



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de refuerzo de Terapia Ocupacional
en un Centro de Día mediante estimulación
cognitiva en un caso de enfermedad de
Alzheimer en fase inicial

Saray Trullén Calvo

Tutora: Estela Calatayud Sanz

Facultad de Ciencias de la Salud

Septiembre, 2013

RESUMEN

El deterioro cognitivo es una enfermedad progresiva del cerebro que aumenta de manera muy notable con la edad. El objetivo de este proyecto de investigación es evidenciar la utilidad de un programa de refuerzo de Terapia Ocupacional en un centro de día para una paciente con principio de enfermedad de Alzheimer (EA).

La intervención se abordará teniendo en cuenta el modelo de Ocupación Humana mediante un tratamiento de estimulación cognitiva como método para retrasar la evolución del deterioro cognitivo.

Éste programa de refuerzo tendrá una duración de 90 minutos semanales durante un total de 8 semanas y se centrará en el entrenamiento de los procesos cognitivos superiores que han mermado mayoritariamente la calidad de vida de la paciente.

Los resultados del presente trabajo muestran los beneficios de la Terapia Ocupacional en las personas con Alzheimer en edad temprana.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	PÁG 4-5.
2. OBJETIVOS GENERALES.....	PÁG 6.
3. METODOLOGÍA	
a) EVALUACIÓN.....	PÁG 6 A 10.
b) TRATAMIENTO.....	PÁG 10 A 14.
4. DESARROLLO.....	PÁG 14 A 16.
5. CONCLUSIÓN.....	PÁG 16-17.
6. BIBLIOGRAFÍA.....	PÁG 18 A 20.
7. ANEXO 1.....	PÁG 21.
8. ANEXO 2.....	PÁG 22.
9. ANEXO 3.....	PÁG 23.
10. ANEXO 4.....	PÁG 24.
11. ANEXO 5.....	PÁG 25 A 29.

1. INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo es una enfermedad progresiva del cerebro que aumenta de manera muy notable con la edad. Se refiere a un estadio intermedio entre normalidad y demencia.⁽¹⁾

Afecta aproximadamente a un 5-8% de los individuos de más de 65 años, a un 15-20% de los de más de 75 años y a un 25-50% de los de más de 85 años. La enfermedad de Alzheimer (EA) es la demencia más frecuente, y supone un 50-75% de todas las demencias.⁽²⁾

Conocemos por EA un proceso neurodegenerativo que produce una demencia progresiva y conduce a una incapacidad absoluta del anciano para llevar a cabo sus actividades normales.⁽³⁾

Presenta un inicio insidioso, bajo una apariencia benigna se oculta una enfermedad muy grave.⁽⁴⁾ Su declive es constante con periodos de estabilización, pero en general la progresión se reanuda al cabo de varios años.⁽⁵⁾

Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de un sustrato anatomopatológico característico: pérdida neuronal, placas amiloideas y ovillos neuro-fibrilares.⁽⁴⁾⁽⁶⁾

Cómo su evolución es lenta y gradual se distinguen tres etapas: en la mayoría de los casos debuta con un déficit de la memoria reciente, que va seguido de afasia, apraxia, agnosia y deterioro de la función ejecutiva. En ocasiones, se manifiestan cambios de la personalidad, irritabilidad, psicosis, incontinencia y alteraciones de la marcha.⁽⁵⁾ Todas estas alteraciones del comportamiento en el anciano, aumentan considerablemente las dificultades en la relación con los que lo rodean.⁽⁷⁾

En el último tramo de esta enfermedad, el paciente queda postrado en la cama.⁽⁸⁾

En el envejecimiento, la depresión y el deterioro cognitivo son trastornos comunes e íntimamente relacionados.⁽⁹⁾ La naturaleza de la depresión en la vejez es fenomenológicamente distinta a la de otras edades, a ello contribuye sin duda la especial asociación de la depresión con el deterioro cognitivo.⁽¹⁰⁾

Representan un dilema diagnóstico significativo ya que las personas mayores deprimidas pueden presentar un trastorno cognitivo, lo suficientemente extenso como para asemejarse a una demencia.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾

Para hacer frente a las dificultades cotidianas que presentan las personas mayores por el deterioro de sus capacidades cognitivas, los terapeutas

ocupacionales nos servimos de la estimulación cognitiva, entre otras fórmulas.⁽¹⁴⁾

Se identifica como un método preventivo para aquellas personas que quieran activarse y ocupar su tiempo en mejorar las funciones mentales superiores⁽¹⁵⁾ o como tratamiento de ralentización del deterioro en el caso de los ancianos con EA con el objetivo de mermar las limitaciones en las actividades y la discapacidad y aumentar el estado de bienestar.⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

Un estudio llevado a cabo por A.F Kurz y colaboradores (2011) donde se realizaron ensayos individuales con intervenciones centradas en el ámbito de la cognición, concluyó que la estimulación cognitiva retrasa el deterioro y mejora las actividades de la vida diaria.

El potencial de este tipo de intervenciones queda infravalorado por las inconsistencias metodológicas y las limitaciones de los estudios clínicos realizados hasta el momento.⁽¹⁸⁾

El presente trabajo tiene como propósito evaluar, en un periodo de ocho semanas, la eficacia de un tratamiento de estimulación cognitiva, en una paciente joven y con estudios superiores diagnosticada de enfermedad de Alzheimer en fase inicial.

Esta intervención se va a implementar teniendo en cuenta el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) propuesto por Kielhofner en 1985 que proporciona un conocimiento profundo acerca de la naturaleza de la ocupación de los seres humanos y posibilita que los sujetos cambien y se reorganicen, de forma activa, durante un proceso de enfermedad.⁽¹⁹⁾

Este programa de refuerzo individual se desarrollará en el Centro de día Psicogeriátrico "Los Sitios" de la fundación de "La Caridad" cuyo objetivo general es la activación, prevención y promoción de la salud.

Está dirigido a personas mayores con deterioro orgánico propio de su edad, personas con enfermedades neurológicas desde fases iniciales y personas con patologías físicas.

Dispone de servicios como: atención asistencial y social, terapia ocupacional, fisioterapia, transporte, peluquería, etc. Todos ellos orientados al incremento de la autonomía e independencia del usuario dentro de sus niveles de discapacidad.

2. OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos del presente trabajo son:

- Revelar la eficacia de un tratamiento de estimulación cognitiva en una paciente con enfermedad de Alzheimer (EA) en su fase inicial.
- Mejorar la calidad de vida de la paciente interviniendo de manera específica en las áreas más afectadas.

3. METODOLOGÍA

EVALUACIÓN	TRATAMIENTO	REEVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">○ MEC○ MOHO○ SET-TEST○ ANSIEDAD○ DEPRESIÓN○ LAWTON○ BARTHEL	ESTIMULACIÓN COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none">○ MEC○ SET-TEST○ ANSIEDAD○ DEPRESIÓN○ LAWTON○ BARTHEL

a) EVALUACIÓN

Al inicio de este proyecto de investigación se efectuaron a la paciente distintos tipos de valoraciones. En primer lugar se realizó una evaluación de sus capacidades cognitivas mediante el MEC y el SET TEST.

El MEC (mini examen cognoscitivo de Lobo et al) constituye uno de los procedimientos de cribado neuropsicológico más utilizados en nuestro país para la evaluación rápida en los casos en los que se sospecha la presencia de deterioro cognitivo debido a la demencia. MEC-30 presenta una sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 75,1%.⁽²⁰⁾

El resultado de esta evaluación indica que la paciente tiene un deterioro cognitivo avanzado teniendo en cuenta que es menor de 65 años y tiene un nivel de estudios muy alto.

MEC	24/35
Orientación temporal	4/5
Orientación espacial	5/5
Memoria de fijación	3/3
Cálculo	2/5
Atención	0/3
Memoria a corto plazo	0/3
Lenguaje	6/6
Construcción	4/5

El SET-TEST de Isaacs es una prueba breve y bien aceptada por los pacientes que explora la fluencia verbal, la denominación por categorías y la memoria semántica. Obtiene una sensibilidad del 87% y una especificidad del 67%.⁽²¹⁾

Se considera que ha obtenido una puntuación bastante baja teniendo en cuenta que los valores normales para personas de su edad se sitúan entre 27 y 29 puntos.

SET-TEST DE ISAACS	18/40
COLORES	Nº de palabras 5, Repeticiones 2
ANIMALES	Nº de palabras 4
FRUTAS	Nº de palabras 5
CIUDADES	N de palabras 4, Errores 1

Posteriormente la paciente hizo cuatro evaluaciones complementarias: dos que medían los componentes de ansiedad y depresión y otras dos su capacidad de autonomía.

La Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg (*ANEXO 1*) es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo que fue concebido para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria. Tiene una sensibilidad del 83,1% y una especificidad del 81,8%.⁽²²⁾

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG	TOTAL: 1,5/9
---	---------------------

La escala de Depresión de Yesavage (*ANEXO 2*) se considera el único auto informe construido eficazmente para adultos mayores y su principal ventaja es que no mezcla síntomas físicos con los depresivos. La versión de 15 ítems tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 75%.⁽²³⁾

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE	TOTAL: 3,5/15
--	----------------------

El índice de Barthel (*ANEXO 3*) es un instrumento que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. Valora ABVD como: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado del sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras.⁽²⁴⁾

Es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios y fácil de interpretar.⁽²⁵⁾

BARTHEL	TOTAL: 100/100
----------------	-----------------------

La Escala de Lawton (*ANEXO 4*), de actividades instrumentales de la vida diaria, es un cuestionario que evalúa la capacidad actual del paciente para llevar a cabo ocho actividades instrumentales de la vida diaria.⁽²⁶⁾ Se trata de una escala sensible pero poco específica.⁽²⁷⁾

LAWTON Y BRODY	TOTAL: 4/8
-----------------------	-------------------

Tras la primera tanda de evaluaciones se entrevistó de forma personal a la paciente y se le pasaron diferentes escalas procedentes del MOHO (*ANEXO 5*): ACIS, AMPS, Listado de Roles, el Listado de intereses, el Cuestionario Volicional y por último, El cuestionario Ocupacional.

Los resultados que se obtuvieron tras la realización de las diferentes escalas de evaluación son éstos que a continuación detallo. El puntaje de las escalas pertenecientes al MOHO varía de 0 a 4, teniendo en cuenta que:

MOHO	NOMBRE DE LA EVALUACIÓN	PUNTUACIÓN (0-4)	ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS PARA EL TRATAMIENTO
VOLICIÓN	<i>Listado de intereses</i>	3,1	Fracasa en las áreas de control interno como buscar desafíos y responsabilidad adicional.
			Solo permanece involucrada en la tarea si le gusta.
	<i>Cuestionario Volicional</i>		Tiene poca vitalidad y energía durante cualquier tipo de actividad
			Busca la responsabilidad de ayudar a los demás si encuentran alguna dificultad en una tarea que ella realiza con éxito.
HABITUACIÓN	<i>Listado de roles</i>	3	Muy afectada por perder el rol de trabajadora tan pronto. Se muestra muy orgullosa de participar en la vida de sus sobrinas.
	<i>Cuestionario Ocupacional</i>		Considera acudir al Centro de Día su trabajo de estos momentos.
EJECUCIÓN	<i>ACIS</i>	3'5	Su habilidad para expresarse y hablar es inefectiva e influye en el curso de la acción social.
	<i>AMPS</i>		Sus mayores dificultades se encuentran en atender y comprender. Existe un cese prematuro de la acción.

Todas las evaluaciones se efectuaron con el propósito de conocer las características y dificultades que la paciente presentaba en su entorno diariamente y así, aprovechar todos los conocimientos adquiridos para completar el tratamiento de estimulación cognitiva y elaborar su perfil ocupacional:

M.S. es una mujer de 52 años, soltera y con un nivel de estudios académicos alto, puesto que tiene una amplia formación universitaria. Tiene un diagnóstico de tabaquismo y alcoholismo propio de la "cultura de bares" en la que ella se ha movido. La derivación al centro de día por la trabajadora social del Centro de Salud de San José Norte se produjo por las dificultades que le estaba causando el desarrollo tan temprano de la Enfermedad de Alzheimer. Tuvo que dejar su trabajo y su situación de incapacidad todavía no está legalizada.

Nació en Villaroya del Campo, pero en su juventud se trasladó a Almazán, un pueblo de Soria, por lo que es aragonesa pero se considera Soriana. Actualmente vive con su madre en Zaragoza. Tiene un hermano y dos sobrinas pequeñas que según ella "le dan la vida".

Antes de su traslado a Zaragoza solía ir a todas las fiestas de los pueblos de alrededor y tenía muchas amistades. Es una mujer que cultivó el hábito de estudio desde muy temprano, tiene dos titulaciones: enfermería y psicología.

Su madre, de 85 años de edad, desde hace unos meses ha incrementado su nivel de dependencia física. A pesar de ello, tienen una buena relación de convivencia, se cuidan mutuamente y se hacen compañía.

Su hermano, está muy pendiente de ella y va a visitarla con frecuencia. No le deja conducir porque teme que tenga un accidente. Esto le crea una situación de mucha ansiedad y angustia puesto que a ella le encanta el mundo del automóvil, reparar y conducir coches es su gran afición, además del Real Zaragoza, jugar al ajedrez y los animales.

Tras la negativa de su hermano a que coja el coche, realiza todos los trayectos a pie, le relaja.

En primer lugar se busca evaluar de manera global a la paciente, pero la intervención se centra en los aspectos cognitivos deteriorados a causa de su enfermedad. A M.S le preocupan sus constantes olvidos, su incapacidad para expresar frases coherentes y el "embotamiento" que siente en la cabeza lo que explica que en el MEC, obtuviera la menor puntuación en los apartados de orientación temporal, cálculo, atención y memoria a corto plazo.

En la evaluación específica del MOHO se refleja de manera negativa su escaso control interno, su falta de energía e iniciativa, su manera inefectiva de hablar y de expresarse debido a su carencia de lenguaje corporal.

También presenta dificultad para comprender ordenes, poca atención a la hora de realizar tareas y un cese abrupto de las actividades que realiza.

b) TRATAMIENTO

El tratamiento según el modelo cognitivo, propio de la Terapia Ocupacional consistió en la realización de unas actividades para estimular algunas de las funciones mentales superiores en los que la paciente había sufrido un mayor y rápido deterioro. Algunos de los aspectos cognitivos los agrupé por semejanza para poder trabajarlos el mismo día.

Se realizaron 8 sesiones de 90 minutos, un día por semana. Fueron sesiones de refuerzo individual en una sala del Centro de Día.

Las funciones mentales superiores que trabajé fueron:

<i>SESIÓN 1ª Y 5ª</i>	ATENCIÓN Y MEMORIA
<i>SESIÓN 2ª Y 6ª</i>	ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL
<i>SESIÓN 3ª Y 7ª</i>	CÁLCULO
<i>SESIÓN 4ª Y 8ª</i>	LENGUAJE Y RAZONAMIENTO

De forma paralela las Terapeutas Ocupacionales de este centro, dentro del horario normalizado, trabajaron otro tipo de objetivos como fomentar las relaciones sociales con los compañeros del centro y facilitar actividades de tipo cognitivo que supusieran un reto para ella, buscando su autonomía y la aceptación de sus capacidades.

En la siguiente tabla se detallan los objetivos que se pretenden conseguir al estimular las capacidades anteriormente citadas:

ATENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trabajar la atención asociada a la memoria. ○ Potenciar la atención auditiva y visual. ○ Reforzar la atención.
MEMORIA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entrenar estrategias de memoria como: asociación, visualización y categorización. ○ Mantener los recuerdos personales, familiares y sociales. ○ Ejercitar los diferentes tipos de memoria.
ORIENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reforzar los datos que supongan ubicación temporal y espacial. ○ Mantener los datos que proporcionen información personal como el árbol genealógico. ○ Establecer hábitos y rutinas que favorezcan la orientación.

<p style="text-align: center;">CÁLCULO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener la Actividad de la Vida Diaria Instrumental de la compra junto con el uso y manejo del dinero. ○ Repasar operaciones matemáticas. ○ Ejercitar habilidades de conteo. ○ Facilitar la lectura de cifras y números.
<p style="text-align: center;">LENGUAJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fomentar la práctica de la lecto-escritura. ○ Ampliar el vocabulario. ○ Desarrollar la expresión y la fluencia verbal. ○ Desarrollar la denominación.
<p style="text-align: center;">RAZONAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aprender técnicas para la resolución de problemas. ○ Estimular la capacidad de razonamiento, abstracción, planificación y ejecución.

Después de haber establecido los objetivos específicos de cada proceso cognitivo se puede describir la intervención y explicar los tipos de actividades que se han realizado, siempre teniendo en cuenta los resultados del MOHO:

1. ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR LA ATENCIÓN

- Agrupación de objetos teniendo en cuenta un determinado criterio.
- Puzles y rompecabezas.
- Completar series de objetos en las que faltan algunos de sus elementos.
- Localización de formas o figuras iguales a una que previamente se ha proporcionado.
- Imitación de movimientos corporales.
- Localización y conteo del número de veces que aparecen en un determinado texto algunas de las letras del abecedario.
- Laberintos.

- Fichas para tachar, rodear o subrayar determinados números o letras.

2. ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR LA MEMORIA

- Repetición inmediata de forma oral de varias unidades de información como por ejemplo: dígitos, palabras y datos biográficos.
- Listados de palabras sobre una categoría.
- Recuerdo de historias breves leídas con anterioridad.
- Encontrar parejas de imágenes (memory).
- Memorizar el teléfono de sus familiares más cercanos.
- Responder a sencillas preguntas sobre la actualidad.
- Reconocer a través de las imágenes distintos personajes de su época.

3. ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR LA ORIENTACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL

- Reconocer partes del día, hora, mes, etc y relacionar la fecha actual con acontecimientos festivos o representativos de la estación.
- Localización de lugares conocidos en un mapa.
- Copia de figuras.
- Cubos de Koch con y sin retícula.
- Marcar elementos que van dirigidos hacia la derecha o hacia la izquierda.
- Decir la hora que aparece en las figuras de unos relojes.

4. ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL CÁLCULO

- Conteo de imágenes o piezas iguales.
- Ordenar números de mayor a menor y viceversa.
- Juego de cartas denominado "La guerra". Cada uno echa una carta de su montón sin mirarla al centro de la mesa y hace baza quién haya echado la carta con el mayor número. (*Interés de la paciente*).
- Problemas y operaciones aritméticas como sumas, restas, multiplicaciones y divisiones.
- Cálculo mental sencillo.

- Simulaciones de la Actividad de la Vida Diaria Instrumental de "hacer la compra", efectuando cambios y devoluciones de dinero. (*Interés de la paciente*).

5. ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL LENGUAJE

- Completar frases.
- Formar palabras con letras desordenadas.
- Lectura de trabalenguas.
- Listas de palabras que empiezan o terminan por una determinada sílaba.
- Listado de cosas que se pueden encontrar en distintos establecimientos.
- Descripción de estímulos presentes como objetos o imágenes y de estímulos ausentes como personas y lugares.
- Sopas de letras.
- Descripción de la utilidad de algunas herramientas como por ejemplo: gasas, gotero, etc. (*Interés de la paciente*).

6. ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL RAZONAMIENTO

- Relacionar parentescos en un árbol genealógico.
- Series de números con una pauta común.
- Lectura de un texto y resolución de unas pequeñas preguntas sobre la lectura.
- Descripción de pasos para la realización de algunas tareas cotidianas.
- Sudokus.
- Decir semejanzas y diferencias entre dos imágenes parecidas.
- Resolución de adivinanzas.

4. DESARROLLO

Transcurridas las 8 sesiones fijadas como tratamiento, se realizó una reevaluación de los procesos cognitivos superiores en los que se había centrado la intervención.

La paciente cumplimentó por segunda vez un MEC y el resultado fue significativamente mejor, con una puntuación que superaba en tres puntos la primera.

En la siguiente tabla expongo los resultados obtenidos en ambas evaluaciones, antes y después de la estimulación cognitiva.

ANTES DE LA INTERVENCIÓN		DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN	
TOTAL MEC	24/35	TOTAL MEC	27/35
Orientación temporal	4/5	Orientación temporal	5/5
Orientación espacial	5/5	Orientación espacial	5/5
Memoria de fijación	3/3	Memoria de fijación	3/3
Cálculo	2/5	Cálculo	2/5
Atención	0/3	Atención	1/3
Memoria a corto plazo	0/3	Memoria a corto plazo	1/3
Lenguaje	6/6	Lenguaje	6/6
Construcción	4/5	Construcción	4/5

Tras la comparación de ambas evaluaciones concluyo que el lado positivo es que se observaron mejorías de un punto en los apartados de: orientación temporal, atención y memoria a corto plazo. Esto me confirmó la ligera evolución que la paciente había tenido y que yo había ido observando lentamente durante el tratamiento de estimulación.

Por contrapartida, en el ámbito de cálculo, dónde tanto habíamos insistido no se obtuvo ningún cambio de puntuación. Por tanto este aspecto se debería seguir trabajando con más hincapié.

También se reevaluó el SET-TEST de Isaacs de fluencia verbal. En la siguiente tabla se comparan los resultados de antes y después de la intervención.

ANTES DE LA INTERVENCIÓN		DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN	
TOTAL	18/40	TOTAL	22/40
COLORES	5 Nº repeticiones:2	COLORES	6
ANIMALES	4	ANIMALES	6
FRUTAS	5	FRUTAS	5 Nº repeticiones:1
CIUDADES	4 Nº errores:1	CIUDADES	5 Nº errores:1

Tras el tratamiento de estimulación cognitiva, la paciente en el SET-TEST obtuvo una mejoría de 4 puntos en el total del test y también disminuyó el número de repeticiones.

La fluidez a la hora de nombrar palabras de un mismo campo semántico se había incrementado enormemente pero perdía la atención antes de que terminase el tiempo; de no ser así probablemente los resultados de este test hubieran sido más altos.

También se realizó una segunda valoración del resto de escalas como:

- Índice de Barthel (*ANEXO 3*) donde la puntuación de 100/100 se ha mantenido.
- Escala de Lawton y Brody (*ANEXO 4*) que tras el tratamiento ha incrementado un punto y se ha conseguido que la paciente realice pequeñas compras y tareas del hogar sola y maneje el teléfono móvil por iniciativa propia.
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. (*ANEXO 1*) y Escala de Depresión de Yesavage. (*ANEXO 2*) Como los aspectos cognitivos van muy relacionados con los procesos psicológicos me parece importante destacar que el resultado de las escalas de ansiedad y depresión se ha reducido aunque en principio no tenía un índice alto.

La estimulación cognitiva es uno de los métodos más utilizados para retrasar el deterioro de las capacidades de los enfermos de Alzheimer, pero se necesitan tratamientos a largo plazo y de manera continua para obtener resultados positivos.

Sería beneficioso para la paciente que se aplicase este refuerzo más días a la semana e incluso hacer partícipe a la familia y que desde casa realizase tareas cognitivas estimulantes que la motiven en su tratamiento.

5. CONCLUSIÓN

Los resultados de este trabajo muestran que numerosas capacidades cognitivas (memoria, atención, cálculo, orientación, lenguaje y razonamiento) se ven mermadas por la Enfermedad de Alzheimer.

Los objetivos iniciales de mi Trabajo de Fin de Grado se han cumplido de forma exitosa a través de la instauración de un programa de refuerzo de Terapia Ocupacional con un enfoque cognitivo que ha conseguido mantener las capacidades residuales e incluso mejorar algunas de ellas.

La intervención debería prolongarse en el tiempo para conseguir mejores resultados y lograr que la paciente disfrute de una mejor calidad de vida.

Por último quisiera añadir que la estimulación cognitiva grupal en un Centro de Día es efectiva, pero los programas de refuerzo individual podrían instaurarse de manera opcional para incidir en aquellos aspectos que los pacientes requieran.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Figuera L, Mulet B, Sánchez-Casas R.M, Estragó M.R, Arrufat M.T, Labad A. Deterioro cognitivo anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. Psicothema, Vol 17 nº2, 2005.*
2. *Guía clínica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano. Airts Medica. 2001. Página 12.*
3. *Roblesa A, Del Serb T, Alomc J, Peña-Casanovad J y Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. 2002.*
4. *Villara A, Molinuevo Guixa J.L y Gómez-Islab T. Enfermedad de Alzheimer. Unidad de enfermedades Neurodegenerativas, sección memoria-alzheimer. Octubre 2004. Vol LXVII, nº 1537.*
5. *Gordillo Leon F, Mestas Hernández L, Arana Martínez J.M y García Meilán J.J. La influencia de la emoción en la memoria como índice para el diagnóstico temprano del Alzheimer. 2011.*
6. *Ferrer I. Defining Alzheimer as a common age-related neurodegenerative process not inevitably leading to dementia. Prog Neurobiol. 2012 Apr;97(1):38-5.*
7. *Vila Miravet J. Guía práctica para entender los comportamientos de los enfermos de Alzheimer. Octaedro. Mayo 2011. Pág 27.*
8. *Donoso Sepúlveda A. La enfermedad de Alzheimer. Neuropsicología y demencias, 2ª edición, 2008.*
9. *Carstensen L.L y Edelstein B.A. El envejecimiento y sus trastornos. 1989. Ediciones Martínez Roca S.A. Pág 127.*
10. *Latorre Postigo J.M, Montañés Rodríguez J. Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. Revista de psicopatología y psicología clínica. Vol2. Nº3. 1997.*

11. Roca M, Torralva T, López P, Marengo J, Cetkovich M, Manes F. *Diferenciación entre demencias en estadio inicial y depresión utilizando la versión española del Addenbrooke's Cognitive Examination. Revista de neurología. 2008.*
12. Thorpe L. *Depression vs demencia?. The Canadian Review of Alzheimer's disease and the other dementias.*
13. Wilson R.S, Mendes de Leon C.F, Bennet D.A, Bienias J.L, Evans D.A. *Depressive symptoms and cognitive decline. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75:126-129.*
14. Clare L, Woods R.T, Moniz Cook E.D, Orrell M and Spector A. *Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. (2003).*
15. Calatayud E y Gómez I. *Terapia Ocupacional en Geriatria. Guía de aplicación de los cuadernos de colores de activación mental Lulu press. Septiembre 2010. Pág 25.*
16. Clare L and Woods R.T. *Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review (2004) Journal Title: Neuropsychological Rehabilitation. Volume 14; Issue 4; Pages 385-401.*
17. Daly M.P. *Diagnosis and management of Alzheimer disease. (1999). Journal of the American Board of Family Medicine. Volume 12; Issue 5; Pages 375-85.*
18. Kurz A.F, Leucht S and Lautenschlager N.T. *The clinical significance of cognition-focused interventions for cognitively impaired older adults: A systematic review of randomized controlled trials. (2011) Journal Title: International Psychogeriatrics. Volume 23; Issue 9; Pages 1364-1375.*
19. Calatayud E y Gómez I. *Terapia Ocupacional en Geriatria. Guía de aplicación de los cuadernos de colores de activación mental. Lulu press. Septiembre 2010. Pág 160.*
20. García V, Dolores M, Navarro E, Robles P, García B, Trinidad M. *Estudio de validez del mini-examen cognoscitivo de lobo et al para la detección del deterioro cognitivo asociado a demencias. Neurología, 2000,15(8): 337-342.*

21. Pascual LF, Martínez JV, Modrego P, Mostacero E, López del Val J, Morales F. El Set-Test en el Diagnóstico de la Demencia. *Neurología* 1990Mar.; 5 (3): 82-5.
22. García V C1. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(1):88-97.
23. Monton C, Pérez Echeverría M.I, Campos R , y cols. Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg: Una Guía de Entrevista Eficaz para la detección del Malestar Psíquico. *Atención Primaria* 1993: 12 (6): 345-9.
24. Cid Ruzafa J., et al. Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel. *Revista española de Salud Pública* 2007., 71, 2.
25. Calvete Oliva A. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel .Publicación original: *Rev. Esp. Salud Pública*, Mar./Abr. 1997, vol.71, no.2, p.127-137.
26. Vidovich MR, Shaw J, Flicker L, Almeida OP. Cognitive activity for the treatment of older adults with mild Alzheimer's disease (AD)--PACE AD: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2011 17;12: 47.
27. J. cid-ruzafa et al. Escala de Lawton y Brody. Actividades instrumentales de la vida diaria. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*. feb 2007.

ANEXO 1

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG ANTES DEL TRATAMIENTO				
Nº	PREGUNTAS	SI	A VECES	NO
1	¿Se siente tenso o nervioso?	1		0
2	¿Está inquieto por su salud?	1		0
3	¿Está irritable?	1		0
4	¿Le cuesta relajarse?	1		0
5	¿Duerme mal?	1		0
6	¿Tiene dolor de cabeza, de cervicales?	1		0
7	¿Tiene temblores, hormigueos, sensación de desequilibrio, sudores, sensación de orinar muy frecuentemente, diarrea?	1		0
8	¿Está inquieto por su salud?	1		0
9	¿Le cuesta conciliar el sueño?	1		0
RESULTADO TOTAL: 1,5/9				

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG DESPUÉS DEL TRATAMIENTO				
Nº	PREGUNTAS	SI	A VECES	NO
1	¿Se siente tenso o nervioso?	1		0
2	¿Está inquieto por su salud?	1		0
3	¿Está irritable?	1		0
4	¿Le cuesta relajarse?	1		0
5	¿Duerme mal?	1		0
6	¿Tiene dolor de cabeza, de cervicales?	1		0
7	¿Tiene temblores, hormigueos, sensación de desequilibrio, sudores, sensación de orinar muy frecuentemente, diarrea?	1		0
8	¿Está inquieto por su salud?	1		0
9	¿Le cuesta conciliar el sueño?	1		0
RESULTADO TOTAL: 1/9				

ANEXO 2

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE ANTES DEL TRATAMIENTO				
Nº	PREGUNTAS	SI	A VECES	NO
1	¿Está satisfecho con su vida?	0		1
2	¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1		0
3	¿Nota que su vida está vacía?	1		0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	1		0
5	¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0		1
6	¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1		0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0		1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1		0
9	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1		0
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1		0
11	¿Cree que vivir es maravilloso?	0		1
12	¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1		0
13	¿Se encuentra lleno de energía?	0		1
14	¿Cree que su situación es desesperada?	1		0
15	¿Cree que los otros están mejor que usted?	1		0
RESULTADO TOTAL: 3,5/15				
ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO				
Nº	PREGUNTAS	SI	A VECES	NO
1	¿Está satisfecho con su vida?	0		1
2	¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1		0
3	¿Nota que su vida está vacía?	1		0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	1		0
5	¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0		1
6	¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1		0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0		1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1		0
9	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1		0
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1		0
11	¿Cree que vivir es maravilloso?	0		1
12	¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1		0
13	¿Se encuentra lleno de energía?	0		1
14	¿Cree que su situación es desesperada?	1		0
15	¿Cree que los otros están mejor que usted?	1		0
RESULTADO TOTAL 0/15				

ANEXO 3

ÍNDICE DE BARTHEL		1º	2º
COMER	<i>Totalmente independiente</i>	10	10
	<i>Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc</i>	5	5
	<i>Dependiente</i>	0	0
LAVARSE	<i>Independiente. Entra y sale solo del baño</i>	5	5
	<i>Dependiente</i>	0	0
VESTIRSE	<i>Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse zapatos</i>	10	10
	<i>Necesita ayuda</i>	5	5
	<i>Dependiente</i>	0	0
ARREGLARSE	<i>Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.</i>	5	5
	<i>Dependiente</i>	0	0
DEPOSICIONES	<i>Continente</i>	10	10
	<i>Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas</i>	5	5
	<i>Incontinente</i>	0	0
MICCIÓN	<i>Continente o es capaz de cuidarse de la sonda</i>	10	10
	<i>Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia en 24 h, necesita ayuda para cuidar de la sonda</i>	5	5
	<i>Incontinente</i>	0	0
USAR EL RETRETE	<i>Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa</i>	10	10
	<i>Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo</i>	5	5
	<i>Dependiente</i>	0	0
TRASLADARSE	<i>Independiente para ir del sillón a la cama</i>	15	15
	<i>Mínima ayuda física o supervisión</i>	10	10
	<i>Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda</i>	5	5
	<i>Dependiente</i>	0	0
DEAMBULAR	<i>Independiente, camina solo 50 metros</i>	15	15
	<i>Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m</i>	10	10
	<i>Independiente en silla de ruedas sin ayuda</i>	5	5
	<i>Dependiente</i>	0	0
ESCALONES	<i>Independiente para subir y bajar escaleras</i>	10	10
	<i>Necesita ayuda física o supervisión</i>	5	5
	<i>Dependiente</i>	0	0
RESULTADO TOTAL: 100/100			

ANEXO 4

ESCALA DE LAWTON Y BRODY		1º	2º
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	<i>Utiliza el teléfono por iniciativa propia</i>	1	1
	<i>Es capaz de marcar bien algunos números familiares</i>	1	1
	<i>Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar</i>	1	1
	<i>No utiliza el teléfono</i>	0	0
HACER COMPRAS	<i>Realiza todas las compras necesarias independientemente</i>	1	1
	<i>Realiza independientemente pequeñas compras</i>	0	0
	<i>Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra</i>	0	0
	<i>Totalmente incapaz de comprar</i>	0	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	<i>Organiza, prepara y sirve comidas por sí solo adecuadamente</i>	1	1
	<i>Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes</i>	0	0
	<i>Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada</i>	0	0
	<i>Necesita que le preparen y sirvan las comidas</i>	0	0
CUIDADO DE LA CASA	<i>Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)</i>	1	1
	<i>Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas</i>	1	1
	<i>Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza</i>	1	1
	<i>Necesita ayuda en todas las labores de la casa</i>	1	1
	<i>No participa en ninguna labor de la casa</i>	0	0
LAVADO DE LA ROPA	<i>Lava por sí solo toda su ropa</i>	1	1
	<i>Lava por sí solo pequeñas prendas</i>	1	1
	<i>Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro</i>	0	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	<i>Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche</i>	1	1
	<i>Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte</i>	1	1
	<i>Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona</i>	1	1
	<i>Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros</i>	0	0
	<i>No viaja</i>	0	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	<i>Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta</i>	1	1
	<i>Toma su medicación si la dosis es preparada previamente</i>	0	0
	<i>No es capaz de administrarse su medicación</i>	0	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	<i>Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo</i>	1	1
	<i>Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos</i>	1	1
	<i>Incapaz de manejar dinero</i>	0	0
ANTES DEL TRATAMIENTO: 4/8 DESPUÉS DEL TRATAMIENTO: 5/8			

ANEXO 5

PAR OBSERVACIÓN

Hoja de puntaje AMPS

Nombre Hara Sierra

Fecha

Competente (4)	Cuestionable (3)	Inefectivo (2)	Déficit (1)
Desempeño competente que apoya el progreso de la acción y produce buenos resultados. El examinador no observa ninguna evidencia de déficit.	Desempeño cuestionable que pone en riesgo el progreso de la acción y produce resultados inciertos. El examinador cuestiona la presencia de un déficit.	Desempeño inefectivo que interfiere con el progreso de la acción y produce resultados no deseables. El examinador observa un déficit leve a moderado.	Desempeño deficitario que impide el progreso de la acción y produce resultados inaceptables. El examinador observa un déficit severo (riesgo de daño, peligro o falla en el trabajo).

Acciones	Puntaje	Comentarios
Postura		
Estabiliza	4 3 2 1 no	
Alinca	4 3 2 1 no	→ Asimetría
Posiciona	4 3 2 1 no	
Movilidad		
Camina	4 3 2 1 no	→ Arrastra los pies
Alcanza	4 3 2 1 no	
Gira	4 3 2 1 no	
Se dobla	4 3 2 1 no	
Coordinación		
Coordina	4 3 2 1 no	
Manipula	4 3 2 1 no	
Fluye	4 3 2 1 no	
Fuerza y Esfuerzo		
Mueve	4 3 2 1 no	
Transporta	4 3 2 1 no	
Levanta	4 3 2 1 no	
Calibra	4 3 2 1 no	
Agarra	4 3 2 1 no	
Energía (habilidades motoras)		
Resiste	4 3 2 1 no	

(7)

Hoja de Puntuación ACIS

Cliente: María Sierra Examinador: Saray Trullen
 Situación observada: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Diagnóstico: _____
 Adaptaciones: _____ Internado: _____ Ambulatorio: _____
 Raza: Blanco: _____ Hispano: _____ Asiático: _____ Nativo americano: _____

(Indicar/Seleccionar)

COMPETENTE	CUESTIONABLE	INEFECTIVO	DÉFICIT
Desempeño competente que apoya el rendimiento en la comunicación/interacción y conlleva a un resultado exitoso en la interacción interpersonal/grupal. El examinador no observa evidencia de déficit.	Desempeño cuestionable que da lugar a riesgo del rendimiento en la comunicación/interacción y conlleva a un resultado incierto en la interacción interpersonal/grupal. El examinador cuestiona la presencia de déficit.	Desempeño inefectivo que interfiere el rendimiento en la comunicación/interacción y conlleva a un resultado indeseable en la interacción interpersonal/grupal. El examinador observa déficit leve a moderado.	Déficit en el desempeño que impide el rendimiento en la comunicación/interacción y conlleva a resultados interpersonales/grupales inaceptables. El examinador observa un déficit severo (riesgo de daño, peligro, provocación o quiebre de la interacción grupal).

DOMINO FÍSICO

Se contacta	4 3 2 1	
Contempla	4 3 2 1	
Gesticula	4 3 2 1	
Maniobra	4 3 2 1	
Se orienta	4 3 2 1	
Se posiciona	4 3 2 1	

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Articula	4 3 2 1	
Es asertivo	4 3 2 1	
Pregunta	4 3 2 1	
Se involucra	4 3 2 1	
Se expresa	4 3 2 1	
Modula	4 3 2 1	
Comparte	4 3 2 1	
Habla	4 3 2 1	
Sostiene	4 3 2 1	

RELACIONES

Colabora	4 3 2 1	
Cumple	4 3 2 1	
Se centra	4 3 2 1	
Se relaciona	4 3 2 1	
Respeto	4 3 2 1	

COMENTARIOS

Firma

Sigue el ritmo	4 ④ 2 1 no	
Energía (habilidades de procesamiento)		
Sigue el ritmo	4 ④ 2 1 no	
Atiende	4 3 ② 1 no	Se despista
Uso del conocimiento		
Elige	4 3 ② 1 no	Falta plato hondo y cachibos
Usa	④ 3 2 1 no	
Toma	④ 3 2 1 no	
Comprende	4 3 ② 1 no	
Averigua	4 ③ 2 1 no	No realiza preguntas
Organización temporal		
Inicia	4 ③ 2 1 no	
Continúa	4 ③ 2 1 no	Quiebre en la acción
Secuencia	4 ③ 2 1 no	
Termina	4 3 ② 1 no	Cese prematuro
Organización de espacio y objetos		
Busca	④ 3 2 1 no	
Reúne	④ 3 2 1 no	
Organiza	④ 3 2 1 no	
Restaura	4 ③ 2 1 no	Faltan servilletas
Sortea	④ 3 2 1 no	
ADAPTACION		
Nota/Responde	④ 3 2 1 no	Jarra de agua
Acomoda	④ 3 2 1 no	
Ajusta	④ 3 2 1 no	
Beneficia	④ 3 2 1 no	* Media entre acomoda, ajusta y sortea

COMENTARIOS

TIPO Y GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA TAREA

DEL SEMPEÑO

Direcciones Para cada actividad, marca todas las columnas que describan tu nivel de interes en esa actividad

Actividad	¿Cual ha sido tu nivel de interes ?						¿Participas actualmente en esta actividad ?		¿Te gustaria realizarla en el futuro ?	
	En los ultimos 10 años			En el último año			SI	NO	SI	NO
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno				
Practicar Jardineria					X			X		
Coser					X		X			
Jugar Naipes	X					X		X		
Hablar/Leer Idiomas Extranjeros						X		X		
Participar en Actividades Eclesiásticas						X		X		
Escuchar Radio				X			X			
Caminar				X			X			
Reparar Autos				X			X			
Escribir						X		X		
Bailar						X		X		
Jugar Golf						X		X		
Jugar/Ver Fútbol				X			X			
Escuchar Música Popular					X		X			
Amar Puzzles				X			X			
Celebrar dias Festivos				X			X			
Ver Peliculas				X			X			
Escuchar Música Clásica					X			X		
Asistir a Charlas/Conferencias						X		X		
Nadar				X			X			
Jugar Bowling					X			X		
Ir de Visita				X			X			
Arreglar Ropa						X		X		
Jugar Damas/Ajedrez				X				X		
Hacer Asado				X			X			
Leer				X			X			
Viajar				X			X			
Ir a Fiestas				X				X		
Practicar Lucha Libre						X		X		
Limpiar la Casa					X		X			
Jugar con Juegos Amables					X			X		

Cantar						X			X
Ser Scout									
Visitar/Comprar Ropa						X			X
Ir a la Peluquería						X			X
Andar en Bicicleta			X						X
Ver un Deporte				X			X		
Observar Aves			X				X		
Ir a Carreras de autos			X						X
Arreglar la Casa									
Hacer Ejercicios									
Cazar						X			X
Trabajar en Carpintería						X			X
Jugar Pool									
Conducir			X				X		
Cuidar niños			X				X		
Jugar Tenis						X			X
Cocinar				X			X		
Jugar Basketball						X			X
Estudiar Historia						X			X
Coleccionar			X				X		
Pescar						X			X
Estudiar Ciencia						X			X
Realizar Marroquinería									
Ir de compras									
Sacar Fotografías			X				X		
Pintar			X				X		
Hacer Cerámica			X				X		
Otros									

Adaptado de Matsutsuyu (1967) por Scaffa (1982).
 Modificado por Kielhofner y Neville (1983) NIH OT 1983.
 Modificado y traducido por Elsa Mundo OTRL (1985).
 Revisado por Elsa Mundo OTRL (1985).