



**Universitat de Lleida**  
Facultat d'Infermeria

# **Propuesta de intervención: Psicoestimulación cognitiva en pacientes con demencia leve para mantener el estado cognitivo y mejorar la calidad de vida**

---

## **Trabajo final de Grado**

Por: Lorena Joven Simón  
14/05/2015

Grado de enfermería

Curso académico: 2014-2015

Trabajo presentado a: Dra. M<sup>a</sup> Pilar Jürschik

## Resumen

La psicoestimulación cognitiva es una herramienta terapéutica muy recomendable para mantener el estado cognitivo y mejorar la calidad de vida y la autonomía de los pacientes con demencia, sobre todo en pacientes que están en las primeras fases de la enfermedad.

En este trabajo se propone una intervención enfermera sobre psicoestimulación cognitiva dirigida a personas mayores de 65 años con deterioro cognitivo leve-moderado. La población elegida forma parte de los usuarios de un centro de día de la provincia de Lleida. La intervención se realizará durante 12 semanas y se harán distintas actividades; orientación temporo- espacial y personal y la estimulación de la memoria, el lenguaje, el cálculo, las praxias y las gnosias. Posteriormente se realizará la evaluación de la intervención, para lo que es necesario realizar una exhaustiva recogida de datos.

En conclusión, es necesario realizar una intervención que sirva para unificar las terapias no farmacológicas que se utilizan en los centros de personas mayores.

**Palabras clave:** Deterioro cognitivo, demencia, terapias no farmacológicas, psicoestimulación cognitiva

## **Abstract**

The cognitive psicoestimulación is a therapeutic very advisable tool to support the cognitive condition and to improve the quality of life and the autonomy of the patients with dementia, especially in patients who are in the first phases of the disease.

In this work nurse proposes an intervention herself on psicoestimulación cognitive directed to 65-year-old major persons with cognitive slight - moderate deterioration. The chosen population forms a part of the users of a day center of Lleida's province. The intervention will be realized for 12 weeks and different activities will be done; orientation temporo - spatial and personal and the stimulation of the memory, the language, the calculation, the praxias and the gnosias. Later the evaluation of the intervention was realized, for what is necessary to realize an exhaustive withdrawal of information.

In conclusion, is necessary to realize an intervention that serves to unify the not pharmacological therapies that are in use in the centers of major persons.

**Key words:** cognitive deterioration, dementia, not pharmacological therapies, psicoestimulación cognitive

# Índice

1.	Introducción .....	1
2.	Marco teórico.....	3
2.1.	Definición .....	3
2.2.	Epidemiología.....	3
2.3.	Sintomatología .....	4
2.4.	Factores de riesgo .....	5
2.5.	Escalas de valoración.....	6
2.6.	Diagnóstico.....	7
2.7.	Tratamiento.....	9
2.7.1.	Tratamiento farmacológico.....	10
2.7.2.	Tratamiento no farmacológico.....	10
3.	Justificación .....	18
4.	Objetivos .....	19
4.1.	Objetivo general.....	19
4.2.	Objetivos específicos.....	19
5.	Metodología .....	20
5.1.	Diseño del estudio.....	20
5.2.	Población diana .....	20
5.2.1.	Criterios de inclusión.....	20
5.2.2.	Criterios de exclusión .....	20
5.3.	Metodología de la búsqueda .....	20
6.	Intervención .....	22
6.1.	Objetivos de la intervención .....	22
6.1.1.	Objetivo general de la intervención.....	22
6.1.2.	Objetivos específicos de la intervención.....	22
6.2.	Pasos previos.....	22
6.3.	Duración .....	23
6.4.	Lugar de la intervención.....	23
6.5.	Procedimiento.....	23
6.6.	Actividades .....	24
6.7.	Variables e instrumentos de medida .....	30
6.8.	Recogida de datos .....	30

6.9. Temporalización .....	31
7. Consideraciones éticas .....	32
8. Discusión .....	33
9. Conclusiones.....	35
10. Bibliografía .....	36
11. Anexos .....	39

## Índice de tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos CIE-10.....	8
Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM-IV.....	8
Tabla 3. Horario semanal de actividades.....	29

## Índice de anexos

Anexo 1: Escala Reisberg .....	40
Anexo 2: Escala MEC Lobo .....	41
Anexo 3. Escala de valoración de calidad de vida GENCAT .....	42
Anexo 4: Hoja de registro .....	46
Anexo 5. Ficha de Memoria .....	47
Anexo 6: Ficha de lenguaje .....	48
Anexo 7. Ficha de cálculo.....	49
Anexo 8: Ficha de Dibujo .....	50
Anexo 9. Ficha de Análisis.....	51
Anexo 10. Consentimiento informado.....	52

## 1. Introducción

Una de las características más destacables de la demografía actual es el envejecimiento de la población, que supone un incremento notable de enfermedades ligadas a la edad, como es el caso de las demencias (Rodríguez y Sánchez, 2004). En concreto, la enfermedad de Alzheimer (EA), es uno de los procesos más incapacitantes para las personas que lo padecen, ya que conlleva un deterioro cognitivo y una pérdida progresiva de habilidades, llegando a producir una reducción de las actividades placenteras y/o cotidianas, traduciéndose en una disminución de la calidad de vida (CV) (Almkvist y Winblad, 1999; Brod, Steward, Sands y Walton, 1999; Lawton, 1994; Lopera, 1997; Rabins y Black, 2007; Wierenga y Bond, 2007 (1).

En marzo de 2014, la organización Alzheimer Disease Internacional (ADI) puso de manifiesto que en los próximos 40 años podrían triplicarse los casos de demencia a nivel mundial. Actualmente, las enfermedades neurodegenerativas son predominantes en países desarrollados, pero los expertos apuntan un considerable incremento en las próximas décadas en países en vías de desarrollo. Antonio L. Andreu, director del instituto de salud Carlos III (ISCIII) afirmó a comienzos de año 2015 “estamos ante uno de los problemas de salud pública más importantes y globales a los que se enfrenta nuestra sociedad (2,3).

A nivel estatal, el abordaje de la demencia ha sido una preocupación constante para el Gobierno, quien, a lo largo de los últimos años ha puesto en marcha distintas iniciativas para avanzar en la lucha contra la demencia, diseñadas para fomentar el envejecimiento saludable. Desde el ISCIII se han impulsado diferentes acciones incluyendo la financiación de 537 proyectos de investigación en el área de las enfermedades neurológicas y mentales con un importe superior a los 52,5 millones de euros en los últimos 5 años. Por su parte, el Centro de Investigación en Red de Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED), en los últimos tres años ha recibido una financiación de 13,9 millones de euros y su participación en el Proyecto Alzheimer de la Fundación Reina Sofía. Además, el ISCIII colabora estrechamente con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el fomento de la investigación

de los mecanismos de la enfermedad, de posibles dianas terapéuticas para su tratamiento y de nuevos métodos diagnósticos, y en el impulso de estudios que permitan la identificación de los medios adecuados para el cuidado de las personas con demencia (2,3).

Durante los últimos 10 años también se han realizado numerosos estudios sobre la eficacia de los fármacos utilizados para detener el deterioro cognitivo de los pacientes con demencia. El Instituto Catalán de Farmacología realizó en 2008 una revisión de la bibliografía para comparar la eficacia del tratamiento típico con inhibidores de la acetilcolinesterasa frente a los nuevos tratamientos con Memantina. En el caso del tratamiento típico sí que existe una leve mejoría en el estado cognitivo de los pacientes, pero no se conocen sus efectos a largo plazo ni el tiempo óptimo para tomar el tratamiento tampoco se han descrito mejorías en la calidad de vida de los enfermos. En el caso de la Memantina sí que se han detectado mejorías en el estado cognitivo y en la funcionalidad en el desarrollo de la ABVD, estos resultados son muy escasos y se han encontrado de forma muy aislada, los autores afirman que no existe ningún estudio concluyente sobre la eficacia de la Memantina (4).

Todo esto nos indica la relevancia del problema, nos encontramos ante un problema que está aumentando a nivel global no sólo el Gobierno Español ha comenzado a invertir dinero en la investigación de la enfermedad y nuevos tratamientos. La demencia es un tema tan preocupante que en la última cumbre del G8, las principales economías del mundo se comprometieron a buscar soluciones eficaces para la demencia antes del año 2025 (2).

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Definición**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la demencia como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo (5).

Existen tres pilares básicos en la clínica de la demencia; deterioro cognitivo, trastornos de la conducta y deterioro funcional. La demencia es un síndrome que puede ser causado por muchas enfermedades y aunque a menudo tiene evolución lenta, progresiva e irreversible, puede instalarse de manera aguda o subaguda y ser reversible con el tratamiento específico de la enfermedad que la causa, cuando este es disponible y administrado precozmente (Cummings & Benson, 1992; Whitehouse, 1993)(5,6).

### **2.2. Epidemiología**

Según datos de 2012 la demencia afecta a 6% de las personas mayores de 65 años y el 50% de las más mayores de 85. Se diagnostican 100.000 casos nuevos cada año y se prevé que el año 2020 se duplique el número de casos en España. Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología en el informe sobre el Alzheimer del año 2013, afirmo que alrededor del 70% de las personas institucionalizadas presentan una demencia (7,8).

El perfil es una mujer de más de 84 años, viuda y con un deterioro cognitivo avanzado con estadios superiores a 6 en la escala Functional Assessment Staging (FAST) y una esperanza de vida de 0 a 3 años. El 60% de las personas con demencia vive en su domicilio, y de este porcentaje el 20% lo hacen solas (9).

Globalmente el diagnóstico clínico más frecuente es la Enfermedad de Alzheimer (EA) 50-70% del total de demencias, seguido de las demencias vasculares (DV) 15-27%. No

obstante, cuando se realiza la anatomía patológica en pacientes diagnosticados clínicamente de EA, aproximadamente la mitad presentan una patología mixta, principalmente EA más DV, seguido de EA más demencia por cuerpos de Lewy (DLB) y en tercer lugar se encuentran las demencias por cuerpos de Lewy siendo alrededor de un 10% de las demencias (8).

### 2.3. Sintomatología

Los síntomas de demencia abarcan dificultad en muchas áreas de la función mental, entre estas:

- El comportamiento emocional o la personalidad
- El lenguaje
- La memoria
- La percepción
- Pensamiento y juicio (habilidades cognitivas)

La demencia aparece primero generalmente como olvido. El deterioro cognitivo leve (DCL) es la fase entre el olvido normal debido al envejecimiento y la aparición de la demencia. Las personas con deterioro cognitivo leve tienen ligeros problemas con el pensamiento y la memoria que no interfieren con las actividades cotidianas y, con frecuencia, son conscientes del olvido. No todas las personas con deterioro cognitivo leve presentan demencia más tarde (10).

En ocasiones este deterioro va aumentando progresivamente y de forma irreversible los pacientes comienzan a perderse en rutas familiares, perder objetos, problemas con el lenguaje y cambios en la personalidad. En las fases más graves de la enfermedad podemos ver síntomas como aislamiento social, problemas conductuales, aparición de delirios y alucinaciones, dificultad para deglutir, controlar los esfínteres y incapacidad de llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (11).

En el caso de la enfermedad de Alzheimer esta suele aparecer a los 65 años aunque puede tener una aparición mucho más tardía. Su aparición es lenta y comienza con

leves alteraciones de la memoria. Los pacientes con la enfermedad de Alzheimer viven un promedio de entre 8 a 10 años después de su diagnóstico (8,12).

En el caso de las demencias vasculares los síntomas van a variar en función de la localización y de la magnitud y tamaño de las lesiones cerebrovasculares, al igual que la evolución y progresión de la misma. En líneas generales, es una enfermedad de comienzo brusco y deterioro escalonado, suele observarse pérdida de memoria, déficit de la concentración así como déficit motores (paresias, disartria, trastornos en la marcha y el equilibrio...) y marcados síntomas psicológicos y conductuales como pueden ser: depresión, labilidad emocional, ansiedad, etc. También es muy común la aparición de alucinaciones muy elaboradas sobre todo de tipo visual (8,12).

Por último, la sintomatología de la demencia por Cuerpos de Lewy se asemeja a los de la enfermedad de Alzheimer e incluyen el deterioro de la memoria, el juicio defectuoso y la confusión. Sin embargo, también incluye alucinaciones visuales, síntomas parkinsonianos tales como caminar arrastrando los pies y la mantención de una postura rígida, así como una fluctuación en la severidad de los síntomas día a día. Los pacientes con esta demencia viven un término medio de 7 años desde el inicio de los síntomas (8,12).

## **2.4. Factores de riesgo**

En cuanto a factores de riesgo de padecer algún tipo de demencia podemos decir que las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer esta enfermedad debido a su longevidad, el cuidador de una persona con Alzheimer tiene un riesgo 3,5 veces mayor de padecer la enfermedad en un futuro. En cuanto a los factores de riesgo modificables podemos destacar; índices de masa corporal elevados, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, aterosclerosis y personas que han sufrido accidentes cerebrovasculares estos tiene un mayor riesgo de sufrir una demencia dado que se ve afectada la circulación a nivel neuronal y pueden acelerar los procesos. El contacto con pesticidas fosforados y clorados en el trabajo se ha relacionado con un incremento

del 38% en el riesgo de padecer demencias y un 42% en la enfermedad de Alzheimer (7).

Las personas que fuman tienen un riesgo más alto de aterosclerosis y otros tipos de enfermedades vasculares, lo que podrían ser las causas subyacentes para un aumento del riesgo de demencia. Ingerir grandes cantidades de alcohol parece aumentar el riesgo de demencia. Sin embargo, las personas que ingieren alcohol de manera moderada corren un riesgo menor, no sólo que las personas que toman alcohol en exceso, si no también menor que las que se abstienen completamente (7).

## 2.5. Escalas de valoración

Dada la amplia sintomatología de la demencia existen numerosas escalas para la valoración y la clasificación de esta.

La escala global de deterioro de Reisberg (GDS) (anexo 1) Permite clasificar a los usuarios en siete estadios según sus capacidades y déficits cognitivos y funcionales, desde la cognición normal a la demencia muy grave. Los estadios del 1 al 3 corresponden a la predemencia y en el estadio 5, el paciente precisa de ayuda en su día a día (13).

Mini examen cognitivo de Lobo (MEC Lobo) (anexo 2) este deriva del Mini-Mental State Examination de Folstein (MNSE) y ha sido adaptado y validado por Lobo en nuestro país en 1979. Realiza un cribado de déficit cognitivo para detectar el deterioro cognitivo y evaluar su gravedad, Las áreas cognitivas que explora son la orientación temporal y espacial, memoria inmediata, atención y cálculo, memoria diferida y el lenguaje (14).

El test del reloj de *Goodglass, H. y Kaplan, E.* es también un herramienta muy utilizada ya que es una prueba de detección sencilla, rápida y de fácil aplicación empleada tanto en la práctica clínica como en investigación, para valorar el estado cognitivo del sujeto. Evalúa diferentes mecanismos implicados en la ejecución de la tarea, fundamentalmente funciones visoperceptivas, visomotoras y visoconstructivas,

atención y comprensión, planificación y ejecución motoras. Se le solicita al paciente que dibuje un reloj que marque las 11.10 h. y se puntúa la realización de la esfera (máximo 2 puntos), las manecillas (máximo 4 puntos) y los números (máximo 4 puntos) (15).

Cuestionario de Pfeiffer (*Short Portable Mental Status Questionnaire*, SPMSQ) Instrumento de cribado del deterioro cognitivo, que además sirve para la determinación de su grado. Es útil para pacientes institucionalizados como para población general. Explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre hechos cotidianos y la capacidad de cálculo (15).

Para la valoración de la calidad de vida existen un gran número de escalas de valoración entre las que destacan la escala GENCAT ( anexo 3), esta es una escala que debe ser cumplimentada por los profesionales sanitarios, los cuales deben conocer muy bien al usuario, un mínimo de 3 meses de seguimiento en ella se valoran ocho dimensiones (Bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, autodeterminación, desarrollo personal, inclusión social, relaciones interpersonales y derechos)(16).

## **2.6.Diagnóstico**

En primer lugar es preciso establecer el diagnóstico del síndrome de demencia y distinguirlo de otros cuadros clínicos como el delirium (síndrome confusional). Se han establecido criterios diagnósticos para el síndrome de demencia, como son los del CIE-10 de la OMS, Tabla 1 y DSM-IV de la American Psychiatric Association, Tabla 2 (17,18).

**Tabla 1. Criterios diagnósticos CIE-10**

CIE- 10
1. Deterioro de la memoria <ul style="list-style-type: none"><li>• Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recordar información</li><li>• Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado</li></ul>
2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento <ul style="list-style-type: none"><li>• Reducción en el flujo de ideas.</li><li>• Deterioro en el proceso de almacenar información:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez.</li><li>○ Dificultad para cambiar el foco de atención</li></ul></li></ul>
3. Interferencia en la actividad cotidiana
4. Conciencia clara, posibilidad de superposición de delirios
5. Síntomas presentes durante 6 meses como mínimo

**Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM- IV**

DSM-IV
1. Deterioro de memoria como síntoma más precoz y prominente <ul style="list-style-type: none"><li>• Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva.</li><li>• Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado</li></ul>
2. Presencia de al menos una de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Afasia</li><li>• Apraxia</li><li>• Agnosia</li><li>• Alteración de la función ejecutiva (capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo)</li></ul> <p><i>*Los ítems de los criterios 1 y 2 han de ser suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral</i></p>
3. Las alteraciones previas tienen una gravedad suficiente como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral. Estas alteraciones representan un déficit respecto a un nivel previo
4. Las alteraciones no aparecen exclusivamente durante un síndrome confusional agudo
5. Evidencia clínica o mediante pruebas complementarias de que las alteraciones son debidas a causa orgánica o al efecto de una sustancia tóxica

Para clasificar una demencia es necesario, en primer lugar, establecer si existe alguna enfermedad sistémica que la justifique como puede ser depresión, hidrocefalia o déficit de vitamina B 12 , si puede ser atribuida a patología cerebrovascular o si, por el contrario, es producida por un proceso neurológico de carácter lentamente progresivo y de naturaleza degenerativa (17-18).

El diagnóstico se debe iniciar con una valoración integral de las funciones cognitivas, afectivas, conductuales y las condiciones bioquímicas. Hay que hacerlo también con el entorno social para poder identificar el deterioro de la comunicación y la relación con el cuidador principal (17).

Se realiza una anamnesis completa ayudándonos de la persona o la cuidadora principal. Esta contendrá antecedentes personales y familiares, tiempo de evolución de la pérdida de funciones cognitivas y orden de aparición de las señales de alerta anteriormente mencionadas. Cobran especial importancia los factores de riesgo, los síntomas y las complicaciones (19).

También se realizan distintas exploraciones físicas mediante pruebas complementarias con el fin de descartar que el deterioro cognitivo sea debido a una enfermedad sistémica. Además, se realizarán diferentes valoraciones cognitivas para medir la memoria, las habilidades léxicas y otras habilidades relacionadas con el funcionamiento mental para ayudar a diagnosticar la condición de un paciente de manera acertada (18-19).

## **2.7.Tratamiento**

El tratamiento de la demencia, especialmente en la enfermedad de Alzheimer, hasta la actualidad se ha centrado en la utilización de fármacos para controlar la sintomatología asociada a la enfermedad, en la última década autores como Olazarán, J. (2007) han propuesto la necesidad de crear un modelo dinámico entre ambos utilizando aquellos tratamientos que demuestren eficacia y seguridad (17, 20).

### **2.7.1. Tratamiento farmacológico**

En la enfermedad de Alzheimer como tratamiento farmacológico de los síntomas cognitivos de la enfermedad, se utilizan los inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina) con el objetivo de aumentar los niveles de acetilcolina. En fases avanzadas de la enfermedad, estos medicamentos pueden combinarse con la memantina, dicho fármaco tiene su indicación en la enfermedad de Alzheimer grave para el manejo de los síntomas cognitivos y funcionales (19).

Algunos autores afirman que dichos fármacos no sólo son efectivos como tratamiento de los síntomas cognitivos sino que además son eficaces frente a los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, como podrían ser la apatía, las ideas delirantes o la agitación, entre otras. Por otro lado estudios recientes del instituto Catalán de Farmacología admiten la falta de información sobre la utilización de estos fármacos y dudan sobre la utilidad de estos (4).

### **2.7.2. Tratamiento no farmacológico**

El concepto de terapias no farmacológicas (TNF) se utiliza desde hace varias décadas para referirse a intervenciones que, a través de agentes primarios no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas. El campo potencial de las TNF es muy amplio: abarca muchas patologías y técnicas de índole física, físico-química, psicosocial, motora y ambiental además de ser un pilar fundamental para el manejo de las enfermedades crónicas (21).

Las TNF comenzaron a aplicarse de forma sistemática en las demencias por parte de varios grupos de profesionales (terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, etc.) en un intento de paliar los efectos de estos procesos, a falta de tratamientos curativos. El primer estudio publicado aparece bajo el título de "Tratamiento experimental de la confusión senil persistente". (Cosin et al., 1958). Poco después

aparecieron las primeras comunicaciones acerca de los efectos beneficiosos de la orientación a la realidad, que hoy englobamos dentro del concepto más amplio de estimulación cognitiva (Taulbee y Folsom, 1966) (21-22).

Son muchas las intervenciones psicosociales propuestas para el tratamiento de los pacientes con demencia: unas enfocadas al entrenamiento de funciones cognitivas, otras al tratamiento de los problemas de conducta, otras dirigidas específicamente a disminuir la dependencia del paciente a través de técnicas de reestructuración ambiental y otras enfocadas al núcleo familiar. Está claro que la intervención en cualquiera de estas áreas puede influir sobre las otras, generalmente de forma positiva, pero también puede tener un efecto negativo, de ahí la importancia de fijar claramente los objetivos a conseguir con cada intervención y evaluar su repercusión en todas las áreas mencionadas (22).

Podemos afirmar que, en un 75 % de los casos de demencia leve-moderada este tipo de terapias pueden utilizarse como estrategia terapéutica y esto puede ser beneficioso tanto para el paciente como para la familia (Tarraga, 1991). La estimulación cognitiva y las terapias de orientación a la realidad son las terapias no farmacológica más utilizada y eficaz (Muñiz 2005 y Olazaran 2004) otros advierten que actividades tales como leer, escribir, participar en grupo de discusión, realiza juegos de mesa, tocar un instrumento y hacer puzles y crucigramas son de los pocos elementos que parecen disminuir el riesgo de demencia y paliar el rápido desarrollo de la enfermedad (Verghese, 2003) (17,23)

La orientación en espacio, tiempo y persona, entendida como el conocimiento que el sujeto tiene del entorno espacial y temporal en el cual se desenvuelve, constituye un concepto relacionado con capacidades cognitivas como la atención y vigilancia, la memoria reciente, el conocimiento autobiográfico y la proyección en el futuro. En demencias leves suele manifestarse con desorientación temporal en fecha, mes incluso día de la semana, aunque suele mantenerse la orientación en el año. Respecto a la persona el aspecto que antes se pierde es la edad. Todos estos aspectos se trabajan con las terapias de orientación a la realidad y con la reminiscencia (23,24)

- Las terapias de orientación a la realidad (TOR) son terapias imprescindibles en un programa terapéutico de demencia, podemos definir las como un conjunto de técnicas mediante las cuales una persona toma conciencia de su situación en el tiempo y en el espacio (23,25).

Una revisión realizada por Spector, Davies, Woods y Orrell en el año 2000 examina la evidencia de la efectividad de las sesiones de TOR en personas con demencia. De los 21 estudios controlados que analizan los autores concluyen que ésta técnica tiene un efecto positivo tanto en el área cognitiva como conductual, aunque únicamente los resultados de un estudio (Breuil, De Retrou, Forette, Tortrat, Ganancia-Ganem y Frambourt, 1994) fueron estadísticamente significativos. Otra de las limitaciones de estos estudios se refiere a que no proporcionan evidencias sobre los beneficios a largo plazo de las TOR. Únicamente dos de estos estudios realizaron un seguimiento a largo plazo (Gerber, Prince, Snider Atchinson, Dubois, y Kilgour, 1991) descubrieron en un grupo que había recibido TOR, que tras 10 semanas de seguimiento los sujetos rendían peor que antes del tratamiento. Sin embargo, (Baldelli, Pirani, Motta, Abati, Mariani y Manzi, 1993) encontraron que los participantes tenían mejores puntuaciones en el área cognitiva y su comportamiento se había visto sustancialmente mejorado incluso un mes después de haber interrumpido la intervención (23-25).

Existen 2 formas de orientación a la realidad. Una formal denominada terapia de orientación a la realidad (TOR) en sesiones y otra más informal denominada TOR 24 horas

En la TOR el terapeuta se puede apoyar de instrumentos como periódicos, diario personal, objeto de discusión o imagen del mismo. Peña (1999) plantea la existencia de 3 niveles de orientación, según el estado cognitivo del paciente: un nivel básico donde se tratan y repiten las informaciones actuales y se trabaja con material de orientación a nivel elemental: orientación temporal básica (día, mes, fiestas), nombres e informaciones actuales; un nivel estándar que incluye además de los elementos de la orientación básica, otros propios de la

estimulación, y se mantienen discusiones sobre el pasado y el presente para desarrollar las relaciones interpersonales y el aprendizaje; y el nivel avanzado donde se debaten temas parecidos a los realizados con personas que no presentan la afección (26,27).

El TOR de 24 horas se debe realizar en un entorno distinto al habitual y con el apoyo del cuidador principal, consta de un programa de actividades sistemáticas desde el momento en el que se despiertan hasta el momento de acostarse. Al contrario que la TOR en sesiones este tipo de terapia no tiene tantos beneficios para los pacientes y únicamente se ven ciertos beneficios en pacientes que están muy motivados para realizarlo (Reeve e Invison, 1985; Williams, 1987) (26,27).

- La reminiscencia constituye una forma de mantener el pasado personal y de perpetuar la identidad de la persona. Es una técnica muy completa ya que utiliza la estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento (Laborda, 2002). Se pueden utilizar temas desde el recuerdo de hechos generales hasta recuerdos de experiencias personales. Según Laborda lo que se busca alcanzar a través de la técnica de reminiscencia es favorecer y dar oportunidad de expresar vivencias pasadas con el fin de potenciar la identidad de la persona. Por lo que se tiene que realizar sesiones grupales con personas de edad similar y afinidades parecidas, es decir, que sean lo más homogéneas posibles. Utilizándose ciertos recursos prácticos como libros de historia de vida se trata de realizar un libro donde se recogen los datos biográficos (escritos o fotográficos) de la persona, como la infancia, trabajo, matrimonio, hijos, nietos... (25)

La reminiscencia consta de dos actividades principales, en primer lugar, se puede realizar “un libro de la vida” donde los usuarios de forma individualizada realizaran un pequeño resumen de su vida; árbol genealógico, actividad profesional, aficiones,... (Coleman, 1986; Bornat, 1994).Y una segunda actividad grupal donde se recuerdan y se discute sobre los hechos personales y socio-históricos más importantes de los usuarios, para realiza esta actividad es muy

importante la homogeneidad del grupo, el terapeuta puede apoyarse en películas, música, imágenes, lecturas de hechos pasados (Haight y Burnside, 1993) (26,27).

- Los grupos de “Buenos días” es una actividad ampliamente difundida dentro de programas generales de funcionamiento de las residencias geriátricas en países desarrollados (Arriola e Inza, 1999), donde deben acudir al grupo todos los usuarios que estén cognitivamente sanos, junto a una menor proporción de ancianos con demencia senil leve o moderada. El primer grupo estará informado de que una de sus funciones será la de estimular y dinamizar a este segundo grupo haciéndoles hablar y preguntándoles. Arriola e Inza señalan que los temas a tratar en este grupo serían (26,27):
  - Saludo. Es importante interesarse por el estado de los miembros del grupo
  - Orientación temporo-espacial. Se trabaja a través de un calendario móvil
  - Lectura y comentario de los titulares más importantes o llamativos del periódico
  - Comentario de las actividades y sucesos del día anterior.
  - Lectura de las actividades del día

Los programas de psicoestimulación cognitiva, es la parte de mayor carga terapéutica, consisten en un conjunto de estímulos que pretenden incrementar la actividad de las habilidades cognitivas (atención, calculo, memoria, lenguaje, razonamiento y praxias) para mantener las habilidades intelectuales conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de restaurar la autonomía (Puig, 2001) (26,28).

La neuroplasticidad se considera el punto de partida para asentar las bases de la rehabilitación cognitiva en la demencia, podemos definirla como la capacidad la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y restablecer el equilibrio alterado, después de una lesión (Geschwind 1985). Las neuronas lesionadas tienen una gran capacidad para regenerarse y establecer conexiones nuevas. Existe neuroplasticidad en el cerebro anciano, incluso en el demente, si bien en menor

intensidad. Es evidente que en las fases de elevado deterioro cognitivo, la neuroplasticidad será nula debido a la gran pérdida de masa neuronal (29,30).

Otro concepto básico es el de psicoestimulación, o sea, aquel conjunto de estímulos generados por la neuropsicología intervencionista con finalidad rehabilitadora (Uzzell 1986). No se trata de una sobre estimulación desorganizada, sino de una estimulación lo más individualizada posible y, por lo tanto, adecuada a las capacidades funcionales residuales (23, 31)

Las personas con demencia mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, un potencial de plasticidad cognitiva, de aprendizaje o capacidades de reserva que pueden ser desarrollados y estimulados a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio, especialmente en los estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no está tan avanzado. En este período de declive existe una capacidad de aprendizaje que se puede manifestar gracias a los cambios de conducta, adecuación a nuevos estímulos y ambientes, mejora de habilidades instrumentales, abandonadas por el desuso, y en la adquisición de esquemas y estrategias. El objetivo de este tipo de intervenciones es entrenar las habilidades que tienen un mayor riesgo de pérdida (Calero, 2003) (23,27).

Los pasos para aplicar este tipo de programas son los siguientes (Arriola e Inza, 1999):

1. Realización de un examen cognitivo para conocer el estado de los usuarios
2. Formación de los grupos, se recomienda grupos de 14-16 personas y subgrupos de trabajo de 2- 4 personas, lo más homogéneas posibles.
3. Aplicación del programa en un periodo de 10 – 12 semanas se deberá realizar una valoración ya que en este periodo de tiempo se puede comenzar a ver una evolución en los usuarios.
4. Una vez concluido el programa se realizara una evaluación de la funcionalidad de este mediante el mismo examen cognitivo que en el primer paso.

Boada y Tárraga desarrollaron en 1990 el Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) este se desarrolló y experimentó en el centro de día terapéutico de la Fundació ACE, Alzheimer Centre Educativa. El Programa de Psicoestimulación Integral se define

como una estrategia terapéutica, fundamentada en la presencia de la neuroplasticidad cerebral y basada en la neurofisiología cognitiva y en las terapias de modificación de conducta, dirigida a favorecer la funcionalidad instrumental y básica del paciente y mantener su autonomía (23).

Dentro de los programas de estimulación cognitiva se trabajan los siguientes ámbitos; estos ejercicios deben realizarse de forma individual con una posterior corrección entre el grupo de participantes o de forma colaborativa entre todo los participantes, para lo cual es necesario que el grupo sea homogéneo (nivel cognitivo) y que este no sea muy extenso 14-16 participantes ( Boada y Tárrega, 1990) (23).

- Lenguaje: en las primeras fases de la demencia se encontrar tanto alteraciones en el lenguaje escrito (agrafias o alexias) como en la expresión oral (afasias). En las primeras fases de la demencia el habla es fluida aunque con algunas alteraciones como pueden ser repetidas pausas para buscar palabras o reducción del vocabulario. En el caso del lenguaje escrito presentan dificultad para seguir las reglas ortográficas. Los ejercicios más utilizados son la lectura, redacción de texto, escritura de una frase o palabras, al dictado y/o copia (23,31).
- Praxias: alteraciones en las capacidades praxicas (apraxias) definido como un síndrome adquirido que se manifiesta en la alteración del control voluntario de los movimientos intencionales. Las paxias más comunes en el deterioro cognitivo leve son las praxias constructivas, dificultad para la reproducción de un modelo. (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001). El ejercicio más utilizado para trabajar las apraxias constructivas son el dibujo libre o guiado (31,32).
- Gnosias: son las funciones cognitivas que se ponen en funcionamiento para percibir y reconocer la forma y las características físicas visuales, auditivas, olfativas, gustativas de las personas y de los objetos del entorno. Las primeras en manifestarse son las agnosias visuales, el paciente tiene incapacidad para reconocer estímulos visuales complejos y la organización espacial de estos. Los principales ejercicios para trabajar las agnosias son la asociación de imágenes

de objetos o personas con hechos o espacios físicos así como reconocer sonido y olores (31,32).

- Memoria: las alteraciones en la memoria es el signo principal en el diagnóstico de la demencia, la sintomatología evoluciona durante el proceso de la enfermedad hasta llegar a ser muy extensa puesto que podemos encontrar alteraciones tanto en la memoria reciente como en la memoria remota. Los ejercicios más utilizados son juegos de repetición y de asociación de iguales (parejas de cartas) los ejercicios de repetición ayudan a potenciar la memoria inmediata, reforzando la memoria reciente con ejercicios cortos que faciliten la fijación y el recuerdo, manteniendo el mayor tiempo posible la memoria remota (mediante la repetición continuada de los ejercicios) (23,32).
- Calculo: podemos observar disminución en la capacidad de resolución de problemas de cálculo complejo que se manifiestan en situaciones de la vida diaria donde interviene el dinero, en las actividades de compra y venta. Los pacientes son incapaces de estimar el precio relativo de los objetos. Los números pierden su valor simbólico. Igualmente, se altera el cálculo mental simple y complejo por una alteración en los sistemas de atención y concentración. Los ejercicios deben centrarse en tareas de cálculo mental, resolución de problemas aritméticos, operaciones aritméticas, juegos numéricos y simulación con dinero (23).

### 3. Justificación

Existen varios factores influyentes en el incremento de las patologías degenerativas.

El aumento de la esperanza de vida supone un factor de riesgo para el aumento de patologías degenerativas, como las enfermedades neurodegenerativas en la población actual.

Por otro lado, el aumento de las enfermedades neurodegenerativas se ha convertido en un problema global, ya que el incremento del número de pacientes no sólo es evidente en países desarrollados, si no que también se puede observar, en estudios recientes, un incremento de la enfermedad en países en vías de desarrollo.

Estos factores sumados a la crisis económica global y la falta de recursos, generan dificultades a la hora de elaborar proyectos de intervención que permitan la mejoría y el control de la sintomatología de este tipo de enfermedad, así como el aumento de la calidad de vida de los pacientes y familiares.

Los factores indicados anteriormente, sumados a la falta de información existente sobre la eficacia de los fármacos utilizados para paliar los síntomas, la falta de un diagnóstico precoz, la irreversibilidad de la enfermedad en la mayoría de los casos y la situación de desgaste físico y psicológico familiar que supone ser cuidador de una persona con este tipo de enfermedades, ponen de manifiesto la necesidad de la creación de proyectos de intervención dirigidos a cubrir las necesidades sociales reales, diseñados para la eficiencia de la intervención, teniendo en cuenta las posibilidades económicas de los centros.

Tras la revisión de los datos disponibles sobre la demencia y su tratamiento se hace evidente la necesidad de sistematizar la intervención en los centros dirigidos a pacientes con estas características, con el fin de abordar la sintomatología de la enfermedad desde una perspectiva práctica y multidisciplinar, ajustada a las necesidades de los pacientes, las familias, la sociedad y el funcionamiento de los centros.

## **4. Objetivos**

### **4.1.Objetivo general**

Evaluar la eficacia de una intervención sobre la estimulación de las capacidades mentales y el aprendizaje entre iguales en personas mayores de 65 años en un centro de día para mantener o mejorar el estado cognitivo y mejorar la calidad de vida.

### **4.2.Objetivos específicos**

- Evaluar la diferencia en cuanto al estado cognitivo de los pacientes antes, después y a las 6 semanas de la intervención.
- Evaluar la diferencia en cuanto a la calidad de vida de los pacientes antes, y después.
- Analizar la diferencia del estado cognitivo y la calidad de vida de los pacientes antes, después y a las 6 semanas de la intervención según las características sociodemográficas

## **5. Metodología**

### **5.1. Diseño del estudio**

Estudio de intervención cuasi experimental antes/después

### **5.2. Población diana**

Los usuarios que podrán formar parte de la intervención serán personas de ambos sexos mayores de 65 años con un deterioro cognitivo leve-moderada, GDS 2-3.

#### **5.2.1. Criterios de inclusión**

Los usuarios que tengan una puntuación de 20- 30 en Mini examen cognitivo de Lobo (MEC Lobo) y por lo tanto se encuentren en un GSD 2-3.

#### **5.2.2. Criterios de exclusión**

Usuarios con problemas de visión, audición o movilidad muy limitada, también excluirémos a personas analfabetas o con problemas severos de habla así como a usuarios que hayan presentado problemas graves de conducta.

### **5.3. Metodología de la búsqueda**

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en dos periodos. En un primer periodo se realizo una búsqueda bibliográfica generalizada sobre las distintas terapias no farmacológicas que se pueden utilizar en personas con deterioro cognitivo y una búsqueda más específica sobre la demencia, esta primera búsqueda se realizo en los meses de noviembre y diciembre de 2014

Una vez concluida esta primera búsqueda y escogida la intervención que se quería elaborar se realizo una segunda búsqueda bibliográfica con la intención de conocer las

intervenciones más utilizadas y efectivas en el campo de la psicoestimulación cognitiva esta búsqueda se realizó durante los meses de febrero y marzo de 2015.

Las bases de datos más utilizadas para la realización del trabajo han sido Pubmed y el buscador Google Scholar. No obstante, algunos artículos y guías también se han encontrado en bases de datos como Cuiden, Dialnet plus y buscadores como Google.

## **6. Intervención**

### **6.1. Objetivos de la intervención**

#### **6.1.1. Objetivo general de la intervención**

Retardar la evolución de la sintomatología cognitiva mediante la estimulación de las capacidades mentales y el aprendizaje entre iguales para mejorar la calidad de vida e incrementar la autonomía de los usuarios.

#### **6.1.2. Objetivos específicos de la intervención**

- Tratar la confusión y la desorientación.
- Evitar la desconexión del entorno personal, social y familiar.
- Ejercitar la memoria inmediata.
- Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas.
- Optimizar de la motricidad fina.
- Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos.
- Reforzar el concepto numérico y las operaciones numéricas.

### **6.2. Pasos previos**

Previo a la intervención contactaremos con el director del centro y le informaremos de la intervención y de los objetivos de esta, si este da su aprobación se realizara un reunión con los profesionales del centro para explicarles la intervención y pedir su colaboración, posteriormente se informara a usuarios y familiares de estos.

### **6.3.Duración**

La intervención se realizará durante un periodo de 12 semanas, una vez realizada la evaluación de este periodo cabe la posibilidad de instaurar el programa de forma permanente en el centro realizando las modificaciones pertinentes tras una observación exhaustiva de la evolución de los participantes. Las actividades se realizarán 6 días por semana, de lunes a sábado, y se realizarán 4 actividades por día, todas las actividades durará un máximo de tiempo de una hora y en todas existirá gran flexibilidad de contenido y tiempo para adaptarse lo mejor posible a las necesidades de los usuarios.

### **6.4.Lugar de la intervención**

Las actividades se realizarán en un centro de día de la Provincia Lleida. Se habilitará una sala, esta será siempre la misma exceptuando en la actividad de Buenos días que se realizara en el Hall del centro.

### **6.5.Procedimiento**

Se dividirán las actividades en 6 bloques, según el tipo de actividad y el aspecto cognitivo que se quiera trabajar.

- Bloque 1: Orientación
- Bloque 2: Memoria
- Bloque 3: Lenguaje
- Bloque 4: Calculo
- Bloque 5: Dibujo
- Bloque 6: Razonamiento

Durante la realización de las actividades se deberá cumplimentar una hoja de registro diaria para conocer la evolución de los participantes. Esta hoja de registro se encuentra en el anexo 4.

Ésta debe rellenarse con datos como la participación de los usuarios en las actividades, para lo que se le dará una puntuación de 1 a 5 siendo 1 muy poco participativo y 5 muy implicado en las actividades, también evaluaremos la dificultad del usuario para realizar las actividades, nuevamente, puntuaremos la dificultad de 1 a 5 siendo 1 que no presenta dificultad para entender y realizar los ejercicios y 5 que tiene mucha dificultad para comprender o realizar el ejercicio, en el caso de tener una puntuación superior a 2 deberá describirse cual es esta dificultad y si se ha utilizado alguna herramienta para superarla. Al finalizar la semana se realizará un breve resumen de la evolución del usuario durante esa semana.

## 6.6.Actividades

- **Bloque 1- Orientación:** El bloque de orientación está centrado en dos actividades una actividad donde se implica a todos los usuarios del centro y se trabaja la orientación temporo-espacial y personal, esta se realizará de lunes a sábado a primera hora de la mañana y una segunda actividad centrada en la reminiscencia.
  - Actividad 1: ¡Buenos días!
    - Horario: De lunes a sábado
    - Duración: 30 min (9 -9:30h.)
    - Material: Periódicos y calendario, apoyo del resto de los usuarios del centro.
    - Desarrollo de la actividad: Todas las mañanas durante la primera media hora de la jornada y con ayuda del resto de usuarios del centro de día que tengan el nivel cognitivo conservado se saludara al grupo y se les dirá con ayuda de un calendario de gran tamaño, se indicará el día actual. Utilizaremos recortes de periódico con las noticias más relevantes del día para comentarlas con los usuarios. Por último, se les explicará brevemente cuales van a ser las actividades que se realizaran durante la jornada

- Actividad 2: Reminiscencia
  - Horario: Lunes y jueves
  - Duración: 1 hora (16-17h.)
  - Material: Fotografías, cuaderno y bolígrafo
  - Desarrollo de la actividad: Los usuarios deben realizar un cuaderno para contar la historia de su vida en el que podrán utilizar materiales con fotografías para crear su árbol genealógico, describirán a sus familiares, su lugar de nacimiento, trabajos, viajes, hechos relevantes de la vida... después de cada sesión durante los últimos 20 minutos los usuarios enseñarán su trabajo al resto del grupo y lo explicarán.
  
- **Bloque 2- Memoria:** Esta actividad se realizará todos los días, los ejercicios que se realizaran se irán repitiendo a diario con pequeñas variaciones con el fin de reforzar la memoria reciente.

- Actividad 1: Memoria

- Horario: De lunes a sábado de 10 – 11 horas
- Duración: 1 hora (10-11h.)
- Material: cartas, fotografías, fichas de trabajo
- Desarrollo de la actividad: El bloque de memoria se basará en 3 ejercicios, en primer lugar los usuarios jugarán a las parejas en grupos de 4 se colocarán en mesas que tendrán cartas puestas boca abajo, el objetivo del juego es emparejar las cartas iguales, comenzará un participante del grupo que levantará dos cartas, esta acción la irán repitiendo todos los participantes. Los participantes tienen que recordar la posición y que carta es para conseguir emparejarla con su igual. En segundo lugar se trabajará la cultura general, se les mostrarán imágenes de sitios o personajes famosos a los usuarios y estos por turnos tendrán que decir al resto del grupo que recuerdan sobre ese personaje o lugar y por último de forma individual se irán realizando distintas fichas de trabajo para la memoria, se encuentran algunos ejemplos en el anexo 5.

- **Bloque 3- Lenguaje:** Este bloque consta de dos actividades, en primer lugar tenemos una actividad dirigida a trabajar la lectura y el lenguaje oral y en segunda otra dirigida a trabajar el lenguaje escrito

- Actividad 1: Lectura y expresión oral:

- Horario: Lunes y viernes
- Duración: 1 hora (12-1h.)
- Material: Relatos cortos
- Desarrollo de la actividad: Los usuarios se colocarán sentados en círculo y se entregará a cada uno un documento con un relato corto, se les pedirá a los usuarios que lean este documento en voz baja una vez realizada esta primera lectura individual el documento se leerá en voz alta por turnos y posteriormente se analizará el documento entre los participantes, se les preguntará por lo que han entendido, se les realizarán preguntas concretas sobre el documento y si han tenido alguna dificultad para entender algún párrafo o palabra, con ayuda del grupo se irán resolviendo las dudas del resto de los compañeros

- Actividad 2: Lenguaje escrito

- Horario: Miércoles
- Duración: 1 hora (12-1h.)
- Material: Papel, bolígrafo, fichas de trabajo
- Desarrollo de la actividad: Los usuarios se distribuirán por la sala en mesas de 4 personas y durante la primera media hora y con ayuda de las fichas de trabajo se realizará algún ejercicio relacionado con la expresión escrita, se encontrarán algunos ejemplos de ejercicios en el anexo 6. Más tarde se realizará un breve dictado que será corregido por el resto de los miembros de la mesa con ayuda del educador.

- **Bloque 4- Cálculo:** Este bloque consta de 3 actividades en primer lugar tenemos dos actividades dirigidas a trabajar el cálculo realizando operaciones numéricas y problemas y una tercera dirigida al manejo del dinero

- Actividad 1: Calculo

- Horario: Martes
- Duración: 1 hora (12-1h.)
- Material: Fichas de trabajo y pizarra.
- Desarrollo de la actividad: Los usuarios se sentarán en grupos de 4 y realizarán de forma individualizada los ejercicios de las distintas fichas de trabajo, estas fichas contendrán sumas, restas, divisiones y multiplicaciones simples, y problemas aritméticos podemos encontrar algunos ejemplos de estas fichas en el anexo 7 posteriormente los usuarios saldrán por turnos a la pizarra para corregir los distintos ejercicios

- Actividad 2: Bingo

- Horario: Jueves
- Duración: 1 hora (12-1h.)
- Material: Cartones de bingo, rotuladores, bombo y bolas numeradas
- Desarrollo de la actividad: Los usuarios se sentaran en grupos de 4 y se les entregará un cartón de bingo y un rotulador a cada participante, se pedirá un voluntario por partida que será el encargado de ir diciendo en voz alta (cantando) los números, el resto de usuarios deben tachas los números de su cartón cuando estos sean cantados, cuando uno de los participantes tache todos los números de su cartón dirá en voz alta “Bingo” se comprobara que los números que ha tachado el participante son correctos y se volverá a jugar cambiando la persona encargada de cantar los números.

- Actividad 3: Manejo del dinero

- Horario: Sábado

- Duración: 1 hora (12-1h.)
  - Material: Copias de dinero, distintos objetos ( reales, copias o imágenes)
  - Desarrollo de la actividad: Esta actividad consta de dos partes en primer lugar a los usuarios se les enseñará una serie de objetos ( alimentos, utensilios de limpieza...) y entre todos tendrán que decir cuánto piensas que valen esos objetos, más tarde en la segunda parte de la actividad se realizará un pequeño rol playing de compra venta de objetos, los usuarios se dividirán en grupos de cuatro uno de los participante representará al dependiente” y al resto de los miembros del grupo se les entregará una lista de la compra y una cantidad de dinero ficticio. Los usuarios con la lista deben coger los distintos objetos de su lista y calcular cuánto les va a costar la compra una vez realicen esto deberán ir a la zona del “dependiente” éste se encargara de calcular el precio de esos objetos y de cobrarles la compra al resto de los miembros del grupo.
- **Bloque 5- Dibujo:** En este bloque trabajemos las praxias motoras para lo que realizaremos dos actividades
- Actividad 1: Dibujo guiado
    - Horario: Martes
    - Duración: 1 hora (16-17h.)
    - Material: Fichas de trabajo y bolígrafo
    - Desarrollo de la actividad: Los usuarios se sentarán en grupos de 4 y se les entregará una ficha de trabajo. Podemos encontrar algunos ejemplos en el anexo 8, estos ejercicios los realizarán de forma individualizada.
  - Actividad 2: Dibujo libre
    - Horario: Viernes
    - Duración: 1 hora (16-17h.)
    - Material: Folios, cartulinas lápices de colores...

- Desarrollo de la actividad: Se les propondrá un tema sobre el que tengan que realizar un dibujo o manualidad estos temas pueden ser muy variados (festividades, las estaciones, sentimientos, paisajes,...) después de la realización de la manualidad o trabajo los usuarios deberán presentar brevemente su trabajo.
- Bloque 6- Razonamiento: El objetivo de este bloque es trabajar las gnosias para ello se realizaran dos ejercicios distintos un ejercicio centrado en el análisis de imágenes y otro llamado taller de los sentidos
  - Actividad 1: Análisis
    - Horario: Miércoles
    - Duración: 1 hora (16-17h.)
    - Material: fichas de trabajo
    - Desarrollo de la actividad: Los usuarios se sentarán en grupos de 4 y se les entregará una ficha de trabajo, (podemos encontrar algunos ejemplos en el anexo 8) estos ejercicios se centraran en encontrar las diferencias y características comunes de un conjunto de imágenes, estos ejercicios los realizaran de forma individualizada. En los últimos 15 min de la actividad se proyectará una serie de imágenes distorsionadas o objetos a los que falte algún elemento (imagen de una bicicleta que le falta una rueda) y por turnos lo usuarios deberán identificarlo.
  - Actividad 2: Taller de los sentidos
    - Horario: Sábado
    - Duración: 1 hora (16-17h.)
    - Material: Sonidos, pañuelos, objetos con distintas texturas.
    - Desarrollo de la actividad: En la primera parte de la actividad los usuarios escucharán un audio con distintos sonidos (sonidos del día a día, animales, claxon de un coche,...) que estos tendrán que identificar y describir en que situaciones encuentran esos sonidos, en la segunda parte de la actividad por turnos se tapanán los ojos a los participantes y

éstos por medio del sentido del tacto deberán identificar el objeto que tienen en la mano y describir que es lo que van identificando.

## **6.7. Variables e instrumentos de medida**

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, ingresos.
- Evaluación del estado cognitivo: por medio de la escala de Mini examen cognitivo de Lobo (MEC Lobo), la cual realiza un cribado del déficit cognitivo. Las áreas cognitivas que explora son la orientación temporal y espacial, memoria inmediata, atención y cálculo, memoria diferida y el lenguaje. Una puntuación inferior a 24 representa signos de deterioro cognitivo (14).
- Evaluación de la calidad de vida: por medio de la escala GENCAT la cual valora ocho dimensiones ; bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, autodeterminación, desarrollo personal, inclusión social, relaciones interpersonales y derechos (16).

## **6.8. Recogida de datos**

Se elaborará un cuestionario único que contenga todas las variables a estudio. La recogida de datos la realizará por los profesionales de enfermería del centro.

Se recogerán datos sobre tres aspectos, En primer lugar se valorará el deterioro cognitivo del usuario. Ésta se realizará mediante la escala de valoración MEC Lobo y se realizará en tres ocasiones. La primera recogida de datos será antes de comenzar la intervención, esta servirá como referencia para conocer la efectividad de la intervención. La segunda recogida de datos tendrá lugar a las 6 semanas de intervención con la intención de conocer si el estado cognitivo del usuario esta mantenido o mejorado, en el caso de empeoramiento del estado del paciente se intentara reconducir las actividades o si este empeoramiento es muy grave el usuario deberá salir de la intervención ya que su participación podría entorpecer la evolución

del resto de participantes. Por último, se realizará una última recogida de datos al terminar la intervención. La escala de valoración necesaria se encuentra en el anexo 2.

En el caso de la calidad de vida la recogida de datos se realizará en dos ocasiones al comenzar la intervención y al finalizarla. Para la valoración de la calidad de vida se utilizará la escala de valoración GENCAT está se encuentra en el anexo 3.

## 6.9.Temporalización

Como se puede ver en la tabla 3, donde se muestra el horario de las actividades que se realizarán en el centro, se priorizan las actividades de orientación y memoria ya que son las áreas que están más afectadas y es necesario más tiempo de trabajo, estas se estimularán a diario mientras que otras como el lenguaje y el cálculo se trabajaran 3 veces por semana y otras como el razonamiento y el dibujo se hará 2 veces por semana.

**Tabla 3. Horario semanal de actividades**

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<b>9:30-10h.</b>	<b>B1- Act 1. ¡Buenos días!</b>					
<b>10-11h.</b>	<b>B2 Memoria</b>					
<b>12-1h.</b>	<b>B3-Act 1</b> Lectura + Expresión oral	<b>B4-Act 1</b> Calculo	<b>B3-Act 2</b> Expresión escrita	<b>B4-Act 2</b> Bingo	<b>B3-Act 1</b> Lectura + Expresión oral	<b>B4-Act 3</b> Manejo dinero
<b>16-17h.</b>	<b>B1- Act 2</b> Reminiscencia	<b>B5-Act 1</b> Dibujo guiado	<b>B6-Act 1</b> Análisis	<b>B1- Act 2</b> Reminiscencia	<b>B5-Act 2</b> Dibujo libre	<b>B6-Act 2</b> Taller de los sentidos

## 7. Consideraciones éticas

Para la realización de la intervención es necesario tener en cuenta los principios éticos para garantizar la conservación de los derechos e integridad de los usuarios. Antes de realizar la intervención será necesario ponerse en contacto con el comité ético de investigación clínica del HUAV para obtener su consentimiento. Además, se les pedirá a los usuarios que participan en la intervención que firmen un consentimiento informado, éste se puede encontrar en el anexo 10.

Con base a lo anterior para la intervención se consideran los siguientes principios bióticos:

- **Autonomía:** Uno de los principios más importantes en la intervención ya que el objetivo primordial de esta es favorecer la autonomía de los participantes y mejorar su calidad de vida. Así mismo, la participación en las actividades es un acto voluntario ya que los usuarios deben ser conscientes de los beneficios que la intervención les puede aportar y de la implicación que su participación conlleva.
- **Beneficencia y no maleficencia:** Siguiendo ambos principios, este trabajo se desarrolla mediante el uso de actividades que no se posicionan contra de principios, sentimientos, creencias o de la integridad de los participantes. Por otro lado, se busca retardar la evolución de la enfermedad hecho beneficioso para los participantes.
- **Justicia:** La elección de los participantes en la intervención se realizará a través de los resultados en determinadas escalas de valoración por lo que la inclusión o no en el proyecto va a ser un hecho totalmente objetivo y por lo tanto justo para todos los usuarios del centro.

## 8. Discusión

Las evidencias a las que se hace referencia durante el desarrollo del trabajo reflejan que la demencia es una enfermedad que aumenta con el paso de los años, muchos autores consideran que la demencia y en particular la enfermedad de Alzheimer es un problema de salud pública a nivel mundial (1,2).

Según datos de 2012 la demencia afecta a 6% de las personas mayores de 65 años y el 50% de las más mayores de 85. Globalmente el diagnóstico clínico más frecuente es la Enfermedad de Alzheimer (EA) 50-70% del total de demencias y el perfil de enfermo es una mujer de 84 años viuda (7-9).

Existen tres pilares básicos en la clínica de la demencia; deterioro cognitivo, trastornos de la conducta y deterioro funcional. La demencia es un síndrome que puede ser causado por muchas enfermedades y aunque a menudo tiene evolución lenta, progresiva e irreversible, puede instalarse de manera aguda (Cummings & Benson, 1992; Whitehouse, 1993). No todas las personas con deterioro cognitivo leve presentan demencia más tarde (5,6, 10).

El tratamiento de la demencia se ha centrado en la utilización de fármacos, actualmente se apuesta por un modelo dinámico entre terapias farmacológicas y no farmacológico (Olazarán J. 2007) (17, 20).

Las terapias no farmacológicas se centran en el entrenamiento de la función cognitiva, la conducta, fomentar la autonomía y trabajar con el núcleo familiar. En el 75 % de los casos de demencia leve-moderada este tipo de terapias pueden utilizarse como estrategia terapéutica y esto puede ser beneficioso tanto para el paciente como para la familia (Tarraga, 1991) (22,23).

La estimulación cognitiva y las terapias de orientación a la realidad son las terapias no farmacológica más utilizada y eficaz (Muñiz 2005 y Olazarán 2004) otros advierten que actividades tales como leer, escribir, participar en grupo de discusión, realiza juegos de mesa, tocar un instrumento y hacer puzles y crucigramas son de los pocos elementos

que parecen disminuir el riesgo de demencia y paliar el rápido desarrollo de la enfermedad (Verghese, 2003) (17,23).

El objetivo de estas terapias es mantener las habilidades intelectuales conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de restaurar la autonomía y mejorar la calidad de vida (Puig, 2001) (26).

## 9. Conclusiones

A modo de conclusión decir que el deterioro cognitivo, sobre todo la enfermedad de Alzheimer es un enfermedad que está aumentando drásticamente en el colectivo de personas mayores a nivel global. Actualmente el 50 % de las personas mayores de 85 años sufren deterioro cognitivo siendo un 50-70 % enfermedad de Alzheimer

Nos encontramos ante una enfermedad degenerativa y normalmente irreversible, donde la sintomatología va aumentando paulatinamente, por lo tanto, toda aquella intervención que se lleve a cabo tiene que tener como objetivo primordial mantener la menor sintomatología asociada a la enfermedad durante el mayor tiempo posible.

La combinación entre las terapias farmacológicas y las no farmacológicas es la mejor herramienta para paliar la sintomatología de la enfermedad, siendo la estimulación cognitiva y las terapias de orientación a la realidad las más eficaces.

Los objetivos de toda intervención en pacientes con demencia deben estar relacionados con el mantenimiento del estado cognitivo, mejorar la autonomía y la mejora de la calidad de vida de pacientes y familiares.

Es necesario destacar de igual manera, el riesgo de aislamiento social que conlleva esta enfermedad tanto para la persona afectada como para la familia de éste, por lo que creo necesario fomentar la utilización de actividades que promuevan la socialización.

El perfil de enfermo es el de una mujer de 85 años que en la gran mayoría de los casos vive sola, dado este perfil creo que incluir intervenciones de psicoestimulación cognitivas en lugares como asociaciones de mujeres o hogares de jubilados donde esta población tiene un mejor acceso sería un buen instrumento para el control de esta patología.

## 10. Bibliografía

1. Sánchez, J. Influencia de la reserva cognitiva en la calidad de vida en sujetos con enfermedad de Alzheimer. *Anales de la psicología*, 2013, 2 (3), 762–771. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021297282013000300015&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021297282013000300015&script=sci_arttext&tlng=es)
2. Fuentes, P. La demencia, una amenaza inminente. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 2011. 49(4), 313–314.
3. Instituto de Salud Carlos III, “ demencia un reto global” [ sitio Web] Madrid, Marzo 2014 disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-comunicacion/fd-noticias/18-marzo-2014-demencia.shtml>
4. Llop, R.; Aguilera, C.; Bosch, M.; Espinàs, J. Actualización en el tratamiento farmacológico de la demencia. *Atención Primaria*, 2006. 37(2), 108–112.
5. Barquilla, C.; Rodríguez, J. Másoterapia en las alteraciones conductuales de ancianos con demencia. *Atención Primaria*. 2015.
6. Carrasco, R. L.; Però, M.; March, J. Calidad de vida global en personas con demencia. 2011, 52 (3)- 139-146 disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/33389>
7. Jiménez, M.A.; Arrieta, E.; Arriola, E.; Calle, B.; Colmenarejo, J.C.; Cuadrado, M.; et al. *Cuidados Continuados en Atención Primaria a Personas con Enfermedad de Alzheimer*. 1a Ed. Madrid: Fundación Reina Sofía. Madrid; 2013
8. López, R.; Trigo, J. A.; Castrodeza, F. J.; Tamames, S.; León, T. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Revista Española de Geriatría Y Gerontología*, 2009. 44(1), 5–11.
9. Molinuevo, J.L.; Peña, J. Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones*. Sociedad Española de Neurología (SEN); 2009. Guía N° 8.
10. Pose, M.; Manes, F. Deterioro cognitivo leve. *Acta Neurol Colomb*, 2010 26(3), 7-12.
11. Artaso, B.; Goñi, A.; Gómez, A. Síntomas neuropsiquiátricos en el síndrome demencial. *Rev Neurol*. 2004;38(6):506
12. Almenar, C. Síntomas cognitivos de la demencia. *Inf psiquiátricas*. 2007;(189).

13. Reisberg, B.; Ferris, S.H.; de León, M..J.; Crook, T.; The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry. 1982; 139. 1136-1139.
14. Gencat. Mini Examen Cognitivo o Mec [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/30/img/MINIEXAMENCOGNITIVOdefoMEC.pdf>
15. Montero, S.; Pelegrín, M. A. Revisión de las escalas de valoración en la enfermedad de Alzheimer. Fisioterapia, 2010. 32(3), 131–138.
16. Verdugo, M.A.; Arias, B.; Gómez, L.E.; Schalock, R.L. Formulario de la escala Gencat de Calidad de Vida. 1ªEd. Barcelona: INDICA; 2008.
17. Olazarán, J.; Agüera, L.F.; Muñiz, R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2012; 55: 598-608. Disponible en: <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/12/S%C3%ADntomas-psicol%C3%B3gicos-y-conductuales-de-la-demencia-prevenci%C3%B3n-diagn%C3%B3stico-y-tratamiento.pdf>
18. Garre, J. Criterios diagnósticos de demencia: a las puertas del cambio de paradigma. Revista Alzheimer. 2007, 4–11. Accesible en: <http://revistaalzheimer.com/PDF/0161.pdf>
19. Pinedo, F.; Gala, M.; Juan, P. S. Abordaje integral de la demencia. Información Terapéutica 2011. 35(2) 39-45. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4102013>
20. Pancorbo, L.; Parra, L. cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias : revisión de la literatura. Gerokomos, 2013 24(4), 152–157.
21. Javiera, F.; Jean, J. Sobre la contribución de las terapias ocupacionales en el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. Revista Chilena de Terapia Ocupacional 2012, 12 (2.)
22. García, J.J.; Carro, R. Programa de actuación cognitiva integral en demencia (PACID).IMSERSO 2011(Vol. 1, pp. 24–40).
23. Tárraga, L.; Boada, M. Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Fundación ALE , 2009

24. Serrano, R. Investigación clínica de las posibilidades terapéuticas de un programa de autonomía personal en personas con deterioro cognitivo institucionalizadas. *TOG*, 2014. 11 (19) 1-16.
25. Yanguas, J. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. 2007. Disponible en: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=SzvjsLHkL8C&oi=fnd&pg=PT10&dq=Modelo+de+atenci%C3%B3n+a+las+personas+con+enfermedad+de+Alzheimer&ts=gBDSpCot7v&sig=Yy01kYm2mlswfrlCNoeZqkuxh7s>
26. Jara, M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula* 2007, 1, 4-14.
27. Peña, J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades. Barcelona: Fundación "la Caixa", 1999. Disponible en: [http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/53163e3ae833f010VgnVCM200000128cf10aRCRD/es/LibroAlzpart5\\_esp.pdf](http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/53163e3ae833f010VgnVCM200000128cf10aRCRD/es/LibroAlzpart5_esp.pdf)
28. Fernández, B.; Rodríguez, R. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 2011, 23, 44–50. Disponible en: <http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/9051>
29. Palau, F. G.; Franco, M.; Jiménez, F.; Bernate, M.; Parra, E.; Toribio, J. M.; Cid, T. Programas psicosociales de intervención cognitiva en población con signos de deterioro cognitivo leve (DCL): Revisión de efectos y eficacia. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 2012 6(1).
30. Cassinello, M.; Mestre, L.; Fernández, R. Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 2008. 20, 432–437. Disponible en: <http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8678>
31. Francés, I.; Barandiarán, M. Estimulación psicocognitiva en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2003 26(3) 405-422. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26n3/revision2.pdf>
32. Mendia, R. Animación sociocultural de la vida diaria en la tercera edad. Departamento de Trabajo Y Seguridad Social, Gobierno Vasco, 2002.

# 11. Anexos

## Anexo 1: Escala Reisberg

Deterioro cognitivo	GDS	Puntuación MEC lobo
No deterioro cognitivo	GDS-1 Ausencia de alteración cognitiva	30-35
	GDS-2 Disminución cognitiva muy leve	25-30
Leve	GDS-3 Defecto cognitivo leve	20-27
Moderado	GDS-4 Defecto cognitivo moderado	16-23
	GDS-5 Defecto cognitivo moderado-grave	10-19
Grave	GDS-6 Defecto cognitivo grave	0-12
	GDS-7 defecto cognitivo muy grave	0

## Anexo 2: Escala MEC Lobo

FECHA

<b>1. ORIENTACIÓN:</b>		
¿En qué año estamos? .....	1	
¿En qué estación del año estamos? .....	1	
¿En qué día de la semana estamos?.....	1	
¿Qué día (número) es hoy?.....	1	
¿En qué mes estamos?.....	1	
¿En qué provincia estamos? .....	1	
¿En qué país estamos? .....	1	
¿En qué pueblo o ciudad estamos? .....	1	
¿En qué lugar estamos en este momento? .....	1	
¿Se trata de un piso o planta baja? .....	1	
<b>2. FIJACION:</b>		
Repita estas 3 palabras: "peseta, caballo, manzana" (1 punto por cada respuesta correcta) .....	3	
Una vez puntuado, si no los ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que los aprenda. Acuérdesese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.		
<b>3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:</b>		
Si tiene 30 pesetas y me da 3 cuantas le quedan, y si me da 3 (hasta 5 restas) .....	5	
Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en nº y orden) .....		3
<b>4. MEMORIA:</b>		
Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? .....	3	
<b>5. LENGUAJE Y CONSTRUCCION:</b>		
Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? .....	1	
Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? .....	1	
Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS"		
(si es correcta) .....	1	
- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?		
¿Qué son un gato y un perro? .....	1	
¿Y el rojo y el verde? .....	1	
- Ahora haga lo que le diga: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PONGALO ENCIMA DE LA MESA. (1 punto por cada acción correcta) .....		3
Raga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: " CIERRE LOS OJOS" .....		1
Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel (le da un papel).....		1
Copiar el dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados .....		1

total

### Instrucciones:

- 1. Orientación:** Un punto por cada acierto; enumerar cada ítem y esperar la respuesta.
- 2. Fijación:** Decir las tres palabras seguidas y repetirlas tantas veces como sea necesario hasta que el paciente las diga correctamente; se da un punto por cada palabra que diga correctamente en el primer intento.
- 3. Concentración y cálculo.** Se da un punto por cada resta correcta. Se da un punto Se da un punto por cada cifra correcta y en el orden correcto.
- 4. Memoria.** Se da un punto por cada palabra recordada, independientemente del orden.
- 5. Lenguaje y construcción.** Se da un punto por cada nombre correcto. Un punto si repite la misma frase que ha de citarse una sola vez. Un punto por cada respuesta correcta (colores, animales). Un punto por cada parte de la orden correctamente realizada. Un punto si lee, interpreta y ejecuta la orden escrita ("cierre los ojos"). Un punto si escribe una frase con sujeto, verbo y predicado y con sentido (no se valora la caligrafía ni la ortografía). Un punto si dibuja dos pentágonos con intersección de uno de sus ángulos.

La puntuación máxima es de 35 puntos

**Valores normales:** 30-35 puntos.

Sugiere deterioro cognosdtivo : > 65 años: <24 puntos (24-29= borderline).

≤ 65 años : <28 puntos

### Anexo 3. Escala de valoración de calidad de vida GENCAT

#### Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

**BIENESTAR MATERIAL**

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...).	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					
ITEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.					

**BIENESTAR FISICO**

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

**DESARROLLO PERSONAL**

		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

**AUTODETERMINACIÓN**

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

**INCLUSIÓN SOCIAL**

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

**DERECHOS**

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b> _____					

**Resultado:**

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	> 130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	79-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	68-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<68	1

## Anexo 4: Hoja de registro

Semana X		Asistencia	Participación	Dificultad	Observaciones
Lunes	¡Buenos días!				
	Memoria				
	Lectura				
	Reminiscencia				
Martes	¡Buenos días!				
	Memoria				
	Calculo				
	Dibujo				
Miércoles	¡Buenos días!				
	Memoria				
	Dictado				
	Análisis				
Jueves	¡Buenos días!				
	Memoria				
	Bingo				
	Reminiscencia				
Viernes	¡Buenos días!				
	Memoria				
	Lenguaje				
	Dibujo libre				
Sábado	¡Buenos días!				
	Memoria				
	Manejo dinero				
	Taller sentidos				
Valoración semanal:					

## Anexo 5. Ficha de Memoria

Observe este cuadro y lea las palabras durante unos minutos. Posteriormente diga las palabras que recuerde.

PASTEL	AZUL	LITERA	POLICÍA	PLANETA
	COLOR	SILENCIO	FUEGO	
SOPA	GOL	CUBITO	GITARRA	CABEZAL
SOL	CESTA	AGUA	PATO	ESTRELLA
	CONEJO	PERFUME		TECHO
BICICLETA				

Lea los siguientes refranes populares:

- De tal palo, tal astilla.
- Dime con quién andas y te diré quién eres.
- Por la boca muere el pez.
- A mal tiempo, mala cara.
- Nadie nace enseñado, si no es a llorar.
- Alcanza quien no cansa
- Quien bien quiere, bien obedece
- No por mucho madrugar, amanece más temprano.

Recuerda alguno de los refranes.

## Anexo 6: Ficha de lenguaje

Escriba palabras que comiencen por las letras:

M	P	L
María	Pera	Lápiz

Escriba nombres de cosas que podemos encontrar en:

El supermercado	La cocina	La farmacia

Complete la pabla a partir de la definición

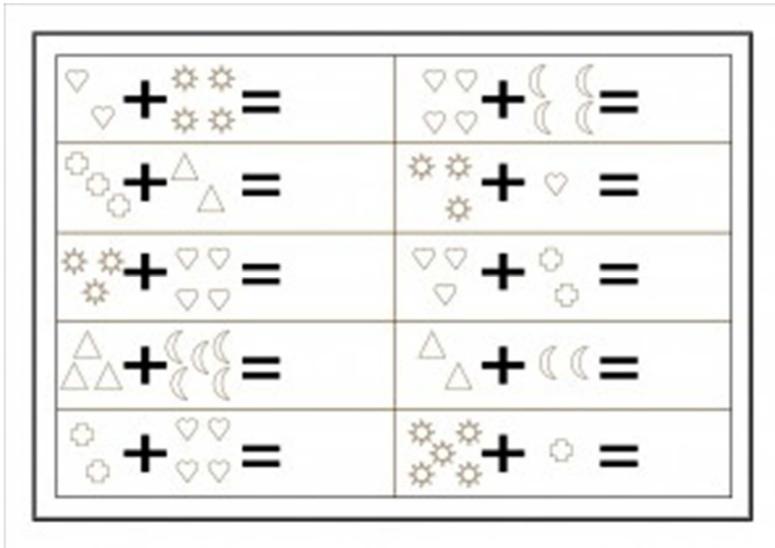
Definición	Palabra
• El árbol que da dátiles como frutos	• P _ _ _ _ _
• Construcción para pasar de un lado a otro de un río	• P _ _ _ _ _
• Edificio con murallas y fosos	• C _ _ _ _ _ O
• Mover el remo para impulsar una embarcación	• R _ _ _ _ _
• Planta que se usa para fumar	• T _ _ _ _ _
• Piedra preciosa de color rojo	• R _ _ _ _
• Dibujos grabados con tinta en la piel humana	• T _ _ _ _ _
• Duelo por la muerte de una persona	• L _ _ _ _
• Pieza de hierro que se clava en los cascos de los caballos	• HE _ _ _ _ _
• Señora que se dedica a cocinar	• C _ _ _ _ _ A
• Animal con alas y plumas	• P _ _ _ _ O

¿En qué se relacionan?

- Un estribo y una herradura: Son complementos que se le ponen a los caballos.
- Una guitarra y unas castañuelas:
- Una corbata y un cinturón:
- Una rueda y un motor:
- Un disco y la música:
- Un teléfono y una carta:

## Anexo 7. Ficha de cálculo

Realice las siguientes operaciones:



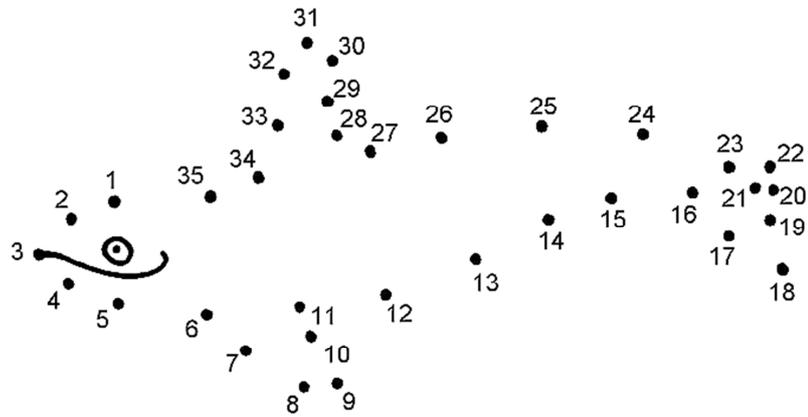
Continúe la serie

2	4	6							
									100

5	10	15										

### Anexo 8: Ficha de Dibujo

Coja un lápiz y una todos los puntos siguiendo la numeración, hasta conseguir que aparezca el dibujo de la figura.

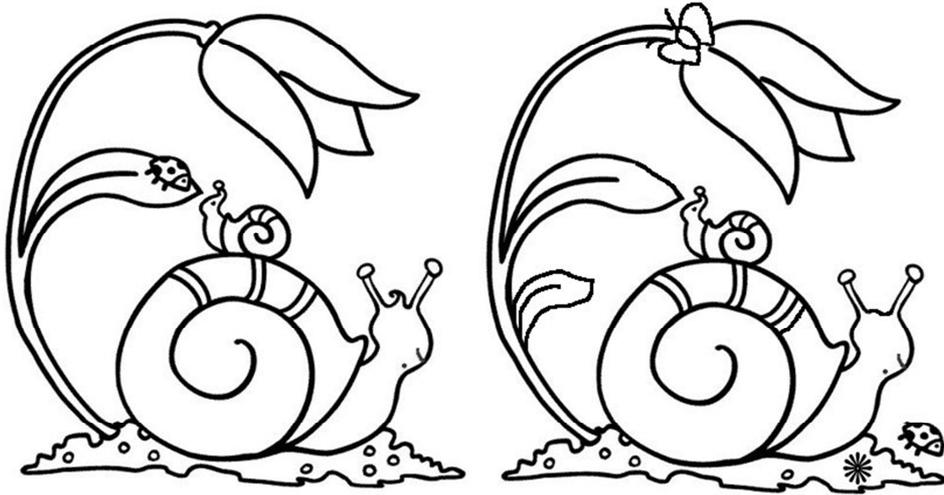


Complete esta imagen

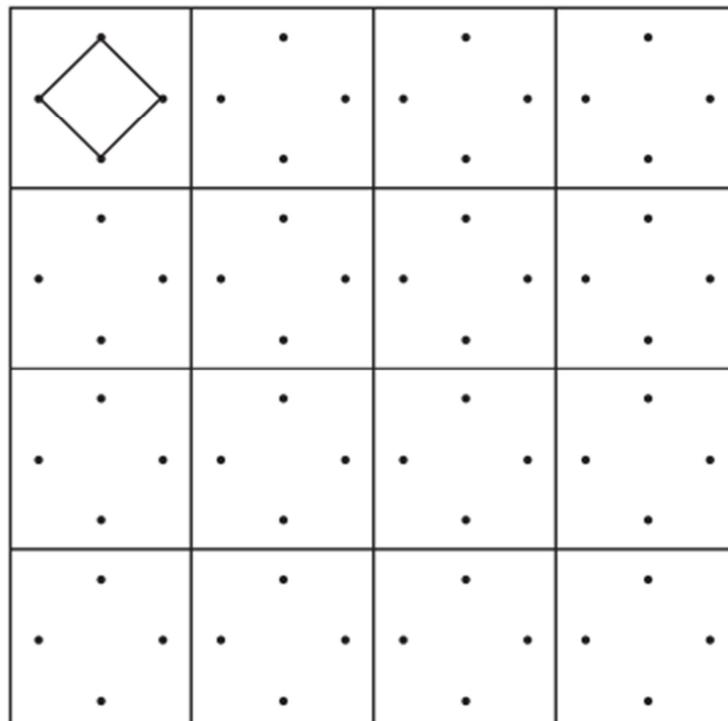


## Anexo 9. Ficha de Análisis

Encuentre las 7 diferencias



Repita la figura siguiendo los puntos.



## Anexo 10. Consentimiento informado

Yo..... ,con documento nacional de identidad....., mayor de edad o autorizado por mi representante legal, con domicilio en .....  
.....

De forma libre y voluntaria manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia autorizo mi participación en la intervención teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y el propósito de la intervención.
2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
3. Estoy satisfecho con la información proporcionada.
4. Reconozco que todos los datos proporcionados referentes a mi historial médico son ciertos y que no he omitido ninguno que pueda influir en el desarrollo de la intervención.

En Lleida a,..... de....., de 201...

Firma: