



**Universidad
Zaragoza**



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

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2014 / 2015
TRABAJO FIN DE GRADO

Propuesta de programa de intervención para la prevención de la pérdida
de memoria desde Terapia Ocupacional.

Autor/a: Melús García, Ana M^a

Director 1. Laborda Soriano, Ana A.

Director 2. Lucientes Langa, Susana

RESUMEN

Este trabajo propone un programa de intervención desde Terapia Ocupacional para prevenir las pérdidas de memoria con el fin de que los usuarios mejoren su desempeño ocupacional. Se llevará a cabo en los centros cívicos de Zaragoza y sus participantes serán hombres y mujeres de diferentes edades.

En la introducción se justifica el tema de estudio, en relación a la función de la memoria, y su intervención desde Terapia Ocupacional. A continuación se presentan los objetivos, general y específicos, del programa siendo prioritario la prevención de las pérdidas de memoria en la población anteriormente nombrada. En lo referente a la metodología se incluye el modelo en el que se centra el programa, que es el modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional con un enfoque perceptivo-cognitivo, así como las fases que componen dicho programa.

El desarrollo explica cómo se va a llevar a cabo el programa, es decir, como se va a evaluar a los participantes, cómo se va a implementar y los resultados esperados tras la intervención.

Para finalizar, se exponen las conclusiones obtenidas de la realización del trabajo así como la opinión personal del mismo.

INTRODUCCIÓN

A medida que las personas cumplen años y conforme envejecen, van perdiendo habilidades y aparecen más enfermedades crónicas. Además, suele verse también afectada la memoria debido a que se produce un cese de la actividad y, por tanto, comienzan a olvidarse de las cosas o de lo que iban a hacer (1).

La pérdida de la memoria es un componente del deterioro cognitivo. Éste es la alteración o pérdida de las capacidades mentales superiores como el recuerdo, el pensamiento, el conocimiento o el lenguaje (2,3). Delgado y Delser (1995) definieron el deterioro cognitivo como *“un descenso del rendimiento cognitivo de la persona desde un nivel previamente normal (o un retraso mental estacionario) más allá de lo atribuible al declinar de la edad o a otros factores funcionales”*. El deterioro cognitivo conlleva a una pérdida de la autonomía personal y social así como a una mayor asistencia a nivel sanitario y familiar (3).

En la DSM-V ya no se habla de pérdida de memoria asociada a la edad, como en la DSM-IV, sino que se hace referencia a los trastornos neurocognitivos (TNC) que incluyen el delirium, los síndromes del TNC mayor, el TNC leve y sus subtipos etiológicos. Define a los TNC como *“trastornos en los que la disfunción cognitiva no ha estado presente desde el nacimiento o la infancia temprana y, por tanto, representa un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente”* (4).

La memoria es *“la capacidad de registrar, retener y recordar información”*. Hay varios tipos de memoria entre los que se encuentran la sensorial, la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo, la de los procedimientos, la semántica y la episódica (1,5).

Actualmente, el término diagnóstico que más se usa es el de trastorno de la memoria asociado con la edad (TMAE) para referirse al estado clínico en el que se produce una disminución de la memoria en las personas mayores de 50 años. Queda en duda que el TMAE sea una causa de demencia senil u otra patología y no hay que confundirlo con las demencias ya que estos problemas suelen ser frecuentes con la edad. Es más común en mujeres y aumenta el riesgo de padecerlo conforme se va envejeciendo (6). Los factores de riesgo son el estrés, antecedentes familiares de demencia, niveles de educación y socioeconómico bajos, etc. siendo el más importante la depresión (6,7). Según un estudio realizado en España, la prevalecía del TMAE es de 7,1% en personas

de entre 40 y 65 años siendo mayor en otros estudios (7). Cabe destacar que, según varios estudios, los factores de riesgo modificables, como la alimentación, la ingesta de tabaco o alcohol y/o la vida sedentaria, pueden disminuir la afectación de las funciones cognitivas de las personas (8, 9, 10).

Según Ignacio Morgado (11), es primordial para disminuir y/o evitar el avance de la pérdida de memoria la práctica de deporte o actividad física, evitar las dietas ricas en grasas y el sueño. Además de todo esto, se recomienda la lectura, realizar diversos ejercicios para tener la mente activa de manera frecuente como crucigramas, ajedrez, seguir series de televisión y repasar mentalmente cosas que sean importantes como cumpleaños, nombres, horarios, entre otras.

En los últimos años, se ha incrementado progresivamente la demanda y derivación a las consultas de neurología en pacientes adultos jóvenes por problemas de deterioro cognitivo, aunque no implican un deterioro real de éste. Uno de los principales motivos que llevan al paciente por primera vez a dicha consulta son los problemas de memoria que suponen un 18,47% (12). Algunos de los factores que influyen en los fallos de la memoria son: determinados rasgos de la personalidad como el neuroticismo, los déficits en la función ejecutiva y estados emocionales como el estrés, la ansiedad o la depresión. En algunas ocasiones se relaciona con el sexo femenino o el bajo nivel educativo. La sintomatología emocional está relacionada con niveles bajos de autoestima, quejas psicósomáticas y pensamientos negativos lo cual conlleva a una sobrestimación de los fallos de la memoria percibidos (13, 14). Las quejas de memoria habitualmente son expuestas por un informador fiable aunque hay casos en los que es el paciente el informador. Según un estudio de Ponds et al. (13), los adultos jóvenes atribuyen sus fallos de memoria a la tensión y los problemas emocionales, la falta del interés y la falta de la atención o concentración.

Todas las personas, a medida que vamos envejeciendo vamos olvidando cosas pero siempre recordamos lo que para nosotros es importante, lo que nos emociona. Esto es completamente normal y no significa que sea el inicio de una enfermedad de tipo Alzheimer. Los olvidos se deben a diversas causas siendo las más comunes la pérdida de sinapsis neuronales por falta de uso, las interferencias entre neuronas, la poca integración de la nueva información en los esquemas de memoria ya existentes y el exceso de nuevas neuronas, entre otras causas (11, 15).

Según la información obtenida en diversos centros cívicos podemos afirmar que, en éstos, es habitual la realización de cursos o talleres de memoria para los cuales se necesitan programas de estimulación de la memoria.

Estos programas son un conjunto de actividades y situaciones concretas que se unen y estructuran para lograr la activación, estimulación y entrenamiento de la memoria, de forma adecuada, y así transformarla en hábitos, habilidades y/o destrezas (16).

Los centros cívicos son equipamientos municipales basados en los principios de descentralización y participación, donde se llevan a cabo diversas actividades de ocio así como la posibilidad de proporcionar información y atención social a la población en temas referentes a la integración y a la participación (17, 18).

La realización de actividades de ocio, como las llevadas a cabo en los centros cívicos, es beneficiosa para las funciones cognitivas. Las actividades mentales están asociadas con la cognición global, el lenguaje y la función ejecutiva; las actividades físicas se asocian con la memoria y el lenguaje; y las actividades sociales con la cognición global (19).

Para la realización de este programa de intervención desde Terapia Ocupacional se seguirá el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional. Su objetivo es que la terapia ocupacional contribuya en la promoción de la salud y en la participación para obtener un compromiso con la ocupación. Así mismo, ofrece una guía para la evaluación o la intervención y ayuda a que personas no relacionadas con la terapia ocupacional puedan entenderla. Está dividido en el dominio y el proceso de la terapia ocupacional que hacen que los profesionales se centren en el desempeño ocupacional siendo éste el resultado de la interacción entre el cliente, el entorno y la ocupación (20, 21).

El modelo conceptual que se va a utilizar es el modelo canadiense con enfoque de técnicas perceptivo cognitivas para la intervención. Este modelo describe la Terapia Ocupacional como la relación entre las personas, su medio ambiente y su ocupación basándose en el cliente lo cual da como resultado el rendimiento ocupacional. El proceso de recuperación se centra en la persona. Este modelo quiere dar respuesta a los cambios en la sociedad, en los sistemas sociales y de salud, en el conocimiento profesional y en los valores sociales, estando muy relacionado con la realidad actual.

Además, confía en el potencial que tiene el ser humano para elegir, organizar e implicarse en ocupaciones significativas que le producen satisfacción (22, 23).

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Proponer un programa de prevención de la pérdida de memoria en usuarios de los centros cívicos de Zaragoza.

Objetivos específicos:

- Evaluar a los participantes en relación a la función de la memoria para conocer el estado inicial.
- Planificar la intervención del programa acorde a las necesidades de los pacientes.
- Realizar un seguimiento de las actividades para detectar posibles cambios en la memoria.
- Reevaluar estado de su memoria a los participantes al finalizar el programa.
- Indicar la comprobación de los resultados esperados.

METODOLOGÍA

Para poder realizar este programa de intervención, ha sido necesaria la búsqueda de artículos que nos permitiese recoger información acerca del tema elegido. Para ello se han utilizado los siguientes descriptores tanto en castellano como en inglés:

- Prevención deterioro cognitivo / prevention cognitive impairment
- Prevención pérdida memoria / prevention loss memory
- Prevención pérdida memoria + terapia ocupacional / prevention loss memory + Occupational Therapy
- Talleres memoria + centro cívico / memory workshops + cultural center
- Programas estimulación cognitiva / cognitive stimulation programs

La búsqueda de información se ha realizado introduciendo estos descriptores en bases de datos tanto de carácter biomédico y sociosanitario como en propias de Terapia Ocupacional, tales como, Pubmed y OT Seeker. Además se han revisado revistas, libros y manuales de ambas índoles.

También se ha obtenido información relevante de conferencias realizadas en el mes de marzo, para todos los públicos y cuya temática estaba relacionada con la pérdida de memoria.

Se trata de un programa enmarcado dentro del modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. Este enfoque *“coloca el énfasis sobre el aprendizaje de la resolución de problemas y los objetivos de la persona, los usuarios tienen un conocimiento incomparable de sus vidas ocupacionales y por lo tanto conocen sus necesidades mejor que nadie”*. De esta forma, los participantes con el empoderamiento, satisfacen sus necesidades ocupacionales (24).

Se usa un enfoque basado en técnicas perceptivo-cognitivas en el cual, según indicaron Abreu y Togliola y posteriormente Abreu e Hinajosa (25), primero se recogen los estímulos importantes, luego se hace una diferenciación y análisis de los mismos para seleccionar y procesar los que sean de mayor interés y por último se realiza el aprendizaje de los mismos usando estrategias cognitivas.

Las herramientas de evaluación son el test de memoria conductual de Rivermead (RBMT) y la medida canadiense de desempeño ocupacional (COPM) para la evaluación de la satisfacción.

Las fases que componen el programa son:

Fase de evaluación: los usuarios recibirán la información por parte de agentes de los centros cívicos y de salud así como mediante publicidad. Una vez que tengamos a los participantes se realizará una selección de los mismos y procederemos a evaluar el estado de su memoria mediante el RBMT y con la COPM su satisfacción en el desempeño. Las personas que formarán parte de este programa serán hombres y mujeres de Zaragoza con leves pérdidas de memoria. La duración de esta fase será aproximadamente de un mes.

Fase de intervención: se propondrán los objetivos que se trabajarán en las diferentes sesiones con los participantes del programa. Irán encaminados a dotarles de estrategias que prevengan los problemas de la vida diaria derivados de la posible pérdida en la función de la memoria. Además, en esta fase, se realizará la propuesta del tratamiento así como su implementación. La duración es de 6 meses.

Fase de resultados: se reevaluará con las mismas herramientas que se utilizaron en la fase de evaluación para medir los resultados y se evalúa el nivel de satisfacción con el programa. La duración de esta fase será de, aproximadamente, un mes.

DESARROLLO

Evaluación o fase 1:

Perfil Ocupacional:

Los destinatarios de este programa de prevención de la pérdida de memoria son hombres y mujeres residentes en Zaragoza y con leves pérdidas de memoria.

Acuden al taller propuesto por los diferentes centros cívicos de Zaragoza debido a su preocupación por el estado de su función mnésica actual ya que esto les está provocando problemas en su desempeño ocupacional lo cual hace que no puedan realizar satisfactoriamente las actividades de la vida diaria (AVD).

Este grupo de personas, en su mayoría, presentan problemas principalmente en las áreas ocupacionales de las actividades instrumentales de la vida diaria, ya que sus pérdidas de memoria no les permiten terminarlas de forma óptima. También pueden tener ligeros problemas en las áreas del trabajo, del juego, del ocio y del tiempo libre y de la participación social aunque en menor medida ya que las leves pérdidas de memoria no son lo suficientemente importantes como para restringir de forma absoluta las actividades. Así mismo, son exitosas las áreas de descanso y sueño y de educación ya que permiten mejorar las funciones mnésicas ya sea descansando para volver a hacer hincapié posteriormente en la tarea o bien aprendiendo nuevas técnicas memorísticas, respectivamente.

Los contextos y entornos que les facilitan la consecución de las AVD son el virtual ya que en caso de pérdidas de memoria existen numerosas aplicaciones que les permiten conseguir sus metas y, el físico ya que al observar dicho entorno puede recordar lo que pretendían realizar. Por el contrario, el entorno cultural y social dificulta la correcta realización de las AVD ya que puede influir negativamente sobre la realización de las mismas así como el temporal puesto que si requieren tiempo para la realización de las tareas, éste jugará en su contra y el personal ya que, debido a factores intrínsecos de la persona, la memoria va deteriorándose y por consiguiente se realizan peor las AVD.

El conjunto de personas que forman este taller tienen un interés común que se basa en impedir el avance de la pérdida de memoria. En función de la edad y del sexo tienen unos intereses u otros por ejemplo la cocina, el deporte, viajar, etc. Este grupo cuenta

con componentes cuya experiencia vital difiere de la del resto ya que están solteros, casados, con hijos, sin hijos, trabajadores, jubilados, etc. Además participan en las ocupaciones de diferente forma en función de los criterios ya nombrados anteriormente por lo que el significado que dichas ocupaciones tienen para cada uno de ellos también será diferente.

La prioridad que presenta el grupo en conjunto es la actuación sobre sus leves pérdidas de memoria que le permitan subsanar los problemas que le surgen en su día a día. Además los resultados que esperan conseguir son, diferentes técnicas para recordar y evitar problemas mayores así como mantener y/o mejorar su estado actual de memoria. Cabe destacar, que aunque no es la principal prioridad, valoran positivamente las relaciones sociales establecidas en los talleres.

Análisis de la Ejecución Ocupacional:

De la información obtenida en el perfil ocupacional podemos concluir que, estas personas presentan pérdidas de memoria que dificultan la realización de sus actividades diarias.

Para conocer el estado de la memoria de los participantes usaremos unas escalas de valoración estandarizadas propias de Terapia Ocupacional como son el RBMT y la COPM.

El RBMT evalúa la memoria de los hechos cotidianos. Está formada por once ítems que valoran la memoria verbal, visual y visuoespacial. Para puntuarlos se tiene en cuenta si acierta o fracasa pudiendo categorizarse en memoria normal, escasa, moderadamente afectada y gravemente afectada. Un segundo puntaje identifica el rendimiento siendo 2 el rendimiento perfecto, 1 error único y 0 más de un error (26).

La COMP es un instrumento de valoración del Modelo Canadiense que detecta cambios en la autopercepción del desempeño ocupacional en el tiempo, a nivel de satisfacción y realización. Involucra a la personas desde el primer momento y se basa en las áreas de autocuidado, ocio y productividad. Estos ítems presentan 3 subítems que son valorados del 1 al 10 en función de la importancia que tiene para la persona. De todos los subítems, el paciente elegirá los 5 que considere prioritarios y los puntuará del 1 al 10 en función del desempeño y de la satisfacción (27).

El *diagnóstico ocupacional* que se obtiene es un grupo de personas con dificultades en la realización del desempeño ocupacional, concretamente en algunas actividades complejas de la vida diaria, debido a que presentan pérdidas de memoria.

Por todo lo anterior, se propone un programa que dote a dichas personas de estrategias para mejorar su capacidad mental.

Intervención o fase 2:

Plan de Intervención:

Los objetivos propuestos para la intervención de este programa son:

1. Conocer el funcionamiento de la memoria.
 - 1.1. Valorar las quejas de memoria de los usuarios.
 - 1.2. Dar respuesta a las quejas de memoria planteadas por los usuarios.
 - 1.3. Eliminar estereotipos negativos acerca de la relación edad-pérdida de memoria.
2. Enseñar y practicar diferentes técnicas y estrategias que permitan compensar los fallos de memoria.
 - 2.1. Ejercitar la atención como parte esencial de la memoria y puerta de entrada de la información
 - 2.2. Enseñar y entrenar diferentes técnicas de retención.
 - 2.3. Estimular los procesos cognitivos básicos.
3. Potenciar la realización de lo aprendido en la vida cotidiana incorporando el ejercicio mental a la rutina diaria.
 - 3.1. Aumentar la autoestima de los usuarios mediante la consecución de nuevos retos.
 - 3.2. Crear un ambiente agradable que fomente el aprendizaje y las relaciones sociales.
 - 3.3. Enseñar formas entretenidas de seguir realizando ejercicios tras finalizar el taller.
4. Promover las relaciones sociales con los diferentes miembros del grupo
 - 4.1. Establecer conversaciones entre ellos durante las actividades.
 - 4.2. Fomentar el trabajo grupal.
 - 4.3. Aceptar y formular críticas así como saberlas afrontar.

El *enfoque de intervención* que se adapta a este programa es el de prevenir ya que se pretende prevenir las pérdidas de memoria en los usuarios de este programa, que a su vez causan problemas en el desarrollo óptimo de las AVD.

Mecanismos para la prestación del servicio:

El encargado de llevar a cabo este programa es el terapeuta ocupacional de los diferentes centros cívicos de Zaragoza por lo que el recurso institucional en el que se va a llevar a cabo es en el centro cívico de cada barrio. El material necesario y que debe traer a las sesiones cada participante está formado por un bolígrafo y un cuaderno. El terapeuta ocupacional proporciona materiales específicos y, en cada sesión, los usuarios deben de tener todas las fichas de las sesiones anteriores así como las tareas para realizar en casa.

Para llevar a cabo este programa se realizan dos sesiones por semana con una duración de una hora, siendo la duración total del programa de 8 meses. La estructura de las sesiones será la siguiente:

- Bienvenida: dinámicas de bienvenida, corrección de los ejercicios realizados en casa y recuerdo de la sesión anterior.
- Relajación utilizando diferentes técnicas para favorecer el aprendizaje.
- Explicación de los contenidos teóricos de la sesión, realización de actividades y puesta en común.
- Explicación de la tarea para casa.

Los talleres los forman unas 15 personas que se informan de los mismos a través de agentes de los centros cívicos y de salud y por publicidad. Acceden por orden de inscripción y patología asociada con la pérdida de memoria. Las actividades que se llevan a cabo pueden ser individuales, por parejas o en grupos según los objetivos y los contenidos tienen siempre una estructura similar a la que se presenta de ejemplo en la siguiente tabla.

	CONTENIDOS		
	REGISTRO (atención percepción)	y RETENCIÓN (asociación repetición)	y RECUERDO

ACTIVIDADES	Pasatiempos	Recordar caras y profesión compañeros	Recitar poesía aprendida a lo largo de las sesiones
	Cálculo mental de la lista de la compra	Recordar números de teléfono	Orientación a nivel local y nacional
	Leer el periódico, libros o revistas y hacer un resumen de lo leído	Clasificar palabras por categorías	Orientación en el barrio
	Formar palabras con unas cuantas letras indicadas por el terapeuta ocupacional	Juegos (cifras y letras, categorías, pasapalabra...)	Explicar un día habitual en su vida
	Ordenar secuencias de la vida diaria (poner la lavadora, ir a comprar...)	Realizar recorridos mentales por Zaragoza	Explicar su receta favorita

Como hemos visto, la estructura del programa incide en tres fases que son registro, retención y recuerdo. El registro se refiere a la percepción y la atención que necesitamos para memorizar aquello que es importante, por todo ello orientaremos actividades relacionadas con el entrenamiento en las funciones de atención y percepción, como tachar letras o símbolos en el periódico según la indicación o fijarse en los rasgos característicos de los personajes de las fotos y recordarlos; la retención es la fase en la que almacenamos la información obtenida en el registro mediante estrategias como la categorización, la asociación, la repetición o la visualización, como por ejemplo actividades en las que tengan que hacer una historia con las palabras dadas o asociar festividades con algún dato concreto, por ejemplo, el día 5 de febrero es Santa Águeda, la patrona de las mujeres y se come un postre típico; y el recuerdo es la recuperación de

la información almacenada, es decir, buscar y localizar la información que nos interesa en ese momento, para reforzar esta fase se utilizan estrategias de referencia y de asociación, como por ejemplo actividades en las que tengan que simplificar mediante el uso de siglas, por ejemplo el SALUD es el Servicio Aragonés de Salud, y estrategias para organizar su tiempo libre (28).

Los tipos de intervenciones que se van a llevar a cabo desde terapia ocupacional son el *uso terapéutico de las ocupaciones y de las actividades* basándonos en las *actividades con propósito*, ya que lo que se pretende en este programa es que las personas participantes realicen las actividades de las sesiones para conseguir los objetivos propuestos y con esto mejorar su desempeño ocupacional; el *proceso de formación o educación*, ya que el terapeuta ocupacional enseñará a los participantes diversas técnicas que éstos usarán para prevenir la pérdida de memoria; y la *auto-gestión* ya que los usuarios serán capaces de realizar satisfactoriamente sus actividades siguiendo las estrategias aprendidas en las sesiones.

Revisión de la Intervención:

A lo largo del taller se evalúa el progreso de los usuarios mediante la observación directa de las tareas así como con la asistencia a las sesiones (ANEXO I)

Durante el último mes, se realiza la reevaluación de los participantes para comprobar si se han cumplido los resultados esperados, y por tanto los objetivos. Para ello, el terapeuta ocupacional vuelve a utilizar las mismas escalas que en la fase de evaluación. Además, les entrega un cuestionario de elaboración propia para valorar el grado de satisfacción que tienen tras realizar el taller (ANEXO II).

Resultados o fase 3:

Como ya se ha nombrado, se realiza una reevaluación a los pacientes para comprobar el éxito de los objetivos.

Los resultados globales que se esperan obtener están relacionados con la prevención ya que es el objetivo principal de este programa. Lo que se pretende es que estas personas, que presentan leves pérdidas de memoria, mantengan o incluso mejoren su función mnésica. Para ello se lleva a cabo este programa en el cual se realizan diferentes

actividades cuyo factor principal es la memoria con el fin de prevenir que se produzca un empeoramiento.

Además, también se pretende que se den como resultados la salud y el bienestar. Esto es así debido a que al participar en este taller los usuarios adquieren un bienestar óptimo y su estado de salud mejora. La aparición de este resultado repercute positivamente en la realización de las AVD así como en su estado emocional que, a su vez, sirve para prevenir otras patologías derivadas.

Evaluación del programa:

En la siguiente tabla se recogen los indicadores a través de los cuales se podrá evaluar el programa y valorar en qué medida de han cumplido los objetivos.

	INDICADOR	RESULTADOS
EVALUACIÓN DEL PROCESO	Número de participantes	El número máximo de participantes es de 15 personas. Se valora la asistencia a las sesiones con un registro diario.
	Número de sesiones	Se realizarán 2 sesiones por semana durante 8 meses por lo que son 64 sesiones, pudiendo variar el número de éstas en función de las festividades.
	Número de evaluaciones realizadas	Se realizan evaluaciones iniciales y finales, así como durante las sesiones.
EVALUACIÓN DE	RBMT	Según lo observado en la evaluación inicial y final, el 75% de los participantes mejoran en los aspectos valorados en el RBMT.
	COPM	Según lo observado en la

RESULTADOS		evaluación inicial y final, el 75% de los participantes mejoran en los aspectos valorados en la COPM.
	Sociabilidad	Siguiendo la evaluación diaria, el 80% aumentan participación con pares.
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN	Cuestionario de satisfacción	Al menos el 80% de los participantes evalúan el taller con un 7 o superior.
	Participación	Al menos el 80% acude diariamente y con las tareas realizadas.
	RBMT y COPM	Mejora en los resultados de la evaluación final en ambas escalas.

Los estándares propuestos en alguno de los anteriores indicadores como medida de resultado, son orientativos y se comprobarán al finalizar el programa. Según la desviación detectada en estos estándares será conveniente un nuevo ajuste en el programa.

CONCLUSIONES

Con la finalización del programa y tras comprobar los resultados, se observa que los objetivos propuestos se han cumplido.

Para la realización de este programa no se ha considerado oportuno marcar un límite de edad puesto que las pérdidas de memoria pueden aparecer a cualquier edad, si bien es cierto que son frecuentes a partir de los 50 años, y no se considera oportuno excluir del programa a usuarios por dicho motivo.

Dicho esto, es algo novedoso ya que, actualmente, la mayoría de los programas de esta índole van destinados a personas de más de 65 años y/o con enfermedades cognitivas presentes.

El llevar a cabo este programa mediante técnicas perceptivo-cognitivas es importante puesto que, a través de estrategias, técnicas y ejercicios de aprendizaje, se desarrolla la memorización, la cual permite recordar aspectos importantes y transferirlos al día a día para conseguir un desempeño ocupacional óptimo que permita mantener la autonomía personal.

Es una población que permite una intervención en la que se pueden obtener resultados positivos puesto que presentan leves pérdidas de memoria y tienen motivación suficiente para subsanarlas y/o minimizarlas siempre que sea posible.

Es un tema muy estudiado pero que todavía sigue presentando ciertos vacíos ya que, como he dicho anteriormente, no se tienen en cuenta todos los factores influyentes así como a toda la población independientemente de su edad.

Así mismo, para llevar a cabo este programa se necesita la aprobación del mismo por parte de la dirección de los centros cívicos lo cual puede suponer un problema económicamente hablando.

Sería adecuado que, en un futuro, se continuara con la investigación de la función de la memoria en edades anteriores a la jubilación para evitar problemas mayores, como una demencia, y poder abordar dicha función con antelación.

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). La Memoria. Conocerla y mejorarla. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
2. Coca A. Envejecimiento, hipertensión y deterioro cognitivo. SCM; 2003.
3. Franco Martín MA, Criado del Valle CH. Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
4. Trastornos neurocognitivos. En: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª ed. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014. P. 591-643.
5. Ribera Casado JM. Deterioro cognitivo leve. Barcelona: Glosa S.L.; 2003.
6. Casanova-Sotolongo P, Casanova-Carrillo P, Casanova-Carrillo C. Trastornos de la memoria asociados con la edad en la atención médica básica. Aspectos conceptuales y epidemiológicos. Rev Neurol [Internet]. 2004 [consultado 5 Feb 2015]; 38 (1): 57-61. Disponible en: <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2003251#>
7. Vera-Cuesta H, Vera-Acosta H, León-Benito O, Fernández-Maderos I. Prevalencia y factores de riesgo del trastorno de la memoria asociado a la edad en un área de salud. Rev Neurol [Internet]. 2006 [consultado 5 Feb 2015]; 43 (3): 137-142. Disponible en: <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2005369>
8. Meeusen R. Exercise, Nutrition and the Brain. Sports Med. [internet]. 2014 [consultado 6 Mar 2015]; 44 (supl 1): 47-56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4008828/>
9. Zhao E, Tranovich MJ, Wright VJ. The Role of Mobility as a Protective Factor of Cognitive Functioning in Aging Adults. Sports Health [internet]. 2014 [consultado 6 Mar 2015]; 6 (1): 63-69. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874220/>
10. Samieri C, Grodstein F, Rosner BA, Kang JH, Cook NR, Manson JE et al. Mediterranean diet and cognitive function in older age: results from the Women's

- Health Study. Epidemiology [internet]. 2013 [consultado 6 Mar 2015]; 24 (4): 490-499. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3674216/>
11. Morgado I. “Conferencia”: Por qué perdemos memoria con la edad. En: Ciclo “Aprender, recordar y olvidar”. Caixaforum Zaragoza; marzo 2015
 12. Ruiz-Sánchez de León JM, Llanero-Luque M, Lozoya-Delgado P, Fernández-Blázquez MA, Pedrero-Pérez EJ. Estudio neuropsicológico de adultos jóvenes con quejas subjetivas de memoria: implicación de las funciones ejecutivas y otra sintomatología frontal asociada. Rev Neurol [Internet]. 2010 [consultado 5 Feb 2015]; 51 (11): 650-660. Disponible en: <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2010270>
 13. Montenegro M, Montejo P, Claver-Martín MD, Reinoso AI, de Andrés-Montes ME, García-Marín A, et al. Relación de las quejas de memoria con el rendimiento de memoria, el estado de ánimo y variables sociodemográficas en adultos jóvenes. Rev Neurol [Internet]. 2013 [consultado 5 Feb 2015]; 57 (9): 396-404. Disponible en: <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2013047>
 14. Pellicer-Porcar O, Mirete-Fructuoso M, Molina-Rodríguez S, Soto-Amaya J. Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: influencia del estado emocional. Rev Neurol [Internet]. 2014 [consultado 5 Feb 2015]; 59 (12): 543-550. Disponible en: <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2014457>
 15. Morgado I. “Conferencia”: Cómo recordamos y por qué olvidamos. En: Ciclo “Aprender, recordar y olvidar”. Caixaforum Zaragoza; marzo 2015
 16. Ocw.um.es [Internet]. Murcia: García Sevilla J. En: Estimulación cognitiva. Departamento de Psicología básica y Metodología, Facultad de Psicología. Universidad de Murcia; 2009 [consultado 16 Mar 2015]. Introducción a la Estimulación Cognitiva; 20p. Disponible en: <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/estimulacion-cognitiva/material-de-clase-1/tema-1-texto.pdf>
 17. Forodezamora.com [internet]. Zamora: forodezamora; 2006 [citado 11 Mar 2015]. Disponible en: http://www.forodezamora.com/centros_civicos.htm
 18. Ayuntamiento de Motril [internet]. Motril: ayuntamiento de Motril; [consultado 11 Mar 2015]. Centro Cívico La Matraquilla [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.motril.es/index.php?id=1899>
 19. Wang HX, Jin Y, Hendrie HC, Liang C, Yang L, Cheng Y et al. Late Life Leisure Activities and Risk of Cognitive Decline. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013

- [consultado 11 Mar 2015]; 68 (2): 205-213. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598354/>
20. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [acceso 14 Feb 2015]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
 21. Legón JJ. Marco de Trabajo Terapia Ocupacional AOTA 2010, Opiniones y Reflexiones. Espacio T.O. Venezuela [internet]. 2011 [consultado 14 Feb 2015]; (7). Disponible en: http://www.espaciotovenezuela.com/pdf_to/reflexionmarcoaota.pdf
 22. Simó Algado S. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. TOG (A Coruña) [Internet]. 2006 [consultado 25 Abr 2015]; 3: 27p. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>
 23. Huerta Mareca R, Díaz-Mor Prieto C. El Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional, a propósito de tres casos. TOG (A Coruña) [Internet]. 2008 [consultado 11 May 2015]; 5 (8): 14p. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/caso2.pdf>
 24. Kielhofner G. Modelo canadiense del desempeño ocupacional. En Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2004. p.94-109
 25. Kielhofner G. Modelo cognitivo-perceptual. En: Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ªed. Madrid: Médica Panamericana; 2004. p. 126-146.
 26. Grieve J. Neuropsicología. Evaluación de la percepción y de la cognición. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 1994.
 27. Simó Algado S. El Modelo Canadiense del proceso del desempeño ocupacional. TOG (A Coruña) [Internet]. 2006 [consultado 11 May 2015]; 3: 18p. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoII.pdf>
 28. Israel L. Método de entrenamiento de la memoria. Grenoble.

Anexos:

Anexo I: ficha de evaluación diaria

PARTICIPACIÓN EN LAS SESIONES

NOMBRE USUARIO/A:

1-Nada 2-Poco 3-Normal 4-Bastante 5-Mucho

Fecha									
Asistencia									
Intervenciones al grupo									
Ayuda a pares									
Eficacia tareas individuales									
Eficacia tareas en pareja									
Eficacia tareas grupales									
Realización tareas para casa									
Fallos									
Satisfacción global de la sesión									

OBSERVACIONES:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL TALLER

NOMBRE USUARIO/A:

FECHA:

1-Nada 2-Poco 3-Normal 4-Bastante 5-Mucho

1. ¿Cree que ha sido entretenido el taller?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿En qué medida cree que el/la coordinador/a del taller ha realizado bien su labor?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Le gustaría volver a realizar este taller?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Se ha cumplido lo que esperaba del taller?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿En qué medida está satisfecho/a con el taller?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera que el horario y el número de usuarios/as del taller es el adecuado?

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

7. Sugerencias para la mejora del taller:

8. Nota global del taller: