

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**VALORACION DE TERAPIA OCUPACIONAL
EN MAYORES CON DEPENDENCIA
Y DETERIORO COGNITIVO GRAVES**

Autora: Cristina Mateos Ortega

Directora: Isabel Gómez Soria

RESUMEN

Con las valoraciones geriátricas habituales, aplicadas a pacientes con deterioro cognitivo avanzado y gran nivel de dependencia, crónicos e irreversibles, a veces se produce un "efecto suelo" que impide apreciar las mejoras conseguidas con el tratamiento de Terapia Ocupacional. El objetivo de este trabajo es proponer y contrastar una herramienta sensible a los matices de su situación y a los posibles cambios conseguidos con la intervención terapéutica, que si bien no mejoran significativamente su autonomía, inciden de forma importante en su calidad de vida

INDICE

	Pagina
1. OBJETIVOS	4
Objetivo general.	
Objetivos específicos.	
2. INTRODUCCION	5
1. Contextualización del presente estudio.	
2. La demencia y otras pluripatologías geriátricas.	
3. Calidad de vida y terapias no farmacológicas.	
4. Similitud con los cuidados paliativos.	
3. METODOLOGIA	10
1. Consultas bibliográficas y búsquedas en Internet.	
2. Marcos de referencia.	
3. Revisión de escalas de evaluación.	
4. Diseño de la nueva herramienta de valoración.	
4. DESARROLLO	13
1. Revisión de escalas.	
2. Las valoraciones propias de Terapia Ocupacional.	
3. Otras escalas específicas.	
4. Propuesta de valoración.	
5. CONCLUSIONES	17
6. ANEXOS	18
7. BIBLIOGRAFIA	32

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proponer una herramienta de evaluación funcional específica para mayores con gran dependencia, que permita la medida sensible y ajustada de su situación y de los resultados de la intervención, y que, aunque por sus características sea solo de uso interno, permita objetivar mejor los resultados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

--**Revisar** las escalas mas usadas en el ámbito de la Geriatría para buscar si existe alguna que responda a nuestras necesidades.

--**Desarrollar un inventario** de ítems o descriptores funcionales y adaptativos en los que interviene directamente la Terapia Ocupacional (T.O.), y en los que se ha observado repetidamente mejoría de forma empírica.

--**Conocer el feedback de los familiares** sobre su percepción de la intervención de TO, y la relevancia y adecuación de los ítems propuestos.

--**Comparar** las puntuaciones obtenidas con las valoraciones habituales estandarizadas y la herramienta propuesta.

2. INTRODUCCIÓN

1- CONTEXTUALIZACIÓN DEL PRESENTE ESTUDIO

Este trabajo tiene su origen en la experiencia adquirida durante casi 20 años en el servicio de Terapia Ocupacional de la Residencia de Mayores Romareda, del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (antes INSERSO), de la Comunidad Autónoma de Aragón.

En la actualidad, el 64 % de los residentes ha sido valorado con un grado 3 (gran dependencia) en la Valoración de Dependencia de la Diputación General de Aragón. Un 29 % ha sido diagnosticado de demencia de diferentes tipos y grados, aunque muchos otros muestran sintomatología compatible con demencia o deterioro cognitivo grave o avanzado debido a diversas etiologías.

En la mayoría de los textos, cuando se habla de la intervención terapéutica para los niveles más avanzados sólo se recomienda modificación del entorno y formación de los cuidadores, y apenas se contempla que se realice una atención especializada, aunque se estima que en los mayores institucionalizados, 3 de cada 4 personas con demencia se encuentran en las últimas fases. Sin embargo, en las Residencias de Mayores y Centros de Día, se interviene desde Fisioterapia y Terapia Ocupacional con personas que sufren patologías neurológicas, degenerativas o psiquiátricas, consiguiendo ralentizar el deterioro y proporcionando una importante mejoría de la calidad de vida de los pacientes, que además suele ser muy apreciada por sus familiares.

Los pacientes que asisten a Terapia Ocupacional presentan múltiples patologías físicas invalidantes, casi siempre asociadas a distintos grados de deterioro cognitivo, causado muchas veces por diversas demencias, y en otras ocasiones por la avanzada edad (la edad media en el Centro es de 85) y muchos años de enfermedad e institucionalización.

Una vez derivadas por el médico, que ya registra los resultados de las escalas de Barthel y Pfeiffer, los pacientes son valorados a nivel motor, volitivo, cognitivo (FAST Brief Cognitive Rating Scale, BCRS) (Anexo 1), y neuropsicológico (Lowenstein O.T. Cognitive Assesment, LOTCA-G) si procede.

Dadas las características de los usuarios, el motivo de fin de tratamiento es el empeoramiento irreversible o incluso el fallecimiento. Los objetivos, en prácticamente todos los casos, son mantener las mejores condiciones posibles en todos los ámbitos, ralentizar el deterioro inevitable, y contribuir a proporcionar la máxima calidad de vida y bienestar.

De los usuarios atendidos, un 30 % como media está en un grado 3 de dependencia, y en las valoraciones estandarizadas consigue la puntuación mínima que le caracteriza como "totalmente dependiente", solo mejorada cuando pueden caminar, en cuyo caso, requieren igualmente supervisión y protección pues se exponen a mayores riesgos.

2- LA DEMENCIA Y OTRAS PLURIPATOLOGIAS GERIATRICAS

La prevalencia de la demencia y de la enfermedad de Alzheimer (EA) en España se ha estimado en el 10,9% y el 7,7% respectivamente en la población mayor de 70 años. Es un hecho conocido que la prevalencia de la demencia se duplica cada 5 años entre los 65 y los 85 años de edad. Su incidencia es algo más elevada en mujeres que en hombres, sobre todo en la EA. Se coincide en que el aumento de la esperanza de vida y por lo tanto, la previsible multiplicación de este tipo de pacientes, según las fuentes consultadas, aconseja seguir mejorando los procedimientos y herramientas para la intervención terapéutica (1).

En la enfermedad avanzada son las graves dificultades en las actividades básicas de la vida diaria las que dirigen las necesidades asistenciales del paciente. Posiblemente, la incontinencia urinaria, las alteraciones del equilibrio y de la marcha, los graves problemas de comunicación y los trastornos de la deglución sean los principales problemas funcionales en los últimos años de la evolución de la EA. A ellos se añaden las alteraciones cognitivas, los síntomas psicológicas, las alteraciones conductuales y la alteración de los ritmos fisiológicos.

Aunque la descripción del cuadro de deterioro cognitivo y gran dependencia corresponde con la demencia y/o enfermedad de Alzheimer, para nuestro propósito se incluyen en el estudio otros pacientes aquejados de pluripatologías de distintas etiologías (enfermedades psiquiátricas crónicas estabilizadas, discapacidades intelectuales, afectaciones neurológicas cronicadas, síndromes de inmovilidad por trastornos mecánicos y patologías medicas floridas...). Estos pacientes han sufrido discapacidades variadas, que habiéndose prolongado en el tiempo y asociadas a la institucionalización, desembocan en cuadros similares. Aunque cada individuo es único, hemos considerado que pueden agruparse a efectos terapéuticos y de evaluación, con los pacientes con demencia.

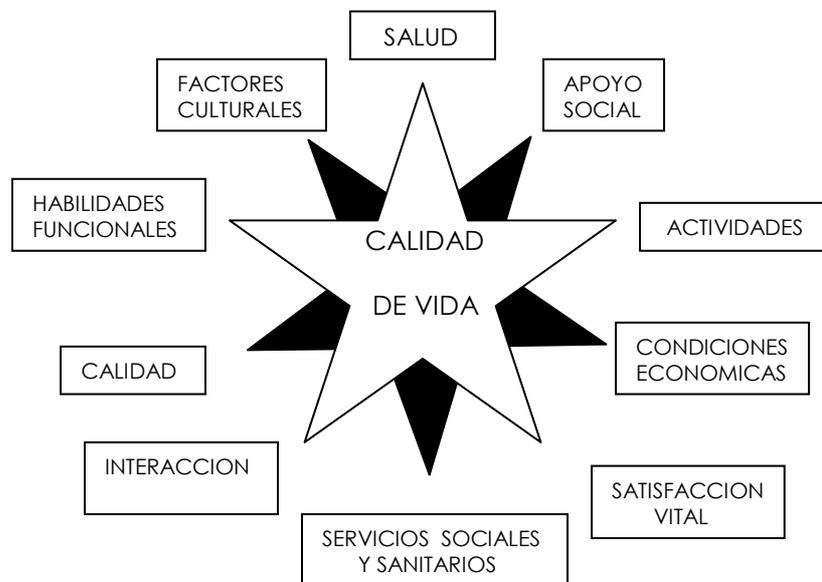
3- CALIDAD DE VIDA Y TERAPIAS NO FARMACOLOGICAS

Desde las primeras publicaciones de Terapia Ocupacional, la calidad de vida se ha señalado como objetivo inexcusable de la nuestra intervención: *"El fin ultimo de todo acto de TO debe ser restablecer fuerzas perdidas, despertar actitudes olvidadas y desconocidas, para aumentar la autonomía del individuo y mejorar su calidad de vida, dándole autosatisfacción y un sentido mas humano a su existencia"* (Jiménez Herrero, F. 1988). (2)

La EA es un proceso largo que puede llegar a durar 20 años o más. En todos los estadios de la demencia, y especialmente en los individuos más afectados, con inmovilidad, incapacidad para hablar y otras discapacidades, es de vital importancia la protección de las necesidades humanas básicas de bienestar, movimiento, dignidad, interacción social y derechos fundamentales. Los autores coinciden en que tanto las necesidades básicas como superiores han de ser satisfechas, teniendo presente que la persona con demencia posee capacidad de aprender, de pensar, de experimentar sensaciones y de sentirse

amada y cuidada. Además, puede desear modificar su entorno, y conserva el potencial para la felicidad y la calma. Estas mismas consideraciones sirven para aquellas personas que debido a su pluripatología invalidante se encuentran en un estado de gran dependencia.

Fig. 1 Multidimensionalidad de la calidad de vida (3)



En los últimos años asistimos a un incremento exponencial en la literatura sobre la investigación de las Terapias no Farmacológicas (TNFs) y la EA. Una investigación coordinada a nivel mundial, en 2008, revisó la evidencia científica existente acerca de la eficacia de las TNFs en la EA y trastornos relacionados. Se concluyó que pueden mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y de sus cuidadores (4,5,6).

Otros estudios han sugerido que diversas intervenciones de rehabilitación física en mayores institucionalizados se asocian con mejorías estadísticamente significativas en varios parámetros de la salud física y mental (7).

Sin embargo, son escasos los estudios realizados en personas con demencia severa, a pesar de ser un grupo tan numeroso. Por eso los autores coinciden en que es necesario desarrollar programas específicos para ellos (8).

En nuestro espacio residencial, a la vez que se proporcionan cuidados médicos y asistenciales de calidad, que se manifiestan en el nivel de salud relativa, en la evitación de accidentes, higiene y nutrición y por tanto en la longevidad que se alcanza, son inevitables aspectos menos positivos, como el desarraigo, una mayor soledad, ambientes mas homogéneos e impersonales, horarios y rutinas

inevitablemente mas rígidos, necesidad de eficacia y seguridad que actúan como barreras mas que como facilitadores de las escasas habilidades de los residentes.

En este escenario, los pacientes de T.O. reciben :

- Un seguimiento exhaustivo de las medidas de corrección postural y del uso de las ayudas o productos de apoyo indicados,
- incentivos a la actividad, estimulación y experiencias variadas en un entorno diferenciado, protegido y adaptado,
- modelamiento de conductas y destrezas, desarrollo de habilidades y de capacidades cognitivas,
- mejora de la orientación a través de una rutina,
- facilitación de la relación y comunicación con el terapeuta y los iguales (destrezas sociales básicas),
- oportunidad de desarrollar un rol en el grupo,
- vivencia del logro eficaz en tareas asimilables al trabajo y vivencia de experiencias lúdicas.

Así, a lo largo de meses y a veces años, los usuarios mantienen destrezas funcionales, intelectuales y de relación, e incluso recuperan habilidades de ejecución que habían perdido por la inmovilidad o falta de estímulos. Y por supuesto, con el paso del tiempo y el empeoramiento de sus patologías y el deterioro ligado al envejecimiento, en muchos casos, alcanzan otros estadios de involución en los que todas las funciones se van apagando. Otros, sin embargo, se mantienen en niveles similares hasta que ocurre el fallecimiento causado por las dolencias que sufren.

4-SIMILITUD CON LOS CUIDADOS PALIATIVOS

A pesar de que estos cuidados comúnmente se refieren a la atención de personas con cáncer, esta filosofía se aplica a cualquier paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal. Según la OMS, los criterios establecidos que definen a un paciente con enfermedad en fase avanzada/terminal son (WHO, 1994):

- enfermedad incurable, avanzada y progresiva,
- pronóstico de vida limitado,
- escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos,
- presencia de múltiples síntomas (media de 8-10) multifactoriales y cambiantes,
- gran impacto emocional en la unidad enfermo-familia,
- alta demanda y uso de recursos.

Estas circunstancias están también presentes en los sujetos de nuestro estudio, e igualmente coincide la necesidad de una valoración específica, como en el caso de los pacientes de cuidados paliativos, para evitar el efecto suelo de otras valoraciones, y la visión más reciente, que reclama la necesidad de ofrecer tratamientos de "rehabilitación" que mantengan el óptimo de capacidades y de dignidad en la época final de la vida (9).

3. METODOLOGIA

1- CONSULTAS BIBLIOGRAFICAS Y BUSQUEDAS EN INTERNET

El trabajo se inició con la consulta de textos y manuales de Geriátría y Terapia Ocupacional, buscando la contextualización y actualización sobre la demencia y gran dependencia.

Se continuó con la revisión de publicaciones, comenzando con la clásica Revista de la Asociación Española de Terapia Ocupacional, y los Anales de la Escuela de CC de la Salud de la Universidad de Zaragoza, que nos ponen en contacto con el trabajo y los puntos de vista de los profesionales de nuestro entorno en momentos mas lejanos de nuestra historia como profesión, y en la revista digital TOG de los terapeutas ocupacionales gallegos, que enfatiza las publicaciones de carácter científico y la Practica Clínica Basada en la Evidencia.

En estas consultas se encontró un significativo paralelismo entre las personas con grado de demencia avanzado y/o grandes dependientes y los usuarios de cuidados paliativos.

La bibliografía se completo con búsqueda en Internet (buscadores comunes, Dialnet, Biblioteca Cochrane...) Las palabras clave fueron:

- evaluación geriátrica,
- evaluación demencia/ deterioro cognitivo avanzado,
- gran dependencia atención y evaluación,
- calidad de vida en geriatría,
- cuidados en el final de la vida/cuidados paliativos,
- terapias no farmacológicas/ terapia ocupacional en demencia,
- intervención en trastornos conductuales de la demencia.

2- MARCOS DE REFERENCIA

El **Modelo Cognitivo** se considera relevante para la intervención en el deterioro cognitivo avanzado: Busca favorecer la neuroplasticidad cerebral mediante la presencia de estímulos que potencien las capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas de forma integral. El aprendizaje es un proceso neuronal inconsciente que una vez iniciado es capaz de responder a un estímulo

de forma distinta, y se apoya en la memoria implícita (recuerdos inconscientes, que pueden ser evocados también inconscientemente a través de repeticiones). La plasticidad cerebral esta gobernada por factores intrínsecos (memoria biológica) y factores extrínsecos (información ambiental) (10, 11,12).

El Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) es difícil de aplicar en estos pacientes, en los estadios mas avanzados de su enfermedad, ya que han perdido el control de su comportamiento y su vida, y en las instituciones con gran numero de usuarios, como la que nos ocupa, es prácticamente imposible aplicar una intervención personalizada mas allá de la sala de Terapia. Sin embargo, su valor reside en que nos marca el rumbo para intentar desarrollar la competencia personal, proporcionando placer, estimulando la curiosidad, observando sus preferencias hacia lo significativo, y aprovechando su capacidad de mostrar orgullo en la ejecución de la tarea, aunque se le escape su finalidad (13).

Ambas contemplan la historia personal, evalúan las capacidades actuales, el ambiente, y consideran importante la evaluación continua y su adaptación a cada paso del deterioro. Las actividades se gradúan y se usa la relación interpersonal significativa, en espacio terapéutico seguro (14).

No debe olvidarse, además, la atención a otros factores relacionados, aunque más puramente mecánicos, del desempeño ocupacional, pertenecientes a la **rehabilitación física (Biomecánico y del Neurodesarrollo)**, para mantener la funcionalidad e intervenir en la movilidad y la postura, que se ven a menudo gravemente afectadas (15,16).

3- REVISION DE ESCALAS DE EVALUACION

Se realizo en textos, publicaciones y en Internet.

Las escalas y valoraciones que se usan habitualmente en Geriátría, cuando se aplican a personas mayores en estadios avanzados de sus enfermedades, arrojan siempre la clasificación como "dependiente" o gran dependiente, que será casi siempre imposible de modificar. Esta valoración tiene su utilidad para calcular y proveer los recursos asistenciales y de apoyo que se precise, pero aun cuando sea posible mejorar algunas de sus condiciones, los "pequeños" pero importantes logros conseguidos en el tratamiento, difícilmente se reflejarán en las evaluaciones sucesivas.

4- DISEÑO DE LA NUEVA HERRAMIENTA DE VALORACION

4.1 BUSQUEDA DE ITEMS VIABLES.

Se realizo un primer inventario de capacidades basado en la práctica, susceptibles de mejoría con la TO, y se procedió a contrastarlo con:

- Medidas de la Independencia Funcional (MIF) y de Valoración Funcional (MAF) (Anexos 2 y 3),

- Escala de Edmonton (EFAT) (Anexo 4),
- Niveles de Claudia Allen (Anexo 5),
- y valoraciones de la marcha y el equilibrio de Tinetti.

Para que nuestros ítems tengan consistencia, los definitivos se extraen de esas escalas ya validadas y que son coherentes entre sí, ya que el alcance de este trabajo no permite diseñar una escala propia científicamente válida.

Con ellos se plantea finalmente un inventario (preferimos llamarlo así que "escala") que permite la cumplimentación breve y la visualización global que nos parece útil y eficaz, tanto para la evaluación como para el seguimiento de la evolución e intervención. Esta herramienta será sobre todo descriptiva, pero también cuantificable, al asignarse puntuaciones para las distintas destrezas, y, al contrario que otras valoraciones, una mayor puntuación expresará mayor capacidad.

4.2 ENCUESTA A LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS

Se realizó una versión simplificada y redactada en lenguaje común, sin tecnicismos, para familiares, y se procedió a su presentación, a través de entrevistas y por correo, solicitando la colaboración que incluye consentimiento informado (Anexo 11). En ella se pidió a los familiares que valoraran los ítems propuestos como "MUY IMPORTANTE" o "POCO IMPORTANTE"

4.3 VALORACIÓN CON LA HERRAMIENTA

Valoramos a 16 usuarios, actualmente usuarios de la Residencia, y que cumplían los criterios del estudio:

- Deterioro cognitivo severo o grave (puntuación 6-7 en el FAST BCRS),
- Puntuación igual o menor a 35 puntos en el test de Barthel,
- Necesidad de ayuda en todas las AVD, incluyendo restricciones si conserva la movilidad,
- Incluidos en tratamientos de T.O., al demostrar interés por la actividad y la relación.

4.4 COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS con los de Valoración de la Dependencia de la DGA , FAST-BCRS y Barthel .

4- DESARROLLO

1- REVISION DE ESCALAS

La Sociedad española de Geriátría y Gerontología en sus "Estándares de Calidad en Geriátría", en 2007, concluyó que:

" Para la valoración del deterioro cognitivo del anciano, las mejores herramientas, son el Mini-Mental) y el Global Deterioration Scale (GDS). Les siguen el Test del reloj, el Test del informador, el Clinical Dementia Rating (CDR) y el Test de Pfeiffer" (17).

En todas las escalas revisadas, el principal problema para nuestro enfoque es que agrupan a todas las personas con importante deterioro, en la última categoría, sin permitir mayor diferenciación. Así, las grandes diferencias de capacidades residuales entre unos y otros, prácticamente desaparecen, no pudiendo medir la evolución ascendente o descendente de unos u otros. De poco nos sirve para nuestro propósito, además, contemplar capacidades como el control de esfínteres, la orientación y memoria, actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), definitivamente pérdidas, o contemplar otros aspectos médicos o de Enfermería en los que la T.O. no interviene.

Las mismas limitaciones encontramos en **Índice de Barthel**, aceptado como la medida mas generalizada del nivel de dependencia en AVD, y con el instrumento institucional utilizado por el Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, (**Baremo de Valoración de la Dependencia**) publicado en el BOE del 21 de abril de 2007, que cumple con su papel de valoración para la asignación de recursos públicos.

En esta escala, el grado valorado en los pacientes de nuestro estudio, corresponde con el Grado III, Gran Dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo *indispensable y continuo* de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del Baremo de 75 a 100 puntos.

Más sensibles y completas nos parecen la Medida de Independencia Funcional (**MIF**) y la Medida de Valoración Funcional (**MAF**), (anexos 2 y 3), interesantes para nosotros en sus niveles inferiores.

Por todo lo expuesto, la valoración que hemos preferido en nuestra práctica a lo largo de muchos años ha sido el **FAST BCRS (Brief cognitive rating Scale)** (anexo 1), que contempla áreas conductuales, prácticas y psicomotrices, correlacionadas con el Grado de Demencia (GDS), y siempre nos ha servido para tener una visión rápida, resumida y útil de la situación de los nuevos pacientes. Ahora bien, incluso en esta escala, nuestros resultados son,

lógicamente, muy similares, y con pocos matices, excluyendo algunos apartados que nos parecen importantes(18).

2- LAS VALORACIONES PROPIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Aunque a nivel de investigación sea más defecto que virtud, en la práctica de la Terapia Ocupacional siempre se han usado inventarios, o valoraciones abiertas, dada la amplitud de los objetivos de la intervención holística que nos caracteriza. En concreto, en las patologías neuropsicológicas, siempre se usa una especie de **batería no estandarizada**, en la que se puedan incluir todas las áreas y funciones en las que es posible intervenir (19,20).

3- OTRAS ESCALAS ESPECIFICAS

Es habitual que para el seguimiento de pacientes con demencia se utilice el test Mini-Mental State Examination (MMSE). De hecho, se ha tratado de definir la demencia tipo Alzheimer en fase grave como una alteración cognitiva inferior a 10-12 puntos en el MMSE. Sin embargo, en el caso específico de la evaluación cognitiva de la demencia en estadios graves, diferentes estudios refieren problemas en la aplicación del MMSE.

Ante la evidencia del «efecto suelo» presente en el MMSE cuando se administra a personas con demencia avanzada, se ha señalado el **Severe Mini Mental State Examination (SMMSE)** (anexo 6) como una de las alternativas para la evaluación cognitiva breve en los estadios avanzados de demencia. Contiene 10 ítems centrados en las áreas cognitivas más conservadas en las fases avanzadas: conocimientos generales, lenguaje simple, fluidez verbal, función visoespacial elemental y capacidad para deletrear. Tiene una buena validez de criterio y constructo aunque su correlación con el MMSE es sólo del 0,65. (21, 22).

El **Severe Impairment Battery**, (anexo 7) es un instrumento de fácil aplicación que consta de 40 ítems. Evalúa varias áreas cognitivas mediante 9 subescalas: interacción social, memoria, orientación, lenguaje, atención, praxias, función visoespacial, construcción y respuesta al nombre. Su correlación con el Mini Mental State Examination es de 0,71 al 0,81 (23).

Consideramos que estas escalas concebidas para conseguir puntuaciones más sensibles, a veces requieren más nivel de atención y habilidades de comunicación verbal que la que conservan nuestros pacientes. Asimismo, esta mayor sensibilidad se refiere sólo a los aspectos puramente cognitivos, y no aparecen otros aspectos para nosotros fundamentales, como son la postura, el equilibrio, la adaptación, la conducta, etc.

Igualmente, se utilizan escalas funcionales, pero al igual que ocurre con los test cognitivos, existe en las fases más avanzadas de la enfermedad un efecto suelo que nos impide utilizarlos como discriminativos al cambio.

Esto no implica que no sea útil usar un Barthel, Peiffer, GDS, a efectos de clasificación, pero la auténtica descripción del paciente para dirigir y evaluar la intervención, requiere siempre un formato más extenso y abierto.

Hay otros casos parecidos, como en el caso de los Cuidados Paliativos, en el que ha sido preciso el desarrollo de herramientas específicas adecuadas a su población. El **Instrumento De Evaluación Funcional de Edmonton (escala EFAT)** (anexo 4) fue creado en una Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Edmonton (Alberta, Canadá) para su uso específico en pacientes oncológicos terminales, con el fin de evaluar las posibilidades de rehabilitación y de dotarse de una herramienta adecuadamente discriminativa para la investigación. Los autores consideran que las escalas funcionales existentes tienen un efecto suelo cuando se utilizan en cuidados paliativos, es decir, la mayoría de los pacientes se clasifican en los valores más bajos. Evalúa 10 funciones: comunicación, estado mental, dolor, disnea, balance o estabilidad al ponerse de pie y sentarse, motilidad, locomoción (caminando o con silla de ruedas), actividades de la vida cotidiana, y fatiga. La segunda parte consta de un solo ítem que valora el estado funcional autopercebido por el paciente.

4- PROPUESTA DE VALORACIÓN

Se desarrolló un primer inventario que después se cotejó con las valoraciones validadas de preferencia (MIF, últimos niveles cognitivos de Allen, escalas del equilibrio y la marcha de Tinetti, EFAT), tomando los ítems más pertinentes y ajustados a nuestros objetivos,

Se eligieron ítems sensibles, siguiendo criterios de **relevancia, realismo, relación con la intervención de TO, objetividad, simplicidad y concisión**. Posteriormente, se sistematizaron esos ítems intentando limitarlos al máximo, en cuanto a **áreas** más relevantes, que se limitan a **10**, en cuanto a **grados**, que se centran en los **cuatro últimos estadios de la Demencia (GDS) y de la FIM o de los niveles cognitivos de Claudia Allen** (anexo 7) y que describen destrezas o funciones fácilmente objetivables (24). El resultado aparece en el anexo 8.

A continuación (anexo 9) aparece la encuesta que se presentó a los familiares, para conocer su percepción, con los resultados obtenidos. Se realizaron a través de entrevista personal, y otras se enviaron por correo. Se recibieron 14 contestaciones.

Los resultados de esta encuesta fueron la valoración mayoritariamente positiva de los ítems como MUY IMPORTANTES (anexo 10). La valoración de los ítems como "POSIBLES" fue más desigual, quizá por la dificultad de valorarlo, pero esta información era solo complementaria a la investigación.

Fue interesante también la percepción de los familiares que dieron gran importancia a la intervención terapéutica con sus familiares y se mostraron satisfechos con el estudio.

Paralelamente, se valoró a los usuarios con el inventario expuesto, y se compararon los resultados con sus puntuaciones con la escala de Barthel y Grado asignado de Dependencia de la DGA, que son los que se les aplican de forma habitual, y con el FAST BCRS utilizado en nuestro servicio de Terapia Ocupacional.

Tabla 1. PUNTUACIONES COMPARADAS

USUARIO	GRADO DGA	FAST-BCRS	BARTHEL	NUEVA VALORACION
1	2.1.	5.8	30	36
2	3.2	6.1	5	23
3	3	6.2	35	34
4	3.2	6.2	30	34
5	3.1	6.3	5	26
6	3.1	6,4	10	26
7	2.2	6,5	10	25
8	3.2	6,5	5	37
9	2.1	6,6	30	28
10	3	6,6	30	23
11	3.2	6,7	25	29
12	3.2	6,7	0	20
13	3.2	6,8	0	20
14	3.1	6,9	5	12
15	3.1	7	5	19
16	3.1	7	0	12
	Nivel 3: Dependencia grave	> 6: Deterioro cognitivo grave		

5. CONCLUSIONES

Después de realizar el estudio, se concluyó que:

- Ninguna de las valoraciones consultadas pareció satisfactoria para nuestros usuarios, ya que eran más apropiadas para individuos con menos limitaciones, o no incluían aspectos de gran importancia en esta fase de la evolución de las patologías.

- El inventario desarrollado tuvo una valoración positiva por parte de los familiares, y se manifestó como sensible, al mostrar matices y diferenciar mejor a los usuarios valorados.

- La utilización fue fácil y rápida, y el resultado es una visión global, visualmente clara, y que nos parece apropiada para hacer una valoración y seguimiento de nuestros pacientes en las áreas que habitualmente trabajamos,

- Aunque este trabajo no tenga una validez científica contrastable, por la limitación en el tamaño de las muestras y el tiempo de desarrollo, nos parece un instrumento útil para la práctica cotidiana, lo que por supuesto no excluye el uso de otros, validados, para otros propósitos.

- Los autores consultados coinciden en que es necesario seguir desarrollando pruebas que permitan la evaluación correcta de las capacidades cognitivas, pero también afectivas y funcionales, de las personas con demencia en estadios avanzados, así como programas de intervención adecuados y adaptados a estas personas, que permitan mejorar su calidad de vida. En esta línea, insistimos en la necesidad de perfeccionar valoraciones más específicas para esta población, muy numerosa, y en aumento progresivo en nuestros servicios e instituciones.

6. ANEXOS

ANEXO 1

FAST BRIEF COGNITIVE RATING SCALE (BCRS) (Reisberg y col., modif. Por Albarrán)

1. Concentración

- I. Sin deficiencias objetivas ni subjetivas
- II. Distrabilidad, déficit subjetivo
- III. Deficiencia objetivable al restar desde 100 de 7 en 7
- IV. Deficiencia moderada. Fracaso al restar de 4 en 4 desde 40
- V. Def. marcada. Dificultad para restar de 2 en 2 desde 20 o para recitar los meses al revés
- VI. Al pedir que cuente de 10 a 1, lo hace de 1 a 10
- VII. Dificultad importante para contar de 1 a 10

2. Memoria de fijación

- I. No hay deficiencias objetivas ni subjetivas
- II. Def. subjetivas (nombre, lugar de objetos)
- III. Dificil recordar detalles, no el contenido general de los hechos recientes
- IV. No recuerda hechos importantes de la semana anterior
- V. Fallos de orientación temp-espacial, dirección, teléfono...
- VI. Desorientación grava, desconoce su dirección
- VII. Desconocimiento total de hechos recientes

3. Memoria de evocación

- I. Normal
- II. Deficiencias subjetivas. Recuerda 2 ó más hechos importantes de su infancia
- III. Lapsus en detalles de infancia. Recuerda un amigo de la infancia
- IV. Deficiencias claras. Confusiones en la cronología del pasado.
- V. No recuerda hechos importantes
- VI. Conserva restos. Puede que no recuerde el nombre de sus padres
- VII. No recuerda nada

4. Orientación

- I. Normal
- II. Deficiencias subjetivas
- III. Confusión en 2 ó más horas, un día de la semana, tres o más del mes
- IV. Confusión en 10 días, 1 ó más meses
- V. Desorientación espaciotemporal total
- VI. Identifica, pero no sabe el nombre del cónyuge. Conserva el propio
- VII. No reconoce al cónyuge. Inseguro con su propio nombre

5. Hábitos y cuidados personales

- I. Normal
- II. Deficiencias subjetivas en el trabajo
- III. Dificultad tareas complejas (Incluye economía doméstica)
- IV. Necesita ayuda para vestirse adecuadamente
- V. Necesita ayuda para desvestirse adecuadamente
- VI. Necesita ayuda para nutrición, aseo y deambulación
- VII. Necesita asistencia para todo.

6. Lenguaje

- I. Normal
- II. Anomias subjetivas
- III. Deficiencias para la correcta enominación (interrupciones, correcciones...)
- IV. Deficiencias verbales objetivables por la familia
- V. Pobreza en el lenguaje espontáneo. Completa un refrán
- VI. Lenguaje muy pobre. No completa un refrán
- VII. Dice una o dos palabras.

7. Actividad psicomotriz

- I. Normal
- II. Transtornos subjetivos
- III. Deficiente realización de tareas complejas
- IV. Enlentecimiento evidente para la familia
- V. Enlentecimiento evidente para todos. Omite detalles en tareas varias.
- VI. Movimientos muy lentos. Pasos cortos
- VII. Pérdida de la marcha.

8. Actividad y conducta

- I. Normal
- II. Aumento subjetivo de la ansiedad por deterioro intelectual.
- III. Ansiedad importante, objetivable por los demás
- IV. Embotamiento afectivo, identificado por la familia.
- V. Labilidad afectiva
- VI. Alteración del pensamiento y la sensopercepción. Agresividad, agitación
- VII. Alternancia de pasividad y agresividad

9. Praxis

- I. Normal
- II. Dibuja un cubo
- III. Dibuja un cubo sin perspectiva
- IV. Dibuja un rectángulo
- V. Dibuja dos círculos concéntricos
- VI. Dibuja una circunferencia, línea o garabato.
- VII. No dibuja nada

10. Cálculo

- I. Normal
- II. Resta 43 - 17
- III. Resta 39 - 14
- IV. Resta 15 - 6
- V. resta 9 - 4
- VI. Puede sumar 8 + 7 y 3 + 1
- VII. Puede o no sumar 1 + 1

I. NORMAL
II. ALTERACION BENIGNA
III. LIMITE
IV. DETERIORO LEVE
V. DETERIORO MODERADO
VI. DETERIORO SEVERO
VII. DETERIORO GRAVE

ANEXO 2

M.I.F. (Medida de la Independencia Funcional)

	DEPENDENCIA		DEPENDENCIA MODIFICADA			INDEPENDENCIA	
	AYUDA TOTAL + DEL 75% sonda, etc.	AYUDA MAXIMA + DEL 50% usa sonda	AYUDA MODERADA + 25%	AYUDA MINIMA - DEL 25%	SUPERVISION	MODIFICADA	COMPLETA
AUTOCUIDADO							
-ALIMENTACION					vigilar preparar	Ay. técnica, tº	normal. (no incluye preparación)
-ASEO (FACIAL, CAPILAR, MANUAL)					indicar, abrir, preparar	“	
-BAÑO						peligro	se baña y seca
VESTIDO Y PROTESIS -SUP.					“	“	cremalleras, etc.y recoge
-INF.							
-WC (HIGIENE Y ROPA)					“ <i>ayuda en sitios nuevos</i>	“	
ESFINTERES -ORINA	mojado	mojado	menos de 1/día	menos de 1/sem.	vigilar	solo con ayudas	controla sin ayudas
-HECES	manchas diarias				menos de 1/mes		
TRANSFERENCIAS				mínimo contacto	PREPARAR	“ “	seguro sin ayudas
-SILLA-CAMA							
-WC							
- BANO-DUCHA							
LOCOMOCION							
- MARCHA O SILLA	menos de 15 m. 2 personas	15 m. ayudado 1 persona		minimo contacto 45m.	sup. 45 m. Ind. 15 m. + tº, peligro	puerta, transfer, giro pendiente 5%,45 m. Ay. tec., + tº o dificultad	45 m.
-ESCALERAS (sube/baja 14)	pasivo	1 persona 6 escalones	14 escalones		4-6 solo + tº, peligro	apoyos Ay. tecnica, + tº o dificultad	sin apoyos
-COMPRESION AUDIT/VISUAL	menos del 25%	más del 25%	más del 50%	más del 75%	90% sobre AVD 10% pausas o repeticiones	ayuda o tº simple ordenes 3 pasos	habla, escribe ordenes 3 elementos
-EXPRESION VERBAL/NO VERBAL	ininteligible	palabras, gestos	<i>imita confuso</i>	<i>básico</i>	<i>limitado</i>	dispositivos	
-MEMORIA	inefectiva				Ay. excepcional en	recordatorios en	encargos
-RESOLUCION DE PROBLEMAS	ineficaz	máxima direccion	direccion moderada <i>no causa-efecto</i>	direccion minima <i>corrige</i>	situaciones no habituales	situaciones no habituales	decide, organiza, corrige
-RELACION SOCIAL	menos del 25% adecuado restricciones	“ restricciones	“	“	vigilancia excepcional	+ tº para adapt. sin farmacos	adecuado
	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 3
M.A.F. (Medida de Valoración Funcional)

	DEPENDENCIA		DEPENDENCIA MODIFICADA			INDEPENDENCIA	
	AYUDA TOTAL + DEL 75%	AYUDA MAXIMA + DEL 50%	AYUDA MODERADA + 25%	AYUDA MINIMA - DEL 25%	SUPERVISION	MODIFICADA	COMPLETA
AUTOCAUIDADO - TRAGAR	sonda	Sonda y boca 25-49% de la activ. En tomas orales	Por boca Restricciones 50-74% de la activ.	Restricción Control de velocidad o cantidad	Ayuda para elegir la dieta		
TRANSFERENCIAS - COCHE	Gran ayuda	Gran ayuda	Ayuda	mínimo contacto	Instrucciones	Ay. técnica, tº	seguro sin ayudas
LOCOMOCION - ACCESO A LA COMUNIDAD (TRANSPORTE PUBLICO)	.				Instrucciones	Transporte publico o coche particular	
COMUNICACION - LECTURA	+ 75% de errores	Empareja objetos identicos con errores	Gnosias, une palabra e imagen 50-75% de aciertos	Palabras, frases cortas conocidas	Frases cortas y simples		
- ESCRITURA	No copia	Copia o escribe letras, numeros	Palabras, Poca legibilidad	Ideas con errores Baja legibilidad	Errores	dispositivos	
- INTELIGIBILIDAD DEL HABLA	Ininteligible	Sonidos, Imita palabras	Monosilabos claros	Palabras y frases simples, Comunicación general	Distorsión autocorrección		
AJUSTE PSICOSOCIAL - SITUACION EMOCIONAL	Transtorno severo Apenas se controla Interfiere en su vida normal	Alteración severa Se controla <50% del tiempo	Alteración moderada Responsabilidad media Vida normal 50% del tiempo	Alteración moderada Vida mormal 75% del tiempo	Ligera alteración Responsable	Alteraciones mínimas y maneables	
- ADAPTACION A LAS LIMITACIONES	No consciente Apenas supera las dificultades < 25%	Poco consciente Se maneja < 50%	Consciente de alguna limitación Se maneja >50% del tiempo	Maneja sus dificultades > 75% del tiempo	No siempre es realista Va aprendiendo a compensar	Aprende a compensar	Estimaciones realistas y seguras
- EMPLEABILIDAD (TRABAJO, ESTUIO, HOGAR)							
FUNCION COGNITIVA - ORIENTACION (PERSONA, LUGAR, TIEMPO, SITUACION)		1 de las 4 menos de la mitad del tiempo	2 de las 4 la mitad del tiempo	Ayuda menos del 25% del tiempo	Alguna pista		
- ATENCION (60 MIN.)	< 1 minuto	< 5 mintos < mitad de la tarea	< 15 minutos	< media hora	< 1 hora		
SEGURIDAD (juicios y estimaciones)	Sujección y vigilancia. Sólo sale acompañado para los ttos.	Se desplaza acompañado Sujección?	Se desplaza supervisado por algunas zonasde la institución	Se maneja wen la institución, no en casa, en actividades conocidas	Alguna supervisión en la conunidad		
	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 4

ESCALA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DE EDMONTON (EDMONTON FUNCTIONAL ASSESSMENT TOOL)

TABLA 4: Escala de Evaluación Funcional de Edmonton-Edmonton Funcional Assessment Tool (EFAT) (Kaasa y cols., 1997)					
	0	1	2	3	Fecha
Comunicación	Independiente en todos los aspectos de comunicación	Precisa dispositivos auxiliares comunes para la comunicación (gafas, audífono, etcétera)	Comunicación efectiva menos del 50% del tiempo	Incapaz de comunicarse con otros	
Estado Mental	Alerta. Orientado memoria intacta	Apático. Puede estar desorientado en tiempo	Confuso. Intermittente o total desorientación en tiempo, espacio y personas	Inconsciente. No responde a estímulos dolorosos.	
Dolor	Sin disfunción. Realiza todas ABVD y AVD sin dolor	Mínima disfunción. Realiza 50-75% de ABVD y AVD sin dolor	Disfunción moderada. Realiza 24-49% de las ABVD y AVD con dolor	Disfunción importante. No realiza ninguna actividad por dolor	
Sensibilidad	Intacto	Alteraciones mínimas. Capacidad limitada en la percepción de la sensibilidad de 1 ó 2 extremidades	Alteraciones graves. Capacidad limitada en la percepción de la sensibilidad de más de la mitad del cuerpo	Ausente. Sin sensibilidad	
Función respiratoria	Sin disfunción	Mínima disfunción. Al menos un síntoma que afecta a la capacidad de realización de ABVD o AVD	Disfunción moderada. Al menos un síntoma que afecta moderadamente la capacidad de realización de ABVD o AVD	Disfunción importante. Al menos un síntoma que afecta elevadamente a la capacidad de realización de ABVD o AVD	
Mantenimiento postural	Normal	Requiere asistencia. Mantiene posición con ayuda de una persona	Requiere gran asistencia. Mantiene posición con gran ayuda de 1 o más personas	Ausente	
Movilidad de las extremidades	Funcionalidad conservada	Limitaciones mínimas. Puede mover todas las miembros pero tiene algún grado de limitación	Gran asistencia. Debe ser asistido por otra persona para iniciar movimiento	Totalmente dependiente. Incapaz de realizar cualquier movimiento	
Nivel de actividad	Independiente para deambulación	Requiere asistencia. Deambula con ayuda de otra persona o andador	Cama-Sillón. Se mueve sólo en una silla con ayuda de otra persona	Encamado. Confinado en cama las 24 horas	
Movilidad en silla de ruedas	Independiente	Mínima asistencia	Asistencia de una persona	Totalmente dependiente	
ABVD	Totalmente independiente	Funcionalidad conservada con instrumentos de adaptación	Precisa asistencia de una persona	Totalmente dependiente	
Capacidad funcional autopercibida	Independiente funcionalmente	Mínima disfunción. Precisa asistencia ocasional	Disfunción moderada. Precisa la asistencia de una persona	Disfunción grave. Precisa la asistencia de más de una persona	

ANEXO 5
LOS NIVELES COGNITIVOS (INFERIORES) DE ALLEN
 (ASISTENCIA TOTAL, CUIDADOS ESPECIALES)

N 1	Acciones Automaticas	Conducta	Lenguaje	Tiempo
1.0	Retirada	Respuestas específicas a estímulos nocivos.	Gemidos	
1.2	Respuesta a estímulos sensoriales	Parpadeos, salivación, aspiración, chupeteos.	Gemidos, muecas	
1.4	Localiza estímulos		Gruñidos, muecas y sonrisas	Pocos segundos Instigación constante
1.6	Giros en cama	Seguimiento ocular, giro cefálico Control buco-lingual al masticar y tragar.	Sonríe, gruñe, grita Resp. a su nombre	Momentáneo (10 sgs.)
1.8	Sostiene segmentos	Completa giros iniciados por otro. Ayuda al sentarle Levanta miembros. Empuja. A la orden, sube glúteos. Posible evocación de objetos favoritos.	Respuesta aumentada a los cercanos. "No".	La respuesta antigraavitatoria es breve y no fiable

(ASISTENCIA MAXIMA, PREVENCIÓN DE RIESGOS)

N 2	Acciones Posturales	Conducta	Lenguaje	Tiempo
2.0	Respuesta antigraavitatoria	Sentado, mantiene tronco estable Palmoteos y balanceos. Busca confort.	Reconoce su nombre "Cama" Sí-no.	Sostiene el tronco aún fatigado
2.2	Reflejo de enderezamiento Bipedestación	Se pone en pie, ayuda en transferencias separa brazos para evitar la caída Responde a estímulos vestibulares, táctiles y verbales.	Dice su nombre	Se levanta y se sienta a la orden
2.4	Marcha	Marcha sin objeto. Pone pies en alto Cruza puertas, rodea objetos...	Perseveraciones "Gracias", juramentos	Camina, aún fatigado.
2.6	Marcha con dirección	---	Pide, identifica lugares. "Cama" "Baño"	Camina hasta el lugar nombrado.
2.8	Usa barras (con alguna dificultad)	Va y viene, empuja puertas cerradas, se sube en alturas o las franquea Puede imitar movimientos. Se agarra a personas u objetos para estabilizarse. Señala partes del cuerpo	Gestos, frases cortas, a veces fuera de contexto	Se sujeta hasta lograr la estabilidad

(ASISTENCIA MODERADA, SUPERVISIÓN DIRECTA 1: 3 máx.)

Preparar y guiar las secuencias, evitar peligros, pérdida, manipulación inadecuada

N 3	Acciones Manuales	Conducta	Lenguaje	Tiempo
3.0	Prensión de objetos	Nivel de los ojos o la mesa. Los coje, los tira, se va	Nombra algunos objetos	Respuesta lenta. Mantiene prensión algunos segs. o hasta que se le quita
3.2	Discriminación de objetos	Asocia objeto cotidiano y acción final. Lo coloca y usa automáticamente. No praxias ideat. Camina, impulsa silla. Ay. téc. con peligro Anosognosia. Ignora cambios o efectos.	Puede no quejarse Nombra objetos Nombra casa/hospital Puede insistir en marchar	Empieza y para a la orden (o no) No orientación temporal Perseveraciones.
3.4	Acciones mantenidas (quitar-poner)	Puede usar al revés o mezclar items y basura.... No inicia, pero imita o sigue secuencia Acciones repetitivas. El interés está en la acción Puede seguir de izquierda a derecha	Nombra acciones. Habla sin considerar al oyente Escribe?	Variable Distractible Olvida el objetivo
3.6	Observa efectos en objetos	---	Formas (con error) Necesidades vitales	Espera el efecto si se le indica. Instigación
3.8	Uso de todos los objetos	Distingue la forma (perímetro) Alinea, señala, imita. Modifica la acción manual si la razón funcional es clara. Llena el espacio o usa todos los items	"Ya está" A veces se sorprende No se queja, pero puede abandonar la tarea. No pide ayuda	Concepto de completamiento. Dura según los objetos disponibles.

ANEXO 6

SMMSE (Severe Mini Mental State Examination)

Autores:

Harrell, L. E.; Marson, D.; Chatterjee, A. y Parrish, J. A.

Tiempo estimado: 10 minutos.

Descripción: es un instrumento cuya puntuación máxima es de 30 puntos.

Permite obtener información del estado cognitivo de aquellos sujetos con deterioro cognitivo más severo. Muy útil cuando en el MEC se produce un "efecto suelo" (las puntuaciones de pacientes en estadios graves son tan bajas, que apenas aportan información sobre su estado cognitivo).

Buiza y cols. (2011) señalan en su artículo sobre los resultados preliminares de la validación en castellano de esta escala que amplía el rango inferior de medida del MEC evitando el "efecto suelo". A partir de sus resultados, el instrumento puede ser considerado válido y fiable, así como rápido y fácil de administrar

Batería de deterioro cognitivo grave

	Puntuación
<i>Questionario</i>	
1(IS) a) «Que tal/hola, mi nombres es»	2 1 0
b) «Por favor, entré en el despacho y tome asiento.» Ayude al paciente tomándolo del brazo Situación alternativa: Me gustaría que contestara a unas preguntas, podría moverse hacia delante. «Podría usted sentarse de esta manera»	2 1 0
c) «Por favor, siéntese aquí.» Ayude al paciente tomándolo del brazo y diga: «Siéntese aquí». Situación alternativa: «Acérquese a la mesa.» Si el paciente está en la silla de ruedas, ayudar al paciente empujándolo suavemente en el hombro. Decir, «Venga, siéntese aquí». Si el paciente no está en silla de ruedas pero no puede movilizarse, acercarle una pequeña mesa y decirle: «Acérquese la mesa hacia usted». mueva la mesa hacia el paciente y repita las instrucciones.	2 1 0
2(M) «Mi nombres es» «Deseo que recuerde mi nombre ya que se lo preguntaré en breves instantes.» Hacer una pausa. «¿Se acuerda de mi nombre?» «Sí, mi nombre es».	2 1 0
3(O) «Dígame su nombre completo.» Si dice sólo el nombre o el primer apellido ayudarle (p. ej., diciendo: Agustín qué).	2 1 0
4(L) a) «Por favor escriba su nombre aquí».	2 1 0
b) «¿Puede usted copiar esto?» Escribir su nombre en un papel. Omitir si hace correctamente 4a y dar puntaje completo.	2 1 0
5(O) «En qué mes estamos.» Si no hay respuesta ayudar al paciente diciendo «¿Eso?» Nombrar el mes que corresponde a 6 meses atrás, luego el presente mes, y luego el mes anterior.	2 1 0
6(L) «Dígame los meses del año.» «Comience con enero, febrero, marzo... siga usted...»	2 1 0
7(O) «Dígame el nombre de esta ciudad.» Ayudarle diciendo: Es o	2 1 0
8(L) a) «¿Cómo se llama el utensilio con el que usted bebe el café?»	2 1 0
b) «¿Cómo se llama el utensilio que usted usa para tomar la sopa?»	2 1 0
9(L) a) «Lea lo que dice en esta hoja y haga lo que dice.» Mostrar la tarjeta que dice: «Deme su mano.»	2 1 0
b) «Ahora deme la otra mano suya»	2 1 0
c) «¿Qué dice aquí?» Ayude diciendo: «Lea esta tarjeta en voz alta». Después de mostrarla tarjeta retírela de la vista del paciente.	2 1 0
10(M) «¿Disculpe, qué fue lo que dijo?» Ayude diciendo: «¿Qué fue lo que dijo?»	2 1 0
11(L) «Ahora diga...» a) «La gente gasta dinero.»	2 1 0
b) «Niño.»	2 1 0
12(AT) «Ahora diga» (anote las respuestas)	
2	7286
5	42731
87	75836
41	
582	
694	
6439	2 1 0

- Interrumpir la tarea cuando el paciente comete un error en dos series con la misma cantidad de números.
 2 puntos: números de 3, 4 o 5 dígitos repetidos correctamente.
 1 punto: números de 1 o 2 dígitos.
- 13(L) «Dígame todas las cosas que a usted le gusta comer», o «dígame todas las comidas que a usted le gusta preparar/comer en el desayuno/almuerzo/cena.» 2 1 0
 2 puntos: nombra cuatro o más tipos.
 1 punto: nombra de uno a tres tipos.
- 14(M) «¿Se acuerda de mi nombre?» 2 1 0
 «Correcto, mi nombres es.....»
- 15(L) «Dígame que es esto.» 2 1 0
 Mostrar la foto de un vaso.
- 16(PR) «Dígame cómo se utiliza esto» 2 1 0
 Colocar un vaso sobre la mesa
- 17(L) Si el paciente ejecutó correctamente la pregunta 15, recibe puntaje completo en esta pregunta. Sin embargo, conviene completar la pregunta. «Tome, coja esto con su mano (vaso),» 2 1 0
 «¿Qué es esto?»
- 18(PR) Deje que el paciente sostenga el vaso, y diga: «Muéstreme de nuevo cómo se usa.» 2 1 0
- 19(L) Omitir esta pregunta si el paciente respondió la pregunta 15 y 17, y otorgar puntaje completo a esta tarea. «¿Esto es un vaso o un sombrero?» 2 1 0
 1 punto: vaso o RR 15 o 17 correctas
 0 punto: sombrero.
 Respuesta correcta obtiene sólo un punto.
- 20(L) «¿Qué es esto?» Mostrar la fotor de una cuchara. 2 1 0
- 21(PR) «Muéstreme cómo se utiliza esto». 2 1 0
 Colocar una cuchara sobre la mesa.
- 22(L) Si ejecutó correctamente la pregunta 20, el paciente recibe puntaje completo en esta pregunta. Sin embargo, conviene repetir la pregunta. «Tenga, coja esto con su mano» (cuchara)» 2 1 0
 «¿Qué es esto?»
- 23(PR) Deje que el paciente coja la cuchara con la mano y diga: «Muéstreme cómo se usa.» 2 1 0
- 24(L) Omitir esta pregunta si el paciente respondió correctamente las preguntas 20 y 22, y de puntaje completo. «¿Esto es una cuchara o una chaqueta?» 1 0
 «Quiero que se acuerde de esta cuchara (mostrar la cuchara), porque le haré preguntas sobre ella en unos momentos. Mírela bien.»
- 25(M) «¿Cuál de estos objetos le dije que recordara?» 2 1 0
 Izquierda: cuchara metal; centro: cuchara plástico; derecha: tenedor.
 Retire los objetos de la mesa y diga: «También le dije que se acordara de uno de estos objetos, ¿se acuerda cuál?»
- 26(L) «¿Qué color es este?» (cuadrado azul) 2 1 0
 Ayudar diciendo: «¿Este color es azul o rojo?»
- 27(VS) Coloque los cuadrados de colores en el tapete. Izquierda: azul; centro: verde; derecha: rojo. 2 1 0
 ¿Cuál de estos cuadrados (señale los cuadrados en la mesa) es igual a este?»
 Muestre su cuadrado azul. Si no hay respuesta diga: «Este es mi cuadrado azul, ahora, ¿cuál es el suyo?»
 Si la respuesta es incorrecta o no hay respuesta, tome el cuadrado azul del paciente, y diga: «Este es su cuadrado azul».
- 28(M) Cambie el orden de los colores. 2 1 0
 Izquierda: verde; centro: azul; derecha: rojo. «Ahora déme el cuadrado que me mostró hace un momento» (o que yo le mostré). Si no hay respuesta ayudar diciendo:
 «¿Cuál fue el cuadrado que usted me mostró?»
 (o yo le mostré). «¿Fue este, este otro o este?» (señalando los cuadrados en el tapete). Si la respuesta fue incorrecta o no hubo respuesta diga:
 «Este es el cuadrado». Tome usted el cuadrado y muéstréselo al paciente.
- 29(VS) «Ahora, déme un cuadrado diferente al que yo le enseñé, no me dé el mismo, tiene que ser diferente.» 2 1 0
 Si no hay respuesta, ayude diciendo:
 «Este es el cuadrado azul» (mostrarlo con la mano), «Ahora déme uno de otro color».
- 30(L) a) «¿Qué color es este?» Muestre el cuadrado rojo. Si no hay respuesta ayude diciendo: «¿Esto es azul o rojo?» 2 1 0
 b) «¿Qué color es este?» Muestre el cuadrado verde. Si no hay respuesta ayude diciendo: «¿Esto es verde o azul?» 2 1 0
 «¿Qué forma es esta?» Muestre el cuadrado azul. Si no hay respuesta ayude diciendo: «¿Esto es un cuadrado o un círculo?» 2 1 0

- 31(VS) Coloque las figuras de color negro en el tapete. Izquierda: triángulo; centro: círculo; derecha: cuadrado.
- «¿Qué figura es igual a esta? (señalar las figuras del tapete) «¿Esta forma es la misma que ésta?» (mostrar el cuadrado). Si no hay respuesta ayudar diciendo: «Este es mi cuadrado, ahora muéstreme el suyo».
- Si la respuesta no es correcta o no hay respuesta, decir: «Esta es la figura correcta».
- 2 1 0
- 32(M) Cambie el orden de las figuras.
- Izquierda: círculo; centro: cuadrado; derecha: triángulo. «Ahora, déme la misma figura que me mostró hace un momento» (o que yo le mostré).
- Si no hay respuesta, ayudar diciendo:
- «¿Cuál fue la figura que usted me mostró hace un momento?»; ¿Fue esta, esta otra o esta?»
- Si no hay respuesta o es incorrecta, decir: «Esta es la figura correcta».
- 2 1 0
- 33(VS) «Ahora muéstreme una figura diferente a la que me mostró hace un momento, que no sea la misma que yo le mostré, tiene que ser diferente.»
- Si no hay respuesta, ayudar: «Este es un cuadrado, ahora, muéstreme una figura diferente».
- 2 1 0
- 34(L) a) «¿Qué forma es esta? (mostrar la figura redonda). Si no hay respuesta, ayudar diciendo: «¿Esto es una figura redonda o cuadrada?».
- 2 1 0
- 35(C) a) «Dibuje un círculo.»
- Si no hay respuesta, ayudar mostrando el dibujo de un círculo y decir: «Copie esto.»
- 2 1 0
- b) «Dibuje un cuadrado.»
- Si no hay respuesta, ayudar mostrando el dibujo de un cuadrado, y decir: «Copie esto.»
- 2 1 0
- 36(AT) «Voy a golpear la mesa, y voy a contar las veces que lo hago.» «Escuche.»
- Golpee la mesa tres veces y cuente 1, 2 y 3.
- «Ahora, usted va a contar cuando yo golpee la mesa.» «Recuerde que debe contar, no se detenga después de cada golpe.»
- Golpee cinco veces, sólo se permite una ayuda.
- 2 puntos: cuenta correctamente, sin ayuda.
- 1 punto: cuenta hasta cinco con ayuda.
- 0 punto: requiere más de una ayuda o no cuenta hasta cinco.
- 2 1 0
- 37(ATT) «Mire mis dedos» (mover los dedos), «Mire tengo tres dedos» (mostrar los tres primeros dedos). «Ahora, tengo un dedo» (mostrar el primer dedo). «Ahora, usted cuente mis dedos» (mostrar el primer y cuarto dedo).
- «Correcto esto son dos dedos.»
- Muestre el primer dedo, si el paciente no cuenta espontáneamente decir: «Quiero que cuente mis dedos, no se pare, cuente siempre que yo le muestre mis dedos». Procede a mostrar.
- 1^{ro} y 4^{to}, respuesta correcta 2.
- 1^{ro}, respuesta correcta 1.
- 1^{ro}, 2^{do} y 3^{ro}, respuesta correcta 3.
- 4^{to}, respuesta correcta 1.
- 1^{ro}, 2^{do}, 3^{ro} y 4^{to}, respuesta correcta 4.
- 2 puntos = cuenta las cinco presentaciones.
- 1 punto = cuenta la cinco pero recibe ayuda.
- 0 punto = respuestas incorrectas y recibe más de una ayuda.
- 2 1 0
- 38(M) Coloque el vaso en el tapete con otros dos objetos. Izquierda: tazón; centro: vaso; derecha: jarro, con medidas.
- «¿Cuál de estos objetos usted tenía que recordar?»
- Retire los objetos y coloque.
- Izquierda: cuchillo; centro: espátula; derecha: cuchara.
- «¿Cuál de estos objetos tenía que recordar?»
- 39(OP) Mientras camine hacia la salida (o la sala de espera), colocarse atrás del paciente y llamarlo por su nombre.
- 2 1 0
- 40(L) Si el paciente responde a la pregunta 39, entable una conversación:
- «¿Cómo ha estado usted?».
- Si el paciente dice «bien» o «muy bien», tratar de estimular una respuesta más completa, por ejemplo.
- «¿Qué va a hacer usted este fin de semana?»
- «¿Va usted de paseo a alguna parte?»
- 2 1 0

ANEXO 7

Severe Mini-Mental State Examination con las puntuaciones asociadas para cada ítem

Pregunta	Puntuación
<i>Nombre (1 punto si se aproxima; 3 si es exacto)</i>	
1. Nombre _____	0-1-3
2. Apellido _____	0-1-3
<i>Fecha de nacimiento (1 punto si hay algún elemento correcto; 2 si es totalmente exacto)</i>	
a Nacimiento _____	0-1-2
<i>Repetir tres palabras (1 punto por cada palabra)</i>	
a Pájaro _____	0-1
b Casa _____	0-1
c Paraguas _____	0-1
<i>Seguir instrucciones sencillas (1 punto por obedecer la orden; 2 puntos por seguir obedeciendo la orden [5 segundos] hasta que se le diga que pare)</i>	
a Levante la mano _____	0-1-2
b Cierre los ojos _____	0-1-2
<i>Nombrar objetos simples (1 punto por cada objeto)</i>	
a Bolígrafo _____	0-1
b Reloj _____	0-1
c Zapato _____	0-1
<i>Escribir su nombre (1 punto si se acerca; 2 si es totalmente exacto)</i>	
a Nombre _____	0-1-2
b Apellido _____	0-1-2
<i>Dibujar un círculo a la orden (1 punto)</i>	
a Círculo _____	0-1
<i>Dibujar un cuadrado (1 punto)</i>	
a Cuadrado _____	0-1
<i>Nombrar animales (número de animales en 1 minuto)</i>	
• 1-2 animales: 1 punto	
• 3-4 animales: 2 puntos	0-1-2-3
• Más de 4 animales: 3 puntos	
<i>Deletrear SOL hacia delante (1 punto por cada letra en el orden correcto)</i>	
a S _____	0-1
b O _____	0-1
c L _____	0-1

ANEXO 8

VALORACION FUNCIONAL DE MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO AVANZADO / GRAN DEPENDENCIA

POSTURA	Se le aplican sujeciones y correccion	Mantiene el tronco Necesita alguna sujeción	Camina, aun cansado	Sin problemas
MOVILIDAD	Sigue con la vista y la cabeza Ayuda al moverlo y sentarlo	Se pone en pie Camina con ayuda Ayuda en transferencias	Se levanta y sienta a la orden Camina, abre puertas, franquea alturas Impulsa su silla	Se desplaza acompañado Usa su silla (con peligro)
EQUILIBRIO	Breve, no fiable	Separa brazos para no caer Rodea obstaculos	Se agarra para estabilizarse	Camina con seguridad
AVD	Se le da de comer en boca Ayuda al vestirlo y asearle, sujetando miembros.	Come, con ayuda y supervisión Hace una pequeña parte de la tarea	Come con poca ayuda Hace parte de la tarea, pide ir al baño	Supervisión de cantidad y/o velocidad. No modales
ATENCION	Momentanea	Mas de 5´	Mas de 15´. Completa tarea con instigación	30´Observa y comenta.
COMUNICACION	Sonríe, grita Responde a su nombre Conoce próximos "No"	Sonidos, monosilabos, "sí", no" Imita palabras Juramentos Dice su nombre	Nombra objetos, acciones, necesidades Frases simples Gestos Letras y numeros Pide Empieza y para a la orden	Lenguaje basico Exige atención Escritura poco legible Identifica riesgos concretos Pide ayuda
DISCRIMINACION	Reconoce algunos objetos favoritos	Responde a estímulos verbales y táctiles	Identifica lugares basicos en AVD Reconoce formas Empareja identicos Señala partes del cuerpo Llena el espacio, completa Relaciona objeto-acción y lo usa automáticamente	Colores primarios y secundarios 2 dimensiones, Cualidades visibles Intenta copiar, corrige Responde radio 1 m. Pide lo que falta Completa el objetivo
DESTREZA		Perseveraciones Mueve brazos y cuerpo	Sujeta objetos a su alcance Lanza Modifica la accion manual Alinea Imita movimientos Acciones repetitivas INTERES EN LA ACCION Olvida el objetivo	Ejecuta con demostración Coloca objetos Ajustes neuromusculares a espacio y superficie Pide verificación
CONSCIENCIA		Anosognosia	Consciente de alguna limitación.	Reconoce discapacidad
AJUSTE PSICO-SOCIAL		Agitación, estereotipias, disruptivo, escapista mas de la mitad del tº	Conducta adaptada mas de la mitad del tiempo	Eventuales alteraciones Se interesa por la relación
	1	2	3	4

ANEXO 9

VALORACION FUNCIONAL DE MAYORES CON GRAN DEPENDENCIA

Pedimos su colaboración para realizar un trabajo sobre la Terapia Ocupacional en pacientes con una situación parecida a la de su familiar.

Por favor, marque si estas conductas le parecen **IMPORTANTES y POSIBLES** para él o ella, y para usted. Si no se lo parecen, no marque nada.

También es necesario que firme el consentimiento informado que aparece en la última página. Muchas gracias.

		ES IMPORTANTE		
		Mucho	poco	ES POSIBLE
SI VA EN SILLA DE RUEDAS	QUE VAYA BIEN COLOCADO Y SUJETO			
	QUE SE MANTENGA BIEN SENTADO			
	QUE PUEDA PONERSE DE PIE			
	QUE MUEVA OJOS Y CABEZA PARA MIRAR			
	QUE AYUDE AL MOVERLO Y SENTARLO			
	QUE PUEDA IMPULSAR SU SILLA			
SI PUEDE ANDAR	QUE SE PONGA EN PIE Y SE SIENTE SOLO			
	QUE CAMINE ACOMPAÑADO O SOLO			
	QUE SUBA ESCALONES			
	QUE SORTEE OBSTACULOS			
	QUE MANTENGA EL EQUILIBRIO AGARRANDOSE			
	QUE ACEPTÉ LA COMIDA, Y QUE SI PUEDE, COMA SOLO, CON VIGILANCIA			
	QUE COLABORE O QUE SE DEJE VESTIR CUANDO SE LE VISTE			
	QUE AYUDE O SE DEJE ASEAR			
	QUE HAGA PARTE DEL ASEO O DEL VESTIDO			
	QUE PRESTE ATENCION			
	QUE OBSERVE Y COMENTE LO QUE OCURRE			
	QUE SONRIA Y CONOZCA			
	QUE "HABLE", AL MENOS "SI" O "NO", PALABRAS SUELTAS O JURAMENTOS			
	QUE HABLE AUNQUE SEA DE FORMA SIMPLE, QUE PIDA, QUE ENTIENDA INSTRUCCIONES SENCILLAS			
	QUE RECONOZCA PARTES DEL CUERPO			
	QUE RECONOZCA FORMAS			
	QUE RECONOZCA LUGARES Y OBJETOS COTIDIANOS			
	QUE DISTINGA COLORES Y CUALIDADES			
	QUE HAGA PEQUEÑAS TAREAS IMITANDO LO QUE SE LE ENSEÑA			
	QUE PUEDA MANEJAR OBJETOS QUE TIENE A SU ALCANCE			
	QUE PUEDA COGER COSAS PEQUEÑAS CON LOS DEDOS			
	QUE SEPA SUJETAR Y MOVER COSAS Y SOLTAR CUANDO QUIERA			
	QUE MUEVA SUS BRAZOS PARA ALCANZAR COSAS Y LAS COJA.			
	QUE COLOQUE			
	QUE TENGA PUNTERIA			
	QUE SE DE CUENTA AL MENOS EN PARTE DE SUS LIMITACIONES			
	QUE NO SE ALTERE CON FACILIDAD			
	QUE NO HAGA MOVIMIENTOS O DIGA FRASES REPETITIVOS Y QUE PARECE QUE NO TIENEN SENTIDO, MUY A MENUDO			
	QUE NO SE MUESTRE AGRESIVO NI MOLESTE A OTROS			
	QUE NO INTENTE "ESCAPARSE" O ANDE SIN RUMBO CON RIESGO			
	QUE SE INTERESE POR LAS ACTIVIDADES Y POR RELACIONARSE			

Si hay otras cosas que le parece importante y posible conseguir o mantener, por favor, escríbalas. También cualquier comentario que quiera hacer.

ANEXO 10

RESULTADOS DE LA ENCUESTA PARA FAMILIARES

Se reflejan los porcentajes de valoración como “ MUY IMPORTANTE” superiores al 50 %

POSTURA	QUE VAYA BIEN COLOCADO Y SUJETO	69
MOVILIDAD	QUE SE MANTENGA BIEN SENTADO	69
	QUE PUEDA PONERSE DE PIE	
	QUE MUEVA OJOS Y CABEZA PARA MIRAR	69
	QUE AYUDE AL MOVERLO Y SENTARLO	55
	QUE PUEDA IMPULSAR SU SILLA	
EQUILIBRIO	QUE SE PONGA EN PIE Y SE SIENTE SOLO	*
	QUE CAMINE ACOMPAÑADO O SOLO	*
	QUE SUBA ESCALONES	*
	QUE SORTEE OBSTACULOS	*
	QUE MANTENGA EL EQUILIBRIO AGARRANDOSE	*
AVD BASICAS	QUE ACEPTÉ LA COMIDA, Y QUE SI PUEDE, COMA SOLO , CON VIGILANCIA	69
	QUE COLABORE O QUE SE DEJE VESTIR CUANDO SE LE VISTE	76
	QUE AYUDE O SE DEJE ASEAR	76
	QUE HAGA PARTE DEL ASEO O DEL VESTIDO	
ATENCION	QUE PRESTE ATENCION	92
COMUNICACION	QUE OBSERVE Y COMENTE LO QUE OCURRE	84
	QUE SONRIA Y CONOZCA	92
	QUE “HABLE”, AL MENOS “SI” O “NO”, PALABRAS SUELTAS O JURAMENTOS	84
	QUE HABLE AUNQUE SEA DE FORMA SIMPLE, QUE PIDA, QUE ENTIENDA INSTRUCCIONES SENCILLAS	84
DISCRIMINACION	QUE RECONOZCA PARTES DEL CUERPO	
	QUE RECONOZCA FORMAS	53
	QUE RECONOZCA LUGARES Y OBJETOS COTIDIANOS	61
	QUE DISTINGA COLORES Y CUALIDADES	76
	QUE HAGA PEQUEÑAS TAREAS IMITANDO LO QUE SE LE ENSEÑA	69
DESTREZA	QUE PUEDA MANEJAR OBJETOS QUE TIENE A SU ALCANCE	69
	QUE PUEDA COGER COSAS PEQUEÑAS CON LOS DEDOS	95
	QUE SEPA SUJETAR Y MOVER COSAS Y SOLTAR CUANDO QUIERA	84
	QUE MUEVA SUS BRAZOS PARA ALCANZAR COSAS Y LAS COJA.	84
	QUE COLOQUE	
	QUE TENGA PUNTERIA	
CONSCIENCIA	QUE SE DE CUENTA AL MENOS EN PARTE DE SUS LIMITACIONES	61
AJUSTE PSICO-SOCIAL	QUE NO SE ALTERE CON FACILIDAD	92
	QUE NO HAGA MOVIMIENTOS O DIGA FRASES REPETITIVOS Y QUE PARECE QUE NO TIENEN SENTIDO, MUJ A MENUDO	54
	QUE NO SE MUESTRE AGRESIVO NI MOLESTE A OTROS	92
	QUE NO INTENTE “ESCAPARSE” O ANDE SIN RUMBO CON RIESGO	92
	QUE SE INTERESE POR LAS ACTIVIDADES Y POR RELACIONARSE	69

**Nota: La mayoría no caminan, de ahí los bajos resultados de los ítems de marcha, que sí se valoraron como “muy importantes” en los usuarios que conservan la deambulaci3n.

ANEXO 11

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN EL TRABAJO DE FIN DE GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

El presente trabajo es conducido por CRISTINA MATEOS ORTEGA, para la Universidad de Zaragoza.

La meta de este trabajo es PROPONER UNA VALORACION DE LAS PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO AVANZADO Y GRAN DEPENDENCIA QUE SE ATIENDEN EN TERAPIA OCUPACIONAL , PARA PODER APRECIAR SU SITUACION Y SU POSIBLE MEJORIA O EMPEORAMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO.

Si usted accede a participar en este Trabajo, se le pedira completar una **encuesta**, que le tomará aproximadamente **30 minutos** de su tiempo

La participación es **voluntaria**, y la información recogida será **confidencial** y no se usará para ningún otro propósito. Sus respuestas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento a la persona que lo conduce, y puede retirarse en cualquier momento sin que esto le provoque ningún perjuicio. Si alguna pregunta le resulta incómoda, puede comunicarlo o no responderla.

Se le entrega una copia de este consentimiento, y puede pedir información sobre el estudio cuando haya concluido, a CRISTINA MATEOS, terapeuta ocupacional de la Residencia de Mayores Romareda.

Conociendo y entendiendo las características de este trabajo, **ACEPTO** participar en la investigación en los terminos que se describen arriba.

.....

Nombre del	Firma	Fecha
participante		

7.BIBLIOGRAFIA

(1) Castellanos Pinedo, Cid Gala, M. F. Duque San Juan, P. Zurdo Martín. *Abordaje integral de la demencia* Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35 nº 2: 39-45

(2) JIMENEZ HERRERO, F. "Terapia Ocupacional y Geriatria", Boletín informativo de la APETO, agosto 1988.

(3) Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A. (1993): "Calidad de vida en la vejez". Revista de Intervención Psicosocial, 5, 77-94. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid. ISSN: 1132-0559.

(4) Fernandez Rodríguez E., Sanchez Gomez C. *Estudio de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado*. TOG (A Coruña) [revista en Internet], 2014;11(20):[14 p.]

(5) Olazarán, J, Agüera- Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. *Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento*. Rev Neurol 2012; 55: 598-608

(6) Olazarán, J. y otros: *Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática* Artículo de Revisión Dement Geriatr Cogn Disord DOI: 10.1159/000321458 Traducción de Dement Geriatr Cogn Disord 2010;30:161–178 (DOI: 10.1159/000316119) 'Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy'

(7) Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, Green J, Burns E. *Rehabilitation for older people in long-term care*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD004294. DOI:10.1002/14651858.CD004294.pub2.

(8) Deus, J. *Estimulación cognitiva en demencias: eficacia o placebo* Informaciones psiquiátricas, 2º trimestre 2006. nº 184

(9) Corregidor Sanchez Al. , Avila Tato R. *Terapia Ocupacional en cuidados paliativos. Ocupar antes de morir*. TOG (A Coruña) [Revista en Internet] 2010; monog. 3: 185-213

(10) Laborda, A.A., *La utilidad del MR de la discapacidad cognitiva en la practica asistencial de la TO en Psicogeriatría* Anales de la EUCCSS de Zaragoza, nº 3, año 2000, pag. 47-56

(11) Buiza, C., Montorio, I., Yanguas, J. *Intervenciones en deterioro cognitivo grave*. Re. Esp. Geriatr Gerontol. 2006;42(Supl 2); 44-50

(12) Buiza, A., Etxeberia, I, Yanguas, J. (2005) "Deterioro cognitivo grave". Madrid. Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 27 [fecha de publicación 01/04/2005] <<http://www.imserso.csic.es/documentos/documentos/buiza-deterioro-01.pdf>>

(13) Kielhofner, G., T.O. *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Madrid, Ed. Medica Panamericana, 2004. cap. 22, pp. 430-456

(14) Laborda, AA "Modelos de practica en la asistencia ocupacional de un centro de dia psicogeriatrico (CDPG) Rev. Inf. De APETO , Nº 26, sept. 2001 pag. 2-6

(15) Durante, P., y Pedro, P. *TO en Geriatria: Principios y practica*. Barcelona, Masson, 1998

(16) Polonio, B. y colab. *Terapia Ocupacional en Geriatria, 15 casos practicos*. Madrid, Ed. Medica Panamericana, 2001

(17) Sociedad española de Geriatria y Gerontologia "Estandares de calidad en geriatria" IMC, Madrid, SEGG Publicaciones, 2007

(18) Gonzalez Mas, R. *Rehabilitacion medica de ancianos*, Barcelona, Masson, 1995

(19) Sarasa, E. *TO y enfermedad de Alzheimer* Zaragoza, Mira editores, 2008

(20) Sarasa Frechín, E. *Bases neuropsicologicas de la perdida de la independencia funcional en la EA* Rev. Inf. APETO, Nº 29, sept. 2002, pag. 28-32

(21) Bermejo Pareja, F, Porta-Etessam, J. Díaz Guzmán J-. Martínez-Martín P., *Más de CIEN ESCALAS en NEUROLOGÍA* Madrid, Aula Medica, 2008

(22) Buiza, C., Navarro, A., Diaz orueta U., Gonzalez, M. Alaba, J., Arriola, E., Hernandez, C., Zulaica, A y Yanguas, j. *Evaluacion breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del "severe Mini-Mental State Examination.* Rev. Esp. Geriatr Gerontolog. 2011; 46 (3); 131-138

(23) Gil Gregorio, P., *Enfermedad de Alzheimer avanzada* Informaciones Psiquiátricas - Primer y segundo trimestres 2005. Número 179-180. Recepción: 04-04-05 / Aceptación: 12-04-05

(24) Allen, C.K. et alt. *Occupational Therapy treatment goals for the physically and cognitively disabled.* Rockville, AOTA, 1992