Hoefnagels, Willibrord HL; Rikkert, Marcel GM Olde. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ: British Medical Journal, 2006, 333, 7580, 1196, BMJ Group
15. Aguirre,E.; Spector,A.; Hoe,J.; Russell,I.T.; Knapp,M.; Woods,R.T.; Orrell,M. Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) for dementia: a single-blind, multi-centre, randomized controlled trial of Maintenance CST vs. CST for dementia. Trials, 2010, 11, 46-6215-11-46, England
16. Bayés Rusiñol, A. Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos. Manual de ejercicios prácticos. Barcelona: Ars Medica; 2003
17. 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 [18-04-2013]; [85p]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Asociation (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).

18. Kielhofner G, Forsyth K, M. Kramer J, Melton J, Dobson E. Capítulo 44: El modelo de la ocupación humana. Blesedell Crepeau E, S. Cohn E, A. Boyt Schell B. Willard and Spackman. Terapia Ocupacional. 11º Ed. 2011. Pág 446-462
19. Gómez Tolón, J. Capítulo 8: Modelos de enfoque mentalista. Fundamentos Metodológicos de la Terapia Ocupacional. Huesca, España: Mira editores; 1997. Pág: 107-112.
20. Pareja FB. Escalas. In: Pareja FB, editor. Más de cien escalas en Neurología. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2008. p. 39-124,152,156
21. Pérez Martínez, DA; Baztán, JJ; González-Becerra, M; Socorro, A. Evaluación de la utilidad diagnóstica de una adaptación española del Memory Impairment Screen de Buschke para detectar demencia y deterioro cognitivo. Rev.Neurol., 2005, 40, 11, 644-648
22. Díaz Mardomingo, C; Peraita Adrados, H. Detección precoz del deterioro cognitivo ligero de la tercera edad. Psicothema, 2008, 20, 3, 438-444
23. Bargalló, E Vinyoles; Domenech, J Vila; Pallas, JM Argimon; Boquet, J Espinàs; Pueyo, T Abos; Ramírez, E Limón. Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado de deficit cognitivo. Atención primaria, 2002, 30, 1, 5-15,
24. Arrieta Antón, E; García Alonso, A. Efectividad de las Pruebas Psicométricas en el Diagnóstico y Seguimiento de Deterioro, Depresión y Ansiedad en las Personas Mayores Effectiveness of Tests for the Diagnosis and Follow up of Deterioration, Anxiety and Depression in Elderly People. Clínica y Salud, 2009, 20, 1, Scielo España
25. Hervás, A; García de Jalón, E. Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano: Perspectiva desde un centro de salud. 2005, 28, 1, 35-47, Scielo España
26. Montenegro Pena, M., et al. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología (2012)

27. Cid-Ruzafa, J; Damián-Moreno, J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 1997, 71, 2, 127-137, Scielo España
28. Lara Jaque, R.A; López Espinoza, M.A; Espinoza Lavoz, E; Pinto Santuber, C. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. *Index de Enfermería*, 2012, 21, 1-2, 23-27, Scielo España
29. Martí, D; Miralles, R; Llorach, I; García-Palleiro, P; Esperanza, A; Guillem, J; Cervera, AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2000, 35, 1, 7-14
30. Matsutsuyu, J. The interest checklist. *American Journal of Occupational Therapy*. 1969; 23, 323-328.
31. Kielhofner, G., & Neville, A. The modified interest checklist. Unpublished manuscript. Universidad de Chicago, Chicago, 1983.30.
32. Culléll, N.; Bruna, O.; Puyuelo, M. Intervención neuropsicológica y del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer. Descripción de un caso clínico. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 2006, 26, 4, 231-238