



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

La Estimulación cognitiva como estrategia de intervención en pacientes con la enfermedad neurodegenerativa del Alzheimer en fase leve

Autora

Olaya Raymundo Cortés

Directora

Sandra Sánchez Muñoz

Grado en Psicología

Año 2021



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Justificación Teórica	3
Objetivos	5
Beneficiarios	6
Metodología	6
Participantes	6
Instrumentos	7
Procedimiento	8
Sesiones	8
Recursos	14
Recursos humanos	14
Recursos materiales	15
Evaluación	16
Resultados esperados	17
Conclusiones	17
Referencias	19
Anexos	21

Resumen

Actualmente, las demencias tienen una presencia en nuestra sociedad de 10 millones de casos diarios, siendo la quinta causa de muerte. Entre ellas se encuentra el Alzheimer, una enfermedad de avance progresivo que afecta a las distintas áreas cognitivas y produce la muerte entre los 8 y los 10 años siguientes. Esto interfiere en la vida de los enfermos y familiares, afectando a las relaciones sociales y produciendo un desgaste emocional y físico. Por esto, la presente intervención estableció como objetivo mejorar la calidad de vida, trabajando la orientación a la realidad, reminiscencia, estimulación cognitiva y actividades de la vida diaria con pacientes de Alzheimer en fase leve para mantener las capacidades cognitivas y funcionales, con la finalidad de potenciar su autonomía, independencia y autoestima. Para valorar la eficacia se empleó el Mini Mental State, Test del Dibujo del Reloj e Índice de Barthel, donde los resultados de la evaluación mostraron una perseveración de las capacidades cognitivas, funcionales y de la vida diaria en el grupo experimental, mientras que el grupo control obtuvo un descenso y, por ende, un avance en la enfermedad.

Palabras clave: demencia, memoria, tratamiento no farmacológico, deterioro cognitivo.

Abstract

Currently, dementias have a presence in our society of 10 million cases daily, being the fifth leading cause of death. Among them is Alzheimer's, a progressive disease that affects different cognitive areas and causes death between 8 and 10 years later. This interferes in the lives of patients and their families, affecting social relationships and causing emotional and physical wear and tear. For this reason, the present intervention established the objective of improving the quality of life, working on the orientation to reality, reminiscence, cognitive stimulation and activities of daily life with Alzheimer's patients in mild phase to maintain cognitive and functional capacities, with the aim to enhance their autonomy, independence and self-esteem. To assess the efficacy, the Mini Mental State, Test of the Drawing of the Clock and Barthel Index were used, where the results of the evaluation showed a perseverance of cognitive, functional and daily life abilities in the experimental group, while the group control obtained a decrease and, therefore, an advance in the disease.

Keywords: dementia, memory, non-pharmacological treatment, cognitive impairment.

Introducción

La demencia tipo Alzheimer es uno de los problemas más graves en todos los países, culturas y niveles socioeconómicos, siendo actualmente uno de los mayores motivos de discapacidad y dependencia, así como una de las principales causas de mortalidad. Implica un gran cambio en la vida del enfermo y familiares, ya que al ser una enfermedad degenerativa es inevitable su evolución, limitando la vida y llegando a ocasionar la muerte entre los 8 y 10 años siguientes.

Debido a la gran importancia de este problema, la intervención propuesta tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer en fase leve de ambos sexos a través de trabajar las estrategias necesarias para mantener las capacidades cognitivas y funcionales, evitando la desconexión del entorno y de sí mismos. Además, también son beneficiados otros colectivos, como los familiares, el cuidador principal y, finalmente, el núcleo comunitario al presentar un incremento en el número de personas con una mayor salud mental.

Los veinte usuarios que participan en el programa están seleccionados dentro de la Asociación de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias de Jijona. Son divididos en dos grupos, siendo estos un grupo experimental y un grupo control. Los participantes de ambos grupos cumplimentan una batería de cuestionarios psicológicos al inicio y al final de la intervención, siendo estos el Mini Mental State, Test del Dibujo del Reloj e Índice de Barthel, para evaluar la eficacia del programa. La intervención consiste en nueve sesiones de una hora y media cada una, aplicándose de la sesión tres a la ocho una sesión al día, de lunes a sábados, a lo largo de 3 meses. En ellas se tratan la orientación a la realidad, reminiscencia, estimulación cognitiva y actividades de la vida diaria.

Después de aplicar el programa, se espera que los participantes incrementen su autonomía, independencia y autoestima, manteniendo las capacidades cognitivas y funcionales. Con esto, se logra el objetivo de la intervención, mejorando el estado anímico, favoreciendo las relaciones sociales, orientando a la realidad y, por ende, retrasando el progreso de la enfermedad el máximo tiempo posible, ayudándoles a sobrellevar y paliar una enfermedad tan severa como es la demencia tipo Alzheimer.

Justificación Teórica

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) refiere la demencia como “un síndrome progresivo que se caracteriza por el deterioro de las funciones cognitivas”. Principalmente, se produce el deterioro de la memoria acompañado de alteraciones a nivel de lenguaje, capacidad de ejecución, orientación, cálculo, pensamiento, atención y de concentración (Pérez, 2005). También, autores como Alberca (2006) consideran la demencia como un síndrome que se adquiere a través de una causa orgánica provocando un deterioro de forma persistente en las funciones mentales superiores, afectando a nivel social y laboral, manteniendo la conciencia en estado normal. Además, es considerada como una de las mayores causas de discapacidad y dependencia en las personas de la tercera edad a nivel mundial (OMS, 2020).

Según datos de la OMS (OMS, 2020), la prevalencia de la demencia actualmente es de 10 millones de casos nuevos diarios, llegando a afectar a un total de 50 millones de personas en el mundo. Se estima que entre un 5% y un 8% de la población general con una edad superior a 60 años padezca demencia en algún periodo de su vida. Además, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020) las demencias, donde se incluye la enfermedad del Alzheimer, suponen la quinta causa de muerte, después del Covid-19 identificado, Covid-19 sospechoso, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares.

Los tipos más comunes de demencia según mencionan Meilán y Gutiérrez (2017) son la demencia frontotemporal, la demencia vascular, las demencias con trastornos motores y las enfermedades heredodegenerativas. Otro tipo de demencia es la Enfermedad tipo Alzheimer, la cual es una demencia crónica que mantiene una estrecha relación con la edad. Según su inicio puede ser caracterizada como precoz apareciendo antes de los 65 años, o tardía la cual tiene comienzo después de la edad mencionada siendo la más habitual, ya que la padecen el 85% de los enfermos (Meilán y Gutiérrez, 2017). Por otro lado, según el National Institute on Aging (NIA, 2020) la enfermedad de Alzheimer es “un trastorno cerebral progresivo e irreversible, el cual destruye lentamente la memoria y las habilidades de pensamiento y, con el tiempo, la capacidad de llevar a cabo las tareas más simples”. Actualmente, es considerada la demencia más habitual causando la pérdida de memoria y afectando a otras áreas cognitivas, lo cual interfiere significativamente en la vida de los enfermos y familiares

(Alzheimer's Disease and Dementia, 2021). Además, la American Psychiatric Association (APA, 2008) afirma que las personas que tengan familiares de primer grado afectados por este tipo de demencia, tienen unas probabilidades más elevadas de padecer la enfermedad, llegando a fallecer entre los 8 y los 10 años posteriores.

Según la Fundación Alzheimer España (FAE, 2014), su prevalencia se incrementa exponencialmente con la edad, especialmente en el periodo de 65 a 85 años, llegando a ser el doble de frecuente cada 5 años. Inicialmente, entre los 65 y 74 años afecta a un 4,2% de las personas, entre los 75 y 84 años está presente en un 12,5% de la población y, finalmente, en personas mayores de 85 años tiene una presencia del 27,7%. Esto muestra una afectación del 20% a partir de los 80 años y del 25% a los 85 años. Además, según el sexo la prevalencia de las demencias varía, ya que afecta al 11,1% de las mujeres y al 7,5% de hombres (FAE, 2014). Por tanto, se afirma que la edad avanzada y el género femenino dan lugar a una mayor probabilidad de padecer Alzheimer, siendo dos veces más común en mujeres que en hombres (Meilán y Gutiérrez, 2017).

Su diagnóstico clínico puede llevarse a cabo a través del DSM 5 (APA, 2014) (Anexo 1), donde se establece como criterio “la presencia de una mutación genética que provoque la enfermedad de Alzheimer a través de una prueba genética o en antecedentes familiares” en el caso de enfermedad de Alzheimer probable, o “declive de la memoria, aprendizaje y otra función cognitiva, así como deterioro gradual y continuo en las funciones cognitivas” en el caso de enfermedad de Alzheimer posible. Por otro lado, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (OMS, 1992) (Anexo 2) establece que deben cumplirse los criterios diagnósticos de “nivel de conciencia normal pero con deterioro de la memoria, del pensamiento, razonamiento y de almacén de información, así como dificultad para prestar atención a varios estímulos y para cambiar el foco de atención”. Además debe afectar en su vida cotidiana, estableciéndose durante mínimo 6 meses.

Se puede comprobar el transcurso de la enfermedad a través de la Escala de Deterioro Global de Reisberg, Ferris De Leon, y Crook (1982) (Anexo 3), la cual describe las fases por las que pasan los enfermos de Alzheimer. En primer lugar, en el estadio 1 no se produce ningún deterioro, sin embargo, en el estadio 2 se inician los problemas de memoria. En el estadio 3 se empiezan a producir olvidos, pero las actividades de la vida diaria permanecen intactas. Posteriormente, en el estadio 4 Enfermedad de Alzheimer leve surgen problemas

como la agnosia, dificultad para recordar y pueden perderse si acuden a lugares poco habituales. A continuación, se pasa al estadio 5 Enfermedad de Alzheimer moderada, caracterizado por problemas de concentración, dificultad para viajar, problemas para manejar el dinero y disminución del aprecio hacia familiares. En el estadio 6 es necesario la ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Finalmente, en el estadio 7 Enfermedad de Alzheimer grave, la persona pasa a ser dependiente de su cuidador, pierde la capacidad del habla y es incapaz de recordar el nombre de su pareja.

La estimulación cognitiva es la terapia no farmacológica más destacable, la cual está orientada a mantener las capacidades cognitivas y funcionales de los enfermos (García, 2015). La eficacia de esta terapia puede comprobarse a través de diversos estudios como el de Spector et al., (2003) donde se muestra que aquellos pacientes sometidos a un programa de estimulación cognitiva obtuvieron mejores resultados en el Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognition (ADAS-Cog) y en el Minimental State Examination (MMSE) que aquellos que no recibieron la intervención. Por otro lado, Domènech (2004) demostró en su programa que a través de la estimulación cognitiva se produce una mejoría en el mantenimiento de la memoria, de las actividades funcionales de la vida diaria y del estado de ánimo en personas del grupo experimental. Finalmente, un estudio llevado a cabo por Luque, Carrasco, Peña, Blázquez, y de León (2010) afirma que aquellas personas que recibieron la intervención obtuvieron un incremento en el MMSE, WMS-III y en el test del reloj, lo cual muestra una mejora en diversas funciones cognitivas, entre ellas la memoria. Por tanto, debido a la rápida evolución de la enfermedad y a sus consecuencias tanto en la vida del enfermo como en la vida de sus familiares y cuidadores es de vital importancia realizar una intervención cognitiva basada en la terapia de orientación a la realidad, terapia de reminiscencia, psicoestimulación cognitiva y actividades de la vida diaria, en personas con Alzheimer en fase leve para mantener y realentizar el avance de la enfermedad.

Objetivos

El objetivo principal de este programa es mejorar la calidad de vida trabajando con los enfermos de Alzheimer en fase leve las estrategias necesarias a través de la estimulación cognitiva para mantener las capacidades cognitivas y funcionales, evitando la desconexión del entorno y de sí mismos. De esta forma se potenciará su autonomía, independencia y autoestima. Además, como objetivos específicos se pretende:

- Retrasar el avance en el deterioro cognitivo progresivo ocasionado por la demencia tipo Alzheimer.

- Favorecer las relaciones establecidas con el núcleo asistencial y la población afectiva, disminuyendo el aislamiento social, favoreciendo la interacción y el estado anímico.

- Orientar a los participantes en el espacio-tiempo, proporcionando una mayor sensación de control y manteniendo el vínculo con la realidad actual de su entorno.

Beneficiarios

Este programa va dirigido de forma directa a pacientes con demencia tipo Alzheimer en fase leve de ambos sexos, independientemente de su edad, cultura, nacionalidad, condición social y económica. La razón se debe a que es importante intervenir en la etapa inicial de la enfermedad para conseguir mantener y retrasar la evolución de la demencia el máximo tiempo posible. Además, cómo beneficiarios indirectos se encuentran, por un lado, los familiares de los usuarios, ya que a través de las herramientas y estrategias trabajadas se favorecerán las relaciones sociales. Por otro lado, al potenciar la autonomía y autoestima de los usuarios, los cuidadores principales se beneficiarán de la intervención paliando su desgaste emocional y físico. Finalmente, se espera que el núcleo comunitario se beneficie también del programa al presentar un incremento en el número de personas con una mayor salud mental.

Metodología

Participantes

El proceso de selección se llevó a cabo recurriendo a la psicóloga profesional de la Asociación de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias de Jijona, la cual facilitó el contacto con los participantes. En el proyecto de intervención participaron veinte usuarios que recientemente hubieron recibido el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer cuyo requisito fue que se encontrasen en fase leve.

Los participantes fueron divididos en dos grupos de manera aleatoria, siendo estos: un grupo experimental comprendido por diez usuarios de ambos sexos, a los cuales se les aplicó la intervención y un grupo control, que constató de diez participantes de ambos sexos, con el mismo grado de deterioro (GD4) y unas condiciones sociodemográficas similares al grupo experimental, los cuales no recibieron el programa de intervención.

Instrumentos

Para llevar a cabo la selección de los participantes se empleó la Escala de Deterioro Global de Reisberg et al. (1982) que permitió valorar la gravedad de la demencia. Esta escala muestra siete fases, con una puntuación comprendida de 1 a 7, las cuales son las siguientes: 1 normal, 2 olvidos, 3 deterioro cognitivo muy leve, 4 deterioro cognitivo leve, 5 deterioro cognitivo moderado, 6 deterioro cognitivo moderadamente severo y 7 deterioro cognitivo grave. A través de esta, se identificará a aquellos participantes que presentaron Enfermedad de Alzheimer leve. Posteriormente, se llevó a cabo con los familiares la Valoración global psicológica (Anexo 4) para la obtención de información sociodemográfica, información sobre los familiares y cuidadores, datos médicos, rasgos de carácter y conducta. Además, cumplieron el documento de consentimiento informado (Anexo 5), donde establecieron constancia de su conocimiento sobre el programa y su voluntariedad en la participación.

A continuación, para llevar a cabo la evaluación de la eficacia de este programa se implementaron distintas pruebas psicológicas al principio y al final de la intervención, siendo estas: En primer lugar, el Mini- Mental State (Folstein, Folstein y McHugh, 1975; Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala, y Seva, 1979) (Anexo 6), el cual evalúa en 11 ítems las funciones cognitivas siendo estas: la orientación temporal y espacial, memoria (fijación) inmediata y diferida (recuerdo), atención - cálculo, lenguaje y la capacidad visoconstructiva. Este es administrado en un intervalo de tiempo de 5 a 10 minutos a personas con una edad superior a 65 años o adultos que muestren sospecha de deterioro cognitivo. Respecto a las puntuaciones, cabe señalar que la puntuación máxima posible es 30 y la mínima es 0. Además, una puntuación de 27 o más muestra normalidad, 24 o inferior evidencia sospecha patológica, siendo entre 12 y 24 deterioro cognitivo leve y entre 9 y 12 demencia. Es importante mencionar, que la primera adaptación española de esta prueba se estableció en 1999 por Lobo et al., donde evidenciaron que este test muestra fiabilidad y validez para evaluar el deterioro cognitivo en personas de la tercera edad. En segundo lugar, se aplicó el Test de dibujo del reloj (Anexo 7), el cual evalúa las funciones cognitivas a través de dibujar un reloj a la orden (se le indica que dibuje un reloj) y a la copia (se le indica que copie el reloj dibujado). Según Cacho, García-García, Arcaya, Vicente, y Lantada (1999) la puntuación establecida es la siguiente: máximo 2 puntos en el dibujo de la esfera, 4 puntos en los números y 4 puntos por las manecillas. Si el resultado del test en el sumatorio de las dos partes es inferior a 15, indica

la existencia de deterioro cognitivo. Finalmente, se aplicó el Índice de Barthel (Solís, Arrijoja, y Manzano, 2005) (Anexo 8) para medir la capacidad que tiene la persona de realizar las actividades de la vida diaria. Las puntuaciones presentan un rango de 0 a 100 con un intervalo de 5 puntos. Según Shah, Vanclay, y Cooper (1989) las puntuaciones pueden ser las siguientes: de 0 a 20 presenta una dependencia total, de 21 a 60 dependencia severa, entre 61 y 90 presentan una dependencia moderada, de 91 a 99 dependencia escasa y una puntuación de 100 muestra un grado total de independencia. Esta prueba no precisa una adaptación lingüística, únicamente es necesario utilizarlo en una versión del idioma correspondiente (Solís, Arrijoja, y Manzano, 2005). Finalmente, presenta gran relevancia mencionar que este test muestra fiabilidad y validez para evaluar las actividades de la vida diaria, presentando un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 (Solís, Arrijoja, y Manzano, 2005).

Procedimiento

La selección de los participantes fue llevada a cabo en la Asociación de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias de Jijona, localizada en la provincia de Alicante. Se seleccionaron 20 usuarios, que hubieron recibido recientemente el diagnóstico por demencia tipo Alzheimer en fase leve, detectados a través de la Escala de Deterioro Global de Reisberg et al., (1982) y de acuerdo con la psicóloga del centro. Todos los participantes fueron informados de los fines y propósitos del programa rellenando un documento donde afirmaron su consentimiento y participación voluntaria, siendo divididos al azar posteriormente en grupo experimental y control. A continuación, los familiares fueron sometidos a la Valoración global psicológica a través de una entrevista clínica para la obtención de datos sociodemográficos, así como médicos, de conducta y de personalidad. Finalmente, los participantes de ambos grupos realizaron una serie de pruebas psicológicas que rellenaron de nuevo al finalizar la presente intervención. El propósito de la realización de una medida test-retest fue la evaluación de la eficacia del programa para comprobar si este ayudaba a mantener las capacidades cognitivas y funcionales, retrasando el progreso de la enfermedad el máximo tiempo posible, en comparación con aquellos participantes que no recibieron la intervención.

Sesiones

La estructura de la intervención se distribuyó en 9 sesiones, llevadas a cabo durante el periodo de 3 meses. Semanalmente se implementó de la sesión 3 a la sesión 8, atribuyendo

cada sesión a un día de la semana (de lunes a sábado). Cada día se trabajó un proceso cognitivo diferente, donde se inició cada sesión con 30 minutos de terapia de orientación a la realidad (TOR), trabajando posteriormente 60 minutos de atención y praxias (lunes), memoria (martes), reminiscencia (miércoles), lenguaje y lectoescritura (jueves), cálculo y funciones ejecutivas (viernes) y actividades de la vida diaria (AVD) (sábados). De este modo, las sesiones presentaron una franja horaria fija de 10:00 horas a 11:30 horas para la prevención de la desorientación y posibles olvidos. En la Tabla 1. se muestra la distribución diaria establecida de la sesión 3 a la sesión 8.

Tabla 1.

Organización diaria de las sesiones. Autoría propia.

<i>Horario</i>	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>
10:00 - 10:30	TOR	TOR	TOR	TOR	TOR	TOR
10:30 - 11:30	Atención y praxias	Memoria	Reminiscencia	Lenguaje y lectoescritura	Cálculo y funciones ejecutivas	AVD

Las actividades fueron seleccionadas en función de la capacidad presentada por los usuarios para evitar la frustración, por lo que se fue adaptando la dificultad en función del rendimiento de las personas en cada momento (Peña, 2010). En la Tabla 2. se establece la estructuración de todas las sesiones y actividades para el periodo de 3 meses.

Tabla 2.

Cronograma de las sesiones. Autoría propia.

<i>Sesiones</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenido</i>
Sesión 1	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del equipo multidisciplinar. - Presentación del proyecto y de la labor. - Establecimiento del rapport. - Consentimiento informado (Anexo 5) - Escala de Deterioro Global de Reisberg (Anexo 3). - Acogida de la familia. - Valoración Psicológica Global (Anexo 4)

Sesión 2	Evaluación psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Mini Mental State (Anexo 6). - Test del Dibujo del Reloj (Anexo 7) - Índice de Barthel (Anexo 8)
Sesión 3	Atención y praxias	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación espacial - Orientación temporal - Atención y concentración - Motricidad fina
Sesión 4	Memoria	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación espacial - Orientación temporal - Memoria a corto y a largo plazo - Memoria de asociación
Sesión 5	Reminiscencia	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación espacial - Orientación temporal - Memoria episódica y memoria semántica
Sesión 6	Lenguaje y lectoescritura	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación espacial - Orientación temporal - Léxico, comprensión y discriminación - Lenguaje verbal y escritura
Sesión 7	Cálculo y funciones ejecutivas	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación espacial - Orientación temporal - Cálculo - Razonamiento numérico - Secuencias numéricas - Memoria de fijación y de trabajo
Sesión 8	Actividades de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación espacial. - Orientación temporal. - Autonomía personal - Reconocimiento visual y denominación de objetos
Sesión 9	Síntesis del programa y despedida	<ul style="list-style-type: none"> - Retest Mini Mental State - Retest del Dibujo del Reloj - Retest Índice de Barthel - Revisión de contenidos trabajados - Conclusiones finales - Despedida

Sesión 1. Presentación.

Objetivo: Presentación del equipo multidisciplinar, siendo estos, las psicólogas, terapeuta ocupacional y auxiliar de enfermería. Posterior presentación del proyecto y de la

labor a los participantes y familiares, creando un clima de confianza, favoreciendo la comunicación, expresión, participación y cohesión grupal. Cumplimentación del consentimiento informado para la participación voluntaria en el programa, presentado en el Anexo 6.

Equipo multidisciplinar: psicóloga del centro, la cual facilitó el acceso a los participantes y estableció la valoración psicológica global, así como la evaluación de los test llevada a cabo al inicio y al final de la intervención, comprobando la eficacia de este; segunda psicóloga, la cual desarrolló las sesiones de estimulación cognitiva, así como sus actividades; terapeuta ocupacional, la cual implementó las sesiones de actividades de la vida diaria, y auxiliar de enfermería, la cual supervisó y apoyó el progreso de las sesiones.

Escala de Deterioro Global de Reisberg et al. (1982): se implementó la escala a los usuarios para valorar la gravedad de la demencia. De tal modo que, a través de esta se identificó a aquellos participantes en fase leve (GD4) (Anexo 3).

Valoración Global Psicológica: se llevó a cabo a través de una entrevista clínica con los familiares de los participantes con el fin de recopilar información sociodemográfica, información sobre los familiares y cuidadores, datos médicos, rasgos de carácter y conducta (Anexo 4).

Sesión 2. Evaluación psicológica.

Objetivo: detectar el deterioro cognitivo, así como las áreas afectadas que presentan los participantes para ajustar las actividades a sus capacidades evitando la frustración, permitiendo posteriormente comprobar la eficacia de la intervención.

Mini Mental State (MMS): se evaluaron las funciones cognitivas como la orientación temporal y espacial, memoria (fijación) inmediata y diferida (recuerdo), atención - cálculo, lenguaje y la capacidad visoconstructiva (Anexo 6).

Test del Dibujo del Reloj (TDR): se evaluaron las funciones cognitivas a través de dibujar un reloj a la orden, indicando la realización del dibujo de un reloj, y a la copia, indicando el desempeño de la copia de un reloj dibujado (Anexo 7).

Indice de Barthel (IB): se midieron las capacidades que presentaban los usuarios en la realización de las actividades de la vida diaria, es decir, en el comer, aseo personal, trasladarse, etc. (Anexo 8).

Sesión 3. Atención y praxias.

Objetivo: reducir la desorientación espacial y temporal proporcionándole información sobre la realidad para mantener la orientación de la persona el mayor tiempo posible. Además, se pretende ejercitar la capacidad de atención y concentración, así como estimular las praxias a través de favorecer la motricidad fina y las habilidades viso-constructivas.

Orientación espacial: se estimuló a través de proporcionar información y realizar preguntas sobre la sala donde se encontraban, el municipio, el país, su lugar de residencia y distribución de su domicilio.

Orientación temporal: se pretendió estimular a través de la realización de preguntas sobre el día de la semana, mes, año, estación, el santo del día y próximos días festivos.

Atención y concentración: se ejercitó la capacidad de mantener la atención y concentración sobre la actividad que se esté trabajando. Para ello, se realizaron diversas actividades. En el Anexo 9 se puede encontrar un ejemplo posible y en el Anexo 10 un ejemplo de ficha a realizar.

Motricidad fina: se trabajó la capacidad de coordinar los músculos para llevar a cabo movimientos precisos. Se llevó a cabo a través de distintas actividades. Un ejemplo posible se encuentra en el Anexo 11 y en el Anexo 12 un ejemplo de ficha a realizar.

Sesión 4. Memoria.

Objetivo: reducir la desorientación espacial y temporal proporcionándole información sobre la realidad para mantener la orientación de la persona el mayor tiempo posible. Además, se pretende ejercitar la memoria para retrasar el progreso de los olvidos.

Memoria a corto y a largo plazo: se trabajó la capacidad de mantener y recuperar información en un periodo limitado de tiempo, así como la capacidad de almacenarla de forma prolongada a través de la realización de distintas actividades. En los Anexo 13 y 15 aparecen dos ejemplos de actividades posibles y en el Anexo 14 se muestra un ejemplo de ficha a realizar.

Memoria de asociación: se estimuló la capacidad de almacenar y recuperar la información a través de asociarla con otra, realizándolo a partir de diversas actividades. En el Anexo 16 aparece un ejemplo de actividad posible y en el Anexo 17 un ejemplo de ficha a realizar.

Sesión 5. Reminiscencia.

Objetivo: reducir la desorientación espacial y temporal proporcionándole información sobre la realidad para mantener la orientación de la persona el mayor tiempo posible. También, se pretende proporcionar elementos emotivos como los hechos personales e históricos que activen la memoria y favorezcan la conservación de los recuerdos más lejanos.

Memoria episódica y semántica: se estimuló a través de los recuerdos personales y hechos históricos importantes mediante la realización de distintas actividades. En los Anexo 18 y 19 se muestran dos ejemplos de actividades.

Sesión 6. Lenguaje y lectoescritura.

Objetivo: reducir la desorientación espacial y temporal proporcionándole información sobre la realidad para mantener la orientación de la persona el mayor tiempo posible. También, se pretende estimular la comprensión verbal, la expresión escrita y la fluidez verbal.

Léxico, comprensión y discriminación: se ejercitó la capacidad de comprender y discriminar palabras, estimulando a su vez el léxico. Para ello, se realizaron diversas actividades. Un ejemplo de actividad posible se encuentra en el Anexo 20 y en el Anexo 21 un ejemplo de ficha a realizar.

Lenguaje verbal y escritura: se estimuló la comunicación verbal y escrita a través de diversas actividades. En el Anexo 22 se puede encontrar un ejemplo de actividad posible y en el Anexo 23 se muestra un ejemplo de ficha a realizar.

Sesión 7. Cálculo y funciones ejecutivas.

Objetivo: reducir la desorientación espacial y temporal proporcionándole información sobre la realidad para mantener la orientación de la persona el mayor tiempo posible. También, se pretende ejercitar la capacidad de concentración, el cálculo y la capacidad de contar, así como trabajar la función ejecutiva a través del cálculo y razonamiento numérico.

Cálculo: se ejercitó la capacidad de cálculo para mantener la agilidad y fluidez de este. Para ello, se realizaron distintas actividades como ejercicios de sumas, restas, multiplicaciones y ordenación de números. En el Anexo 24 se puede ver un ejemplo de actividad posible y en el Anexo 25 un ejemplo de ficha a realizar.

Razonamiento numérico: se estimuló la capacidad de aplicar la información adquirida a través de números para solucionar diversos problemas. Se trabajó a través de distintas actividades. Un ejemplo de actividad posible se puede obtener en el Anexo 26 y en el Anexo 27 se muestra un ejemplo de ficha a realizar.

Secuencias numéricas: se trabajó la capacidad de ordenar una serie de números a partir de una secuencia fija, mediante diversas actividades. En el Anexo 28 se encuentra un ejemplo de actividad y en el Anexo 29 un ejemplo de ficha a realizar.

Memoria de fijación y de trabajo: se estimuló la capacidad de mantener la información mientras se realiza la actividad y almacenar aquella información que se adquirió a través del aprendizaje. Para ello, se realizaron diferentes actividades. Un ejemplo de actividad posible puede observarse en el Anexo 30 y en el Anexo 31 se muestra un ejemplo de ficha a realizar.

Sesión 8. Actividades de la vida diaria.

Objetivo: reducir la desorientación espacial y temporal proporcionándole información sobre la realidad para mantener la orientación de la persona el mayor tiempo posible. También, se pretende fomentar la autonomía e independencia de las personas en aquellas actividades imprescindibles en la vida diaria.

Autonomía personal: se favoreció la independencia de la persona a través de la realización de diversas actividades de la vida diaria. Un ejemplo de actividad puede encontrarse en el Anexo 32 y en el Anexo 33 se muestra un ejemplo de a ficha a realizar.

Reconocimiento visual y denominación de objetos: se ejercitó la capacidad de reconocer diversos objetos de la vida diaria y recordar su denominación, así como su utilidad a través de diversas actividades. En el Anexo 34 se puede observar un ejemplo y en el Anexo 36 se muestra un ejemplo de ficha a realizar.

Sesión 9. Síntesis del programa y despedida.

Objetivo: realización de un resumen de los contenidos y áreas trabajados durante la intervención estableciendo las conclusiones finales. Posterior cumplimentación de la batería de cuestionarios psicológicos rellenos al inicio de la intervención (MME, TDR y IB) para valorar la eficacia. Finalización del programa con calidez y empatía por parte de la psicóloga.

Recursos

Recursos humanos

Resultó necesario la presencia de la psicóloga del centro para la facilitación del acceso a los participantes y para la implementación de la valoración psicológica global, así como la evaluación de los test. También, fue necesario contar con otra psicóloga, la cual desarrolló las sesiones de estimulación cognitiva, así como sus actividades. Del mismo modo,

resultó necesario contar con una terapeuta ocupacional, ya que implementó las sesiones de actividades de la vida diaria. Finalmente, se necesitó contar con una auxiliar de enfermería que supervisase y apoyase el progreso de las sesiones.

Por un lado, la psicóloga encargada de comprobar la eficacia del programa trabajó 30 horas durante el primer mes, de las cuales el 50% de las horas las empleó realizando la valoración psicológica y el 50% de las horas restantes estableció la evaluación psicológica inicial. Durante el último mes trabajó 15 horas, donde llevó a cabo la evaluación psicológica test-retest. Esto da un total de 45 horas trabajadas a lo largo del programa interventivo. Por otro lado, la psicóloga encargada del desarrollo de las sesiones y actividades de estimulación cognitiva trabajó 72 horas al mes durante el periodo de 3 meses, donde el 50% las empleó implementando las sesiones y el 50% de las horas restantes llevó a cabo la elaboración del material, quedando un total de 216 horas trabajadas durante la intervención. En cuanto a la terapeuta ocupacional trabajó 6 horas al mes, implementando las sesiones de actividades de la vida diaria, durante el periodo de 3 meses, dando lugar a un total de 18 horas trabajadas durante el programa. Finalmente, la auxiliar de enfermería trabajó 36 horas al mes, realizadas en el desarrollo de las sesiones, durante el periodo de 3 meses. Esto resultó un total de 108 horas trabajadas a lo largo de la intervención.

Recursos materiales

En la Tabla 3. se muestran los recursos materiales que fueron necesarios para el desarrollo del proyecto del intervención.

Tabla 3.

Materiales y mobiliario necesario. Autoría propia.

<i>Instalaciones/Mobiliario</i>	<i>Material fungible</i>	<i>Material informático</i>
- Aula	- Carpetas	- Pantalla digital
- Sillas	- Folios	- Proyector
- Mesas	- Cartulinas	- Impresora
	- Rotuladores	- Fotocopiadora
	- Tijeras	- Ordenador
	- Pegamentos	- Usb
	- Fichas ejercicios	
	- Gomas	
	- Lápices	
	- Otro material fungible	

Por tanto, de acuerdo con la resolución del Boletín Oficial del Estado (BOE) número 159 del Jueves 4 de Julio del 2019 correspondiente al XV Convenio colectivo del los centros especiales de empleo y de los centros asistenciales para el año 2021, se contrató los servicios profesionales de la psicóloga encargada de evaluar la eficacia del programa a 8,24 euros la hora dando un total de 370,80 euros. También, se contrató los servicios profesionales de la psicóloga encargada de desarrollar las sesiones de estimulación cognitiva a 8,24 euros la hora, formando un total de 1779,84 euros. Del mismo modo, se contrató una terapeuta ocupacional a 6,26 euros la hora, sumando un total de 112,68 euros. Finalmente, se contrató los servicios profesionales de la auxiliar de enfermería a 3,77 euros la hora resultando un total de 407,16 euros. Esto da lugar a un presupuesto total de 2670,48 euros, los cuales fueron destinados a las profesionales, debido a que el resto de materiales se obtuvieron de manera gratuita por la Asociación (BOE, 2019).

Evaluación

Para lograr el cumplimiento de los objetivos del programa, este se evaluó en base a dos ámbitos: En primer lugar, en cuanto a la procedencia de los evaluadores, se llevó a cabo una evaluación mixta, realizada tanto por el personal que desarrolló el programa de intervención, psicólogas, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermería, los participantes y beneficiarios, como por profesionales externos para garantizar una opinión más objetiva. En segundo lugar, en función del momento en que se estableció la evaluación de la implementación del programa, se llevó a cabo en tres fases: antes de la implementación del programa, para evaluar la planificación y diseño de la intervención, consultando con especialistas importantes en este área; durante cada sesión, recogiendo información a través de preguntas por parte de la psicóloga sobre el ambiente y desempeño de los participantes; y, después, donde se evaluó la eficacia del programa. En la Tabla 4. se muestra la estructura de la evaluación establecida.

Tabla 4.

Estructura de la evaluación. Autoría propia.

<i>Evaluación según la procedencia de los evaluadores</i>	<i>Evaluación según el momento temporal</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Interna (psicólogas, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermería, participantes y beneficiarios) - Externa (profesionales de este ámbito) 	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de la implementación del programa - Durante cada sesión - Después de la implementación de del programa

En cuanto a la evaluación de la eficacia de la intervención, se realizó a través del estudio pre-post mediante la evaluación del Mini Mental State, Test del Dibujo del Reloj e Índice de Barthel. Por tanto, si el grupo experimental en comparación con la evaluación inicial y con el grupo control, en la segunda evaluación de las pruebas psicológicas presentó mejores resultados, entonces el programa resultó eficaz.

Resultados esperados

Se espera que una vez implementado la batería de cuestionarios psicológicos al inicio de la intervención, se obtengan datos semejantes entre el grupo experimental y el grupo control, oscilando entre 21 y 26 en el Mini Mental State, correspondiendo con deterioro cognitivo leve; una puntuación inferior a 15 en el Test del Dibujo del Reloj, indicando deterioro cognitivo y, una puntuación de 100 en el Índice de Barthel mostrando independencia en las actividades de la vida diaria.

Una vez llevado a cabo el programa se espera obtener un mantenimiento en los resultados esperados del grupo experimental correspondiéndose con los de la sesión inicial, al volver a cumplimentar la batería de cuestionarios psicológicos en la última sesión en comparación con el grupo control, el cual mostrará unos resultados inferiores respecto al grupo experimental y a la primera evaluación. Por tanto, el deterioro cognitivo progresará a un mayor ritmo en el grupo control que en el experimental. Esto evidenciará que el programa de intervención ha beneficiado el mantenimiento de las capacidades cognitivas y funcionales del grupo experimental, potenciando su autonomía e independencia, mejorando su calidad de vida en general y la de familiares y cuidadores.

Conclusiones

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad que abunda actualmente en nuestra sociedad. Concretamente, esta enfermedad muestra una prevalencia creciente, ya que aumenta exponencialmente con los años, llegando a ocasionar la muerte entre los 8 y 10 años posteriores y, donde incide el doble en mujeres que en hombres. Todo esto muestra un incremento significativo en el número de personas con deterioro en salud mental según datos de la Fundación Alzheimer España (FAE).

Esta demencia es un trastorno progresivo, el cual no tiene un tratamiento curativo, siendo irreversible, destruyendo las funciones cognitivas y la autonomía de las personas. Por tanto, debido a la relevancia que presenta esta demencia y su rápido progreso, se hace

necesario el establecimiento de programas de intervención como el presentado en este proyecto. Este programa ha querido mostrar la situación que padecen estas personas en la fase inicial de la enfermedad, además de analizar el deterioro que se produce en cuanto a las relaciones sociales, actividades de la vida diaria, estado de ánimo y desconexión con el entorno. De este modo, a través de la intervención cognitiva basada en la terapia de orientación a la realidad, terapia de reminiscencia, psicoestimulación cognitiva y actividades de la vida diaria, se logra mantener las capacidades cognitivas y funcionales durante un tiempo mayor, retrasando la evolución de la enfermedad.

Cabe mencionar, que hoy en día existen diversos estudios donde se muestra la relevancia de realizar este tipo de intervenciones durante la fase inicial de la enfermedad, mostrando mejoras significativas en el mantenimiento de la memoria, de las actividades funcionales de la vida diaria y del estado de ánimo. Además, las diversas actividades deben corresponderse con la capacidad que presente la persona en cada momento, adaptando el nivel de manera individualizada para prevenir la frustración.

Finalmente, se prevé que cuando se establezca el programa y se compruebe su eficacia y validez, se cumplirá con el principal objetivo de esta intervención, el cual se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer en fase leve, así como la de sus familiares y cuidadores, aliviando y favoreciendo en la medida de lo posible sus vidas.

Referencias

- Alberca, J. G. (2006). Estudio de funciones cognitivas y deterioro conductual en la enfermedad de alzheimer.
- Alzheimer's Disease and Dementia (2021). Alzheimer y demencia. <https://www.alz.org/alzheimer-demencia>
- American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid: Panamericana.
- Boletín Oficial del Estado (2019). XV Convenio colectivo general de centros y servicios de atención a personas con discapacidad. <https://www.boe.es/boe/dias/2019/07/04/pdfs/BOE-A-2019-9974.pdf>
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., & Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*, 28(7), 648-655.
- Domènech Pou, S. (2004). Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve. Universitat de Barcelona.
- Folstein, M., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fundación Alzheimer España. (2014). Prevalencia de las demencias. <http://www.alzfae.org/fundacion/151/frecuencia-alzheimer>
- García Herranz, S. (2015). Eficacia de un Programa de Estimulación Cognitiva en un grupo de personas con probable Enfermedad de Alzheimer en fase leve. Estudio Piloto.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte. Madrid: INE; 2020. <https://goo.su/4Yie>
- Lobo A, Ezquerra J, Gómez F, Sala JM, y Seva A (1979). El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso Espa Neurol, Psiquiat y Cien Afin*, 3: 189-202.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Fernando Pascual, L., Montañés, J.A. y Aznar, S. (1999) Revalidación y estandarización del Mini Examen Cognoscitivo (primera versión española del

- Mini-Mental Status Examination) en población geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774.
- Luque, M. L., Carrasco, P. M., Peña, M. M., Blázquez, M., & de León, J. M. R. S. (2010). Resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio preliminar. *Alzheimer Real Invest Demenc*, 46, 15, 23.
- Meilán, J. J. G., & Gutiérrez, J. M. C. (Eds.). (2017). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas: Aspectos psicosociales*. Elsevier España.
- National Institute on Aging (2020). Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer. Recuperado el 15 de marzo de 2021 de <https://www.nia.nih.gov/espanol/hoja-informativa-sobre-enfermedad-alzheimer>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descriptores clínicos y pautas para el diagnóstico. CIE 10*.
- Organización Mundial de la Salud (2020, 21 septiembre). Demencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Peña, A. S. (2010). Estimulación cognitiva para adultos [Archivo PDF]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/sardinero-guia-01.pdf>
- Pérez, A. M. E. (2005). La demencia: diagnóstico y evaluación. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 10(3), 6-13.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J. & Crook, T. (1982). The Global deterioration Scale for Assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of psychiatry*, 139 (9), 1136-1139.
- Solis, C. L. B., Arrijoja, S. G., & Manzano, A. O. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4(1-2), 81-5.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. et al. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 183, 248-254.
- Shah, S., Vanclay, F. y Cooper, B. (1989). Mejora de la sensibilidad del índice de Barthel para la rehabilitación del accidente cerebrovascular. *Revista de epidemiología clínica* , 42 (8), 703-709

Anexos

Anexo 1

Criterios DSM 5 para el diagnóstico de un trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer (APA, 2014).

Para un trastorno neurocognitivo leve:

- Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.
- Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer posible** si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares, y aparecen las tres siguientes:
 1. Evidencias del declive de la memoria y aprendizaje.
 2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
 3. Sin evidencias de una etiología mixta.

Anexo 2

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (Organización Mundial de la Salud, 1992)

1. Deterioro de la memoria:
 - a. Alteración en la capacidad de registrar, almacenar y evocar información.
 - b. Pérdida de contenidos amnésicos relativos a la familia o al pasado.
2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento:
 - a. Reducción del flujo de ideas.
3. Deterioro del proceso de almacén de información:
 - a. Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez.
 - b. Dificultad para cambiar el foco de atención.
4. Interferencia en la actividad cotidiana
5. Nivel de conciencia normal, sin excluir la posibilidad de alteraciones episódicas.
6. Las alteraciones se hallan durante al menos 6 meses.

Anexo 3

Escala de Deterioro Global de Reisberg et al. (1982).

<i>Estadio</i>	<i>Diagnóstico clínico</i>	<i>Características clínicas</i>
1-Ausencia de déficit cognitivo	Normal	No hay deterioro cognitivo
2-Déficit cognitivo muy leve	Olvido	Quejas de pérdida de memoria
3-Déficit cognitivo leve	Confusión precoz	Alteración en más de una área: <ul style="list-style-type: none"> - Desorientación espacial - Evidencia de bajo rendimiento laboral - Dificultad para recordar nombres - Acabada la lectura tiene poca información - Olvida la ubicación de objetos de valor - Deficit de concentracion - Ansiedad leve o moderada - Negación como mecanismo de defensa
4-Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer leve	Déficit manifiestos: <ul style="list-style-type: none"> - Olvido de hechos cotidianos recientes - Déficit en el recuerdo de su historia personal - Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta - Incapacidad de planificar viajes, vida social o realizar actividades complejas - Labilidad afectiva - Mecanismos de negación dominan el cuadro - Conserva la orientación,

		reconocimiento de caras y personas familiares y capacidad de viajes a lugares desconocidos.
5- Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad Alzheimer moderada	<p>Necesita asistencia de determinadas actividades básicas de la vida diaria (excepto higiene y comida):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana. - Desorientación tempoespacial frecuente. - Dificultad para contar en orden inverso desde 40, de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2. - Es capaz de retener su nombre y el de los familiares más íntimos.
6-Déficit cognitivo grave	Enfermedad Alzheimer moderadamente grave	<p>Olvida el nombre de sus familiares más íntimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retiene algunos datos del pasado. - Desorientación tempoespacial. - Tiene dificultad para contar de 10 en 10 en orden directo o inverso. - Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria. - Puede presentar incontinencia. - Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos. - Hay trastorno del ritmo diurno. - Presenta cambios en la personalidad y afectividad.
7- Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad Alzheimer grave	<p>Pérdida de todas las capacidades verbales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia urinaria. - Necesidad de asistencia en la higiene personal. - Pérdida de las funciones psicomotrices. - Con frecuencia se observan signos neurológicos.

Anexo 4

Cuestionario Valoración global psicológica de Autoría propia.

Fecha:

Datos personales

- Nombre y apellidos:
- Fecha de nacimiento:
- Localidad:
- Teléfono:
- Diagnóstico:

Datos del cuidador principal

- Nombre y apellidos:
- Teléfono de contacto:
- Profesión:

Datos del familiar

- Nombre y apellidos:
- Teléfono de contacto:
- Edad:
- Parentesco:
- Profesión:
- Estado civil:

Carácter del usuario

- ¿Es alegre o serio?
- ¿Es activo?
- ¿Es tímido?
- ¿Es agresivo o es pacífico?

Conducta del usuario

- ¿Cómo actúa con los extraños?
- ¿Muestra apatía?
- ¿Suele mentir?
- ¿Suele ser participativo?

- ¿Presenta desobediencia?
- ¿Presenta agresión verbal?

Socialización

- ¿Cuales son sus aficiones?
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Cuales son sus actividades favoritas?
- ¿Suele colaborar en actividades de la casa?
- ¿Qué suele hacer en su tiempo libre?

Comunicación

- ¿Habla correctamente?
- ¿Mantiene una lectura correcta?
- ¿Mantiene una escritura correcta?
- ¿Tiene capacidad de comprensión?
- ¿Sufre alguna discapacidad sensorial?

Datos médicos

- Diagnóstico:
- Medicación:
- Alergias:

Firma de la psicóloga

Anexo 5

Formulario de consentimiento informado. Autoría propia.

Título: “Propuesta de un Programa de Intervención cognitiva en pacientes de Alzheimer en fase leve”.

El siguiente programa tiene como objetivo demostrar la eficacia de una intervención cognitiva en enfermos de Alzheimer en fase leve. Es de gran relevancia demostrar la importancia de este programa para el mantenimiento cognitivo y funcional, evitando la desconexión del entorno y de sí mismos. De esta forma se potenciará su autonomía, independencia y autoestima, mejorando la calidad de vida del paciente, familiares y cuidador.

1. Confirmando tener la información necesaria sobre el programa de intervención en el que se ha solicitado mi participación.
2. Afirmo que la participación es de forma voluntaria.
3. Comprendo que los datos personales son confidenciales.
4. Doy mi autorización para la participación en este programa.

Nombre

Fecha

Firma

Afirmo que he explicado los fines y objetivos del programa de intervención al participante mencionado arriba. La persona expresó su consentimiento y la de su familiar en la participación del estudio.

Psicóloga

Fecha

Firma

Anexo 6

Prueba psicológica Mini- Mental State basado en Folstein, Folstein y McHugh (1975) y Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala, y Seva (1979).

Nombre: _____ Hombre: () Mujer: ()
 Fecha: _____ Fecha nacimiento: _____ Edad: _____
 Profesión: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué fecha? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	Orientación temporal (Máximo 5 puntos):
¿En qué lugar estamos? 0-1 ¿En qué planta estamos? 0-1 ¿En qué pueblo? 0-1 ¿En qué provincia? 0-1 ¿En qué país? 0-1	Orientación temporal (Máximo 5 puntos):
Repita tres palabras: Peseta, Caballo, Manzana Peseta Caballo Manzana 0-1 0-1 0-1	Fijación - recuerdo inmediato (Máximo 3 puntos):
Si tiene 30 pesetas y me da de 3 en 3, ¿Cuántas van quedando? 30 (0-1) 27 (0-1) 24 (0-1) 21 (0-1) 18 (0-1)	Atención - Cálculo (Máximo 5 puntos):
¿Cuáles eran las palabras mencionadas anteriormente? Peseta Caballo Manzana 0-1 0-1 0-1	Recuerdo diferido (Máximo 3 puntos):
Denominación: mostrarle un bolígrafo y un reloj y que diga que es. Bolígrafo (0-1) Reloj (0-1) Repetición: pedirle que repita la frase “ni si, ni no, ni pero” (0-1) Órdenes: pedirle que realice la orden “Coja un papel con la mano derecha, dóblalo por la mitad y póngalo en el suelo” Coje con la mano 0-1 Dobla por la mitad 0-1 Deja en el suelo 0-1 Lectura: pedirle que lea la frase y haga lo que pide “Cierre los ojos” 0-1 Escritura: pedirle que escriba una frase 0-1 Copia: pedirle que copie los dos pentágonos que observa. 0-1	Lenguaje (Máximo 9 puntos):
	Puntuación total (Máximo 30 puntos):

Anexo 7

Criterios de puntuación del Test de dibujo del reloj por Cacho, García-García, Arcaya, Vicente, y Lantada (1999).

1. ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO 2 PUNTOS).	
PUNTOS	RESULTADOS
2	Dibujo norma. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.
2. PRESENCIA O SECUENCIA DE LOS NÚMEROS (MÁXIMO 4 PUNTOS).	
4	Todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo "pequeños errores" en la localización espacial en menos de 4 números (p.e. colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3,5	Cuando los "pequeños errores" en la colocación espacial se dan en 4 o más números pequeños.
3	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (p.e. colocar el número 3 en el espacio del número 6). Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2	Omisión o adicción de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes.
	Números con algún desorden de secuencia (4 ó más números).
	Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa).
1	Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc...).
	Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
	Ausencia o exeso de números con gran distorsión espacial.
0	Alineación numérica con falta o exeso de números.
	Rotación inversa con falta o exeso de números.
	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).
3. PRESENCIA Y LOCALIZACIÓN DE LAS MANECILLAS (MÁXIMO 4 PUNTOS).	
4	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
3,5	Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño.
3	Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior). Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial).
	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.
1	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.
	Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de "rueda de carro".

Anexo 8

Índice de Barthel (IB) versión en Español (Solís, Arrijoja, y Manzano, 2005).

Comer	1.Incapaz 2.Necesita ayuda 3.Independiente	0 5 10
Trasladarse entre la silla y la cama	1.Incapaz 2.Necesita ayuda importante, puede estar sentado 3.Necesita algo de ayuda 4.Independiente	0 5 10 15
Aseo personal	1.Necesita ayuda 2.Independiente	0 5
Uso del retrete	1.Dependiente 2.Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo 3.Independiente	0 5 10
Ducharse	1.Dependiente 2.Independiente	0 1
Desplazarse	1.Inmóvil 2.Independiente 3.Camina con ayuda de una persona 4.Independiente, con muleta, menos con andador.	0 5 10 15
Subir y bajar escaleras	1.Incapaz 2.Necesita ayuda física o verbal 3.Independiente	0 5 10
Vestirse y desvestirse	1.Dependiente 2.Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo 3. Independiente	0 5 10
Control de heces	1.Incontinente 2.Accidente excepcional, uno a la semana 3.Continente	0 5 10
Control de orina	1.Incontinente o sondado, incapaz de cambiarse la bolsa 2.Accidente excepcional, uno al día 3. Continente, al menos 7 días	0 5 10

Anexo 9

Actividad 1: Identificar objetos. Autoría propia.

Objetivos: estimulación de la atención, concentración, categorización y discriminación.

Materiales: ficha 1 sobre identificación de imágenes.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: deberán observar las imágenes y seleccionar aquellas que tengan un árbol o partes que correspondan a este.

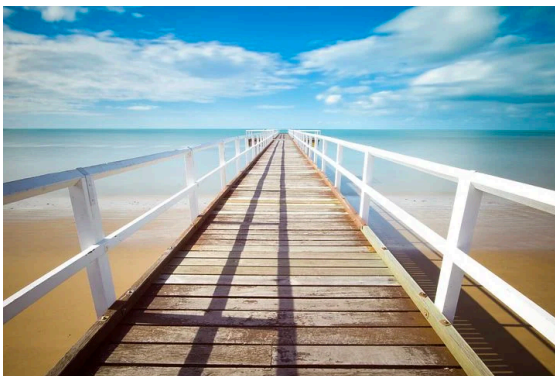
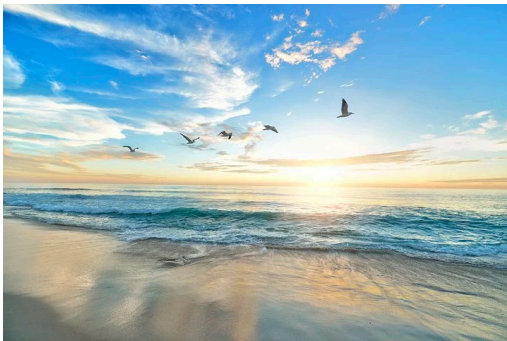
Anexo 10

Ficha 1. Actividad 1. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

Selecciona las imágenes que tengan un árbol o parte de éste:



Anexo 11

Actividad 2: Sopa de letras profesiones. Autoría propia.

Objetivos: estimulación de la atención, concentración, motricidad fina y discriminación visual.

Materiales: ficha 2 sobre sopa de letras.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: deberán identificar y redondear el nombre de todas las profesiones que aparezcan en la sopa de letras.

Anexo 12

Ficha 2. Actividad 2. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

SOPA DE LETRAS: Encuentra los nombres de las siguientes profesiones:

Actor, bombero, carnicero, enfermera, heladero, panadero, pescadero, psicólogo,
arquitecto, camarero, doctor, farmacéutico, ingeniero, peluquero, profesora, taxista.



Anexo 13

Actividad 3: Objetos de uso diario. Autoría propia.

Objetivos: estimulación de la memoria a corto plazo, así como la semántica, la atención y concentración, la percepción visual, el lenguaje y las gnosias.

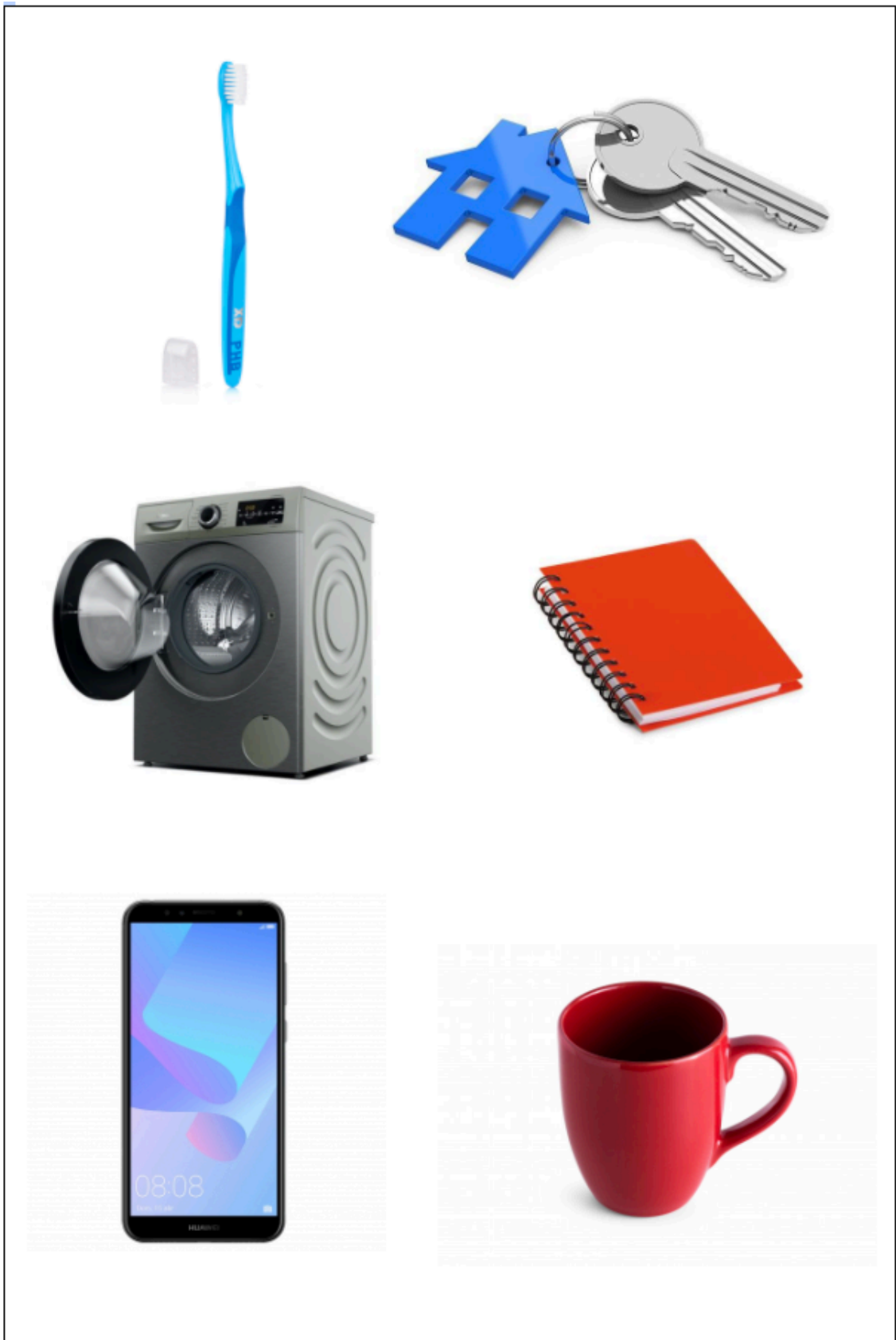
Material: se utilizará la ficha 3 sobre imágenes de objetos que se usen cotidianamente.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: se seleccionarán objetos que se usen diariamente como el cepillo de dientes, las llaves de casa, la lavadora, una libreta, el teléfono móvil, taza, etc. Posteriormente, se mostrarán los objetos de uno en uno y se esconderán de nuevo. A continuación, se les realizará preguntas sobre estos como: ¿Qué objeto era?, ¿Para que se utiliza?, ¿De qué color era?, ¿Cómo era el tamaño?, etc.

Anexo 14

Ficha 3. Actividad 3. Autoría propia.



Anexo 15

Actividad 4: Canciones populares de su época. Autoría propia.

Objetivos: estimulación de la memoria a corto plazo, memoria semántica, memoria episódica, la atención y concentración, y el lenguaje.

Material: se utilizarán canciones populares de su época.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: se seleccionarán diversas canciones de la época de las personas y se pondrá el inicio de la canción para que vayan completándola. Posteriormente, se les realizará preguntas como: ¿A qué edad escuchabas esta canción?, ¿En qué situaciones la escuchabas?, ¿Con quién estabas mientras la escuchabas?, ¿Como te hacía sentir esta canción?, etc.

Anexo 16

Actividad 5: Memoria de asociación. Autoría propia.

Objetivos: ejercitar la memoria de asociación y la memoria semántica.

Material: se utilizará la ficha 4 sobre asociación de objetos.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: se deberá encontrar un objeto que presenta las mismas características que los objetos descritos en cada una de las frases para poder completarlas.

Anexo 17

Ficha 4. Actividad 5. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

Completa las siguientes frases con objetos que tengan las mismas características mencionadas:

1. El billete de 20 euros es azul como: _____
2. Una naranja es redonda como: _____
3. Un guisante es pequeño como: _____
4. Un avión es rápido como: _____
5. Un fideo es fino como: _____
6. La leche es blanca como: _____
7. Un león es un animal como: _____
8. El perfume huele bien como: _____
9. Un masaje es relajante como: _____
10. Un viaje es caro como: _____
11. Un parque de juegos es ruidoso como: _____
12. Un bombón es dulce como: _____
13. El corazón es rojo como: _____
14. El hielo es frío como: _____
15. Un elefante es grande como: _____
16. Nueva York es una ciudad como: _____
17. Las flores son bonitas como: _____
18. La luna está tan lejos como: _____
19. La luz es tan rápida como: _____
20. Las plumas son tan suaves como: _____
21. La pintura huele tanto como: _____
22. La sandía es una fruta como: _____

Anexo 18

Actividad 6: Nuestro antiguo colegio. Autoría propia.

Objetivos: estimulación de la memoria episódica y semántica, la atención focalizada, el lenguaje y las gnosias de los usuarios.

Material: se utilizarán fotografías de las escuelas antiguas de los usuarios.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: se realizarán preguntas de manera grupal e individual como las siguientes: ¿Cómo se llamaba el colegio?, ¿En qué lugar se encontraba?, ¿A qué edad comenzaste el colegio?, ¿Cómo era la distribución de la clase?, ¿Cuántos compañeros tenías?, ¿Cuántas chicas había en la clase?, ¿Cuántos chicos había en la clase?, ¿Cómo se llamaban los compañeros?, ¿Cuál era la asignatura más divertida?, ¿Que es lo que más te gustó del colegio?, ¿Y lo que menos?, etc. De este modo, al proporcionar elementos emotivos cómo son los hechos personales, se activará la reminiscencia de la memoria, favoreciendo así la conservación de los recuerdos más lejanos.

Anexo 19

Actividad 7: Cantantes famosos. Autoría propia.

Objetivos: estimulación de la reminiscencia y memoria semántica, reconocimiento visual y lenguaje.

Material: se utilizarán imágenes de cantantes famosos de su época.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: se desarrollará una presentación donde vayan apareciendo imágenes de cantantes famosos de su época y tendrán que ir adivinando que persona es. Se realizarán preguntas como: ¿De dónde es?, ¿Cuántos años tiene o tenía?, ¿Ha conseguido algún premio?, ¿Que canciones cantaba?. Posteriormente, se podrá una canción con la letra de cada personaje para favorecer la lectura y el canto, estimulando así el lenguaje, la memoria y el recuerdo.

Anexo 20

Actividad 8: Completar palabras. Autoría propia.

Objetivos: estimulación del léxico, comprensión y discriminación.

Materiales: ficha 5 sobre completar palabras.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: deberán rellenar todas las palabras con las letras correspondientes que falten.

Anexo 21

Ficha 5. Actividad 8. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

Completa todas las palabras con las sílabas correspondientes:

1. CO__ZÓN	21. POLI__
2. MELO__TÓN	22. MAR__RITA
3. ABA__CO	23. TU__PÁN
4. A__ÓN	24. SA__FÓN
5. LAVA__RA	25. DI__TES
6. CHA__TA	26. JIRA__
7. PRI__VERA	27. __GREJO
8. CHA__ZON	28. CUM__AÑOS
9. BU__AR	29. BOTE__
10. BOM__NES	30. MAS__RILLA
11. A__STO	31. CO__DA
12. VE__NO	32. TE__EL
13. FUR__NETA	34. __CINA
14. A__R	35. TE__VISIÓN
15. MA__RRONES	36. MATRI__NIO
16. O__ÑO	37. PSICO__GIA
17. MA__POSA	38. PIS__NA
18. ELE__NTE	39. PRE__DENTE
19. ASTRO__UTA	40. SAN__DER
20. FE__CIDAD	41. PESTI__

Anexo 22

Actividad 9: “Palabras que empiezan o terminen por ...”. Autoría propia.

Objetivos: estimulación de la escritura y fluidez verbal, además de la atención, concentración y memoria.

Materiales: ficha 6 sobre escritura de palabras.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: deberán rellenar las columnas completando con palabras que comiencen o terminen por la sílaba indicada, en este caso CA y SA.

Anexo 23

Ficha 6. Actividad 9. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

Escribe 20 palabras que empiecen o terminen por las siguientes sílabas:

<u>CA</u>	<u>SA</u>

Anexo 24

Actividad 10: Cálculos. Autoría propia.

Objetivos: estimulación del cálculo, memoria de trabajo y de fijación.

Material: ficha 7 sobre operaciones numéricas.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: deberán realizar las operaciones numéricas, formadas tanto por sumas como por restas.

Anexo 25

Ficha 7. Actividad 10. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

Realiza las siguientes operaciones numéricas:

$\begin{array}{r} 234 \\ - 123 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} 4678 \\ - 3124 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 889 \\ + 234 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 6523 \\ - 1523 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} 45 \\ - 23 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 1876 \\ + 3456 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 76345 \\ - 2345 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} 450 \\ - 250 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 98 \\ + 76 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 34 \\ - 12 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} 3879 \\ - 2648 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 675 \\ + 326 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 876 \\ - 345 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} 42 \\ - 17 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 9867 \\ + 2453 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 834 \\ - 234 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 5423 \\ + 1234 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 21 \\ + 56 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 23 \\ - 14 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 9854 \\ + 2335 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 894 \\ + 634 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 900 \\ - 350 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 35 \\ + 67 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 12 \\ + 38 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 1778 \\ - 256 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 675 \\ + 342 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 690 \\ + 29 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 7890 \\ - 3564 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 12 \\ + 23 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 84 \\ + 24 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 346 \\ - 234 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 879 \\ + 534 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 7534 \\ + 2223 \\ \hline \end{array}$
$\begin{array}{r} 55 \\ - 24 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 7765 \\ + 1465 \\ \hline \end{array}$	$\begin{array}{r} + 236 \\ + 156 \\ \hline \end{array}$

Anexo 26

Actividad 11: Clasificación de cifras numérica. Autoría propia.

Objetivos: estimulación del razonamiento numérico y discriminación de las cifras.

Material: ficha 8 sobre clasificación de números.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: deberán clasificar las cifras en las columnas adecuadas, dependiendo del número de cifras por el que estén formadas.

Anexo 27

Ficha 8. Actividad 11. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

Clasifica las siguientes cifras en las columnas adecuadas, dependiendo del número de cifras por el que estén formadas:

265	76	675	980
34	554	7654	2
1	22	823	912
12	334	8745	556
8	65	424	876
643	9	7665	6
223	6231	3	18

UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO

Anexo 28

Actividad 12: Secuencias de números. Autoría propia.

Objetivos: estimulación del cálculo, secuencias numéricas, razonamiento numérico y concentración.

Material: ficha 9 sobre series numéricas.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: deberán hallar la cifra que deben de sumar o restar para continuar con la secuencia numérica.

Anexo 29

Ficha 9. Actividad 12. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

Completa con las cifras adecuadas para seguir la secuencia numérica:

16-20-24 _____

42-48-54 _____

5-10-15 _____

49-43-37 _____

17-24-31 _____

56-60-64 _____

Anexo 30

Actividad 13: Multiplicaciones. Autoría propia.

Objetivo: estimulación de la memoria de trabajo y de fijación, atención, concentración y cálculo.

Material: ficha 10 sobre multiplicaciones.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: deberán realizar las operaciones numéricas formadas por multiplicaciones.

Anexo 31

Ficha 10. Actividad 13. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

Completa las siguientes multiplicaciones:

$5 \times 8 =$	$2 \times 3 =$
$3 \times _ = 27$	$2 \times _ = 16$
$4 \times 8 =$	$4 \times 4 =$
$9 \times _ = 36$	$9 \times 2 =$
$_ \times 5 = 20$	$9 _ \times 8 = 32$
$3 \times _ 9 =$	$2 \times _ = 10$
$_ \times 2 = 6$	$_ \times 4 = 12$
$6 \times 6 =$	$_ \times 5 = 10$
$4 \times _ = 8$	$9 \times _ = 27$
$5 \times 3 =$	$7 \times 7 =$
$8 \times _ = 16$	$4 \times 9 =$
$8 \times 6 =$	$5 \times _ = 35$
$9 \times _ = 9$	$8 \times 2 =$
$_ \times 8 = 48$	$2 \times _ = 4$
$7 \times _ = 21$	$_ \times 5 = 40$
$_ \times 3 = 9$	$5 \times 7 =$
$3 \times 6 =$	$6 \times 9 =$
$2 \times 2 =$	$5 \times _ = 20$
$8 \times _ = 32$	$1 \times 4 =$
$6 \times _ = 30$	$7 \times 2 =$

Anexo 32

Actividad 14: Secuencias de actividades de la vida diaria. Autoría propia.

Objetivos: fomentar la autonomía e independencia de la persona, estimulación de las funciones ejecutivas y de la memoria.

Materiales: ficha 11 sobre secuencia de tareas.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: deberán ordenar adecuadamente las actividades de la vida diaria para establecer los pasos a seguir en su realización.

Anexo 33

Ficha 11. Actividad 14. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

Ordena la secuencia de actividades para llevar a cabo la tarea diaria:

<u>PARA DUCHARTE</u>	<u>PARA COMER</u>
- Mojarte	- Cerrar la nevera
- Enjabonarte el cuerpo	- Vaciar el plato
- Secarte	- Coger el cuchillo
- Abrir el grifo	- Elegir la comida
- Meterte en la ducha	- Coger el tenedor
- Enjabonarte el pelo	- Poner la comida en un plato
- Vestirte	- Levantarte de la silla
- Quitarte los zapatos	- Abrir la nevera
- Coger la toalla	- Sentarte en la silla
- Entrar en el baño	- Preparar la mesa
- Cerrar el grifo	- Coger una servilleta
- Salir de la ducha	- Recoger la mesa
- Desvestirte	- Llenar un vaso de agua
- Ponerte los zapatos	
- Enjuagarte	

Anexo 34

Actividad 15: Estancias de la casa. Autoría propia.

Objetivos: estimulación de la discriminación de objetos y reconocimiento visual, orientación espacial, memoria y funciones ejecutivas. Además, se fomentará la autonomía de la persona.

Materiales: ficha 12 sobre imágenes de habitaciones de la casa y objetos.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: deberán relacionar los diferentes objetos con las habitaciones de la casa donde se suelen localizar.

Anexo 35

Ficha 12. Actividad 15. Autoría propia.

Nombre:

Fecha:

Relaciona los distintos objetos con las habitaciones de la casa donde suelen localizarse:

Cepillo de dientes:	Vasos:
Cama:	Toallas:
Televisión:	Comida:
Platos:	Mantas:
Sillas:	Mesita de noche:
Armarios:	Despertador:
Sofá:	Nevera:

