

DOSSIER DE INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO EN NAVARRA.

PRESS STATEMENT BY OCCUPATIONAL THERAPIST IN CARE OF PEOPLE WITH COGNITIVE IMPAIRMENT IN NAVARRE.

DECS: Deterioro Cognitivo Leve, Terapia Ocupacional, anciano

MESH: Mild Cognitive Impairment , Occupational therapy, aged

Autores:

Grupo de trabajo del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra—Nafarroako Lan- Terapeuten.

Como citar este documento:

Grupo de trabajo del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra—Nafarroako Lan- Terapeuten. Dossier de Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Atención a Personas con Deterioro Cognitivo en Navarra. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10(18): [29 p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/revision.pdf>

Resumen

Este documento ha sido elaborado por un grupo de trabajo dentro del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra—Nafarroako Lan—Terapeuten Elkargoa (COTONA_NALTE) para hacérselo llegar a los miembros del Comité de Expertos en Demencias creado en Navarra por ORDEN FORAL 22/2013, de 19 de febrero, de la Consejera de Salud, por la que se crea un Comité de Expertos en Atención a las Demencias.

Summary

This document has been prepared by a working group within the College of Occupational Therapists of Navarra Lan-Terapeuten Nafarroako Elkargoa (COTONA_NALTE) to let them get to the members of the Committee of Experts on Dementia created in Navarra PROVINCIAL ORDER 22/2013, of February 19, of the Minister of Health, establishing a Committee of Experts on Dementia Care.

Nota: Texto elaborado por el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra—Nafarroako Lan—Terapeuten Elkargoa (COTONA_NALTE), presentado Comité de Expertos en Demencias creado en Navarra por ORDEN FORAL 22/2013, de 19 de febrero, de la Consejera de Salud, por la que se crea un Comité de Expertos en Atención a las Demencias. Hemos respetado el documento original tal y como se presentó.

Texto recibido: 23/06/2013

Texto aceptado: 25/10/2013

Texto publicado 28/11/2013



DOSSIER: INTERVENCIÓN EN DEMENCIAS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Abril de 2013

Elaborado por:

Raquel Guerrero
Txus Ojer
Cristina Rubio
Andrea Rozas
Rosa Uya
Pilar Durán
María Azcona
Celia Calderón
Susana Martínez

Contenido:

Introducción.

Definición de Terapia Ocupacional.

Ámbitos de Intervención de TO en Demencias en Navarra.

Evidencia Científica de la Intervención de TO en Demencias.

Experiencias desarrolladas en otras Comunidades.

Bibliografía

Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Atención a Personas con Deterioro Cognitivo en Navarra.



COLEGIO DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE NAVARRA—NAFARROAKO LAN-TERAPEUTEN ELKARGOA



ELABORACIÓN:

Este documento ha sido elaborado por un grupo de trabajo dentro del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra—Nafarroako Lan—Terapeuten Elkargoa (COTONA_NALTE) para hacérselo llegar a los miembros del Comité de Expertos en Demencias creado en Navarra por ORDEN FORAL 22/2013, de 19 de febrero, de la Consejera de Salud, por la que se crea un Comité de Expertos en Atención a las Demencias.

Coordinación del Dossier: M^aJesús Ojer Ibiricu

Autoras:

Raquel Guerrero Salado. TO Clínica Josefina Arregui. Navarra

M^a Jesús Ojer Ibiricu. TO H^o de Día Irubide. SNS—Osasunbidea. Navarra

Cristina Rubio Ortega. TO H^o de Día Psicogeriátrico. SNS—Osasunbidea. Navarra

Andrea Rozas Muñoz. TO Proyecto DemeNs. Navarra

Rosa Uya Bastida. TO Residencia N^a Sra de Gracia. Navarra. TO Consulta Cerebro-Activo. La Rioja.

Pilar Durán Carrillo. Clínica de Rehabilitación. SNS-Osasunbidea. Navarra

María Azcona Zubizarreta. TO COTONA_NALTE. Navarra

Celia Calderón Martínez y Susana Martínez Pueyo. TOs Unidad de Deterioro Cognitivo. SNS-Osasunbidea.

Además de la colaboración de otros muchos terapeutas ocupacionales sin cuya aportación este documento no habría sido posible.

Maquetación: Pilar Durán Carrillo y Cristina Rubio Ortega

Introducción:

La Terapia Ocupacional tiene una amplia trayectoria en la atención de las demencias, tanto en nuestra comunidad como en otros ámbitos nacionales e internacionales. Dentro de una estrategia integral de atención, los terapeutas ocupacionales participan en la evaluación y el tratamiento de estas patologías, con gran impacto en el funcionamiento ocupacional cotidiano de la persona.

El objetivo de este documento es resumir los principales ámbitos de intervención de la Terapia Ocupacional en demencias y su aportación específica en esta área, tanto desde las experiencias relevantes como desde la evidencia científica. Se aporta información sobre las distintas actuaciones que desarrollan los terapeutas ocupacionales en este ámbito, dentro de los diferentes dispositivos y programas.

Consideramos que los terapeutas ocupacionales son unos profesionales claves en la atención de esta patología, con aportaciones interesantes que hacer de cara al desarrollo de una Estrategia Integral de Atención a las demencias en Navarra. Este documento pretende dar a conocer la profesión de la Terapia Ocupacional en este ámbito de cara a que sea tenida en cuenta para la elaboración y puesta en marcha de dicha estrategia y ofrecemos como colectivo nuestra colaboración para lo que se considere necesario.



Definición de Terapia Ocupacional

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define 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 su vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que mejorarán su capacidad, o mediante la modificación de su entorno para que éste refuerce la participación.

Se podría definir como una disciplina socio-sanitaria que, a través del uso de actividades propositivas, busca conseguir la máxima funcionalidad, autonomía y calidad de vida posible en aquellas personas que presenten y/o tengan riesgo de sufrir alguna limitación o grado de dependencia durante la realización de sus actividades de la vida diaria, de trabajo, de ocio y de participación social.

En su intervención con personas que sufren demencia la terapia ocupacional se centra en la potenciación de las capacidades preservadas y la compensación de sus limitaciones con el fin de mantener el máximo nivel de funcionalidad a lo largo de los diferentes estadios de la enfermedad. Todo ello conlleva una continua graduación y adaptación de las actividades y del entorno.

Intervención en Terapia Ocupacional

La intervención se inicia con una evaluación exhaustiva de la situación personal de cada individuo (análisis de capacidades y limitaciones, de las habilidades y potencialidades, patrones de desempeño, motivación y desempeño en áreas ocupacionales, de su situación actual y previa, así como sus necesidades y expectativas de cambio) y de su entorno (análisis de las dimensiones ambientales o factores que inhiben, limitan y/o potencian y facilitan el desempeño ocupacional de la persona).

Continúa con el diseño e implementación de programas de estimulación de capacidades y habilidades, de compensación de limitaciones y de intervención en las distintas áreas ocupacionales, con el fin de cumplir los objetivos pactados con la familia y/o el paciente.

Paralelamente se trabaja en la adaptación de actividades y entornos, selección y/o diseño de productos de apoyo y asesoramiento sobre pautas de actuación y estrategias a familiares, cuidadores y/o profesionales para conseguir la máxima funcionalidad de la persona en los diferentes estadios de su enfermedad.

Presencia y Ámbitos de Intervención de la Terapia Ocupacional (T.O) en Demencias en Navarra

Desde COTONA-NALTE se ha creado un grupo de trabajo de terapeutas ocupacionales expertos en demencias. Éste grupo de trabajo elaboró un cuestionario para recopilar información acerca de la situación de los profesionales de la T.O. trabajando con personas con demencia en la Comunidad Foral.

Algunos aspectos recogidos en el cuestionario son los siguientes:

L@s terapeutas ocupacionales en la comunidad foral desarrollan las siguientes **FUNCIONES GENERALES en su trabajo diario:**

Elaboración del perfil ocupacional del paciente/cliente, que incluye:

Evaluación/ valoración de la situación personal de cada persona/cliente/ paciente (análisis de capacidades y limitaciones, de las habilidades y potencialidades, patrones de desempeño, motivación y participación en áreas ocupacionales, análisis de necesidades y expectativas de cambio).

Evaluación/valoración del entorno y contextos de cada persona/ cliente / paciente (análisis de las dimensiones ambientales o factores que inhiben, limitan y /o potencian y facilitan el desempeño ocupacional de cada individuo).

Diseño, planificación e implementación de programas de estimulación de capacidades y habilidades, de compensación de limitaciones y de intervención en las distintas áreas ocupacionales con el fin de conseguir los objetivos propuestos, seleccionando modelos de intervención, sistemas de valoración y otras herramientas de trabajo.

Adaptación, selección, asesoramiento, fabricación y/o diseño de productos de apoyo, actividades y entornos para conseguir la máxima funcionalidad de cada persona en los diferentes estadios de la enfermedad.

Asesoramiento y formación sobre pautas de actuación, estrategias y procedimientos de intervención a familiares, cuidadores, voluntariado y/o profesionales en los diferentes estadios de la enfermedad.

Documentación del proceso de tratamiento y evaluación continua del proceso de intervención y de los resultados obtenidos.

Informar, consensuar y analizar procedimientos e intervenciones con el equipo multidisciplinar en todo lo referente al cliente.

Fomentar las relaciones con otros recursos, instituciones, asociaciones.

Por otra parte, **los programas más ampliamente diseñados y desarrollados por los terapeutas ocupacionales en éste campo** son los siguientes:

PROGRAMA	TÉCNICAS, ACTIVIDADES, SUB-PROGRAMAS	OBJETIVOS GENERALES
Vinculación y ajuste al tratamiento	Actividades que promuevan el éxito y el sentido de confianza del paciente.	Iniciar y desarrollar la vinculación del paciente al recurso y a los programas desarrollados
Remotivación	Actividades que promuevan el éxito y el sentido de confianza del paciente, significativas, apetecibles.	Mejorar, aumentar la motivación del paciente con el fin de mejorar la participación ocupacional y conseguir un desempeño competente.
Psicoestimulación cognitiva	<p>Orientación a la realidad</p> <p>Reminiscencia</p> <p>Actividades sensoriomotrices</p> <p>Estimulación de capacidades cognitivas (memoria, atención, funciones ejecutivas, praxias, gnosias, lenguaje, cálculo, orientación)</p>	Estimular, mejorar, mantener, potenciar las capacidades cognitivas preservadas y compensar las deterioradas con el fin de evitar la desconexión con el entorno y mantener y /o incrementar la máxima funcionalidad durante el mayor tiempo posible.
Intervención psicomotriz	<p>Actividades de intervención psicomotriz para trabajar los diferentes aspectos tales como la coordinación general, equilibrio, propiocepción, función respiratoria, ritmo, flexibilidad, capacidades comunicativas, lateralidad, esquema corporal, percepción visuoespacial, praxias)</p> <p>Actividades con diverso material tales como conos, balones, aros, cuerdas...u otros objetos de la vida diaria</p> <p>Programa de movilidad funcional (deambulacion y transferencias)</p>	Potenciar, estimular, mantener las capacidades psicomotoras preservadas con el fin de mantener la máxima autonomía personal en AVD y evitar riesgos (prevención de caídas)

<p>Estimulación/ entrenamiento sensorial</p>	<p>Actividades de estimulación de los sentidos de tipo táctil, propioceptivas, olfativas, auditivas, visuales, gustativas.</p>	<p>Incrementar, mantener la discriminación y la sensibilidad de los sentidos mediante la estimulación de todos los receptores sensoriales, incrementando así la capacidad de la persona de interactuar con el entorno.</p>
<p>Promoción de la autonomía personal /AVD</p>	<p>AVD básicas (alimentación, vestido, baño, higiene en el inodoro, reeducación de esfínteres, movilidad funcional, arreglo personal, cuidado de los dispositivos de atención personal)</p> <p>AVD instrumentales (medicación, medios de comunicación, manejo de las finanzas, manejo del hogar, organización de las compras, práctica de la religión....)</p> <p>Programa de empleo de nuevas tecnologías</p>	<p>Mantener, compensar y/o mejorar la autonomía personal en las AVD.</p>
<p>Rehabilitación funcional</p>	<p>Actividades que permitan la máxima recuperación de capacidades funcionales (actividades y programas específicos de rehabilitación/recuperación del equilibrio, control postural, fuerza, recorrido articular...)</p>	<p>Mejorar, recuperar, rehabilitar, mantener las habilidades y destrezas motoras con el fin de conseguir el mayor grado de capacidad funcional.</p>
<p>Comunicación/ socialización</p>	<p>Terapia de reminiscencia</p> <p>Taller de prensa</p> <p>Taller audiovisual</p>	<p>Estimular, potenciar, mantener las destrezas de comunicación e interacción con el fin de mantener, potenciar las relaciones interpersonales y la participación social.</p>
<p>Ocio y tiempo libre</p>	<p>Actividad artístico-creativa</p> <p>Actividades sociales (baile, música)</p> <p>Actividades en la comunidad</p> <p>Ludoterapia</p>	<p>Explorar nuevos intereses, proporcionar oportunidades para el disfrute de actividades de ocio significativas, gratificantes, incorporar el ocio a la rutina diaria, con el fin de mejorar el estado psico-físico y emocional, facilitar la socialización y el mantenimiento de un buen estado de ánimo, disminuyendo la ansiedad y la aparición de alteraciones conductuales.</p>

<p>Formación a cuidadores/familiares y/u otros profesionales</p>	<p>Grupos de apoyo junto a otros profesionales</p> <p>Asesoramiento sobre estrategias de intervención, manejo conductual, reestablecimiento de hábitos y rutinas, técnicas de comunicación, actividades para el mantenimiento de diversas capacidades.</p> <p>Asesoramiento y formación sobre estructuración y adecuación del entorno.</p>	<p>Entrenar, adiestrar, asesorar, formar sobre pautas de actuación, estrategias y procedimientos de intervención, establecimiento de rutinas, actividades de índole cognitivo, físico, social a cuidadores/familiares y/u otros profesionales con el fin de mejorar la relación/comunicación con el enfermo y su cuidado a lo largo de los diferentes estadios de la enfermedad.</p>
<p>Adecuación y estructuración del entorno</p>	<p>Estructuración del entorno en cuanto a la disfunción cognitiva: colocación de dispositivos y ayudas externas tales como relojes, calendarios, carteles indicativos, pictogramas y fotografías en puertas, armarios, cajones, estancias...</p> <p>Estructuración del entorno en cuanto a la disfunción física: eliminación de obstáculos y barreras arquitectónicas, colocación de productos de apoyo tales como barras de apoyo en pasillos, baño, luces de posición</p>	<p>Compensar los déficits funcionales mediante la organización y el ajuste del entorno físico del paciente, favoreciendo así la integración de la persona en su medio.</p>
<p>Adaptación del domicilio</p>	<p>Valorar y asesorar en el domicilio sobre la estructuración del entorno atendiendo a las necesidades y disfunción tanto cognitiva como física (colocación de dispositivos y ayudas externas tales como relojes, calendarios, carteles indicativos, pictogramas y fotografías en puertas, armarios, cajones, estancias... eliminación de obstáculos y barreras arquitectónicas, colocación de barras de apoyo en pasillos, en el baño, luces de posición en dormitorio, empleo de productos de apoyo para facilitar el desempeño en AVD....)</p>	<p>Compensar los déficits funcionales mediante la organización y el ajuste del entorno físico del paciente, favoreciendo así la integración de la persona en su medio, minimizando riesgos y construyendo un entorno seguro.</p>

<p>Orientación sobre productos de apoyo</p>	<p>Adaptación, selección, asesoramiento y /o fabricación de productos de apoyo, así como el entrenamiento en su empleo.</p>	<p>Compensar y mitigar déficits funcionales, limitaciones y restricciones en la participación ocupacional, utilizando diversidad de productos de apoyo para favorecer un desempeño seguro y competente.</p>
--	---	---

Además, algunos terapeutas ocupacionales se han formado y por ello llevan a cabo otros programas como los de :

- Musicoterapia (formación de postgrado)

Psicomotricidad (formación de postgrado además de la recibida en la carrera de Grado de Terapia Ocupacional)

La Terapia Ocupacional está muy presente en los diversos recursos de valoración, asistenciales e instituciones existentes en Navarra entre los que citamos de forma general centros de día psicogerítricos, residencias, hospital de día psicogerítrico, unidades de hospitalización de corta y media estancia geriátricas y psicogerítricas, unidad de deterioro cognitivo, unidades psicogerítricas residenciales, agencia de valoración a la dependencia, asociaciones de familiares de enfermos.



Concretamente, **algunos de los RECURSOS que cuentan** entre sus profesionales de atención directa (valoración y/o intervención) a personas con demencia en Navarra, **con terapeutas ocupacionales** están:

RECURSO	Servicio de TO
<u>Centro San francisco Javier (Pamplona):</u>	
Hospital de día psicogerítrico de salud mental	1
Unidad de deterioro cognitivo	2
Unidades psicogerítricas	1
<u>Clínica psicogerítrica Josefina Arregui (Alsasua):</u>	
Unidad de hospitalización psicogerítrica de corta estancia	1
Centro de día psicogerítrico	1
Centro socio-sanitario Torre Monreal (Tudela)	2
Departamento de política social. Agencia Navarra para la Dependencia. Sección de valoración de la Dependencia. Gobierno de Navarra (toda Navarra)	8
Residencia de ancianos El Vergel (Pamplona)	1
Casa de la Misericordia de Pamplona	2
<u>Residencia Real Casa de la Misericordia de Tudela:</u>	
Unidad asistencial	1
Servicio de atención en demencias "DEMENS"	1
Residencia de ancianos AMMA Argaray (Pamplona)	1
Residencia de ancianos La Vaguada	2
Residencia de ancianos de Cascante	1
Residencia de ancianos de N ^a Sra. De Gracia de Viana	1
Residencia de ancianos San Jerónimo de Estella	1
Convento Franciscanas Misioneras Blancas de Pamplona	1
Clínica San Fermin (Pamplona)	1
Asociación Navarra de Parkinson (ANAPAR)	1
Asociación Navarra de Familiares de enfermos de Alzheimer (AFAN)	Ha contado con T.O.s para impartir diversos cursos de formación a familiares y cuidadores.
Residencia Landazabal (Burlada)	1
Benito Menni (Elizondo)	1
Residencia Psicogerítrica Saioa (Olave)	1
Padre Menni Psicogeriatría(Pamplona)	1
Clínica Universitaria de Navarra. Centro Residencial	1
58 Centros Residenciales repartidos por la geografía Navarra	55

El resumen de los datos recogidos en el cuestionario (en porcentajes) es el siguiente:

FUNCIONES GENERALES DESARROLLADAS POR EL T.O. TRABAJANDO CON PERSONAS CON DEMENCIA (% de Profesionales que realizan estas funciones):

Evaluación / valoración del paciente.....	100%
Diseño y desarrollo de programas de intervención	94,4%
Documentación del proceso de intervención	94,4%
Información y participación en la toma de decisiones con respecto al paciente junto al equipo interdisciplinar	94,4%
Adaptación, selección, fabricación de productos de apoyo	88,8%
Información a familiares y cuidadores	83,3%
Evaluación / valoración del entorno y contextos del paciente.....	38,8%
Fomentar relaciones con otros recursos	5,5%

PROGRAMAS DESARROLLADOS:

Psicoestimulación cognitiva	94,4%
Estimulación de capacidades cognitivas	94,4%
Orientación a la realidad	77,7%
Reminiscencia	77,7%
Orientación sobre productos de apoyo	66,6%
Comunicación/socialización	61,1%
Ocio y tiempo libre	61,1%
Formación a familiares, cuidadores y/o profesionales	61,1%
Intervención psicomotriz	55,5%
Rehabilitación funcional	55,5%
Adecuación del entorno	50%
Estimulación sensorial	38,8%
Remotivación	27,7%
Vinculación y ajuste al tratamiento	22,2%
Adaptación al domicilio	16,66%
Musicoterapia	11,11%

CONCLUSIONES :

Analizando la situación de l@s terapeutas ocupacionales en Navarra trabajando con personas con demencia sacamos las siguientes conclusiones:

Amplia presencia de la terapia ocupacional en los diferentes recursos e instituciones que atienden, en distintos niveles asistenciales, a personas que sufre demencia en Navarra.

La totalidad de los profesionales desarrolla, entre otras funciones generales, la evaluación/ valoración de la situación personal de cada persona/cliente/ paciente (análisis de capacidades y limitaciones, de las habilidades y potencialidades, patrones de desempeño, motivación y participación en áreas ocupacionales, análisis de necesidades y expectativas de cambio), con la importancia que ésta fase del tratamiento consideramos que tiene en el abordaje integral del paciente.

Los porcentajes en el resto de funciones generales así como en los de los programas de intervención bajan ligeramente en algunos casos, por la amplia presencia de T.O.s trabajando como valoradoras (8 profesionales de la T.O.en total, trabajan para la Agencia Navarra de Dependencia del Gobierno de Navarra). En éste sentido creemos que queda camino por recorrer, porque consideramos que éstas profesionales podrían realizar otras funciones como la intervención en el domicilio, ya que disponen de primera mano de una información muy relevante para el tratamiento asistencial de la persona que sufre demencia y sus familias, como es su situación funcional en su medio y la situación de su entorno físico y social.

Creemos que se debería potenciar y conseguir la presencia de la terapia ocupacional en otros niveles asistenciales como es la Atención Primaria, dónde además de ejercer funciones y programas asistenciales, se podría contribuir a la prevención (situaciones de riesgo, aparición de trastornos de conducta, mantenimiento de funciones y capacidades) y ayudar en el diagnóstico precoz elaborando perfiles ocupacionales y analizando y evaluando los entornos y contextos personales.

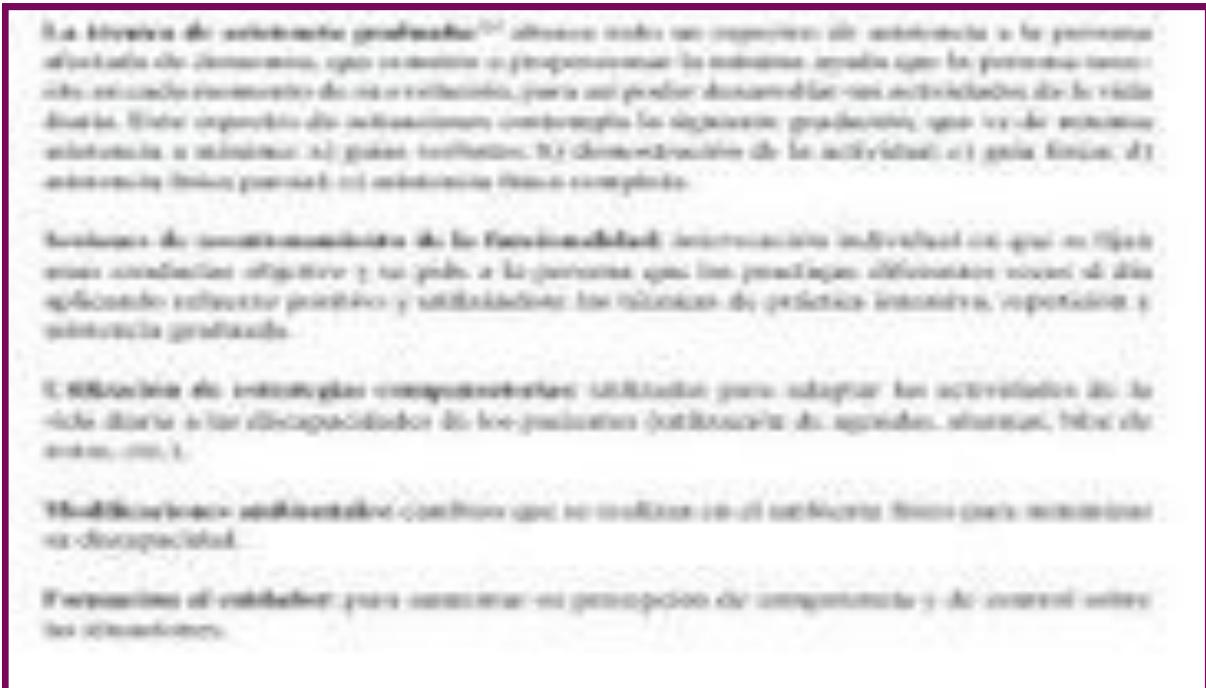


Evidencia Científica de la Intervención de Terapia Ocupacional (T.O) en Demencias

Para la elaboración de este apartado nos hemos basado en 4 documentos principalmente:

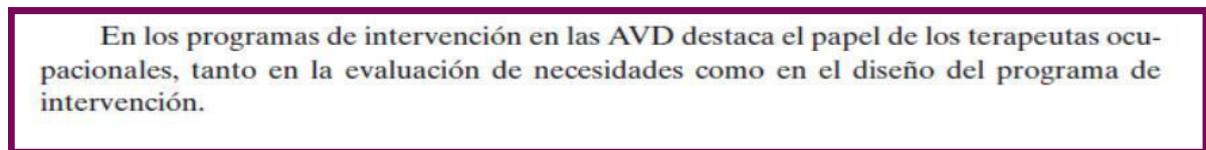
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DEL SNS (2010) . Por considerarlo un documento de referencia dentro de nuestro país.

En esta guía se hace referencia a la Terapia Ocupacional en el apartado “10.3 Tratamiento no farmacológico de las demencias”. Más concretamente en la pregunta 10.3.7. *¿En qué consisten los programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria en los pacientes con demencia?* . En él, se hace referencia a estrategias básicas de Tratamiento de la terapia Ocupacional:



En “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS”. PÁGINA 214.

Y el apartado finaliza con la siguiente afirmación:



En “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS”. PÁGINA 215.

En el apartado 10.3.8 ¿Los programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria mejoran la funcionalidad de las personas con demencia? Se expone el siguiente análisis, tomando como base el estudio de Graff.

<p>Existen ciertos estudios que analizan los efectos de programas de intervención de las AVD. Se han identificado dos ECA que utilizan diferentes poblaciones de sujetos: personas con demencia que viven en casa con un cuidador¹⁰⁷ frente a personas con demencia que viven en residencias geriátricas.¹⁰⁸ En ambos estudios se utilizaron diferentes tipos de intervenciones: entrenamiento en grupo en las AVD durante 20 semanas,¹⁰⁹ a intervenciones individual que consistía en enseñar estrategias compensatorias y modificaciones ambientales, y formación del cuidador durante 5 semanas.¹¹⁰</p>	<p>ECA 1+</p>
<p>Ambos estudios demostraron una mejora en la funcionalidad de los sujetos, que se mantuvo en el estudio de Graff¹¹¹ tras la suspensión de la intervención, y señalaron que es posible mejorar la funcionalidad si se actúa directamente sobre las AVD, es consistente con la teoría del modelo de discapacidad. También estos estudios destacan la importancia de la formación de los cuidadores (formales e informales) en la adquisición de estrategias adecuadas para mantener las conductas de independencia funcional y reducir la percepción de sobrecarga emocional.</p>	

En "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS". PÁGINA 215.

Por último, se recoge el resumen de evidencia existente acerca de las intervenciones de la vida diaria por parte de Terapeutas Ocupacionales y las recomendaciones consecuentes:

<p>Resumen de evidencia</p>	
<p>1+</p>	<p>La realización de programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria es eficaz para mejorar la funcionalidad de los pacientes con demencia y disminuir la sobrecarga del cuidador a medio plazo, tanto en sujetos institucionalizados como en sujetos que residan en el domicilio familiar.^{107,120}</p>
<p>Recomendación</p>	
<p>B</p>	<p>Se recomienda la realización de programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria para mejorar la funcionalidad de los pacientes con demencia y disminuir la sobrecarga del cuidador a medio plazo, tanto en sujetos institucionalizados como residentes en su domicilio familiar.</p>

En "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS". PÁGINA 215.

Igualmente, se hacen otra serie de recomendaciones relacionadas con áreas de trabajo habituales para el Terapeuta ocupacional como son en la provisión de programas de estimulación cognitiva y de ejercicio físico:

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LAS DEMENCIAS	
Intervención y estimulación cognitiva	
H	La participación en programas de intervenciones cognitivas es recomendable en personas con EA leve o moderada, para mejorar su función cognitiva, su funcionalidad y calidad de vida, así como la seguridad del entorno atribuible a la propia intervención cognitiva no así hacer gratuitamente.
C	Aumentar los beneficios de calidad de la intervención cognitiva en relación con QY para incrementar su uso en este subtipo de demencia.
-	No es posible en el momento actual recomendar un tipo de intervención cognitiva concreta basándose en el grado de eficacia en personas con EA leve o moderada, si bien intervenciones que impliquen un tipo de procesamiento general parecen tener un mayor beneficio global que aquellas en las que se realiza un entrenamiento específico de funciones concretas.
C	No se puede recomendar en el momento actual el uso de programas de entrenamiento cognitivo comparando con la EA leve o el síndrome cognitivo leve.
H	Las intervenciones cognitivas individualizadas son recomendables para estabilizar la función cognitiva y funcionalidad de las personas con EA.

-	No se puede recomendar el uso de intervenciones individualizadas frente a las intervenciones en grupo o estructura.
Programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria	
H	Se recomienda la evaluación de programas de intervención sobre las actividades de la vida diaria para mejorar la funcionalidad de las personas con demencia y disminuir la dependencia del cuidador a medio plazo. Entre los tipos de intervenciones como resultado se ve desarrollo funcional.
Programas de actividad física	
H	Se recomienda la evaluación de programas de actividad física a largo plazo para mantener la funcionalidad de las personas con demencia institucionalizadas.
Otras intervenciones no farmacológicas	
C	En el momento actual no se puede recomendar el uso de mensajes orales, fotos, gráficos, pantallas, tarjetas, música, olfatos, aromas, música, imágenes o objetos relacionados con el tratamiento de los trastornos cognitivos o funcionales en personas con demencia o específicamente con EA.
H	Se recomienda de la música, la lectura programada y la música inducida son recomendables para disminuir la dependencia cuando se aplica con demencia.
Seguridad de las intervenciones no farmacológicas	
✓	Los programas de intervención cognitiva, especialmente aquellos basados en técnicas de reestructuración de la realidad y entrenamiento cognitivo, han de dirigirse no a las capacidades cognitivas y a la información emocional que presenta cada paciente sino a las consecuencias emocionales adversas.

Por último, se hace referencia al uso de la Terapia Ocupacional, en forma de actividades recreativas y modificaciones ambientales como intervenciones utilizadas para prevenir y reducir el deambular errático o vagabundeo. Sin embargo :

No hay ECA sobre intervenciones no farmacológicas en la deambulación errática.³⁹⁸

NICE CLINICAL GUIDELINE 42 : DEMENTIA : SUPPORTING PEOPLE WITH DEMENTIA AND THEIR CARERS IN HEALTH AND SOCIAL CARE. (ISSUED: NOVEMBER 2006 LAST MODIFIED: OCTOBER 2012).

En su página 25 se recoge la siguiente recomendación: (Original en Tabla 1).

1.5 Promover y mantener la independencia de las personas con demencia.

...” los planes de cuidado deberían incluir siempre:

Evaluación y asesoramiento sobre la planificación de cuidados en relación con las Actividades de la vida diaria y entrenamiento en actividades de la vida diaria por parte de un Terapeuta Ocupacional”...

Modificaciones ambientales para ayudar al funcionamiento independiente, incluyendo tecnología de asistencia, con asesoramiento por parte de un Terapeuta Ocupacional y/o un psicólogo clínico.”...

...”1.5.1.2 Al desarrollar un plan de cuidado para una persona con discapacidad intelectual al que se le diagnostique Demencia, debería considerarse una evaluación con el AMPS (Assessment of Motor and processing Skills)....

En la Pág 85 de esta guía se hace otra vez referencia al trabajo de los Terapeutas Ocupacionales, más específicamente en el campo de los Servicios Sociales (fragmento original en tabla 2):

...” La evaluación del cuidado social en las personas con demencia es, por tanto una jerarquía...” Algunas evaluaciones en el campo de los servicios sociales implican el uso de servicios comunitarios de equipamiento y terapeutas ocupacionales, que pueden llevar a cabo sus propias evaluaciones para determinar las necesidades del individuo de ayudas y equipamiento y de consejo acerca de temas del domicilio y del entorno”...

Social-care assessment of people with dementia is therefore a ‘hierarchy’ – the bulk of social services resources, including assessment, is now spent on intensive home support and residential provision (Sutherland, 1999), with less support of those who have only minor or emerging impairment related to their dementia (although many people with mild dementia are assessed because of physical problems or disabilities). Some social-care assessments involve community equipment services and occupational therapists, who may carry out their own assessments to determine individuals’ needs for aids and equipment, and advice about housing and environmental issues.

Tabla 2: NICE Guideline 42: SUPPORTING PEOPLE WITH DEMENTIA AND THEIR CARERS IN HEALTH AND SOCIAL CARE. (PÁG 85)

4.2 4.2.1	<p>Planning and maintaining independence of people with dementia</p> <p>Health and social care staff should aim to provide and support the independence, including mobility, of people with dementia. Care plans should address a range of tasks, being clearly focused on the individual's activities, interests, wishes, beliefs and identity, and ensuring the essential support when setting such goals. The setting needs to support and encourage the person's efforts to do as well as possible. Care plans should also include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • assessment and risk profiling • setting a range of activities • identifying objectives • flexibility in environmental modifications • assessment and care planning across supporting activities and skills and training for an individual's change • assessment and care planning across social communication training skills. It should also assess all possible social interaction assessment and related supports, including understanding that it is primary • environmental modifications to an environment including activities, location, technology, with attention to environmental design using visual prompts • physical exercise, job assessment and other form of psychogeriatric activities • support for people to go on their own when safe and appropriate to do so (NICE, 2006)
4.2.2	<p>When developing a care plan for a person with dementia, health and social care staff should, in consultation with the individual, explore and promote their "preferred" activities and interests. The "preferred" activities and interests should be those identified in the person's "preferred" and "preferred" lists (NICE, 2006) and should be included in the care plan (NICE, 2006).</p>

Tabla 1: NICE Guideline 42: SUPPORTING PEOPLE WITH DEMENTIA AND THEIR CARERS IN HEALTH AND SOCIAL CARE. Pág 25.

En la pág 115 se recoge la composición de los equipos multidisciplinares de los servicios de Salud mental especializados :

..” Los equipos especializados son a menudo de composición multidisciplinar y están formados por un psiquiatra especializado en la edad avanzada, enfermeras de salud mental, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y psicólogos”...

Specialist mental health services are now in place in almost every mental health trust. Although there is no uniform style or model for the delivery of specialist mental health services for older people with dementia in the United Kingdom, the various models that have developed have done so through national guidance and the Royal Colleges encouraging patterns and levels of service provision (Audit Commission, 2000; Department of Health, 2001b; Royal College of Psychiatrists, 2005a). In general, specialist mental health services for older people are made up of community mental health teams, hospital-based assessment services, inpatient and day-hospital provision, and memory clinics. The specialist teams are often multidisciplinary in their composition, consisting of old age psychiatrists, mental health nurses, occupational therapists, social workers and psychologists (Royal College of Psychiatrists, 2005a). Teams may also have input from physiotherapists, pharmacists, speech and language therapists and support workers. The Royal College of Psychiatrists (2005a) identified the common features of an effective service as being a single entry-point system, case (or care) management, comprehensive assessment and a multidisciplinary team.

Tabla 3: NICE Guideline 42: SUPPORTING PEOPLE WITH DEMENTIA AND THEIR CARERS IN HEALTH AND SOCIAL CARE. Pág 115.

En la página 171 se hace referencia a varios estudios realizados por Terapeutas Ocupacionales en relación a la necesidad de combinar intervenciones para favorecer el éxito en el objetivo de promover la independencia de los pacientes con demencia (fragmento original en Tabla 4):

...” Por ejemplo, la Terapia ocupacional para personas con demencia consiste en una combinación de modificaciones ambientales, productos de apoyo, estrategias de resolución de problemas , entrenamiento en habilidades y educación y entrenamiento a cuidadores o proveedores de cuidados...”. Mediante la combinación de intervenciones, los proveedores de cuidados y los profesionales tienen más probabilidades de tener éxito a la hora de promover la independencia de un individuo que utilizando sólo uno..”

well. There is literature on interventions targeting multiple aspects of the person, his or her carers and environment in order to address the complexity of supporting people with dementia (Dooley & Hinojosa, 2004; Gitlin *et al.*, 2003; Graff *et al.*, 2003; Teri *et al.*, 2003). For example, occupational therapy for people with dementia consists of a combination of environmental modification, adaptive aids, problem-solving strategies, skill training and carer/care provider education and training (Gitlin *et al.*, 2003; Dooley & Hinojosa, 2004; Graff *et al.*, 2003). By combining interventions, care providers and professionals are more likely to succeed in promoting the independence of an individual than with the use of one intervention alone (Gitlin *et al.*, 2003; Graff *et al.*, 2003; Dooley & Hinojosa, 2004). Physical health difficulties may contribute to loss of independence, and it is essential that such difficulties are assessed and treated appropriately. Collaborative working between psychiatry and geriatric medicine as part of a multidisciplinary approach would help to achieve this.

Tabla 4: NICE Guideline 42: SUPPORTING PEOPLE WITH DEMENTIA AND THEIR CARERS IN HEALTH AND SOCIAL CARE. (PÁG 171)

PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ALZHEIMER’S DISEASE AND OTHER DEMENTIAS. 2ND EDITION. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

En la Pág 19 se recoge la siguiente afirmación dentro del apartado de Supervisión del paciente con demencia: (fragmento original en Tabla 5)

...”Las decisiones relacionadas con la supervisión del paciente deberían tener en consideración los déficits cognitivos del paciente, el entorno del domicilio, y el riesgo consiguiente de realizar actividades peligrosas. Por ejemplo, es posible que un paciente con un déficit cognitivo significativo no pueda permanecer de manera segura en su domicilio debido a que él/ella no pueda administrar sus medicaciones, sea incapaz de hacer frente a una emergencia en el hogar, o utilice la cocina de manera peligrosa. Una evaluación en el hogar de terapia ocupacional bien sea funcional o de la seguridad, al igual que otros servicios basados en la comunidad, pueden resultar de ayuda a la hora de determinar si es necesaria un aumento de la supervisión”...

c. Supervision

Decisions regarding supervision of the patient should take into consideration the patient's cognitive deficits, the home environment, and the consequent risk of dangerous activities. For instance, a patient with significant cognitive impairment may not be safe alone at home because he or she might improperly administer medications, be unable to cope with a household emergency, or use the stove, power tools, or other equipment in a dangerous manner. Home occupational therapy functional and safety assessments, as well as other community-based services, may be helpful in determining whether increased supervision is needed.

Tabla 5: En PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER DEMENTIAS. 2ND EDITION. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (PÁG 19)

En la página 21 se hace referencia al papel del Terapeuta ocupacional en la evaluación de la conducción de vehículos en personas con demencia (Tabla 6):

...” Los pacientes con un deterioro leve que deseen una evaluación independiente de sus habilidades de conducción pueden ser derivados a un terapeuta ocupacional, centro de conducción....”....” aunque el valor predictivo de este tipo de evaluaciones no ha sido todavía probado”..

Patients with milder impairment may also need to consider giving up driving. For those who are unwilling to do so, it may be helpful to advise them to limit their driving to conditions likely to be less risky (e.g., familiar locations, modest speeds, good visibility, clear roads) (66). The patient's spouse or other individual may act as a navigator or assessor of driving skill, but the utility of this strategy is unproven, and passengers may be injured in the event of an accident (60, 61). Mildly impaired patients who wish to have an independent assessment of their driving skills may be referred to an occupational therapist, rehabilitation center, driving school, or local department of motor vehicles, but the predictive value of these assessments for actual driving performance has not been established.

Tabla 6: En PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER DEMENTIAS. 2ND EDITION. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (PÁG 21)

En el apartado de la guía que trata de la prevención de caídas se hace una referencia al papel de las modificaciones ambientales Pág 19.

Environmental modifications can also help reduce the risk of falls. The removal of loose rugs, low tables, and other obstacles can diminish risk. The use of lower beds, night-lights, bedside commodes, and/or frequent toileting may help prevent falls at night. Although bed rails are thought to prevent patients from rolling out of bed, they may actually increase the risk of falls. Therefore, other environmental modifications such as lowering the bed or placing a mattress on the floor are typically recommended. Bed and chair monitors have also been suggested as a way to alert caregivers or nursing staff when patients may be getting out of bed or leaving a chair. In addition,

Tabla 7 :En PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER DEMENTIAS. 2ND EDITION. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (PÁG 19)

⇒ **GUÍA PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA ADULTOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y TRASTORNOS RELACIONADOS.**

Schaber P. Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association, Inc.; 2010. 198 p.

Esta guía, documento de referencia para los Terapeutas Ocupacionales, fue desarrollado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional. La guía hace una revisión de la evidencia existente en relación al tratamiento de Terapia ocupacional en enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados y establece las recomendaciones de tratamiento.

Su objetivo era contestar a las siguientes preguntas: (Original en Tabla 8)

¿Cuál es la evidencia del efecto de las intervenciones diseñadas para establecer, modificar y mantener actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, ocio y participación social en la calidad de vida , salud y bienestar, y la satisfacción del cliente y del cuidador en las personas con demencia? (áreas de ocupación)

¿Cuál es la evidencia del efecto de las intervenciones diseñadas para modificar y mantener las habilidades perceptivas en el desempeño ocupacional de las personas con demencia ¿ (percepción)

¿Cuál es la evidencia de la efectividad de las intervenciones diseñadas para establecer, modificar o mantener rutinas en el desempeño ocupacional, calidad de vida, salud y bienestar y satisfacción del cliente/cuidador de las personas con enfermedad de alzheimer? (Rutinas)

¿Cuál es el efecto de las intervenciones basadas en el ambiente (ej, Montessori, snoezelen en el desempeño, afecto y comportamiento tanto en el domicilio como en las instituciones para personas con demencia? (entorno)

¿Cuál es efectividad de las intervenciones diseñadas para modificar las demandas de la actividad de las ocupaciones de autocuidado, trabajo, ocio y participación social para personas con enfermedad de Alzheimer ¿ (Demandas de la actividad?

¿Cuál es la evidencia del efecto de las intervenciones para prevenir las caídas en personas con demencia? (Prevención de caídas)

¿Cuál es la efectividad de las estrategias educativas y de apoyo para los cuidadores de las personas con demencia en relación con la habilidad de mantener la participación en ese rol? (Estrategias del cuidador).

Tabla 8: Schaber P. Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association, Inc.; 2010.

Para analizar la evidencia se utilizaron los siguientes métodos:

Revisión de los meta-análisis publicados.

Revisión sistemática con Tablas de evidencia.

Dos equipos trabajaron en cada una de las 7 preguntas, revisando los artículos de acuerdo a su calidad (rigor científico y falta de estadística) y sus niveles de evidencia. Cada artículo incluido en la revisión fue entonces resumido utilizando una tabla de evidencia que proporcionaba un resumen de los métodos y hallazgos del artículo, una estimación de las fortalezas y las debilidades del estudio en base al diseño, metodología e implicaciones para la Terapia Ocupacional. Igualmente también se completó un CAT (critically appraised topic), un resumen y estimación de los hallazgos principales, conclusión clínica e implicaciones para la Terapia Ocupacional.

Tipo de evidencia que apoya las recomendaciones:

Number of Articles Included in Review							
Review Question	Level I	Level II	Level III	Level IV	Level V	Qualitative	Total in Each Review
Areas of Occupation	7	1	11	7	0	0	26
Perception	10	4	8	5	0	1	28
Routines	7	0	1	0	1	5	14
Environmental Interventions	13	6	2	1	0	0	21
Activity Demands	6	0	1	0	0	0	7
Falls	3	0	2	0	0	0	5
Caregiver Interventions	23	1	4	0	0	0	28
Total for Each Level	69	12	29	13	1	6	
Total in All Reviews							129

Tabla 9: Schaber P. Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association, Inc.; 2010.

Recomendaciones de Intervenciones de Terapia Ocupacional para clients con Enfermedad de Alzheimer

	Recomendado	No recomendación	No recomendado
ÁREAS DE OCUPACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia Ocupacional centrada en el cliente que identifique temas de desempeño ocupacional y ayude a los clients a poner en práctica estrategias compensatorias y ambientales para personas con demencia leve o moderada. (A). - Actividades centradas en el cliente (ej. Ocio) diseñadas para la persona con demencia (B). - Intervenciones multifacéticas (que incluyen eliminación de sujecciones físicas, alarma de caídas, ejercicio, cambios en el ambiente) para prevenir caídas (A para centros hospitalarios y geriátricos, C para residencias y centros comunitarios). - Entrenamiento físico (marcha, equilibrio, fuerza y flexibilidad) para prevenir caídas en ancianos con deterioro cognitivo (B). - Grupo regular de cocina terapéutica para residentes (B). - Entrenamiento directo que incluye aprendizaje sin errores, entrenamiento en memoria y entrenamiento en AVDS. (C). - En las fases iniciales de la enfermedad, evaluación y entrenamiento en el uso de tecnología de asistencia cognitiva y física. (C) - En las fases finales de la enfermedad , ajustar la textura de la comida, y proporcionar estrategias basadas en la ocupación y centradas en el cliente para mantener el peso y reducir el vagabundeo. (C). 	Actividades de Reminiscencia. (I)	
HABILIDADES DE DESEMPEÑO- PERCEPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo centrado en la atención para mejorar el emparejamiento visual y las actividades (B) - Música, conciencia corporal y entrenamiento de la movilidad/funcional (B) - Utilización de música en directo o grabada (C). - Utilización de ambientes multisensoriales (C) 	<p>Snoezelen (I)</p> <p>Integración sensorial (I)</p>	
PREVENCIÓN DE CAÍDAS	<p>Intervenciones multifacéticas (incluyendo la eliminación de sujecciones físicas , alarmas de caídas, ejercicio, cambios en el ambiente) para prevenir las caídas (A por recursos hospitalarios y de geriatría, C para recursos comunitarios y residencias de tercera edad)</p> <p>Entrenamiento físico (marcha, fuerza, equilibrio y flexibilidad) para prevenir las caídas en ancianos con déficits cognitivos (B).</p>		

	Recomendado	No recomendación	No recomendado
RUTINAS	<ul style="list-style-type: none"> - Rutinas del sueño y estrategias de higiene del sueño para mejorar las actividades diarias y el sueño nocturno (A). - Estrategias de proporcionar pistas para la defecación para el uso del WC. (B) - Estrategias de evacuación pautada y reentrenamiento de hábitos para el uso del WC. (C) - Utilización general de rutinas centradas en el cliente (C). - Facilitación de la habilidad e intervenciones conductuales individualizadas para el entrenamiento de hábitos durante el desempeño de AVDs. (C) <p>General use of client-centered routines (C)</p>		
CONTEXTO Y ENTORNO- ENTORNO FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones proporcionadas por un Terapeuta Ocupacional que ponga el énfasis en la utilización de estrategias compensatorias y ambientales que incluyan: cueing e instrucciones paso-a-paso (A). - Intervenciones multifacéticas (incluyendo la eliminación de sujeciones físicas, alarmas de caídas, ejercicio, cambios en el ambiente) para prevenir las caídas (A por recursos hospitalarios y de geriatría, C para recursos comunitarios y residencias de tercera edad) <p>Cambios en el ambiente físico como terapia de actividades, música y simulaciones del entorno natural (B).</p> <p>Utilización de materiales Montessori que incorporen materiales estéticamente agradables del ambiente (B).</p> <p>Utilización de un horario para equilibrar los estados de alto y bajo arousal (B).</p> <p>Aumentar la iluminación durante la comida (C)</p> <p>Cambios en las puertas y las salidas (puertas sin cerrojos, ocultar los pomos, barreras visuales portátiles, (C)</p> <p>En las fases iniciales de la enfermedad, evaluación y entrenamiento en la utilización de tecnología de asistencia física y cognitiva (C).</p>	<p>Snoezelen (I).</p> <p>Masaje y aromaterapia (I)</p> <p>Bright light therapy (I)</p> <p>Mejora de los pasillos y otros cambios en el diseño del ambiente en recursos residenciales (I)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidades que enfatizan el control de la estimulación sensorial, el uso de música relajante (I). - Señalización y fotografías fuera de las habitaciones de los residentes para ayudarles a orientarse (I) 	
CONTEXTO Y ENTORNO- PERSONA/CUIDADOR	<p>Sesiones de Terapia Ocupacional que proporcionan a los cuidadores educación, resolución de problemas, habilidades técnicas (simplificación de tareas, comunicación) y modificaciones simples del hogar (A).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones dirigidas al cuidador que combinen counseling con grupos de apoyo (A). - Intervenciones dirigidas al cuidador que combinan educación, manejo de casos, implicación del cliente, manejo del estrés y entrenamiento (A) - Intervenciones que tienen lugar en el hogar del cliente (B). - Intervenciones personalizadas basadas en la actividad en conjunción con instrucciones a los cuidadores (B) - Participación en un grupo de apoyo (B) - Grupos de apoyo Technology-mediated (B) - Cuidado de día para personas con enfermedad de Alzheimer (C) 	<p>-Programas de respiro familiar (Respite care) (I)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones centradas solo en la conducta de la persona con demencia (D) - Intervenciones centradas únicamente en el conocimiento de la demencia (D)

	Recomendado	No recomendación	No recomendado
CONTEXTO - DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD	<p>Intervenciones proporcionadas por un Terapeuta Ocupacional que ponga el énfasis en la utilización de estrategias compensatorias y ambientales que incluyan: cueing e instrucciones paso-a-paso (A).</p> <p>- Intervenciones durante la alimentación que incluyan estimulación verbal consistente por parte del cuidador, reforzamiento para la alimentación, utilización de música durante la alimentación, y cambios en la presentación de la comida. (A)</p> <p>- Estimular habilidades e intervenciones conductuales individualizadas para en entrenamiento en hábitos durante el desempeño de AVDS (C)</p> <p>-Selección de actividades sobre la base del estilo personal del cliente (C)</p> <p>- Terapia de estimulación cognitiva con tareas diarias adaptadas y acordes con su nivel de habilidad (C)</p>		

Tabla 10: Schaber P. Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association, Inc.; 2010.

Experiencias de Intervención desde TO en Demencias en Atención Primaria de Salud en otras Comunidades Autónomas.

A continuación se detallan enlaces de algunas experiencias de las que se llevan a cabo en otras Comunidades Autónomas:

EXTREMADURA:

PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA AL DETERIORO COGNITIVO EN EXTREMADURA [**PIDEX**] <http://sepad.gobex.es/documents/10421/c574b2da-03ee-4208-b6db-fdbec522c6db>

LA RIOJA:

SERVICIOS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
<http://www.logroño.es/wps/wcm/connect/d55e0c804ee008deb163b19623a0054a/SEGUNDO.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=d55e0c804ee008deb163b19623a0054a>

ANDALUCÍA:

MÁS DE 600 USUARIOS EL DISTRITO SANITARIO JEREZ-COSTA NOROESTE SE BENEFICIAN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SUS DOMICILIOS.
<http://www.diariobahiadecadiz.com/detalle-noticia-2763>

EL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL DISTRITO SANITARIO GRANADA REALIZÓ 413 VISITAS DOMICILIARIAS DURANTE 2004. EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EVALÚA LA CAPACIDAD DE LOS PACIENTES PARA DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS E INTERVIENE PARA QUE ÉSTOS PUEDAN DESENVOLVERSE CON AUTONOMÍA

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=2189>

MÁS DE 650 CUIDADORAS ASISTEN A TALLERES DE AUTOAYUDA EN LOS CENTROS DE SALUD DE SEVILLA. UN EQUIPO DE PROFESIONALES DEL DISTRITO HAN ELABORADO UN MANUAL QUE ORIENTA A LOS SANITARIOS SOBRE CÓMO IMPARTIR ESTOS CURSOS DIRIGIDOS AL CUIDADO DEL ALZHEIMER Y LAS DEMENCIAS

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=8895>

LAS PERSONAS CON ALZHEIMER Y SUS CUIDADORAS PODRÁN ASISTIR A UN TALLER DE MEMORIA EN CÓRDOBA QUE LES AYUDARÁ A MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=9735>

PAIS VASCO:

PROYECTO ETXEAN ONDO. http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/estadisticas/ss/es_estadist/adjuntos/ETXEAN%20ONDO%20DOMICILIOS.pdf

ARAGÓN:

CARTERA DE SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN. <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OfertaServicios/CARTERA+ATENCION+PRIMARIA.PDF>

COMUNIDAD DE MADRID:

GUÍA PRÁCTICA PARA PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON ENFERMOS DE ALZHEIMER. [http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/29628B1ABA0EED62C1257ACA005288E8/\\$FILE/Guia%20profesionales Alzheimer final.pdf](http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/29628B1ABA0EED62C1257ACA005288E8/$FILE/Guia%20profesionales%20Alzheimer%20final.pdf)

CASTILLA – LEÓN:

GUÍA DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIAS.

http://mayores.aytosalamanca.es/es/docs/GUIA_DETERRIORO_COGNITIVO.pdf

Bibliografía

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2 ed. (traducción). www.terapia-ocupacional.com (portal en Internet). 2012 85 p. Se consigue en : http://www.terapia-ocupacional.com/aota_2012_esp.pdf. traducido de : American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd. Ed.).

Corregidor Sánchez A.I., coordinadora. Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); 2012.

Corregidor Sánchez A.I., Moraleja González C, Ávila Tatos MR. Terapia Ocupacional en psicogeriatría. Disponible en: URL:<http://www.terapia-ocupacional.com>.

Durante Molina P, Guzmán Lozano S, Altimir Losada S. Demencia senil. En : Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Editores. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. 3ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2010.p.217-263.

Durante Molina P. Terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas. En: Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J, Editores. Psiquiatría geriátrica. Masson; 2011.p. 692-711.

Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Olderikert MG. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62(9):1002-9.

Guzmán Lozano S. La terapia ocupacional en psicogeriatría. *Informaciones Psiquiátricas* 2008 segundo trimestre.nº 192. Disponible en : http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/02_192_08.htm.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07. Consultada el 16/04/2013. Disponible en: www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf

Guerrero R, Calderón C, Martínez S. La Terapia Ocupacional en demencias. *Zona Hospitalaria.* 2012; N° 37.

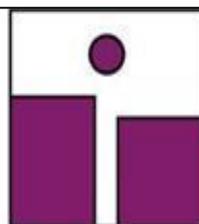
López Pousa S, Turón A, Agüera L.F. Abordaje integral de las demencias en fases avanzadas. Barcelona: Proas Science, S.A.; 2005.

National Institute for Health and Care Excellence. (NICE). Dementia : Supporting people with dementia and their carers in health and social care. (full guide). NICE clinical guideline 42. Issued: November 2006 last modified: October 2012. NICE [Sitio web]. Consultada el 16/04/2013. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG42/Guidance>.

Schaber P. Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association, Inc.; 2010. 198 p.

The American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of Patients with Alzheimer's disease and other dementias. 2nd Edition. Psychiatryonline [página web] .Consultado el 16/04/2013. Disponible en : <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1679489>.

Colegio de Terapeutas
Ocupacionales
de Navarra



Nafarroako
Lan-Terapeuten
Elkargoa

COTONA-NALTE