



FAGAL  
FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA

# TERAPIA OCUPACIONAL EN ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS



Coordinadora / Autora: Noelia Ríos Pérez **AFAL Ferrolterra**

Autores/as: Jesús María Andrea Reyes

**AFAGA**

Beatriz Crespo Rilo

**AFABER**

Berta Lorenzo Pazos

**AGADEA**

Alba Mayán Carballa

**AFAPO**

Julia Niñe Piñeiro

**AFALU**

Noelia Portela González

**AFAMO**

Ángel Rodríguez Quiroga

**AFACHANTADA**

Olalla Ventura López

**AFACO**



# Terapia Ocupacional

## en Alzheimer y Otras Demencias



**FAGAL**  
**FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA**

**EDITA:**

Federación Alzheimer Galicia - FAGAL

**Primera Edición 2018****AUTORÍA:**

Coordinadora / Autora: Noelia Ríos Pérez - AFAL Ferrolterra

Autores/as: Jesús María Andrea Reyes - AFAGA

Beatriz Crespo Rilo - AFABER

Berta Lorenzo Pazos - AGADEA

Alba Mayán Carballa - AFAPO

Julia Niñe Piñeiro - AFALU

Noelia Portela González - AFAMO

Ángel Rodríguez Quiroga - AFACHANTADA

Olalla Ventura López - AFACO

**CESIÓN DE IMÁGENES:**

AFAL Ferrolterra

**MAQUETACIÓN:**

Federación Alzheimer Galicia

**DEPÓSITO LEGAL:**

C 2125-2016

**Copyright © 2016. Federación Alzheimer Galicia**

Queda prohibida, sin autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento.

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

### MÓDULO I. BÁSES TEÓRICAS

#### Capítulo 1. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

- 1.1. Concepto de demencia
- 1.2. Tipos de demencias
- 1.3. Factores de riesgo
- 1.4. Diagnóstico
- 1.5. Tratamiento

#### Capítulo 2. Terapia Ocupacional

- 2.1. Definición de la Terapia Ocupacional
- 2.2. Perspectiva histórica de la Terapia Ocupacional
- 2.3. Aspectos del dominio de la Terapia Ocupacional

#### Capítulo 3. Terapia Ocupacional y alzhéimer y otras demencias. Justificación del abordaje de la Terapia Ocupacional en la enfermedad de Alzheimer.

- 3.1. En busca del mejor tratamiento
- 3.2. Efectos de la Terapia Ocupacional
- 3.3. La figura del cuidador
- 3.4. Terapia Ocupacional dentro del tratamiento no farmacológico
- 3.5. La Terapia Ocupacional dentro de un equipo multidisciplinar

### MÓDULO II. PROCESO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ALZHÉIMER Y OTRAS DEMENCIAS

#### Introducción

#### Capítulo 4. Evaluación Ocupacional

- 4.1. Evaluación inicial
- 4.2. Evaluación continuada
- 4.3. Valoración de resultados

#### Capítulo 5. Intervención de la Terapia Ocupacional en alzhéimer y otras demencias

- 5.1. Estrategias de intervención
- 5.2. Objetivos del tratamiento
- 5.3. Tratamiento
  - A. Estimulación de las destrezas de ejecución
  - B. Intervención funcional
  - C. Ocio y tiempo libre
  - D. Otras terapias
  - E. Apoyo a familias

## **MÓDULO III: CASOS PRÁCTICOS**

1. Estadio leve de la enfermedad
2. Estadio moderado de la enfermedad
3. Estadio avanzado de la enfermedad

## **ANEXOS**

Anexo 1. Herramientas de evaluación de Terapia Ocupacional

Anexo 2. Registro de Terapia Ocupacional

Anexo 3. Pautas de actuación en las actividades de la vida diaria para la promoción de la autonomía

Anexo 4. Productos de apoyo más empleados en las actividades de la vida diaria

## **BIBLIOGRAFÍA**

# Introducción

Las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias, más conocidas como AFAs, vienen desarrollando en Galicia, desde hace más de 20 años, un inmenso labor de atención a las personas con una demencia neurodegenerativa y sus familias. A día de hoy, y siendo conocedores de que queda un largo camino por delante, podemos echar la vista atrás para poder ver que en el camino recorrido se tiene generado un acervo de intervención de indudable valor y que es preciso identificar y presentar de manera ordenada.

Esta es la razón de ser de este manual, la de presentar de forma clara y ordenada la metodología de intervención en terapia ocupacional de las AFAs gallegas, y compartir lo que entendemos es nuestro modo de trabajar y lo que queremos para nuestros familiares con una demencia neurodegenerativa y para nosotros mismos como cuidadores principales.

En este manual se define la aproximación propia de la terapia ocupacional a la realidad concreta del alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas y la importancia de la búsqueda de la mejor intervención, del mejor tratamiento no farmacológico, de tener en cuenta la intervención de las familias o de definir las estrategias, objetivos y tratamientos, de cada situación particular.

No quiero terminar sin decir que lo que se presenta a continuación es el trabajo condensado de un laborioso grupo de terapeutas ocupacionales de las asociaciones de familiares de Galicia a los que no podemos hacer otra cosa que dar las gracias por su trabajo.

Un saludo

***Santiago de Compostela, septiembre de 2016***

**Juan Carlos Rodríguez Bernárdez**

**Presidente de la Federación Alzheimer Galicia**





# MÓDULO I.

# BASES TEÓRICAS



# Capítulo 1

## Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

### 1.1. CONCEPTO DE DEMENCIA

El concepto de demencia es un concepto general para definir una serie de síntomas y signos que ocasiona deterioro de las funciones cognitivas superiores (percepción, atención, memoria, lenguaje, pensamiento consciente, acciones dirigidas, sentimientos, inteligencia,...). Este desgaste o deterioro provoca una falta de autonomía en la vida diaria, afectando a la esfera personal, familiar, laboral, social, es decir, en el completo de la integridad de la persona<sub>1</sub>.

### 1.2. TIPOS DE DEMENCIA

Todas las formas de demencia son el resultado de la muerte de células nerviosas y/o pérdida de comunicación entre ellas. El cerebro humano es muy complejo y multifacético y son muchos los factores que pueden interferir en su buen funcionamiento.

Por eso hay que diferenciar las demencias en función de las características que presentan **(Tabla 1)**:

En relación a su causa:

**Demencia primaria** son aquellas sin causa conocida, como puede ser la enfermedad de Alzheimer, demencia de Cuerpos de Lewy o demencia frontotemporal.

**Demencia secundaria**, donde la demencia aparece como consecuencia de otro trastorno principal como, por ejemplo, las demencias vasculares, la demencia consecutiva de una hidrocefalia o déficit vitamínico<sub>2</sub>, o la demencia derivada de un hipotiroidismo o de una infección..

**Demencia mixta** se define como el solapamiento de procesos neuropatológicos diversos, aunque un tipo es predominante sobre el resto. Una de las más frecuentes es la combinación de la demencia vascular y la enfermedad de Alzheimer<sub>3</sub>.

Según la edad de inicio:

**Demencia presenil o temprana:** es la demencia que tiene un inicio precoz, es decir, que las alteraciones cognitivas aparecen antes de los 65 años.

**Demencia senil o tardía:** se considera al conjunto de trastornos de las capacidades cognitivas durante la etapa de la senectud, a partir de los 65 años.

Teniendo en cuenta la relación clínica terapéutica:

**Demencias irreversibles o no tratables** donde el deterioro cerebral no puede ser corregido por los mecanismos de reparación neuronal, tales como las enfermedades neurodegenerativas de Alzheimer, de Parkinson o de Huntington.

**Demencias potencialmente reversibles**, aquellas que tratadas en el momento oportuno pueden llegar a recuperar parte potencial de sus capacidades, como en el caso de la hidrocefalia normotensiva, la neurosífilis y las demencias metabólicas o tóxicas.

Según localización de la estructura cerebral afectada:

**Demencia cortical:** es la demencia en la cual el daño cerebral se encuentra en la capa exterior, es decir, en la corteza. Las afectaciones aparecen en la memoria, en el lenguaje, en el pensamiento y en el comportamiento, como sucede en la enfermedad de Alzheimer.

**Demencia subcortical:** afecta a las áreas que están debajo de la corteza cerebral, causando principalmente cambios en las emociones y en el movimiento. Por ejemplo, en la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson.

**Tabla 1: Clasificación por demencias**

| CLASIFICACIÓN       | TIPOS                                | EJEMPLOS  |
|---------------------|--------------------------------------|---|
| CAUSA               | Demencia Primaria                    | - Enfermedad de Alzheimer<br>- Demencia de Cuerpos de Lewy<br>- Demencia fronto-temporal  |
|                     | Demencia Secundaria                  | - Demencia por hidrocefalia crónica<br>- Demencia de origen infeccioso (Creutzfeldt- Jakob)<br>- Demencia por hipotiroidismo<br>- Demencia por carencia vitamínica  |
|                     | Demencia Mixta                       | - Demencia vascular y enfermedad de Alzheimer<br>- Enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer  |
| EDAD DE INICIO      | Demencia presenil                    | - Demencia de inicio antes de los 65 años   |
|                     | Demencia senil                       | - Demencia de inicio después de los 65 años   |
| CLÍNICA TERAPÉUTICA | Demencias irreversibles              | - Enfermedad de Alzheimer<br>- Demencia por Cuerpos de Lewy<br>- Demencia fronto-temporal<br>- Demencia de Huntington   |
|                     | Demencias potencialmente reversibles | - Demencia asociada a drogas<br>- Demencia por tóxico-metabólico<br>- Demencia por causas extrínsecas (hidrocefalia, hematoma subdural, tumor)<br>- Demencia por causa infecciosa (sífilis, VIH)<br>- Demencia por causas inflamatorias (esclerosis múltiple, lupus)<br>- Demencia por déficit vitamínico |

| CLASIFICACIÓN | TIPOS                | EXEMPLOS   |
|---------------|----------------------|--|
| LOCALIZACIÓN  | Demencia cortical    | - Enfermedad de Alzheimer<br>- Demencia por Cuerpos de Lewy<br>- Demencia fronto-temporal  |
|               | Demencia subcortical | - Demencia asociada de la enfermedad de Parkinson<br>- Enfermedad de Huntington<br>- Demencia con parálisis supranuclear progresiva<br>- Ataxias espinocerebelosas |

A continuación pasamos a hablar de las demencias más destacadas:

### A. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Tal como la descubrió Alois Alzheimer (neurólogo alemán) en 1907, es una enfermedad degenerativa cerebral en la que se pierden neuronas, se produce un cúmulo de una proteína anormal, amiloide, y aparecen unas lesiones características, la formación de placas seniles y ovillos neurofibrilares. Estas lesiones provocan una serie de síntomas relacionados con la pérdida de capacidad intelectual, pero además, a lo largo de la evolución de la enfermedad aparecen los denominados síntomas neuropsiquiátricos como son la agitación, agresividad o alucinaciones. Con el tiempo, todo eso aboca en una incapacidad de la persona que padece esta enfermedad<sub>4</sub>.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia en personas mayores de 65 años. Sin embargo, hay formas de la enfermedad de inicio temprana, generalmente debido a un defecto genético<sub>5</sub>.

De forma general, con el fin de describir la evolución de la enfermedad se distinguen tres etapas, aunque hay autores que diferencian más, como Reisber y col. (**Tabla 2**):

**Etapa leve.** En esta etapa, la persona presenta déficits para la memoria reciente, desorientación temporal y dificultades para realizar tareas complejas. También puede presentar síntomas emocionales, como ansiedad o depresión y negación de la enfermedad. La persona puede mantener su autonomía como para vivir sólo y sin ayuda o realizar un trabajo relativamente simple.

**Etapa moderada.** En esta etapa aparecen alteraciones graves en la memoria y en la orientación, aumentan los problemas de comunicación y las reacciones emocionales se acentúan. Al mismo tiempo, se incrementa la dependencia en las actividades de la vida diaria, tales como vestirse o asearse.

**Etapa severa.** En esta etapa la persona presenta desorientación total, con severos problemas de comunicación. Muchas de las personas presentan gran agitación, trastornos del sueño, comportamientos repetitivos e incontinencia de los esfínteres. La persona es dependiente para todas las actividades de la vida diaria<sub>6</sub>.

Tabla 2: Principales síntomas en las diferentes etapas de las demencias (adaptado de B. Reisber y col, 1982),

| ETAPA                           | PRINCIPALES SÍNTOMAS  |
|---------------------------------|---|
| <b>DEMENCIA LEVE</b>            | <p>Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recordar lugares poco comunes. La familia se da cuenta de las dificultades.</p> <p>Las principales manifestaciones de esta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La persona puede perderse en un lugar no familiar.</li> <li>- Los compañeros detectan un bajo rendimiento laboral.</li> <li>- Las personas más próximas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres.</li> <li>- Al leer un párrafo de un libro retiene muy poca información.</li> <li>- Pierde o pone en un lugar erróneo un objeto de valor.</li> <li>- Capacidad muy disminuída para aprender nombres nuevos.</li> <li>- Pueden asociarse síntomas de ansiedad, depresión y una disminución de la iniciativa.</li> </ul>                           |
| <b>DEMENCIA MODERADA</b>        | <p>Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes.</p> <p>Las principales manifestaciones de esta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento disminuído de los acontecimientos actuales y recientes.</li> <li>- Pueden existir algunas dificultades en el recuerdo de su historia personal.</li> <li>- Dificultad para organizar viajes, ocuparse de sus finanzas personales y en la toma de medicación.</li> </ul>   |
| <b>DEMENCIA MODERADA SEVERA</b> | <p>Necesita ayuda para elegir la ropa, desorientación en el tiempo o en el espacio y dificultades para recordar el nombre de los nietos. La persona no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.</p> <p>Las principales manifestaciones de esta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc.</li> <li>- Es frecuente cierta desorientación en el tiempo: fecha, día, etc.</li> <li>- Puede ir solo sin perderse únicamente a lugares próximos y conocidos.</li> <li>- Recuerda su nombre y generalmente el de su pareja e hijos.</li> <li>- No requiere asistencia en el aseo ni en la comida ni para vestirse, pero puede tener cierta dificultad en la elección de las prendas de vestir adecuadas</li> </ul> |

| ETAPA  | PRINCIPALES SÍNTOMAS   |
|--|--|
| <p align="center"><b>DEMENCIA SEVERA</b></p>   | <p>Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia, desorientación en el tiempo, en el espacio y, posiblemente, en la identidad. Ocasionalmente puede olvidar el nombre de su cónyuge, de quien es y depende totalmente para sobrevivir.</p> <p>Las principales manifestaciones de esta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.</li> <li>- Mantiene ciertos recuerdos de su vida pasada.</li> <li>- Desorientación en el tiempo y en el espacio.</li> <li>- Requiere asistencia en las actividades cotidianas.</li> <li>- Pueden tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse.</li> <li>- Casi siempre recuerda su nombre.</li> </ul> |
| <p align="center"><b>DEMENCIA MUY SEVERA<br/>O ETAPA TERMINAL<br/>DE LAS DEMENCIAS</b></p> | <p>Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora.</p> <p>Las principales manifestaciones de esta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente puede pronunciar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas etapas no hay lenguaje, emite únicamente sonidos.</li> <li>- Incontinencia urinaria y posiblemente fecal.</li> <li>- Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.</li> <li>- Progresivamente incapaz de caminar sin ayuda.</li> <li>- La persona se pone rígida</li> </ul>  |

## B. DEMENCIA DE CUERPOS DE LEWY

La demencia de Cuerpos de Lewy se asocia clínicamente al deterioro cognitivo, demencia fluctuante, parkinsonismo y síntomas psicóticos. Patológicamente se relaciona con la presencia de cuerpos y neuritas de Lewy en la corteza cerebral y habitualmente también en los núcleos subcorticales.

La demencia cursa con fluctuaciones de los déficits cognitivos y del nivel de conciencia. El parkinsonismo tiene predominio acinético y habitualmente simétrico con alteración temprana de la marcha. Los síntomas psicóticos característicos son alucinaciones visuales e ideas delirantes. También son frecuentes los signos de disfunción autonómica, el trastorno de conducta del sueño REM, la hipersomnia, las caídas y la hipersensibilidad a los neurolépticos.

Las lesiones patológicas típicas son los cuerpos y neuritas de Lewy, que consisten en agregadas patológicas de alfa-sinucleína que se extienden por el área límbica, la corteza y el tronco cerebral. También se observan placas similares a las características de la enfermedad de Alzheimer.

## C. DEMENCIA FRONTO - TEMPORAL

La demencia fronto-temporal o degeneración lobular frontotemporal es el nombre que reciben un grupo de enfermedades neurodegenerativas que se caracterizan por una atrofia cerebral focal habitualmente en los lóbulos frontales y/o temporales que puede ser simétrica o asimétrica. Es la segunda causa de demencia en menores de 65 años después de la enfermedad de Alzheimer.

Según las características clínicas se pueden diferenciar tres grandes síndromes: la variante frontal cuando predomina el trastorno conductual, la demencia semántica y la demencia afasia progresiva no fluente cuando predomina el trastorno del lenguaje.

Las características principales de las demencias fronto-temporales son:

- Cambios en el comportamiento de inicio precoz, tales como la alteración de conducta que afecta a la esfera social, falta de juicio, desinhibición, perseverancia, glotonería, hiperfagia, hiperoralidad, labilidad emocional, pérdida de empatía y anosognosia, que predominan sobre la alteración en la memoria.
- Alteración progresiva prominente del lenguaje expresivo con lenguaje hipofluente, logopenia, anomia, agramatismo y trastorno de la repetición (afasia progresiva no fluente).
- Alteración progresiva de la comprensión de las palabras, con lenguaje hiperfluente, anomia y pérdida progresiva de los contenidos semánticos de las palabras, objetos y conceptos (demencia semántica). Puede aparecer prosopagnosia asociada si la afectación es derecha.

Inicialmente no aparece afectación de la memoria ni apraxia (salvo en las formas de apraxia progresiva). En cualquiera de los tres grandes síndromes mencionados anteriormente pueden asociarse también parkinsonismo y afectación de motoneurona.

La clínica predominante y precoz del comportamiento y del lenguaje y la menor afectación de la memoria hasta fases avanzadas, junto a un deterioro progresivo que es más rápido, diferencia a demencia fronto-temporal de la enfermedad de Alzheimer, aunque la evolución clínica de ambas puede ser muy heterogénea.

## D. DEMENCIA VASCULAR

A demencia de tipo vascular es el segundo grupo de demencias más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer. Las características de la demencia son la manifestación de las lesiones vasculares cerebrales de distinto tamaño y localización (**ver tabla 3**).

La demencia vascular se caracteriza por una preservación de la memoria. Aparece dificultad para realizar y planificar tareas complejas, las actividades instrumentales de la vida diaria. La persona pierde la iniciativa, hay apatía y puede confundirse con una depresión. En esta demencia las dificultades cognitivas pueden coexistir con signos físicos o neurológicos, como dificultades de la marcha, parálisis de un lado del cuerpo o limitación del campo visual.

Las claves para diferenciar este tipo de demencia de una degenerativa pueden incluir un inicio brusco, evolución fluctuante, síntomas neurológicos focales y presencia de factores de riesgo vasculares. El signo más importante es la hipertensión, aunque no hay que pasar por alto la diabetes mellitus, el tabaquismo y la obesidad.



Tabla 3: Clasificación de las demencias vasculares (modificado de Gustafson I, 1992)<sub>8</sub>

| TIPO DE DEMENCIA VASCULAR                                    | TIPO DE LESIÓN VASCULAR  |  |
|--|--|--|
| <b>DEMENCIA MULTIINFARTO</b>                                 | Infartos múltiples, grandes, completos y subcorticales, en general, con otros infartos periféricos incompletos.        |  |
| <b>DEMENCIA POR INFARTO ESTRATÉGICO</b>                      | Infartos aislados, pocos y restringidos en regione cerebrales funcionalmente importantes, en su mayoría subcorticales. |  |
| <b>DEMENCIA POR ENFERMEDAD DE PEQUEÑOS VASOS SUBCORTALES</b> | Subcorticales  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad de Binswanger o encefalopatía subcortical, arterioesclerótica o encefalopatía progresiva subcortical vascular.</li> <li>- Arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL).</li> </ul> |
|  | Cortical y Subcortical   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angiopatía hipertensiva y arterioesclerótica.</li> <li>- Angiopatía amilodea con hemorragias.</li> <li>- Enfermedad colágeno-vascular con demencia.</li> </ul>  |
| <b>DEMENCIA POR ISQUEMIA HIPOXIA</b>                         | Encefalopatía difusa anóxica-isquémica o restringida debido a la vulnerabilidad selectiva.                             |  |
|  | Infartos incompletos en la sustancia blanca.   |  |
|  | Infartos de zona frontera.   |  |
| <b>DEMENCIA POR HEMORRAGIAS</b>                              | Hemorragia traumática subdural   |  |
|  | Hemorragia subaracnoidea   |  |
|  | Hematoma cerebral  |  |

### E. ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Demencia que es transmitida por un único gen autosómico dominante. Las características que presentan son depresión, ansiedad o síntomas claramente paranoides, acompañados con cambios de la personalidad.

## F. DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

La enfermedad de Parkinson se caracteriza por su afectación motriz, aunque entre un 20 y un 30% de los enfermos de Parkinson desarrollan demencia<sub>2</sub>. Se caracteriza por dificultad en la concentración y tendencia a la distracción, trastornos visoespaciales, ralentización del pensamiento, reducción en la capacidad para realizar secuencias, problemas para ordenar temporalmente un hecho autobiográfico, etc.

## G. DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELD-JACOB

La enfermedad de Creutzfeld- Jacob es una demencia de rápida progresión con multitud de síntomas y signos neurológicos, debido a alteraciones neuropáticas específicas. Suelen presentar una parálisis espástica progresiva de los miembros, acompañada de temblor, rigidez y movimientos coreo- atetoides.

## H. DEMENCIAS POR INFECCIONES

Estas demencias se caracterizan por déficits cognitivos sin otros hallazgos que no sean las de la infección en sí misma. La demencia suele ser un cuadro de aparición tardía y la persona está en un estado de inmunodepresión. Presentan fallos en la memoria, tiempos de reacción lentos, disforia, desconexión social y apatía, déficits de concentración y dificultades para la lectura y la resolución de problemas. Suele evolucionar de forma rápida en un plazo de semanas o meses hacia una demencia global grave, estado de mutismo y muerte<sub>2</sub>.

### 1.3. FACTORES DE RIESGO

**La edad.** El riesgo de padecer demencias vasculares y demencias primarias, en concreto la enfermedad de Alzheimer, aumenta significativamente con la edad avanzada.

**La genética o historia familiar.** Los investigadores descubrieron varios genes que aumentan el riesgo de desarrollar el trastorno basado solamente en su historia familiar. Los genes anormales también son factores de riesgo en las demencias, como puede ser la enfermedad de Huntington. La mutación en los genes aumenta el riesgo de padecer demencias poco comunes como la enfermedad de Creutzfeldt- Jakob (CJD), enfermedad de Gerstmann- Straussler- Scheinker (GSS) o el insomnio familiar fatal.

**El tabaco y el alcohol.** Se descubrió que fumar aumenta de manera significativa el riesgo de padecer disminución mental y demencia. Las personas que fuman tienen un riesgo más alto de arteriosclerosis y otros tipos de enfermedades vasculares, lo que puede ser la causa subyacente para un aumento de riesgo de demencia. Por otro lado, ingerir grandes cantidades de alcohol aumenta el riesgo de demencia. Sin embargo, existen estudios donde se demuestra que ingerir alcohol de manera moderada (un vaso de vino en la comida) corren un riesgo menor.

**La arteriosclerosis.** La arteriosclerosis es la acumulación de placas (depósitos de sustancias grasas, colesterol y otras materias) en el revestimiento interno de una arteria. La arteriosclerosis presenta un riesgo significativo para la demencia vascular porque interfiere con el aporte de sangre al cerebro y puede causar un accidente cerebrovascular (ACV). Los estudios también demuestran una posible conexión entre la arteriosclerosis y la enfermedad de Alzheimer.

**El colesterol.** Niveles altos de lipoproteína de baja densidad (LDL), el llamado “colesterol malo”, parece aumentar de manera significativa el riesgo de desarrollar una demencia vascular. En algunos estudios también se encontró que un alto nivel de colesterol aumenta el riesgo de adquirir la enfermedad de Alzheimer.

**El plasma homocisteína.** Tener un nivel de homocisteína (aminoácido) en la sangre más elevada de lo normal aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y demencia vascular.

**La diabetes.** La diabetes es un factor de riesgo para la arteriosclerosis y los ACV, con lo cual, es un factor de riesgo tanto para la enfermedad de Alzheimer como para la demencia vascular.

**El deterioro cognitivo leve.** Si bien no todas las personas con deterioro cognitivo leve desarrollan la demencia, las personas con esta condición sí tienen un riesgo significativamente más alto de desarrollar la misma comparado con el resto de la población. En un estudio se encontró que aproximadamente el 40% de las personas mayores de 65 años diagnosticadas con un deterioro cognitivo leve desarrollan la demencia dentro de un período de 3 años.

**El síndrome de Down.** Los estudios encontraron que la mayoría de las personas con síndrome de Down desarrollan las características placas y enredos neurofibrilares al llegar la mediana edad, con lo cual tienen un alto riesgo de aparición de los síntomas de demencia.

## 1.4. DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA

El diagnóstico exige realizar una valoración clínica que incluye la historia médica de la persona y la exploración neurológica, evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo, realizar una evaluación neuropsicológica y el cumplimiento de criterios clínicos de demencia. Además, se realiza el estudio mediante las pruebas complementarias pertinentes.

En la valoración clínica se indaga sobre posibles antecedentes familiares de demencia, enfermedades previas, factores de riesgo, nivel de escolarización de la persona y contexto socio-familiar. En esta anamnesis es importante contar con una fuente de información próxima a la persona con demencia, dada la frecuente presencia de anosognosia.

En la exploración neurológica se realiza la valoración de los pares craneales, reflejos (miotáticos, RCP, suprasegmentarios), piramidalismo, signos pseudolobulares, movimientos involuntarios, coordinación y marcha.

La exploración neurológica en fases precoces de una demencia suele ser normal, si bien puede poner de manifiesto alteraciones que orientan hacia una etiología concreta (signos extrapiramidales, alteración oculomotoras, apraxia de la marcha, etc).

Las funciones cognitivas a explorar son:

- La memoria de trabajo, episódica y semántica.
- La orientación temporal, espacial y personal.
- La atención.
- El lenguaje. Se evalúan los trastornos de la denominación, circunloquios, parafasias, estereotipias, neologismos, agramatismos y jergafasia, así como la fluencia verbal, la comprensión, la repetición y la lectura y escritura.
- Las praxias ideomotora, ideatoria, orofacial, óptica, melocinética, cinética de las extremidades, y la del vestir.

- La función visoespacial. Se evalúa la negligencia espacial visual y agnosia visual.
- La función visoconstructiva.
- Las funciones ejecutivas. Se evalúa la incapacidad para ordenar la secuencia de actos que llevan a la ejecución material de un pensamiento, planificar, organizar y resolver problemas.<sup>9</sup>

Se debe realizar una evaluación funcional de la persona, ya que la pérdida de la capacidad para desempeñar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria es uno de los criterios principales para el diagnóstico de la demencia y que lo distingue del deterioro cognitivo leve.<sup>8</sup>

La evaluación se completará con la repercusión de la alteración cognitiva sobre la funcionalidad mediante escalas de valoración funcional como el índice de Katz o Barthel para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y el índice de Lawton para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Se debe evaluar los síntomas psicopatológicos y conductuales asociados a la demencia, que incluyen:

- Síntomas afectivos (depresión, ansiedad, manías, cambio de personalidad y apatía).
- Síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios (deberán diferenciarse de las falsas interpretaciones como el síndrome de Capgras o de Fregoli así como de las confabulaciones).
- Trastornos del comportamiento y actividad como la agitación, agresividad, vagabundeo, conducta social inadecuada, alteración en la esfera sexual, de la conducta alimentaria o del sueño.

Los criterios de demencia más empleados son los de la DSM IV- TR y los de la CIE-10. La CIE es la más restrictiva, ya que establece claramente la ausencia de alteración del nivel de conciencia y exige un criterio de mantenimiento de la sintomatología durante 6 meses. Los criterios de DSM IV-TR de uso clínico incluyen:

- Déficit cognitivo múltiple que afecta a:

A.1. Memoria

A.2. Por lo menos uno de los siguientes: presencia de afasia, apraxia, agnosia o alteración de la función ejecutiva (pensamiento abstracto, planificación, ejecución).

- Los déficits cognitivos de los criterios A.1 y A.2 tienen que ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo en la actividad social o laboral y presentar un déficit respecto a un nivel previo de actividad.
- No se presentan sólo durante un delirium y no son causados por una depresión.

No obstante, los criterios están muy orientados al diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, no valorando otras alteraciones como los trastornos conductuales o la presencia de alucinaciones que son síntomas prominentes en la demencia frontal o demencia por cuerpos de Lewy respectivamente.

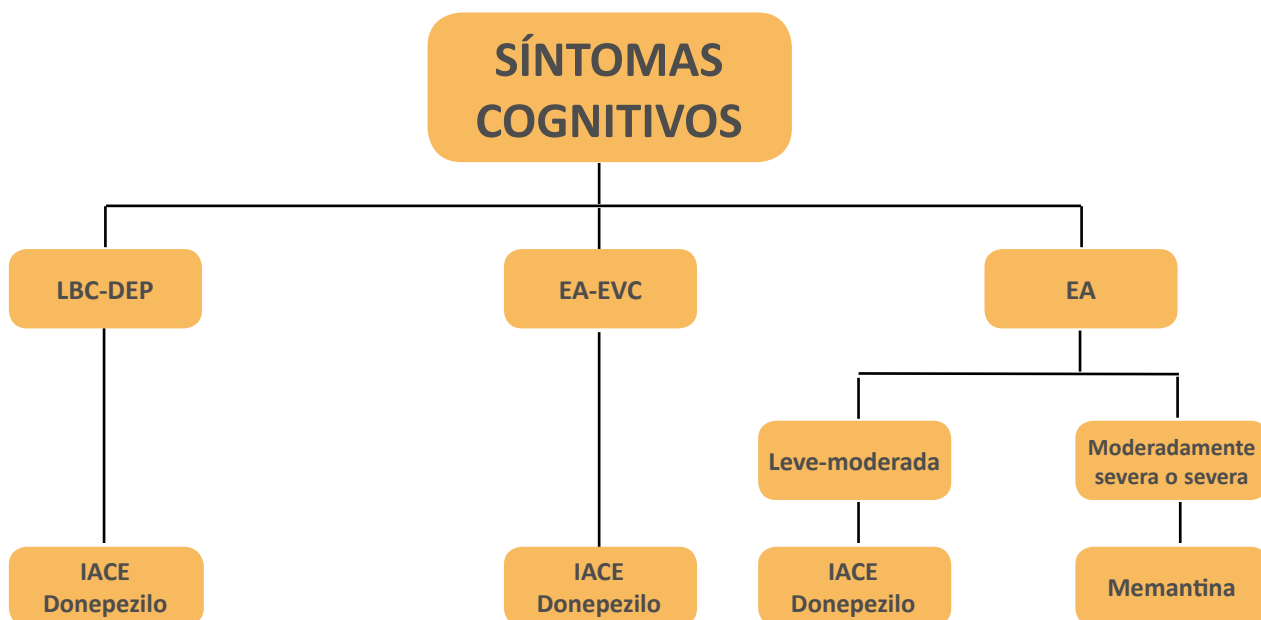
La exploración complementaria consta del estudio básico que incluye hemograma, perfil renal y hepático, iones con calcio, glicemia, lípidos y proteínas, hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico, y neuroimagen estructural (TAC: tomografía axial computerizada o RM: resonancia magnética). Pero existen otra serie de pruebas como pueden ser la serología para sífilis, Borrelia y VIH, Tomografía de emisión de positrones ( PET), SPECT dopaminérgico, RM funcional, electroencefalograma, punción lumbar o el estudio genético.<sup>9</sup>

## 1.5. TRATAMIENTO DE LAS DEMENCIAS

Para el tratamiento de la demencia debemos mencionar dos grupos fundamentales: tratamiento farmacológico, el uso de medicamentos o fármacos; y el tratamiento no farmacológico, el uso de intervenciones terapéuticas (estimulación cognitiva, estimulación sensorial, psicomotricidad, etc).

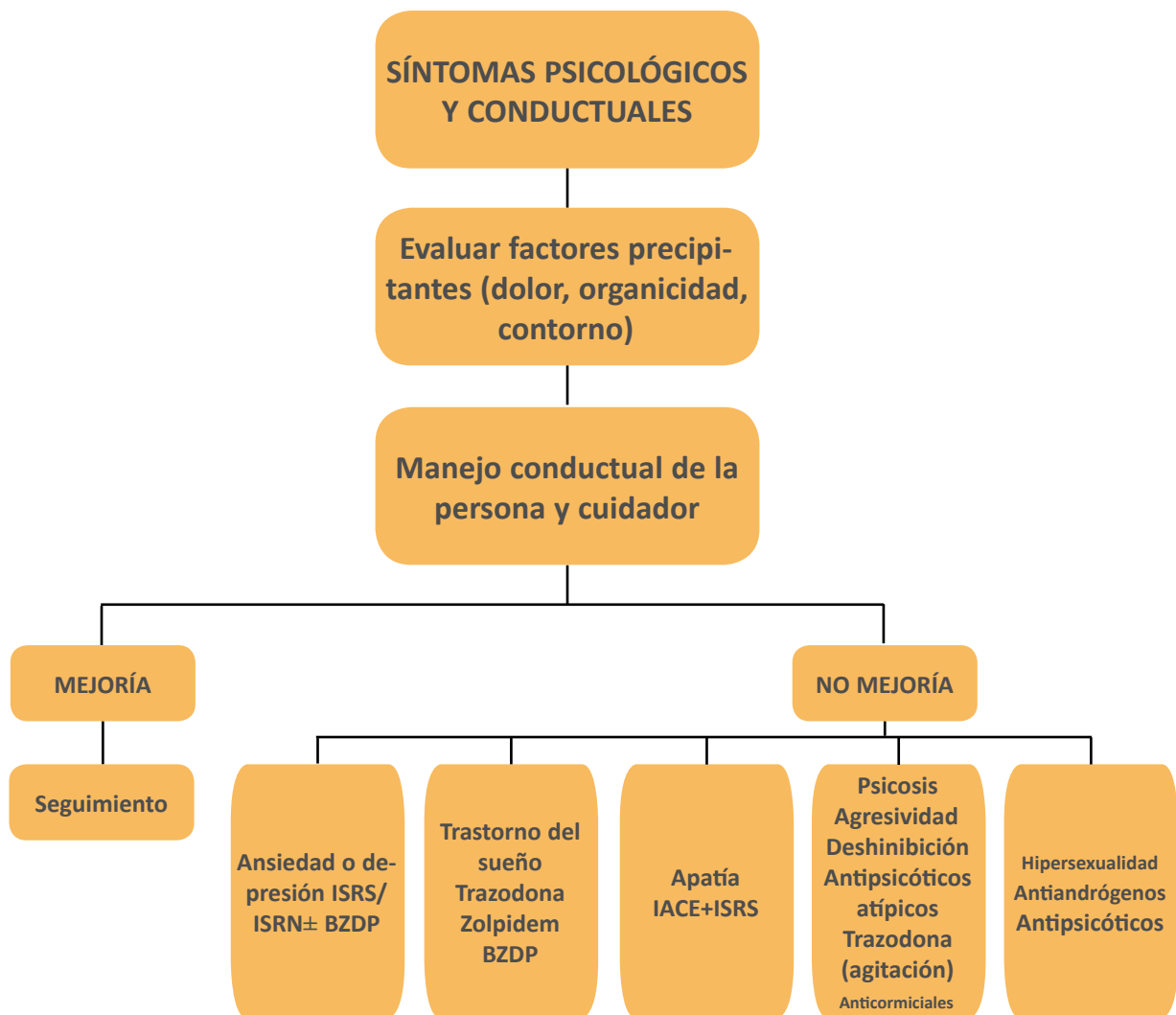
El abordaje de la demencia debe ser integral, atendiendo a aspectos cognitivos, funcionales y sociales, y continuado al largo de la enfermedad por ser una persona generalmente de edad y con pluripatología (**Figura 1, 2 e 3**).

Figura 1: Tratamiento farmacológico de síntomas cognitivos de la persona con demencia. (Manual del residente en Geriatría),



**LBD:** Demencia Cuerpos de Lewy; **DEP:** Demencia de la enfermedad de Parkinson; **EA:** Enfermedad de Alzheimer; **EVC:** Enfermedad vasculocerebral; **IACE:** Inhibidores acetilcolinesterasa.

Figura 2: Tratamiento farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de la persona con demencia (Manual del Residente en Geriatría) 9



**ISRS:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; **ISRN:** Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina; **BZDP:** Benzodiazepinas; **IACE:** Inhibidores acetilcolinesterasa.

Figura 3: Tratamiento no farmacológico de la persona con demencia (Fuente: Manual del residente en Geriatría) 9

| TIPO DE ACTIVIDAD                         | Demencia Leve | Demencia Moderada | Demencia Moderada-Severa | Demencia Severa |
|---|---------------|-------------------|--------------------------|-----------------|
| Estimulación ABVD                         |               | X                 | X                        | X               |
| Estimulación AIVD                         | X             |                   |                          |                 |
| Estimulación cognitiva                    | X             | X                 |                          |                 |
| Orientación a la realidad                 | X             | X                 | X                        |                 |
| Reminiscencia                             | X             | X                 | X                        |                 |
| Musicoterapia/ ludoterapia / laborterapia | X             | X                 | X                        | X               |
| Estimulación sensorial                    |               | X                 | X                        | X               |
| Manejo conductual                         | X             | X                 | X                        | X               |

# Capítulo 2

## Terapia Ocupacional

### 2.1. DEFINICIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Existen numerosas definiciones que describen y describieron a lo largo del tiempo lo que es la Terapia Ocupacional. En este manual mencionaremos la descrita por la AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional): *“Terapia Ocupacional es el análisis y aplicación de ocupaciones seleccionadas, de la vida diaria, que tienen un significado y propósito para el individuo y le capacita para desarrollar, recuperar, fortalecer o prevenir la pérdida de hábitos, habilidades, tareas, rutinas o roles ocupacionales que realizó en el pasado o está aprendiendo a realizar para participar en la medida del posible como miembro de su entorno personal, social, cultural y económico”*<sup>1</sup>.

### 2.2. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

#### A. HISTORIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

##### Desde los inicios a la Edad Media

La ocupación tuvo un papel importante al largo de la existencia humana. Salud y ocupación están directamente relacionadas, porque la pérdida de salud disminuye la capacidad para realizar ocupaciones. La Terapia Ocupacional está vinculada con la propia historia del ser humano, con el sentido que la ocupación ocupa en su vida.

El uso terapéutico de la actividad ya fue apreciado desde lo inicio de las civilizaciones más primitivas (China, Egipto, Grecia,...).

La Edad Media trae consigo un desuso de todos los postulados anteriores, centrándose en la visión teológica de la vida, de la salud y de la ocupación. Durante esta época apenas se desarrolla la idea del uso de la ocupación con fines terapéuticos y hay que esperar al Renacimiento<sup>2</sup>.

##### Del Renacimiento al siglo XIX

En 1409 se funda en Valencia el primer hospital psiquiátrico de Europa. Fue una institución innovadora por acercar una nueva comprensión de la locura y un nuevo enfoque del tratamiento con los enfermos mentales: introdujo el tratamiento amable de los pacientes, así como la instauración de un tratamiento por medio de la ocupación rural.

La creación de este manicomio de Valencia inició un importante movimiento de proliferación de establecimientos asistenciales para enfermos mentales durante los siglos XV y XVI. El empleo de la ocupación como instrumento en el tratamiento de enfermedades continuó realizándose en España durante los siglos posteriores.

Philip Pinel, médico francés que se interesó por este hospital, recoge sus observaciones sobre esta institución y las lleva a la práctica en su país. Implanta entonces el “tratamiento moral” basado en el modelo de asistencia y tratamiento del Hospital de Zaragoza, otra institución que también usaba la ocupación para contrarrestar los “extravíos del pensamiento”.

El “tratamiento moral” del enfermo es utilizado como un mecanismo de ajuste y adaptación. Incluía el seguimiento de normas y el desarrollo de hábitos sociales. Su esencia radicaba entre otros pilares en una vida en ambiente saludable, en una dieta idónea y en la actividad organizada.

Pinel considera la ocupación como elemento esencial para el tratamiento moral. Introduce el uso de actividades como música, literatura, el ejercicio físico y el trabajo que pasaron a formar parte del programa terapéutico de cada institución, con la condición de ser empleados de acuerdo con el gusto del enfermo. Análisis, razonamiento y planificación son principios necesarios para la utilización del tratamiento moral según Pinel.

En Inglaterra surge muy pronto una corriente que también utilizaba este enfoque de abordar las enfermedades mentales. El pionero en llevarlo a cabo fue William Tuke.

Según Reed y Sanderson los postulados del tratamiento moral tendrán una influencia desigual a lo largo de la primera mitad del s. XIX en Europa y Estados Unidos, país al que llega su influjo, fundamentalmente a través de Inglaterra.

El período de mayor auge del tratamiento moral en EEUU abarca desde 1840 a 1880. Después de este lapso de tiempo declina progresivamente a favor de otro tipo de afrontamiento de la enfermedad mental. Entre los factores que influyeron en este cambio de rumbo podemos encontrar el deterioro de las condiciones de las instituciones, el cambio de las características culturales, y de la tipología médica de la población tratada, las dificultades para el mantenimiento económico de los asilos y la modificación del pensamiento médico sobre la etiología de la enfermedad mental.

Por causa de la guerra civil en EEUU, se entra en un período de letargo para ese tratamiento, y la ocupación no resurge hasta principios del siglo XX bajo el término de Terapia Ocupacional.

El movimiento llamado de artes y oficios, conocido como otro antecesor de la Terapia Ocupacional, surge a partir de 1860. Las ideas básicas de los fundadores de las Sociedades de Artes y Oficios ensalzan el valor del producto manufacturado y rechazan la producción industrial. A partir de esta premisa a producción artesanal se asocia con el orgullo y con la dignidad del trabajador. Consecuentemente el trabajo artesanal puede ser utilizado como método terapéutico siempre que se relacione el trabajo que se desarrolla con la felicidad de quien lo realiza.

## Siglo XX

El doctor Adolf Meyer, a finales del siglo XIX y principios del XX consideraba muchos de los trastornos mentales como resultado de los hábitos desorganizados que provocaban problemas para llevar una vida normal; para resolverlos creía en la necesidad de mantener un equilibrio entre los ritmos cotidianos (trabajo, juego, descanso, sueño). Este objetivo se conseguía con la práctica habitual con un programa de vida saludable como base para un sentimiento o emoción sana.

Este doctor proporcionó a la Terapia Ocupacional una base filosófica.

El tratamiento, según las premisas de Meyer, se volvió una mezcla de placer y trabajo que incluía actividad productiva y ocio. Las relaciones interpersonales fueron igualmente importantes, dado que Meyer daba mucha importancia a los instructores, era vital que fueran capaces de respetar los intereses y capacidades de sus pacientes. El contacto personal entre estos últimos y los instructores era lo que podía originar el cambio.

Otra figura clave en la historia de la Terapia Ocupacional fue Eleanor Clarke Slagle, ya que fue ella quien organizó la primera escuela para terapeutas ocupacionales: The Henry B. Favill School of Occupations, situada en Chicago, que dirigió desde 1918 a 1922. En dicha escuela recalcó el arte de



hacer las cosas de una manera aceptable socialmente, la interdependencia de los componentes físico y mental escalonando la actividad de simple a compleja, y la necesidad de establecer el hábito de la atención y construir sobre él. Estos objetivos pueden conseguirse utilizando actividades manuales, trabajo vocacional y diversas actividades de ocio. Todo eso basado en la filosofía de Meyer del equilibrio entre el trabajo, el descanso y el juego.

Pero es el Doctor William Rush Dunton Jr a quien se le considera uno de los padres de la Terapia Ocupacional. Como psiquiatra, ya utilizaba la Terapia Ocupacional como tratamiento de los pacientes mentales. En 1912 se hizo cargo del programa de Ocupaciones y Recreo en el Sheppard and Enoch Pratt Asylum de Baltimore, siendo en 1915 cuando publica el primer texto completo de Terapia Ocupacional: *“Occupational Therapy”*. Su segundo libro, *“Reconstruction Therapy”* (1919), estableció un credo para los terapeutas ocupacionales que aún tiene sentido hoy.

En la Primera Guerra Mundial tuvo como repercusión de mayor relevancia el cambio de tipología de pacientes atendidos en los servicios de Terapia Ocupacional (amputaciones, lesiones craneales, ceguera, y también nuevos trastornos psiquiátricos como las neurosis de guerra). Esto originó que se necesitara mucho personal para rehabilitar estas lesiones, los fundadores de la Terapia Ocupacional, entre ellos Slagle se afanaron por formar profesionales de la disciplina, “trabajadores ocupacionales”, y así, la Terapia Ocupacional se abrió al enfoque científico para el tratamiento de la incapacidad física, usándose por primera vez dispositivos, técnicas y métodos como el análisis cinesiológica, y consecuentemente, la modificación del tratamiento realizado.

El trabajo desarrollado por los trabajadores ocupacionales con esta población provoca un cambio cualitativo en la concepción del uso de la ocupación; esta adquiere paulatinamente el valor de servir de medio para conseguir la funcionalidad, entendida como la recuperación, el desarrollo y el mantenimiento de la capacidad funcional del organismo, en particular de individuos con miembros amputados, para la realización de actividades laborales y de automantenimiento. A estos hechos se viene a sumar el desarrollo de los principios de la ergonomía, que surge también durante los años de conflicto y que propugna la adaptación de la máquina al ser humano. Así, la adaptación de puestos de trabajo, el entrenamiento en el uso de prótesis y ayudas técnicas que posibiliten la actividad laboral y la autonomía personal en el aseo, vestido y transporte constituyen objetivos terapéuticos con los veteranos de guerra, objetivos que los terapeutas ocupacionales adoptan como propios. Por tanto, desde uno primero momento a práctica incipiente de la Terapia Ocupacional se integra plenamente en la atención médica de las discapacidades físicas, desarrollando intervenciones que persiguen la incorporación del individuo a la vida productiva, la adaptación y diseño de ayudas técnicas y la compensación de discapacidades permanentes.

## **B. HISTORIA DE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

Según relatan Reed y Sanderson en 1999, el primer curso universitario de Terapia Ocupacional en los Estados Unidos se desarrolla en 1916 en la Universidad de Columbia. En 1918 se establece en Chicago un programa de estudios: *“Special Courses in Curative Occupations and Recreations”*. Durante ese año se abren cuatro escuelas más, en Milwaukee, Filadelfia, Boston y San Luis.

En Canadá, la Universidad de Toronto ofrece el primer curso reglado de formación universitaria en Terapia Ocupacional, también en 1918, y a partir de 1920 se establecerá la homologación de los programas de formación de terapeutas ocupacionales en Canadá y EEUU.

En Europa la implantación académica, profesional e institucional será mucho más tardía, limitándose a Escocia e Inglaterra. La primera escuela para la formación de terapeutas ocupacionales en Inglaterra se establece en 1930, en la “Dorset House” en Bristol, auspiciada por Elizabeth Casson y Constance Tebbit, a esta le seguirán la apertura de escuelas de Terapia Ocupacional en Edimburgo (1937) y Liverpool (1946).

## C. DESARROLLO HISTÓRICO EN ESPAÑA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

En España los inicios de la Terapia Ocupacional existen desde el siglo XV, pero fue mucho después, a principios de los años sesenta del siglo XX cuando se creó la primera escuela.

En nuestro país comienza el interés por el mundo de la rehabilitación, coincidiendo con la disminución de los casos de tuberculosis y poliomielitis. El hecho de que había decrecido el número de enfermos hizo que los estamentos gubernamentales se habían sensibilizado con este campo de la medicina. Es entonces cuando, a petición de ciertas entidades médicas, se solicita a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la presencia de una persona para la formación de futuros terapeutas ocupacionales. Dicha entidad contrata, y forma específicamente para eso en Suiza, a D<sup>a</sup> Mercedes Abeja, que llega a España en 1961, con un contrato de seis meses que se prorrogó hasta 1963.

La Escuela de Terapia Ocupacional se situó en el Dispensario Central de Rehabilitación de Madrid, situado en la calle Maudes. El 1 de diciembre de 1961 comenzó el *“Primer curso abreviado intensivo de Terapia Ocupacional”* con una duración aproximada de nueve meses y dependiente del Ministerio de Gobernación.

En 1963 finaliza el contrato con la OMS de D<sup>a</sup> Mercedes Abeja. El resto de los cursos se fueron formando con la ayuda de los terapeutas ocupacionales de la primera promoción.

Es importante hacer hincapié que la Terapia Ocupacional en nuestro país, desde el primer momento de su comienzo formativo, nace como una disciplina independiente del resto y nunca como un curso de especialización de las que ya existían.

Por aquel entonces existen tres figuras importantes que estaban formándose como terapeutas ocupacionales en el extranjero, D<sup>a</sup> Ana Fons, en Inglaterra, y D<sup>a</sup> Alicia Chapinal y D<sup>a</sup> Carmen Lacasa, en Francia. Cuando finalizaron su preparación, todas ellas regresaron a España para ejercer su trabajo. La labor que entonces llevaron a cabo fue, durante muchos años, emblemática para la profesión.

En 1964 la escuela de Terapia Ocupacional pasó a depender de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Gobernación. Sus estudios fueron reglamentados y posteriormente actualizados. Para poder acceder a la formación se exigía el título de Bachillerato o equivalente. La Escuela de Terapia Ocupacional, con sus planes de estudio, fue reconocida y admitida por la Organización Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) gracias, en mayor parte, a la labor desempeñada por Ana Fons en la WFOT.

En el año 1980 pasó a formar parte de la Escuela Nacional de Sanidad, dependiente del Ministerio de Sanidad. Las horas impartidas al largo de los tres cursos estaban repartidas, aproximadamente, en 1.000 horas de estancias clínicas y 200 horas teóricas. El último curso de esta escuela fue en 1997.

La primera Asociación Española de Terapia Ocupacional (AETO) se crea en el año 1963. En 1972 es reconocida por la WFOT. Más adelante se transformará en la actual Asociación Profesional Española de Terapia Ocupacional (APETO).

El Real Decreto 1420/1990, BOE del 20 noviembre de 1990, establece el Título Universitario Oficial de Diplomado de Terapia Ocupacional y las Directrices Generales Propias del Plan de Estudios conducentes a la obtención del título.

El primer curso de la Diplomatura de Terapia Ocupacional lo comenzó a impartir la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Zaragoza en el año 1991. Tiempo después se fue instaurando dicha diplomatura en otras universidades y, actualmente, existen un total de trece, distribuidas

en diferentes comunidades autónomas.

En 1995 se homologó el título de terapeuta ocupacional de la antigua Escuela de Terapia Ocupacional impartido por la Escuela Nacional de Sanidad con el de Diplomado en Terapia Ocupacional<sub>2</sub>.

### 2.3. ASPECTOS DEL DOMINIO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

La praxis de la Terapia Ocupacional puede llevarse a cabo desde distintos modelos o paradigmas teóricos que constituyen una guía para desarrollar la profesión. En este manual se toma como referencia el *“Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso”*<sub>3</sub>, documento oficial de la AOTA. El propio Marco indica que debe usarse como un apoyo a la evidencia y a la práctica profesional no como una teoría a lo que seguir de manera ortodoxa.

El *“Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso”*<sub>3</sub> está dividido en dos secciones:

- **Dominio:** Alcance de la profesión y áreas en las cuales sus miembros tienen establecido un cuerpo de conocimiento y de experiencia.
- **Proceso:** modo en el que los profesionales de la Terapia Ocupacional ponen en práctica sus conocimientos para proporcionar servicios a sus usuarios.

En la **Tabla 1** se identifican los aspectos del dominio. Todos los aspectos del dominio son de igual valor, y juntos interactúan para influenciar el compromiso del usuario con la ocupación, participación y la salud<sub>3</sub>.

**Tabla 1. Aspectos del dominio de la Terapia Ocupacional (adaptada y modificada del *“Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso”*)<sub>3</sub>**

| ASPECTOS DEL DOMINIO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL |   |
|--|---|
| <b>ÁREAS DE OCUPACIÓN</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria)</li> <li>- AIVD (Actividades Instrumentales Vida Diaria)</li> <li>- Descanso y sueño</li> <li>- Educación</li> <li>- Trabajo</li> <li>- Ocio y tiempo libre</li> <li>- Juego</li> <li>- Participación social</li> </ul> |
| <b>CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valores, creencias, espiritualidad</li> <li>- Estructuras corporales</li> <li>- Funciones corporales</li> </ul>  |

## ASPECTOS DEL DOMINIO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>DESTREZAS DE EJECUCIÓN</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Sensorio-perceptuales</li><li>- Motoras y prácticas</li><li>- Regulación emocional</li><li>- Cognitivas</li><li>- Comunicación y sociales</li></ul>   |
| <b>PATRONES DE EJECUCIÓN</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Hábitos</li><li>- Rutinas</li><li>- Roles</li><li>- Rituales</li></ul>  |
| <b>CONTEXTOS Y ENTORNOS</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Cultural</li><li>- Personal</li><li>- Físico</li><li>- Social</li><li>- Temporal</li><li>- Virtual</li></ul>  |
| <b>DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Objetos utilizados y sus propiedades</li><li>- Demandas del espacio</li><li>- Demandas sociales</li><li>- Secuencia y tempo</li><li>- Acciones requeridas</li><li>- Funciones del cuerpo requeridas</li><li>- Estructuras del cuerpo requeridas</li></ul> |

## A. ÁREAS DE OCUPACIÓN

Existen numerosas definiciones de ocupación, entre las que aparecen mencionadas en el “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso”<sup>3</sup> están: “actividades en las que la gente se compromete en la vida diaria para ocupar el tiempo y darle sentido a la vida...” definición proporcionada por Hinojosa y Cramer en 1997 o “...estas actividades se relacionan con las necesidades humanas de autocuidado, disfrute y participación en la sociedad”, esta última facilitada por Crepeau, Cohn y Schell en el 2003<sup>3</sup>.

Dentro de la Terapia Ocupacional la ocupación puede ser concebida como medio o como fin terapéutico.

Según Pedro Moruno la ocupación puede ser considerada como un medio terapéutico. Así Moruno extrae de esta premisa que la ocupación puede constituirse como:

- una forma de dar sentido y significado a la existencia. Lo que incidiría en el bienestar psicológico.
- como medio en la medida en que una determinada ocupación (en la que estén implicadas determinadas capacidades, destrezas o aptitudes) pueda utilizarse como vía para el mantenimiento, mejora y recuperación de estructuras corporales y funcionales psicológicas.

Pedro Moruno hace hincapié en que con demasiada frecuencia nos centramos en los déficits o alteraciones del cuerpo o de la psique para seleccionar la actividad como medio terapéutico:

DÉFICIT → ACTIVIDAD

Segundo él expone, a lo mejor es el momento de centrarnos en la ocupación para analizar y aplicar los efectos terapéuticos que tienen en los déficits y alteraciones del cuerpo y de la psique.

OCUPACIÓN → DÉFICIT

Moruno menciona la Trombly para abarcar la concepción de la ocupación como fin terapéutico. Trombly en 1995 la concibe como una modalidad de intervención en la que el desempeño ocupacional es la meta última a conseguir y los objetivos de la intervención o del tratamiento son el desempeño de tareas y actividades asociados a los roles del individuo. La significación de las ocupaciones, fin último del tratamiento y elemento clave de la intervención, se basa en las creencias y valores de la persona, por tanto esa significación es individual, construida al largo de la historia personal y atravesada por aspectos culturales, sociales y familiares<sup>4</sup>.

Los profesionales de la Terapia Ocupacional reconocen que la salud es conseguida y mantenida cuando los usuarios son capaces de comprometerse en ocupaciones y actividades que permiten la participación deseada o necesaria en el domicilio, en la escuela, el centro de trabajo y la vida en comunidad<sup>3</sup>.

Las ocupaciones se agrupan en áreas de ocupación (**ver Tabla 2**). Las diferencias entre ocupaciones las establece el usuario, por ejemplo lavar la ropa para un usuario puede constituir un trabajo, para otro puede ser considerada como una AIVD.

Tabla 2: Áreas de ocupación (adaptada y modificada del “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso”)<sub>3</sub>

| ÁREAS DE OCUPACIÓN HUMANA   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>ABVD</b><br/>                     Actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo</p> | Bañarse, ducharse                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar utensilios de higiene</li> <li>- Enjabonarse</li> <li>- Aclararse con agua</li> <li>- Secarse</li> <li>- Transferencias, etc...</li> </ul>        |
|   | Cuidado intestino y vejiga             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de esfínteres</li> <li>- Uso de dispositivos de control</li> </ul>   |
|   | Vestirse                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seleccionar prendas y accesorios</li> <li>- Poner y quitar ropa y calzado</li> </ul>   |
|   | Comer                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masticar</li> <li>- Tragar</li> </ul>  |
|   | Alimentación                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llevar alimento a la boca</li> </ul>   |
|   | Movilidad funcional                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moverse de un lugar a otro para hacer actividades cotidianas</li> </ul>  |
|   | Cuidado dispositivos atención personal | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpiar, usar artículos: gafas, aparatos auditivos, órtesis...</li> </ul>  |
|   | Higiene y arreglo personal             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtener los objetos cotidianos precisos</li> <li>- Cepillarse</li> <li>- Afeitarse</li> <li>- Lavar los dientes</li> <li>- Cuidado de uñas, ...</li> </ul> |
|   | Actividad sexual                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar en actividades que busquen la satisfacción sexual</li> </ul>  |
|   | Aseo e higiene en el inodoro           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desvestirse y vestirse</li> <li>- Transferencias</li> <li>- Higiene...</li> </ul>  |

## ÁREAS DE OCUPACIÓN HUMANA

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>AIVD</b><br>Actividades de la vida cotidiana en casa y en la comunidad | Cuidar a otros                            | - Organizar y supervisar el cuidado de otros  |
|   | Cuidar mascotas                           | - Organizar y supervisar el cuidado de mascotas   |
|   | Criar niños                               | - Cuidado, supervisión y satisfacción de las necesidades del niño.  |
|   | Gestión de la comunicación                | - Enviar, recibir e interpretar información utilizando dispositivos, ejemplo: teléfonos, ordenadores, sistema braille,...                                   |
|   | Movilidad en la comunidad                 | - Usar transporte público o privado, ejemplo: conducir, caminar, andar en bicicleta, usar el autobús,...  |
|   | Gestión financiera                        | - Manejo de dinero y transacciones financieras  |
|   | Gestión y mantenimiento de la salud       | - Establecer una rutina saludable<br>- Rutina de toma de medicamentos<br>- Disminuir conductas de riesgo  |
|   | Gestión del hogar                         | - Mantener y arreglar elementos: ropa, electrodomésticos,...  |
|   | Preparación de la comida y de la limpieza | - Planificar, preparar y servir comidas equilibradas y nutritivas.<br>- Limpieza de alimentos y los utensilios  |
|   | Practicar la religión                     | - Participar en las prácticas y rituales religiosos   |
|   | Mantener la seguridad                     | - Conocer procedimientos para mantener un entorno seguro<br>- Reconocer situaciones peligrosas y saber cómo afrontarlas                                     |
|   | Hacer compras                             | - Preparar la lista de la compra, seleccionar, adquirir y transportar los artículos. Seleccionar el método de pago y completar las transacciones monetarias |

## ÁREAS DE OCUPACIÓN HUMANA

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>DESCANSO Y SUEÑO</b><br/>Actividades relacionadas con obtener sueño y descanso restaurador</p>       | Descansar  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acciones que ayudan a reducir la actividad física y mental, resultando en un estado de relajación.</li> <li>- Identificación de la necesidad de relajación; reducir la participación agotadora en actividades físicas, mentales o sociales; ...</li> </ul> |
|  | Dormir   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ir a dormir y permanecer dormido</li> </ul>  |
|  | Prepararse para el sueño   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar en rutinas que favorecen el descanso y el sueño: leer antes de dormir, asearse, desvestirse,...</li> <li>- Preparar el entorno físico: preparar la cama, preparar alarma, ...</li> </ul>  |
|  | Participación en el sueño  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidar las necesidades personales de dormir</li> </ul>   |
| <p><b>EDUCACIÓN</b><br/>Actividades relacionadas con el aprendizaje y la participación en el ambiente</p>  | Participar en la educación formal                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación académica (por ejemplo estudiar para obtener un título)</li> <li>- Participación no académica (recreo, comedor)</li> <li>- Extracurricular (banda, deportes...)</li> <li>- Vocacional</li> </ul>   |
|  | Explorar necesidades educativas informales o de interés personal | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar métodos y técnicas para obtener información en los temas identificados.</li> </ul>   |
|  | Participar en la educación informal                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar en los programas, clases y actividades que ofrecen formación sobre las áreas de interés identificadas.</li> </ul>   |
| <p><b>TRABAJO</b><br/>Actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en voluntariado</p> | Intereses y actividades para la búsqueda de empleo               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y seleccionar oportunidades de empleo basado en los recursos, sus limitaciones y preferencias</li> </ul>   |
|  | Búsqueda y adquisición de empleo                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y solicitar oportunidades de empleo</li> <li>- Participar en entrevistas</li> <li>- Debatir y finalizar negociaciones.</li> </ul>  |



## ÁREAS DE OCUPACIÓN HUMANA

|   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| <b>TRABAJO</b><br>Actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en voluntariado  | Rendimiento en el trabajo/empleo | - Habilidades y pautas de trabajo, manejo del tiempo, relaciones personales, realización de trabajos encomendados, ...  |
|   | Preparación para jubilación      | - Determinar las aptitudes, seleccionar y desarrollar actividades vinculadas a los intereses.   |
|   | Exploración del voluntariado     | - Identificar oportunidades para el voluntariado según los intereses propios.   |
|   | Participación como voluntario    | - Realizar actividades de voluntariado.   |
| <b>JUEGO</b><br>Actividades organizadas o espontáneas que proporcionan disfrute y diversión   | Exploración juego                | - Identificar actividades   |
|   | Participación en el juego        | - Participar manteniendo un equilibrio entre juego y otras áreas de ocupación<br>- Obtener, usar y mantener los útiles adecuadamente  |
| <b>OCIO Y TIEMPO LIBRE</b><br>Actividades no obligatorias que tienen una alta motivación y que ocupan un tiempo no comprometido con actividades obligatorias como autocuidado, trabajo o dormir | Exploración del ocio             | - Identificar actividades de ocio adecuadas   |
|   | Participación del ocio           | - Planificar y participar en actividades de ocio adecuadas<br>- Mantener equilibrio entre actividades de ocio y otras áreas de ocupación<br>- Obtener, utilizar y mantener los útiles adecuadamente |

## ÁREAS DE OCUPACIÓN HUMANA

|   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <b>PARTICIPACIÓN SOCIAL</b><br>Patrones de comportamiento organizados que son característicos o esperados de un individuo o de una determinada posición | Participación en la comunidad        | - Participación en la comunidad en actividades que resulten con una interacción exitosa a nivel de la comunidad |
|   | Participación en la familia          | - Participar en una interacción exitosa en los roles familiares   |
|   | Participación con compañeros, amigos | - Participar en actividades de diferentes niveles de intimidad, incluyendo actividades sexuales                 |

### B. CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO

Según el “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso” se definen como habilidades o creencias que pueden influir en el desempeño de una ocupación<sup>3</sup>. La visión holística que se tiene del usuario desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional origina que se tengan en cuenta estos aspectos.

Las enfermedades o la discapacidad afectan a estas características. Aun así la existencia de alteraciones en estructuras y funciones corporales no son clave para que un usuario tenga éxito en el desempeño de sus ocupaciones. Otros factores como el apoyo en el entorno físico y social pueden suplir estos déficits.

En todos los usuarios cabe distinguir este tipo de características:

- **Valores:** principios o normas a los que el usuario les da importancia y desea posuír.
- **Creencias:** contenido cognitivo considerado verdadero para el usuario.
- **Espiritualidad:** búsqueda personal para encontrar respuestas a preguntas sobre la vida.
- **Estructuras corporales:** partes anatómicas que apoyan a las funciones corporales (órganos, extremidades ...)
- **Funciones corporales:** se incluyen todas las funciones fisiológicas e psicológicas del organismo:
  - o Funciones mentales (atención, memoria, percepción, orientación, conciencia, ...).
  - o Funciones sensoriales (vista, oído, propiocepción, sistema vestibular, ...).
  - o Funciones neuromusculoesqueléticas (de las articulaciones y los huesos).
  - o Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio.
  - o Funciones de la voz y del habla.
  - o Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino.
  - o Funciones genitourinarias y reproductivas.
  - o Funciones de la piel y estructuras relacionadas<sub>3</sub>.

### C. DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD

Definidas según el “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso” como las “características de la actividad que influyen en la cantidad y tipo de esfuerzo para llevarla a cabo”<sub>3</sub> (ver **Tabla 3**).

Los terapeutas ocupacionales analizan la actividad para comprender los requisitos para desempeñarla y los que se le van a demandar al usuario. Incluye aspectos como los objetos necesarios, el espacio, el tiempo, las estructuras y funciones corporales que hacen falta, etc.

Las demandas de la actividad son específicas para cada una. Un cambio en una característica de la actividad puede cambiar la magnitud de la demanda en otra característica, por ejemplo: reducir el número de pasos hace que disminuya la complejidad<sub>3</sub>.

**Tabla 3: Demandas de la actividad. Adaptada y modificada del “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso”<sub>3</sub>**

| ASPECTOS DE LA DEMANDA DE LA ACTIVIDAD | DEFINICIÓN                                   | EJEMPLOS   |
|--|--|--|
| OBJETOS                                | Herramientas                                 | - Tijeras<br>- Platos<br>- Zapatos<br>- Pelotas petanca  |
|  | Materiales                                   | - Pintura<br>- Leche<br>- Espuma de afeitarse  |
|  | Equipo                                       | - Mesa de trabajo<br>- Canasta de baloncesto   |
| ESPACIO                                | Requisitos entorno físico                    | - Espacio al aire libre y sin obstáculos<br>- Ancho de una puerta para que entre una silla de ruedas   |
| DEMANDAS SOCIALES                      | Entorno social, contexto cultural            | - Reglas del juego<br>- Lenguaje adecuado ...  |
| SECUENCIA Y TIEMPO                     | Proceso utilizado para realizar la actividad | Pasos para vestirse:<br>- Elegir la ropa adecuada según el tiempo meteorológico y la estación del año<br>- Poner ropa adecuadamente y en el orden correcto |

| ASPECTOS DE LA DEMANDA DE LA ACTIVIDAD              | DEFINICIÓN                             | EJEMPLOS   |
|---|--|--|
| <b>ACCIONES REQUERIDAS Y DESTREZAS DE EJECUCIÓN</b> | Habilidades necesarias para ejecutarla | - Seleccionar vestimenta para una reunión<br>- Planificar movimientos para conducir un coche ... |
| <b>FUNCIONES CORPORALES</b>                         | Funciones fisiológicas                 | - Movilidad articulaciones<br>- Nivel de conciencia  |
| <b>ESTRUCTURAS CORPORALES</b>                       | Partes anatómicas                      | - Nº de manos  |

#### D. DESTREZAS DE EJECUCIÓN

Dado que las destrezas de ejecución se describen y clasifican de muchas formas, dentro del “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso” son definidas como “habilidades que demuestran los usuarios en las acciones para llevarlas a cabo”<sup>3</sup>.

Las categorías de las destrezas de ejecución de una persona están interrelacionadas e incluyen:

- Destrezas motoras y práxicas
- Destrezas sensorio-perceptuales
- Destrezas de regulación emocional
- Destrezas cognitivas
- Destrezas de comunicación y sociales.

Las funciones corporales reflejan las capacidades que residen dentro del cuerpo, las destrezas de ejecución son habilidades demostradas por los usuarios. Detrás de cada destreza de ejecución hay muchas funciones corporales.

Algunos ejemplos son:

- Las destrezas en praxias pueden ser observadas mediante acciones como imitar, seguir una secuencia y construir.
- Las destrezas cognitivas pueden observarse según el usuario demuestra organización, manejo del tiempo y seguridad.
- Las destrezas de regulación emocional pueden observarse mediante comportamientos que el usuario exhibe para expresar sus emociones apropiadamente.

Hay muchos factores que influyen en la habilidad para adquirir y demostrar destrezas de ejecución, por ejemplo, el contexto en el que se lleva a cabo la ocupación, las demandas de la actividad, las estructuras y funciones corporales. Las destrezas de ejecución están íntimamente relacionadas y se combinan para permitirle al usuario llevar a cabo una ocupación. Un cambio en una destreza de ejecución puede afectar la otra destreza de ejecución.

Los terapeutas ocupacionales observan y analizan las destrezas de ejecución con el fin de entender las transacciones entre los factores que apoyan o limitan el compromiso en las ocupaciones y en el desempeño ocupacional. Por ejemplo cuando una persona está escribiendo un talón, el terapeuta ocupacional observa las destrezas motoras para agarrar

y manipular objetos y las destrezas cognitivas para iniciar y secuenciar la actividad<sub>3</sub>.

En la **Tabla 4** se puede observar definiciones y ejemplos de las destrezas de ejecución.

**Tabla 4. Destrezas de ejecución (adaptada y modificada del “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso”)<sub>3</sub>**

| DESTREZA                     | DEFINICIÓN   | EJEMPLOS  |
|------------------------------|--|---|
| <b>MOTORAS Y PRÁXICAS</b>    | Motoras: acción que utiliza un usuario para interactuar físicamente con tareas, objetos, contextos y contornos.<br><br>Incluye planificar secuencias y ejecutar movimientos  | - Flexionar y conseguir una herramienta<br>- Anticipar posición del cuerpo ante circunstancias del entorno como los obstáculos  |
|                              | Praxias: movimientos intencionales habilidosos   | - Manipular las llaves para abrir una puerta<br>- Coordinar movimientos del cuerpo para terminar una tarea  |
| <b>SENSORIO-PERCEPTUALES</b> | Acciones que utiliza un usuario para identificar y responder a sensaciones y para interpretar y recordar eventos sensoriales basados en la discriminación de experiencias a través de sensaciones visuales, auditivas, propioceptivas, táctiles, olfativas, gustativas y vestibulares. | - Posicionar el cuerpo para dar un salto<br>- Oír y discriminar la voz de un familiar en el medio de una multitud<br>- Localizar las llaves en el bolso mediante el tacto |
| <b>REGULACIÓN EMOCIONAL</b>  | Acción que usa el usuario para identificar, manejar y expresar sus sentimientos  | - Persistir en una tarea a pesar de las frustraciones<br>- Controlar la ira hacia los demás<br>- Mostrar emociones adecuadas a las situaciones                            |
| <b>COGNITIVAS</b>            | Acciones que usa el usuario para planificar y gestionar el desempeño de una actividad  | - Seleccionar herramientas para limpiar el baño<br>- Organizar tareas para cumplirlas dentro de un tiempo limitado  |
| <b>COMUNICACIÓN</b>          | Acciones que usa el usuario para comunicarse e interactuar con otros   | - Mantener un espacio físico aceptable durante conversación<br>- Tomar turnos durante un intercambio verbal   |

## E. PATRONES DE EJECUCIÓN

Son los “hábitos, rutinas, roles y rituales utilizados en el proceso de participar en las ocupaciones”. Sus definiciones están incluidas dentro del “*Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*”<sub>3</sub> (ver **Tabla 5**).

Los hábitos son comportamientos específicos y automáticos que pueden ser útiles, dominantes o perjudiciales.

Las rutinas son secuencias establecidas de ocupaciones o actividades que provienen de estructura a la vida diaria. Las rutinas también pueden promover o perjudicar la salud.

Los roles son un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y pueden definirse posteriormente por el usuario. Los roles pueden proveer una guía para seleccionar las ocupaciones o pueden conducir a patrones de participación estereotipados y limitados.

Los rituales son acciones simbólicas con un significado espiritual, cultural o social. Contribuyen a la identidad del usuario y fortalecen sus valores y sus creencias.

Las personas demuestran patrones de ejecución en la vida diaria. Estos se desarrollan a través del tiempo y están influenciados por todos los demás aspectos del dominio.

Mientras que un usuario puede tener la capacidad para ser competente en su desempeño, si no integra estas destrezas en un conjunto productivo de patrones de compromisos con la ocupación, la salud y la participación pueden verse afectadas negativamente. Por ejemplo, un usuario que tiene las habilidades y recursos para participar en actividades de arreglo personal, bañarse y preparar la comida pero que no los convierte en una rutina, puede padecer desnutrición y aislamiento social<sub>3</sub>.

**Tabla 5: Patrones de ejecución (adaptada y modificada del “*Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*”<sub>3</sub>)**

| DESTREZAS       | EJEMPLOS   |
|-----------------|--|
| <b>HÁBITOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Colocar las llaves en un mismo lugar</li><li>- Mirar a ambos lados de la calle antes de cruzar</li><li>- Abanear hacia delante y hacia atrás cuando se le pide que haga una tarea</li></ul>                          |
| <b>RUTINAS</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Secuencia matutina de ir al WC, bañarse, vestirse</li><li>- Secuencia de realizar una comida</li></ul>   |
| <b>RITUALES</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Usar un cepillo antiguo y heredado y se peina cien veces todas las noches como hacía su madre</li><li>- Preparar las comidas en días festivos con una vestimenta tradicional y usando la vajilla designada</li></ul> |
| <b>ROLES</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Ama de casa que se encargó del cuidado de la familia y del hogar.</li><li>- Hombre que se encargó del sustento económico familiar</li></ul>  |

## F. CONTEXTO Y ENTORNO

En la literatura contexto y entorno suelen usarse indistintamente.

En el “*Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*”<sup>3</sup> ambos términos se usan para reflejar la importancia de considerar la amplia variedad de condiciones interrelacionadas tanto internas como externas al usuario que influyen en el desempeño.

El **entorno** se refiere a los ambientes físico y social nos cuales tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria.

El **entorno físico** se refiere a los ambientes natural y construido, no humano, y a los objetos dentro de este.

El **entorno social** está formado por la presencia, relación y expectativas de las personas, con quien el usuario tiene contacto.

El término **contexto** se refiere a la variedad de condiciones interrelacionadas que están dentro y rodeando al usuario. Son menos tangibles que los entornos físicos y sociales pero no exentos de una fuerte influencia en el desempeño. Los contextos, tal y como están descritos en el Marco de Trabajo son cultural, personal, temporal y virtual.

El **contexto cultural** incluye costumbres, creencias, patrones de la actividad, estándares de conducta y expectativas aceptadas por la sociedad a la cual pertenece el usuario. Por ejemplo, dar la mano cuando se presenta a alguien.

El **contexto personal** se refiere a las características demográficas del individuo tales como edad, sexo, estado socioeconómico y nivel de educación que no forman parte de la condición de salud (OMS, 2001). Por ejemplo, hombre jubilado de 70 años con escasos ingresos económicos.

El **contexto temporal** incluye las etapas de la vida, el momento del día o del año, la duración, el ritmo de la actividad o el historial. Neistad y Crepeau en el año 1998 lo definían como “ubicación del desempeño ocupacional en el tiempo”. Por ejemplo, alguien retirado de su trabajo desde hace 10 años.

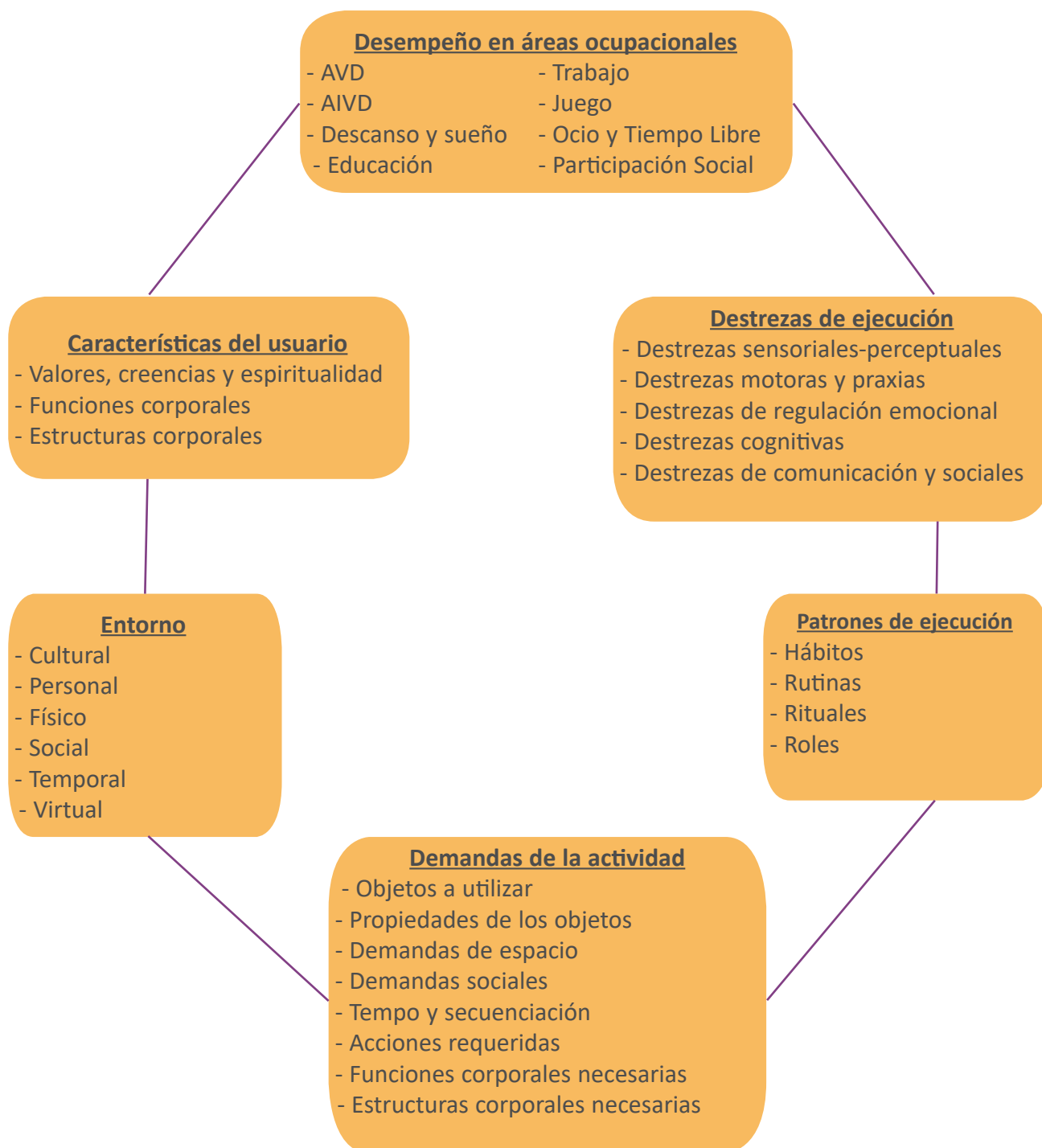
El **contexto virtual** se refiere a las interacciones en situaciones simuladas en tiempo –real o próximas en el tiempo en ausencia de contacto físico. Por ejemplo, utilizar las nuevas tecnologías para comunicarse con familiares lejanos.

El compromiso del usuario en las ocupaciones se desarrolla dentro de un entorno social y físico y refleja su interdependencia con estos entornos. El contexto cultural a menudo influye en cómo se eligen dan prioridad a las ocupaciones.

El contexto dentro del cual sucede la ocupación es único para cada usuario. Contextos y entornos están relacionados unos con otros y con todos los otros aspectos del dominio<sup>2</sup>.

Para finalizar se incluye una figura en la que se integran los distintos aspectos del dominio de la Terapia Ocupacional.

Figura 1: Aspectos del dominio de la TO (adaptada y modificada del “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso”)<sub>3</sub>



Estos aspectos actúan interrelacionadamente en el proceso de intervención de la TO



## Capítulo 3

### Terapia Ocupacional y Alzheimer y Otras Demencias

#### JUSTIFICACIÓN DEL ABORDAJE DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurológica degenerativa que provoca la pérdida de facultades cognitivas e intelectuales, tales como la memoria a corto y largo plazo, alteración de la capacidad de razonamiento, afasia, apraxia, pérdida de la orientación temporal y espacial o cambios en el carácter.

La esfera biopsicosocial de la persona se va agravando cada vez más por el desarrollo y progresión de la enfermedad provocando la pérdida de capacidades para el mantenimiento de la autonomía por parte de la persona.

La Terapia Ocupacional es una disciplina que intenta dar solución a todas las demandas que la persona con enfermedad de Alzheimer presenta, garantizando su calidad de vida, funcionalidad, autonomía e independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria, aspectos clave en la intervención.

La contribución del terapeuta ocupacional al cuidado de la persona que sufre una demencia se centra en la utilización y potenciación de aquellas ocupaciones que aún permanecen intactas. Las ocupaciones, base fundamental de la Terapia Ocupacional, se analizan con el fin de ajustarlas a las capacidades de las personas dentro de una rutina diaria, a sus intereses y a sus interacciones sociales. Si es necesario, también se hacen las adaptaciones necesarias del entorno para posibilitar al usuario a realización y el control de sus actividades cotidianas.

La relación entre la Terapia Ocupacional y las enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple o esclerosis lateral amiotrófica se demuestra en la creciente realización de estudios.

Desde el año 1985 hasta el 2002, se encontraron 47 estudios que relacionaban la Terapia Ocupacional y las enfermedades neurodegenerativas con una evidencia muy limitada.

Desde el año 2003 hasta el 2011 se hicieron revisiones de 140 estudios, por lo tanto, con una mayor evidencia en el que se demuestran los efectos positivos de la Terapia Ocupacional en enfermedades como alzhéimer o el Parkinson<sub>1</sub>.

#### 3.1. EN BUSCA DEL MEJOR TRATAMIENTO

La creciente demanda de servicio de Terapia Ocupacional hizo que hayan surgido inquietudes sobre cuál era el mejor tratamiento posible para los usuarios con enfermedad de Alzheimer. Las posibilidades son variadas y muy amplias: entrenamiento de las actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas; estimulación cognitiva; estimulación psicomotriz; estimulación sensorial; uso de los principios de la ergonomía... o un compendio de todas ellas según las necesidades del usuario y el estadio de la enfermedad.

Así se quiso establecer un perfil de la práctica de intervención para personas con la enfermedad de Alzheimer, llegando a la conclusión de que el tratamiento más empleado era a rehabilitación cognitiva<sub>2</sub>; o buscando un programa de entrenamiento de destrezas, diseñado para ayudar a los cuidadores de las personas dependientes en el cuidado diario. La evidencia revela de qué manera la actividad cultural e histórica influyen en el razonamiento clínico<sub>3</sub>.

Desde la práctica clínica, un tratamiento de Terapia Ocupacional en el alzhéimer tiene que basarse en primer lugar en el estado general de la persona, en el estadio de la enfermedad, en las posibilidades reales de realizar actividades con las capacidades conservadas y en tratar de englobar todo el conocimiento y experiencia personal para tratar todas las dimensiones de la persona.

### 3.2. EFECTOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

La importancia de la búsqueda de un tratamiento tuvo como consecuencia directa estudios centrados en la persona, en sus dimensiones, en la problemática que viven cada día, en su pérdida de independencia en las actividades de la vida diaria.

En las primeras etapas de la enfermedad destaca que la ejecución de tareas, la interacción social y la resolución de problemas están intactas pero es, a medida que avanza la enfermedad, cuando existe una pérdida de capacidades. A partir de aquí, se producen déficits en las diferentes dimensiones de la persona.

Esta pérdida de capacidades comienza en la imposibilidad de reconocer los límites que la enfermedad provoca en la propia persona, haciendo que el déficit en el desempeño ocupacional y el desconocimiento de la discapacidad estén íntimamente conectados e interconectados<sub>4</sub>.

A raíz de este supuesto, encontramos distintos programas y recursos que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de la persona con enfermedad de Alzheimer.

#### A. BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL ALZHÉIMER

El ejercicio físico tiene efectos beneficiosos en todas las esferas de la persona: física, psicológica y social. La mejora del sistema cardiovascular, el fortalecimiento de músculos y huesos, la mejora del equilibrio y la coordinación, la reducción del estrés y ansiedad, la mejora del estado de ánimo y del sueño o el acceso a la interacción e integración social son algunos ejemplos de estos efectos.

En el usuario con alzhéimer ayuda a retrasar el deterioro producido por la enfermedad y repercute positivamente en las capacidades cognitivas. El ejercicio regular preserva la función cerebral durante más tiempo.

Por estas razones, en la Terapia Ocupacional sabemos la importancia que tiene el ejercicio en los usuarios con alzhéimer, centrando las investigaciones en diferentes líneas de intervención mediante ejercicios de mantenimiento y fortalecimiento, mejorando la forma física y la independencia en las actividades de la vida diaria<sub>5</sub>, o mediante sesiones individuales, en las que se incluían también recomendaciones de cuidados biopsicosociales a sus cuidadores, retrasando el declive funcional y atendiendo a las necesidades de los cuidadores, respectivamente<sub>6</sub>.

#### B. ALZHÉIMER Y ACTIVIDADES FUERA Y DENTRO DE CASA

Las necesidades de la persona con alzhéimer van en progresivo aumento, ya que se van perdiendo las capacidades para resolver problemas y las destrezas de ejecución. La autonomía de la persona se ve reducida y aumentan las demandas para satisfacer sus necesidades.

En un estudio de detección de las necesidades y los problemas de la personas tanto fuera como dentro de la vivienda, podemos destacar algunas consecuencias de la enfermedad: encontrar el camino para ir al supermercado, encontrar un lugar sin tráfico cuando se perdían, escoger productos entre mucha variedad o mismo encontrar las cosas dentro del hogar<sub>7</sub>.

La pérdida de la autonomía en las actividades instrumentales de la vida diaria hace que sea prioritario y necesario que el programa de Terapia Ocupacional esté dirigido a estos déficits que presenta la persona.

### C. TERAPIA OCUPACIONAL Y OCIO Y TIEMPO LIBRE

El ocio es el tiempo de esparcimiento. En el binomio “Terapia Ocupacional” – “ocio y tiempo libre” en personas con enfermedad de Alzheimer, encontramos una revisión de 10 artículos, en los que se destacan que los programas de Terapia Ocupacional tienen que estar adaptados según las destrezas del usuario. Es necesario facilitar la actividad mediante pistas cortas para completar diferentes tareas. Las estrategias de compensación en forma de modificaciones ambientales deben ser aplicadas en las necesidades de la persona y el entrenamiento del cuidado es esencial en el desarrollo de programas individuales<sub>8</sub>.

El ocio y tiempo libre es una esfera muy importante en la vida de una persona. La involución que presenta la persona con alzhéimer desencadena una serie de consecuencias negativas en el mantenimiento de la salud y la Terapia Ocupacional debe dar respuesta a estos déficits que se presentan para aumentar su independencia y autonomía haciendo énfasis en el ocio como una ocupación determinante en la persona.

### D. ALZHÉIMER E INSTITUCIONALIZACIÓN

La pérdida de autonomía e independencia de la persona con enfermedad de Alzheimer obliga en muchos casos a la institucionalización de la persona.

Las diferentes instituciones a las que pueden acudir son: centros de día, centros geriátricos o gerontológicos, residencias de mayores, etc.

La institucionalización priva de muchas esferas importantes a la persona con alzhéimer. Desde la Terapia Ocupacional se intentan hacer diferentes programas para que este cambio tan brusco en la vida del usuario sea el más soportable posible y así ayudar a que la persona esté conectada e integrada en su nueva vivienda.

Se demostró que un programa de Terapia Ocupacional desarrollado durante doce meses, cinco días a la semana y dos horas al día, tenía efectos positivos sobre el comportamiento y sobre el declive psicofisiológico de la persona<sub>9</sub>; inclusive se probó la fiabilidad del método Montessori en 16 residentes con deterioro cognitivo severo, teniendo como resultados la mejora de la respuesta del usuario y una menor pasividad ante la actividad, aunque el programa es discutido<sub>10</sub>.

La institucionalización no es un proceso fácil ni para la persona ni para la familia, por lo tanto, todo el equipo multidisciplinar de la institución tiene que conseguir que la persona recupere todas sus dimensiones para que así se pueda tener una mejoría en la salud de la persona.

## 3.3. LA FIGURA DEL CUIDADOR

La presencia de un miembro de la familia que precisa cuidados propicia una nueva situación familiar en la que se producen nuevos cambios tanto en la estructura familiar como en los roles de sus integrantes. Según avanza la enfermedad de Alzheimer, la pérdida de autonomía hace necesaria la figura del cuidador, la cual va teniendo una importancia cada vez más significativa en el cuidado de la persona enferma. Es la persona encargada de ayudar en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales del usuario durante la mayor parte del tiempo.

La consecuente carga que sufre el cuidador se traduce de forma negativa en su salud, tenien-

do repercusiones a nivel físico, psicológico, social y, por lo tanto, en su calidad de vida.

La Terapia Ocupacional quiere centrar la atención del abordaje en la persona enferma y en la persona cuidadora. La realización de un entrenamiento de las capacidades del cuidador, hacer un buen aprendizaje para mejorar la resolución de problemas, mejorar las destrezas, técnicas, el apoyo, las estrategias de modificaciones en la casa y poder y saber derivar a recursos de la comunidad<sup>11-12</sup> son algunos objetivos que se consiguieron con diferentes programas de intervención.

Una menor necesidad de pedir ayuda y menores incidentes por comportamiento de la persona dependiente fueron logros que se consiguieron en estudios posteriores<sup>13</sup>.

Está demostrado que un programa de Terapia Ocupacional tiene consecuencias positivas en el cuidado de la persona con alzhéimer. Su eficacia queda evidenciada en diversos estudios y programas de estimulación basados en actividades ocupacionales y recreativas para los usuarios. Después de seis semanas, los cuidadores pasaban una entrevista exponiendo la situación actual entre él y la persona con alzhéimer, con resultados satisfactorios<sup>14</sup>. En otro estudio se propuso demostrar que, mediante las recomendaciones del terapeuta ocupacional a los cuidadores y a los familiares, se podía incrementar la calidad de vida de la persona con alzhéimer reduciendo el número de personas a su cargo<sup>15</sup>.

### **3.4. TERAPIA OCUPACIONAL DENTRO DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**

Las terapias no farmacológicas (TNF) son intervenciones que, a través de agentes primarios no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas.

Estas terapias tienen que estar basadas en un método científico, por lo que deben ofrecer intervenciones con resultados positivos, enriquecer y acercar racionalidad a los cuidados de la persona. La Terapia Ocupacional se considera un conjunto de métodos y técnicas de terapia no farmacológica para el abordaje y tratamiento de una persona con alzhéimer.

En un estudio que consistía en ocho actividades sonoras basadas en diferentes aproximaciones socioterapéuticas (musicoterapia, reminiscencia, relajación y orientación a la realidad), su objeto de estudio era testar los efectos de este programa en personas con síntomas comportamentales y psicológicos de demencia tipo alzhéimer, en el que veinticuatro usuarios fueron objeto de estudio. El resultado fue la mejoría del síntoma de la ansiedad<sup>16</sup>.

Siguiendo en la misma línea, se creó un estudio en el que se quería determinar si las intervenciones no farmacológicas retrasan el declive funcional entre los usuarios con alzhéimer. Consta de 18 ensayos clínicos en los que había tres intervenciones posibles: terapia ocupacional, ejercicio y otras intervenciones. Nueve de estos estudios demostraron una mejoría estadísticamente significativa en el deterioro funcional<sup>17</sup>.

Si bien queda demostrada la eficacia de la Terapia Ocupacional, también hay que ponerse en el otro lado de la balanza y mostrar los estudios que demuestran todo el contrario.

En un primero estudio se demostró que la Terapia Ocupacional no tenía efectos significativos en las capacidades cognitivas de los usuarios, que un programa de Terapia Ocupacional no retrasa la progresión de la demencia<sup>18</sup>.

En un segundo estudio, se desarrollaron programas de Terapia Ocupacional en unidades de psiquiatría en los que se discutió su relevancia en el tratamiento en personas con enfermedades psiquiátricas y médicas recurrentes<sup>19</sup>.

La constante búsqueda de métodos innovadores de tratamiento para personas con Alzheimer hace que no paren de salir nuevas propuestas como: las Terapias Asistidas con Animales, herramientas digitales o las salas Snoezelen.

La gran necesidad de evidencia científica que se necesita para demostrar la eficacia de un programa o tratamiento es tal que, aunque se demostró que las salas Snoezelen, las terapias grupales y de estimulación sensorial (auditiva) beneficiaban a las personas con Alzheimer, la evidencia es insuficiente.

### **3.5.LA TERAPIA OCUPACIONAL DENTRO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

La integración de la Terapia Ocupacional dentro de un equipo multidisciplinar es un logro por parte de nuestros profesionales pero también es un reto que tiene por meta el afianzamiento y ser imprescindibles.

El terapeuta ocupacional deberá utilizar las habilidades específicas para relacionarse tanto con profesionales de su misma posición, como con personas de posición superiores o inferiores. Las habilidades de dirección, supervisión, de asertividad, de dar y recibir afecto, habilidades para fomentar la participación, deben ser habilidades con respeto a las relaciones jerárquicas inferiores.

Se debería involucrar más la figura del terapeuta ocupacional en programas en los que se estimula la participación en la ocupación ya que puede haber mejoras por parte de los cuidados de las personas con Alzheimer y destacar la gran fiabilidad entre diferentes profesionales (enfermera, psicóloga clínica, neurólogo y terapeuta ocupacional) a la hora de pasar una misma escala entre usuarios con enfermedad de Alzheimer.<sup>21</sup>

Pero aunque se demuestre mediante estudios, la realidad puede ser bien distinta. El desconocimiento de la profesión por parte de muchas personas convierte en una labor imposible que el tratamiento sea multidisciplinar. El único que queda es el trabajo, la constancia y el sacrificio para levantar una disciplina que, con el tiempo, está cogiendo y cogerá el impulso necesario y final para el afianzamiento en el cuidado de las personas.



**MÓDULO II.**  
**PROCESO DE LA TERAPIA**  
**OCUPACIONAL EN EL**  
**ALZHEÍMER Y OTRAS**  
**DEMENCIAS**





# Introducción

## El Proceso de la Terapia Ocupacional

El proceso de la Terapia Ocupacional incluye la evaluación, intervención y el seguimiento de los resultados. Según el “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso: Dominio y Proceso” de la AOTA, el Proceso de la Terapia Ocupacional es el medio a través del cual los terapeutas ocupacionales aplican sus conocimientos con el fin de proporcionar los servicios adecuados a sus usuarios (**Figura 1**). Los terapeutas ocupacionales utilizan las ocupaciones como método de implementar la intervención involucrando a través de todo el proceso a los usuarios en las ocupaciones que son seleccionadas desde el punto de vista terapéutico<sub>1</sub>.

**Figura 1: Proceso de la Terapia Ocupacional. (Figura adaptada y modificada de la AOTA<sub>1</sub>).**

| EVALUACIÓN   |
|--|
| <p><u>Perfil Ocupacional:</u> Nos proporciona un conocimiento de las experiencias ocupacionales del usuario, sus patrones de vida, intereses, valores y necesidades.</p>   |
| <p><u>Análisis del desempeño ocupacional:</u> Se identifican los problemas actuales y potenciales del usuario en su vida diaria. Se tienen en cuenta las destrezas, los patrones de ejecución, el entorno, las demandas de la actividad y las características del usuario.</p> |
| INTERVENCIÓN   |
| <p><u>Plan de intervención:</u> Guiará las acciones tomadas que se desarrollarán en colaboración con el usuario. Estará basado en una selección de teorías, marcos de referencia y ajustado a la evidencia. Se confirmarán los resultados que se desean.</p>                   |
| <p><u>Aplicación de la intervención:</u> Acciones en curso que se toman para influir y apoyar el progreso en el desempeño del usuario. Las intervenciones se dirigen hacia los resultados identificados.</p>   |
| <p><u>Revisión de la intervención:</u> Una revisión del plan de intervención y del proceso así como del progreso hacia los resultados.</p>   |
| RESULTADOS   |
| <p>Determinación del éxito en alcanzar los resultados esperados. La información de la valoración de los resultados se utiliza para planificar acciones futuras con el usuario y para evaluar el programa del servicio.</p>   |

El Proceso de la Terapia Ocupacional es aparentemente lineal pero en la práctica no ocurre de manera secuenciada; es fluido y dinámico, permitiendo así a los profesionales actuar bajo un enfoque encaminado a alcanzar los resultados establecidos, pudiendo adaptar y cambiar el plan previo ante posibles descubrimientos a lo largo del propio proceso<sub>1</sub>.



# Capítulo 4

## Evaluación Ocupacional

La evaluación ocupacional es “el procedimiento de adquisición exhaustiva y sistemática de información a través de la cual interpretamos la naturaleza y condición de la faceta ocupacional del sujeto evaluado”<sup>1</sup>. Posibilita que elaboremos hipótesis sobre las dificultades presentes o potenciales en cada una de las áreas de ocupación, así como de las condiciones que las producen y las mantienen. Las hipótesis generadas permiten definir y organizar los objetivos de la intervención y seleccionar los abordajes, tipos y técnicas de intervención o tratamiento con las que se persigue promover el desempeño ocupacional o prevenir, eliminar, remediar o compensar las dificultades ocupacionales del individuo evaluado<sup>2</sup>. Las intervenciones realizadas son de nuevo evaluadas para contrastar su eficacia, corrigiendo o ajustando, cuando sea el caso, las hipótesis en las que se basaba el tratamiento<sup>1</sup>.

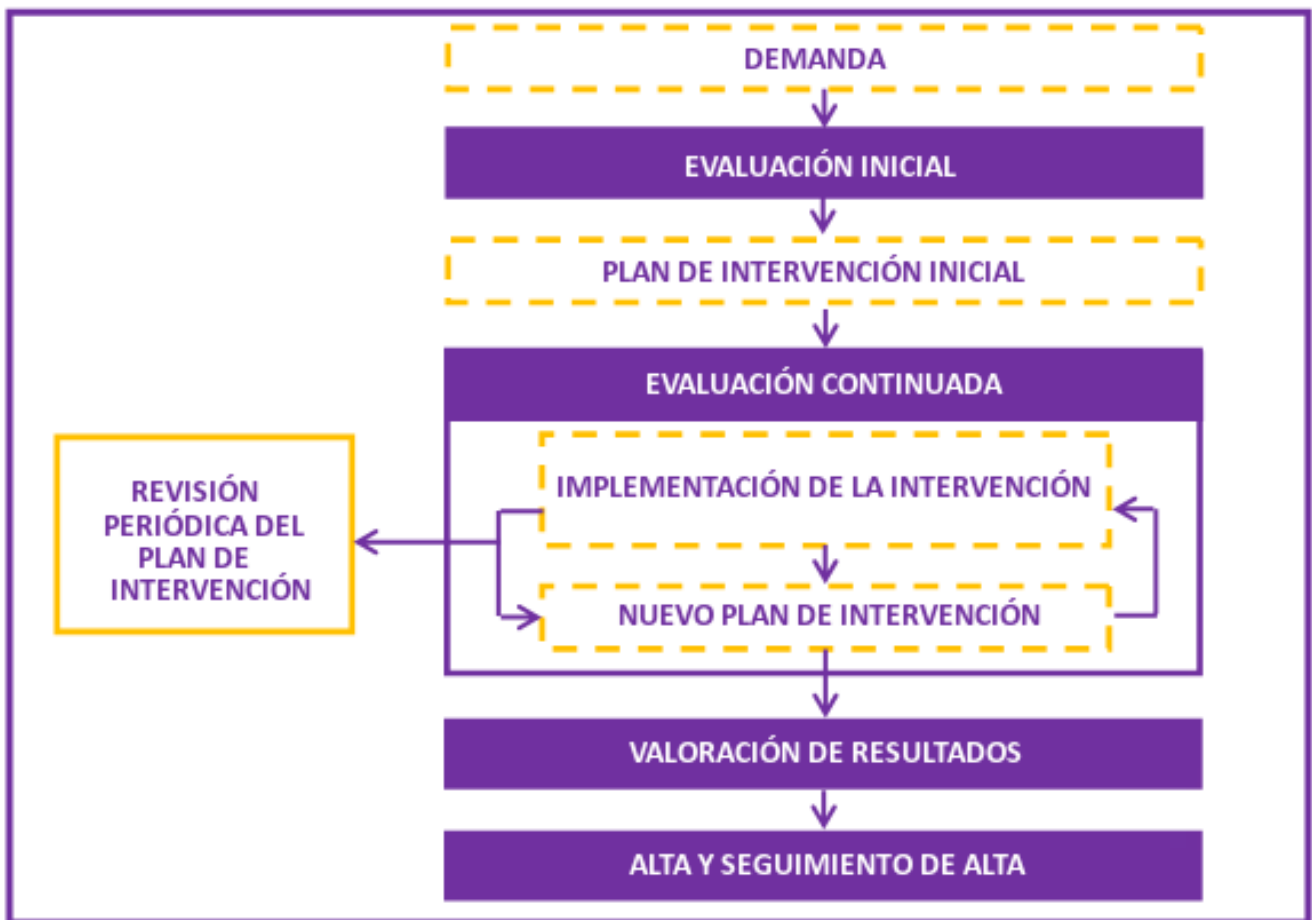
Apoyándonos en el “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso: Dominio y Proceso” de la AOTA<sup>3</sup>, la evaluación ocupacional está centrada en el estudio de las distintas áreas ocupacionales, teniendo cuenta las características del usuario (estructuras y funciones corporales y psicológicas), los patrones y destrezas de ejecución y el contexto o contextos en los que tiene lugar. Esta interacción determina el significado de cada actividad realizada y el rendimiento requerido y, por tanto, las demandas de las actividades que se ponen en juego para llevarlas a cabo. Las relaciones entre estas variables para cada sujeto evaluado nos permitirán determinar los problemas que presentan en el desempeño ocupacional<sup>2</sup>.

Por otro lado, la evaluación de la ocupación supone su comparación con algún patrón, ya sea evolutivo, normativo o subjetivo, que sirva de referencia para enjuiciar su idoneidad o alteración. Para determinar el área o áreas con limitaciones, los déficits que pueden estar relacionados con la presencia de tales limitaciones y las expectativas respecto al desempeño ocupacional futuro, debemos establecer una referencia con la que comparar la situación actual<sup>2</sup>. En el contexto del alzhéimer y otras demencias suele ser el estatus ocupacional premórbido del individuo, el estadio de desarrollo evolutivo y las expectativas socioculturales en lo que se refiere al comportamiento ocupacional.

Por tanto, la evaluación debe contemplar cuáles fueron y en qué medida cambiaron las actividades que el sujeto realizaba de forma cotidiana, su historia educativa y laboral, las actividades que a lo largo de su experiencia vital realizó en su tiempo de ocio, juego o aquellas que dan forma su participación social. Asimismo, podemos considerar si el patrón ocupacional pasado era acomodado al desarrollo evolutivo del sujeto y si era satisfactorio para él y su entorno. Así, la comparación del estatus ocupacional actual con el patrón que sirve de referencia posibilita circunscribir las alteraciones del desempeño ocupacional que presenta o potencialmente puede presentar el individuo<sup>2</sup>.

Podemos distinguir tres etapas en la evaluación: la evaluación inicial, continuada y la valoración de resultados. Esta concepción circular del proceso de evaluación podemos esquematizarla inspirándonos en el esquema propuesto por Creek, representándolo en la **Figura 2**<sub>1,2</sub>.

Figura 2: La evaluación ocupacional como un proceso circular. (Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. 2003<sub>1</sub>)



#### 4.1. EVALUACIÓN INICIAL

En la evaluación inicial interpretamos los problemas y necesidades del sujeto evaluado, establecemos una referencia con la que contrastar la posterior evolución del caso, elaboramos las metas y los objetivos iniciales, construimos un plan individualizado de tratamiento y perfilamos los espacios terapéuticos en los que podría ser incluido inicialmente el sujeto<sub>1</sub>.

Podemos distinguir tres fases en la evaluación inicial ocupacional: derivación, screening y la evaluación comprensiva o formativa.

##### A. DERIVACIÓN

El punto de partida de una intervención es, en la mayoría de las veces, la derivación del caso por parte de otro profesional. En el contexto de las Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias (AFAS) no suele haber una derivación directa la Terapia Ocupacional de otro profesional.

La familia demanda los servicios de la Asociación aconsejada por un neurólogo, a través del Sistema de Dependencia o por iniciativa propia. Sin embargo, podemos obtener datos básicos de distintos informes médicos, psicológicos y/ o sociales: filiación (nombre y apellidos, edad, etc), diagnóstico médico, estado de salud general, datos sobre la ocupación, informes sociales, etc, que nos acer-

can datos sobre la ocupación, informes sociales, etc, que nos acercan datos sobre el posible futuro usuario.

Es necesario detectar que se trata de una persona afectada por alzhéimer y otras demencias. Además, hay que determinar si las expectativas del agente que solicita la intervención concuerdan con los servicios ofertados y si la coyuntura actual del departamento permite la incorporación del individuo.

Ante un diagnóstico de alzhéimer y otras demencias concluimos que existe una alteración de las funciones mentales en diferente grado según la fase en la que se encuentra (orientación, atención, memoria, percepción, razonamiento, lenguaje, cálculo y otras funciones cognitivas superiores). Esto le ocasiona progresivamente un trastorno en las destrezas y en los patrones de ejecución, provocando limitaciones en el desempeño de las actividades de las áreas ocupacionales. Estas variables es preciso evaluarlas, así como evaluar las características del entorno y las demandas de cada actividad para determinar cómo influyen estos factores en el desempeño ocupacional de la persona.

Por lo tanto, es preciso continuar con el proceso de evaluación con el screening.

## **B. SCREENING O CRIBADO**

Durante el screening determinaremos la necesidad de realizar una evaluación detallada que haga posible una intervención futura. Nos permiten valorar la situación de la persona de una forma rápida y global, proporcionándonos pistas sobre aquellas áreas de ocupación en las que presenta problemas. Por medio del screening podemos comenzar a circunscribir el área o las áreas con dificultades para, posteriormente, durante la evaluación comprensiva, explorarlas con mayor exhaustividad y detenimiento<sub>1,2</sub>.

Hay diversas opciones para realizar el screening: cuestionarios en los que se recoja información básica sobre las áreas de ocupación; actividades sencillas con fines diagnósticos, que nos permita observar directamente el desempeño, incorporando determinadas variables que deseemos específicamente explorar; entrevista breve con el usuario/ familiares o la aplicación de pruebas de evaluación disponibles en el mercado<sub>1</sub>.

En esta fase de la evaluación se determina si el usuario es susceptible de beneficiarse de los servicios que la Asociación oferta, entre los que están los de la Terapia Ocupacional.

## **C. EVALUACIÓN COMPRESIVA O FORMATIVA**

Durante la evaluación comprensiva tratamos de captar y describir de forma detallada las interrelaciones entre las diferentes dimensiones que conforman los problemas en el desempeño ocupacional del individuo evaluado. Es decir, tratamos de identificar las alteraciones en el desempeño ocupacional en las áreas de ocupación. Así como los factores que actúan como apoyos o barreras al desempeño.

Si tomamos como referente el *“Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso: Dominio y Proceso”* de la AOTA, los parámetros que se tienen en cuenta durante la evaluación comprensiva son: las áreas de ocupación, patrones y destrezas de ejecución, características del usuario, demandas de la actividad y contextos de desempeño<sub>3</sub>.

En el establecimiento de relaciones explicativas entre, por una parte, las áreas de ocupación y, por otra, los patrones y destrezas de ejecución, las características del usuario, las demandas de la actividad y los contextos en los que tales actividades tengan lugar los permitirán circunscribir e inter-

prestar las alteraciones en el desempeño ocupacional de un individuo, así como las condiciones con las que están relacionadas. Este es el objetivo último de la evaluación comprensiva<sup>1,2</sup>.

#### D. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

Los principales métodos para obtener información del usuario son:

- **Revisar informes previos** (médicos, psicológicos, sociales, entre otros).
- **Entrevista familiar.** Debido a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias el usuario tiene limitadas sus capacidades para transmitirnos como es lo desempeño de sus ocupaciones. Por esto, en este contexto, los familiares cuidadores cobran un valor especial siendo un pilar fundamental de nuestra evaluación e intervención. Es preciso conocer sus deseos, intereses y expectativas, así como conocer de qué forma percibe e interpreta el cuidador principal las dificultades del usuario. El objetivo es recaudar información del usuario sobre el desempeño en las áreas de ocupación, los contextos y los patrones de desempeño. Se realiza a través de entrevistas estructuradas, semiestructuradas o sin estructura, o inclusive a través de cuestionarios.
- **Observación directa.** Otro método consiste en observar el desempeño ocupacional del usuario detectando limitaciones o disfunciones ocupacionales. Es preciso establecer unos objetivos concretos para la observación y un determinado encuadre.
- **Pruebas o instrumentos.** Nos permiten evaluar de forma exhaustiva las destrezas, patrones o factores del usuario que parecen dificultar o impedir el desempeño ocupacional. Inclusive hay pruebas que nos permiten evaluar cómo es el desempeño en las actividades de las áreas de ocupación.

En el presente Manual “*Terapia Ocupacional en Alzhéimer y otras Demencias*” se proponen las siguientes pruebas o instrumentos para evaluar el desempeño ocupacional:

- **ABVD:** Escala de Barthel de actividades básicas de la vida diaria e índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.
- **AIVD:** Índice de evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody, 1969).

Para evaluar otras actividades del desempeño ocupacional, como es el caso del ocio y del tiempo libre existen diversas herramientas con listados diferentes de intereses que permiten conocer los gustos y preferencias de actividades de ocio del usuario.

En este manual se proponen la elaboración por parte de cada asociación de una escala con un listado de intereses según el contexto cultural y social de cada entidad. Se medirá, por ejemplo, el grado de interés mostrado en distintas actividades de ocio antes de la enfermedad, en la actualidad y el deseo de participar en dichas actividades. Estos modelos serán cubiertos con la ayuda del usuario si sus capacidades lo permiten y por medio de la entrevista familiar gracias a colaboración de los cuidadores principales.

Asimismo, se proponen para evaluar el contexto personal un modelo a cubrir con la familia que nos aportará información sobre los datos autobiográficos del usuario (Historia de vida). En cuanto al entorno físico se proponen una Ficha de Accesibilidad del Entorno para estudiar y detectar la presencia de barreras arquitectónicas en el domicilio que interfieran en la autonomía personal del usuario. Esta ficha será cubierta prioritariamente en una visita del terapeuta ocupacional al domicilio del usuario. Además, en el manual se presenta una entrevista estructurada para evaluar el entorno

del usuario.

Estas herramientas son las que se detectan como principales llegando a un consenso entre todas las asociaciones de Alzheimer de Galicia que colaboran en el presente manual. Figuran en el **Anexo 1**.

Existen otras herramientas que nos acercan información sobre la presencia de limitaciones en las destrezas de ejecución (destrezas cognitivas): Mec de Lobo, SPMSQ de Pfeiffer, Test Dibujo del reloj, GDS de Reisberg,...

## E. DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL

Podemos entender el Diagnóstico Ocupacional como una herramienta que nos ayuda a ordenar y clarificar los resultados de la totalidad del proceso de la evaluación inicial, lo que nos permite mejorar la planificación e implantación de nuestra intervención. Se aporta un esquema diagnóstico propio de la Terapia Ocupacional que contribuye a una mejor aprehensión de la causalidad multidimensional de los problemas del desempeño ocupacional<sup>3</sup>. Nos permiten describir los problemas del desempeño ocupacional de un usuario y formular un conjunto de hipótesis tentativas respecto a los factores potencialmente relacionados con tales dificultades, de manera que sea posible a planificación de una intervención orientada a solucionarlos<sub>1</sub>.

Las alteraciones de las características del usuario (estructuras y funciones corporales) y/o de las destrezas, asociadas con los trastornos sensoriomotores, cognitivos, psicológicos y afectivos, forman parte del componente explicativo del diagnóstico ocupacional. Asimismo, los patrones de desempeño (hábitos, rutinas, rituales, roles) y el entorno son posibles elementos relacionados con los problemas detectados en el desempeño ocupacional del usuario.

## F. ESTRUCTURA DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL INICIAL

En el **Anexo 2** se proponen una organización y una secuencia para proceder la recopilación de la información sobre la situación ocupacional del usuario desde el primero contacto con el mismo hasta el momento de la baja en el servicio.

Como se puede apreciar en este anexo, la estructura propuesta para ordenar la información obtenida en la evaluación ocupacional inicial es la siguiente:

- 1. Datos clínicos:** diagnóstico médico, otras patologías, así como otra información relevante básica.
- 2. Entorno:** describir el contexto cultural, personal, temporal y virtual; además del entorno físico y social.
- 3. Áreas de desempeño ocupacional:** describir el nivel de desempeño y participación en las distintas ocupaciones.
- 4. Screening:** Indicar los datos de las distintas herramientas y pruebas empleadas en la evaluación inicial, esto es, entrevista familiar, observación directa, herramientas de evaluación estandarizadas (Barthel, Lawton,...) y cuestionarios de elaboración propia (Listado de Intereses, Historia de vida, Ficha de accesibilidad del entorno...).
- 5. Otros datos de interés:** información que no se incluya en los anteriores apartados, pero que puede ser relevante para el establecimiento de objetivos. Por ejemplo: intereses, puntos fuertes y débiles, etc.

**6. Diagnóstico Ocupacional:** analizar el desempeño de las distintas ocupaciones detectando restricciones y vinculándolas con las destrezas y patrones de ejecución, características del usuario, demandas de la actividad y con el entorno.

**7. Estrategias de intervención:** Según el *“Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso”* de la AOTA, se formulan distintas estrategias específicas de intervención (promoción de la salud, restauración, mantenimiento, modificación y prevención)<sup>3</sup>. Según los objetivos deseados se definirá el tipo de estrategia seleccionada.

**8. Objetivos y técnicas:** Establecer los objetivos medibles de intervención según el diagnóstico ocupacional establecido.

La temporalización de la evaluación ocupacional inicial no debe superar un mes desde que se produce la derivación o demanda del servicio.

## 4.2. EVALUACIÓN CONTINUADA

La evaluación ocupacional es un proceso continuo de recogida y análisis de información que tiene lugar a lo largo de todo el proceso de la práctica. Por lo tanto, continuaremos obteniendo información durante la participación del sujeto en los programas y los espacios terapéuticos pactados, así como en las reevaluaciones periódicas estipuladas para cada caso. Eso nos permite modificar nuestras hipótesis y ajustar nuestra intervención<sub>2</sub>.

Por lo tanto, paralelamente al desempeño de la intervención propuesta se realiza un seguimiento de la respuesta obtenida. Toda modificación, cambio o dato relevante debe ser señalado por si es necesario un cambio en el plan de intervención inicialmente propuesto.

Para realizar este seguimiento se propone una escala de elaboración propia llamada *“Valoración Global”* para emplear como seguimiento trimestral o semestral del estado del usuario. Así, esta escala se puede pasar inicialmente al usuario, como una herramienta más de evaluación inicial, y emplearla cíclicamente para realizar la evaluación continua y comprobar variaciones en la respuesta del tratamiento.

Es preciso repetir las evaluaciones iniciales como mínimo una vez al año para comprobar la eficacia de la intervención y/o la necesidad de establecer nuevos objetivos y/o cambiar las estrategias de intervención y las técnicas.

## 4.3. VALORACIÓN DE RESULTADOS

Consiste en la apreciación o estimación final del proceso terapéutico de forma global. Se trata de contrastar la línea base fijada en la evaluación inicial con el estado del sujeto en el momento en el que se realiza la evaluación de resultados. De esta forma podremos enjuiciar el mantenimiento o empeoramiento del desempeño ocupacional del individuo y, por lo tanto, la eficacia de nuestra intervención.



# Capítulo 5

## Metodología de Intervención de la T.O. en Alzheimer y Otras Demencias

### 5.1. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Siguiendo el “Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional. Dominio y proceso” de la AOTA, un abordaje se denominan a aquellas estrategias empleadas para dirigir el proceso de la intervención, basadas en los resultados que espera el usuario, datos de la evaluación y la evidencia<sub>1</sub>.

Pueden estar dirigidos a diferentes propósitos<sub>1,2</sub>:

#### A. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Este enfoque no contempla la discapacidad y se basa en la oferta de experiencias en ambientes y actividades normales que mejorarán el desempeño de todas las personas.

#### B. RESTAURACIÓN

También llamado remedio o restitución. Está dirigido a modificar las variables del cliente para demostrar una destreza o habilidad que aún no se desarrolló o para restaurar una destreza o habilidad que empeoró.

#### C. MANTENIMIENTO

Enfoque usado para apoyar al usuario a que preserve sus capacidades en el desempeño o en la necesidad de encontrar una ocupación, o ambas.

Si no se había hecho esta intervención de mantenimiento, el desempeño podría disminuir y la necesidad de estar ocupado podría no ser encontrada, o ambos, afectando a la salud y a la calidad de vida.

#### D. MODIFICACIÓN

También denominado abordaje de compensación o de adaptación. Este enfoque se dirige a corregir el entorno o la demanda de la actividad para fomentar el desempeño en un entorno habitual incluyendo técnicas compensatorias como aumentar algunos elementos con el fin de proporcionar señales o reducir elementos con el objeto de no distraer la atención de la persona.

#### E. PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Enfoque empleado para preparar a los usuarios con discapacidad, o en riesgo de padecer una, de los posibles riesgos que puede tener lo desempeño de una ocupación. Previene de los acontecimientos nocivos y de la aparición de obstáculos mientras se realiza la acción.

La intervención puede estar dirigida al usuario, el entorno o a la actividad.

## 5.2. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Una vez realizada la valoración inicial (anamnesis, entrevista con la familia, evaluación de su entorno, evaluación del desempeño ocupacional y, por último, la creación de un diagnóstico ocupacional) es necesario que el terapeuta ocupacional dirija la intervención hasta las demandas del usuario.

Estas demandas se traducirán en objetivos generales y objetivos específicos; y objetivos a corto o largo plazo.

**Objetivo** es “*el fin al que se desea llegar, la meta que se pretende lograr. El objetivo es lo que impulsa al individuo a tomar decisiones o perseguir sus aspiraciones, el propósito. Objetivo es sinónimo de destino, meta... o como el fin específico al que hay que llegar*”<sup>3</sup>.

Los objetivos deben tener unas características específicas: explícitos, precisos, significativos para la persona, asequibles, observables y evaluables.

De forma general, los objetivos que persigue la Terapia Ocupacional son los de garantizar la calidad de vida de la persona y aumentar su funcionalidad y autonomía en las actividades de la vida diaria.

En los usuarios con la enfermedad de Alzheimer, lo que se busca en el acercamiento de los objetivos es mantener y potenciar las capacidades que la persona tenga conservada, teniendo en cuenta su entorno, sus interacciones sociales y toda la dimensión que rodea a la persona.

## 5.3. TRATAMIENTO

En esta sección se especifica la intervención del terapeuta ocupacional en el abordaje del alzhéimer y otras demencias.

Se diferencian las siguientes líneas de intervención:

### A. Estimulación de las destrezas de ejecución:

- Estimulación de las destrezas cognitivas (Orientación a la Realidad, Terapia de Reminiscencia, Psicoestimulación Cognitiva, ...).
- Estimulación de las destrezas motoras (Psicomotricidades, actividades sensoriomotrices,...).
- Estimulación sensorial y perceptiva.

### B. Intervención a nivel funcional:

- Programa de AVD.
- Programa de higiene postural y ergonomía.
- Prevención de caídas.

### C. Ocio y tiempo libre:

- Laborterapia.
- Ludoterapia.
- Jardinería.
- Arteterapia.
- Actividades dentro de la comunidad.

### D. Otras terapias novedosas:

- Actividades con animales.
- Nuevas tecnologías.

- Talleres a través de la música.

E. Apoyo a familias.

- Programa ocupacional para familias.

- Programa de asesoramiento y formación en técnicas de facilitación de AVD, productos de apoyo y adaptación del entorno.

A continuación se detalla en qué consiste cada uno de los distintos abordajes:

## **A. ESTIMULACIÓN DE LAS DESTREZAS DE EJECUCIÓN:**

A continuación se exponen algunos de los procesos de estimulación, basados en las destrezas de ejecución, desde el ámbito de conocimientos de la Terapia Ocupacional como desde otros campos (utilizados de manera asidua en Terapia Ocupacional).

### **ESTIMULACIÓN DESTREZAS COGNITIVAS**

La estimulación cognitiva forma parte de uno conjunto de estímulos generados por la neuropsicología y aplicados con una finalidad rehabilitadora. Consisten en un entrenamiento aislado de las habilidades perceptuales en tareas y ejercicios que impliquen estas habilidades.

#### **1. Orientación a la realidad:**

La orientación a la realidad es una técnica dirigida a reducir la desorientación y confusión derivadas del deterioro cognitivo potenciando los diferentes componentes de la orientación: temporal, espacial y personal.

- **Objetivos:**

Su objetivo se basa en la idea de la repetición de la información para minorar la desorientación y la confusión a la vez que puede reforzar el aprendizaje.

- **Técnicas de intervención y contenidos:**

Esta terapia se debe desarrollar a través de tres estrategias complementarias de intervención:

- *Intervención ambiental.* Se incluirán diferentes medidas ambientales que favorezcan los aspectos de orientación temporal, espacial y personal. Por ejemplo, colocación de calendarios orientativos, mapas, carteles informativos, etc.

- *Estilo orientador.* Proceso continuo donde cada interacción con el usuario es una oportunidad para proporcionarle información actual con el fin de introducirlo en lo que está aconteciendo a su alrededor. Es recomendable el uso de imágenes, objetos o decoración específica de la estación o festividad del año en la que nos encontramos, de cara a reforzar la información que se le proporciona al usuario.

- *Sesiones de orientación a la realidad.* Intervención grupal con distinto número de integrantes y duración dependiendo del grado de deterioro de los usuarios. Podemos incluir un taller de prensa y actualidad donde se pretende mantener al máximo posible las capacidades de orientación a la realidad. Las sesiones tienen un enfoque cognitivo, comenzando con la orientación temporal y siguiendo por la discusión de eventos, generalmente del entorno próximo a los usuarios (**Figura 1**).

Figura 1. Orientación a la Realidad. (Centro de Día Terapéutico AFAL Ferrolterra)



## 2. Terapia de reminiscencia:

Terapia que a través de estímulos concretos y presentes provoca la evocación de recuerdos y experiencias vitales conservadas, para desde allí establecer nexos asociativos e integradores con el presente, así como efectuar una validación afectiva de los sentimientos asociados a esos recuerdos<sub>5</sub>.

- Objetivos:

La terapia de reminiscencia es una técnica de comunicación que se centra en la memoria intacta o los recuerdos del usuario y es una forma placentera de debate o charla para los usuarios. Los objetivos de esta técnica son:

- Estimular los procesos mnésicos y los recuerdos preservados.
- Reforzar la autoestima.
- Proporcionar soporte psicoafectivo en la tarea evolutiva de reconstruir significativamente el pasado.
- Favorecer las relaciones interpersonales y la integración social.

- Técnicas de intervención y contenidos:

Las técnicas de intervención utilizadas son las de dinámicas de grupo, utilizando diferentes técnicas de comunicación. En cada sesión se abordará un tema preseleccionado, siempre relacionado con el pasado y los recuerdos preservados de los componentes del grupo. Los temas a incluir en las sesiones de reminiscencias, pueden ser los siguientes:

- Biográficos: La infancia, la juventud, el matrimonio, los hijos, el trabajo, la jubilación...
- Acontecimientos y fiestas relacionados con el momento temporal: Reyes, Carnaval, San Valentín, Semana Santa, San Juan, el Magosto, Todos los Santos, Navidad...

- Temáticos: Las fiestas y romerías, los mercados, los medios de comunicación y transporte, trabajos y oficios específicos (mina, mar, campo...), la escuela, los gustos musicales de la época, la moda de la época, la vivienda, las relaciones hombre-mujer, las relaciones intergeneracionales...

### 3. Psicoestimulación cognitiva:

La psicoestimulación cognitiva constituye un conjunto de actividades y estrategias de intervención neuropsicológica dirigidas a potenciar la neuroplasticidad de la persona con deterioro cognitivo, estimulando las funciones y los procesos cognitivos no perdidos: atención, memoria, lenguaje, orientación,...<sup>6</sup>

- Objetivos:

Los objetivos que se pretenden conseguir con estas técnicas son los siguientes:

- Mantener y/o mejorar las habilidades cognitivas potenciando las capacidades cognitivas preservadas.
- Ralentizar el deterioro cognitivo en los procesos neurológicos degenerativos.
- Desarrollar la autoestima y mejorar el estado de ánimo de la persona con deterioro cognitivo.

- Técnicas de intervención y contenidos:

Se desarrollan a través de diferentes técnicas de intervención y se trabaja con grupos reducidos homogéneos y mediante actividades adaptadas al nivel de deterioro de cada persona, partiendo siempre del nivel de capacidad preservada en cada función o proceso cognitivo. Concretamente se realizarán tareas que estimulen específicamente las siguientes funciones cognitivas y sus respectivos procesos (atención, memoria, praxis, percepción y gnosia, cálculo, abstracción, razonamiento, funciones ejecutivas) (**Figura 2**).

**Figura 2. Psicoestimulación Cognitiva. (Centro de Día Terapéutico AFAL Ferrolterra)**



## **ESTIMULACIÓN DE LAS DESTREZAS MOTORAS**

El objetivo principal de los programas de estimulación motora es potenciar, estimular, prevenir y mantener las capacidades psicomotoras preservadas. Para eso se realizan diferentes tipos de sesiones, dependiendo del grupo de usuarios, en las que se trabajan aspectos como la coordinación, la memoria o el ritmo, a través de ejercicios adaptados (recibir o lanzar pelotas, mover segmentos del cuerpo o manipular objetos), programas de movilidad funcional (actividades de paseo colectivo o individual) que pretenden mantener la deambulación o las transferencias, e intentan evitar horas en sedestación.

### **1. Psicomotricidad**

La psicomotricidad consiste en un enfoque de la intervención terapéutica cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, centrando su actividad e interés en el movimiento.

La psicomotricidad está formada por un conjunto de actividades físicas controladas, realizadas de forma grupal o individual, que incluyen una serie ejercicios adaptados a las características psicofísicas de los usuarios.

Este tipo de intervención intenta, a través del movimiento, desarrollar y reforzar el reconocimiento y control del propio cuerpo, del espacio y el fomento de la dimensión relacional de la persona (**Figuras 3 e 4**).

- **Objetivos:**
  - Desarrollar, mantener o mejorar el esquema corporal.
  - Favorecer la orientación temporo-espacial.
  - Conservar y potenciar la movilidad, equilibrio, coordinación y ejecución práxica.
  - Potenciar el desarrollo de la creatividad.
  - Favorecer la integración emocional y psicosocial.
  
- **Técnicas de intervención y contenidos:**

Se utilizarán técnicas de dinámicas de grupo, musicales y técnicas específicas propias de la estimulación psicomotriz. Concretamente se desarrollarán actividades como las siguientes:

  - Actividades para favorecer el esquema corporal.
  - Actividades para facilitar la adaptación espacial.
  - Juegos de componente motor.
  - Actividades de expresión corporal.
  - Ejercicios de relajación.

### **2. Actividades sensoriomotrices**

En estas actividades se trabajan aspectos de ejecución muy concretos, como enhebrar agujas, encajes sencillos, recortables, etc., que son ejercicios sencillos y repetitivos, cuya finalidad es que el usuario mantenga el máximo tiempo posible lo manejo y utilización de objetos.



Figura 3 y 4. Psicomotricidad. (Centro de Día Terapéutico AFAL Ferrolterra).



### **ESTIMULACIÓN SENSORIAL Y PERCEPTIVA**

El objetivo principal de la estimulación sensorial y perceptiva consiste en incrementar la discriminación y la sensibilidad de los sentidos mediante la estimulación de todos los receptores sensoriales, incrementando así las oportunidades de participación, autonomía personal e interacción con el ámbito en la persona con enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias.

En las intervenciones de Terapia Ocupacional en personas con demencia, los receptores sensoriales son estimulados de manera individual y simultáneamente en un enfoque multisensorial, incidiendo en las siguientes áreas de estimulación:

- Táctil: Discriminación de varias texturas y contacto corporal.
- Cinestésica y propioceptiva: Reconocimiento de los movimientos de uno mismo, en relación con las articulaciones y las distintas partes del cuerpo.
- Olfativa: Identificación y discriminación de olores.
- Auditiva: Atención a vibraciones y sonidos.
- Visual: Desarrollo de la habilidad para ver y para controlar los movimientos de los ojos.

### **B. INTERVENCIÓN FUNCIONAL**

#### **PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE AVD**

Una de las técnicas de intervención desde la Terapia Ocupacional es el entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), tanto básicas como instrumentales, aplicable en el contexto individual y/o grupal. Este constituye un objetivo y un fin en sí mismo, ya que estamos fomentando que el usuario pueda ejecutar las actividades de la vida cotidiana con éxito. Para la realización de las mismas, en ocasiones, será necesario adaptar los utensilios que se precisen y/o adecuar el medio donde vaya a desarrollarse la persona, así como entrenar al usuario en técnicas de facilitación de las AVD<sub>7</sub>.

El objeto principal de este programa es mejorar y/o mantener la máxima autonomía en las AVD. Por otra parte, los objetivos específicos se basan en adquirir, mejorar y potenciar las habilidades necesarias para un idóneo desempeño en las AVD; recuperar, estimular y mantener los hábitos previos; proporcionar instrucción y entrenamiento en las AVD de manera individual; y entrenar, si es necesario, en técnicas adaptadas que faciliten el desempeño.

Por lo tanto, lo primero que deberemos conseguir es conocer cuáles son las áreas de ocupación afectadas para, posteriormente, identificar si están sanas, limitadas o perdidas. En función de eso, deberemos saber si lo que procede es pedirle al usuario que ejecute la actividad por sí mismo, proporcionarle una pequeña ayuda o evitar que se enfrente a algo que no va a poder ejecutar. En ningún caso deberemos inutilizar a la persona, si no ir analizando cuál es el principal problema en cada momento y donde tendremos que dar apoyo, aportándole responsabilidades de acuerdo a su grado de afectación y valorando mucho sus logros.

Las actividades y técnicas empleadas en el programa de entrenamiento de AVD incluyen:

- Actividades destinadas al conocimiento de los elementos precisos en la tarea: entrenar en la identificación y uso de los instrumentos requeridos para la ejecución de cada AVD.
- Actividades para un desempeño lo más competente posible en la tarea: entrenar en el empleo de los instrumentos y en la ejecución de las diferentes tareas propias de cada AVD.
- Actividades para establecer una rutina significativa: elaborar un esquema de los horarios en los que las tareas serán ejecutadas, establecer límites temporales y las zonas determinadas para la ejecución de las mismas.
- Actividades para el entrenamiento, según la capacidad del sujeto, en técnicas adaptadas: entrenar en el uso de estrategias que faciliten la ejecución de las AVD<sub>8</sub> (**Figuras 5, 6, 7, 8 y 9**).

**Figura 5 y 6. Taller de cocina. (Centro de Día Terapéutico AFAL Ferrolterra).**





Figura 6, 7 y 8. Programa de Mantenimiento de AVD en el Centro de Día de la Red Pública de Alzheimer – Ferrol (AFAL Ferrolterra).



A continuación, se analizará cómo intervenir en el Programa de Mantenimiento de AVD en cada ABVD favoreciendo la máxima autonomía posible en cada estadio de la enfermedad.

### 1. Baño o ducha

El terapeuta ocupacional debe identificar como el usuario coge y emplea los objetos con el dicho fin: como se enjabona, como se aclara y como se seca las partes del cuerpo. También observará como mantiene la posición durante el baño o ducha, y la ejecución de transferencias a cada una de las superficies que sean necesarias (bañera, ducha, bidé).

Para simplificar esta actividad, es necesario separar la ducha del vestido, de tal manera que el usuario pueda salir de la ducha y la única tarea que deba ejecutar prestando toda su atención posible sea el secado. Para eso, resulta fundamental situar la toalla o el albornoz al lado de la ducha. También deberemos controlar los factores ambientales, ya que a las condiciones de espacio reducido y falta de iluminación, hay que añadir los cambios de temperatura, la sensación de humedad, y todo el proceso de secado.

Además de facilitar la actividad para evitar errores, también la podremos emplear para estimular al usuario. La ducha es una actividad que requiere el reconocimiento de las partes del cuerpo y una secuenciación lógica.

- *Fase leve:*

- Al ser una secuencia compleja, que implica muchas subtareas, en ocasiones va a ser conveniente supervisar al usuario desde los primeros momentos, pero nos vamos a encontrar muchas veces con resistencia al invadir un espacio tan privado. Para eso, observaremos los signos y acercaremos indicaciones como consejo.
- En cuanto a la introducción de rutinas, es importante escoger el mismo día y hora. Un aspecto fundamental es el secado de la piel para evitar la aparición de lesiones en la piel, así como la posterior hidratación que deberá efectuar el usuario.
- Debemos retirar, además, todos aquellos productos innecesarios que puedan confundirlo.

- *Fase moderada:*

- Supervisar el acto, indicando con frases cortas lo que debe ir haciendo. Si el lenguaje está afectado, haremos de modelos para efectuar el entrenamiento por imitación. Por ejemplo, le echaremos gel en la esponja y con nuestra mano haremos que nos lavamos para que nos imite.

- Es importante mantener su privacidad. Si tenemos que estar presentes, taparemos al usuario con una mampara o una toalla para que no sienta pudor.

- También podemos indicar en un calendario el día en el que se debe duchar para mantenerlo orientado.

- En esta fase comienza a ser preciso el uso de productos de apoyo, por lo que realizaremos un entrenamiento con aquellos que mejoren la independencia del usuario (esponja de mango largo, llaves monomando, barras de sujeción, alfombrillas antideslizantes, silla de baño, controlador de la temperatura, elevador del inodoro, etc.).

- *Fase avanzada:*

- Esta es la AVD que más complicación tiene en la fase avanzada, no solo porque no guste, sino por la existencia de una necesidad de apoyo constante.

- Debemos aplicar las técnicas de manejo y movilización del usuario, teniendo la seguridad presente en todo momento. Es imprescindible hacer que el momento del baño sea el más agradable posible, y asociarlo con un estímulo positivo.

## 2. Higiene personal y aseo

Esta actividad, complementaria a la actividad de baño o ducha, requiere movimientos más finos y precisos a nivel de miembros superiores y demanda la utilización de más objetos.

Desde la Terapia Ocupacional se puede ayudar al usuario a identificar las necesidades de aseo, proporcionar información y entrenar sobre las técnicas más adecuadas para ejecutar la actividad de forma independiente y segura.

Esta actividad debe ejecutarse a la misma hora y del mismo modo. En un principio dejaremos que el usuario efectúe las tareas por sí solo, pero prestando atención a los signos. Cuando el aseo comience a alterarse, debemos tratar de supervisar y proporcionar la mejor ayuda posible al usuario, siendo él quien ejecute la mayor parte de la actividad. El más aconsejable es una observación inicial para conocer sus hábitos. También podemos emplear la imitación para conseguir los resultados deseados en el desempeño.

Una vez efectuada la observación, podremos facilitar la actividad dejando los objetos que tenga que emplear del mismo modo y en el mismo sitio. Así, será el entorno quien le dé la secuencia de la tarea. Podremos situar encima del lavabo: el jabón, el peine, el cepillo con la pasta y la toalla doblada. Todo ello le indicará que primero debe lavar la cara y las manos; después, cepillar los dientes y peinarse; y, por último, secarse. De este modo, el usuario logrará mantener la actividad completa y con éxito de la manera más independiente y durante lo mayor tiempo posible.

Sin embargo, cuando tenga que comenzar a ejecutar dichas tareas de manera asistida o semiasistida, deberemos tener mucho cuidado a la hora de llevar a cabo el entrenamiento y de prestar

ayuda hasta que se acostumbre a recibirla. Por ejemplo, podremos insinuar que la toalla empleada estaba húmeda y por eso no secó bien las manos.

- *Fase leve:*

- Permitir que el usuario se responsabilice de su aseo.
- Debemos pautar las mismas normas a diario para que pueda ejecutarlas como rutina. Por ejemplo, introducir el lavado de manos y antebrazos después de emplear el inodoro, o la limpieza de la prótesis dental después de cada comida.
- La modificación del entorno para facilitar la actividad se basa en retirar del baño los accesorios que puedan llevar al usuario a confusión. Dejaremos sólo lo necesario y en una orden determinada para facilitar su ejecución durante el entrenamiento.
- También podremos adaptar los diferentes productos que requiera para facilitar la actividad cuando vayan apareciendo dificultades. Por ejemplo, se recomienda que el cepillo de dientes sea de cabeza pequeña, con una dureza intermedia y mango anatómico.
- Por lo tanto, durante esta fase debe primar la observación de los signos y señales sin invadir la intimidad; después, intentar ser modelo para el usuario y dar consejos graduales; y, por último, intervenir.

- *Fase moderada:*

- En esta fase es cuando comenzaremos a invadir su intimidad, siempre con mucho cuidado. Ahora es cuando pasaremos al baño para ejecutar las diferentes actividades delante de él y conseguir que nos imite.
- Los productos de aseo serán reducidos al mínimo (toalla, cepillo de dientes y peine), y permanecerán al alcance de su mano. El usuario empleará siempre los mismos elementos para evitar confusiones.
- En el caso de los hombres, se recomienda efectuar el afeitado con maquinilla eléctrica para evitar posibles cortes en arrugas y pliegos cutáneos.
- Además, podremos ejecutar un entrenamiento en productos de apoyo para facilitar las tareas. En el mercado existen cepillos y peines adaptados con el mango largo para cepillar el pelo por detrás, además de lavabos voladizos, cepillos de dientes con mango especial, o vasos y pasta dentífrica adaptados.

- *Fase avanzada:*

En esta fase, el deterioro ya está generalizado. Seguramente, el usuario no será quien de avisar se tiene heridas en la boca o se siente molestias por la humedad. Por lo tanto, deberemos seguir una rutina para no descuidar los diferentes aspectos de su higiene, sin descuidar sus gustos (colonia o pasta de dientes favorita).

Aunque la comunicación verbal puede estar afectada, deberemos conseguir su máxima colaboración.

- Es recomendable limpiar la cavidad oral con una gasa impregnada de solución antiséptica, implicando al usuario en la actividad.

- Animar al usuario en su cuidado, ayudándole en la labor de maquillaje, uso de cremas, etc.
- En la medida del posible, se efectuará un entrenamiento con los productos de apoyo (cepillos con mango especial, vasos adaptados, etc.).

### 3. Higiene del inodoro

Este es, quizás, el aspecto más privado de cualquier persona, por lo que no debemos intervenir hasta que no aparezcan signos concretos de que algo está funcionando mal. Los signos más claros de que no ejecuta bien alguna parte dentro de la actividad son los referentes al vestido y a la colocación de la ropa. Cuando el usuario sale del baño y no abotonó bien el pantalón o el cinturón, deberemos vigilar si el inodoro está bien limpio o se gastó mucho papel higiénico.

Durante la aparición de los primeros errores es importante modificar la ropa y simplificar los sistemas de bajada y subida de los pantalones y la ropa interior, para evitar situación de fracaso y ansiedad ante situaciones urgentes. También es importante acostumbrarlo a una rutina para ir al inodoro, generalmente cada dos horas o dos horas y media.

Debemos recordarle la secuencia completa de la actividad, cuyos componentes son el desvestido parcial, sedestación en el inodoro, limpieza y lavado de las manos. También es importante realizar un entrenamiento funcional para el mantenimiento del equilibrio y la transferencia al WC, y alcanzar la amplitud articular suficiente para el manejo de objetos y limpieza higiénica. Ante una situación de incontinencia podremos entrenar al usuario en el manejo de los dispositivos de recolección de orina de forma higiénica. En el caso de ser necesaria una transferencia asistida, deberemos demandarle toda la colaboración posible.

Al igual que en el resto de AVD, en fases más avanzadas será necesario modificar el entorno y entrenar en el uso de productos de apoyo (barras de soporte, asideros, elevador del inodoro, silla de inodoro con ruedas, etc.).

### 4. Vestido

El terapeuta ocupacional debe valorar que componentes sensoriomotores (coordinación, fuerza muscular, sensibilidad, rango articular, etc.), cognitivos (memoria, praxis, orientación, atención, etc.) o psicosociales (autocontrol, intereses, manejo del tiempo, etc.), están afectados en el usuario y le impiden ejecutar con éxito la actividad del vestido.

Es necesario optar por enseñar estrategias compensatorias para paliar dichos déficits que influyen en su autonomía y que el usuario continúe manteniendo la independencia.

- *Fase leve:*

Todos los consejos dados en esta fase deben ser asumidos para las siguientes fases, ya que facilitarán la colaboración del usuario.

- Al igual que para todas las AVD, es imprescindible introducir rutinas, las cuales deben seguirse en cuanto a horario y localización, respetando siempre su privacidad.
- En la medida de lo posible, será el usuario quien realice la elección de la ropa, aunque sea bajo supervisión.
- La tarea se completará de una sola vez, de tal manera que no se tenga que erguir y cambiar de sitio para coger cada prenda, a fin de evitar despistes y pérdida durante la tarea sin

completar algunas de las fases requeridas.

- Cuando comiencen los primeros errores en el vestido, la tarea se puede facilitar interviniendo en el entorno, de modo que le dejaremos la ropa preparada, preferiblemente siguiendo la orden en la que debe colocar las diferentes prendas para facilitar la secuencia de la actividad.

- Asimismo, se debe poner especial atención en la comodidad del calzado, ya que de eso va a depender la deambulaci3n del usuario y su gusto por dar un paseo como actividad f3sica. Este debe ser de suela antideslizante, adem3s de sujetar bien el tobillo y el pie.

- *Fase moderada:*

En esta fase aparecen mayores complicaciones, por lo que debemos estimular e intentar que el usuario complete la mayor parte de la actividad por s3 mismo.

- Cuando este a3n es quien de vestirse por s3 solo, es mejor seleccionar ropa f3cil de colocar, flexible, preferiblemente un poco m3s grande. Con eso evitaremos que la persona cometa errores y, por tanto, no necesitar3 ayuda antes de tiempo y mantendremos su motivaci3n y su nivel de independencia.

- La ropa se colocar3 en la orden en la que se visten las prendas y cerca del usuario. Primero probaremos a darle instrucciones, y prenda por prenda, o haremos una gu3 de pasos a seguir para vestirse correctamente mediante im3genes o iconos.

- Es preferible que la ropa tenga apertura por delante (camisas, sujetadores, etc.) y el3sticos (falda y pantal3n sin cremalleras ni bot3n, ch3ndal, corbatas adaptadas con goma o velcro, etc.), para facilitar su colocaci3n de manera independiente.

- Se aplicar3n ayudas sencillas para agrandar y facilitar el uso de los diferentes broches. Si hay que abrir o cerrar muchas cremalleras, se puede aplicar alg3n elemento al pasador para facilitar la subida y bajada de las mismas (cinta, sortija, borla, etc.).

- Si no se puede mantener de pie para vestirse, puede hacerlo sentado y, solamente cuando no pueda hacerlo por s3 so, lo ayudaremos.

- En esta fase es posible que se requiera el uso de ciertos productos de apoyo (calzador de zapatos, alcanzador, etiquetas, carteles, etc.), de modo que el terapeuta ocupacional ser3 el encargado de efectuar un entrenamiento con los mismos.

- *Fase avanzada:*

- Durante las tareas de vestido deberemos intentar que la persona permanezca sentada e intentar buscar su colaboraci3n.

- En esta fase, aunque procesos como el lenguaje est3n alterados desde hace tiempo, la comunicaci3n debe ser efectiva. Para eso, emplearemos las rutinas. Si siempre emple3bamos una mec3nica acompa3ada de lenguaje oral y visual, en esta etapa recurriremos al lenguaje visual, a la comunicaci3n por gestos y contactos. Por ejemplo:

+ Antes de ponerle la parte superior, se lo explicamos. Adem3s, acostumbramos a vestirlo agarr3ndole siempre primero el brazo derecho para pasar una manga, luego el brazo izquierdo, y despu3s, de una sola vez, le pasamos la ropa por la cabeza.

- + Para los miembros inferiores es conveniente mantener un contacto físico y verbal continuo ya que, seguramente, durante el proceso, al no tenernos delante, dispersará su atención y no obtendremos su colaboración, por lo que le diremos lo que vamos a hacer, le enseñaremos la ropa interior, el pantalón... y lo acostumbraremos a que en los cambios de presión levante el pie para pasarle la ropa.
- En esta fase, la movilidad estará reducida. Por lo tanto, deberemos explicarle todo el proceso mientras efectuamos el entrenamiento, decirle lo que estamos haciendo y demandar la máxima colaboración.
- También debemos sustituir botón, cremalleras y cordones por velcro. Asimismo, hay que poner fuera de su alcance los broches y botones para que no se desvista o manipule la ropa, ya que el usuario intentará retirar todo aquello que le moleste (roce del pañal, elásticos, etc.).

## 5. Alimentación

El abordaje consistirá principalmente en enseñar al usuario a mantener una postura idónea para facilitar el manejo del bolo alimenticio en la boca y su posterior deglución; llevar a cabo técnicas para manipular, reagrupar y dirigir trozos de comida hacia parte posterior de la boca; y, por último, reeducar la deglución. También se enseñará, mediante estrategias o el uso de productos de apoyo, como ejecutar la actividad con éxito y sin ayuda de una tercera persona.

- *Fase leve:*

- En primer lugar, el entorno debe ser lo más cómodo y acogedor posible, que tanto el mobiliario como las condiciones de iluminación o de ruido no puedan causar a la persona enferma una desorientación o afecten sobre su falta de atención.
- Es muy importante crear rutinas en cuanto al horario y las actividades, disponer de un tipo de cubierto adaptado a las necesidades del usuario y sentarlo siempre en el mismo sitio.
- Además, se debe vigilar el tipo de alimento y la cantidad de líquido que toma (agua, leche, zumo), siendo recomendable que beba más de 1,5 litros al día.
- Finalmente, el terapeuta ocupacional debe fomentar la toma de decisiones en cuanto a la comida e involucrarlo en las diferentes tareas que rodean a la actividad: hacer la compra, poner y recoger la mesa u ordenar los diferentes utensilios.

- *Fase moderada:*

- Simplificar el acto de la comida para facilitarle la tarea: descomponer en pequeñas partes el acto de comer y evitar lo que no pueda hacer (por ejemplo, si no puede cortar, le daremos los filetes ya cortados o le prepararemos el pescado).
- Para facilitar la orientación y evitar errores, solamente debe aparecer en la mesa lo que vayamos a emplear en el momento.
- Es preferible que la vajilla sea de color y, a ser posible, de un color fuerte que contraste con el mantel y el contenido.
- Cuando el usuario pierde el apetito, se podrá aportar algún alimento que le abra el mismo (por ejemplo, zumo) o animarlo a que haga algún trabajo físico durante el día (por ejemplo,

pasear).

- También existen productos de apoyo que pueden facilitar la actividad de comer, de modo que el terapeuta ocupacional debe entrenar al usuario en su uso adecuado para mantener su independencia el mayor tiempo posible (vasos con dos asas, vasos adaptados para no atragantar, platos antideslizantes, platos antivoltteo, desborde para platos, cubiertos engrosados, cubiertos pesados y largos, mantel de color y antideslizante, etc.).

- *Fase avanzada:*

- Cuando el usuario ya no pueda comer por sí solo, se debe permitir que coja determinados alimentos con las manos (por ejemplo, pan o patatas) para situarlo en el momento de la comida y estimular su independencia.

- En este caso, es conveniente no mezclar alimentos sólidos y líquidos, ya que el usuario podría confundirse y atragantarse.

- También hay que comprobar que la temperatura de la comida es la idónea, porque puede llegar un momento en el que el usuario no sea capaz de distinguir entre el frío y el calor, con el consiguiente riesgo de quemadura.

- Cuando la persona muestre dificultades para masticar, habrá que suprimir los alimentos duros y comenzar con menú triturado.

- El entrenamiento se ejecutará con cubiertos pesados para mejorar la percepción del usuario, mientras que la vajilla puede ser sustituida por una de plástico cuando exista riesgo de que se pueda romper.

## 6. Movilidad funcional

Cuando la movilidad funcional está comprometida, es necesario entrenar las técnicas más acomodadas para llevar a cabo las movilizaciones y las transferencias (erguirse y tumbarse en la cama, erguirse y sentarse en la cadera, etc.), así como el uso de productos de apoyo para promover la independencia del usuario.

Por otra parte, el mantenimiento de la marcha es fundamental en personas con alzhéimer, ya que la propia enfermedad provocará un deterioro de la misma. Por lo tanto, deberemos incluir los paseos con descansos planificados en la rutina del usuario para promover la misma, ya sea de manera independiente, con supervisión o ayuda física parcial. El entrenamiento en el uso de productos de apoyo para la marcha (bastones, muletas o andadores) también está presente en esta actividad<sub>9</sub>.

### **PROGRAMA DE HIGIENE POSTURAL Y ERGONOMÍA**

Las personas con alzhéimer presentan unas necesidades concretas de ergonomía, posición, facilidad de movimiento y comodidad. El terapeuta ocupacional tiene que asegurar una idónea postura y movilidad en la vida diaria del usuario.

Para eso, en el mercado existen diferentes soluciones y mobiliario para proporcionar un mayor confort, seguridad y bienestar.

- Los muebles deben ser estables y seguros, evitando aristas, cantos cortantes o puntas agudas que originen lesiones o dolores en caso de golpe.



- Las camas, fabricadas en materiales resistentes y accesibles para los cuidadores, deben ser estables por los cuatro lados, con acabados antideslizantes y puntos de agarre firmes. Se aconseja en estados moderados-avanzados el uso de camas regulables en altura y articuladas para facilitar las transferencias y el idóneo posicionamiento del usuario.
- El acolchamiento de los sillones, sillas y butacas, fabricado en material ignífugo que permita una buena limpieza y desinfección con la máxima durabilidad, debe ser firme.
- Existencia de sillas de ruedas posicionadoras que fomentan que el usuario mantenga una correcta sedestación.
- El asiento y el respaldo deben proporcionar un buen soporte corporal para compensar la falta de fuerza muscular y el desequilibrio postural.
- El asiento debe tener el borde delantero redondeado, sin remaste, tornillos y otros elementos que puedan originar sensaciones de incomodidad a corto plazo. Asimismo, la altura y profundidad son aspectos a tener en cuenta para eliminar presiones en las partes blandas y para facilitar el movimiento de erguirse y sentarse. Cuanto más bajo e inclinado hacia atrás es el asiento, más difícil resultará la incorporación.
- El respaldo, fundamental para mantener una buena postura, debe aportar estabilidad, disminuyendo las cargas mecánicas que soportan las costas y ayudando a mantener la curvatura fisiológica de la columna vertebral.
- Conservar el alineamiento corporal mediante el uso de almohadas o protecciones, y distribuir el peso corporal entre el asiento, respaldo y apoyabrazos para evitar problemas circulatorios.
- Utilizar productos de apoyo que reduzcan la presión en las zonas con prominencias óseas (colchones antiescaras, almohadas, protectores locales).
- Los pies deben permanecer firmemente apoyados en el suelo<sub>10</sub>.

Los terapeutas ocupacionales tienen esto presente en su práctica diaria y como base para el asesoramiento a familias u otros profesionales.

### **PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

Las personas con demencia duplican el riesgo de caídas en comparación con los individuos sin deterioro cognitivo, por lo que la prevención es un aspecto fundamental a tener en cuenta. Los principales factores de riesgo de caídas en usuarios con deterioro cognitivo son los siguientes:

- Alteraciones del equilibrio y la marcha: alteraciones visuales, propioceptivas del sistema vestibular y en el tiempo de reacción.
- Efectos adversos a los medicamentos.
- Procesos cardiovasculares: hipotensión ortostática e hipersensibilidad del seno carotídeo.
- Factores ambientales: domicilio y exterior.
- Tipo de demencia.

Los terapeutas ocupacionales juegan un papel importante en la evaluación de las limitaciones del usuario y entorno, con el fin de detectar y aconsejar sobre los posibles factores de riesgo para prevenir una caída.



La prevención de caídas en personas con alzhéimer puede abordarse desde un punto de vista primario, secundario o terciario:

- La prevención primaria tiene como objetivo evitar la caída. Incluye la educación para la salud, también dirigida a la familia para aumentar su eficacia, y el aumento de la seguridad ambiental mediante la corrección de factores de riesgo extrínsecos (por ejemplo, retirada en el alfombras en el hogar o pegado de las mismas al suelo con velcros adhesivos, incrementar la intensidad de la iluminación en escaleras, baños con suelo antideslizante, etc.).
- La prevención secundaria está encaminada a prevenir nuevas caídas en personas con alzhéimer que ya sufrieron alguna, de manera que la intervención estará dirigida a actuar sobre las causas. Incluye la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos, y la corrección de las causas desencadenantes (por ejemplo, facilitar la participación en actividades ocupacionales que mejoren el equilibrio de usuarios cuya caída esté provocada por una alteración del mismo, emplear barras de apoyo en el baño, etc.).
- La prevención terciaria incluye todas las actuaciones que tratan de disminuir la incapacidad provocada por las caídas. Incluye el tratamiento adecuado de las complicaciones físicas derivadas de la caída (por ejemplo, empleo de productos de apoyo en la rehabilitación de la marcha) y la rehabilitación del equilibrio<sub>11</sub>.

### C. OCIO Y TIEMPO LIBRE

El ocio y el tiempo libre es definido según el *“Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso: Dominio y Proceso”* de la AOTA como una actividad no obligatoria elegida voluntariamente y desempeñada durante un tiempo que no entre en conflicto con la dedicación de las ocupaciones obligatorias, como trabajo, cuidado personal o dormir. El ocio y tiempo libre puede ser entendido como las actividades libremente elegidas que producen diversión, bienestar, relajación o descanso, fuera de las obligaciones habituales<sub>1</sub>.

Las personas con enfermedad de Alzheimer, al igual que todas las personas mayores, tienen una gran cantidad de tiempo libre debido a la jubilación. Al eliminar el área del trabajo, disponen de más tiempo en las restantes áreas ocupacionales, y por lo tanto más tiempo de ocio. Las personas con alzhéimer, debido a la merma progresiva de las capacidades cognitivas, funcionales y de las destrezas psicosociales presentan una alteración en las diferentes áreas del desempeño ocupacional y, por lo tanto, una deficiente ejecución de las actividades de ocio.

El uso de programas de ocio y tiempo libre dentro del tratamiento no farmacológico de las personas con enfermedad de Alzheimer mejora su estado físico, mental, emocional, aumenta sus intereses, iniciativa y habilidades sociales y disminuye la ansiedad, la depresión y el aislamiento social.

El objetivo general de los programas de ocio y tiempo libre es mantener y/o restaurar la máxima autonomía personal y conservar el máximo tiempo posible las habilidades y destrezas necesarias para el correcto desempeño de las actividades realizadas en el tiempo libre, fomentando así la calidad de vida de la persona.

Los objetivos específicos de los programas de intervención sobre el ocio son<sub>12</sub>:

- Incorporar el ocio en la rutina diaria.
- Satisfacción con el tiempo libre y el ocio.

- Búsqueda de actividades gratificantes.
- Situación en la comunidad y desarrollo de un rol activo.
- Facilitar la socialización y participación en actividades sociales.
- Aumentar o mejorar las habilidades físicas, cognitivas y sociales.
- Mejorar la capacidad de elección.
- Manejo del tiempo.
- Mejorar el autoconcepto y la autoestima.
- Potenciar nuevos intereses a través del tiempo de ocio.
- Favorecer una actitud positiva hacia las actividades de ocio.

El terapeuta ocupacional interviene en el área de ocio y tiempo libre cuando existe una disfunción en el desempeño ocupacional o cuando hay barreras que incapacitan esta área, siempre teniendo en cuenta los intereses y gustos del usuario a la hora de integrarlo en un programa específico para que la actividad sea significativa.

Los programas de ocio y tiempo libre son:

### **LABORTERAPIA**

La laborterapia es un método terapéutico de Terapia Ocupacional que pretende, por medio de la actividad y de la ocupación, mantener, reeducar y rehabilitar los aspectos físicos, cognitivos y sociales del individuo<sup>13</sup>.

Para que la ocupación sea terapéutica es necesario que las diferentes actividades realizadas en los talleres sean analizadas en pasos para observar los diferentes factores que la componen:

- **Sensoriales:** estímulos táctiles, visuales, auditivos, propioceptivos, orientación espacial.
- **Neuromusculares:** tono, fuerza, resistencia, control postural.
- **Motores:** coordinación motora gruesa y fina, praxias, coordinación óculomanual.
- **Cognitivos:** orientación, memoria, secuenciación, resolución de problemas, iniciación y finalización de la tarea.
- **Sociales:** expresión, habilidades interpersonales, cooperación.

En la laborterapia se hace un uso de la actividad manual propositiva siempre teniendo en cuenta los gustos, experiencias, destrezas y limitaciones del usuario para que potencie la autoestima, sea agradable y por lo tanto terapéutica, y adaptándola en complejidad, evitando la frustración o ansiedad y teniendo en cuenta la situación actual de la persona (**Figura 9**).

El objetivo del uso de la laborterapia en personas con alzhéimer es obtener los beneficios de realizar una actividad que ya realizaron en el pasado, que conocían y dominaban para trabajar las re-

miniscencias, realizar actividades manuales, mejorar la autoestima y la relación social.

**Figura 9. Usuaría del Centro de Día Terapéutico AFAL Ferrolterra realizando una labor adaptada de costura en el Programa de Laborterapia.**



### **LUDOTERAPIA**

La ludoterapia es una técnica de tratamiento que emplea el juego como medio terapéutico de expresión y comunicación. La finalidad de la ludoterapia es facilitar el desarrollo, mantenimiento y demostración de una forma apropiada de vida ociosa. Se basa en la capacidad de los usuarios para expresarse a través de actividades en tiempo de ocio y para desarrollar una comprensión sobre la importancia y el valor que este tiene en sus vidas<sup>14</sup>. Son muchos los estudios en los que se confirma que las personas implicadas en el mantenimiento activo de su mente, están más preparadas para afrontar el deterioro cognitivo causado por la demencia.

Mediante la ludoterapia se eliminan los bloqueos de forma práctica, además de lograr el disfrute, la motivación y la iniciativa de forma natural, consiguiendo que las personas se muestren más receptivas y participativas. Con estas actividades conseguimos un fin motivador para el usuario, brindando una serie de alternativas para que el tiempo de ocio resulte gratificante al tiempo que trabajamos casi todas las áreas cognitivas (**Figura 10**).

El objetivo general de la ludoterapia es fomentar la mente activa, estimulando las diferentes áreas cognitivas mediante actividades agradables. Así podemos incidir en el desarrollo de la enfermedad, promoviendo la autonomía e incrementando la salud y el bienestar de la persona afectada y de su familia.

A la hora de programar estos talleres debemos tener en cuenta que tienen de ser del interés del usuario, que sea la propia persona la que seleccione, en la medida del posible, las actividades a realizar.

Figura 10. Actividad de Bingo dentro de la Ludoterapia del Centro de Día Terapéutico AFAL Ferrolterra.



### JARDINOTERAPIA Y HORTICULTURA

El trabajo de la agricultura, cuidado de la huerta y jardines se encuentra muy unida a la vida diaria de muchos de nuestros mayores, y es con ellos con los que esta forma de intervención está más indicada. Los programas de jardinoterapia se fundamentan en sus creencias y costumbres, por lo que la ejecución de estas actividades son motivadoras (**Figuras 11 e 12**).

La American Horticultural Therapy Association (AHTA)<sub>15</sub> establece que están reconocidos los beneficios brindados por la jardinería y su efectividad como práctica terapéutica. La AHTA afirma que esta actividad elaborada con constancia resulta ser una terapia efectiva y beneficiosa para personas de diferentes edades, habilidades cognitivas, dificultades motoras y antecedentes médicos, siendo, por lo tanto, válida y beneficiosa para las personas con enfermedad de Alzheimer.

La jardinoterapia u horticultura consiste en usar técnicas sencillas de jardinería para mejorar el estado físico, emocional y cognitivo de los usuarios, donde el terapeuta ocupacional tendrá que hacer adaptaciones que permitan la correcta realización de la actividad.

Los objetivos de la jardinoterapia o horticultura son:

- Potenciar la autonomía personal y el sentimiento de validez.
- Mantener las actividades del campo y el jardín.
- Potenciar y/o mantener la orientación temporal y espacial.
- Mantener la capacidad de atención y concentración.
- Trabajar la memoria.
- Experimentar sensaciones agradables.
- Ejercitar el cuerpo, manteniendo dentro de lo posible la conciencia del mismo.

- Trabajar el lenguaje y la comunicación.
- Potenciar la socialización.

Figura 11 y 12. Horticultura en el Centro de Día de la Red Pública de Alzheimer – Ferrol (AFAL Ferrolterra).



### ARTETERAPIA

La arteterapia es un tipo de terapia artística que consiste en el uso del proceso creativo con fines terapéuticos. El trabajo artístico con personas que padecen alzhéimer favorece el aumento de la concentración, fomenta la imaginación, genera satisfacción, disminuye la agresividad y el estrés, mejorando el estado de ánimo<sub>16</sub>.

Los talleres de arteterapia son una forma eficaz de intervención, pues enriquecen la capacidad de iniciativa y de comunicación, proporcionan una oportunidad para expresarse, incluso después de perder algunas de las habilidades de comunicación; y a nivel grupal fomentan la interacción social, permiten elevar sentimientos de autoestima, utilidad y autonomía y ayudan a que la persona descubra potenciales artísticos.

El objetivo de los talleres de arteterapia es mejorar la calidad de vida del usuario y de sus familiares, facilitando la estimulación de las capacidades para así mejorar su estado cognitivo, y disminuir las alteraciones emocionales y de conducta (**Figura 13**).

Figura 13. Arteterapia en el Centro de Día Terapéutico AFAL Ferrolterra.



### ACTIVIDADES DENTRO DE LA COMUNIDAD

Desde Terapia Ocupacional se llevan a cabo programas dentro de la comunidad con las personas con enfermedad de Alzheimer, en conjunto con el trabajador social y con el educador social del centro. El objetivo general de estas actividades es mejorar la calidad de vida de los usuarios y, específicamente, potenciar la orientación temporal y espacial, prevenir la desconexión con el entorno, incentivar las relaciones sociales e incrementar la autoestima personal<sup>16</sup>.

Las actividades que se pueden realizar dentro de la comunidad son numerosas: salidas culturales, fiestas locales, paseos por el pueblo, excursión a parajes próximos, etc. Previa a la salida se debe comunicar a las familias a realización de la actividad con suficiente antelación, organizar el grupo y preparar todo el necesario para los usuarios (**Figura 14**).

Dentro de la comunidad también se pueden organizar encuentros intergeneracionales. Estas actividades incrementan la cooperación, la interacción y el intercambio entre personas de diferentes generaciones. Los programas intergeneracionales se emplean para compartir experiencias que benefician a todos los usuarios e implican compartir habilidades, conocimientos y experiencias entre personas de diversas edades.

Figura 14. Visita al Parque Biosaludable para personas mayores del Inferniño (AFAL Ferrolterra)





## D. OTRAS TERAPIAS

### ACTIVIDADES ASISTIDAS CON ANIMALES

Los animales tienen un efecto calmante y cálido que se puede observar en las personas con Alzheimer. Los ataques de agresividad y los episodios de ansiedad son menos frecuentes entre los usuarios que tienen contacto regular con animales de compañía. La presencia de un animal de terapia fomenta la comunicación no verbal, y es observable el aumento de miradas, sonrisas y contacto físico en personas con Alzheimer<sup>17</sup>.

Los diferentes tipos de intervenciones con animales son:

- *Terapia asistida por animales (TAA)*: representa una intervención formal con objetivos terapéuticos precisos y se integra dentro del proceso de rehabilitación, actuando el animal como coterapeuta. Se basa en un diagnóstico específico y se integra dentro de los programas del equipo multidisciplinar, anotándose las mejoras que se obtienen y valorando los resultados.
- *Actividades asistidas por animales (AAA)*: se definen como actividades que se desarrollan con el auxilio de animales que tengan unos requisitos específicos. Son actividades informales, con cierta flexibilidad y espontaneidad, que buscan la interacción entre el hombre y el animal, estimulando la socialización, la motivación, la educación y otros beneficios que aumenten la calidad de vida.
- *Programas de animales de servicio (PAS)*: utilizan animales entrenados para ayudar a afrontar problemas funcionales de personas con discapacidad en el desempeño de sus actividades de la vida diaria<sup>18</sup>.

Las terapias y las actividades asistidas por animales mejoran la calidad de vida de las personas, ofreciendo estímulos y sensaciones beneficiosas, aliviando los sentimientos de soledad, depresión y aburrimiento, entre otros, mejorando la actividad, la comunicación y socialización y disminuyendo la agitación<sup>19</sup> (**Figura 15, 16 y 17**).

Los beneficios obtenidos de las actividades con animales se clasifican en 4 áreas: física, cognitiva, emocional y social (**ver tabla 1**).

**Tabla 1: Beneficios de las actividades con animales. (Fuente: *La influencia de las mascotas en la vida humana*<sup>20</sup>)**

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>FÍSICA</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Mejora de la psicomotricidad fina y gruesa</li><li>- Promueve la relajación</li><li>- Reduce los niveles de estrés y ansiedad</li><li>- Motiva las salidas al exterior y el ejercicio físico</li></ul>                                |
| <b>COGNITIVA</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Estimula las principales funciones cognitivas</li><li>- Mejora la atención y la concentración</li><li>- Potencia el empleo de la memoria de trabajo y remota</li><li>- Facilita los ejercicios de habilidades viso-espacial</li></ul> |

|   |   |
|---|---|
| <p style="text-align: center;"><b>EMOCIONAL</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomenta la afectividad y el desarrollo de conductas de apoyo emocional</li> <li>- Mejora la confianza y la autoestima</li> <li>- Aumenta la percepción de sentirse útil y necesario</li> <li>- Alivia los sentimientos de soledad</li> <li>- Ayuda en los procesos de duelo y depresión</li> </ul> |
| <p style="text-align: center;"><b>SOCIAL</b></p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementa la interacción durante y después de la actividad</li> <li>- Mejora la sociabilidad</li> <li>- Incrementa el deseo de participar en otras actividades</li> </ul>   |

El terapeuta ocupacional puede llevar a cabo tanto TAA como AAA dentro de los programas de intervención a personas con alzhéimer, teniendo en cuenta que para la realización de las TAA debe tener formación específica. El papel del terapeuta ocupacional va desde el diseño de los programas, en colaboración con el resto del equipo multidisciplinar, hasta la aplicación de las sesiones. Es el encargado de seleccionar, escalonar y adaptar a cada grupo y persona con la que se interviene, todas las actividades, tanto antes de la sesión de intervención como durante la misma, logrando que se obtenga el máximo provecho de las mismas<sub>21</sub>.

**Figura 15 y 16. Sesiones de Equinoterapia (Usuarios Centros de Día – AFAL Ferrolterra)**





Figura 17. Actividad asistida con perros (Centro de Día de la Red Pública de Alzheimer de Ferrol – AFAL Ferrolterra).



### NUEVAS TECNOLOGÍAS

Los avances tecnológicos se están poniendo al servicio de la salud para estimular a las personas con alzhéimer y, en algunos casos, permitirles una autonomía que ya habían perdido. Existen programas informáticos que permiten trabajar las funciones cognitivas y cada vez son más los dispositivos que permiten a la persona alcanzar una mayor independencia (**Figura 18**).

Los programas de estimulación cognitiva deben contar con una serie de requisitos para que cumplan una función rehabilitadora (**Tabla 2**).

Tabla 2: Requisitos de los programas de estimulación cognitiva. (Fuente: *Aplicación de las nuevas tecnologías en los programas de intervención cognitiva para personas con deterioro*<sub>22</sub>).

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>FLEXIBLE</b>   | Apto para un número importante de usuarios                                    |
| <b>DINÁMICO</b>   | Que permita incorporar nuevos avances y posibilidades                         |
| <b>SENCILLO</b>   | Que pueda ser empleado por cualquier usuario sin conocimientos especializados |
| <b>ECONÓMICO</b>  | Accesible económicamente a un gran número de usuarios                         |
| <b>DISPONIBLE</b> | Que pueda ser empleado en cualquier localidad, región, área de población.     |
| <b>ÚTIL</b>       | Que detenga en la medida de lo posible la progresión del deterioro cognitivo  |

Los programas de estimulación cognitiva a través del ordenador más empleados en personas con alzhéimer son:

- **Gradior:** es un software para la estimulación cognitiva, evaluación y rehabilitación neuropsicológica dirigido a profesionales que intervienen a usuarios con deterioro cognitivo. El programa se basa en la ejecución de actividades que estimulan diferentes funciones cognitivas, según niveles de habilidad y ejecución y con una gran variedad de ejercicios diferentes. El usuario utiliza el programa a través del ratón o de una pantalla táctil, no siendo necesario ningún tipo de conocimiento informático. El programa incluye ejercicios cognitivos de diferentes modalidades tales como atención, memoria, orientación, cálculo, razonamiento, orientación, percepción, lenguaje y función ejecutiva<sup>23</sup>.
- **Thinkable:** fue diseñado para establecer una terapia de rehabilitación de la memoria. Este programa incluye una serie de ejercicios que permiten el entrenamiento de la atención, discriminación visual y memoria visual a corto plazo. Se puede ir haciendo modificaciones al propio programa para establecer diferentes niveles de dificultad<sup>24</sup>.
- **Rehacom:** es un software diseñado en Alemania y preparado para la rehabilitación de déficits cognitivos. Contiene 16 ejercicios con distintos niveles de dificultad. Las funciones cognitivas que trabaja son la atención, memoria, coordinación visomotora y razonamiento lógico. Requiere un panel especial para emplear el programa y emitir las respuestas la cada prueba cognitiva<sup>24</sup>.
- **Smartbrain:** es un programa interactivo diseñado para ser empleado como un medio terapéutico en cualquiera caso de deterioro cognitivo. Permite realizar multitud de ejercicios de estimulación cognitiva, que se pueden personalizar en diferentes niveles de dificultad y en varios idiomas. Con este programa se trabajan todas las capacidades cognitivas: memoria, lenguaje, cálculo, atención, orientación y funciones ejecutivas. Puede emplearse en cualquier dispositivo y se maneja con el ratón o pantalla táctil y tiene una forma intuitiva, sencilla y práctica<sup>25</sup>.

Además de los programas de estimulación cognitiva a través del ordenador, las nuevas tecnologías nos ofrecen otros dispositivos útiles para el tratamiento de las personas con alzhéimer como son el uso de las videoconsolas. La videoconsola Wii se puede emplear con estos usuarios como alternativa lúdica de estimulación cognitiva y como una oportunidad para la mejora integral de su calidad de vida<sup>26</sup>. Con estos juegos se trabajan las funciones cognitivas superiores y se promueve la interacción social.

**Figura 18. Estimulación Cognitiva a través das novas tecnoloxías (Centro de Día da Rede Pública de Alzheimer de Ferrol – AFAL Ferrolterra).**



## TALLERES A TRAVÉS DE LA MÚSICA

La música es una herramienta muy poderosa que permite las personas con alzhéimer llegar a sus emociones y recuerdos. Las canciones que la persona escuchó al largo de su vida tienen un significado muy personal, por lo que pueden ser el medio de expresión de pensamientos y emociones. La música también puede disminuir las alteraciones emocionales y conductuales que a menudo se presenta en las fases más avanzadas de la enfermedad.

Según la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT)<sup>27</sup> “la musicoterapia es el uso profesional de la música y de sus elementos como una intervención en los entornos médicos, educativos, y de todos los días con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan mejorar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, social, comunicativo, emocional, de la salud y del bienestar intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos”.

Para impartir talleres de musicoterapia el terapeuta ocupacional debe poseer el título específico de musicoterapeuta. Cuando la música empleada en terapia no se considera como un agente terapéutico principal o único, sino que se emplea para facilitar el cambio terapéutico por medio de la realización interpersonal o dentro de otra modalidad de tratamiento, no se considera musicoterapia<sup>28</sup>. Muchos profesionales emplean la música como gran motivadora y reforzadora en sus trabajos, por lo que el terapeuta ocupacional puede usar la música como un recurso en su terapia, y así obtener beneficios de este estímulo.

La música se aplica en el tratamiento de las personas con alzhéimer con el objetivo de mejorar o mantener habilidades específicas en las diferentes áreas funcionales así como en las diferentes fases de la propia enfermedad.

Los beneficios de la música en el tratamiento de las personas con alzhéimer son<sup>29,30</sup>:

- *Área psicomotriz*: la música facilita el movimiento y la expresión corporal, observándose frecuentemente movimientos espontáneos por parte de la persona con alzhéimer; y activa las funciones cerebrales relacionadas con el ritmo, que es un elemento musical muy relacionado con las funciones motrices.
- *Área cognitivo*: la música es un gran estimulador de la memoria, la atención, el lenguaje y la orientación.
- *Área psicoemocional*: la participación de las personas con alzhéimer en actividades con música contribuyen a tener un sentimiento de éxito. Afecta de forma positiva en la disminución de emociones negativas y en otro tipo de mejoras, tales como la interacción personal, socialización y comunicación, estado anímico más positivo y aumento de las muestras de conductas sociales.
- *Área conductual*: son síntomas típicos del alzhéimer la irritabilidad, la agresividad, los delirios, alucinaciones, deambulación, insomnio, etc., y la música ha demostrado ser un buen método para paliar los mismos.

## **E. APOYO A FAMILIAS**

Uno de los pilares fundamentales de la intervención del terapeuta ocupacional a personas con demencia se centra en sus familias y cuidadores.

Desde que las familias se ponen en contacto con las Asociaciones de Familiares de enfermos

e alzhéimer y otras demencias (AFAS), se comienza a intervenir con ellos desde todos los ámbitos (social, psicológico y funcional) con la intervención del equipo multidisciplinar (terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, etc). La intervención con la familia constituye uno de las principales labores que desarrolla el terapeuta ocupacional desde las asociaciones.

En primer lugar, la intervención inicial con las familias consiste en escuchar y apoyar la familia a nivel emocional, para afrontar la nueva situación que están viviendo con su familiar. El cambio que se produce en el contexto familiar cuando uno de sus miembros sufre una demencia, hace que afecte a toda la red familiar (hijos, hermanos, netos, nueras, padres, madres, etc), de ahí la importancia de que toda la estructura familiar comprenda y asimile la nueva situación que está viviendo su padre, madre, marido, etc., y los cambios que a raíz de la enfermedad tendrán que hacer. A nivel emocional, el desahogo de una simple conversación en la que estos puedan expresar todo lo que sienten y piensan es de gran ayuda, recordando siempre que en los casos más severos en los que se aprecia un trastorno emocional más importante, la intervención se derivaría al médico o psicólogo de familia, o personal calificado para tratar este tipo de problemas.

En segundo lugar, intentaremos resolver siempre todas aquellas dudas que le surgen en el día a día ante la nueva situación que están viviendo y cómo afrontarlas. En muchas ocasiones las demencias van acompañadas de importantes trastornos conductuales que pueden hacer muy complicado el día a día. La intervención con los familiares ante este tipo de conductas resulta fundamental para hacer que cesen, se modere su frecuencia e intensidad o para que el familiar adquiera estrategias para manejarlas.

Desde la Terapia Ocupacional, el pilar fundamental en el apoyo las familias es promocionar el máximo grado de autonomía en las AVD a través de la formación y asesoramiento al cuidador principal. A medida que la enfermedad avanza, el usuario se vuelve más dependiente para los cuidados de la vida cotidiana. Las alteraciones o dificultades que surgen en las AVD llevan consigo que, en muchas ocasiones, sea necesario enseñar a los cuidadores algunas técnicas para facilitar dichas tareas y utilizar algunos productos de apoyo y/o adaptación en el entorno, con el fin de mantener el máximo tiempo posible la independencia de la persona con demencia y hacer también más cómoda la intervención del familiar en las AVD<sub>31</sub>.

En este contexto, cobran un papel fundamental los productos de apoyo. Así, la norma UNE en el ISO 9999 define producto de apoyo como: cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias y limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, es decir, cualquier dispositivo especialmente diseñado para:

- Suplir capacidades funcionales perdidas
- Mejorar la autonomía del enfermo
- Facilitar al cuidador el manejo del enfermo<sub>32</sub>

Además, el terapeuta ocupacional, en su intento de maximizar la autonomía personal del individuo, comprende que eso implica tener acceso al medio. Es fundamental, por lo tanto, hacer un estudio exhaustivo del ambiente para poner en marcha aquellas actuaciones que lleven al usuario a funcionar plenamente, dado que un entorno doméstico adecuadamente adaptado a las capacidades reales de la persona en cada fase de la enfermedad potencia su autonomía.

La adaptación del entorno comprende la modificación de determinadas características físicas del interior del domicilio y del entorno exterior más inmediato, con el fin de reducir las demandas (físicas y cognitivas) del ambiente, prevenir riesgos, mejorar el desempeño ocupacional y disminuir

la necesidad de ayuda. Las adaptaciones deben realizarse de forma gradual, progresiva, a medida que vayan disminuyendo las capacidades del usuario.

Por lo tanto, el apoyo a las familias se centra en dos programas:

- Programa de asesoramiento y formación en técnicas de facilitación de AVD, productos de apoyo y adaptación del entorno.
- Programa ocupacional para familias.

En primer lugar se explicará el *“Programa ocupacional para familias”*. Este programa tiene su origen en el desequilibrio ocupacional que sufren los cuidadores de personas con alzhéimer y otras demencias. Posteriormente, se detallará el *“Programa de asesoramiento y formación en técnicas de facilitación de AVD, productos de apoyo y adaptación del entorno”*. Este programa supone un refuerzo al *“Programa de mantenimiento de AVD”* explicado anteriormente.

### **PROGRAMA OCUPACIONAL PARA FAMILIAS**

Uno de los aspectos más importantes que tenemos que mencionar en la intervención con los familiares o cuidadores desde Terapia Ocupacional es que la inmensa mayoría están sufriendo lo que se llama un “desequilibrio ocupacional”. El desequilibrio ocupacional se refiere a la falta de equilibrio o balance entre las áreas de desempeño. Este término se emplea cuando una persona, por determinadas circunstancias personales de su vida, ocupa la mayor parte de su tiempo exclusivamente en un solo área, en los casos que nos ocupan, el cuidado de la persona dependiente, lo que provoca que las otras áreas queden prácticamente sin tiempo para realizarlas o disfrutarlas, como poder ser el ocio, la participación social, etc. Esta circunstancia provoca una sobrecarga en el cuidador que repercute negativamente en su calidad de vida y que, más adelante, repercutirá también en el cuidado del usuario. Por esto, desde un primer momento, es fundamental que tan pronto la familia se ponga en contacto con nosotros, recalcarle la importancia de crear una amplia red de cuidadores, que no recaiga únicamente en una sola persona, la cual suele ser o la pareja de la persona con demencia o algún hijo, hija o nuera. Por lo tanto, en la medida del posible, es necesario hacer una distribución en los cuidados para repartir la carga y evitar la sobrecarga del cuidador principal, así como el posterior desequilibrio ocupacional tan negativo, tanto para la persona que lo sufre cómo para el usuario. El trabajo será conjunto con otros profesionales, ya que para conseguir estos fines la persona precisa apoyo psicológico y social.

Desde la Terapia Ocupacional se pueden hacer frente al problema del desequilibrio ocupacional en la figura del cuidador principal por medio de diversas actividades con las familias: actividades de estudio de ocupación en las distintas áreas ocupacionales, actividades de exploración de gustos e intereses, actividades de detección de abandono de roles significativos, actividades de modificación de patrones de ejecución inadecuados, búsqueda de una red familiar y/o social de apoyos,...

### **PROGRAMA DE ASESORAMIENTO Y FORMACIÓN EN TÉCNICAS DE FACILITACIÓN DE AVD, PRODUCTOS DE APOYO Y ADAPTACIÓN DEL ENTORNO.**

El **procedimiento** a seguir para aconsejar un determinado producto de apoyo y/o adaptación en la tarea o entorno es:

- **Identificación de necesidades**: consiste en valorar al usuario para conocer las capacidades cognitivas, físicas y sociales, así como detectar las limitaciones en las actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales, de ocio...). Además, es necesario conocer las demandas de la

actividad para encontrar cómo facilitar o reducir dichas exigencias.

- Asesoramiento: proponer alternativas y opciones dentro de la gama de productos de apoyo para mejorar el desempeño de la actividad y evitar riesgos. Hay que valorar el coste económico en función de los recursos sociales del núcleo familiar.

- Entrenamiento: entrenar en su uso para averiguar si dicho producto cumple la finalidad para la que fue propuesto. Cada usuario tiene unas características propias y, por lo tanto, unas necesidades particulares. Es preciso escalonar los cambios y conseguir la aceptación por parte del usuario.

- Seguimiento: evaluaciones periódicas para comprobar la eficacia del asesoramiento.

En los siguientes puntos explicaremos las principales técnicas de facilitación en las que puede intervenir el cuidador o familiar, desarrollando en cada una de ellas los aspectos a modificar o adaptar de cada tarea para mejorar la realización de las mismas en el día a día con el usuario:

- Alimentación
- Vestido
- Baño
- Uso del WC
- Movilidad y deambulación
- Otros: medicación, telefonía, localizadores...

### Alimentación

A medida que avanza la enfermedad nos encontraremos que la persona presenta problemas diversos a la hora de comer, que van desde dificultades para coger correctamente los cubiertos, pérdida de apetito, negarse a comer, problemas de secuencia de pasos a seguir, etc, por lo que es conveniente que el cuidador siga una serie de pasos y recomendaciones que faciliten la tarea<sub>33</sub>:

- Procurar que las comidas sean siempre a la misma hora y que el usuario ocupe el mismo lugar en la mesa.
- Si pide algún alimento entre horas, el más conveniente es fruta, zumo, o mismo distraerlo con otra actividad. Si esto sucede siempre, distribuir su alimentación en más comidas de menor cantidad cada una.
- Pedirle que colabore a la hora de poner y recoger la mesa.
- Poner la mesa de forma sencilla y con vajilla irrompible e idónea. Por ejemplo, los platos serán grandes y de un solo color para que pueda distinguir las porciones.
- Evitar las distracciones, como por ejemplo la televisión.
- La dieta debe ser variada. También es muy importante que beba líquidos.
- Si se ensucia, no hay que reñir. Para evitar que se manche, se colocará una bata o babero largo.
- Cuando no sepa utilizar los cubiertos, dejar que coma con las manos.
- Comprobar siempre la temperatura de los alimentos.

- Si la persona se levanta continuamente de la mesa, se le puede colocar entre la mesa y la pared.
- Si no abre la boca, resulta útil tocarlo en la barbilla o en los labios con la cuchara, pudiendo también recurrir a la imitación.  
recorrer á imitación.
- Si el usuario presenta riesgo de atragantamiento, se tendrá en cuenta que, en general, le costará menos tomar alimentos semisólidos que líquidos.

### Vestido

Es frecuente que surjan problemas con el vestido: errores en la secuencia de pasos, piezas colocadas del revés, poner varias piezas una por arriba de otra, problemas con botones, cremalleras, etc. En este caso se recomienda que las familias sigan una serie de recomendaciones para simplificar y facilitar el vestido<sup>34</sup>:

- Colocar en el armario sólo la ropa de temporada, identificando con dibujos donde se encuentra cada pieza (calcetines, ropa interior o camisas).
- Elegir con el usuario la ropa que se va a poner al día siguiente, dejándola colocada en el orden en que deberá ponerla.
- Hacer que el usuario guarde sus cosas siempre en el mismo sitio. Así, es más difícil que se olvide y se evita que tenga ideas de robo. Además, conviene tener una copia de los objetos personales más usados y necesarios por si acaso los pierde (DNI, tarjeta sanitaria, etc).
- Cambiar los botones y cremalleras por tiras de velcro y utilizar piezas elásticas y no ajustadas.
- Es conveniente sustituir los zapatos de cordones por otros con cierre adhesivo, de suela antideslizante, sin tacones y de forma ancha.
- No anticiparse ni meter prisa. Dejar tiempo para que el usuario se vista él mismo y, si no es capaz, primero intentar darle órdenes sencillas sobre lo que debe hacer y recurrir a la imitación.
- No pensar que ya no puede hacer nada. Quizás la persona sea capaz de estirar el brazo para meter la manga, pero sólo necesita su indicación.
- Si el usuario no se sostiene en pie o sentado, ponerle primero la ropa de la parte inferior mientras está en la cama; después, al incorporarlo para sentarlo en la silla, subirlo a las piernas. Así ya sólo quedará la ropa de la parte superior.
- A ser posible, finalizar de arreglarle ante el espejo, lo que le ayudará a que sea capaz de reconocerse durante más tiempo.

### Baño

Una de las áreas que mayor número de problemas presenta en las demencias es a la hora de bañarse y afeitarse, bien sea por negarse a hacerlo, por no querer, por creer que ya lo hizo, por riesgo de caída, o por hacerlo de un modo inadecuado, etc. Por lo tanto, es aconsejable seguir una serie de



de procedimientos y recomendaciones para que esta tarea resulte más cómoda y sencilla tanto para el usuario como para la familia. Así, a continuación presentamos las pautas a seguir en el aseo que ayudarán al cuidador principal<sub>35</sub>:

- No introducir estufas eléctricas en el cuarto de baño.
- Guardar el secador y la máquina de afeitar y hacer que los use solamente cuando el cuidador esté delante.
- Usar alfombras antideslizantes en el interior de la bañera.
- Si no se dispone de plato de ducha, colocar asideros para ayudarlo la que se meta en la bañera. No dejar que el usuario entre y salga sólo de la bañera.
- Procurar que las llaves de agua caliente y frío estén bien identificados, ya que por lo general las personas con demencia tienen disminuida la sensibilidad y son muy friolentos, por lo que aumenta el riesgo de producirse quemaduras.
- En el mercado existen asientos geriátricos para el interior de la bañera, que permiten sentarse si la persona se cansa o para lavarse los pies. Los asientos giratorios para bañeras permiten al usuario pasar para dentro de la bañera sentado de forma segura.
- Si el usuario ya no es capaz de entrar en la bañera ni se pueden emplear los asientos giratorios, se le puede asear de pie apoyado en el lavabo o en la cama según su grado de deterioro general.
- Además de respetar al máximo la intimidad de la persona, hay que tener en cuenta sus hábitos higiénicos, es decir, cuando se afeitaban habitualmente, cuantas veces a la semana se aseaba, si lo hacía por la mañana o por la noche.
- Resulta beneficioso hacer del baño un momento relajante y lúdico, por lo que se puede poner música suave, de su época y dejarle que juegue en el agua.
- No discutir con la persona de la necesidad de bañarse si no quiere hacerlo. Es mejor esperar un momento y volver a intentarlo en otra ocasión. Para animarlo, conviene reforzar su imagen: decirle lo guapo o lo limpio que va entre piropos.
- Aprovechar el momento del baño para observar el estado de la piel en busca de heridas, arrugas y hematomas.
- Ayudarlo a secarse bien, sobre todo las doblas cutáneas, como las ingles, las axilas, las doblas entre los dedos y debajo del pecho.
- Invitarlo a colocarse delante de un espejo para que finalice de arreglarse.

### Uso del WC

A medida que el deterioro avanza suelen surgir problemas a la hora de ir al baño, problemas de incontinencia urinaria, fecal, etc, por lo que es aconsejable llevar a cabo una serie de actuaciones que eviten o disminuyan estas situaciones<sub>32</sub>:

- Identificar el baño con un cartel en el que se lea y se vea un dibujo de un retrete.



- Procurar que el baño se encuentre cerca del cuarto donde pasa la mayor parte del día.
- Hacer que la persona afectada por la enfermedad vaya al servicio aproximadamente a las mismas horas todos los días, aunque no tenga ganas de hacer nada y mantenerle allí sentado un momento, establecer una rutina de horarios de baños.
- Restringir la ingesta de líquidos dos horas antes de acostarlo, para que no se mueva por la noche.
- Observar comportamientos que indiquen que desea ir al WC.
- Colocar asas en la pared específicas para el WC.

### Movilidad y Transferencias

Las personas que sufren las demencias suelen ser por lo general personas mayores que presentan la mayoría de ellas otras patologías de base que dificultan más si cabe su independencia en las actividades de la vida diaria. Así, gran parte de ellos presentan problemas articulares tales como artrosis, osteoporosis, artritis, etc, que causan problemas de movilidad, dolor y aumentan el riesgo de caída; por lo tanto, es importante poner mucha atención a este aspecto y tomar las medidas oportunas para evitar posibles caídas. A continuación se enumeran una serie de medidas para llevar a cabo por las familias en el domicilio para reducir el riesgo de caída<sub>36</sub>:

- *Suelos.*
  - Evitar suelos encerados o mojados.
  - Utilizar superficies antideslizantes.
  - Colocar tiras adhesivas antideslizantes.
  - Utilizar felpudo fijo en el suelo.
  - Utilizar productos para dar brillo antideslizante.
  - Evitar alfombras con dibujos o muy gruesas.
  - Utilizar cinta adhesiva de doble cara en las esquinas de las alfombras.
- *Paredes.*
  - Colocar asas, especialmente en el baño, pasillo y escaleras (redondos, entre 40-65 cm, aproximadamente y según la estatura de la persona, de color contrastado con la pared y la unos 5-8 cm de distancia de la pared).
  - Iluminación.
    - Incrementar la intensidad de las lámparas (100 W) sobre todo en los baños y las escaleras.
    - Utilizar luz fluorescente.
    - Colocar luces de noche y lámparas auxiliares con bases seguras.
    - Facilitar el acceso a los interruptores (con color contrastado, sensibles a la presión, testigos nocturnos, etc.)
    - Utilizar ventanas tintadas o cortinas para evitar el cegamiento.
    - Colocar testigos de presencia para el arranque automático de las luces (especialmente en pasillos y escaleras).
- *Mesas.*
  - Evitar mesas inestables.
  - Evitar mesas tipo pedestal.
  - Utilizar tableros con superficie no deslizante.

- Evitar las mesas muy bajas y las de superficies de cristal o de espejo.
- Estantes.
  - Colocar los objetos muy utilizados en estantes fácilmente accesibles.
- *Baño.*
  - Utilizar barras de apoyo firmemente sujetas a la pared o al suelo.
  - Utilizar un asiento de retrete ajustable, firmemente instalado, con un color que haga contraste.
  - Utilizar antideslizantes en la bañera.
  - Colocar un dispensador de jabón.
  - Colocar una barra ajustable en altura para colocar la alcachofa de ducha.
  - Utilizar un asiento en la ducha o bañera.
- *Cama.*
  - Colocarla a una altura adecuada para facilitar transferencias. Si tiene ruedas, frenarlas y poner las bandas antideslizantes.
  - Cama articulada. En aquellos casos en los que la persona sufra una alta dependencia y no pueda alternar los períodos de permanencia en la cama con pequeños paseos o descansos en un sillón, la cama articulada permitirá evitar la inmovilidad absoluta y facilitará el cambio de posiciones, desde el decúbito hasta la sedestación (postura de sentado).
- *Escaleras.*
  - Colocar pasamanos, unos 30 cm más largos que la escalera y finalizados en una curva descendente.
  - Colocar hitas antideslizantes en los escalones.
  - Fijar los escalones que se muevan y sustituir los que estén en mal estado.
  - Marcar las esquinas y bordes.
  - Escalones de un mínimo de 30 cm de profundidad y máximo de 15 cm de alto.
- *Sillas.*
  - Ajustarlas a la altura y tamaño de la persona.
  - Serán firmes y fuertes.
  - La persona debe mantener los pies en flexión de 90º, con las plantas de los pies firmemente colocadas sobre el suelo.
  - La profundidad del asiento, entre 38-45 cm, aproximadamente.
  - Los reposabrazos se situarán a unos 15-20 cm.
- *Calzado.*
  - Bien ajustado y encajado.
  - Cerrado por detrás.
  - Suela antideslizante bien pegada.
  - Con tacón bajo.

Mención aparte tienen las sillas de ruedas, el producto de apoyo por excelencia para personas que presentan una discapacidad importante en la movilidad.

A continuación destacaremos algunos aspectos fundamentales a tener en cuenta a la hora de prescribir la silla de ruedas y de su correcta elección y adaptación al usuario:

- Prescripción de una silla de ruedas
  - Criterios generales (**Figuras 19 y 20**):
    - + Usuario: dimensiones corporales, edad, discapacidad y pronóstico.
    - + Uso al que se va a destinar: nivel de actividad, profesión, etc.
    - + Entorno: lugar de uso, domicilio/calle, etc...
    - + Uso ó que se vai destinar: nivel de actividade, profesión, etc.
    - + Entorno: lugar de uso, domicilio/rúa, etc...
  - Criterios específicos
    - + Seguridad.
    - + Confort.
    - + Portabilidad.
    - + Durabilidad.
    - + Estética.
    - + Opciones disponibles.
    - + Coste.
    - + Documentación.
    - + Servicio.
    - + Nivel de adaptación.
- Objetivos de una buena adaptación postural
  - Estabilidad pélvica.
  - Equilibrio en sedestación.
  - Prevenir UPP (Úlceras por Presión )
  - Mantener función respiratoria.
  - Independencia en la movilidad.
  - Facilita el cuidado.
  - Facilita la propulsión.
- Componentes de una silla de ruedas estándar<sub>37</sub>
  - Asiento
  - Respaldo
  - Reposapiés
  - Reposabrazos
  - Reposapiernas
  - Mangos de empuje
  - Ruedas delanteras o giratorias
  - Ruedas traseras o propulsoras
  - Chasis
  - Barras de inclinación
  - Aros propulsores
  - Frenos.

Figura 19. Medidas corporales necesarias en la prescripción de una silla de ruedas<sub>37</sub>.

| DIMESIÓN A MEDIR                | RELACIONADO CON                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Longitud del brazo              | Alcance del aro propulsor        |
| Altura cabeza - suelo           | Alcance visual                   |
| Altura codo - suelo             | Altura reposabrazos              |
| Altura poplítea                 | Distancia reposapiés - asiento   |
| Distancia nalgas - oco poplíteo | Profundidad del asiento          |
| Anchura hombros                 | Anchura del respaldo             |
| Anchura caderas                 | Anchura asiento                  |
| Anchura rodillas                | Inclinación asiento y reposapiés |
| Distancia axila - trocánter     | Altura respaldo                  |
| Ángulo rodillas                 | Inclinación asiento y reposapiés |
| Peso aproximado                 | Resistencia silla de ruedas      |

Figura 20. Medidas estándares recomendadas para la adaptación del usuario<sub>38</sub>.

|   |  |
|---|--|
| <b>Ancho del asiento</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distancia intertrocantérea</li> <li>• Obsesos: distancia mínima que evite compresión</li> </ul>   |
| <b>Profundidad del asiento</b>                  | Distancia tapicería – hueso poplíteo no superior a 5 cm  |
| <b>Ángulo del asiento</b>                       | Inclinación hacia atrás de 1 – 4º  |
| <b>Altura del asiento con respecto al suelo</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexión 120º con el brazo apoyado en el aro propulsor</li> <li>• Ángulo asiento 1- 4 º</li> <li>• Reposapiés – suelo: 5 cm, nunca menos</li> <li>• Altura suelo – asiento: 42,5 – 52,5 cm.</li> </ul> |
| <b>Altura del respaldo</b>                      | No puede superar el ángulo inferior de la escápula   |
| <b>Anchura del respaldo</b>                     | Máxima anchura tronco más 1 o 2 cm.  |
| <b>Ángulo del respaldo</b>                      | 2 – 5º de la vertical  |
| <b>Altura del reposabrazos</b>                  | 2,5 cm. por encima del olécranon con el brazo estirado   |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Ángulo del reposapies | 90º  |
| Dimensiones generales | Cuanto mayor sea la anchura, mayor estabilidad lateral |

### Otros: Medicación, Telefonía, Localizadores...

Existen multitud de productos de apoyo para diferentes actividades cotidianas que facilitan el día a día, por ejemplo<sub>39</sub>:

- Pastilleros: Permiten dosificar y facilitar la administración de la medicación al enfermo y a la familia.
- Teléfonos adaptados: Presentan un manejo sencillo con marca automática y números grandes o fotografías de familiares.
- Localizadores GPS: El riesgo de perderse o de escaparse en una persona con alzhéimer es alto por lo que es adecuado tomar una serie de precauciones se observamos que nuestro familiar tiene tendencia a escaparse o a querer salir de la casa sólo:
  - No dejar que salga sólo de la casa y, mismo estando con él, asegurarse de que la puerta de la calle está cerrada y echado el cerrojo.
  - Colocar un colgante musical encima de la puerta, de tal forma que si la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer consigue abrirla, se pueda dar cuenta usted.
  - Es útil el uso de pulseras o collar dónde se indique la enfermedad que padece en el reverso y el número de teléfono para contactar o la dirección donde deben llevarlo se alguien lo encuentra desorientado.
  - Avisar a los amigos, comerciantes y vecinos del barrio de la enfermedad que padece para que avisen se lo ven sólo y desorientado.

Últimamente cada vez son más demandados los localizadores que nos permiten saber en todo momento donde se encuentra o si se aleja demasiado de su entorno habitual. Sin embargo, siempre es importante recordarle a la familia que el localizador no va a evitar situaciones de peligro que se producen por causa de la enfermedad, como cruzar un semáforo en rojo en las calles, caer en la acera, etc, por tener problemas de atención, percepción, etc, por causa de la demencia. Por eso hay que hacerles ver a las familias que deben estar alerta ante ciertas señales que nos indican cuando la persona ya no es te convine que falda sola a la calle por su seguridad.

En el **Anexo 3** se especifican las pautas de actuación en las AVD para la promoción de la autonomía según la fase de la enfermedad y en el **Anexo 4** se describen los productos de apoyo más empleados en las Actividades de la Vida Diaria.



MÓDULO III.  
CASOS PRÁCTICOS





# FASE INICIAL-MODERADA DE LA ENFERMEDAD

(Evolución: 1 año)

**USUARIO:** Pilar

## EVALUACIÓN OCUPACIONAL INICIAL

**Fecha:** 31/07/2014

### Datos clínicos:

- **Fecha nacimiento:** 02/03/1942
- **Fecha ingreso:** 01/07/2014
- **Diagnóstico Principal:** Enfermedad de Alzheimer
- **Otras patologías:** colostomía, Diabetes.

### Entorno

Mujer natural de Valdoviño, procedente de una familia dedicada a la labranza, de 73 años, viuda y jubilada. Realizó estudios primarios y posteriormente trabajó hasta que se jubiló como modista en un pequeño comercio. En este comercio tenía a su cargo a tres trabajadoras. Para la usuaria su trabajo era un aspecto muy importante en su vida.

Tuvo dos hijas, Herminia y Xoana. Xoana está divorciada y perdió a su único hijo por consecuencia de un accidente. Actualmente, convive con su hija Herminia y su yerno Manuel en la ciudad de Ferrol. La usuaria vive en un segundo piso con ascensor y sin barreras en el acceso a la vivienda. En el interior de la vivienda se observa excesiva decoración en los muebles así como alfombras en las zonas de paso. La usuaria dispone de un cuarto de baño con bañera sin productos de apoyo.

Acude diariamente al Centro de Día de la Asociación de Alzheimer y otras Demencias de AFALFerrolterra en jornada de tarde. Mantiene una idónea participación en la vida social y familiar, aunque precisa siempre ir acompañada en sus rutinas sociales.

### Áreas de Ocupación

- **ABVD:** La usuaria es independiente en la actividad de comer, en la higiene y arreglo personal y en la movilidad funcional para el desempeño de las actividades cotidianas, manteniendo buenas destrezas motoras. En el vestido precisa apoyo para mudar la ropa y seleccionar la idónea, necesitando ayuda en la colocación de determinadas prendas debido a las limitaciones articular. Sin embargo, se observa una idónea secuencia en la actividad y reconocimiento de las distintas prendas. En la alimentación precisa mínimo apoyo para cortar carne y escoger el pescado debido a las limitaciones en la coordinación motora fina. Asimismo, precisa supervisión para que la usuaria cuide su dieta. La usuaria es dependiente en la actividad de la ducha, en el cuidado del intestino y en la higiene en el inodoro. En la actividad de la ducha precisa apoyo de otra persona para entrar y salir de la bañera. La usuaria conoce la secuencia de la actividad pero precisa apoyo para mantener la posición en el baño mientras realiza las distintas tareas y para lavar y secar ciertas partes del cuerpo. En el cuidado del intestino y aseo en el inodoro es dependiente debido a la colostomía. En la micción tiene control de esfínteres y mantiene una idónea higiene cambiando de forma autónoma las compresas. La usuaria precisa un mínimo apoyo para ejecutar las tareas en una adecuada rutina.

- **AIVD:** En la movilidad en la comunidad precisa supervisión de otra persona debido al riesgo de desorientación espacial. Efectúa pequeños pagos sencillos reconociendo el dinero, pero no tiene la capacidad a nivel cognitivo para encargarse de sus asuntos financieros. No es quien de mantener una rutina idónea para la toma de la medicación ni para llevar a cabo una dieta adecuada a sus necesidades. En las actividades de cuidado del hogar y preparación de la comida presenta una merma de la iniciativa y una autopercepción de no capacidad. Esporádicamente acompaña a su hija a ir a la compra. En los sistemas de comunicación responde ante una llamada, pero tiene dificultades para transmitir y recordar el mensaje. Logra marcar números familiares a través de una agenda adaptada. Es preciso establecerle una rutina de AIVD.

- **DESCANSO Y SUEÑO:** No alterado obteniendo un patrón de sueño idóneo. Precisa apoyo para mudar la ropa.

- **TIEMPO LIBRE/ OCIO:** En su tiempo libre escucha la radio, lee el periódico y revistas de actualidad, pasea por las mañanas con su hija Herminia, ve en la televisión programas de entretenimiento y política, escucha música y acude semanalmente la peluquería. La familia señala que abandonó las tareas de costura dado que comienza con la pretensión de realizar algo en concreto, pero al no conseguir los resultados esperados se frustra y abandona las labores, afectando a su estado de ánimo. Pilar disminuyó la asistencia a actos sociales puesto que precisa acudir acompañada y no siempre es posible, pero era muy significativo y gratificante para la usuaria. Antes de la enfermedad, también mostraba interés por la jardinería.

- **PARTICIPACIÓN SOCIAL:** En este área mantiene relación a nivel familiar con sus hijas, yerno y netos y, fuera de la familia, con los compañeros del Centro de Día. Se observan muy buenas habilidades comunicativas. A nivel familiar se observa un carácter autoritario por parte de la usuaria sobre sus hijas que interfiere en la relación. Disminuyó su participación en eventos sociales.

## Screening

Se incluyen las siguientes pruebas:

- Escala de Lawton.
- Índice de Barthel: 65/100 puntos (Dependencia leve para el desempeño de las ABVD).
- Listado de Intereses.
- Historia de vida.
- Ficha Accesibilidad del entorno.
- Valoración Global.

## Otros datos de interés

El rol imperativo que mantiene la usuaria sobre su hija repercute a la hora de fijar límites en las rutinas y en el cuidado, siendo esto motivo de conflicto entre la cuidadora principal y la usuaria.

## Diagnóstico Ocupacional

En lo que respecta a las ABVD la usuaria es autónoma en la actividad de comer, en la higiene y arreglo personal y en la movilidad funcional para el desempeño de las actividades cotidianas. Precisa ayuda en el vestido, en la alimentación, ducha, cuidado del intestino e higiene en el inodoro. En las AIVD la usuaria puede moverse por la comunidad con la supervisión de otra persona. No tiene iniciativa para participar en tareas domésticas y es dependiente para manejar sus asuntos económicos y la salud. Mantiene un idóneo nivel de ocio, aunque abandonó actividades significativas. La participación

social y familiar es buena, manteniendo buenas destrezas de interacción y comunicación, pero su carácter dominante influye en las interacciones familiares.

Las alteraciones en el desempeño son derivadas del diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer que provocaron una alteración en las funciones mentales específicas (cognitivas superiores, de la atención, de la memoria y del pensamiento) y en las funciones mentales globales (orientación espacial). Asimismo, tiene alteradas las destrezas de regulación emocional (autoconcepto y autoestima), interfiriendo en el ocio y en las AIVD. En cuanto a los patrones de ejecución, precisa apoyo para llevar a cabo una rutina diaria activa y para mantener hábitos saludables con respeto a la comida. Se observa una limitación en las funciones relacionadas que movilidad de las articulaciones que provoca que la usuaria precise apoyo en determinadas ABVD (ducha y vestido). Con respecto al entorno físico, este no está adaptado a las necesidades de la usuaria provocando riesgo de caída y mayor dependencia.

## Nivel de Intervención

Las estrategias de intervención seleccionadas para dirigir el proceso de intervención son:

- Un enfoque basado en el mantenimiento del desempeño ocupacional presente en la usuaria dirigido a las destrezas y patrones de ejecución, entorno y características de la usuaria.
- Enfoque de modificación del entorno, patrones de ejecución y demandas de la actividad.
- Enfoque de prevención actuando sobre el entorno físico de la usuaria para promover la seguridad y funcionalidad.

## Objetivos y técnicas

| OBJETIVOS   | CRITERIOS EVALUACIÓN   | ACTIVIDADES   | RECURSOS  |
|---|--|---|---|
| Mantener la orientación, la memoria de fijación, cálculo, lenguaje y praxis constructiva. | No disminuir las puntuaciones en 5 o más de 5 puntos en el MEC de Lobo.  | Actividades para estimular las destrezas cognitivas.                                | Orientación a la Realidad (diariamente).<br>Terapia de Reminiscencia (1 vez a la semana).<br>Psicoestimulación Cognitiva (3 veces a la semana). |
| Mantener las destrezas motoras y praxis.  | Mediante la observación directa, comprobar que conserva la movilidad para desempeñar las actividades cotidianas (mantener la puntuación de 5 en la movilidad funcional en la escala de Valoración Global). | Actividades para trabajar las capacidades físicas.<br>Actividades sensoriomotrices. | Taller de Gimnasia (diariamente).<br>Psicomotricidad (tres veces a la semana).  |

| OBJETIVOS  | CRITERIOS EVALUACIÓN   | ACTIVIDADES  | RECURSOS  |
|--|--|--|---|
| <p>Mantener la independencia en las siguientes ABVD: comer, higiene y arreglo personal, movilidad funcional.</p> <p>Mantener la necesidad de mínima ayuda en la alimentación, vestido, ducha e higiene en el retrete.</p> <p>Mantener y fomentar la participación en AIVD promoviendo una rutina activa.</p> | <p>Mantener el nivel de dependencia leve (puntuación en la Escala Barthel mayor o igual a 60 puntos).</p> <p>Mantener el nivel de desempeño en AIVD según la Escala de Lawton y Brody.</p>   | <p>Actividades para estimular las capacidades necesarias para el desempeño de las ABVD y AIVD.</p> <p>Entrenamiento de las ABVD y AIVD.</p> <p>Asesoramiento a familiares sobre estrategias de facilitación de las ABVD y AIVD.</p> <p>Asesoramiento en técnicas de adaptación y productos de apoyo.</p> | <p>Programa de Mantenimiento de AVD (2 veces a la semana).</p> <p>Intervención asistencial (apoyo diario).</p> <p>Programa de asesoramiento en técnicas de facilitación de AVD, productos de apoyo y adaptación del entorno (3 reuniones mínimo al año).</p>                              |
| <p>Mantener la participación en el ocio y fomentar de nuevo actividades significativas para la usuaria.</p>  | <p>Mediante la observación directa, detectar que conserva las capacidades necesarias para desempeñar tales actividades (mantener o mejorar la puntuación de 4 en el ocio en la escala de Valoración Global).</p>   | <p>Desempeñar actividades vinculadas a los intereses y gustos personales (costura, ganchillar, calcetar, jardinería...).</p>   | <p>Laborterapia (diariamente).</p> <p>Horticultura (semanalmente).</p> <p>Talleres a través de la música (1 vez a la semana).</p> <p>Salidas dentro de la comunidad (mínimo 6 salidas anuales).</p> <p>Fiestas en el Centro de Día y en el exterior (mínimo 7 al año).</p>                |
| <p>Mantener las habilidades comunicativas precisas para la interacción social, fomentando una interacción social adecuada e igualitaria con compañeros y familia.</p>  | <p>Mediante la observación directa, detectar que se reducen las conductas autoritarias en la relación con la familia y con los compañeros se mantienen buenas destrezas de interacción (mantener o mejorar la puntuación de 4 en la participación social en la escala de Valoración Global).</p> | <p>Estimular las capacidades de interacción social.</p>  | <p>Laborterapia (diariamente).</p> <p>Talleres a través de la música (1 vez a la semana).</p> <p>Meriendas en el Centro de Día (diariamente)</p> <p>Fiestas en el Centro de Día y en el exterior (mínimo 7 al año).</p> <p>Salidas dentro de la comunidad (mínimo 6 salidas anuales).</p> |

| OBJETIVOS   | CRITERIOS EVALUACIÓN  | ACTIVIDADES   | RECURSOS   |
|---|---|---|--|
| <p>Adaptar el entorno para prevenir caídas en el hogar y fomentar la funcionalidad.</p> | <p>Comprobar que se ejecutan las pautas dadas a la familia sobre adaptación del entorno por observación directa .</p> | <p>Información y asesoramiento sobre adaptación del entorno y productos de apoyo.</p> <p>Proporcionar pautas a la familia sobre cómo adaptar el interior del domicilio a las necesidades de la usuaria.</p> | <p>Visita a domicilio.</p> <p>Programa de asesoramiento en técnicas de facilitación de AVD, productos de apoyo y adaptación del entorno</p> <p>Seguimiento de adaptación del entorno.</p> <p>Citas de reunión con la familia (mínimo 3 citas).</p> |

## EVALUACIÓN OCUPACIONAL CONTINUA

Ciclo: Julio 2014 - Julio 2015

### Seguimientos

**Fecha: 31/10/14**

**Observaciones:** Seguimiento trimestral de la escala de Valoración Global. No se observan cambios, excepto en el área de ocio y participación social. En el Centro de Día se recupera el desempeño de actividades de costura de forma adaptada a sus destrezas provocando un sentimiento de autoconfianza, seguridad y efecto positivo. Por lo tanto, en la escala de Valoración Global pasa de 4 a 5. La asistencia al Centro de Día mejoró su participación social al pertenecer a un grupo social de amistad estable. Continúan las conductas autoritarias. Por esto, se mantiene el 4 en participación social.

**Fecha: 30/01/15**

**Observaciones:** Tras analizar el seguimiento de talleres y mediante la observación directa, se detecta que Pilar sufre un empeoramiento a nivel cognitivo y motor con más torpeza en la deambulación, repercutiendo en el estado emocional. Esto coincide con un cambio de domicilio y de cuidadora principal que se produce a finales de diciembre, provocando una mayor desorientación en la usuaria. La actual cuidadora es su hija Xoana, que tiene mayores dificultades en el manejo de la usuaria y no le establece una rutina significativa y activa, influyendo eso en su autoestima. Se proponen como objetivo asesorar a la nueva cuidadora para que esta establezca una rutina de actividades gratificante para la usuaria.

Además, se realiza una visita al actual domicilio y se detectan barreras arquitectónicas (bañera sin productos de apoyo). Por lo tanto, se mantiene el objetivo de adaptación del hogar y se procede al respectivo asesoramiento.

En la escala de Valoración Global se marca como variación la torpeza en la movilidad funcional y la disminución en la participación en AIVD según información de la nueva cuidadora principal.

**Fecha: 30/04/15**

**Observaciones:** Tras realizar una visita al domicilio y aconsejar de las medidas idóneas para fomentar un entorno seguro para la usuaria, se realizan modificaciones en el entorno favoreciendo el desempeño. Dado que una mayor reforma no era posible, la familia incorpora en la bañera un asiento giratorio y una barra fija en la bañera para aportar seguridad en la transferencia al interior de la bañera. Se realiza un entrenamiento con la cuidadora principal y con la usuaria en el domicilio y no se detectan dificultades. Además, se aconseja cómo reorganizar los objetos cotidianos para promover la autonomía y simplificar las actividades. Se retiran alfombras y muebles para fomentar espacios amplios y sin decoración excesiva. En su cuarto de baño se organiza los objetos cotidianos a la vista y con indicaciones para fomentar la orientación espacial. Se asesora a la hija de la usuaria de la importancia de establecer una rutina de actividades fija para provocar automatismos a la usuaria. Esto le fomentará la orientación.

Por otra parte, se aconseja retirar del alcance de la usuaria aquellos alimentos que la usuaria por su diabetes no puede comer. Además, durante las comidas se evitarán para que la usua-

ria no se sienta con la tentación de tomarlos.

En la escala de Valoración Global no se observan variaciones.

## EVALUACIÓN ANUAL

**Fecha:** 31/07/15

### Screening

Con la colaboración familiar por medio de una entrevista y por observación directa se repite la escala de Lawton y Brody y el índice de Barthel. Además, se realiza una entrevista sobre el entorno.

### Observaciones

La usuaria mantiene una dependencia leve para el desempeño de las ABVD según el índice de Barthel. Únicamente cabe señalar como cambio respecto al anterior año que la usuaria presenta incontinencia durante la noche. En cuanto las AIVD, también se observa que la usuaria pierde la habilidad de marcar los números en el teléfono y mayor fatiga muscular en las salidas a la comunidad, por eso se están reduciendo.

La usuaria continúa sin iniciativa por participar en las tareas domésticas y es frecuente una actitud pasiva. Se siguen detectando dificultades de manejo en la cuidadora para cambiar dicha situación dado el carácter autoritario de la usuaria. Además, la cuidadora principal señala que la usuaria demanda mayor ayuda de la que realmente precisa y confiesa que para evitar un conflicto le presta dicha atención.

Dicho carácter no se observa en el centro, participando en todas las actividades propuestas y mejorando la participación en el ocio, realizando durante este último año numerosas actividades de costura y con muy buenas destrezas de ejecución. Estas actividades promovieron una muy buena adaptación al Centro.

Las modificaciones realizadas en el domicilio favorecieron un entorno seguro para la usuaria. En las actividades desarrolladas en el Centro y en las pruebas cognitivas se observa un empeoramiento en la memoria reciente, comprensión escrita y praxis.

### Revisión del Plan de Intervención

Tras finalizar el presente ciclo, los objetivos iniciales se mantienen y se establecen los siguientes a mayores:

| OBJETIVOS   | CRITERIOS EVALUACIÓN   | ACTIVIDADES  | RECURSOS                |
|---|--|--|-------------------------|
| Formar a la cuidadora principal en actividades adaptadas de ocio para realizar en el hogar. | Mediante entrevista familiar y seguimiento familiar, detectar que la rutina pasiva en el domicilio disminúa. | Actividades gratificantes vinculadas a sus gustos e intereses. | Asesoramiento familiar. |

# FASE MODERADA-AVANZADA DE LA ENFERMEDAD

(Evolución: 2 meses)

**USUARIO:** Pepe

## EVALUACIÓN OCUPACIONAL INICIAL

**Fecha:** 28/08/2015

### Datos clínicos:

- **Fecha nacimiento:** 13/07/1935
- **Fecha ingreso:** 03/08/2015
- **Diagnóstico Principal:** Demencia Cuerpos de Lewy
- **Otras patologías:** Artrosis, vértigos.

### Entorno

Hombre natural de Ferrol de 80 años, casado y jubilado. Realizó estudios primarios y posteriormente comenzó a trabajar en una empresa del sector del naval muy importante en la zona. En esta empresa fue ascendiendo hasta alcanzar un puesto reconocido. No tuvo otro oficio.

Actualmente vive con su mujer en Ferrol. Viven en un 4º piso con ascensor. En el acceso a la vivienda hay un tramo de 6 escalones. Disponen de dos baños: uno con bañera y otro con ducha. Este último es el que utiliza el usuario y se encuentra dentro de la habitación de matrimonio. La ducha tiene un escalón de unos 20 cm y un asa fija a la pared. En el domicilio hay alfombras.

El usuario tiene cuatro hijos con los que mantiene contacto todos los fines de semana. Siempre fue un matrimonio poco activo a nivel social. En la actualidad, tras la enfermedad, esta situación empeoró. El usuario tiene limitadas las destrezas de comunicación para participar en la vida social y familiar.

Acude diariamente al Centro de Día Especializado en Alzheimer y otras Demencias en jornada completa.

### Áreas de Ocupación

- **ABVD:** El usuario es dependiente en todas las ABVD, excepto en la actividad de comer y en la deambulación funcional para el desempeño de las ABVD. En la marcha y en las transferencias precisa un mínimo apoyo y supervisión. En la actividad de alimentación precisa asistencia para cortar los alimentos. Tiene control de esfínteres para la deposición, aunque en la micción tiene episodios de incontinencia (precisa de una rutina para ir al baño). En la higiene en el inodoro precisa apoyo para una correcta limpieza y ayuda para la colocación de la ropa. En la actividad de la ducha participa lavando ciertas partes del cuerpo y se mantiene estable de pie. Para vestirse precisa apoyo para colocar la mayor parte de las prendas. En las actividades de higiene personal precisa que le aporten los utensilios e indicaciones. Por ejemplo, mantiene el automatismo de lavar los dientes, peinarse y lavar/ secar las manos o la cara. Sin embargo, no es capaz de afeitarse adecuadamente y es dependiente para el corte de las uñas.



En el Centro de Día se observan comportamientos de desinhibición sexual ante la presencia de mujeres y sobre todo durante el apoyo que recibe en el uso del retrete, lo que interfiere en el desempeño de esta actividad.

- **AIVD:** Es dependiente en todo el área. Le resulta satisfactoria la compañía de su perro Pipo. La movilidad por la comunidad es escasa puesto que el usuario no puede realizar grandes trayectos debido al agotamiento que le causa. Disponen de una silla de ruedas para la movilidad por la comunidad para hacerle frente a esto, pero el usuario rechaza su uso.

- **DESCANSO Y SUEÑO:** Precisa ayuda para ponerse el pijama. Alteraciones en sueño (despierta varias veces de noche y duerme períodos cortos durante la mañana y tarde).

- **TIEMPO LIBRE/ OCIO:** Según relata su esposa, el usuario no tuvo unas aficiones muy marcadas. Antes de la enfermedad le gustaba jugar a las cartas en familia, escuchar la radio, ver la televisión, paseaba todos los días con su mujer, el fútbol, las fiestas, conversar y las reparaciones. Pepe jugó al fútbol en el equipo de su zona. En la actualidad, la participación en el ocio está muy limitada (ver televisión).

- **PARTICIPACIÓN SOCIAL:** Se limita a nivel familiar (con su esposa, hijos, yernos, nuera, cuñados...). En el Centro de Día se observa desinhibición sexual en las interacciones sociales con las usuarias y con el personal del Centro. La familia también refiere dichos comportamientos en el hogar y en ambientes sociales.

## Screening

Se incluyen las siguientes pruebas:

- Escala de Lawton.
- Índice de Barthel: 45/100 puntos (Dependencia moderada para el desempeño de las ABVD).
- Listado de Intereses.
- Historia de vida.
- Ficha Accesibilidad del entorno.
- Valoración Global..

## Otros datos de interés

La mujer del usuario y cuidadora principal tiene problemas de salud (hernias lumbares), no pudiendo realizar esfuerzos. Dichos problemas se incrementaron como consecuencia de su rol como cuidadora.

Además, la cuidadora principal sobreprotege al usuario, no fomentado la autonomía en las pequeñas tareas cotidianas que aún puede desempeñar. Promueve un entorno de dependencia y escasa estimulación.

## Diagnóstico Ocupacional

Se observa una dependencia en las ABVD, excepto en la actividad de comer y en la deambulación funcional. En el resto de actividades precisa asistencia para su correcta realización. No participa en ninguna AIVD. El ocio es muy limitado y en la participación social se observan conductas desinhibidas y déficit en las destrezas de comunicación y sociales.

Todas estas limitaciones son debidas a la Demencia por Cuerpos de Lewy, valorándose un deterioro en las funciones mentales, así como alteración en las destrezas cognitivas y destrezas motoras

y praxis. También se observa alteración en las destrezas de regulación emocional (desinhibición) y en las destrezas sensoriales- perceptuales. Asimismo, los patrones de ejecución (hábitos y rutinas) están alterados y precisa apoyo para que se ejecuten adecuadamente.

El acceso al domicilio no está adaptado a las necesidades futuras del usuario.

## Nivel de Intervención

Las estrategias de intervención seleccionadas para dirigir el proceso de intervención son:

- Un enfoque basado en el mantenimiento del desempeño ocupacional presente en el usuario dirigido a las destrezas y patrones de ejecución, entorno y características del usuario.
- Enfoque de modificación del entorno y demandas de la actividad.
- Enfoque de prevención actuando sobre el entorno físico del usuario para promover la seguridad y funcionalidad.

## Objetivos y técnicas

| OBJETIVOS   | CRITERIOS EVALUACIÓN   | ACTIVIDADES  | RECURSOS   |
|---|--|--|--|
| Mantener la memoria de fijación y lenguaje (comprensión oral y repetición). | No disminuir las puntuaciones en 5 o más de 5 puntos en el MEC de Lobo.  | Actividades para estimular las destrezas cognitivas. | Estimulación Cognitiva Lúdica (3 veces a la semana).<br>Arteterapia (1 día a la semana).<br>Taller a través de la música (2 días a la semana). |
| Mantener las destrezas motoras y praxis.                                    | Mediante la observación directa, comprobar que conserva la movilidad para desempeñar las actividades cotidianas (mantener la puntuación de 3 en la movilidad funcional en la escala de Valoración Global). | Actividades para trabajar las capacidades físicas.   | Gimnasia (diariamente).<br>Psicomotricidad (tres veces a la semana)  |

| OBJETIVOS  | CRITERIOS EVALUACIÓN   | ACTIVIDADES   | RECURSOS  |
|--|--|---|---|
| <p>Mantener la independencia en la actividad de comer y en la deambulaci3n funcional.</p> <p>Potenciar y mantener una actitud colaboradora en el desempe1o de las ABVD.</p>  | <p>Mantener el nivel de dependencia moderada (puntuaci3n en la Escala Barthel entre 40 y 55 puntos).</p>   | <p>Actividades para estimular las capacidades precisas para el desempe1o de las ABVD.</p> <p>Entrenamiento de las ABVD.</p> <p>Asesoramiento a familiares sobre estrategias de facilitaci3n de las ABVD.</p>  | <p>Programa de Mantenimiento de AVD.</p> <p>Intervenci3n asistencial (apoyo diario).</p> <p>Programa de asesoramiento de t3cnicas de facilitaci3n de AVD, productos de apoyo y adaptaci3n del entorno.</p> <p>Citas de reuni3n con la familia (m3nimo 4 al a1o)</p> |
| <p>Fomentar la participaci3n en actividades significativas para el usuario.</p>  | <p>Mediante la observaci3n directa, detectar que participa en actividades vinculadas a sus gustos e intereses mostrando satisfacci3n y un efecto positivo (mantener o mejorar la puntuaci3n de 3 en la escala de Valoraci3n Global en lo referente al ocio).</p> | <p>Desempe1ar actividades vinculadas a los gustos personales (f3tbol, juegos adaptados de cartas, actividad vinculada a su oficio, interacci3n con animales, actividades de reparaci3n...)</p>  | <p>Laborterapia (diariamente).</p> <p>Ludoterapia (3 veces a la semana).</p> <p>Actividades Asistidas con Animales (semanalmente).</p>  |
| <p>Adaptar el acceso y el interior del domicilio para prevenir ca3das y fomentar un entorno seguro y funcional.</p> <p>Seguimiento familiar para la detecci3n de necesidades de productos de apoyo y otras adaptaciones seg3n la evoluci3n de la enfermedad.</p> | <p>Comprobar que se ejecutan las pautas dadas a la familia sobre adaptaci3n del entorno por observaci3n directa.</p>   | <p>Informaci3n y asesoramiento sobre adaptaci3n del entorno y productos de apoyo (rampa en el acceso, eliminaci3n de alfombras, cinturones de sujeci3n para camas,...).</p> <p>Proporcionar pautas a la familia sobre c3mo adaptar el interior del domicilio a las necesidades del usuario.</p> | <p>Visita a Domicilio</p> <p>Programa de asesoramiento de t3cnicas de facilitaci3n de AVD, productos de apoyo y adaptaci3n del entorno.</p> <p>Seguimiento de adaptaci3n del entorno.</p> <p>Citas de reuni3n con la familia (m3nimo 4 al a1o).</p>                 |
| <p>Formar a la cuidadora principal en t3cnicas de transferencias y ergonom3a postural para facilitar su tarea de cuidar.</p>   | <p>Comprobar que la cuidadora principal adquiri3 t3cnicas de movilizaci3n que le facilitan el cuidado del usuario y reducen el sobreesfuerzo f3sico.</p>   | <p>Informaci3n, asesoramiento y entrenamiento de t3cnicas de movilizaciones y transferencias.</p>   | <p>Cursos de formaci3n en movilizaciones, transferencias y ergonom3a postural.</p>  |

# FASE AVANZADA DE LA ENFERMEDAD

(Evolución: 1 año)

**USUARIO:** Margarita

## EVALUACIÓN OCUPACIONAL INICIAL

**Fecha:** 30/09/2014

### Datos clínicos:

- **Fecha nacimiento:** 10/01/1923
- **Fecha ingreso:** 01/09/2014
- **Diagnóstico Principal:** Enfermedad de Alzheimer
- **Otras patologías:** HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica.

### Entorno

Mujer natural de Oza dos Ríos, de 92 años, viuda. Trabajó desde los 9 años cuidando niños. No fue a la escuela, aprendió a leer y escribir con dificultad.

Tuvo ocho hijos, 3 mujeres y 5 varones. María, la hija más joven, es la que se encarga de los cuidados de su madre. Es soltera y trabaja como secretaria en una empresa. Viven las dos solas en A Coruña. El edificio dispone de ascensor y no posee barreras arquitectónicas, lo que facilita mucho las cosas, ya que Margarita usa silla de ruedas. La vivienda se encuentra adaptada, incluido el baño, en el que hay sumidero y barras de apoyo.

Acude diariamente al Centro de Día de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de A Coruña (AFACO) en jornada completa. Es totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria, precisa apoyo constante de otra persona.

### Áreas de Ocupación

- **ABVD:** La usuaria es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (en la actividad de comer, en la higiene y arreglo personal, en el vestido, en el uso del retrete y en la movilidad funcional. Además, es incontinente).
- **AIVD:** Dependencia total para todas las actividades instrumentales.
- **DESCANSO Y SUEÑO:** No alterado. Duerme toda la noche sin necesidad de medicación. A veces, está somnolienta por el día.
- **TIEMPO LIBRE/ OCIO:** Siempre le gustó mucho pasear y escuchar música. Su hija la lleva de paseo siempre que puede y que el tiempo lo permite. En el centro ponemos música para fomentar un ambiente agradable y placentero para la usuaria.
- **PARTICIPACIÓN SOCIAL:** Siempre hubo mucha dependencia entre madre e hija.

## Screening

Se incluyen las siguientes pruebas:

- Escala de Lawton. 0/8 puntos (Dependencia total para el desempeño de las AIVD).
- Índice de Barthel: 5/100 puntos (Dependencia total para el desempeño de las ABVD).
- Listado de Intereses.
- Historia de vida.
- Ficha Accesibilidad del entorno.
- Escala de valoración Global.

## Otros datos de interés

Su hija María dispone de una cuidadora que le ayuda con el aseo en el domicilio de lunes a viernes.

## Diagnóstico Ocupacional

En lo que respecta a las actividades de la vida diaria, tanto instrumentales como básicas, la usuaria es totalmente dependiente para su desempeño. Precisa que otra persona las haga para poder sobrevivir (hay que darle de comer, asearla, vestirla... no colabora en ninguna de las actividades). Físicamente ya no camina, usa silla de ruedas; sí mantiene el control de tronco en sedestación.

Las alteraciones en el desempeño son derivadas del diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer que provocan una alteración en todas las funciones, tanto cognitivas como física y social.

## Nivel de intervención

Las estrategias de intervención en este caso se reducen a unos cuidados básicos de la persona, haciendo énfasis también en el aspecto afectivo, y mejorando así su calidad de vida.

## Objetivos y técnicas

| OBJETIVOS   | CRITERIOS EVALUACIÓN  | ACTIVIDADES  | RECURSOS   |
|---|---|--|--|
| Evitar complicaciones derivadas de los cambios poco frecuentes de absorbente y de la inmovilidad. | Aparición de irritaciones en la piel, así como UPP.                       | Cuidados asistenciales básicos en el Centro de Día.<br><br>Asesoramiento familiar. | Intervención asistencial: cambios frecuentes de absorbente.<br><br>Cambios posturales cada 2-3 horas.<br><br>Citas de reunión con las familias.<br><br>Cursos de formación para familiares |
| Mejorar la calidad de vida.   | Que la persona esté bien alimentada y aseada, tenga buena presencia, etc. | Apoyar en las actividades básicas de la vida diaria.                               | Proporcionar apoyo en los cuidados básicos (comida, aseo, uso del retrete, vestido, movilidad, etc.).<br><br>Intervención asistencial.   |
| Evitar aspiraciones de la comida.   | Que la persona no se atragante (presencia de tos con la comida...).       | Dieta adecuada.  | Dieta triturada y gelatinas.   |
| Fomentar un entorno agradable y relajante.  | Que la persona se muestre tranquila y relajada.                           | Actividades placenteras.   | Evitar ruidos<br><br>Poner música  |

## EVALUACIÓN OCUPACIONAL CONTINUA

**Ciclo:** Septiembre 2014 - Septiembre 2015

### Seguimientos

**Fecha:** 30/01/15

**Observaciones:** Sin cambios significativos. La usuaria se muestra aproximadamente en las mismas condiciones

**Fecha:** 29/05/15

**Observaciones:** Sin cambios significativos.

## EVALUACIÓN OCUPACIONAL CONTINUA

Fecha: 30/09/15

### Screening

Con la colaboración familiar por medio de una entrevista y por observación directa se repite el índice de Barthel, que se mantiene (5/100 puntos). Además, se realiza una entrevista con la hija para detectar posibles dificultades en el cuidado.

### Observaciones

La usuaria se muestra dependiente para todas las actividades. Es preciso el apoyo constante de una persona durante las 24 horas del día. No presenta alteraciones de comportamiento.

Su hija acude a todos los cursos que se imparten desde la asociación, así como a las terapias de grupo. Está muy activa e implicada en todas las actividades que se organizan en la asociación. No se observan dificultades en el cuidado, pero sí mucha dependencia de su madre, no tiene vida más allá del trabajo y de los cuidados. Desde la Terapia Ocupacional se promueve concienciar a la cuidadora en la importancia de conseguir un equilibrio ocupacional y fomentar o fortalecer los roles distintos a los de cuidadora. Se asesora en estrategias de modificación para la consecución de un equilibrio en el desempeño de sus ocupaciones que mejore su calidad de vida y salud como ser ocupacional. Además, se le propone que acuda la terapia individual con el psicólogo para que le ayude con este tema.

### Revisión del Plan de Intervención

Tras finalizar el presente ciclo, los objetivos iniciales se mantienen. Se establece un objetivo a conseguir con la cuidadora principal en colaboración con el Departamento de Psicología.

| OBJETIVOS  | CRITERIOS EVALUACIÓN   | ACTIVIDADES   | RECURSOS   |
|--|--|---|--|
| Conseguir un bienestar físico, psicológico y social a través de la consecución del equilibrio ocupacional. | Conseguir un desempeño equitativo de actividades en todas las áreas ocupacionales. | Actividades de estudio de porcentaje de ocupación en las distintas áreas.<br><br>Actividades de exploración de gustos e intereses<br><br>Actividades de modificación de patrones de ejecución patológicos.<br><br>Asesoramiento de recursos sociales de apoyo a familiares. | Citas de reunión con las familias<br><br>Cursos de formación para familiares<br><br>Actividad de ocio y tiempo libre para familiares |





# ANEXOS



# ANEXO 1

## HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

### HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DISPONIBLES PARA EL TERAPEUTA OCUPACIONAL SEGÚN EL ÁREA DE OCUPACIÓN EVALUADA.

A continuación se muestra un resumen de las escalas estandarizadas más utilizadas en la Terapia Ocupacional en lo que se refiere a la intervención en personas con enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias, ordenadas por áreas de la ocupación.

Tabla 1. Herramientas de evaluación de las actividades básicas de la vida diaria<sub>1</sub>

| Título  | Autor/es   | Objetivo   | Área   |
|---|--|--|--|
| Conjunto de información de la evaluación y de los resultados B-I, M0640-M0800 (Outcome and Assessment Information Set, OASIS) | Center for Health Services and Policy Research     | Mide la capacidad de realizar AVD y AIVD en personas con cuidados domésticos   | Vestido, control de esfínteres; traslados; deambulación; locomoción; ingesta; alimentación y aseo  |
| Conjunto de datos mínimos – Sección G. Escala de funcionamiento físico y de problemas estructurales, versión 2.0              | Health Care Financing Administration               | Describir las AVD básicas y rastrear cambios en las AVD de usuarios de cuidados prolongados  | Movilidad en la cama, traslados, movilidad en el domicilio, y movilidad en el exterior, vestido, alimentación, uso del inodoro, higiene personal y baño. |
| Cuestionario de memoria cotidiano   | Sunderlan, A., Harris, J.E. y Gleave, J.           | Evalúa la conciencia que tiene el usuario de las capacidades de la memoria, y su conocimiento sobre el funcionamiento de la memoria y las estrategias de memoria | Memoria durante las AVD  |
| Escala de evaluación de la demencia de Blessed (Blessed Dementia Rating Scale, DRS)   | Blessed, G., Tomlinson, B., Roth, M. y Wade, D. T. | Para evaluar la capacidad funcional de los individuos con demencia durante las habilidades de la vida diaria   | AVD  |

| Título  | Autor/es  | Objetivo  | Área   |
|---|---|---|--|
| Escala de la intensidad de la fatiga (Fatigue Severity Scale, FSS)                                  | Krupp, L.B., LaRocca, N.G., Muir-Nash J. y Steinberg, A. D.                           | Evalúa el impacto de la fatiga sobre las AVD  | AVD  |
| Evaluación de autocuidados de Melville-Nelson (Melville-Nelson Self-Care Assessment, SCA)           | Nelson, D.L. y Melville, L.L.   | Evalúa objetivamente las habilidades de autocuidados  | Movilidad en la cama, traslado, vestido, alimentación, control de esfínteres, higiene personal y baño. |
| Evaluación de la discapacidad para la demencia (Disability Assessment for Dementia, DAD)            | Gelinas, I., Gauthier, L. y MacIntyre, M.   | Evalúa las actividades básicas de la vida diaria de las personas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer | AVD, AIVD  |
| Evaluación de las habilidades de la vida diaria Kohlman (Kohlman Evaluation of Living Skills, KELS) | McGouth, L.K. (1979, 1999)  | Evaluar la capacidad para vivir independientemente en la comunidad  | Autocuidados, seguridad, salud, administración del dinero, transporte, etc.                            |
| Índice de Barthel   | Mahoney, F.I. y Barthel, D.W.   | AVD   | AVD  |
| Prueba de desempeño en funciones ejecutivas   | Baum, C., Edwards, D.; Morrison, T. y Hahn M., 2003                                   | Evalúa el estatus funcional cotidiano   | AVD, AIVD  |
| Tareas de la vida diaria observadas y revisadas   | Diehl, M. K., Marsiske, M. Horgas, A.L. Rosenberg, A., Saczynski, J.S. y Willis, S.L. | Mide las habilidades para resolver problemas cotidianos   | AVD  |

**Tabla 2: Herramientas de evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria<sub>1</sub>:**

| Título  | Autor/es  | Objetivo   | Área  |
|---|---|--|---|
| Cuestionario de integración comunitaria   | Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, J., Gordon, W. y Rempel, R.  | Ayuda a los usuarios a examinar el grado de participación en la comunidad  | Actividades domésticas, comprar, visitas a amigos, eventos sociales, etc.   |
| EASE 3.2 Básico y EASE 3.2 Deluxe   | Christenson, M.   | Evalúa los problemas potenciales en el entorno doméstico y la elaboración de soluciones potenciales.                             | AVD, AIVD   |
| Cuestionario de actividades diarias (Daily Activities Questionnaire, DAQ)         | Oakley, F.; Sunderland, T., Hill, J.L., Makahon, R. y Ebner, J.D. | Evalúa las actividades instrumentales y de autocuidado de la vida diaria en personas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. | AVD; AIVD   |
| Escala de evaluación funcional del Rehabilitation Institute of Chicago: versión V | Cichowski, K.C.   | Evalúa la capacidad del usuario de completar las AIVD  | AIVD  |
| Escala de la vida independiente (Independent Living Scales, ILS)                  | Loeb, P.A.  | Determina en qué grado el usuario es capaz de cuidarse por sí mismo y su propiedad   | Memoria, Orientación, administración del dinero, administración del hogar y el transporte, salud y seguridad, y adaptación social |
| Evaluación del desempeño de las habilidades de autocuidados – versión 3.1         | Holm, M.B. y Rogers, J.C.   | Evalúa las habilidades de la vida independiente en el hogar y en el centro de rehabilitación                                     | Movilidad funcional; cuidados personales; administración del hogar  |
| Evaluación en tareas en la cocina   | Baum, C. y Edwards, D. F.   | Mide el nivel de apoyo cognitivo preciso de una persona con diagnóstico de demencia  | Cocina  |

**Tabla 3: Herramientas de evaluación del entorno<sub>1</sub>:**

| Título  | Autor/es  | Objetivo   | Área                             |
|---|---|--|----------------------------------|
| Cuadernillo de modificaciones en el hogar   | Adaptive Environments Center                    | Identificador de barreras arquitectónicas en el hogar  | Entorno doméstico                |
| Evaluación de seguridad de la función y del entorno para la rehabilitación                  | Oliver R. Blathwayt J., Brackley C. y Tamaki T. | Para evaluar la seguridad en el hogar  | Evalúa los riesgos en el hogar   |
| Entrevista en el lugar  | Lifchez, R.                                     | Permite a una persona expresar los significados y las prioridades del entorno personal                     | Significado del entorno personal |
| Evaluación de seguridad en el hogar de Westmead   | Clemson, L.                                     | Evalúa los peligros potenciales de caídas en el hogar  | Riesgo de caídas, seguridad      |
| Instrumento del entorno doméstico y comunitario   | Keysor, J.J., Jette, A.M. y Haley, S.M.         | Evalúa factores en el hogar y en la comunidad que afectan a la movilidad, la comunicación y la interacción | Movilidad, interacción social    |
| Inventario hospitalario de los factores del entorno de Craig y el formulario breve de CHIEF | Craig Hospital                                  | Evalúa la frecuencia y la magnitud de las barreras físicas, actitudinales y políticas percibidas.          | Barreras en las AVD y AIVD       |
| Libro de recursos   | Kelly, C. y Snell, K.                           | Identifica barreras arquitectónicas en el hogar y en la comunidad  | Entorno doméstico y comunitario  |
| Lista de comparación de accesibilidad   | Goltsman S., Gilbert, T. y Wohlford, S.         | Identificar problemas de accesibilidad en la comunidad   | Entorno comunitario              |

| Título   | Autor/es  | Objetivo   | Área                           |
|--|---|--|--------------------------------|
| Medida de calidad del entorno  | Fougeyrollas, P., Noireau, L., Michel, G. y Boschen, K. | Evalúa la influencia del entorno en la calidad de participación en AVD                       | Entorno en las AVD y AIVD      |
| Mantenimiento de la independencia de las personas en edad avanzada a través de la adaptación del hogar; guía de autoevaluación | Canadian Mortgage and Housing Corporation               | Identifica dificultades en el entorno y describe adaptaciones para superar esas dificultades | Entorno, Seguridad en el hogar |
| Procedimiento de evaluación multifásica del entorno  | Moos, R. y Lemke, S.                                    | Evalúa el entorno  | Accesibilidad, seguridad       |

**Tabla 3: Herramientas de evaluación del entorno<sub>1</sub>:**

| Título                               | Autor/es                              | Objetivo   | Área   |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Autoevaluación de intereses del ocio | Kautzmann, L.N.                       | Evalúa los intereses recreativos de los adultos con artritis reumatoidea o enfermedad articular degenerativa | Intereses del ocio   |
| Batería diagnóstica del ocio         | Witt, P. y Ellis, G.                  | Evalúa el “funcionamiento en el ocio” del individuo  | Conocimiento de las oportunidades de ocio e inventario de preferencias |
| Buscador de actividades de ocio      | Homberg, K. Rosen, D. y Holland, J.L. | Ayuda a los usuarios a encontrar actividades de ocio   | Ocio   |
| Escala de aburrimiento en el ocio    | Iso-Ahola, S.E. y Weisinger, E.       | Mide las restricciones para lograr satisfacción en las actividades recreativas                               | Ocio   |

| Título                              | Autor/es  | Objetivo  | Área   |
|-------------------------------------|---|---|--|
| Escala de la experiencia en el ocio | Meakins, C. y Bundy, A.   | Examina las experiencias lúdicas y recreativas                                  | Ocio   |
| Escala de satisfacción del ocio     | Beard, J.G. Ragheb, M. G.   | Mide el nivel de satisfacción del usuario en las actividades de ocio            | Ocio   |
| Lista de comparación de intereses   | Matsutsuyu, J. revisado por Rogers, J. Weinstein, J. y Figone, J. | Recoge datos sobre los patrones de interés y las características de una persona | Habilidades manuales, actividades culturales, deportes, actividades sociales y recreativas |
| Medida de competencia del ocio      | Kloseck, M. y Crilly, R.  | Mide los resultados de actividades recreativas y lúdicas                        | Conciencia, actitud y habilidades del ocio   |



# HERRAMIENTAS ESTANDARIZADAS HABITUALMENTE EMPLEADAS EN TERAPIA OCUPACIONAL.

## Escala de Bathel<sub>2</sub>

### ESCALA DE BARTHEL DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre .....

Apellidos .....

Entrevistador .....

#### ALIMENTACIÓN

- 10 Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc. por sí solo. La comida puede situarse a su alcance.
- 5 Precisa ayuda. Por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla.
- 0 Dependiente. Precisa ser alimentado.

#### LAVADO (BAÑO)

- 5 Independiente. Capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar presente una persona.
- 0 Dependiente. Necesita alguna ayuda.

#### VESTIRSE

- 10 Independiente. Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Ata los zapatos, se abrocha los botones y coloca otros complementos sin ayuda.
- 5 Precisa ayuda. Pero hace por lo menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente.

#### ARREGLARSE

- 5 Independiente. Realiza todas las actividades personales (ej. lavarse manos y cara, los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse,...) sin necesidad de ayuda. Los complementos necesarios pueden ser proveídos por otra persona.
- 0 Dependiente. Precisa alguna ayuda.

## DEPOSICIÓN

- 10 Continente. Ningún incidente. Si precisa lavativa o supositorios se arregla por sí solo
- 5 Accidente ocasional. Algún episodio de incontinencia o precisa ayuda para administrarse supositorios o lavativas.
- 0 Incontinencia.

## MICCIÓN (valorar la situación en la semana previa)

- 10 Continente. Ningún incidente. Seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (ej. catéter) si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa
- 5 Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 h., precisa ayuda para cuidar de la sonda.
- 0 Incontinencia.

## RETRETE

- 10 Independiente. Entra y sale sólo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse y prevenir el sucio de la ropa. Puede utilizar barras para sostenerse.
- 5 Precisa ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa o usar el papel higiénico. Se limpia sólo.
- 0 Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia total..

## DEAMBULACIÓN

- 15 Independiente. Puede caminar por lo menos 50 metros o el equivalente en la casa sin ayuda el o supervisión.
- 10 Precisa ayuda. Precisa ayuda física o supervisión para caminar 50 m.
- 5 Independiente en silla de ruedas en 50 metros. Debe ser capaz de girar esquinas sólo.
- 0 Inmóvil. Incluye ser movido por otro.

## ESCALONES

- 10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos.
- 5 Precisa ayuda. Supervisión física o verbal.
- 0 Incapaz. Precisa alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

## Puntuación total:

Observaciones:

**ESCALA DE BARTHEL DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA  
(versión modificada Granger et al.)**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre .....

Apellidos .....

Entrevistador .....

**BEBER UN VASO**

4 Independiente. Bebe él sólo sin ningún tipo de ayuda.

0 Precisa ayuda.

0 Dependiente. Precisa ser alimentado.

**COMER**

6 Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento preciso; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc. por sí solo. La comida puede situarse a su alcance.

0 Precisa ayuda.

0 Dependiente. Precisa ser alimentado.

**VESTIRSE PARTE SUPERIOR DEL CUERPO**

5 Independiente. Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa, abrocharse los botones y coloca otros complementos sin ayuda.

3 Precisa ayuda. Pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0 Dependiente. Precisa que lo vistan.

**VESTIRSE PARTE INFERIOR DEL CUERPO**

7 Independiente. Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Ata los zapatos, botones y coloca otros complementos sin ayuda.

4 Precisa ayuda. Pero hace por lo menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0 Dependiente.

### **PONER ÓRTESIS O PRÓTESIS**

0 Independiente.

-2 Precisa ayuda.

No aplicable.

### **ACTIVIDADES DE ASEO**

5 Independiente.

0 Precisa ayuda. Pero hace por lo menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0 Dependiente.

### **LAVARSE O BAÑARSE**

6 Independiente.

0 Precisa ayuda. Pero hace por lo menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0 Dependiente.

### **CONTROL DE LA ORINA**

10 Continente. Ningún incidente. Seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (ej. catéter) si es preciso, es capaz de cambiar la bolsa.

5 Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 h, precisa ayuda para cuidar de la sonda.

0 Incontinencia.

### **CONTROL INTESTINAL**

10 Continente. Ningún incidente. Si precisa lavativa o supositorios se arregla por sí solo.

5 Accidente ocasional. Algún episodio de incontinencia o precisa ayuda para administrarse supositorios o lavativas.

0 Incontinencia.

### **SENTARSE/LEVANTARSE CAMA/CADERA**

15 Independiente. Sin ningún tipo de ayuda en las transferencias.

7 Precisa ayuda.

0 Dependiente.

### **UTILIZACIÓN DEL WC**

6 Independiente.

3 Precisa ayuda.

0 Dependiente.

### **ENTRAR/SALIR BAÑERA O DUCHA**

1 Independiente.

0 Precisa ayuda.

0 Dependiente.

### **CAMINAR 50M. EN LLANO**

15 Independiente.

10 Precisa ayuda.

0 Dependiente.

### **SUBIR/BAJAR UNOS ESCALONES DE ESCALERA**

10 Independiente.

5 Precisa ayuda.

0 No realiza.

### **SI NO CAMINA, IMPULSA SILLA DE RUEDAS**

5 Independiente.

0 Precisa ayuda.

0 No aplicable.

**Puntuación total: (0-100)**

Observaciones:

**Dependencia leve (61-69)**

**Dependencia moderada (41-60)**

**Dependencia severa (21-40)**

**Dependencia total (0-20)**

**INDICE DE KATZ DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre .....

Apellidos.....

Entrevistador .....

**1. BAÑO**

- Independiente: Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda únicamente en alguna zona concreta (p. ej., espalda).
- Dependiente: Precisa ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.

**2. VESTIDO**

- Independiente: Coge la ropa y la ponen sólo, puede abrocharse (incluye atarse los zapatos o ponerse las medias).
- Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.

**3. USO DEL WC**

- Independiente: Va al WC solo, arregla la ropa, limpia él sólo.
- Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.

**4. MOVILIDAD**

- Independiente: Se levanta y se acuesta de la cama él sólo, se levanta y se sienta de una silla él sólo, se desplaza sólo.
- Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y/o acostarse de la cama y/o de la silla. Precisa ayuda para desplazarse o no se desplaza.

**5. CONTINENCIA**

- Independiente: Control completo de la micción y defecación.
- Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

**6. ALIMENTACIÓN**

- Independiente: Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos).
- Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación entera.

**A: Independiente para todas las funciones.**

**B: Independiente para todas menos una cualquiera.**

**C: Independiente para todas menos baño y otra cualquiera.**

**D: Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera.**

**E: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC y otra cualquiera.**

**F: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC, movilidad y otra cualquiera.**

**G: Dependiente en todas las funciones.**

### Índice de Evaluación de las AIVD (Lawton y Brody)<sub>5</sub>.

#### INDICE DE EVALUACIÓN DE LAS AIVD (LAWTON Y BRODY, 1969)

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre .....

Apellidos .....

Entrevistador .....

#### TELÉFONO

Emplear el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números (1)

Sabe marcar números conocidos (1)

Contesta al teléfono, pero no sabe marcar (1)

No utiliza el teléfono en absoluto (0)

#### COMPRAS

Realiza todas las compras precisas de manera independiente (1)

Sólo sabe hacer pequeñas compras (0)

Tiene que ir acompañado para cualquier compra (0)

Completamente incapaz de hacer la compra (0)

#### PREPARACIÓN DE LA COMIDA

Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo (1)

Prepara la comida sólo si le proporcionan los ingredientes (0)

Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta idónea (0)

Precisa que le preparen y le sirvan la comida (0)

### **TAREAS DOMÉSTICAS**

Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional (1)

Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...) (1)

Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza acomodado (1)

Precisa ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas (1)

No participa ni hace ninguna tarea (0)

### **LAVAR LA ROPA**

Lava sola toda la ropa (1)

Lava sólo piezas pequeñas (calcetines, medias, etc.) (1)

La ropa la tiene que lavar otra persona (0)

### **TRANSPORTE**

Viaja por sí sólo/la, utiliza transporte público/conduce coche (1)

Puede ir solo en taxi, no utiliza otro transporte público (1)

Sólo viaja en transporte público si va acompañado (1)

Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado) (0)

No viaja en absoluto (0)

### **RESPONSABILIDAD RESPECTO A LA MEDICACION**

Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, sólo (1)

Toma la medicación sólo si se la preparan previamente (0)

No es capaz de tomar la medicación (0)

### **CAPACIDAD PARA EMPLEAR EL DINERO**

Se responsabiliza de asuntos económicos solo (1)

Se encarga de compras diarias, pero precisa ayuda para ir al banco (1)



Incapaz de utilizar el dinero (0)

**Puntuación:**

## CUESTIONARIOS DE ELABORACIÓN PROPIA

### LISTADO DE INTERESES

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre .....

Apellidos .....

Entrevistador.....

| ACTIVIDAD                    | ¿Cuál fue su nivel de interés? |      |         |                  |      |         | ¿Participa actualmente en esta actividad? |    | ¿Le gustaría participar en esta actividad? |    |
|------------------------------|--------------------------------|------|---------|------------------|------|---------|---|----|--|----|
|                              | En los últimos 10 años         |      |         | En el último año |      |         | Si  | No | Si   | No |
|                              | Fuerte                         | Algo | Ninguno | Fuerte           | Algo | Ninguno |   |    |  |    |
| Jardinería                   |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Jugar a las cartas           |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Radio                        |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Televisión                   |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Mecánica                     |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Coches                       |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Motos                        |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Escribir                     |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Pintar                       |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Bailar                       |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Bordar                       |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Coser                        |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Baloncesto                   |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Fútbol                       |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Pasear                       |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Música moderna               |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Puzzles                      |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Películas                    |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Lectura                      |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Nadar                        |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Petanca                      |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Fiestas                      |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Ir al teatro                 |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Ir al cine                   |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Viajar                       |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Gimnasia                     |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Telares                      |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Tenis                        |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Historia                     |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Naturaleza                   |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |
| Tocar un instrumento musical |                                |      |         |                  |      |         |   |    |  |    |

|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Coleccionismo   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Billar          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Moda            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Decoración      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conciertos      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Danza           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Toros           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ópera           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fotografía      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cerámica        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Clubes Sociales |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Política        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Economía        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Peluquería      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Religión        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Navegar         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Música clásica  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Balonmano       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cantar          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Reparaciones    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conversar       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atletismo       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ganchillar      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros:          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**FICHA DE ACCESIBILIDAD DEL ENTORNO**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre .....

Apellidos .....

Familiar de referencia .....

**ENTRADA**

|                                      |    |    |
|--------------------------------------|----|----|
| Escalones en la entrada del edificio | Si | No |
| Ascensor                             | Si | No |

**DOMICILIO**

|   | <b>OBSERVACIONES</b> |    |
|---|----------------------|----|
| ¿Tiene bañera, plato de ducha o sumidero?                                 |                      |    |
| ¿Qué dificultades presenta durante el desarrollo de la actividad de aseo? |                      |    |
| ¿Su cuarto de baño dispone de productos de apoyo?                         |                      |    |
| Alfombras   | Si                   | No |

**OTRAS OBSERVACIONES**

## ENTREVISTA DE ACCESIBILIDAD EN EL DOMICILIO

Usuario:

Fecha de realización:

Situación actual:

### AYUDAS TÉCNICAS

¿Utiliza productos de apoyo (silla de ruedas, bastones, andador) en su día a día?

¿Cuáles, y cómo es su frecuencia de uso?

### EN LA ENTRADA DEL DOMICILIO

*En general...*

... Presencia/ausencia de ancho adecuado en la apertura de la puerta?

... Presencia/ausencia de espacio de maniobra en el área de la puerta de la entrada?

... Presencia/ausencia de escalones, rampa o ascensor en el acceso a la vivienda?

*Si hay presencia de escalones...*

... Es el único acceso a la vivienda?

... Tienen barandilla (en ambos lados)?

*Si hay presencia de rampa...*

... Cómo es la pendiente?

... La superficie es deslizante/ antideslizante?

*Si hay presencia de ascensor...*

... Existe alguna dificultad para acceder o manejarlo?

(Cuando se detiene está a distinto nivel del piso del edificio; existe un espacio amplio entre el ascensor y el piso, no tiene barandillas, los mandos están altos/bajos)

### EN EL INTERIOR DEL DOMICILIO

*En general...*

...Presencia/ausencia de pasillos de ancho idóneo?

...Presencia/ausencia de superficie antideslizante?

...Presencia/ausencia de puertas con un ancho adecuado?

...Presencia/ausencia de escalones, y en que espacios?

*En el interior del domicilio...*

...Presencia/ausencia de una iluminación idónea?

...Presencia/ausencia de paso libre de obstáculos?

*En el baño...*

...Presencia/ausencia de asiento de ducha?

...Presencia/ausencia de barras de ducha, baño y/o retrete?

...Presencia/ausencia de superficie antideslizante?

### TRANSPORTE

¿Cómo se desplaza habitualmente fuera del domicilio?

(Transporte público, privado, transporte adaptado, vehículo familiar)

## HISTORIA DE VIDA

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

|  |  |
|--|--|
| <b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>                                    |  |
| <b>LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO</b>                           |  |
| <b>NOMBRE PADRES</b>   |  |
| <b>NOMBREE HERMANOS (de mayor a menor)</b>                   |  |
| <b>NOMBRE CÓNYUGE</b>  |  |
| <b>LUGAR Y FECHA DE MATRIMONIO</b>                           |  |
| <b>NOMBRE HIJOS (de mayor a menor) Y FECHA DE NACIMIENTO</b> |  |
| <b>NOMBRE YERNOS Y/O NUERAS</b>                              |  |
| <b>NOMBRE Y EDADES DE NIETOS</b>                             |  |
| <b>BISNIETOS</b>   |  |
| <b>OTRA FAMILIA RELEVANTE EN SU VIDA</b>                     |  |
| <b>CUIDADOR/A HABITUAL</b>                                   |  |
| <b>NÚCLEO FAMILIAR ACTUAL Y DIRECCIÓN</b>                    |  |
| <b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>                                     |  |
| <b>PROFESIÓN/ES</b>  |  |
| <b>OTROS DATOS DE INTERÉS</b>                                |  |

## VALORACIÓN GLOBAL

| Aspectos a valorar               | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| ABVD                             |   |   |   |   |   |
| Movilidad Funcional              |   |   |   |   |   |
| Descanso                         |   |   |   |   |   |
| AIVD                             |   |   |   |   |   |
| Ocio                             |   |   |   |   |   |
| Participación Social             |   |   |   |   |   |
| Participación en la Intervención |   |   |   |   |   |
| OBSERVACIONES:                   |   |   |   |   |   |

### ABVD:

5. El usuario es totalmente autónomo para la realización de las ABVD.
4. El usuario precisa supervisión, guía verbal o facilitación de objetos cotidianos precisos.
3. Precisa apoyo físico para la realización parcial de las ABVD.
2. El usuario precisa gran asistencia realizando mínimas tareas básicas
1. Dependiente total para la realización de las ABVD.

### MOVILIDAD FUNCIONAL:

5. El usuario se desplaza sin ninguna dificultad.
4. Puede levantarse sólo y camina, pero con dificultad o riesgo de caída.
3. El usuario precisa apoyo para andar y en las transferencias
2. Precisa gran asistencia para la movilidad.
1. No puede caminar y es totalmente dependiente en las transferencias, precisa silla de ruedas.

### DESCANSO:

5. El usuario no refleja alteración en el sueño-vigilia.
4. Despierta de noche y no concilia el sueño. Duerme de día períodos cortos. No afecta en demasía a la vida diaria.
3. Inadecuado equilibrio sueño-vigilia. Duerme grandes períodos de día. Somnolencia.
2. Estado de somnolencia casi permanente de día y noche
1. Alteración total sueño-vigilia.

### AIVD:

5. El usuario es totalmente autónomo para la realización de las AIVD.
4. El usuario precisa supervisión, guía verbal o facilitación de objetos cotidianos precisos.
3. El usuario es dependiente en la mayor parte de las AIVD. Colaborando en actividades domésticas sencillas.

2. El usuario precisa de gran asistencia para participar en actividades muy sencillas y en pequeñas tareas domésticas.
1. No tiene las capacidades para la participación en las AIVD.

#### **OCIO:**

5. Realiza actividades de ocio con iniciativa y sin presentar dificultades.
4. Realiza actividades de ocio con mínima guía y apoyo.
3. Puede realizar actividades de ocio limitadas y con moderada ayuda.
2. Las actividades de ocio que puede desempeñar son mínimas y con supervisión constante.
1. No puede desempeñar actividades de ocio vinculadas a sus intereses y gustos.

#### **PARTICIPACIÓN SOCIAL:**

5. Sin problemas aparentes ante las relaciones sociales.
4. Presenta mínimas dificultades en las destrezas de interacción y comunicación.
3. Con frecuencia presenta limitaciones en las interacciones sociales interfiriendo relacionarse satisfactoriamente con los demás.
2. Se integra ocasionalmente. Destrezas de interacción muy limitadas.
1. No se integra socialmente.

#### **PARTICIPACIÓN EN LA INTERVENCIÓN:**

5. Siempre participativo.
4. Casi siempre participativo, salvo motivos justificados (gripe, mala noche, inquietud...)
3. El usuario precisa apoyo y motivación para conseguir la respuesta idónea.
2. Sólo participa ocasionalmente y bajo mucha insistencia.
1. No responde.



## ANEXO 2

### REGISTRO DE TERAPIA OCUPACIONAL

#### USUARIO/A:

Nombre de la entidad:

Terapeuta Ocupacional:

#### EVALUACIÓN OCUPACIONAL INICIAL

Fecha:

Datos Clínicos:

- *Fecha nacimiento:*
- *Fecha ingreso:*
- *Diagnóstico Principal:*
- *Otras patologías:*

Entornos

Áreas de Ocupación:

- *AVD*
- *AIVD*
- *Sueño y descanso*
- *Juego*
- *Ocio*
- *Participación social*

Screening

Otros datos de interés

Diagnóstico Ocupacional

Nivel de Intervención

Objetivos y técnicas:

| OBJETIVOS | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | ACTIVIDADES | RECURSOS |
|-----------|-------------------------|-------------|----------|
|           |                         |             |          |
|           |                         |             |          |
|           |                         |             |          |
|           |                         |             |          |
|           |                         |             |          |

### **EVALUACIÓN OCUPACIONAL CONTINUA**

**Ciclo:**

**Seguimientos:**

- Fecha:

- Observaciones:

**Evaluación Anual:**

- Fecha:

- Screening:

- Observaciones:

- Revisión del Plan de Intervención:

| OBJETIVOS | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | ACTIVIDADES | RECURSOS |
|-----------|-------------------------|-------------|----------|
|           |                         |             |          |
|           |                         |             |          |
|           |                         |             |          |

### **EVALUACIÓN OCUPACIONAL FINAL**

## ANEXO 3

### PAUTAS DE ACTUACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA

#### ALIMENTACIÓN

##### FASE LEVE

- Entorno cómodo y acogedor.
- Crear rutinas (mantener el horario y el lugar de las comidas, por ejemplo).
- Vigilar el tipo de alimento y la cantidad de líquido que toma.
- Fomentar la toma de decisiones en cuanto a la comida (que decida que quiere comer, por ejemplo) y las actividades relacionadas con esta área (cómo hacer la compra o poner la mesa, incluso participar en la elaboración de la comida).
- Seguir saliendo a comer fuera, si así lo hacía.

##### FASE MODERADA

- Simplificar el acto de la comida (dar la carne troceada, limpiarle el pescado, etc.)
- Sólo poner en la mesa lo que se va a utilizar en cada momento para evitar confusiones.
- Ambiente tranquilo; evitar distracciones (como la televisión o la radio).
- Emplear platos de color que contrasten con el mantel (por se tienen problemas de percepción).
- Nunca debemos de entrar en conflicto con la persona enferma. Si no quiere comer intentaremos abrir el apetito con zumos y cosas dulces, o haciendo ejercicio.
- Comer en familia durante lo mayor tiempo posible (favorecerá a la comunicación y a las relaciones sociales).
- Productos de apoyo: vasos con asas, platos con desborde y manteles antideslizantes, cubiertos engrosados, etc.

##### FASE GRAVE

- Permitir que coja alimentos con las manos.
- No mezclar alimentos sólidos y líquidos (se puede atragantar).
- Comprobar que la temperatura del alimento es acomodada (puede que ya no diferencie entre frío y caliente).
- Trocear los alimentos y suprimir las comidas duras. Cuando sea preciso, se pasará a gelatinas y comida triturada.
- Iremos introduciendo cambios en el entorno, en función de las necesidades: Vajilla de plástico, cubiertos pesados y engrosados, etc.

## VESTIDO

### FASE LEVE

- Introducir rutinas: siempre a la misma hora, en el mismo lugar de la casa, etc.
- Respetar siempre la privacidad del usuario.
- Animarle la que se vista de una manera determinada para ir la algún lugar (darle sentido a la actividad) y permitirle que escoja la ropa que quiere poner.
- Ir facilitando la tarea cuando sea preciso (dejar la ropa que tiene que poner preparada, por ejemplo).
- Ir animando a la persona para que vaya utilizando ropa más amplia y cómoda. Es muy importante el uso de calzado cómodo, antideslizante y que se ajuste bien al pie.
- Evitar todo lo que pueda producir molestias (cortar las etiquetas de la ropa, por ejemplo).

### FASE MODERADA

- Facilitar el entorno: colocar carteles identificativos en cajones y armarios.
- Utilizar ropa fácil de poner, amplia.
- Ir facilitando la tarea: si no puede vestirse de pie, que lo haga sentado; colocaremos la ropa cerca y en el orden que queremos que la ponga; si es preciso le ayudaremos a realizar el vestido.
- Podemos hacer una guía con los pasos a seguir.
- Es recomendable que las prendas tengan abertura por delante, para facilitar la tarea del vestido, así como velcros y gomas en lugar de botones. Podemos colocar sortijas o borlas en las cremalleras para facilitar la subida y bajada de las mismas, así como prescindir de los cinturones, ya que resultan complicados de poner.
- Productos de apoyo: abrochabotones, calzadores de mango ancho, etc.

### FASE GRAVE

- La persona permanecerá sentada durante la actividad del vestido (que ya venimos introduciendo desde fases anteriores).
- Debemos explicarle a la persona en todo momento lo que vamos a hacer.
- Siempre le hablaremos en tono suave y mantendremos la calma.
- Es recomendable que las prendas de ropa sigan siendo amplias y cómodas, pero en este caso es mejor que tengan la abertura hacia atrás, así evitaremos que manipulen la ropa y se desnuden.

## HIGIENE PERSONAL / ASEO

### FASE LEVE

- Permitir que la persona se responsabilice de su aseo siempre que pueda.
- Introducir rutinas (asearse después de desayunar, lavar los dientes después de las comidas, lavar las manos después de ir al retrete, etc.).
- Debemos estar pendientes de cortar el pelo y de hacer visitas al dentista.
- Ir modificando el entorno: tener sólo a mano las cosas que necesita, el baño debe tener buena iluminación, etc.
- Debemos animar a la persona a que se acicale, se perfume, se maquille, etc.
- Adaptar los utensilios del aseo si es preciso.

### FASE MODERADA

- Comenzaremos a asearnos delante de la persona, para que haga lo mismo por imitación.
- Reducir al mínimo los útiles de aseo.
- Utilizar maquinilla eléctrica para el afeitado (con las cuchillas hay más riesgo de corte).
- Utilizar cepillos de dientes suaves.
- Lavar la prótesis dental por lo menos una vez al día con un cepillo de fibras duras y después dejarla en un vaso con agua.
- Productos de apoyo: peine y cepillo con mango alargado, lavabos voladizos si usa silla de ruedas, etc.

### FASE GRAVE

- En este caso debemos ponernos rutinas a nosotros mismos para no descuidar la higiene de la persona.
- No olvidar nunca los gustos y preferencias de la persona.
- Mantener una correcta higiene bucal (a veces no es posible emplear el cepillo de dientes, por lo que utilizaremos una gasa impregnada en solución antiséptica).
- Intentar hacer la actividad al igual que la persona lo hacía anteriormente.
- Mantener una correcta hidratación de la piel.

## DUCHA

### FASE LEVE

- Debemos tener en cuenta desde el diagnóstico las posibles adaptaciones del baño, para ir anticipándonos al avance de la enfermedad (sumidero o plato de ducha en lugar de bañera, colocar barras de apoyo, etc.).
- Iremos observando y supervisando desde los primeros momentos, ya que es una tarea compleja.
- Introducir rutinas, respetando las anteriores.
- A veces es necesario lavar la cabeza aparte, ya que no les gusta la sensación del agua por encima de la cabeza e incluso tienen miedo (lo haremos al final).
- Debemos de adaptar el entorno para dar seguridad y para tener un ambiente más agradable.
- No debemos olvidar la importancia del secado de la piel, sobre todo en las zonas interdigitales y de doblas cutáneas, así como el cuidado de los pies.

### FASE MODERADA

- Iremos indicando los pasos a seguir; utilizaremos frases cortas y sencillas. También podemos realizar nosotros la actividad, para que la hagan por imitación.
- Es muy importante dar tiempo, no tener prisa.
- Siempre debemos mantener la privacidad de la persona.
- Informar de que es la hora del baño o ducha sin entrar en discusiones. Si no quiere, lo dejaremos para otro momento. Podemos asociar la ducha a otra actividad, como salir a pasear. Debe ser una actividad placentera.
- Debemos asegurarnos que está bien limpio y, sobre todo, bien seco, para evitar lesiones en la piel.
- Productos de apoyo: barras, sillas de baño, alfombras antideslizantes, etc.

### FASE GRAVE

- En esta fase, seremos nosotros los encargados de duchar a la persona.
- Hay que tener presente en todo momento la intimidad y la seguridad de la persona.
- Es importante tener conocimientos sobre manejo y transferencias de la persona, ya que en esta fase son característicos los problemas de movilidad.
- Intentar que el momento del baño sea el más agradable posible.
- Controlar la temperatura del agua.
- Evitar que coja frío.
- Si les asusta el hecho de lavar la cabeza, separaremos esta actividad del resto del baño.

## CONTROL DE ESFÍNTERES / USO DEL WC

### FASE LEVE

- Observación: buscaremos signos de que algo no va bien (ropa mal colocada, retrete sucio, etc.).

### FASE MODERADA

- Una vez que comienzan los primeros fallos, es importante modificar la ropa (que sea amplia, con gomas, etc.) para facilitar así la actividad.
- Introducir rutinas (como por ejemplo ir al retrete después de las comidas y antes y después de salir a pasear).
- Controlar la ingesta de líquidos antes de acostarse.
- Modificación del entorno y productos de apoyo: barras de soporte, elevador de retrete, silla de retrete con ruedas, etc.

### FASE GRAVE

- Siempre que se pueda, sentar a la persona en el retrete.
- Dar tiempo.
- Dar información de lo que se va a hacer en cada momento (aunque el lenguaje ya no sea efectivo).
- Si utiliza absorbente, realizar cambios frecuentes, no dejar las zonas genitales húmedas mucho tiempo (mantener a la persona seca y limpia).

### CONSEJOS GENERALES

- Podemos decir que la marcha es una AVD básica que es una herramienta indispensable para la realización de las AVD instrumentales.
- Es recomendable que la persona salga acompañada a la calle desde las primeras fases, ya que hay riesgo de desorientación y de perderse. Es muy útil que lleve una placa identificativa y también un localizador GPS (sobre todo en los casos en que salen solos).
- Es importante hacer que esta actividad sea grata y significativa para la persona (salir a dar un paseo para ir a hacer la compra o para visitar a algún amigo o familiar o tomar un café con ellos, por ejemplo).
- Hay que planificar los descansos, ya que se cansan con facilidad (tener en cuenta si hay algún banco para sentarse en el recorrido que vamos a hacer o algún bar para tomar algo, por ejemplo).
- Utilizar calzado cómodo, cerrado, que se ajuste bien al pie y con suela antideslizante.
- Dar seguridad y confianza a la persona cuando le ayudemos a caminar.
- Aspectos a tener en cuenta dentro del hogar: buena iluminación, evitar alfombras y exceso de mobiliario, colocar las cosas a la altura de la persona (para evitar que se suban a un banco o silla para alcanzarlas, por ejemplo).
- Productos de apoyo: bastones, andadores y sillas de ruedas.



## ANEXO 4

### PRODUCTOS DE APOYO MÁS EMPLEADOS EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

A continuación se muestran los productos de apoyo más utilizados en la Terapia Ocupacional en lo referente a la intervención en personas con enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias, así como por sus familias y cuidadores para facilitar su independencia y cuidado.

#### Productos de apoyo para alimentación

Figura 1. Plastazote para colocar diferentes cubiertos y objetos y facilitar su manipulación<sub>1</sub>.



Figura 2. Cubiertos manoy<sub>1</sub>.



Figura 3. Cuchillo Nelson<sub>1</sub>.



Figura 4. Cuchillo mecedora<sub>1</sub>.



Figura 5. Cubiertos flexibles<sub>1</sub>.



Figura 6. Cuchillo Rocker<sub>1</sub>.



Figura 7. Cuchillo réflex rebanador<sub>1</sub>.



Figura 8. Vaso Nosey idóneo para aquellas personas con artritis o movilidad reducida de cabeza, cuello o extremidades superiores<sub>1</sub>.



Figura 9. Vaso Novo cup. Recomendado para usuarios encamados que quieren beber sin ayuda de otros. Se tiene un control total del flujo aún estando estirado y no hace falta almohadas extras o ayuda de otras personas<sub>1</sub>.



Figura 10. Vaso de policarbonato con asas<sub>1</sub>.



Figura 11. Vaso con tetina regulable. Facilita la deglución y evita atragantamientos<sub>1</sub>.



Figura 12. Plato manoy. Plato con fondo en pendiente, ideales para personas que solamente pueden utilizar una mano<sub>1</sub>.



Figura 13. Plato homecraft. Plato con fondo en pendiente, ideal para personas que solamente pueden utilizar una mano<sub>1</sub>.



Figura 14. Reborde para platos. Se fija rápidamente a cualquier plato estándar para ayudar a comer con una mano y evitar que se derrame alimento<sub>1</sub>.





Figura 15. Mantel de material antideslizante apropiado para facilitar la alimentación independiente en personas con un miembro superior afectado<sub>1</sub>.



Figura 16. Abretarros Dycem. Dycem antideslizante moldeado con forma cónica, que permite un buen brazo de palanca para la apertura de tarros. <sub>1</sub>



Figura 17. Abrebotellas Dycem. Facilita la apertura de botellas realizando menos esfuerzo<sub>1</sub>.



Figura 18. Soporte para tetra-brick<sub>1</sub>.



## Productos de apoyo para el vestido

Figura 19. Ayuda para colocarse las medias o calcetines y evitar agacharse<sub>1</sub>.



Figura 20. Pon medias y calzador en uno Brevetti. Por un extremo es un calzador de medias y calcetines y por el otro un calzador largo<sub>1</sub>.



Figura 21. Calzador de calcetines Terry. Esta ayuda para poner calcetines es flexible y rodea fácilmente el talón<sub>1</sub>.



Figura 22. Calzador largo. Para facilitar colocar el calzado sin esfuerzo y de una forma mucho más cómoda<sub>1</sub>.



Figura 23. Abrocha botones y sube cremalleras. Ayuda que permite abrocharse botones con una mano y con un gancho que también ayuda a subir cremalleras<sub>1</sub>.





Figura 24. Mango para el vestido. Barra de madera que sirve de ayuda para poner y quitar la ropa<sub>1</sub>.



## Productos de apoyo para el baño

Figura 25. Silla Clean para realizar el aseo<sub>1</sub>.



Figura 26. Silla en U para emplear en el aseo y en el wc<sub>1</sub>.



Figura 27. Silla abatible muy útil para evitar posibles caídas y facilitar el aseo<sub>1</sub>.



Figura 28. Asidero 90° para ducha para evitar caídas y dar seguridad durante el aseo<sub>1</sub>.



Figura 29. Esponja con mango para limpiar la espalda y miembro inferior con más facilidad<sub>1</sub>.



Figura 30. Esponja con mango largo que se puede doblar simplemente con las manos, sin necesidad de calentar el mango, para darle el ángulo deseado y poder alcanzar partes distantes del cuerpo, tales como la espalda<sub>1</sub>.

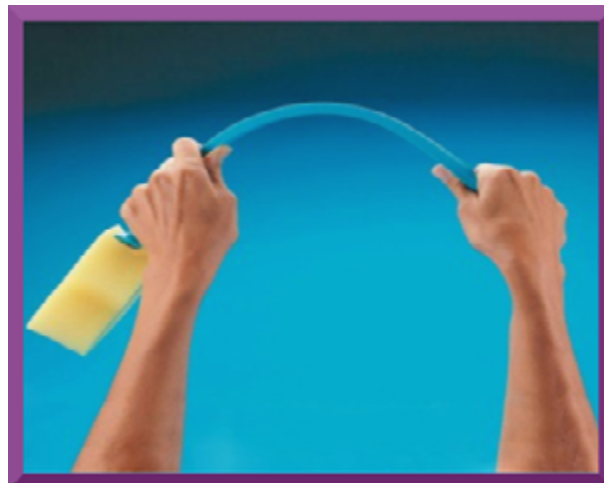


Figura 31. Toalla corta flexible para asearse la espalda<sub>1</sub>.



Figura 32. Cepillo con mango. Facilita el cepillado en personas con problemas de movilidad en brazos y hombros<sub>1</sub>.



Figura 33. Mango ergonómico para facilitar el uso y manipulación de utensilios como limas de uñas, cepillo de dientes, etc<sub>1</sub>.



### Productos de apoyo para el WC

Figura 34. Asidero para dar seguridad para levantarse y sentarse en el WC<sub>1</sub>.



Figura 35. Asiento elevador para facilitar la sedestación y tener que flexionar menos las rodillas<sub>1</sub>.



## Otros productos de apoyo

Figura 36. Pastillero con partidor y triturador<sub>1</sub>.



Figura 37. Pastillero para administración semanal de la medicación<sub>1</sub>.



Figura 38. Teléfono con teclas ampliadas<sub>1</sub>.



## Productos de apoyo para la movilidad

Figura 39. Bastón inglés<sub>1</sub>.



Figura 40. Bastón<sub>1</sub>.



Figura 41. Andador con ruedas<sub>1</sub>.



Figura 42. Andador con 4 patas<sub>1</sub>.



Figura 43. Tabla de transferencia Glyder<sub>1</sub>.



Figura 44. Silla de ruedas pasiva<sub>1</sub>.





Figura 45. Silla de ruedas activa<sub>1</sub>.





# BIBLIOGRAFÍA



## Capítulo 1

### Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias

1. FAGAL. *Guía para cuidadores de enfermos de Alzheimer*. Betanzos. Lugami Artes Gráficas. 2007
2. Alzfae.org [Internet]. Madrid: Alzfae; 1999 [2012; citado 26 maio 2015]. Disponible en: <http://www.alzfae.org>
3. Guiasalud.es [Internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2012 [Febrero 2015; citado 26 maio 2015]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es>
4. CEAFA. *Atender a una persona con Alzheimer*. Pamplona. ONA Industria Gráfica. 2008.
5. NINDS [Internet]. Maryland: NINDS; Marzo 2006 [ actualizado 22 dic. 2010; citado el 27 mayo 2015]. *Demencias: Esperanza en la investigación*. Disponible en: <http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/demencias.htm>
6. Slachevsky, Andrea et col. *Alzheimer y otras demencias*. Primera edición. Tafall, Nafarroa: Txalaparta; 2009.
7. B. Reisberg e col.: *The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia*, American Journal of Psychiatry, 1982; 139 (9): 1136-9.
8. Grupo de trabajo de la Guía Práctica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Guía de Práctica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS. Núm. 2009/07
9. Llanos Gómez A. et col. Demencias. En: Gil Gregorio, p. y Martín Sánchez, J,. *Manual del residente en Geriatría*. Madrid: ENE life publicidad, 2011. P. 49-63.

## Capítulo 2

### Terapia Ocupacional

1. Moruno Miralles P, Romero Ayudo D. Definición de la terapia ocupacional. En: Romero Ayuno D, Moruno Miralles P, editores. *Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas*. Madrid: Ed. Masson; 2003. Cap 3.
2. Ávila Álvarez, A, Zañarte Valenzuela AL, Sánchez Cabeza, A, De Pobes Cots A, et als. Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. *Libro Branco da Diplomatura de Terapia Ocupacional*. Zaragoza, mayo de 2004
3. Ávila Álvarez A, Martínez Piedrola 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](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en internet]. 2010 [20-07-15]; [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.).

4. Moruno Miralles P.; Moreno Ayuso D.M. *Terapia Ocupacional en Saúde Mental: a ocupación como entidade, axente e medio de tratamento*. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG [www.revista-tog.org](http://www.revista-tog.org) Número 1. Diciembre 2004

### Capítulo 3

#### Terapia Ocupacional e Alzheimer e Outras Demencias

1. Foster ER. *Themes from the special issue on neurodegenerative diseases: what have we learned, and where can we go from here?* Am J Occup Ther. febrero de 2014;68(1):6-8.
2. Robert A, Gélinas I, Mazer B. *Occupational therapists use of cognitive interventions for clients with Alzheimer's disease*. Occup Ther Int. marzo de 2010;17(1):10-9.
3. Toth-Cohen S. *Using cultural-historical activity theory to study clinical reasoning in context*. Scand J Occup Ther. junio de 2008;15(2):82-94.
4. Ohman A, Nygård L, Kottorp A. *Occupational performance and awareness of disability in mild cognitive impairment or dementia*. Scand J Occup Ther. junio de 2011;18(2):133-42.
5. Rao AK, Chou A, Bursley B, Smulofsky J, Jezequel J. *Systematic review of the effects of exercise on activities of daily living in people with Alzheimer's disease*. Am J Occup Ther. febrero de 2014;68(1):50-6.
6. Callahan CM, Boustani MA, Schmid AA, Austrom MG, Miller DK, Gao S, et al. *Alzheimer's disease multiple intervention trial (ADMIT): study protocol for a randomized controlled clinical trial*. Trials. 2012;13:92.
7. Brorsson A, Ohman A, Cutchin M, Nygård L. *Managing critical incidents in grocery shopping by community-living people with Alzheimer's disease*. Scand J Occup Ther. julio de 2013;20(4):292-301.
8. Padilla R. *Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias*. Am J Occup Ther. octubre de 2011;65(5):523-31.
9. Baldelli MV, Pradelli JM, Zucchi P, Martini B, Orsi F, Fabbo A. *Occupational therapy and dementia: the experience of an Alzheimer special care unit*. Arch Gerontol Geriatr. 2007;44 Suppl 1:49-54.
10. Orsulic-Jeras S, Judge KS, Camp CJ. *Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia: effects on engagement and affect*. Gerontologist. febrero de 2000;40(1):107-11.
11. Thinnes A, Padilla R. *Effect of educational and supportive strategies on the ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that role*. Am J Occup Ther. octubre de 2011;65(5):541-9.
12. Donovan ML, Corcoran MA. *Description of dementia caregiver uplifts and implications for occupational therapy*. Am J Occup Ther. agosto de 2010;64(4):590-5.
13. Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Winter L. *Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. marzo de 2005;60(3):368-74.

14. Farina E, Mantovani F, Fioravanti R, Rotella G, Villanelli F, Imbornone E, et al. *Efficacy of recreational and occupational activities associated to psychologic support in mild to moderate Alzheimer disease: a multicenter controlled study*. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. diciembre de 2006;20(4):275-82.
15. Dooley NR, Hinojosa J. *Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention*. *Am J Occup Ther*. octubre de 2004;58(5):561-9.
16. Delphin-Combe F, Rouch I, Martin-Gaujard G, Relland S, Krolak-Salmon P. *[Effect of a non-pharmacological intervention, Voix d'Or(®), on behavior disturbances in Alzheimer disease and associated disorders]*. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. septiembre de 2013;11(3):323-30.
17. McLaren AN, Lamantia MA, Callahan CM. *Systematic review of non-pharmacologic interventions to delay functional decline in community-dwelling patients with dementia*. *Aging Ment Health*. 2013;17(6):655-66.
18. Pickel S, Grässel E, Luttenberger K. *[Efficacy of an occupational group therapy in degenerative dementias: a controlled study in the nursing home setting]*. *Psychiatr Prax*. noviembre de 2011;38(8):389-96.
19. Kiernan K, Stoudemire A. *Occupational therapy program development for medical-psychiatry units: a cognitive model*. *Gen Hosp Psychiatry*. marzo de 1989;11(2):109-18.
20. Letts L, Minezes J, Edwards M, Berenyi J, Moros K, O'Neill C, et al. *Effectiveness of interventions designed to modify and maintain perceptual abilities in people with Alzheimer's disease and related dementias*. *Am J Occup Ther*. octubre de 2011;65(5):505-13.
21. Jensen LE, Padilla R. *Effectiveness of interventions to prevent falls in people with Alzheimer's disease and related dementias*. *Am J Occup Ther*. octubre de 2011;65(5):532-40.
22. Maki N, Ikeda M, Hokoishi K, Nomura M, Torikawa S, Fujimoto N, et al. *Interrater reliability of the short-memory questionnaire in a variety of health professional representatives*. *Int J Geriatr Psychiatry*. abril de 2000;15(4):373-5.

## Introducción

### El Proceso de la Terapia Ocupacional

1. Ávila Álvarez A, Martínez Piedrola 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](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en internet] 2010 [6/07/15]; [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).

## Capítulo 4

### Evaluación Ocupacional

1. Moruno Miralles P. Evaluación ocupacional. En: Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. *Terapia Ocupacional: teoría y técnicas*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003. P. 203 – 224.

2. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. *Terapia Ocupacional en salud mental*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2012. P. 89 – 111.
3. Ávila Álvarez A, Martínez Piedrola 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](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en internet] 2010 [6/07/15]; [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).

## Capítulo 5

### Metodología de la Intervención de la T.O. en Alzheimer y Otras Demencias

1. 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](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en internet]. 2010. [9 jun 2015]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> raducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework.domain and process (2nd ed)
2. Moyers PA. *The Guide to Occupational Therapy Practice*. American Journal of Occupational Therapy. 1 de mayo de 1999;53(3):247-322.
3. Significado de Objetivo [Internet]. Significados. [citado 13 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.significados.com/objetivo/>
4. CRE Alzheimer [Internet]. Salamanca: Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias; 2007 [actualizado 1 Jul 2015; citado 5 dic 2015]. Disponible en: [http://www.crealzheimer.es/crealzheimer\\_01/terapias\\_no\\_farmacologicas/tor/index.htm](http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/tor/index.htm)
5. CRE Alzheimer [Internet]. Salamanca: Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias; 2007 [actualizado 1 Jul 2015; citado 5 dic 2015]. Disponible en: [http://www.crealzheimer.es/crealzheimer\\_01/terapias\\_no\\_farmacologicas/reminiscencia/index.htm](http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/reminiscencia/index.htm)
6. Lubrini G, Periañez JA, Rios-Lago M. *Introducción a la estimulación cognitiva y la rehabilitación neuropsicológica*. Muñoz Marron E, Blazquez Alisente JL, Galpasoro Izaguirre N, et al. Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. 1ª ed. Barcelona: Editorial UOC; 2009. P. 13-32.
7. Corregidor Sánchez AI, Gómez Calero C. *Área de actividades de la vida diaria*. En: *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010. p. 27-38.
8. Berrueta Maeztu LM, Ojer Ibiricu MJ, Trébol Urra A. *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología*. TOG [revista en Internet]. 2009 [acceso 30 de julio de 2015]; 6(4). p. 215-258. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf>
9. Redondo Garcés A. *Terapia ocupacional en Alzheimer y otras demencias. Nuevos puntos de vista para un cuidador*. Madrid: AFAL; 2005.
10. Urbio MA. *El diseño de mobiliario como respuesta a la edad de los usuarios*. Actas de diseño. 2007; 2(2): 238-241.



11. Lázaro del Nogal, M. *Caídas en el paciente con diagnóstico de demencia. Alzheimer: realidades e investigación en demencia*. 2003; (27). p. 2-4.
12. Moreno González A. Área de ocio y tiempo libre de las personas mayores. En: Corregidos Sánchez AI. *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Bases Conceptuales y aplicaciones prácticas*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010. p. 59-65.
13. CRE Alzheimer: Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [Internet]. Salamanca: CRE Alzheimer; 2009 [actualizado 15 oct 2014; citado 18 jun 2015]. Disponible en: [http://www.crealzheimer.es/crealzheimer\\_01/terapias\\_no\\_farmacologicas/laborterapia/index.htm](http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/laborterapia/index.htm)
14. García Baladés E. Sumario de términos y técnicas. En: Polonio B, Durante P, Noya B. *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 269-278.
15. AHTA: American Horticultural Therapy Association [Internet]. King of Prussia: AHTA; 2015 [citado 23 jun 2015]. Disponible en: <http://www.ahata.org>
16. Comisión de trabajo de FEVEFA: Federació Valenciana D'associacions de familiars de persones amb Alzheimer. *Talleres Novedosos*. Valencia: Obrapropia; 2013.
17. Barbero Verdoy F. *Revisión y actualización de la Terapia Asistida con Animales: aplicaciones y beneficios en poblaciones específicas* [Master en Psicología clínica y de la Salud]. Barcelona: ISEP; 2011.
18. Muñoz Lasa S, et al. *Intervenciones asistidas por animales en neurorehabilitación: una revisión de la literatura más reciente*. Neurología. 2013. doi: 10.1016/j.nrl.2013.01.012.
19. Martínez R. *La terapia asistida con animales: Una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad*. Indivisa, Bol Estud Invest. 2008; 9: 117-144.
20. Gómez LF, Atehortúa CG, Orozco SC. *La influencia de las mascotas en la vida humana*. Rev Col Cienc Pec. 2007; 20: 377-386.
21. Pereira Piñeiro B. *Beneficios de las actividades asistidas con animales en demencias en fases moderadas-graves* [Grado de Terapia Ocupacional]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2014.
22. Culler N et al. *Aplicación de las nuevas tecnologías en los programas de intervención cognitiva para personas con deterioro*. Alzheimer. Real Invest Demenc [Internet]. 2008 [citado 20 jul 2015]; 38:14-20. Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com>
23. Ides: Innovación social & Tecnologías Asistenciales [Internet]. Valladolid: Ides; 1999 [citado 20 jul 2015]. Disponible en: <http://www.ides.es>
24. RehaCom [Internet] Germany: RehaCom; 2003 [citado 20 jul 2015]. Disponible en: <http://reha-com.us>
25. Smartbrain Pro [Internet]. Barcelona: Educamigos S.L; 2003 [citado 20 jul 2015]. Disponible en: <http://www.smartbrain.net>
26. CRE Alzheimer: Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [Internet]. Salamanca: CRE Alzheimer; 2009 [actualizado 15 oct 2014; citado 21 jul 2015]. Disponible en: [http://www.crealzheimer.es/crealzheimer\\_01/terapias\\_no\\_farmacologicas/wii\\_terapia/index.htm](http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/wii_terapia/index.htm)

27. World Federation of Music Therapy [Internet] USA: WFMT; 2008 [citado 23 jul 2015]. Disponible en: <http://www.musictherapyworld.net>
28. Pérez Elizalde I. *Música Terapia Ocupacional ¿Qué es lo que nos une?* TOG (A Coruña) [Internet]. 2004 [citado 24 Jul 2015]; 1 (1): 4. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num1/num1art4.htm>
29. Know Alzheimer [Internet] Proyecto Know Alzheimer; 2014 [citado 24 jul 2015]. Disponible en: <http://www.knowalzheimer.com/musicoterapia-en-alzheimer>
30. Mercadal Brotons M, Martí Augé P. *Manual de Musicoterapia en Geriátría y Demencias*. Barcelona: Monsa-Prayma; 2008.
31. Millán Calenti JC. *Principio de Geriátría y Gerontología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
32. Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT). Disponible en: <http://www.ceapat.org/>.
33. Corregidor AI. Actividades de la vida diaria en geriatría. En: Moruno P, Romero DM (eds.) *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Editorial Masson; 2006.
34. Durante Molina P, Pedro Tarrés P. *Terapia Ocupacional en Geriátría. Principios y práctica*. 3ª edición. Madrid: El sevier- Masson; 2010.
35. Alcántara Porcuna V, Ruiz García M, Moruno Miralles P. *Terapia ocupacional en centros de mayores*. TOG (A Coruña)[Revista en internet]. 2010 [12/07/2015]; monog.3:92121. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/centrosmayores.pdf>.
36. García Margallo P, San Juan J M, Jorquera CS, Navas MI. *El análisis y la adaptación de la actividad en Terapia Ocupacional*. Madrid: Aytóna Editores; 2005.
37. Poveda Puente R y cols. *Cómo elegir tu silla de ruedas manual*. Valencia: Instituto Biomecánico de Valencia, 2001.
38. Poveda Puente R, Lafuente Jorge R, Sánchez Lacuesta J y cols. *Guía de selección y uso de sillas de ruedas*. Instituto Biomecánico de Valencia. Madrid: IMSERSO, 1998.
39. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. *Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores*. Rev Esp Geriatr Gerontol, 2008; 43: 271-83.

## Anexo 1

### Herramientas de evaluación de Terapia Ocupacional

1. Cheryl Boop. *Cuadro de evaluaciones: Lista Alfabética por título*. En: Willard & Spackman: Terapia Ocupacional. 11ªed. Madrid: Panamericana; 2011. p. 1089-1153.
2. Mahoney FI, Barthel DW. *Functional evaluation: the Barthel index*. Md StateMed J. 1965;14:61-65.
3. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. *Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel index*. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 145-54.

4. Álvarez M, De Alaiz T, Brun E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosío I, et al. *Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método*. Atención Primaria 1992; 10: 812-6.

5. Lawton MP, Brody EM. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist 1969; 9:179-86.

### Anexo 3

#### Pautas de actuación en las actividades de la vida diaria para la promoción de la autonomía

1. Redondo Garcés A. *Terapia Ocupacional en Alzheimer y otras demencias. Nuevos puntos de vista para un cuidador*. 1a ed. Madrid: AFAL. Obra Social Caja Madrid; 2005.

2. Méndez Baquero R, Molina Díaz E, Téna-Dávila Mata, MC, Yagüe Rodríguez, A. *Guía para familiares de enfermos de Alzheimer. "Querer cuidar, saber hacerlo"*. Madrid: Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía Ayuntamiento de Madrid; 2006.

3. Fernández de Trocóniz MI, Montorio Cerrato I, Díaz Veiga P. *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares*. Vol 2. 1a ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO);1997.

### Anexo 4

#### Productos de apoyo más empleados en las actividades de la vida diaria

1. Ayudasdinamicas.com [Internet]. Barcelona: ADAS GRUP; 2015 [actualizado 12 Dic 2015; citado 12 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.ayudasdinamicas.com/>.







El ***Manual de Terapia Ocupacional en alzhéimer y otras demencias*** de FAGAL pretende hacer una descripción y análisis del Proceso de la Terapia Ocupacional en el contexto de una Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer y otras Demencias. Este manual fue elaborado por el Grupo de Trabajo de Terapeutas Ocupacionales de FAGAL, creado en el año 2015 y formado por profesionales de las AFAs gallegas.

El objetivo de este manual es que sea referencia para Terapeutas Ocupacionales que intervienen en el abordaje de las demencias, y está dirigido también a profesionales del sector socio-sanitario interesados en las competencias del Terapeuta Ocupacional en el abordaje del alzhéimer y otras demencias.



**FAGAL**  
**FEDERACIÓN ALZHÉIMER GALICIA**