



CENTRO DE
REFERENCIA ESTATAL
DE ATENCIÓN A
PERSONAS CON
ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER Y
OTRAS DEMENCIAS
Salamanca

PIPAP

Programa Integral para la Promoción de la Autonomía Personal en personas con demencia



GUÍA DE ORIENTACIÓN



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



PIPAP

Programa Integral para la Promoción de la Autonomía Personal en personas con demencia



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Imserso).

AUTORAS

Mireia Tofiño García

Natalia Rosillo Carretero

Ana María Mateos González

COORDINACIÓN Y REVISIÓN

Enrique Pérez Sáez

Beatriz Peláez Hernández

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Eduardo Ruano Santos

EDITA

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Secretaría de Estado de Derechos Sociales

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Imserso.

Avda. de la Ilustración, s/n. – 28029 Madrid.

Tel. 91 703 39 35 – Fax. 91 703 38 80. Email: publicaciones@imserso.es

www.imserso.es

Primera edición, 2024

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso)

NIPO: 235-24-012-0

CONTENIDO



1. OBJETO DE LA GUÍA	7
2. ORIGEN DEL PROGRAMA	7
3. MODELOS TEÓRICOS	10
4. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN	15
4.1. Objetivos del programa	15
4.2. Perfil de la persona usuaria	16
4.3. Recursos necesarios	17
4.4. Periodo preparatorio	20
4.5. Periodo de intervención	22
5. CONCLUSIONES/PUNTOS CLAVE	30
BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXO I: Test y escalas utilizados en el PIPAP	35





1

OBJETO DE LA GUÍA

La elaboración de esta guía tiene como objetivo facilitar la información necesaria para la implantación del Programa Integral para la Promoción de la Autonomía Personal (PIPAP), un programa de intervención no farmacológica, centrado en estrategias de intervención basadas en los principios de la **Atención Integral Centrada en la Persona (AICP)**, destacando el uso de la información biográfica, planteando la ocupación como actividad significativa, la personalización de entornos y la inclusión de la persona que vive con demencia (PcD) en la decisión de las actividades que realiza.



2

ORIGEN DEL PROGRAMA

La primera edición del PIPAP surgió en el año 2014 con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa de intervención de terapia ocupacional centrado en la persona y basado en la ocupación sobre la capacidad funcional, la cognición, los síntomas psicológicos y conductuales, y la calidad de vida de las PcD en fase leve-moderada.

Se creó una **Unidad de Convivencia para la Promoción de la Autonomía Personal** ubicada en el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CREA) de Salamanca, enmarcado dentro de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE nº 299 de 15/12/06), como un recurso específico de atención basado en la intervención no farmacológica de carácter funcional, para promover la independencia específicamente en PcD con deterioro cognitivo leve-moderado y sus familias/cuidadores.

La **demencia** es una de las principales causas de discapacidad, dependencia e institucionalización. La progresión del declive de la capacidad funcional suele seguir un patrón jerárquico, afectándose en primer lugar las **actividades psicosociales avanzadas** (trabajo, actividades de ocio, actividades financieras), posteriormente la ejecución de las **actividades instrumentales complejas** (compras, preparación de las comidas, manejo del teléfono, etc.); y por último las **actividades básicas de autocuidado** (baño, vestido, aseo personal, etc.). El tiempo en el que una persona mayor puede seguir viviendo de forma totalmente independiente, está vinculado en gran medida al desempeño en las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI). La pérdida de la independencia en el desarrollo de estas actividades genera que la PcD se vuelva dependiente de su entorno y de otras personas, y conlleva en muchos casos la institucionalización temprana de la PcD dando lugar a un aumento de costes en los sistemas de cuidado. Además, la pérdida de independencia está asociada con una menor calidad de vida y una menor percepción de autoeficacia personal, y supone un factor de riesgo importante para la sobrecarga de los cuidadores. De ahí, la necesidad de conocer si una intervención precoz basada en la funcionalidad puede reducir la institucionalización al mantener de forma autónoma a la PcD durante más tiempo en su domicilio.

El planteamiento de actuaciones se basó en los siguientes principios éticos:

8

Principio de autonomía y elección.

Las PcD tienen derecho a mantener el mayor control posible sobre su propia vida.

1

2

Principio de participación. Las PcD tienen derecho a participar en diversos ámbitos de la vida cotidiana, así como a disfrutar de interacciones sociales suficientes y al pleno desarrollo de una vida personal elegida.

Principio de independencia. Las PcD y sus familias han de tener acceso a programas informativo-formativos dirigidos a la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía, así como a recibir apoyos que mejoren su situación, minimicen su dependencia y faciliten su bienestar subjetivo.

3

4

Principio de integración social. Las PcD son miembros activos de la comunidad y ciudadanos/as con derechos. Por ello, en una situación de dependencia deben tener la posibilidad de permanecer en su entorno, así como de disfrutar de cuantos bienes sociales y culturales existan, en igualdad con el resto de la población.

Principio de dignidad. Las PcD tienen derecho al respeto de la diferencia y al de su propia dignidad, cualquiera que sea el estado en que se encuentren con respecto a su capacidad tanto cognitiva como funcional.

5

Se realizaron tres ediciones del PIPAP entre 2014 y 2016, dando lugar a una muestra total de 29 personas con demencia en fase leve-moderada que vivían en el domicilio, mantenían las AVD básicas de forma autónoma y en las AVD instrumentales conservaban la participación en tareas del hogar e independencia para dos o más AVD instrumentales. Los resultados obtenidos mostraron una mejoría significativa en las AVD instrumentales al finalizar el PIPAP y las AVD básicas se mantuvieron sin cambios. Aunque la mejoría en la cognición no fue estadísticamente significativa para todas las pruebas, se obtuvieron mejores puntuaciones en todos los test al finalizar el programa. Se consiguió una reducción significativa de los SPCD y una mejoría en la calidad de vida de las PcD y sus cuidadores. Respecto a la comunicación, los análisis mostraron una mejora de las habilidades de comunicación e interacción. Además a los 12 meses tras el alta, el **86,2% aún vivían en sus domicilios**. Los resultados de esta investigación han sido publicados en la revista *Psicogeriatría* (véase Tofiño-García et al., 2021).

Actualmente el PIPAP se desarrolla en el CREA como un **recurso especializado de atención sociosanitaria para las PcD y sus familias**, que desarrolla buenas prácticas de intervención desde una perspectiva holística e integradora. Se enmarca dentro de la colaboración en la Red de Centros del Imsero y forma parte de las líneas estratégicas del Imsero para promover la autonomía personal e integración social de nuestras personas usuarias, sus familias y personas cuidadoras.



Imagen 1

Personas usuarias
en CREAzheimer .



MODELOS TEÓRICOS

El PIPAP se fundamenta en dos modelos, el **Modelo de Atención Integral centrado en la persona** del que se tienen en cuenta los aspectos fundamentales que guiarán la atención, y el **Modelo de la Ocupación Humana** (MOHO), propio de Terapia Ocupacional que orientará la práctica clínica.

Atención Integral centrada en la persona (AICP)

Este concepto defiende la forma en la que podemos considerar la atención a personas con discapacidad, envejecimiento o dependencia. Su aplicación consigue mejoras en la calidad de vida y en la optimización del funcionamiento de los sistemas de atención y los recursos que se emplean en ellos.; englobando así una atención integral y la atención centrada en la persona.

La atención integral implica que debemos tener en cuenta todos los aspectos que constituyen a la persona:

- **Biomédicos:** Relacionados con el cuerpo.
- **Psicológicos:** Cognitivos, comportamentales y de personalidad.
- **Sociales:** Roles y participación en la comunidad.
- **Medioambientales:** Vivienda, barrio, lugares frecuentados.

Es importante que tengamos en cuenta todos estos aspectos para poder ofrecer los apoyos adecuados y requerir los diferentes sistemas y dispositivos de atención para realizar las adaptaciones de forma conjunta y coordinada.

Esto implica una planificación y gestión previa que pueda llevar a un enfoque global de todas las necesidades de la PcD. Además de tener en cuenta que pueden cambiar en el tiempo, por lo que el seguimiento ha de ser continuo y de acuerdo con la etapa vital de la persona dentro de este proceso.

El principal objetivo debe perseguir dar la suficiente atención y apoyos que se requieren, con la flexibilidad suficiente para adaptarse a los diferentes contextos en los que se encuentre la persona.

Para poder llevar a cabo esta generalización es preciso que llevemos unos cuidados a largo plazo, implicando a los familiares y cuidadores en este proceso y otorgándoles herramientas para realizarlo de forma satisfactoria. También debemos involucrar a la propia persona usuaria del servicio, proporcionándole un papel activo durante la estimulación que se realiza en el centro o en la toma de decisiones, teniendo en cuenta sus gustos y preferencias.

Este concepto de integralidad se considera un principio indispensable para ofrecer una buena atención a las personas con demencia.

Por otro lado la atención centrada en la persona persigue promover que cualquier persona sea capaz, mediante los apoyos precisos, de minimizar su situación de fragilidad; y al mismo tiempo poder desarrollar al máximo su autonomía personal, controlando así su propio proyecto de vida.

La primera aportación que se hizo sobre la atención centrada en la persona con trastornos cognitivos y demencias fue de la mano de Kitwood en 1997. Desde entonces se enfatizaba la necesidad de poder formar a las personas cuidadoras (formales y no formales), ya que la falta de comprensión de la enfermedad y su sintomatología puede llevar a que se agudicen ciertos trastornos de conducta.

Debemos consensuar el tipo de atención que vamos a prestar a la persona entre los profesionales y cuidadores, partiendo del respeto, de los valores y creencias de la persona usuaria, de forma que podamos otorgarle la mayor autonomía y control de su propia vida.

Entre los principales objetivos que persigue se encuentran:

- Mantener la máxima independencia funcional para favorecer el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD).
- Promover y dar opciones para el desarrollo de la autonomía moral y que la persona pueda proseguir su ciclo vital.

Kitwood sugiere que dentro de la ACP en demencias, el **profesional** cobre un papel fundamental, comprometiéndose y respetando la realidad de la persona, para cubrir plenamente sus necesidades. Es un punto de partida importante para aquellos que desean comprender el cuidado efectivo de la demencia. Hace referencia a la importancia de focalizar nuestra atención en factores que son muy relevantes en el comportamiento y bienestar de las personas, como la personalidad, la biografía, la salud y la psicología social.

También se asocia con el incremento del bienestar de las PcD y especifica que todos los profesionales deben colaborar con las personas usuarias y sus familias para promover su participación en los cuidados y tomar las decisiones adecuadas con respecto a su tratamiento. Es importante **situar a la persona en primer lugar**,

antes que la enfermedad, así como la necesidad de capacitar a sus cuidadores en relación a la expresión emocional o conductual de la PcD. En definitiva, consiste en valorar a las personas independientemente de la magnitud de su deterioro cognitivo, poniendo el centro de atención en la PcD, su dignidad, su bienestar, sus derechos y sus decisiones.

Las PcD presentan **5** necesidades universales:

- CONFORT: Necesidad de recibir un trato cálido.
- IDENTIDAD: Necesidad de saber quiénes somos.
- APEGO: Necesidad de tener vínculos y compromisos.
- OCUPACIÓN: Necesidad de sentirse con utilidad y participar en actividades significativas.
- INCLUSIÓN: Necesidad de sentirse parte de un grupo social, evitar el aislamiento y la soledad.

Aquellas prácticas que no cubran las necesidades mencionadas anteriormente, provocan malestar en las PcD, pudiendo provocar alteraciones psicológicas y del comportamiento.

Modelo de la ocupación humana (MOHO)

Es el modelo principal en el que se basa la intervención en el PIPAP, que destaca **la ocupación** como elemento más significativo para la persona.

El MOHO fue desarrollado en el año 2004 de la mano de Kielhofner, basándose en la creencia de que la ocupación es un aspecto central dentro de la experiencia humana. Define la ocupación como "aquellos comportamientos a través de los cuales los seres humanos, colectiva o individualmente, forman su espacio en el mundo físico, temporal y social". Este término implica el desempeño de las diferentes tareas que dan significado a una necesidad individual de sentirse competente y satisfecho al pertenecer al mundo social. Además permite validar las propias capacidades, intereses, valores y objetivos adquiridos por la experiencia propia.

El MOHO conceptualiza al hombre como un sistema abierto, en el que se facilita la participación en ocupaciones con el fin de modelar las destrezas de la persona, su rutina y los pensamientos y sentimientos que tiene hacia uno mismo.

Para poder elegir, moldear y realizar las diferentes ocupaciones, el MOHO conceptualiza a las personas como seres compuestos por tres elementos ocupacionales: **la volición, la habituación y la capacidad de desempeño**. Estos

tres elementos interaccionan entre sí y en todo momento se ven muy influenciados por el ambiente (ver Figura 1).

Volición: Es el concepto central en este modelo. Se define como un patrón de pensamientos y sentimientos acerca del propio ser como actor en el mundo. Se compone de varios factores que ayudan a definir el término con más precisión:

- **Causalidad personal:** Conocimiento de la capacidad y el sentido de la eficacia.
- **Valores:** Convicciones personales, de sentido común dentro de una cultura, sobre lo que es importante en la vida.
- **Intereses:** Disposición para encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones y en el autoconocimiento de las mismas.

Este término se rige por el supuesto de que todos los seres humanos tenemos la necesidad innata o intrínseca de actuar, que nos guía a la hora de hacer elecciones. Por ello, podemos afirmar que la volición implica la elección consciente, dependiente de procesos cognitivos; lo cual no significa que una persona con afectación cognitiva no tenga volición, sino que será expresada de otra forma.

La motivación forma parte de un proceso continuo, denominado ciclo volicional que se determina por lo aprendido en el pasado (experiencia), se expresa en el presente (interpretación) y se realiza una elección hacia el futuro.

Habituaición: Hace referencia a patrones de comportamiento ocupacional reiterados y que forman parte de la vida cotidiana de la persona. Se considera un patrón organizativo del comportamiento ocupacional que se divide en hábitos y roles.

- **Hábitos:** Tendencias adquiridas para responder y desempeñarse en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones familiares.
- **Roles:** Emerge del reconocimiento de una identidad social particular y de las obligaciones personales relacionadas, junto con las consiguientes actitudes y comportamientos que conlleva.
- **Rol internalizado:** Incorporación de una posición definida social y/o personalmente y un conjunto relacionando las actitudes y comportamiento.

Capacidad de desempeño: Representa la capacidad para hacer cosas, provista por la condición de los componentes físicos y mentales objetivos subyacentes, acompañada por la experiencia subjetiva correspondiente. Además de estos tres

componentes, debemos tener en cuenta que todos ellos se ven influenciados por el ambiente físico, social y cultural. A esto lo denominamos ambiente ocupacional, que se define como un compuesto de espacios, objetos, formas ocupacionales o grupos sociales que se unen y constituyen un contexto significativo para el desempeño.

El **ambiente** incluye los espacios que se ocupan, los objetos que se utilizan, las personas con quienes interactúan y las posibilidades y significados del hacer que existen en el colectivo humano. El modo en que las características de un ambiente específico interactúan con la volición, habituación y capacidad de desempeño de la persona con demencia, determinará la influencia del ambiente en esa persona. La oportunidad, el apoyo, la demanda y las limitaciones que los aspectos físicos y sociales del ambiente ejercen sobre la persona se denominan impacto ambiental.

En conclusión, el MOHO se trata de un modelo conceptual para la práctica de la terapia ocupacional que además integra la atención centrada en la persona y está basado en la ocupación. Ofrece una visión integral de la persona con demencia lo que facilita la creación de un programa de atención individualizada, que pueda cubrir todas sus necesidades.

MODELO DE LA OCUPACIÓN HUMANA



Figura 1. Componentes del MOHO

4

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

4.1

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El objetivo general del PIPAP es el de promover y/o mejorar la autonomía personal de personas con demencia en un estadio leve de la enfermedad a través de un programa de intervención de terapia ocupacional centrado en la persona y basado en la ocupación.

Con la implementación y desarrollo del PIPAP buscaremos por lo tanto:

- Mantener el funcionamiento global de las AVD a través de una intervención basada en AVD instrumentales y avanzadas.
- Estimular y/o mantener los componentes de ejecución cognitivos para el desempeño de las AVD.
- Retrasar la institucionalización permanente a través de la intervención.
- Incrementar habilidades de comunicación y de interacción tales como la corporalidad, intercambio de información y relaciones con terceros, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional.
- Mejorar la calidad de vida de la PcD y la familia.
- Identificar las características de su vivienda/entorno que facilitan/limitan el desempeño independiente de AVD.
- Proponer estrategias de modificación ambiental que favorezcan el desempeño independiente de AVD.
- Facilitar la iniciativa e implicación en la realización de las AVD a través de la intervención centrada en la persona y basada en la ocupación.
- Desarrollar un PAI basado en la percepción de la persona usuaria sobre su desempeño ocupacional y la importancia que da a cada actividad.

4.2 PERFIL DE LA PERSONA USUARIA

Aunque el modelo de intervención llevado a cabo se podría aplicar a otro perfil de persona usuaria con las modificaciones necesarias, la efectividad del PIPAP está demostrada en personas con demencia con un GDS 4 según la escala de deterioro global de Reisberg, o con diagnóstico de DCL (GDS 3) con criterios de inclusión de demencia leve tras la valoración.

Además del diagnóstico, para un correcto desempeño del programa, es necesario que cumplan los siguientes requisitos:

- Conservar la participación en tareas del hogar y ser independiente para dos o más AIVD (uso del teléfono, compras, preparación de comidas, uso de medios de transporte y/o manejo del dinero). Puede darse el caso de una dependencia para AIVD aguda o subaguda por una causa identificada con buen pronóstico de recuperación funcional.
- Mantener actividades de autocuidado (AVD Básicas) de forma autónoma o requerir de mínima supervisión.
- Adecuarse al horario del programa y mantener regularidad en la asistencia.
- Residir en el domicilio.
- Compromiso y apoyo familiar, así como disponibilidad para participar en las valoraciones y en actividades propuestas.

Por otro lado, existen una serie de criterios que dificultan o impiden la ejecución efectiva de la intervención, y que deben ser considerados como criterios de exclusión:

- Presencia de trastornos de conducta mal controlados que puedan afectar al desarrollo del programa según NPI-Q.
- Presencia de trastornos del lenguaje que impidan la valoración y la participación efectiva en el programa.
- Requerir ayuda física en control de esfínteres.

- Que la persona usuaria mantenga sus hábitos y rutinas de forma autónoma y/o satisfactoria en su entorno.
- Que el programa produzca perjuicio a la persona usuaria retirándolo de su rutina diaria.
- Que la persona usuaria no dé su consentimiento o aceptación para participar en el programa.
- No cumplir los criterios de inclusión.

Para enmarcar de forma adecuada el PIPAP, hay que destacar que se pretende intervenir con personas con demencia con deterioro cognitivo leve-moderado, para basar la intervención en la prevención temprana de la dependencia, así como favorecer el mantenimiento en el hogar de la persona el máximo tiempo posible y ofrecer estimulación funcional y cognitiva de forma precoz.

4.3 RECURSOS NECESARIOS

Recursos materiales

Para llevar a cabo el PIPAP se requiere de una unidad de convivencia que cumpla con criterios de accesibilidad universal y diseño para todos como base, pero sin olvidar la personalización de los espacios para conseguir que se asemeje lo máximo posible a un hogar.

Debe de contar con espacios diferenciados que las PcD puedan identificar como las diferentes estancias de su hogar.

- **Cocina completa:** Con los electrodomésticos de uso habitual (Vidrocerámica, frigorífico, horno, microondas, lavavajillas, batidora...), y los utensilios y elementos de menaje. Es importante identificar con letreros (si es necesario acompañando la palabra de una imagen) donde se encuentra cada utensilio en los armarios, cajones y puertas, de este modo facilitaremos la identificación y orientación de las personas usuarias.
- **Cuarto de limpieza:** Debe contar con una lavadora, plancha y tabla de planchar, tendedero y elementos de limpieza como un cubo, fregona, cepillo y recogedor, además de productos de limpieza (detergentes, suavizantes, desinfectantes, estropajo, bayeta...).

- **Zona de descanso común:** Con sillones o sofás cómodos, mesa camilla, televisión o radio, mesita con revistas y periódicos...
- **Baños:** Es recomendable disponer de al menos tres o cuatro cuartos de baño, de este modo si el grupo es mixto pueden dividirse en baños femeninos y masculinos, y asignar varios grupos. Poner carteles personalizados en las puertas de los baños para facilitar la identificación (foto de la persona, de su pueblo natal, profesión desempeñada durante su vida...). Es importante que cada persona disponga de un neceser personal con su cepillo de dientes, pasta, toallitas húmedas y utensilios personales que quiera aportar y estén relacionados con sus hábitos y rutinas (peine, colonia, pintalabios...). Disponer de foto y nombre en el espacio de cada persona dentro del baño (por ejemplo, en la estantería donde deposite su neceser personal).
- **Comedor:** La comida es una actividad importante donde se puede fomentar la comunicación, se recomienda una mesa grande para doce personas (diez personas usuarias y dos auxiliares). Si es necesario, principalmente las primeras semanas, poner el nombre y la foto de cada persona en la silla para ayudar a orientarse y encontrar su lugar.



Imagen 2

Ejemplo zona
comedor PIPAP en
CREAlzheimer.

Zona de intervención: Crear un espacio dedicado a la intervención con mesas y sillas para los diez integrantes del grupo (si es posible, no utilizar el mismo lugar donde se lleva a cabo la comida). Estantería con cajones o bandejas (personalizados con su nombre) donde puedan depositar sus actividades y tener acceso a ellas fácilmente, y un armario con puertas de cristal donde puedan encontrar el material fácilmente y sea accesible para todos (lapiceros, pinturas, gomas, sacapuntas, fichas de estimulación, lana, agujas, pintaúñas, quitaesmalte, algodones, limas, cortaúñas...).

- **Habitación:** Es importante poder disponer de una habitación con un par de camas como mínimo por si alguna persona se encuentre indispuesta o incluso tenga hábito de dormir la siesta en la cama después de comer. También pueden usarse para el entrenamiento de AVD instrumentales (hacer la cama).
- **Vestíbulo:** Habitación con un perchero donde cada persona dejará su abrigo y bolso en su percha personalizada (foto y nombre). Armario para poder depositar cada persona un bolso con ropa de cambio en caso de necesitar cambiarse (ropa interior, pantalón, camiseta, calcetines...).
- **Otros espacios recomendables son:**

Sala de lectura/descanso: Además de la zona común de descanso, es recomendable disponer de un lugar/habitación más tranquilo para aquellas personas que necesiten estar solas, leer, relajarse o incluso que tengan hábito de dormir la siesta. Debe contar con periódicos, revistas, libros...

Patio: Si es posible disponer de una zona exterior, se pueden incorporar mesas y sillas, jardineras o huerto, incluso una piscina pequeña para el verano (actividades de psicomotricidad en el agua).

Sala de informática: Habilitar una sala o un espacio con ordenadores/tablets para el uso de las nuevas tecnologías. A pesar de ser algo muy nuevo para algunas PcD, suelen responder de manera muy positiva y es una forma diferente de realizar estimulación y mejorar su autoestima.

Recursos humanos

Aunque el PIPAP puede llevarse a cabo por dos auxiliares y un terapeuta ocupacional el cual a su vez va a coordinar el programa, en las distintas fases también son necesarios otros profesionales del equipo interdisciplinar que se detallan en cada apartado del procedimiento de intervención.

4.4 PERIODO PREPARATORIO

Incluyen la preparación de los recursos materiales y humanos, la creación del espacio y la selección de las PcD que van a participar. La duración de este periodo es complicada de determinar, dependiendo en muchos casos de factores externos.

Fase previa

Esta fase durará el tiempo necesario para realizar el montaje y/o adaptación del espacio y ambiente dónde se desarrollará el PIPAP. También debemos incluir la formación a los profesionales que van a intervenir, destacando los siguientes aspectos:

- Fundamentación del programa y marcos teóricos.
- Programación de la intervención.
- Pautas de actuación para la promoción de la autonomía personal en personas con deterioro cognitivo leve-moderado.

Selección de participantes y valoración inicial

El trabajador social debe informar acerca de los distintos programas de intervención existentes en el centro. Entre las solicitudes presentadas se seleccionarán aquellas que pueden cumplir con los criterios de inclusión basándonos en la documentación presentada. Se ha de realizar una valoración de cribado presencial que comprenda datos funcionales recogidos por un terapeuta ocupacional mediante el *Índice de Barthel (IB)*, *Escala de AVD Instrumentales de Lawton y Brody (EAIVD)* e *Interview for Deterioration of Daily Living Activities in Dementia (IDDD)*, así como datos cognitivos y comportamentales recogidos por un neuropsicólogo mediante *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, *Memory Impairment Screen (B-MIS)*, *Test del Reloj (CDT)* e *Inventario Neuropsiquiátrico abreviado (NPI-Q)*.

La Comisión Técnica de Valoración del CREA, una vez examinados los informes y los resultados de las valoraciones de cribado, emitirá de forma colegiada el dictamen de *Apto* o *No Apto*, en base a los criterios de inclusión definidos para el programa, y enviará acta de las reuniones a Servicios Centrales del Imsero.

El Protocolo de Ingreso se realiza una vez aprobada la participación en el PIPAP. En este protocolo se incluyen las diferentes figuras profesionales: trabajador social, médico de atención primaria y DUE, neuropsicólogo y terapeuta ocupacional. Si se detectan demandas y necesidades específicas, se realizarán derivaciones por parte del terapeuta ocupacional o a demanda de las propias familias, a cualquier profesional del equipo del CREA (área médica, área de intervención o área de familia).

La valoración de la PcD es una parte fundamental para conseguir un perfil completo de la PcD y fomentar la implicación en su propio tratamiento. Se comienza a construir la base para establecer la relación terapéutica entre los profesionales implicados en el PIPAP, la PcD y las personas cuidadoras.

El terapeuta ocupacional, además de recoger las **capacidades funcionales**, recoge los datos referentes a la **historia de vida ocupacional** de la PcD, los **roles** desempeñados, las distintas **etapas de su vida, época y acontecimientos significativos de su vida, relaciones familiares**, circunstancias y/o actividades que le agradan o provocan malestar, manías, etc., valora las **actividades de ocio y aficiones** mediante un Inventario de intereses ocupacionales de ocio, aspectos comunicativos mediante la *Escala de Comunicación de Holden* y calidad de vida mediante el *Quality of Life - Alzheimer's Disease (QoL-AD)* y las viñetas COOP/WONCA. El neuropsicólogo por su parte, complementa la **valoración cognitiva** con el *Montreal Cognitive Assessment (MOCA)* y de los aspectos psicoafectivos mediante la *Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15)*.

Lo más conveniente es realizar las valoraciones del protocolo de ingreso de todos los participantes en aproximadamente dos semanas y comenzar las fases de intervención tras finalizar las mismas.

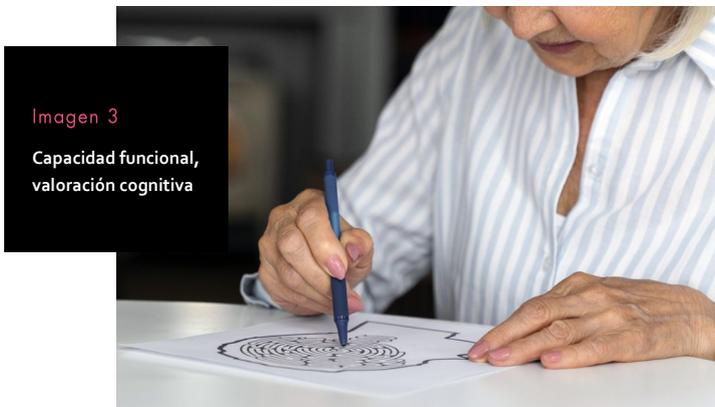


Imagen 3

Capacidad funcional,
valoración cognitiva

4.5 PERIODO DE INTERVENCIÓN

Comprende las fases de intervención con las PcD y sus cuidadores una vez comienzan su participación en el programa. Su duración será de 9 meses excluyendo los seguimientos tras el alta. Consta de cuatro fases.

Fase I: Evaluación específica y creación del PAI

Tendrá como duración un mes, dónde se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

Reunión inaugural: Es importante que todas las PcD que van a participar en el PIPAP lo inicien a la vez. Igual que se formó a los profesionales que van a intervenir en el programa, se ha de realizar una primera reunión donde se informe a las familias y personas cuidadoras de las distintas fases y metodología del PIPAP, así como resolver las posibles dudas que puedan tener.

Valoraciones específicas: Se continúan las valoraciones de las personas usuarias aplicando las baterías y test de evaluación propias del Modelo de Ocupación Humana (MOHO):

- Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS).
- Cuestionario Autoevaluación Ocupacional (OSA).
- Listado de roles e intereses.

Valoración del domicilio y entorno de la PcD: Analizando qué factores del entorno pueden limitar el desempeño ocupacional y generar discapacidad, así como cuáles podrían ser elementos facilitadores. El terapeuta ocupacional asiste al domicilio de la PcD, donde le indicará determinadas actividades que ésta ha de realizar, registrándose aquellos aspectos ambientales que limitan un correcto desempeño ocupacional, así como la posibilidad de cambio. Se aplicará la escala de valoración del ambiente físico (diseñada *ad hoc* para el programa) contemplando tanto la seguridad como la autonomía de la PcD. La duración estimada de la valoración domiciliaria puede ser de dos horas aproximadamente, en función del propio desempeño de la PcD tanto en su hogar como en su entorno próximo.

Análisis de necesidades: Analizar cada uno de los sistemas que nos ayude a establecer los objetivos individuales, para posteriormente establecer el plan de actuación de forma consensuada junto con la PcD.

		ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS	OBJETIVOS
VOLICIÓN	VALORES	La familia y su pueblo: le hace muy feliz poder estar con los suyos y en su ambiente. Valora la autonomía, poder cuidar de sí mismo y hacer aquello que quiere hacer. Valora la capacidad de tomar decisiones.	Sus limitaciones y los problemas físicos de su mujer le impiden pasar más temporadas en el pueblo.	Proporcionar información a su hija sobre las capacidades y limitaciones de Jacinta. Concienciar a su familia acerca de la importancia que tiene mantener el máximo grado de autonomía.
	AUTO PERCEPCIÓN	Consciente de sus capacidades.	Labilidad emocional y poca tolerancia a la frustración así como para recibir ayuda de otros.	Validar sus experiencias positivas.
	INTERESES	Mantiene sus actividades lúdicas y prosociales, le gusta pasear, el huerto en el pueblo, montar en bici, los animales.	Posible abandono de dichas actividades por no poder llevarlas a cabo en la ciudad. Refiere incapacidad de relajarse y disfrutar.	Fomentar sus actividades de ocio. Proporcionar actividades con la que pueda relajarse y disfrutar.
HABITUACIÓN	HÁBITOS	Refiere tener una rutina satisfactoria. Independiente para AVDB. Dependencia leve en AVDI (4/5 ELB).	Presenta pérdida de hábitos en el autocuidado. Refiere incapacidad de relajarse y disfrutar.	Mantener AVD básicas. Reforzar hábitos de higiene. Entrenar aquellas AVD instrumentales en las que encuentra mayor dificultad. Generalizar y fomentar la realización de AVD instrumentales en su entorno.
	ROLES	Identifica sus roles de padre, hermano, amigo y esposo.	Muchos de ellos no los puede desempeñar por estar lejos de la familia.	Mantener sus roles y responsabilidades.
EJECUCIÓN	EJECUCIÓN	Conserva la mayoría de capacidades cognitivas y motoras.	Alteración mnésica. Refiere problemas para manejar sus finanzas y la capacidad de planificar cosas que necesita hacer.	Mantener capacidades cognitivas y motoras conservadas. Retrasar el deterioro de las capacidades afectadas.
	ENTORNO	Cuenta con mucho apoyo social. Recursos en su entorno físico próximo.		Proporcionar las propuestas de mejora domiciliaria. Limitar la intervención de apoyo social a aquellas actividades en que realmente sean necesarias.

Tabla 1. Ejemplo de análisis de necesidades.

Establecimiento de los objetivos individuales y el plan de actuación de forma consensuada junto con las personas usuarias: Se asignan unos programas y talleres teniendo en cuenta las preferencias de la PcD y el juicio profesional del terapeuta ocupacional. Se tendrán en cuenta los datos recogidos en la OSA, las valoraciones funcionales incluidas en el Protocolo de Ingreso y la observación directa en la ejecución de AVD tanto en la unidad como en su domicilio.

Elaboración y entrega del informe de ingreso: Una vez realizadas las valoraciones de ingreso por parte de todos los miembros del equipo multidisciplinar, detectado las necesidades y consensuado con la PcD el plan de actuación, el terapeuta ocupacional como responsable del programa elaborará el informe de ingreso. El informe se dividirá en cuatro apartados. El primero constará de los datos personales e historia de vida ocupacional, mientras que los otros tres corresponderán a los sistemas de volición, habituación y ejecución. Dentro de cada sistema deben contemplarse los objetivos definidos para dicho sistema, incluyendo el informe domiciliario en el sistema de ejecución. El informe será entregado a la familia y a la persona usuaria, junto con el PAI establecido.

Hay que tener en cuenta que la persona es un ser dinámico y por lo tanto sus preferencias y necesidades están sujetas a cambios durante toda la intervención.



Figura 2. Resumen de aspectos que debe reflejar el informe de ingreso.

Fase II: Intervención

Tendrá una duración de seis meses. En esta segunda fase cobrará peso la intervención realizada en los diferentes programas.

Con el fin de que la unidad de convivencia se asemeje lo máximo posible a un hogar, muchas de las intervenciones se realizarán de forma conjunta con todas las personas usuarias. Aunque para facilitar la intervención y mejorar la eficacia del programa, algunas actividades se realizarán en grupos reducidos en función del PAI establecido.

Las intervenciones se llevarán a cabo mediante diferentes tipos de talleres:

- **Talleres teóricos y formativos:** Se preparará a las PcD y/o familiares de manera teórica para que tomen conciencia de los diferentes temas a tratar. Pueden ser grupales o individuales.
- **Talleres cognitivo-funcionales:** Se trabajarán los componentes requeridos para la realización de AVD de manera aislada para la posterior integración en la actividad.
- **Talleres práctico-funcionales:** Se procederá a la realización práctica de las AVD, mediante *role playing* y situaciones simuladas.
- **Ejecución real:** Se realizarán las AVD con un fin productivo y en un entorno controlado.
- **Talleres externos:** Actividades prácticas fuera del entorno terapéutico.
- **Generalización:** Se promoverá la transmisibilidad de las destrezas, habilidades y actividades trabajadas en el entorno terapéutico al hogar y contexto real de los participantes.

La intervención del PIPAP constará de diversas actividades que forman parte de **seis programas**.

Programa de mantenimiento básico:

Mediante este programa se crearán hábitos y rutinas encaminadas a la realización de forma autónoma de las actividades de autocuidado (como por ejemplo lavarse las manos antes de comer y los dientes después, colocar el abrigo y enseres personales a la llegada, ir al baño antes de irnos del centro, entrenamiento del pastillero, etc.), así como nuevas rutinas como el reparto de tareas, el repaso del horario diario y del programa semanal o la realización de hábitos saludables y ejercicio físico.

Programa de adquisición y mantenimiento de responsabilidades y roles comunitarios:

Se crearán hábitos y rutinas que afiancen el desempeño ocupacional y promuevan el mantenimiento de roles. Las actividades se realizarán tanto en el centro como en el entorno físico exterior, valorando de este modo el impacto ambiental. Algunas de las actividades son: lavado y planchado de ropa, limpieza de la cocina y resto del hogar, preparación del desayuno y media mañana, entrenamiento en el uso del teléfono y nuevas tecnologías, uso de medios de transporte, compras y manejo del dinero, elaboración de recetas de cocina, cuidado de plantas y animales, etc.

Programa de ocio y participación social:

Son actividades fuera de las obligaciones habituales que producen diversión, bienestar, relajación o descanso. Estas actividades deben ser incluidas en la rutina diaria. Laborterapia, ludoterapia, salidas culturales y en la comunidad, actividades vecinales, actividades religiosas o la organización del tiempo libre, son algunas de las actividades que podemos incluir en este programa.

Programa de orientación a la realidad:

Técnicas mediante las cuales la persona toma conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal), en el espacio (orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal). Se llevarán a cabo taller de prensa y actualidad, revisión de fotografías y vivencias personales, grupos de debate y conversación, etc. La orientación a la realidad se realizará a primera hora de la mañana en forma de sesión estructurada en torno a la pizarra de orientación, y de manera no estructurada durante el resto del día por los cuidadores.



Imagen 4

Actividad en Programa de Ocio y participación social.

Programa de ambiente social:

Se realizarán actividades encaminadas a demostrar a las familias y cuidadores cuáles son las capacidades y limitaciones de las personas con demencia, así como cuál será el curso normal de la enfermedad y cómo paliar los déficits para favorecer la independencia en su domicilio. Se llevarán a cabo seminarios de concienciación y educación, talleres intergeneracionales, actividades conjuntas con PcD y personas cuidadoras y/o familiares, así como reuniones individuales periódicas.

Programa de ambiente físico:

Se adoptarán medidas encaminadas a mejorar o afianzar el entorno físico para conseguir una mayor autonomía, como la valoración y adaptación del entorno físico, la supervisión de la realización de AVD en su entorno inmediato o visitas domiciliarias.

Para una correcta realización del PIPAP y consecución de los objetivos, es imprescindible trabajar sobre los 6 programas de una manera equilibrada basándonos en las necesidades tanto individuales como del grupo.

Fase III: Transmisibilidad y valoración final

En esta fase se continúan llevando a cabo los programas especificados en la Fase II, cobrando mayor importancia los programas de *Ambiente Social* y *Ambiente Físico*.

Durante los dos meses que dura aproximadamente esta fase se lleva a cabo diferentes medidas encaminadas a la preparación del alta:

Actividades conjuntas con las personas usuarias, las familias y personas cuidadoras, donde se puede comprobar las capacidades y desempeño de las PcD tras su paso por el PIPAP.

Seminarios formativos para las personas cuidadoras orientados al mantenimiento de la autonomía de las PcD en su domicilio.

Generalización final del programa en su domicilio, acudiendo junto con la persona usuaria a su hogar, comprobando si se han producido las modificaciones y recomendaciones pautadas y dando nuevas indicaciones si fueran necesarias para un desarrollo óptimo de su autonomía.

Realización de las evaluaciones finales específicas, aplicando las mismas evaluaciones que en la FASE I. Además se aplicará una encuesta de satisfacción a los familiares o cuidadores y a los profesionales implicados en el PIPAP.

Elaboración de informes de alta: El informe de alta debe constar de la valoración inicial con la historia de vida ocupacional, sistema volicional (donde se reflejan sus valores, autopercepción e intereses, así como los objetivos para este sistema), sistema de habituación (donde se especifican sus roles y el desempeño funcional de las áreas ocupacionales, así como los objetivos para este sistema) y sistema de ejecución (con la valoración de sus capacidades y limitaciones físicas, cognitivas, sensoriales y psicoconductuales además del entorno, junto a los objetivos para este sistema). Además ha de adjuntarse el informe domiciliario. Debe constar la valoración final con los tres sistemas diferenciados y comparando los datos obtenidos al ingreso con los conseguidos al final del PIPAP y la evolución durante el desarrollo del programa, las recomendaciones tras el alta y un cuadro de datos de escalas cuantitativas.

Entrega del informe de alta: Se cita de manera individual a las personas cuidadoras y a la persona usuaria para explicarles cada punto del informe de alta, ofrecerles las encuestas de satisfacción e informarles de la fase de seguimiento.

Clausura: Se muestran los logros grupales conseguidos y se realiza una despedida conjunta de las PcD, personas cuidadoras y profesionales que han intervenido en el PIPAP.

Fase IV: Seguimiento

El PIPAP no finaliza con el alta de las PcD tras los 9 meses de intervención. Con el fin de disminuir la gravedad de los SPCD y facilitar la adaptación de la persona usuaria a la nueva rutina en su domicilio sin el apoyo diario del terapeuta ocupacional, se establece una retirada gradual del apoyo del terapeuta, que estará presente vía telefónica y/o correo electrónico durante los dos primeros meses tras el alta, resolverá las dudas y conflictos generados. Se establece un primer contacto a la semana de producirse el alta, un segundo contacto 15 días después y un tercer contacto transcurrido un mes del segundo contacto.

Al mismo tiempo, a los tres, seis y 12 meses de haber finalizado la participación en el programa, se realizará un seguimiento valorando los siguientes aspectos:

- El Estado cognitivo-funcional de las personas usuarias participantes en PIPAP, donde el neuropsicólogo aplicará las pruebas cognitivas (MMSE, B-MIS, Test del reloj) y el terapeuta ocupacional las psicoafectivas (NPI-Q, GDS-15), funcionales (IB, AIVD, IDDD) y calidad de vida (COOP-WONKA, QoL-AD).
- El uso de algún recurso, ayuda a domicilio, centro de día o residencia con el fin de comprobar si se ha conseguido el retraso de la institucionalización y qué motivos llevaron a tomar la elección de dicho recurso si lo hubiera.

- Se citará telefónicamente a las PcD y sus personas cuidadoras para concretar el día que han de presentarse en el centro para realizar las valoraciones de seguimiento.

	Fase previa				Fase inicial				Fase I				Fase II				Fase III				Fase IV			
Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Periodo preparatorio	Fase previa				Fase inicial																			
Periodo de intervención									Fase I				Fase II				Fase III							
Valoraciones									Fase I				Fase II				Fase III				Fase IV			

Figura 3. Cronograma del PIPAP.

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
PERIODO PREPARATORIO																								
Fase previa	Fase previa																							
Selección de participantes y valoración inicial			Selección de participantes y valoración inicial																					
PERIODO DE INTERVENCIÓN																								
Fase I: Evaluación específica y creación del PAI					Fase I: Evaluación específica y creación del PAI																			
Fase II: Intervención							Fase II: Intervención																	
Fase III: Transmisibilidad y valoración final											Fase III: Transmisibilidad y valoración final													
Fase IV: Seguimiento													Fase IV: Seguimiento											





CONCLUSIONES/PUNTOS CLAVE

¿Qué diferencia al PIPAP de otros programas de intervención?

Intervención y valoración a través de la **OCUPACIÓN**: La evaluación a través de la ocupación es continua y la intervención se centra en trabajar desde las necesidades más básicas (Programa de mantenimiento básico) hasta el área lúdica y social (Programa de ocio y participación social y comunitaria), pasando por las necesidades y modificaciones ambientales (Programa físico), así como las actividades más significativas que marcan la independencia en la comunidad (Programa de adquisición de responsabilidades y roles comunitarios), buscando un equilibrio entre todas las áreas de desempeño ocupacional.

CAMBIO DE ROL de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE): Habitualmente el papel de las TCAE suele ser asistencial, tendiendo a la protección y cuidados básicos de las personas usuarias. En el PIPAP es necesario huir del modelo de atención paternalista, de tal manera que las TCAE acompañan a la PcD y son elementos facilitadores y promotores de su autonomía. Para conseguir establecer una relación horizontal y de confianza, se eliminarán los uniformes y se cuidará el lenguaje. Se fomentará la independencia de la PcD y se realizarán actividades que puedan hacer por ellos mismos. En el supuesto de acudir al centro en el servicio de transporte del mismo, es importante que la TCAE acompañe a la persona usuaria en la ruta, siendo ésta también una figura de referencia desde el domicilio.

PROFESIONAL DE REFERENCIA: Existe un único profesional de referencia para todas las personas participantes en el programa, lo que facilita la comunicación, la visión global del grupo y la planificación diaria. El terapeuta ocupacional como coordinador del programa es el que mejor pueda informar y asesorar al familiar ya que pasará la mayor parte del tiempo junto a la PcD y cuenta con una visión holística y el conocimiento de todas las actuaciones llevadas a cabo.

PAI consensuado con la persona usuaria: Como hemos visto con anterioridad, el PAI se realiza de mutuo acuerdo con la PcD, pudiendo elegir en qué actividades quiere participar, teniendo un papel activo en la creación de su propio tratamiento de intervención, y generando una mayor implicación y motivación en las AVD. Posteriormente se pone en conocimiento de las familias y se realizan los últimos ajustes si fueran necesarios.

Intervención en **DOMICILIO**: La Intervención en su entorno real es otro de los puntos claves del PIPAP. Observando a la PcD en su propio domicilio y en la comunidad podemos conocer cuáles son sus necesidades reales. Se valora y analiza su entorno físico próximo y los recursos existentes de los que hace uso, y se proporcionan los productos de apoyo cognitivos y recursos necesarios para mantener una actividad y vida independiente en su comunidad.

Intervención con **FAMILIA**: La familia y/o cuidadores son un pilar fundamental del PIPAP, existiendo un contacto continuo y diario entre ellos y la terapeuta ocupacional. A lo largo del desarrollo del programa, se realizarán diferentes seminarios de formación específica y reuniones individualizadas para orientar sobre el manejo de la PcD y cómo fomentar su autonomía, además de reforzar la intervención llevada a cabo en el PIPAP. También se realizarán actividades conjuntas donde los familiares podrán observar algunas de las habilidades y destrezas que se trabajan en el centro. Formación específica e individualizada, actividades conjuntas, contacto continuo (*feedback*), etc.

TRANSMISIBILIDAD del programa: El trabajo conjunto con las personas cuidadoras y la valoración de su entorno, facilitan la transmisibilidad de la intervención realizada. Las acciones trabajadas en el CREA, en un entorno controlado, se extrapolan a su entorno real. Se acompaña a la persona en las diferentes actividades que realiza en su comunidad (compras, cafetería, uso de autobús...) y se fomentan junto con las familias, la realización de actividades de carácter lúdico y social en su comunidad que puedan continuar al finalizar el programa. En la última fase del programa, se pone mayor hincapié en transferir el trabajo realizado en el CREA a su entorno real.



Imagen 5
Ejemplo de transmisibilidad: uso del autobús.

Adaptar el **ENTORNO** para potenciar sus capacidades: En muchas ocasiones, la PcD cuenta con capacidades para realizar sus diferentes AVD de manera autónoma, sin embargo no pueden llevarlas a cabo por la presencia de barreras arquitectónicas o ausencia de elementos facilitadores que merman su independencia. Desde el PIPAP se trabaja adaptando el entorno a las necesidades de la PcD, intentando eliminar los elementos que supongan un riesgo para su seguridad y aquellos que limiten su desempeño funcional, así como incluyendo elementos facilitadores y ayudas cognitivas que favorezcan su independencia.

PERSONALIZACIÓN del ambiente terapéutico: La unidad de convivencia donde se lleva a cabo la intervención del PIPAP debe ser segura y accesible, pero encontrando un equilibrio entre la funcionalidad y la personalización. Evitar ambientes institucionales con uniformidad de muebles, ausencia de color y decoración que recuerdan a hospitales y transmiten seriedad y frialdad. Generar ambientes hogareños que reproduzcan las diferentes estancias de un hogar, permitiendo a las propias PcD participar en la decoración y creación de espacios.

EQUILIBRIO entre la intervención diurna controlada y su vida "real". El horario que se lleva a cabo en el PIPAP, permite a la persona continuar con sus hábitos y rutinas fuera del centro. La finalidad del programa es que la PcD permanezca el máximo tiempo posible en su entorno con un correcto desempeño y equilibrio ocupacional, por lo que no tendría sentido apartarle de aquellas actividades que para ella son significativas.

HOMOGENEIDAD dentro de la diversidad: La diversidad enriquece al grupo, la historia de vida de cada persona usuaria, los valores, la diferencia de gustos e intereses, etc., pero también es necesario que cuenten con unas características mínimas comunes para un correcto funcionamiento del programa. Por ello se crean unos criterios de inclusión que se comprobarán en la fase inicial.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN: Se realizan seguimientos a los 3, 6 y 12 meses donde se valorará presencialmente el estado funcional y cognitivo, la calidad de vida y la permanencia en el hogar. Durante éste tiempo, especialmente tras el alta y hasta el seguimiento a los tres meses, se mantendrá un contacto telefónico periódico para orientar a la PcD y sus cuidadores en los posibles contratiempos que pudieran surgir, así como para facilitar la adaptación a su domicilio tras el fin de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA



Andrew, C., Phillipson, L., y Sheridan, L. (2019). What is the impact of dementia on occupational competence, occupational participation and occupational identity for people who experience onset of symptoms while in paid employment? A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(2), 130-144.

Ávila, A., De-Rosende-Celeiro, I., Torres, G., Vizcaíno, M., Peralbo, M., y Durán, M. (2018). Promoting functional independence in people with Alzheimer's disease: Outcomes of a home-based occupational therapy intervention in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 26(5), 734-743.

Chaudhury, H., Hung, L., Rust, T., y Wu, S. (2017). Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes. *Dementia*, 16(7), 878-896.

Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, Á., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., Mondragón, G., Buiza, C., Orbegozo, A. y Yanguas, J. (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49(6), 266-271.

García-Soler, Á., Díaz-Veiga, P., de Eulate, N. S. P., Mondragón, G., y Sancho, M. (2017). Estudio de la implicación en un grupo de personas con demencia con atención tradicional y un grupo con atención centrada en la persona. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(2), 65-70.

Kawaharada, R., Sugimoto, T., Matsuda, N., Tsuboi, Y., Sakurai, T., y Ono, R. (2019). Impact of loss of independence in basic activities of daily living on caregiver burden in patients with Alzheimer's disease: A retrospective cohort study. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(12), 1243-1247.

Kielhofner, G. (2004). *Terapia ocupacional: Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación*. Ed. Médica Panamericana.

Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.

Laver, K., Cumming, R., Dyer, S., Agar, M., Anstey, K.J., Beattie, E., et al., (2017). Evidence-based occupational therapy for people with dementia and their families: What clinical practice guidelines tell us and implications for practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(1), 3-10.

López Tatis, M., Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E. (Octubre, 2018). *Intervention program to promote personal autonomy in mild and moderate cognitive impairment [Programa de intervención para promover la autonomía personal en deterioro cognitivo leve y moderado]*. Comunicación presentada en 14th International Congress of the EuGMS. Berlín.

Ojagbemi, A., y Owolabi, M. (2017). Do occupational therapy interventions improve quality of life in persons with dementia? A meta-analysis with implications for future directions. *Psychogeriatrics*, 17(2), 133-141.

Otaño, M. (2017). Experiencias de los terapeutas ocupacionales usando el modelo de ocupación humana: una revisión sistemática. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, (26), 20.

Pimouguet, C., Le Goff, M., Wittwer, J., Dartigues, J. F., y Helmer, C. (2017). Benefits of occupational therapy in dementia patients: findings from a real-world observational study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56(2), 509-517.

Rodríguez Rodríguez, P. (2012). La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Envejecimiento y relaciones intergeneracionales* (pp. 187-214). Fundación Universitaria San Pablo CEU.

Smith, J., y Mairs, H. J. (2014). Use and Results of MOHO Global Assessments in Community Mental Health: A Practice Analysis. *Occupational Therapy in Mental Health*, 30(4), 381-389.

Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E. y Cabrero Montes, E. (Septiembre, 2017). *Intervention program of occupational therapy to promote personal autonomy [Programa de intervención de terapia ocupacional para la promoción de la autonomía personal]*. Póster presentado en Alzheimer's Global Summit - Social and Health Care Research. Lisboa.

Tofiño-García, M., Molás-Robles, R., Pérez-Sáez, E., y López-Tatis, M. (2021). PIPAP: efectos de un programa de intervención para la promoción de la autonomía personal en demencia. *Psicogeriatría* 11(2), 79-87.

Yanguas, J. J. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Imserso.

ANEXO I: Test y escalas utilizados en el PIPAP

A continuación se detallan los test y escalas utilizadas para la valoración del PIPAP.

Aspectos funcionales		
IB	Índice de Barthel	Baztán et al. (1993).
EAIVD	Escala de AVD Instrumentales de Lawton y Brody	Vergara et al. (2012).
IDDD	Interview for Deterioration of Daily Living Activities in Dementia	Böhm et al. (1998).
-	Listado de roles e intereses	Ad hoc.
-	Escala de valoración del ambiente físico	Ad hoc.
MOHO		
OSA	Cuestionario Autoevaluación Ocupacional	Baron et al. (1998).
ACIS	Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción	Forsyth et al. (1998).
Comunicación		
Holden	Escala de Comunicación de Holden	Holden et al. (1988).
Cognición		
MMSE	Mini-Mental State Examination	Blesa et al. (2001); Folstein et al. (1975).
MoCA	Montreal Cognitive Assessment	Lozano-Gallego et al. (2009); Nasreddine et al. (2005).
B-MIS	Memory Impairment Screen	Böhm et al. (2005); Buschke et al. (1999).
CDT	Test del Reloj	Cacho et al. (1996).
Síntomas psicológicos y del comportamiento		
NPI-Q	Inventario Neuropsiquiátrico abreviado	Boada et al. (2002); Kaufer et al. (2000).
GDS-15	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	Martínez de la Iglesia et al. (2005); Sheikh y Yesavage (1986); Yesavage et al. (1983).
Calidad de vida		
QoL-AD	Quality of Life - Alzheimer's Disease	Gómez-Gallego et al. (2012); Logsdon et al. (1999, 2002).
COOP/WONCA	Viñetas COOP/WONCA	Van Weel (1993).

- Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammar, V., Wolenski, J. (1998). *OSA-Occupational Self Assessment*. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Illinois at Chigago, College of Applied Health Sciences, University of Illinois.
- Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G., Manzarbeitia, I. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28, 32-40.
- Böhm, P., Peña-Casanova, J., Aguilar, M., Hernández, G., Sol, J. M., & Blesa, R. (1998). Clinical validity and utility of the interview for deterioration of daily living in dementia for Spanish-speaking communities NORMACODEM Group. *International Psychogeriatrics*, 10(3), 261-270.
- Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertran-Serra, I., Hernández, G., . . . NORMACODEM group. (2001). Clinical validity of the "mini-mental state" for Spanish Speaking Communities. *Neuropsychologia*, 39(11), 1150-1157.
- Boada, M., Cejudo, J. C., Tárraga, L., López, O. L., y Kaufer, D. (2002). [Neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI-Q): Spanish validation of an abridged form of the Neuropsychiatric Inventory (NPI)]. *Neurología*, 17(6), 317-323.
- Böhm, P., Peña-Casanova, J., Gramunt, N., Manero, R., Terrón, C. y Quiñones-Ubeda, S. (2005). Versión española del Memory Impairment Screen (MIS): datos normativos y de validez discriminativa. *Neurología*, 20(8), 402-411.
- Buschke, H., Kuslansky, G., Katz, M., Stewart, W. F., Sliwinski, M. J., Eckholdt, H. M., y Lipton, R. B. (1999). Screening for dementia with the Memory Impairment Screen. *Neurology*, 52(2), 231-231.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., y Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28(7), 648-655.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S., Kielhofner, G., de las Heras, C.G. (1998). Evaluación de las habilidades de comunicación e Interacción (ACIS). Chicago: University of Illinois.
- Gómez-Gallego, M., Gómez-Amor, J., y Gómez-García, J. (2012). Validación de la versión española de la escala QoL-AD en pacientes con enfermedad de Alzheimer, cuidadores y profesionales sanitarios. *Neurología*, 27(1), 4-10.

Holden, U.P., & Woods, R.T. (1988). *Reality orientation: Psychological approaches to the confused elderly*. Churchill Livingstone.

Kaufers, D. I., Cummings, J. L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., . . . DeKosky, S. T. (2000). Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12(2), 233-239.

Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., y Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 21-32.

Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., y Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510-519.

Lozano-Gallego, M., Hernández, M., Turró, O., Pericot, I., López-Pousa, S., y Vilalta-Franch, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo. Datos preliminares. *Alzheimer. Realidades e investigación en demencias*, 43, 4-11.

Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M. C., Dueñas Herrero, R., Aguado Taberné, C., Albert Colomer, C., y Arias Blanco, M. C. (2005). Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Atención Primaria*, 35(1), 14-21.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

Sheikh, J. I., y Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-73.

Van Weel C. (1993). Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability and Rehabilitation*, 15(2), 96-101.

Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., Garcia-Gutierrez, S., Navarro, G., & Quintana, J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and quality of life outcomes*, 10, 130.

Yesavage, J. A., Brinck, R. L., y Rose, T. L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.





GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES

