

2. Terapia ocupacional. Intervención domiciliaria en fase inicial de Alzheimer

Noelia Sierra Tendero

Terapeuta ocupacional en Residencia y centro de día de mayores. Almería.

Fecha recepción: 09.10.2021

Fecha aceptación: 06.11.2021

RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, crónica, progresiva e incurable. Es el tipo más común de demencia hoy en día.

En el momento en que una persona y su familia son diagnosticados con Alzheimer, su vida toma un giro de 180°.

La intervención más eficaz se compone de tratamiento farmacológico y no farmacológico. Aunque esta intervención no producirá una recuperación, tratará los síntomas de la persona, lo que influirá positivamente en su calidad de vida.

Entre las terapias no farmacológicas está la Terapia Ocupacional. El objetivo principal de esto es que el individuo logre el más alto grado de independencia y calidad de vida a través de la ocupación.

El terapeuta ocupacional trabajará de manera integral, interviniendo en la esfera cognitiva, física y social.

La intervención en el hogar se basará principalmente en el reciclaje de actividades de la vida cotidiana, la adaptación al hogar, un programa de estimulación cognitiva, habilidades psicomotrices y un programa de ocio y tiempo libre.

Este tratamiento no curará ni detendrá la progresión de la enfermedad, pero mejorará la calidad de vida de la persona y de su cuidador principal.

Palabras clave: Terapia ocupacional, Alzheimer, domicilio, valoración, AVD, adaptaciones, rehabilitación.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is a neurodegenerative, chronic, progressive and incurable disease. It is the most common type of dementia today.

The moment a person and their family are diagnosed with Alzheimer's, their life takes a 180° turn.

The most effective intervention is made up of pharmacological and non-pharmacological treatment. Although this intervention will not produce a recovery, it will treat the person's symptoms, which will positively influence their quality of life.

Among the non-pharmacological therapies is Occupational Therapy. The main objective of this is for the individual to achieve the highest degree of independence and quality of life through occupation.

The occupational therapist will work holistically, intervening in the cognitive, physical and social sphere.

The intervention at home will be based mainly on retraining of daily life activities, home adaptation, a program of cognitive stimulation, psychomotor skills and a leisure and free time program.

This treatment will not cure or stop the progression of the disease, but it will improve the quality of life of the person and their main caregiver.

Keywords: Occupational therapy, Alzheimer's, home, assessment, ADL, adaptations, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La demencia tipo Alzheimer (EA) presenta una alta incidencia y prevalencia en la población mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (1), se estima que esta enfermedad afecta alrededor de 50 millones de personas a nivel mundial y que el 60% de ellos viven en países con ingresos de nivel bajo-medio. Entre un 5% y 8% de la población mundial mayor de 60 años sufre demencia en un determinado momento.

Observamos que la tasa de incidencia va en incremento, por lo que se prevé, que el número total de personas con demencia sea de 82 millones en 2030 y de 152 millones en 2050. Este incremento está ligado al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida.

Según el Plan Integral de Alzheimer elaborado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2), el número de personas afectadas en España supera los 700.000 casos en mayores de 40 años. En 2050 el número de casos se habrá duplicado y se aproximará a los dos millones.

Esta "pandemia silenciosa" provoca un gran impacto a nivel económico y social tanto en el ámbito familiar como en la sociedad en general.

Como nos indica en la Revista de Neurología Argentina (3), la demencia es la primera causa de discapacidad en adultos mayores y la enfermedad que genera una mayor dependencia, sobrecarga económica y estrés psicológico en el cuidador.

Esto provoca que sea necesaria tras el diagnóstico, una intervención temprana y precoz, que reduzca significativamente la dependencia de la persona y la sobrecarga del cuidador.

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Definición

La demencia tipo Alzheimer es el tipo de demencia más común en la actualidad. También se le conoce como enfermedad de Alzheimer o mal de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer hizo aparición en 1906 tomando el nombre de su descubridor Alois Alzheimer.

Esta patología es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva que se caracteriza por la acumulación de placas o depósitos de la proteína Tau o la beta amiloide que causan una degeneración cerebral progresiva en el individuo, afectando a sus capacidades físicas, cognitivas y conductuales.

Este tipo de demencia, no es mortal, pero los individuos suelen fallecer de complicaciones derivadas de ésta: Broncoaspiraciones, aparición de úlceras por presión, etc.

Clínica y sintomatología propia de la enfermedad de Alzheimer

El primer síntoma de la enfermedad en aparecer suele ser la pérdida de la memoria a corto plazo episódica. Los familiares y el propio individuo se aquejan de pequeños olvidos o de sucesos que ocurrieron recientemente pero que han olvidado.

A nivel cognitivo suele aparecer alteraciones en el lenguaje, alteraciones en la orientación en los tres planos, alteraciones visuales y/o auditivas (gnosias), alteraciones en la memoria, alteraciones en las praxis, alteraciones en las funciones ejecutivas, alteraciones en la lecto-escritura y cálculo, y alteraciones en la atención y concentración.

También se produce una clínica conductual y emocional, como son, la apatía, desidia, depresión, delirios, alucinaciones, abulia, cambios de humor, etc.

A nivel físico, se produce un deterioro evidente, el cual, suele aparecer en estadios avanzados de la enfermedad: Estereotipias, alteraciones de la marcha, úlceras por presión, incontinencia, etc.

Finalmente, la afectación de todos estos ámbitos conlleva una alteración en la esfera social, que provoca un empobrecimiento en la calidad de las relaciones sociales y un retraimiento y disminución en el número de interacciones.

Cabe destacar, que la afectación cerebral suele producirse de manera homogénea, sin embargo, la aparición de la clínica durante el periodo de la enfermedad se produce de manera heterogénea. Hay individuos que presentan síntomas que pertenecen a estadios más avanzados de manera precoz. Todo va a depender del nivel y de la zona con más deterioro cerebral.

Fases de la demencia tipo Alzheimer

Generalmente se han descrito tres estadios:

- *Estadio I:* Corresponde a una fase leve de la enfermedad. En dicha fase, observamos una alteración en la memoria a corto plazo y episódica. También se detectan fallos en la

orientación temporo-espacial, dificultades en la programación para la ejecución de las tareas de la vida diaria (sobre todo las actividades instrumentales) y alteraciones de atención-concentración. No hay aparición de clínica física en esta fase. El individuo manifiesta cambios de estado anímico, irritabilidad, depresión, pérdida de iniciativa para realizar actividades y abulia. Hay un empobrecimiento en la expresión oral y aparece una dificultad en la lecto-escritura. Finalmente, se produce un deterioro en la calidad de las relaciones sociales.

- *Estadio II:* Este corresponde a una fase moderada. En esta etapa el progreso de la enfermedad se hace más evidente. Se observan problemas en memoria a corto plazo, memoria semántica, memoria de trabajo, etc. Manifiesta fallos en áreas cognitivas básicas: Desorientación temporo-espacial, apraxias, agnosias, afasias, ecolalia, acalculia, etc. Se producen estereotipias y un déficit con respecto a *las actividades básicas de la vida diaria* (ABVDs). La fluidez en los movimientos durante la realización de las ABVDs ha disminuido y la marcha suele tener alteraciones importantes.

Pueden aparecer sintomatología positiva (episodios delirantes). La sintomatología negativa (apatía, abulia, desidia, etc) se hace más evidente.

- *Estadio III:* Se corresponde con una fase avanzada de la enfermedad. La persona es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Presenta incontinencia. Se observa una grave afectación en las capacidades cognitivas básicas. En este estadio, las personas suelen fallecer por complicaciones derivadas del avanzado estado de la enfermedad: Úlceras por presión por inmovilidad, neumonías por broncoaspiraciones derivados de problemas deglutorios, etc.

Sin embargo, otros individuos suelen quedar encamados (vida en cama) con necesidad de sondas gástricas que le ayudan a alimentarse.

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de dicha patología se han descrito en varios manuales. Los más utilizados son los del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría* (DSM) y los de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE).

El DSM más utilizado ha sido el DSM-IV en este se incluye los criterios necesarios para el diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer. En su actualización, el DSM-V ha hecho una diferencia entre trastorno neurocognitivo menor, lo que conoceríamos como el deterioro cognitivo leve, y el trastorno neurocognitivo mayor, donde se incluiría la demencia tipo Alzheimer.

A continuación, se adjuntan los criterios de los principales manuales:

Criterios diagnósticos DSM-IV de demencia tipo Alzheimer (4)

- A. Desarrollo de múltiples déficits cognitivos que se manifiesta por ambos:

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - a. Afasia (alteración del lenguaje).
 - b. Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - c. Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - d. Alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).
- B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan:
 1. Un deterioro significativo de la actividad laboral o social,
 2. Representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.
- D. Los déficits cognitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
 1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia crónica del adulto, tumor cerebral).
 2. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B₁₂ y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH).
 3. Enfermedades inducidas por abuso de sustancias.
- E. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para trastorno neurocognitivo mayor (5)

- A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:
 1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.
 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de dos o más

desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.

- B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Criterios diagnósticos CIE-10: F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer G30 (6)

- A. Deben cumplirse los criterios generales de demencia (G1-G4)
 - G1: Deterioro de memoria evidente y déficit de otras habilidades cognoscitivas.
 - G2: Conciencia del entorno.
 - G3: Deterioro del control emocional.
 - G4: Duración mayor de 6 meses.
- B. No existen pruebas en la historia clínica, exploración física o investigaciones especiales de otra posible causa de demencia (p.ej., enfermedad cerebrovascular, infección por VIH, enfermedad de Parkinson.), de un trastorno sistémico (p. ej., hipotiroidismo, déficit vitamina B₁₂) o de abuso de alcohol o sustancias.

Como podemos comprobar todos los manuales van encaminados en la misma línea de sintomatología y criterios. El defecto de memoria evidente es el criterio más identificativo para su diagnóstico.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y TERAPIA OCUPACIONAL

Para comenzar este capítulo, veo de gran importancia definir qué es la Terapia Ocupacional.

La *Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales* (WFOT) (7) define a la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

El trabajo del terapeuta ocupacional tiene una perspectiva holística, es decir, el ámbito de intervención es una atención biopsicosocial. Se considera a la persona como un todo y se interviene en el ámbito físico, social y cognitivo.

El trabajo del terapeuta ocupacional en las demencias puede ser a nivel domiciliario, comunitario y/o institucionalizado parcial o totalmente. La intervención puede ir enfocada en el usuario y/o en el cuidador principal. En este caso, nos vamos a centrar en la intervención domiciliaria.

El fin final del tratamiento es que el individuo tenga el mayor nivel de autonomía posible dentro de su progresiva disfunción y discapacidad. Esto influirá positivamente a nivel emocional, mejorando el autoconcepto y la autoestima de la persona. Además, conlleva otros beneficios en el ámbito familiar provocando una menor sobrecarga del cuidador, y en el ámbito comunitario, haciendo una utilización responsable de los recursos y evitando un gasto económico innecesario.

La metodología de intervención más eficaz es la combinación de la terapia farmacológica y la terapia no farmacológica.

Es destacable que dentro de las terapias no farmacológicas y a pesar de que la Terapia Ocupacional no retrase la progresión de la aparición de los síntomas propios de la enfermedad, es un tratamiento eficaz sobre la capacidad de desempeño del individuo y por lo tanto interviene directamente en un aumento en su calidad de vida (8).

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

La ocupación es el eje principal de la Terapia Ocupacional. Mantenerse ocupado e implicarse en las actividades, conlleva un mejor estado de bienestar y salud.

Como ya hemos indicado con anterioridad, en este proyecto nos vamos a basar en la atención domiciliaria y, por lo tanto, en las actividades que ocurran dentro del hogar.

La clasificación que hace la AOTA (9) de las *actividades de la vida diaria* AVDs:

- *Actividades de la vida diaria, también conocidas como actividades básicas de la vida diaria (ABVDs):* Se basa principalmente en las actividades de autocuidado: Alimentación, vestido, aseo, ducha, higiene personal, continencias y desplazamientos. También se incluyen la utilización de dispositivos de apoyo.
- *Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs):* Son actividades que implican mayor complejidad para su desempeño. Estas actividades requieren de un adecuado control de componentes cognitivos, físicos y psicosociales. En éstas se incluyen el cuidado de otros, cuidado del hogar, uso de nuevas tecnologías, compras, manejo del dinero, etc.
- *Descanso y sueño.*
- *Educación:* Actividades de aprendizaje relacionadas con el ámbito académico y no académico.
- *Trabajo:* Actividades relacionadas con el ámbito laboral.
- *Juego.*
- *Actividades de ocio*
- *Actividades de participación social.* Implican que su realización sea de manera comunitaria.

VALORACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

La valoración debe basarse en una entrevista inicial con el usuario, un batería de escalas y test, una observación directa in situ y finalmente una entrevista con los familiares.

Es de gran importancia disponer de un informe médico con la historia clínica del paciente. A parte del diagnóstico principal, otras patologías secundarias también pueden dificultar la consecución de las tareas de la vida diaria.

Para proceder con la valoración inicial, debemos realizarla con la persona a solas, en un ambiente tranquilo y sin ruidos. Explicaremos el procedimiento con palabras comprensibles, de forma clara y sin prisas.

A continuación, se van a añadir un ejemplo de entrevista semiestructurada:

- ¿Cómo se encuentra usted?
- ¿Trabaja?, ¿En qué trabaja o a qué se ha dedicado?
- ¿Está casado o tiene pareja?
- ¿Con quién convive en casa?
- ¿Qué le gusta hacer en su día a día?
- Cuénteme un día de su vida cualquiera.
- ¿Nota usted alguna dificultad en vida diaria?
- ¿Nota usted que se le olvidan las cosas?
- ¿Se encuentra usted más cansado o irritado?
- ¿Tiene problemas de sueño?
- ¿Necesita ayuda en alguna actividad diaria? En caso afirmativo, indagar sobre la tarea. Si es en el vestido: abotonado, subir la cremallera, calzarse, etc. En la alimentación: Abrir botes, extender la mantequilla, etc.
- ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?
- Cuénteme actividades le gustan o gustaría hacer y que no.
- ¿Ha cambiado su vida actual con respecto a antes del diagnóstico de su enfermedad?
- ¿Qué quiere conseguir con el tratamiento?

Con respecto a los test y escalas, se van a desarrollar en los siguientes puntos divididos en valoración funcional, cognitiva y social; de manera que sea más fácil visualizarlos.

En el anexo 1, también podremos encontrar otros ejemplos y tipo de escalas que también pueden ser de utilidad en esta valoración, como son la escala de depresión de Yesavage y la escala del *Test del Informador* (TIN).

Valoración cognitiva

El test más utilizado para valorar esta área, suele ser el *Mini Examen Cognoscitivo de Lobo*. Se usa por su brevedad y rapidez. Cabe destacar que, en casos de déficits sensoriales, bajo nivel educativo y nerviosismo pueden influir negativamente en el resultado obtenido. Ver figura 1 (10).

NOMBRE: _____

EDAD: _____ NIVEL FORMATIVO: _____

FECHA: _____ / _____ / _____ PROFESIONAL: _____

INSTRUCCIONES

Las indicaciones en **negrita** deben ser leídas al sujeto en voz alta, despacio y de manera clara. Entre paréntesis se apuntan indicaciones complementarias y las respuestas esperables a algunos ítems. La exploración debe realizarse en privado y en el idioma materno del sujeto. Si este padece alguna limitación de tipo visual y auditivo, debe ponerse y/o ajustar la prótesis que utilice para corregirla (gafas, audífono). Marque con un círculo el 0 si la respuesta es incorrecta, y el 1 si la respuesta es correcta. Puede comenzar la exploración formulando alguna pregunta introductoria, como la siguiente:

¿Tiene algún problema con su memoria?

1. ORIENTACIÓN TEMPORAL

RESPUESTA

PUNTUACIÓN

Dígame, por favor...		
¿En qué año estamos?		0 1
¿En qué estación o época del año estamos?		0 1
¿En qué mes estamos?		0 1
¿Qué día de la semana es hoy?		0 1
¿Qué día del mes es hoy?		0 1

2. ORIENTACIÓN ESPACIAL

Pueden sustituirse los lugares originales por otros alternativos; anótelos si es así

¿En qué país estamos?		0 1
¿En qué provincia/comunidad autónoma estamos?		0 1
¿En qué población estamos?		0 1
¿Dónde estamos ahora? (establecimiento/casa: nombre de la calle)		0 1
¿En qué planta/piso estamos? (casa: piso o número de la calle)		0 1

3. FIJACIÓN

Pueden utilizarse series alternativas de palabras (p. ej., LIBRO, QUESO, BICICLETA) cuando tenga que reevaluarse al paciente; anótelos si es así

Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y deberá repetir las cuando yo termine. ¿Preparado? Estas son las palabras:	
PELOTA	0 1
CABALLO	0 1
MANZANA	0 1
¿Me las puede repetir? (si es necesario, repetir las hasta cinco veces, pero puntuar sólo el primer intento) Trate de recordar estas palabras; se las preguntaré de nuevo en unos minutos	

4. ATENCIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas monedas le quedan? Siga restando de 3 en 3 hasta que le diga que pare			
30 menos 3... (27)		0	1
... menos 3... (24)		0	1
... menos 3... (21)		0	1
... menos 3... (18)		0	1
... menos 3... (15)		0	1

5. MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (no facilitar pistas)			
PELOTA		0	1
CABALLO		0	1
MANZANA		0	1

6. NOMINACIÓN

Pueden utilizarse objetos comunes alternativos (p. ej.; gafas, sillas, llaves, etc.); anótelos si es así

¿Qué es esto? (mostrar un lápiz o bolígrafo)		0	1
Y esto, ¿qué es? (mostrar un reloj)		0	1

7. REPETICIÓN

Ahora le voy a decir una frase que deberá repetir ¿Preparado? EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS ¿Me la puede repetir, por favor? (si es necesario, repetirla hasta cinco veces, pero puntuar sólo el primer intento)		0	1
---	--	---	---

8. COMPRENSIÓN

Tenga una hoja de papel a mano

Ahora escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo siguiendo mis instrucciones ¿Preparado? (facilitar la hoja de papel)			
Coja este papel con la mano derecha...		0	1
... dóblelo por la mitad...		0	1
... déjelo en el suelo/mesa...		0	1

9. LECTURA

Ahora le voy a mostrar un papel con una frase; debe leerla y hacer lo que está escrito ¿Preparado? (mostrar la hoja con la frase estímulo)		0	1
CIERRE LOS OJOS			

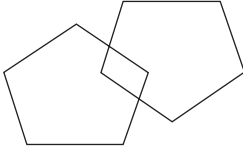
10. ESCRITURA

Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano

<p>Ahora le voy a pedir que escriba una frase; lo que quiera, algo que tenga sentido (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo) Si la persona no responde, puede decirle, por ejemplo: Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy</p>	<p>0 1</p>
---	------------

11. DIBUJO

Tenga una hoja de papel y un lápiz o bolígrafo a mano

<p>Ahora le voy a pedir que copie este dibujo (facilitar la hoja de papel y el lápiz o bolígrafo y mostrar la hoja con el dibujo estímulo)</p> 	<p>0 1</p>
---	------------

<p>PUNTUACIÓN TOTAL</p>	<p>/30</p>
-------------------------	------------

Figura 1. Contenido de la adaptación española del MEC (Lobo et al.¹, 1979, 1999, 2002).

Según la puntuación obtenida en el test se considera que 25 puntos suponen un ligero déficit, de 20 a 25 puntos un deterioro cognitivo leve, de 15 a 19 puntos un deterioro moderado (claro signo de demencia) y de 0 a 14 un deterioro cognitivo grave (demencia avanzada).

Otro test muy utilizado para este tipo de valoración, es el *Test de Pfeiffer*. Este instrumento pertenece a una batería de escalas llamadas OARS. Pero se puede usar de manera independiente para valorar el estado cognitivo del enfermo de Alzheimer. Ver figura 2 (11).

En este caso si se hace distinción entre estudios (primarios o secundarios), falsos negativos (pacientes con Parkinson) y falsos positivos (pacientes psiquiátricos y analfabetismo).

Se considera puntuación normal cuando hay de 0 a 2 errores, de 3 a 4 errores se considera deterioro cognitivo leve, de 5 a 7 errores es deterioro cognitivo moderado y de 8 a 10 errores un deterioro cognitivo importante. Se permite un error de más si no han recibido educación primaria y un error de menos si tienen estudios superiores.

Hay otra escala muy instaurada y conocida que es la llamada *Escala de deterioro global de Reisberg* (GDS). Realmente más que una escala es una clasificación, que indica en qué momento de la demencia se encuentra en el sujeto y como su afectación cognitiva afecta a su vida cotidiana.

Bajo estas líneas, se adjunta las fases descritas en la escala de GDS (12). Cabe indicar que las puntuaciones correspondientes al MEC son orientativas.

GDS 1, ausencia de alteración cognitiva

MEC de Lobo entre 30 y 35 puntos.

Se corresponde con el individuo normal:

- Ausencia de quejas subjetivas.
- Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.

GDS 2, disminución cognitiva muy leve

MEC de Lobo entre 25 y 30 puntos.

Se corresponde con el deterioro cognitivo subjetivo:

Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:

- Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
- Olvido de nombres previamente bien conocidos.

No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Figura 2. Obtenido de la Validación y adaptación del Test de Pfeiffer a la versión española (Martínez, Duenas, Onis 2001).

No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.

Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

GDS 3, defecto cognitivo leve

MEC de Lobo entre 20 y 27 puntos.

Se corresponde con el deterioro cognitivo leve:

Primeros defectos claros: manifestaciones en una o más de estas áreas:

- El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.
- Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.
- Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres.
- Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.
- Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.
- Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.
- En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.

Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva.

Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.

La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente.

Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.

GDS 4, defecto cognitivo moderado

MEC de Lobo entre 16 y 23 puntos.

Se corresponde con una demencia en estadio leve.

Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:

- Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
- El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
- Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de siete.

• Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.

Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:

- Orientación en tiempo y persona.
- Reconocimiento de personas y caras familiares.
- Capacidad de desplazarse a lugares familiares.

Incapacidad para realizar tareas complejas.

La negación es el mecanismo de defensa dominante.

Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS 5, defecto cognitivo moderado-grave

MEC de Lobo entre 10 y 19 puntos.

Se corresponde con una demencia en estadio moderado.

El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.

No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.

Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar.

Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.

Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.

Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su pareja e hijos.

No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de la ropa adecuada.

GDS 6, defecto cognitivo grave

MEC de Lobo entre 0 y 12 puntos.

Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave:

Ocasionalmente puede olvidar el nombre de su pareja, de quien, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.

Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.

Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario.

Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.

Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante.

Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.

Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.

El ritmo diurno está frecuentemente alterado.

Casi siempre recuerda su nombre.

Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.

Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:

- Conducta delirante: puede acusar de impostora a su pareja, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo.
- Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza.
- Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente.
- Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

GDS 7, defecto cognitivo muy grave

MEC de Lobo = 0 puntos, impracticable.

Se corresponde con una demencia en estadio grave.

Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas, y en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.

Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.

Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulación.

El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

Valoración funcional

Para realizar este tipo de valoración es importante distinguir entre escalas que valoran las *actividades básicas de la vida diaria* (ABVDs) y las de las *actividades instrumentales de la vida diaria* (AIVDs).

En general, lo que vamos a medir es el grado de dependencia de la persona durante la realización de las actividades de su rutina diaria. El fin es detectar las tareas o componentes deficitarios para intervenir en ellos y proporcionar al individuo un mayor grado de funcionalidad e independencia.

Valoración actividades básicas de la vida diaria

Las escalas más usadas para valorar este tipo de actividades son *el Índice de Barthel*, *el índice de Barthel modificado* y *el índice de Katz*.

La diferencia entre el índice de Barthel y el Barthel modificado reside en la puntuación. El Barthel modificado desglosa más las actividades en tareas por lo que el sistema de puntuación es distinto, pese a que las actividades y el máximo de puntuación es el mismo.

A continuación, adjuntamos el índice de Barthel, ya que es el más utilizado tanto en instituciones como en atención primaria (13):

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 6 ítems dicotómicos. El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como **C, D, E o F.**

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. *Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.*

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

Figura 3. Katz, Dwon y Cash y cols; 1970. (14).

El índice de Katz, también llamada escala funcional de Katz, es similar al Barthel, pero el número de actividades evaluadas es menor y la puntuación se establece con "letras" no con "números".

Valoración actividades instrumentales de la vida diaria

Las actividades instrumentales, como ya hemos contando anteriormente, son las que implican un grado más de dificultad y un mayor número de componentes durante su ejecución.

La escala más usada y conocida es el *índice de Lawton y Brody*. Es de realización rápida y con puntuación numérica.

Valoración social

En los primeros estadios de la enfermedad es de gran importancia, valorar los apoyos sociales (red familiar y social) de la que dispone la persona.

Esto va a guiar en parte, primeramente, la manera de enfocar el tratamiento. Además, va a influir en el uso de recursos (físico y humanos) que se necesitaran a posteriori y en el estado anímico que tenga el paciente durante este largo proceso.

Hay una infinidad de escalas para valorar el apoyo social y familiar del individuo: *Cuestionario de MOS, cuestionario de Ocio y Tiempo Libre, Escala de apoyo social, familiar y de amigos*; y finalmente, el que se he seleccionado para la valoración de esta esfera, el *cuestionario de Duke-Unc*.

Es un cuestionario de fácil administración, puede ser el mismo individuo el que se lo realice y en un corto espacio de tiempo.

El cuestionario dispone de 11 ítems de valoración numérica, siendo el máximo 55 y el mínimo 11. El resultado es un reflejo del apoyo percibido por el usuario, no del apoyo real. El corte está establecido en 32: Un resultado menor de 32 refleja un apoyo percibido bajo y un resultado igual o superior, un apoyo normal.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA LAWTON Y BRODY-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 8 ítems. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

	Puntos
Capacidad de usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
Cuidado de la Casa	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
Manejo de asuntos económicos	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes	1
Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

Figura 4. Lawton, Brody; 1969. (15)

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Figura 5. Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan; 1988 (16).

OBJETIVOS PROPUESTOS TRAS LA VALORACIÓN

Es de gran importancia proponerse unos objetivos tanto a corto como medio plazo.

Tras la valoración, observaremos una áreas y componentes deficitarios y deberemos hacer mayor hincapié en ellos. Estos objetivos nos van a marcar la utilidad de nuestra intervención.

Como ya se ha reiterado en varias ocasiones, el Alzheimer es una enfermedad crónica y progresiva. Hay individuos que evolucionan a futuros estadios con más rapidez y otros, que persisten en la misma situación basal durante años. Por lo que, se debe hacer un seguimiento continuo de la persona, y en caso de ser necesario, hacer una nueva valoración y modificar los objetivos según las nuevas necesidades.

Los objetivos deben ser realistas, claros y estar consensuados tanto con la persona como con sus familiares.

A continuación, vamos a proponer una serie de objetivos generales en este tipo de intervención. Estos objetivos ha-

brá que adecuarlos y graduarlos a las necesidades y posibilidades del paciente.

- Favorecer la autonomía personal en el hogar.
- Fomentar el mayor grado de funcionalidad.
- Promover una rutina diaria estructurada y saludable.
- Aumentar la calidad de vida y el estado de bienestar.
- Fomentar las relaciones sociales.
- Promover actividades de ocio y placenteras.
- Estimular sus capacidades cognitivas básicas.
- Retrasar el avance de la enfermedad.
- Mantener su estado físico y funcional.
- Mantener y/o aumentar el grado de independencia en la realización de las ABVDs.
- Proveer productos de apoyo.

- Eliminar barreras arquitectónicas o elementos decorativos que dificulten la ejecución de las AVDs.

Estos objetivos anteriormente enumerados, son objetivos más generales. Tras la valoración inicial y observar los componentes y tareas deficitarias, se podrán exponer otros más específicos. A modo de ejemplo, se van a enumerar unos pocos:

- Promover una mayor amplitud articular.
- Estimular la atención sostenida.
- Trabajar la prensión fina.
- Mejorar la coordinación visomotora
- Estimular la concentración.
- Trabajar la praxis ideomotora.

Es importante hacer evaluaciones constantes con respecto a la consecución de los objetivos y la efectividad del tratamiento implantado. Esto permitirá al terapeuta detectar cambios en el usuario y modificar la intervención adoptada cuando sea necesario.

INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

La intervención desde Terapia Ocupacional va a estar enfocada en varias partes:

- Se trabajará un reentrenamiento de las actividades de la vida diaria, proporcionando productos de apoyo si fuesen necesarios.
- Una adaptación del domicilio a las necesidades actuales y futuras de la persona.
- Programa de estimulación cognitiva: Se trabajarán los componentes cognitivos básicos.
- Programa de psicomotricidad: Ejercicios físicos y de movilidad.
- Programa de ocio y tiempo libre: Actividades placenteras y de ocio.

Dada la importancia de establecer una rutina diaria en pacientes con este tipo de patología, sería de gran ayuda realizar un calendario semanal con ayuda del propio individuo y del familiar (respetando sus horarios y rutinas diarias) que faciliten la automatización de las tareas.

Involucrar al familiar en su elaboración y hacerle participe del tratamiento, va a suponer una menor sobrecarga en el cuidador.

Como ejemplo, podemos mostrar el siguiente horario de elaboración propia:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
REENTRENAMIENTO ABVDs: DUCHA/VESTIDO	REENTRENAMIENTO ABVDs: IR A COMPRAR	REENTRENAMIENTO ABVDs: DUCHA/VESTIDO	REENTRENAMIENTO ABVDs: HIGIENE PERSONAL	REENTRENAMIENTO ABVDs: DUCHA/VESTIDO	REENTRENAMIENTO ABVD: CUIDADO DEL HOGAR
ELABORACIÓN PLANILLA COMIDA SEMANAL	REENTRENAMIENTO MANEJO DEL DINERO	PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD	ESTIMULACIÓN COGNITIVA	PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD	REENTRENAMIENTO ABVD: PREPARACIÓN/TOMA MEDICACIÓN
COCINAR	ESTIMULACIÓN COGNITIVA	COCINA	TALLER DE OCIO Y TIEMPO LIBRE	COCINA	TALLER DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

Figura 6. Realización propia.

Este horario se puede modificar o variar según las necesidades, preferencias o rutinas de la persona.

RECOMENDACIONES A SEGUIR DURANTE LAS TERAPIAS

Hay que ser siempre paciente y no meter prisa en la realización de las actividades, pero en el caso de que se disperse, hay que reconducirle a la actividad.

Si se observa que no es capaz de llevar a cabo todas las tareas de una actividad compleja, siempre realizará el paso final y conforme vaya adquiriendo las destrezas necesarias, se va incrementando a tareas que impliquen mayor dificultad.

No puede apreciar el enfado o impaciencia del profesional, ya esto generará frustración y negativa a continuar con la tarea. Si presenta mucha dificultad en una actividad hay que graduarla o adaptarla a sus capacidades.

Dar órdenes simples y no dar demasiada información seguida. Hablar con un lenguaje sencillo y pausado, y con tono asertivo.

Reforzar siempre las actividades que se ejecuten correctamente y las conductas adecuadas, reforzando así el sentimiento de autoestima.

Permitir que sea el paciente el que realice las actividades, aunque esto conlleve un largo tiempo.

Adecuar siempre los ejercicios a los gustos y preferencias del paciente.

Realizar las actividades en lugares donde no haya estímulos ambientales que interfieran en su ejecución (televisión, familiares hablando, etc.)

REENTRENAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Alimentación

La alimentación es una actividad muy importante en nuestra vida diaria, es un ritual placentero y social. Una adecuada alimentación nos proporciona nutrientes que permiten un buen estado de salud, influyendo en nuestro estado de la piel, hidratación, etc.

En los primeros estadios de la enfermedad, la alimentación no suele verse afectada. Conforme avanza la patología, los principales problemas que aparecen son alteraciones de la deglución, disfagias y dificultad en la praxis de la alimentación (fallos en la programación de la actividad, ecopraxias, estereotipos patológicos, apraxia ideomotora y apraxia ideatoria).

Normalmente, el individuo durante la alimentación se equivoca de cubierto, come de manera desordenada, hace movimientos repetitivos (limpia con la servilleta la mesa o la dobla continuamente), es incapaz de usar un utensilio, etc.

En estos casos lo mejor es servir los platos de manera ordenada, no ponerlos todos en la mesa al mismo tiempo, proveerlo del utensilio necesario únicamente, darle apoyo verbal simple; buscando la automatización de la tarea. Las tareas automatizadas son las que "se olvidan" con mayor dificultad.

Cuando aparecen problemas de agarre, dificultad del arrastre de la comida o para coger el vaso, hay diferentes productos de apoyo que pueden facilitar la independencia de dicha actividad (ver figura 7). En el mercado hay disponibles una gran variedad de cubiertos engrosados, platos antideslizantes o con reborde, jarras con asa, etc.

Con respecto a los problemas deglutorios y con la aparición de cualquier signo de ello, hay que acudir a un profesional que evalúe y diagnostique el problema. En pacientes con Alzheimer es común el uso de espesantes por problemas deglutorios. En casos de mayor gravedad, suelen colocarse sondas que administran un correcto estado nutricional al enfermo. Por su parte, el terapeuta, debe incidir en un adecuado posicionamiento, facilitando el desplazamiento del bolo alimenticio hacia el estómago.

El terapeuta ocupacional debe realizar una observación directa durante la alimentación, detectando los fallos durante su ejecución, para proporcionar al usuario y a su cuidador la información, la metodología y los productos de apoyo (si fuese necesario) adecuados para abordar este problema.

Vestido

En el vestido, como en la alimentación, los mayores problemas aparecen por fallos en la programación de la actividad en un estado más avanzado de la enfermedad. Las principales dificultades aparecen en la secuenciación: Se saltan pasos, cambian el orden de las tareas, etc. Por ejemplo: Se colocan primero la camiseta y después el sujetador.

Podemos observar dificultades por afectación de apraxia ideomotora, apraxia ideatoria y asomatognosia. La desorientación temporal y la afectación de las funciones ejecutivas pueden afectar en el la elección de la prenda adecuada, como por ejemplo, ponerse un pantalón corto en invierno.

El terapeuta debe observar la actividad durante su ejecución y analizarla, buscando los componentes (motores, cognitivos o del entorno) que puedan estar afectando en su desempeño.

Cabe indicar, que los enfermos de EA tienen otras comorbilidades que pueden afectar en la autonomía de dicha actividad: Problemas de movilidad, lesiones neurológicas, déficits sensoriales, lesiones medulares, etc.

En estadios iniciales, podemos trabajar con la persona la elección de ropa adecuada de manera semanal. Primeramente, debemos hablar del tiempo que va a hacer y junto al usuario elegir la ropa de todos los días de la semana, siempre respetando sus gustos y rituales. Para organizarla en la percha podemos colocar un cartel indicativo con el día de la semana o con un número del 1 al 7 (en casos de analfabetismo). Un método muy efectivo para evitar fallos en la secuenciación, es colocar la ropa de dentro a fuera en la percha. De manera, que lo primero que cojamos sea el sujetador, seguidamente la camiseta y por último el pantalón (ver figura 8).



Figura 7. Guía de Terapia Ocupacional en Geriatría, Coptocam, 2020.



Figura 8. *Realización propia.*

Durante la ejecución, podemos dar apoyo verbal y si vemos que es necesario, proveer de productos de apoyo que faciliten su ejecución. (Calzadores, pinzas de agarre largo, abotonadores, etc.)

Esta intervención fomentará un mayor grado de independencia y al mismo tiempo una menor sobrecarga del cuidador.

Higiene personal

La higiene personal es otra actividad básica con una frecuencia diaria. Dentro de ésta, entran una multitud de actividades como son el cepillado de dientes, afeitado, maquillarse, lavado de manos y cara, uso del peine, etc.)

Este tipo de actividades no suelen verse afectadas en el primer estadio de la enfermedad. Pese a ello, el terapeuta debe realizar una observación directa, para captar los componentes deficitarios y poder intervenir en ellos.

La mayoría de dificultades que aparecen en estas actividades son asociadas a patologías de origen físico: Problemas osteomusculares (rigideces, disminución arco articular, ...) y de origen neurológico (hemiplejía, hemiparesia, problemas de sensibilidad, ...)

En este caso, lo mayor es dar pequeñas órdenes verbales y realizar las tareas de manera sistemática para que se produzca una automatización.

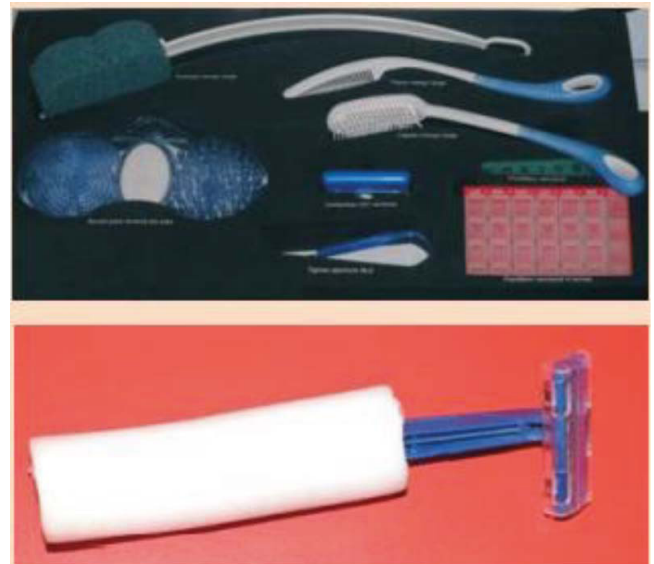


Figura 9. *Guía de Terapia Ocupacional en Geriatría, Cop-tocam; 2020.*

Se le puede proporcionar al individuo, si fuese necesario, de una gran variedad de productos de apoyo que faciliten la ejecución de manera autónoma: Engrosadores, peine de mango grueso, maquinillas eléctricas, etc. (Ver figura 9).

Si la persona se fatiga con facilidad hay que facilitar realizar estas tareas sentada y con una economía de la energía.

Aseo (higiene del inodoro)

Se encuentra dentro de las actividades básicas de la vida diaria. Esta actividad suele verse afectada en estadios avanzados de la enfermedad, ya sea por problemas de continencia o de secuenciación en la programación de la actividad o comorbilidad con otro tipo de patologías.



Figura 10. *Guía de Terapia Ocupacional en Geriatría, Cop-tocam; 2020.*

Como en las anteriores actividades descritas, lo ideal es una observación directa con apoyo verbal y realizar las tareas de manera sistemática buscando alcanzar una automatización.

Con respecto a los productos de apoyo, se pueden usar agaraderas o alzas para el wc que faciliten su realización. (Ver figura 10).

Ducha

Bañarse o ducharse son actividades que no suele verse afectadas en estadios iniciales de la enfermedad de Alzheimer. Las primeras dificultades suelen darse por problemas de equilibrio, alcance de zonas más complicadas (espalda) y en algunos casos problemas de sensibilidad. Todo esto puede conllevar caídas (TCE o fracturas de cadera) o quemaduras que pueden desencadenar problemas mayores.

En estadios moderados de la patología, también aparece problemas en la secuenciación de la actividad. Es de gran importancia seguir siempre la misma secuencia de las tareas, enjabonándose en una dirección cráneo-caudal, y administrando apoyo verbal o activo en casos que sea necesario.

También se les puede proporcionar una silla de ducha o taburete, que evite caídas mayores y favorezca la economía de energía. Con estos pequeños cambios podemos evitar una mayor sobrecarga en el cuidador principal y favorecer una mayor funcionalidad en el enfermo.

Como productos de apoyo, podemos disponer de esponjas con mango largo, dispensadores de jabón y sillas de baño, entre otros.

En el apartado de adaptación el hogar, se describirán algunas medidas que también puede facilitar que esta actividad se realice de manera autónoma.

Continencia

La incontinencia es un signo que aparece en estadios avanzados de la enfermedad. Por lo general, la incontinencia urinaria aparece antes que la fecal.

El trabajo que puede hacer el terapeuta en esta actividad es más limitado, pero puede trabajar conjuntamente con el enfermero para establecer una rutina y una serie de medidas que mejoren la calidad de vida de la persona.

La ingesta de líquidos debe ser constante durante todo el día, ya que esto va a favorecer una correcta hidratación y un buen funcionamiento del sistema urinario.

Se debe establecer una frecuencia de ir al baño aproximadamente cada 2 horas, lo que evitaría grandes pérdidas de orina. Se puede hacer un registro inicial para indicar las ocasiones y cantidad de veces que se acude al servicio.

En el caso del uso de compresas, pañales absorbentes o sondas urinarias, se debe realizar un reentrenamiento con el enfermo para un uso adecuado de ellos.

Esta actividad tiene un importante carácter social. Cuando las pérdidas de orina son frecuentes, la persona suele re-

traerse y evita hacer salidas al exterior o donde no haya un baño público por miedo a un juicio social.

La aparición de la incontinencia también puede ser causada por otras comorbilidades: Lesiones medulares, vejiga neurógena, cáncer, problemas neurológicos, etc.

Desplazamientos y movilidad

Las alteraciones en el patrón de la marcha aparecen en estadios avanzados de la enfermedad. Cuando hacen aparición en estadios iniciales suelen estar causados por presencia de otras comorbilidades.

El terapeuta puede proveer de productos de apoyo para una mayor independencia en la movilidad cuando sea necesario. Se debe hacer un reentrenamiento para su utilización.

En este caso serían bastones, muletas, andadores, sillas de rueda autopropulsables, sillas eléctricas, etc. (Ver figura 11).

La dificultad de movilidad dentro del domicilio en muchas ocasiones se debe a un exceso de mobiliario. Es importante reorganizar el domicilio, eliminando aquellos elementos no necesarios y que dificulten la movilidad (alfombras, elementos decorativos, muebles, etc.).

En casos de pérdida de agudeza visual, hay que seguir las mismas pautas que para las dificultades de movilidad. También es de gran importancia mantener el mobiliario siempre en el mismo sitio para poder hacerse un mapa mental de la habitación que facilite la movilidad. Se pueden añadir elementos visuales (carteles, carteles luminosos) que aumenten la autonomía.

Sobre las barreras arquitectónicas se hablará en otro apartado más adelante.

El principal problema que aparece en estadios iniciales, es la movilidad fuera del domicilio. La persona suele desorientarse espacialmente, por ello, el uso de aparatos de última tecnología como balizas, GPS o teléfono móvil puede facilitar la movilidad.



Figura 11. Guía de Terapia Ocupacional en Geriátrica, Cop-tocam; 2020.

Cocinar

La preparación de la comida forma parte de las *actividades instrumentales de la vida diaria* (AIVDs). Esta actividad sí se ve afectada en fases iniciales de la enfermedad.

Las mayores dificultades se ven en la programación de la actividad: fallos en la planificación (no tener alimentos necesarios), fallos en la preparación, fallos en la secuenciación (olvida una tarea, repetirla en varias ocasiones o alterar el orden a seguir).

Para promover una mayor independencia en esta actividad sería de gran utilidad realizar un recetario con ayuda del propio individuo y de su familiar referente. El recetario debe ser accesible y de fácil comprensión. La idea de esto, es poder respetar sus gustos y costumbres, y al mismo tiempo, disponer de una guía para ver los ingredientes y pasos a seguir en su elaboración.

Para la intervención, el terapeuta junto a la persona debe realizar una planilla semanal de los platos a elaborar. Cada día y antes de su elaboración, haremos hincapié en los pasos a realizar y los ingredientes necesarios. Podemos ayudarnos del recetario para consultar esta información. Esta tarea también facilitará la consecución de una dieta equilibrada.

En el frigo o la despensa colocaremos bandejas o cajas con los alimentos que sean necesarios para preparar la comida y un cartelito indicativo con el nombre del plato. Por ejemplo: Si el plato es pasta, en una caja colocaremos la pasta, la cebolla, el ajo, el atún, el tomate, el orégano y la sal. Los



Figura 12. Realización propia.

alimentos se irán sacando de la caja conforme lo vayamos usando, cerciorándonos así, de haber utilizado todos y no olvidarnos de alguno. (Ver figura 12).

Es de gran importancia seguir siempre el mismo orden en la elaboración. Esto nos facilitará recordar la secuencia (automatización) y detectar que pasos hemos invertido o olvidado.

Otro método que puede ser de utilidad para la elaboración de la comida, es hacer plantillas con las distintas tareas a realizar e ir tachándolas conforme se lleven a cabo. De esto modo, comprobaremos que todos los pasos se realizan de manera ordenada y correcta.

Para la elaboración de la comida hay una gran variedad de productos de apoyo en el mercado: Engrosadores, tablas antideslizantes, picadoras, tablas con sujeción de alimentos, etc. Además, hay una gran variedad de robots de cocina que indican los alimentos a añadir y elaboran la comida por sí solos. Disponen de una pantalla para lectura y dan las indicaciones por voz. Esto puede facilitar un mayor grado de autonomía y evitar algunos problemas derivados de olvidos (incendios, quemaduras, etc.)

En casos iniciales de demencia, sería de gran utilidad, dotar la cocina de un detector de humo, un temporizador y un extintor en caso de urgencia.

Conforme la enfermedad va progresando, podemos descomponer la actividad en tareas más sencillas, y que el usuario realice las tareas finales de ésta. También puede ejecutar tareas que conlleven poca responsabilidad (pelar verduras, picar fruta, ...) ayudando al cuidador principal a su elaboración y disminuyendo su sobrecarga.

Manejo del dinero

El manejo del dinero o la gestión de las finanzas es una actividad instrumental de la vida diaria. Suele verse afectada en etapas iniciales de la enfermedad y genera mucha ansiedad a la persona.

Cuando la memoria a corto plazo episódica se ve afectada aparecen pequeñas pérdidas y olvidos con respecto al monedero o cartera. Estas pérdidas conllevan alteraciones conductuales: Irritabilidad, sentimiento de inutilidad, enfados, etc.

Conforme avanza la enfermedad y los componentes cognitivos se deterioran, el usuario se muestra más dependiente para realizar esta actividad. Las pequeñas pérdidas continúan y a esto se le suma, la vulnerabilidad de esta población para los engaños y la inhibición para malgastar dinero en productos innecesarios. Esto genera que el cuidador principal sea el encargado de gestionar las finanzas y aparezcan disputas entre ambos.

El terapeuta debe intervenir para realizar un buen manejo del dinero.

En etapas iniciales, se debe destinar un sitio exclusivo para la colocación del monedero. Siempre se debe dejar ahí, lo que va a disminuir el número de pérdidas.

Es importante hacer un reentrenamiento en el manejo del dinero y uso de la tarjeta de crédito. Hay disponibles en el mercado juegos de finanzas que nos permitiría hacer un entrenamiento.

Es de gran ayuda, cuando se vaya a realizar una compra, hacer una estimación del dinero necesario para llevar una cifra aproximada y evitar un despilfarro.

Tras el avance de la patología, podría ser de gran ayuda proporcionar al enfermo una paga diaria/semanal que le genere un mayor grado de independencia y un menor nivel de frustración.

Ir de compras

Es una actividad que se realiza a diario, pero forma parte de las actividades instrumentales de la vida diaria. Tiene gran complejidad, ya que para su realización debemos tener un buen manejo del dinero, una buena orientación espacial, preparar y seleccionar los artículos deseados.

En estadios iniciales el desempeño de esta actividad se ve deteriorado. En este punto, el terapeuta debe realizar un análisis minucioso de la actividad para ver que componentes se encuentran deteriorados e intervenir directamente en ellos.

Primeramente, se debe elegir comercios que estén cerca de casa o en sitios conocidos. Se ha de realizar el mismo recorrido siempre y ofrecer "reglas nemotécnicas" que faciliten la orientación. Por ejemplo: Hacer hincapié en que la iglesia está al lado del supermercado y después la farmacia. Cada vez que se realice el recorrido hay que nombrar la iglesia y la farmacia. Esto facilitará la orientación temporal durante la realización de la AIVD.

Una vez realizada la planilla de comidas semanales y con ayuda del recetario, podemos consultar los alimentos necesarios y hacer una previsión. El uso folletos publicitarios también puede servir de ayuda.

Es importante que antes de ir al supermercado dispongamos del listado con los objetos y alimentos que necesitamos. Además de hacer una estimación económica aproximada del gasto para evitar el malgasto de dinero.

Conforme la enfermedad avance, el cuidador principal puede pedirle la realización de pequeñas compras (comprar el pan o el periódico) en lugares cercanos a casa para mantener un pequeño grado de independencia y favorecer el sentimiento de autoconcepto.

Actualmente es posible realizar la compra a través de aplicaciones móviles, tiendas online o vía telefónica. Esto puede ser de gran utilidad en personas con problemas de movilidad o inestabilidad, o en estadios moderados de la enfermedad.

Uso del teléfono

La utilización de las nuevas tecnologías está muy instaurada en nuestra sociedad, pero las personas mayores no están muy familiarizadas con su uso.



Figura 13. *Guía de Terapia Ocupacional en Geriatría, Cop-tocam; 2020.*

El uso del teléfono es una actividad compleja pero que puede aportar grandes beneficios a su día a día.

Se debe analizar la actividad y valorar los componentes deficitarios que interfieran en su realización. El reentrenamiento y el uso de unos dispositivos determinados pueden mejorar el nivel de autonomía y de calidad de vida.

Es importante elegir el dispositivo que recoja las necesidades de la persona y sea más compatible con sus habilidades. Se debe consensuar siempre con el individuo, ya que hay personas que se muestran reacias al uso de este tipo de dispositivos.

Por norma, se debe elegir teléfonos móviles que sean sencillos y comprensibles. Enseñar el uso de la marcación rápida para añadir a sus familiares y el número de emergencias por si le ocurriera algo.

En el mercado hay una gran variedad de teléfonos con funciones más simples que serían apropiados. Las teclas, números y letras son de mayor tamaño y disponen de un menor número de funciones que facilitan su uso (Ver figura 13). Estos teléfonos también disponen de GPS que puede localizar a la persona en caso de desorientación.

Una vez elegido el dispositivo, el usuario debe familiarizarse con él y hacer un entrenamiento diario para hacer un buen uso.

Sin embargo, hay otro tipo de dispositivos que pueden ser de utilidad tanto en casos iniciales de demencia como en moderados. Hay relojes con sistema GPS o de localización para personas mayores, que permiten mandar avisos si la persona se pierde o se sale de su zona habitual; y las actuales y conocidas pulseras inteligentes.

Para déficits de agudeza auditiva hay amplificadores de sonido para el teléfono, que aumentan el volumen y van acompañados de señales visuales que facilitan su uso.

Las conocidas tabletas o e-book también pueden ser de utilidad para hacer actividades de estimulación cognitivo, ocio, juego o lectura.



Figura 14. *Guía de Terapia Ocupacional en Geriatría, Coptocam; 2020.*

Toma de medicación

La toma estricta de medicación es muy importante en esta enfermedad. Hay una serie de medicamentos en los que hay que ser muy precisos con las dosis y los horarios.

Para facilitar esta actividad, en el mercado hay varios modelos de pastilleros que se pueden comprar y rellenar con la previsión semanal siendo más fácil la administración. Además, se pueden utilizar alarmas o programar avisos en el móvil para no olvidar la toma o realizar en la hora correcta.

Las farmacias también realizan pastilleros por encargo.

Como novedad, hay un pastillero con temporizador de última generación. Las pastillas se encuentran en unos compartimentos y se avisa de la toma con señales sonoras y luminosas. También dispone de una pantalla dónde se pueden ver las tomas que se han omitido. (Ver figura 14).

Cuidado del hogar

Es una actividad compleja y que se compone de muchas subactividades: Fregar los platos, barrer, limpiar el baño, hacer la cama, poner la lavadora, tender, etc.

En fases iniciales el terapeuta debe hacer, junto al usuario, una planilla de las tareas. Sería conveniente estructuralas en días diferentes y mezclando actividades menor y mayor intensidad. El uso de electrodomésticos (lavavajillas, secadora, aspiradora automática, ...) puede facilitar mucho estas tareas diarias.



Figuras 15 y 16. *Guía de Terapia Ocupacional en Geriatría, Coptocam; 2020.*

Es importante hacer una adecuada economía de energía y evitar sobreesfuerzos.

Las tareas se deben llevar a cabo de manera sistemática para que sea más fácil no cometer errores en la secuencia de los pasos.

Hay una gran diversidad de productos de apoyo que ayudan a alcanzar un mayor grado de independencia: Pinzas de mango largo, cubos escurridores automáticos, etc. (Ver figuras 15 y 16).

Conforme la enfermedad vaya progresando se realizarán tareas que impliquen menor complejidad, por ejemplo: Hacer la cama, barrer, fregar los platos, etc.

ADAPTACIÓN DEL HOGAR

Cuando una persona recibe el diagnóstico de Alzheimer causa un gran cambio en su vida diaria, pero también crea incertidumbres y dudas sobre el futuro. La necesidad de realizar cambios y adaptaciones en el domicilio son un hecho.

A medida que la enfermedad avanza, las necesidades tanto del enfermo como del cuidador principal van cambiando.

En los estadios iniciales las adaptaciones van encaminadas a facilitar la funcionalidad y confort del enfermo, pero en las etapas finales, lo que buscamos es el cuidado y ayuda del cuidador principal.

El terapeuta debe realizar un análisis e identificar los riesgos y barreras que tanto el enfermo como el cuidador puedan encontrar.

La principal adaptación es en el baño. Un plato de ducha a ras del suelo y un grifo termostato son de gran ayuda. También se pueden adquirir sillas de ducha que faciliten el aseo. Incluir agarraderas y asideros facilitan la movilidad y eliminan riesgo de caídas. (Ver figura 17).

En el WC sería conveniente poner un alza y unos asideros que faciliten las transferencias.

En la habitación sería de gran ayuda poner la cama a una altura que facilite las transferencias y también la movilidad en cama por parte del cuidador. El uso de barandillas, a parte de evitar caídas, facilita los giros en cama. En estadios graves, una cama articulada con carro elevador va a favorecer el posicionamiento y la movilidad.

En casas de varias plantas, es de utilidad trasladar la cama a la planta donde se lleve a cabo toda la rutina diaria.

Para movilidad en casa se deben quitar muebles y elementos decorativos innecesarios. Evitar cables en el suelo, alfombras o limpiar con productos deslizantes. Proporcionar una buena iluminación en las estancias o incluso, utilizar sensores de luz, puede evitar accidentes.

En caso de utilizar productos de apoyo de movilidad como andadores o sillas de ruedas, dejar espacios amplios permiten una mayor facilidad en los desplazamientos, giros o transferencias.

Eliminar escalones que dificulten la movilidad, añadiendo rampas y barandillas.

Con domicilios que presentan escaleras, se pueden instalar ascensores, montacargas o grúas que faciliten la movilidad.

En la cocina sería de utilidad cambiar la cocina de gas por inducción, ya que puede evitar incendios. Es de utilidad identificar con carteles donde se encuentran todos los utensilios. Poner tiradores y asas de fácil agarre. (Ver figura 18).

Se debe tener especial cuidado con los productos de limpieza: No cambiar los etiquetados originales y evitar mezclar productos. Reemplazar la lejía o el amoníaco por productos menos corrosivos.

Por último, es conveniente la colocación de detectores de humos, intercambiar braseros por calefacción por radiador, ...; para evitar riesgos para la salud del individuo.

Con respecto al cuidador, el terapeuta puede suministrar una variedad de productos de apoyo que faciliten su trabajo en fases finales de la enfermedad. (grúas, bipedestadores, silla de ruedas bipedestadoras, etc.)



Figura 17. *Guía de Terapia Ocupacional en Geriatría, Cop-tocam; 2020.*



Figura 18. *Guía de Terapia Ocupacional en Geriatría, Cop-tocam; 2020.*

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

La Organización Mundial de la Salud (17), define la Terapia de Estimulación Cognitiva como la participación en una serie de actividades con el objetivo de mejorar el rendimiento cognitivo y social para prevenir y revertir el declive de la capacidad cognitiva y, por lo tanto, prevenir futuras discapacidades funcionales y dependencia en la etapa de la vejez.

El programa de estimulación cognitiva en domicilio con enfermos de Alzheimer va a ir encauzado en trabajar los componentes cognitivos deficitarios del paciente, y en estimular y mantener los componentes conservados. En este caso, revertir el declive cognitivo no es posible, ya que como se ha comentado en capítulos anteriores, el Alzheimer es una enfermedad progresiva, crónica e incurable. El objetivo principal es ralentizar el deterioro cognitivo para mantener el mayor grado de funcionalidad y de calidad de vida del individuo.

Las áreas que se afectan en las fases tempranas de la enfermedad son la atención, concentración, orientación temporo-espacial y memoria a corto plazo episódica. Conforme que la patología avanza se afectan todas las áreas cognitivas básicas: Cálculo, lenguaje, memoria, lectura-escritura, atención, concentración y orientación.

El terapeuta debe ofrecer una variedad de actividades que permitan trabajar estos componentes de una manera amena y divertida.

La estimulación cognitiva se puede trabajar de manera oral y escrita, en papel o con la ayuda de juegos o materiales que desarrollen esta disciplina. (Ver figura 19).



Figura 19. Realización propia.

A continuación, se propone una serie de ejercicios para trabajar con este tipo de pacientes:

- Orientación temporo-espacial diaria. (Fecha, lugar donde nos encontramos, etc).
- Asociar ropa con la estación del año en que la utilizamos.
- Asociar sucesos con la estación del año en la que nos encontramos.
- Relacionar objetos según su procedimiento (Dónde encontraríamos una cuchara, una cama, etc).
- Reconocimiento de objetos sin verlos, sólo mediante tacto.
- Evocar sonidos que realizan los animales o reconocer los animales por su sonido.
- Cálculo simple
- Copiar letras y/o palabras.
- Repasar el contorno de los objetos.
- Seguir series de dibujos.
- Copiar dibujos sencillos.
- Reconocimiento de objetos e imágenes. Si no recuerda los nombres explicar para que sirve y que ella evoque la palabra.
- Decir una palabra y que ella explique su significado o utilidad.

- Repetición de palabras varias veces y luego intentar que las recuerde.
- Encadenamiento de pasos (Ejemplo: Explicar los pasos para freír un huevo, vestirse, etc.)
- Contar en orden ascendente y descendente.
- Recitar los días de la semana y los meses del año en orden ascendente y descendente.
- Comenzar refranes y que ella los termine de recitar.
- Comenzar canciones conocidas y que ella canté.
- Mostrar fotos de familiares cercanos y que reconozca el nombre.
- Mostrar imágenes y que describa que sucede en ellas.
- Leer artículos sencillos y pedir su opinión.
- Dar siempre a elegir entre distintas opciones (Ejemplo: Color con el que colorear, que actividad prefiere hacer, etc.)
- Ponernos en situaciones poco complejas (he perdido el teléfono, las llaves de casa y la cartera) y que nos diga como actuaría en dicho caso.
- Unir imágenes de parejas o de actividades complementarias.
- Discriminar y asociar objetos por color, forma, utilidad.
- Recortar dibujos.
- Meter cuentas en un cordón simplemente o con series de colores y/o formas sencillas.

En el Anexo 2 se pueden observar una serie de fichas que pueden ser de utilidad para trabajar en casa.

PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD

La psicomotricidad es una disciplina en la que el individuo trabaja de manera holística, es decir, se trabaja la esfera cognitiva, física y social.

Los programas de psicomotricidad presentan grandes beneficios en estas patologías. La progresión de la enfermedad, junto a la avanzada edad y la marcada desmotivación que se produce; favorece un tipo de vida más sedentaria. Con actividades que fomenten su ingenio y que sean atractivas y divertidas, podemos trabajar el área cognitiva, física y conductual.

Hay una gran variedad de actividades, dinámicas, juegos o ejercicios que se engloban en esta disciplina. Se pueden realizar una gran variedad de circuitos con distintos materiales, juego de la oca humano, jugar a los bolos, jugar a la petanca, dinámicas con el paracaídas, gerontogimnasia, relajación, etc.

Se va a hacer mayor hincapié en la gerontogimnasia, ya que está actividad es muy frecuente y beneficiosa en personas con enfermedad de Alzheimer o en el grupo de la tercera edad en general.

Gerontogimnasia

La gerontogimnasia se compone una tabla de movilizaciones que se deben realizar con una frecuencia de dos/tres veces por semana mínimo. Para llevarla a cabo se debe realizar en un sitio amplio y espacioso para una correcta ejecución de las actividades. La mayoría de la tabla se puede realizar en sedestación para evitar caídas o fatiga.

Hay una gran variedad de tablas de gerontogimnasia y el número de actividades, la frecuencia y la intensidad puede ser adaptadas a la necesidad del usuario. Cabe destacar, que si asociamos las movilizaciones a movimientos cotidianos, facilita su correcta ejecución por parte del individuo. A continuación, se propone un ejemplo:

- Movemos la cabeza como si dijéramos sí, mirando del techo al suelo. Repetir 10 veces.
- Movemos la cabeza hacia los lados, de derecha a izquierda, como si dijéramos no. Repetir 10 veces.
- Inclizamos la cabeza hacia los lados, acercando la oreja al hombro. Repetir 10 veces.
- Nos encojemos de hombros como si dijéramos no sé. Repetir 10 veces.
- Giramos los hombros hacia delante completando el recorrido de 360°. Luego hacerlo en sentido contrario. Repetir 10 veces.
- Llevamos las manos y los brazos al techo, y luego las bajamos. Repetir 10 veces.
- Abrimos los brazos hacia afuera y hacia dentro, como si nadáramos. Repetir 10 veces.
- Separamos los brazos del cuerpo y los juntamos abrazándonos. Repetir 10 veces.
- Con las palmas de las manos hacia arriba, llevamos los dedos del hombro al suelo. Repetir 10 veces.
- Hacemos círculos con las manos, como si bailásemos sevillanas. Repetir 10/15sg con cada mano.
- Abrimos y cerramos los dedos como si salpicáramos agua.
- Nombramos cada dedo de la mano mientras lo tocamos con el pulgar. Repetir 3 veces cada mano.
- En bipedestación, giramos la cintura hacia un lado y luego hacia el otro. Realizarlo durante 10/15sg.
- En bipedestación, inclinamos el cuerpo hacia un lado y al otro, como si quisiéramos tocarnos la cara externa de la rodilla con la mano. Repetir 10 veces.
- En sedestación, elevamos la pierna con la rodilla flexionada. Intercalamos una pierna y otra. Repetir 10 veces.
- Flexionamos y estiramos una rodilla y luego otra, como si pegásemos una patada a una pelota. Intercalar una pierna con otra y repetir 10 veces.
- Giramos el tobillo haciendo círculos, primero hacia fuera y luego hacia dentro. Primero con un pie y luego otro. Repetir 10/15sg.

- Escribimos los números imaginariamente con la punta de los pies, movilizándolo el rodillo. Hacer con cada pie los números del 0 al 9.
- Cantamos una canción mientras tocamos con la punta y el talón el suelo intercaladamente. *Canción: Con la punta y el tacón, se baila con el pie, me lo ha enseñado a mí, mi amigo Rafael. Rafael de mi vida, Rafael de mi corazón, enséñame a bailar con la punta y el tacón. (damos una palmada).*
- Finalmente, zapateamos en el suelo con los dos pies varias veces.

PROGRAMA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

El envejecimiento, la jubilación y la enfermedad generan mucho tiempo libre. Es de gran importancia saber gestionar este tiempo, y convertirlo en un tiempo de ocio, pero de calidad.

Existen una gran variedad de centros que ofrecen programas de ocio que, aparte de favorecer una adecuada gestión del tiempo, fomentan las relaciones sociales con los iguales. Estos centros pueden ser asociaciones de mayores, centros de mayores, centros de estancias diurnas, actividades colectivas ofertadas por el ayuntamiento, ...

Los enfermos de Alzheimer suelen tener pocas actividades placenteras y ociosas y por lo general, con el avance de la enfermedad, las relaciones sociales se empobrecen.

El terapeuta debe mostrar y ofertar a la persona, las distintas posibilidades y el amplio abanico de actividades de ocio que se ofertan en la comunidad. Para ello, debe conocer los gustos e intereses del usuario: Pintura, uso de nuevas tecnologías, baile, petanca, etc; e informarse de los distintos recursos y posibilidades que más se adapten a sus necesidades.

Dentro del hogar también es posible intervenir en el ocio de manera individual o familiar. Cuando la enfermedad progresa, la persona puede encontrar muchas dificultades para acudir o realizar las actividades anteriormente descritas, lo que supone que trabajar esta esfera en el domicilio sea de gran importancia.

Se pueden llevar a cabo una infinidad de actividades: Dómino, lectura, puzzles, pintura, parchís, juegos de cartas,



Figura 20. Guía de Terapia Ocupacional en Geriátrica, Cop-tocam; 2020.

bingo, cine, etc. El terapeuta debe adaptar estas actividades a las necesidades y posibilidades del individuo, ya sea modificando la actividad o proporcionando productos de apoyo. (Ver figura 20).

CONCLUSIONES

Para finalizar y tras desarrollar el tratamiento domiciliar por parte del terapeuta ocupacional en fase inicial de Alzheimer podemos enumerar estos enunciados:

- La creciente aparición de esta enfermedad en la sociedad actual conlleva que los actuales gobiernos creen nuevas líneas de atención e intervención.
- La intervención precoz y temprana en pacientes con demencia tipo Alzheimer genera un menor gasto de recursos innecesarios.
- La intervención domiciliaria en fase inicial conlleva una menor sobrecarga en el cuidador.
- La formación del terapeuta al cuidador va a conseguir un mejor entendimiento y conocimiento de la enfermedad. Estos conocimientos le van aportar tácticas y métodos de actuación en situaciones difíciles.
- Pese a que no está probado que la terapia no farmacológica retrase el avance de la enfermedad, si mejora la calidad de vida del enfermo y del familiar referente.
- Respetar los gustos y rutinas de la persona, favorece una mayor adherencia al tratamiento.
- La Terapia Ocupacional mejora la calidad de vida del paciente, aumentando su nivel de funcionalidad mediante la ocupación.
- El terapeuta ocupacional es un profesional necesario en todas las fases y tipos de atención en personas con demencia tipo Alzheimer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. 21 de septiembre de 2020. [citado 5 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf [Internet]. 2019.[citado 5 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
3. Aranda M, Calabria A. Impacto económico-social de la enfermedad de Alzheimer. Revista de Neurología Argentina. 1 de enero de 2019;11(1):19-26. [citado 5 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S1853002818300831>
4. Sarasa-Frechín, Eva. Terapia Ocupacional y enfermedad de Alzheimer. Primera edición. España: Mira editores. 2008.
5. López-Álvarez J, Agüera-Ortiz LF. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. :12.
6. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ed. Médica Panamericana; 2000. 336 p.
7. WFOT. ¿Qué es la TO? - Definición [Internet]. [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.apeto.com/que-es-la-to-definicion.html>
8. Importancia del tratamiento de terapia ocupacional en las demencias [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citado 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/tratamiento-terapia-ocupacional-demencias/>
9. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). Am J Occup Ther. 1 de marzo de 2014;68(Supplement_1): S1-48.
10. Blesa R, Pujol M, Aguila M, et al. Clinical validity of the "MiniMental State" for Spanish-speaking communities. En: Peña-Casanova J, Gramunt N, Gich J, editores. Tests neuropsicológicos. Barcelona: Masson; 2004. p. 31-5.
11. Martínez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30;117(4):129-34.
12. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry 1982; 139:1136-1139.
13. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14:56-61
14. Katz S, Down TD, Cash HR y cols. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, 1.970; 10(1): 20-30
15. Lawton MP, Brody EM Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. Gerontologist. 1969 Autumn; 9(3):179-86.
16. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care 1988; 26: 709-23
17. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. Geneva; 2017. 46 p. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/guidelines-icope/en/>

18. Calatayud E, Plo F, Muro C. Análisis del efecto de un programa de estimulación cognitiva en personas con envejecimiento normal en Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado. *Aten Primaria*. enero de 2020;52(1):38-46.
19. Gajardo J. J, Gajardo J. J. Comentario sobre los efectos de la estimulación cognitiva en la prevención y tratamiento de la demencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2018;56(3):198-200.
20. Coptocam. Guía de Terapia Ocupacional en Geriatria, para usuarios, cuidadores y familiares [Internet]. COP-TOCAM. 2020 [citado 20 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://coptocam.org/guia-de-terapia-ocupacional-en-geriatria-para-usuari-cuidadors-y-familiares/>
21. Rodríguez MC, Toledano A y Bermúdez U. *Terapia Ocupacional en Geriatria*. Primera edición. España: Editorial Síntesis. 2019
22. Buschke, H.; Mowrey, W.; Ramratan, W.; Zimmerman, M.; Loewenstein, D.; Katz, M., y Lipton, R (2017). Memory binding test distinguishes amnesic mild cognitive impairment and dementia from cognitively normal elderly. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 32 (1).
23. Valero, E., y Rico, J.I. (2015). *Terapia ocupacional: nuevos retos en geriatría y gerontología*. Murcia: Morphos.
24. Zango I, (2017). *Terapia ocupacional comunitaria*. Primera edición. España: Editorial Síntesis: 2017.
25. González-Rodríguez, R.; Gandoy-Crego, M., y Díaz, M.C. (2017). Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*.
26. Hernández, K., y Neumann, V. (2016). Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales Lawton y Brody. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(2): 55-62.
27. Hernández A. y Montero-Ríos M. *Actividades artísticas y creativas en terapia ocupacional*. Primera edición. España: Editorial Síntesis: 2016.
28. Simó S., Guajardo C., Correa F., Galheigo S. M., y García-Ruiz S. (2016). *Terapias ocupacionales desde el Sur*. Primera Edición. Editorial Universidad de Santiago de Chile.
29. Borda, M.G.; Ruíz de Sánchez, C.; Gutiérrez, S.; Samper-Ternet, R., y Cano-Gutiérrez, C. (2016). Relationship between cognitive impairment and instrumental activities of daily living (IADL): Sabe-Bogotá, Colombia Study. *Acta Neurológica Colombiana*.
30. Rubio, C., y García, A. (2016). Revisión sobre la evidencia de los abordajes de terapia ocupacional en personas de la tercera edad con depresión. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, (23):17.
31. Hernández-Zayas, M.; Zurita-Mera, L.; Lobaina-Suárez, E., y Adela-Vigil, I. (2017). Rehabilitación cognitiva de pacientes con alteraciones perceptivas sobrevivientes a ictus isquémico. *MEDISAN*, 12(21).
32. Rodríguez M, Navas R. y Garrido J. *Terapia ocupacional en las actividades de la vida diaria*. Primera edición. España: Editorial Síntesis, 2018.
33. Martín, M. et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de carga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología (España)* 1996; 6:338-346.
34. Moruno P. *Principios conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Primera edición. España: Editorial Síntesis, 2017.
35. San José Laporte, A. et al. Protocolo de valoración geriátrica. *Medicine* 1999;7(124):5829-5832.

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



Máster en laboratorio. Especialista en análisis clínicos



1500
HORAS

60
ECTS

ANEXOS

Anexo 1

Test del informador	
Pregunta a realizar	Puntuación
Capacidad para reconocer las caras de sus personas más íntimas (parientes, amigos)	
Capacidad para recordar los nombres de estas mismas personas	
Recordar las cosas de esas personas (dónde viven, de qué viven, cuándo es su cumpleaños)	
Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos 2 o 3 meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares)	
Recordar lo que habló en una conversación unos días antes	
Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho antes	
Recordar su propia dirección o número de teléfono	
Recordar la fecha en que vive	
Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas	
Saber dónde se pone una cosa que se ha encontrado desordenada	
Adaptarse a la situación cuando su rutina diaria se ve alterada (ir de visita, alguna celebración, ir de vacaciones)	
Saber manejar los aparatos de la casa (teléfono, coche, lavadora, máquina de afeitar, etc.)	
Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, secador de pelo, etc.)	
Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general)	
Aprender cosas nuevas (en general)	
Capacidad para recordar cosas que ocurrieron o que aprendió cuando era joven	
Comprender el significado de palabras poco corrientes (del periódico, televisión, conversación)	
Entender artículos de periódicos o revistas en las que está interesado	
Seguir una historia del libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión	
Redactar cartas a parientes o amigos o cartas de negocios	
Recordar gentes y hechos históricos del pasado (la guerra civil, la república, etc.)	
Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) como en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)	
Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar la renta o los impuestos, tratar con el banco)	
Manejar dinero para la compra (cuánto dinero dar, calcular el cambio)	
Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuánta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados)	
¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado en algo durante los últimos 10 años?	
TOTAL	

Puntuación según la mejoría	
Mejoría	Puntuación
Ha mejorado mucho	1 punto
Ha mejorado un poco	2 puntos
Apenas ha cambiado	3 puntos
Ha empeorado un poco	4 puntos
Ha empeorado mucho	5 puntos

Figura 21. Martín M. Adaptación para nuestro medio de la escala de carga del cuidador, 1996.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage	
Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SÍ
¿Siente que su vida está vacía?	
¿Se encuentra a menudo aburrido?	
¿Tiene esperanza en el futuro?	
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	
¿Tiene a menudo buen ánimo?	
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	
¿Se siente feliz muchas veces?	
¿Se siente a menudo abandonado?	
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	
¿Piensa que es maravilloso vivir?	
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	
¿Está muy preocupado por el pasado?	
¿Encuentra la vida muy estimulante?	
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	
¿Se siente lleno de energía?	
¿Siente que su situación es desesperada?	
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	
¿Tiene problemas para concentrarse?	
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	

0-10: *Normal.*

11-14: *Depresión* (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: *Depresión* (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

Figura 22. San José Laporte, A. et al. Protocolo de valoración geriátrica. 1999.

Anexo 2

Ginés Ciudad Real Núñez Fichas de estimulación cognitiva
NIVEL MEDIO

PROCESAMIENTO NUMÉRICO

A partir de las siguientes cifras



- 1.- Forma el número más alto y el más bajo:
- 2.- Si puedes escribe un número impar y otro par:
- 3.- Escribe un número que empiece por: 5
- 4.- Escribe un número que termine por: 3
- 5.- Dos números que empiezen por: 9 Y terminen por: 8
- 6.- Escribe seis números de cuatro cifras:
- 7.- Ordena los seis números anteriores de mayor a menor:
- 8.- Lee los números que has escrito

<http://orientacionandujar.wordpress.com/>

Figura 23. Gines C, Orientación Andújar.

Anexo 3. Abstract traducido al castellano

La enfermedad de Alzheimer es una patología neurodegenerativa, crónica, progresiva e incurable. Es el tipo de demencia más común en la actualidad.

En el momento que una persona y su familia recibe el diagnóstico de Alzheimer, su vida da un giro de 180°.

La intervención más eficaz es la compuesta por el tratamiento farmacológico y el no farmacológico. Pese a que esta intervención no va a producir una recuperación, va a tratar la sintomatología de la persona, lo que va a influir positivamente en su calidad de vida.

Dentro de las terapias no farmacológicas se encuentra la Terapia Ocupacional. El objetivo principal de ésta, es que el

Ginés Ciudad-Real

Fichas de ATENCIÓN

Colorea la tabla siguiendo el patrón de letras y colores

R	H	J	Z	A
AZUL	MORADO	AMARILLO	VERDE	ROJO

Z	R	H	H	H	J	R
Z	J	J	H	H	A	J
Z	J	R	Z	Z	H	J
H	R	R	J	Z	Z	H
H	R	A	Z	A	R	H
H	Z	H	H	Z	R	R
Z	Z	R	J	H	J	H
J	Z	R	A	H	R	R
J	A	H	A	Z	Z	R
H	A	A	H	H	A	A
H	A	R	Z	J	A	H
A	R	A	Z	Z	Z	A

WWW.ORIENTACIONANDUJAR.ES

Figura 24. Gines C, Orientación Andújar.

individuo alcance el mayor grado de independencia y de calidad de vida mediante la ocupación.

El terapeuta va a trabajar de manera holística, interviniendo en la esfera cognitiva, física y social.

La intervención en el domicilio se va a basar principalmente en el reentrenamiento de las actividades de la vida diaria, la adaptación del domicilio, un programa de estimulación cognitiva, psicomotricidad y un programa de ocio y tiempo libre.

Este tratamiento no va a producir la curación ni el freno de la progresión de la enfermedad, pero si va a mejorar la calidad de vida de la persona y de su cuidador principal.