

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Titulación: Grado en Terapia Ocupacional



TRABAJO FIN DE GRADO

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA
OCUPACIONAL PARA EL MANTENIMIENTO DE LA
CAPACIDAD FUNCIONAL EN DEMENCIA
FRONTOTEMPORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO
CLÍNICO

Autora: Claudia González Lorenzo

Tutora: Celia Sánchez Gómez

Salamanca, junio 2024

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL
EN DFT

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo "Propuesta de intervención desde Terapia Ocupacional para el mantenimiento de la capacidad funcional en demencia frontotemporal: a propósito de un caso clínico" para la asignatura Trabajo de fin de Grado en el curso académico 2023-2024 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas textualmente o conforme a su sentido.

GONZALEZ
LORENZO
CLAUDIA -
12508473S

Firmado
digitalmente por
GONZALEZ
LORENZO CLAUDIA
- 12508473S
Fecha: 2024.06.07
16:31:05 +02'00'

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	4
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
1.-INTRODUCCIÓN	8
1.1.-JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.....	8
1.2.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
1.2.1.-Definición y clasificación de la patología	9
1.2.2.-Epidemiología	10
1.2.3.-Tratamientos de la enfermedad	10
1.2.4.-Rol del terapeuta ocupacional en la DFT	11
1.3.-OBJETIVOS Y/O HIPÓTESIS	11
2.-METODOLOGÍA.....	12
2.1.-CASO CLÍNICO	12
2.2.-DESTINATARIOS	14
2.3.-DISEÑO DE EVALUACIÓN.....	15
2.3.1.-Valoración de la funcionalidad	15
2.3.2.-Valoración de la marcha y el equilibrio	16
2.3.3.-Valoración de la destreza manipulativa y sensibilidad	17
2.3.4.-Valoración de la función cognitiva.....	18
2.3.5.-Valoración al cuidador principal	19
2.4.-UBICACIÓN DEL PROYECTO	19
2.5.-TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	20
2.6.-CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN	21
2.7.-TEMPORALIZACIÓN	23
2.8.-DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES	24
3.-RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	28
3.1.-RESULTADOS.....	28
3.2.-DISCUSIÓN	30
4.-CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA	31
5.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS.....	39

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1.....	23
Tabla 1	28

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- DFT: Demencia frontotemporal.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- CV: Calidad de vida.
- AVD: Actividades de vida diaria.
- EA: Enfermedad de Alzheimer.
- DCL: Demencia con Cuerpos de Lewy.
- APP: Afasia progresiva primaria.
- APP-G: Afasia progresiva primaria agramatical/no fluente.
- APP-S: Afasia progresiva primaria semántica.
- APP-L: Afasia progresiva primaria logopénica/fonológica.
- TF: Tratamiento farmacológico.
- TNF: Terapias no farmacológicas.
- ABVD: Actividades básicas de vida diaria.
- AIVD: Actividades instrumentales de vida diaria.
- LCR: Líquido Cefalorraquídeo.
- BDS: Escala de Demencia de Blessed.
- FIM: Medida de Independencia Funcional.
- DAD-E: Evaluación de Discapacidad para la demencia en español.
- FES-I: Falling Efficacy Scale International.
- MoCA: Montreal Cognitive Assesment.
- TMT: Trail Making Test.
- UDATO: Unidad Docente Asistencial de Terapia Ocupacional.
- UMAPS: Unidad Municipal de Apoyo Psicosocial.
- PEOP: Modelo de persona-ambiente-ocupación-desempeño.
- AOTA: American Ocupacional Therapy.

RESUMEN

Introducción. El incremento de la esperanza de vida ha aumentado el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas, incluyendo la demencia frontotemporal. Esta patología provoca alteraciones en el lenguaje, cambios en la conducta y afectación en las funciones ejecutivas generando grandes limitaciones en el día a día.

Objetivo. Proponer una intervención desde terapia ocupacional para el mantenimiento de la autonomía funcional y calidad de vida del paciente y su entorno.

Metodología. La propuesta intervención se divide en cuatro fases cuya duración total es de 7 meses. La primera fase destinada a conocer al usuario y elaborar la intervención. Dos de las fases para la pre y post-intervención. Por último, la fase central para desarrollar las sesiones dividiéndolas en: intervención con la familia, accesibilidad, entrenamiento en las actividades de vida diaria y sesiones de estimulación cognitiva.

Resultados. En la evaluación pre-intervención destaca la falta de autonomía por el avance de la enfermedad y las limitaciones del entorno, junto con la afectación de las funciones visuoespaciales, la atención y las dificultades comunicativas.

Conclusión. Las limitaciones de la demencia frontotemporal requieren de intervenciones desde terapia ocupacional enfocadas en mejorar las funciones cognitivas, el entorno de la persona y proporcionar estrategias de apoyo emocional y educacional destinado al aumento de la calidad de vida del usuario y su entorno.

Palabras clave: Demencia frontotemporal, actividades de vida diaria, estimulación cognitiva, calidad de vida, entorno.

ABSTRACT

Introduction. The increase in life expectancy has increased the diagnosis of neurodegenerative diseases, including frontotemporal dementia. This pathology causes alterations in language, changes in behaviour and impairment of executive functions, generating major limitations in day-to-day life.

Objective. To propose an occupational therapy intervention to maintain the functional autonomy and quality of life of the patient and their environment.

Methodology. The proposed intervention is divided into four phases with a total duration of 7 months. The first phase is aimed at getting to know the user and developing the intervention. Two phases for pre- and post-intervention. Finally, the central phase to develop the sessions divided into: intervention with the family, accessibility, training in activities of daily living and cognitive stimulation sessions.

Results. The pre-intervention assessment highlights the lack of autonomy due to the progression of the disease and the limitations of the environment, together with the impairment of visuospatial functions, attention and communication difficulties.

Conclusion. The limitations of frontotemporal dementia require occupational therapy interventions focused on improving cognitive functions, the person's environment and providing emotional and educational support strategies aimed at increasing the quality of life of the user and their environment.

Key words: Frontotemporal dementia, activities of daily living, cognitive stimulation, quality of life, environment.

1.-INTRODUCCIÓN

1.1.-JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas conlleva un crecimiento demográfico del colectivo de personas mayores, junto con un incremento de algunas patologías como las demencias (Molinuevo Guix et al., 2002). En relación con la prevalencia, la enfermedad de Alzheimer es la más común y también la más estudiada. No obstante, la DFT es la tercera más frecuente y la segunda cuando la edad de diagnóstico es menor de 65 años (Cruzado et al., 2021).

La demencia frontotemporal (DFT) no sólo afecta a algunas funciones cognitivas como la memoria, la atención, las praxias y el lenguaje, sino que también genera cambios significativos en el comportamiento y en la identidad de las personas que lo padecen. Todas estas afectaciones suponen una repercusión importante en su vida diaria, puesto que pierden funcionalidad en las diferentes ocupaciones en las que participan y disminuye su autonomía. Todo ello deriva en un aumento de la carga física, emocional de los familiares y cuidadores, junto con un aumento de la responsabilidad en los cuidados y la afectación en todos los niveles de su vida, incluyendo los aspectos económicos.

En muchas ocasiones, las personas con DFT terminan siendo institucionalizadas porque los familiares y/o cuidadores no cuentan con la formación, información, herramientas o medios suficientes para ofrecer una atención adecuada. Además, este proceso hace que la pérdida de independencia sea mayor, puesto que dejan de desempeñar las actividades que realizaban anteriormente.

Por ello, en la propuesta que se va a desarrollar se busca mantener ciertas capacidades cognitivas y físicas de la persona para evitar la institucionalización y favorecer su autonomía e independencia. Para conseguirlo, es fundamental que se aborden las diferentes características y/o problemáticas de las personas desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta no solamente al usuario sino a sus cuidadores y familiares brindándoles apoyo emocional y formativo para

reducir la sobrecarga ocasionada por la evolución de la enfermedad y mejorar el bienestar de ambas partes.

1.2.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.2.1.-Definición y clasificación de la patología

La DFT es un trastorno neurodegenerativo variante en cada paciente en función de la afectación en la zona lobar frontal y temporal. Es la tercera más común por debajo de la Enfermedad de Alzheimer (EA) y de la Demencia con Cuerpos de Lewy (DCL) (Rodríguez et al., 2019).

Los síntomas de la DFT pueden incluir alteración del lenguaje, como afasia progresiva primaria (APP), así como cambios en la conducta, falta de inhibición, comportamientos compulsivos o repetitivos, apatía, pérdida de empatía y cambios en los hábitos alimenticios. Otros síntomas pueden afectar a las funciones ejecutivas incluyendo cambios en la memoria, la capacidad de razonamiento y el pensamiento crítico (Iragorri, 2007).

La APP está caracterizada por la afectación de lenguaje no relacionado con eventos traumáticos agudos. En este trastorno encontramos diferentes subtipos dependiendo de las manifestaciones, estos serían: agramatical/no fluente (APP-G); semántica (APP-S); y logopénica/fonológica (APP-L). En lo referente al subtipo agramatical las dificultades se encuentran en la expresión siendo una pérdida progresiva con un habla lento y laborioso, en el que hay parafasias fonémicas. A las personas afectadas les resulta difícil comprender oraciones gramaticalmente más complejas. En algunos casos hay apraxia del habla y/o apraxia ideomotora y orofacial. A veces pueden presentar alteraciones en la prosodia (Matías & García, 2013). La APP provoca muchas alteraciones en la vida de una persona, los problemas en el lenguaje derivan en aislamiento social y disminución de la CV de la persona.

El avance de la DFT perjudica cada vez más a la persona en las actividades de vida diaria (AVD) referentes al autocuidado ya que estos individuos se vuelven más dependientes. Además, el estrés y angustia sufridos desde el comienzo de

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

los primeros síntomas hasta la confirmación del diagnóstico perjudican el descanso y repercuten negativamente en las AVD y en la CV del paciente. Debido a la sintomatología de la enfermedad el declive se comienza a evidenciar con la pérdida de las actividades instrumentales de vida diaria (AIVD).

1.2.2.-Epidemiología

La OMS establece que 47,5 millones de personas sufren demencia y cada año son 7,7 millones los casos nuevos que se diagnostican (Rodríguez et al., 2019).

La DFT puede presentarse a diferentes edades entre los 40 y los 69 años, pero la edad media de inicio es de 58 años (Khan & De Jesus, 2024).

En España, la incidencia de la DFT entre 46-64 años es de 12 casos de cada 100.000 habitantes; entre 80-84 años los casos son 17/100.000 y el grupo en el que hay mayor número de casos es entre 75-79 años (57/100.000) (López et al., 2002).

1.2.3.-Tratamientos de la enfermedad

Los tratamientos para la DFT se dividen en farmacológicos y no farmacológicos.

- Tratamiento farmacológico (TF), principalmente inhibidores de recaptación de serotonina y trazodona que actúan sobre las conductas disruptivas, la agitación o irritabilidad. También se puede emplear un fármaco cuyo principio activo es la agomelatina que mejora la apatía (Iragorri, 2007; Rodríguez et al., 2019).
- Terapias No Farmacológicas (TNF) dirigidas a la modificación del ambiente de la persona para poder reducir la sintomatología. Algunas de estas pueden ser la musicoterapia, la reminiscencia, el entrenamiento y la rehabilitación cognitiva. Todas ellas mejoran gran parte de la sintomatología del paciente, las funciones cognitivas, el manejo de la conducta y reducen el estrés del cuidador (Ahunca, 2017).

1.2.4.-Rol del terapeuta ocupacional en la DFT

El terapeuta ocupacional busca la CV y el bienestar, por ello interviene con el usuario para mantener la funcionalidad y preservar su independencia y autonomía en sus AVD. La DFT es una enfermedad neurodegenerativa con un curso progresivo con lo cual es necesario una continua estimulación cognitiva y funcional realizada desde terapia ocupacional para enlentecer la progresión de la enfermedad evitando perder más capacidades.

Las personas con DFT debido a todos los cambios propios de la enfermedad sufren muchas alteraciones conductuales por el sometimiento a un entorno cambiante para ellos, con lo cual la presencia del terapeuta ocupacional a lo largo de este proceso ayuda a crear un entorno seguro para el paciente promoviendo su bienestar emocional.

Cabe destacar que desde terapia ocupacional no solo se interviene con las personas con DFT sino también con los familiares y principalmente el cuidador, para aliviar el estrés al que está sometido como consecuencia del avance de la enfermedad que sufre el paciente. La intervención con los familiares y cuidadores para el manejo de muchos de los síntomas presentes en la DFT y actuar como facilitadores para la propia persona que la padece es de suma importancia en terapia ocupacional.

1.3.-OBJETIVOS Y/O HIPÓTESIS

El estudio que se desarrolla en este trabajo tiene como objetivo principal proponer una intervención desde terapia ocupacional para promover la autonomía funcional y la CV del paciente y su familia mediante estrategias de adaptación a las dificultades que genera la DFT.

Entre los objetivos específicos dirigidos al caso clínico se encuentran:

- Identificar el nivel de funcionalidad en las AVD tanto las básicas como las instrumentales.

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

- Desarrollar estrategias de compensación para mitigar los déficits cognitivos específicos del paciente, como la planificación, el deterioro de la memoria y la falta de atención sostenida.
- Analizar la accesibilidad de la vivienda.
- Facilitar la participación del paciente en AVD mediante la adaptación del entorno y el uso de productos de apoyo, promoviendo así la independencia y la autoestima.
- Implementar rutinas estructuradas y actividades programadas que ayuden a mantener la orientación temporal y espacial del paciente, reduciendo así la ansiedad y la desorientación.
- Potenciar las habilidades de desempeño motoras y de procesamiento manteniendo sus ocupaciones.
- Entrenar al paciente y a los cuidadores en técnicas de manejo de conducta.
- Proporcionar apoyo emocional y educación a los cuidadores del paciente en la comprensión de la enfermedad y en el desarrollo de estrategias efectivas de cuidado y comunicación.
- Fomentar la participación del paciente en actividades recreativas y sociales adaptadas a sus intereses y capacidades, promoviendo así el bienestar emocional y la conexión social.

2.-METODOLOGÍA

2.1.-CASO CLÍNICO

El caso clínico que se abordará en este trabajo es un paciente C.F.P de 80 años de edad. Dominancia derecha. Es derivado a terapia ocupacional por el servicio de neuropsicología y psicología. El diagnóstico principal con el que inicialmente llega es un posible deterioro cognitivo leve de predominio afásico y disejecutivo en estudio, con dificultades en la producción del habla.

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

Se valora, como primeras posibilidades, afasia progresiva no fluente o vascular (i.e., accidente isquémico transitorio o accidente cerebrovascular) que pueda dar lugar a la sintomatología del paciente. También, se plantea la posibilidad de Parkinsonismo, debido a una cierta bradicinesia.

La familia del paciente informa de que observan un declive en la realización de Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD) y AIVD. Además, constatan cambios en la conducta y en la personalidad. Esto último no se ve reflejado en la evaluación de neuropsicología.

El principal motivo de consulta de la familia es el deterioro motor y funcional general, con deterioro progresivo de la marcha y sensación de inestabilidad. La familia y el paciente refiere pérdida de destreza en ambas manos y parestesia ocasional en mano izquierda.

Un año antes de acudir a los servicios de terapia ocupacional C.F.P tuvo un cuadro de desorientación y mareo por el que terminó necesitando asistencia médica del servicio de urgencias.

Tras la realización de las pruebas pertinentes (RM Cerebral y SPECT Cerebral) se diagnostica hidrocefalia, siendo esta la que podría estar provocando el déficit cognitivo y motor. Posteriormente a las pruebas para valorar un posible drenaje/evacuación del líquido cefalorraquídeo (LCR) se llega a la conclusión de que el diagnóstico de hidrocefalia es erróneo y finalmente se diagnostica afasia primaria progresiva no fluente como variante de degeneración lobar frontotemporal.

Antecedentes:

- Adenocarcinoma de recto intervenido en 2018. Recibió tratamiento adyuvante con Xelox en seguimiento por oncología (sin evidencia de recidiva).
- Glaucoma. Factor de riesgo cardiovascular) en tratamiento.

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

Las principales dificultades que se observan en C.F.P en las sesiones de terapia ocupacional son: deterioro cognitivo, afectación de las funciones ejecutivas y fluidez del lenguaje. Así como mareos y pérdida del equilibrio como consecuencia del primer diagnóstico de hidrocefalia.

Actualmente la sintomatología sigue siendo la misma, pero ha empeorado. Las dificultades en el lenguaje son muy evidentes y han provocado que haya una gran reducción en lo referente a la comunicación con otras personas ya sean miembros de su familia o amigos por lo que la red social es escasa y compuesta solamente por su mujer e hijos.

Debido a la APP-G, C.F.P presenta anomias, mucha dificultad para realizar una estructura gramatical compleja, apraxia en el habla, pero sobre todo un lenguaje muy lento que junto con una capacidad de procesamiento reducida y disminución de la atención no puede establecer una comunicación de manera funcional con las personas de su entorno y le genera mucha frustración.

Con todo lo que conlleva la APP el paciente ha perdido las AIVD y cada vez se reducen más las ABVD, por ello es importante el abordaje desde terapia ocupacional en casos como el que se está tratando en este trabajo.

2.2.-DESTINATARIOS

Los destinatarios a los que se dirige esta propuesta de intervención son aquellos cuyo diagnóstico sea una DFT con el subtipo de APP. Concretamente en este trabajo se ha seleccionado un caso clínico con la patología de APP-G como consecuencia, según el informe de neurología, de una degeneración lobar frontal y temporal.

Esta propuesta también se dirige a las familias de los mismos y cuidadores principales ya que forman parte del entorno de la persona. La intervención con este colectivo se centrará en tratar aspectos sobre el correcto manejo de la enfermedad evitando la sobrecarga del cuidador.

Con lo cual, dicha propuesta refleja los fundamentos de la terapia ocupacional que se acogen a una visión holística de la persona.

2.3.-DISEÑO DE EVALUACIÓN

Previamente a la evaluación, se facilita al usuario y la familia una hoja de información y un consentimiento informado en los cuales se explica la propuesta de intervención y el modo de participación en ella (ver anexo 1).

Para el diseño de esta evaluación se emplearán escalas y test estandarizados para valorar la funcionalidad, el equilibrio y la marcha, la destreza manipulativa y la sensibilidad y la función cognitiva. Junto a estas escalas se completará una entrevista semiestructurada con el usuario y con la cuidadora principal que en este caso es su mujer (ver anexo 2).

2.3.1.-Valoración de la funcionalidad

Escala de Demencia de Blessed (BDS) (ver anexo 2) cuyo objetivo es evaluar la relación entre los cambios del tejido cerebral y el deterioro mental severo en las personas mayores (Demers et al., 2000).

Es una prueba sensible con un 90% y específica al 84% (Erkinjuntti et al., 1988) para la detección de la demencia y el desempeño en actividades diarias y estados de salud temporales (McDougall, 1990).

Esta escala es respondida por la persona más cercana al usuario sobre el desempeño del paciente en los últimos seis meses (Erkinjuntti et al., 1988).

Se pueden obtener 28 puntos como máximo, cuanto más alta sea la puntuación existe mayor deterioro en la funcionalidad (Rubio, 2020).

Índice de Lawton y Brody (ver anexo 2) publicado en el año 1969, es un instrumento de evaluación comúnmente empleado a nivel mundial para medir las AIVD. La versión en español de esta escala fue publicada en 1993, cuya confiabilidad interna es buena (alfa de Cronbach 0,78) (García., 2017). La reproductividad inter e intraobservador tiene un coeficiente de 0,94 (Trigás et al., 2011).

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

El cuidador principal o el paciente son quienes proporcionan la información. Un aspecto a tener en cuenta es el sesgo de género en los ítems relacionados con la preparación de la comida, el cuidado de la casa y el lavado de ropa (Demers et al., 2000). Por ello, un hombre puede obtener 5 puntos como máximo frente a 8 las mujeres; a mayor puntuación más independencia (García., 2017).

La Medida de Independencia Funcional (FIM) (ver anexo 2) se desarrolló en 1984 proporcionando ítems relacionados con la comunicación y función cognitiva (Kidd et al., 1995). Esta escala tiene una buena consistencia interna del ítem (96,9%) y una validez discriminante del ítem en el 100% de las pruebas, siendo los coeficientes de confiabilidad para cada categoría entre 0,86 y 0,97 (Stineman et al., 1996). Respecto a la escala completa los valores medios de confiabilidad son excelentes (0,95) (Ottenbacher et al., 1996).

Una desventaja del instrumento es que requiere de un entrenamiento previo para ganar experiencia en la administración de la prueba (Mirallas & Real, 2003).

Evaluación de la discapacidad para la demencia (DAD-E) (ver anexo 2), su objetivo es poder conocer la discapacidad funcional en personas que padecen demencia a través de las AVD. Se valoran aspectos como la iniciativa, la planificación o la actuación de la acción. Esta escala es respondida por el cuidador principal de la persona mediante una entrevista cuya duración es de 15 minutos (Sánchez, 2013).

Esta evaluación tiene una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach = 0,963) manteniéndose en caso de que se elimine algún ítem ([0,961-0,963] (N = 40)). Su confiabilidad entre evaluadores indica un nivel muy alto (95%) (Sánchez et al., 2015).

2.3.2.-Valoración de la marcha y el equilibrio

Escala de Tinetti (ver anexo 2) compuesta por dos partes. Por un lado, la relacionada con la marcha, se evalúa observando al paciente caminar y preguntándole sobre los ítems. Por otro lado, el equilibrio se valora cuando el

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

usuario realiza las acciones que se le solicitan. El tiempo de administración es aproximadamente 10 minutos (Guevara, 2011).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la validez de contenido de este test es excelente (alfa de Cronbach 0,963) al igual que en el primer dominio, el equilibrio (alfa de Cronbach de 0,948). Sin embargo en el dominio de la marcha la validez es buena (alfa de Cronbach 0,745) (Guevara, 2011). La confiabilidad entre evaluadores es alta (0,80-0,95) y en el test-retest (0,72-0,86) (Canbek et al., 2013).

Falling Efficacy Scale International (FES-I) (ver anexo 2) pretende analizar de manera cuantitativa la preocupación de una persona a sufrir una caída realizando determinadas tareas relacionadas con las ABVD y las AIVD (Yardley et al., 2005). Esta herramienta ha demostrado una consistencia interna alta (alfa de Cronbach 0,92), aplicada en personas con deterioro cognitivo el índice de Cronbach es de 0,91 (Hauer et al., 2010).

Una de las ventajas de este instrumento es la estabilidad y confiabilidad para llevar a cabo un seguimiento (coeficiente de correlación intraclase 0,83) (Araya et al., 2017).

2.3.3.-Valoración de la destreza manipulativa y sensibilidad

Nine Hole Peg Test (ver anexo 2) con el fin de medir de forma rápida la destreza de los dedos, la coordinación ojo-mano y otras capacidades de la extremidad superior en individuos con problemas neurológicos. El tablero se coloca frente al sujeto y el contenedor con las clavijas en el mismo lado de la mano que se vaya a usar, primeramente, se utiliza la mano dominante y después la no dominante. El examinador pondrá en marcha el cronómetro una vez que el usuario toque la primera clavija y finalizará el tiempo cuando la última sea colocada en el recipiente. La duración de administración test es de aproximadamente 5 minutos (Mathiowetz et al., 1985).

En el análisis de fiabilidad y validez la confiabilidad entre evaluadores es muy alta (coeficiente de Pearson $r = .98$ mano derecha; $r = .99$ mano izquierda)

(Figueiredo, 2011). La fiabilidad test-retest es alta para la mano derecha ($r = .69$) y moderada para la mano izquierda ($r = .43$) según el coeficiente de correlación de Pearson (Mathiowetz et al., 1985).

2.3.4.-Valoración de la función cognitiva

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (ver anexo 2) como screening para conocer las áreas en las que hay más deterioro. Evalúa diversas funciones ejecutivas como las habilidades visoconstructivas, la alternancia conceptual, la identificación, memoria, atención, fluidez verbal, capacidad de abstracción, recuerdo diferido y orientación (Raúl, 2021).

En la versión traducida al español es válida y fiable para detectar el deterioro cognitivo leve. Este instrumento tiene una buena confiabilidad intraobservador (0,95) y consistencia interna (0,89). La sensibilidad 90% y la especificidad 87% para el deterioro cognitivo leve. (Aguilar et al., 2018)

FAS Word Fluency, o también llamado Controlled Oral Word Association-COWA (ver anexo 2) para evaluar la habilidad de expresión verbal de manera fluida. En esta prueba, el paciente debe generar palabras que comiencen con letras específicas (F, A y S) y también palabras relacionadas con una categoría determinada (animales, utensilios de cocina y países). En la primera parte se valora la fluidez verbal fonética y en la segunda parte la semántica. Ambas son indicadores útiles del rendimiento ejecutivo, ya que su realización involucra la exploración, la aplicación de estrategias, la actualización de datos y la generación de elementos dentro de un tiempo establecido, todos estos aspectos están relacionados con la corteza prefrontal (Abellán, 2022).

La confiabilidad de esta prueba es buena (alfa de Cronbach 0,83), los ítems tienen una intercorrelación alta ($r = 0,61$) para garantizar una medición precisa, y la confiabilidad test-retest es significativa ($r = 0,74$) (Ruff et al., 1996).

Trail Making Test (TMT), (ver anexo 2) desarrollado en 1938 por Partington y Leiter (Balaceanu, et al., 2024). Esta prueba neuroanatómicamente lo que provoca es la activación de la corteza frontal medial inferior derecha. Se

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

compone por dos partes, en la A proporciona información sobre la capacidad de rastreo visual, atención y la secuenciación y habilidades espaciales, por lo que se trabaja más el hemisferio derecho. Por otro lado, la sección B es considerada una evaluación de atención alternante, relacionada con el hemisferio izquierdo (Gaudino et al., 1995).

La validez y la consistencia de esta herramienta poseen un índice de Cronbach de 0,81 (Meneses et al., 2023).

2.3.5.-Valoración al cuidador principal

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. (ver anexo 2) Creada para evaluar cómo el cuidador percibe que su responsabilidad de cuidar a una persona con demencia afecta a las diferentes áreas de su vida diaria. Trata de valorar el desgaste que experimenta el cuidador principal en cuanto a su salud física, bienestar emocional, interacción social y situación económica. Es respondida de forma autoadministrada (Antón & Abellán., 2007).

La versión fue validada al español por Manuel Martín Carrasco en 1996, compuesta por 22 ítems con puntuación tipo Likert 5 puntos (frecuencia). La fiabilidad de esta escala es muy significativa (alfa de Cronbach 91 y test-retest 71), así como una muy alta sensibilidad (93%, IC: 95%: 68.0-99.8) y especificidad (80%, IC: 95%: 59.3-93.2) (Crespo & Rivas, 2015).

2.4.-UBICACIÓN DEL PROYECTO

La localización de la propuesta es la Unidad Docente Asistencial de Terapia Ocupacional (UDATO) de la Universidad de Salamanca. Esto es un servicio que se ofrece desde la universidad a pacientes pediátricos o adultos que requieran del terapeuta ocupacional. Durante el curso académico se encuentran alumnos del Grado de Terapia Ocupacional. Los pacientes que llegan a la UDATO acuden derivados desde otros profesionales, normalmente desde la Unidad Municipal de Apoyo Psicosocial (UMAPS) del Ayuntamiento de Salamanca. La UMAPS detecta la necesidad de terapia ocupacional en ese usuario y lo deriva a la UDATO; si en ese momento se dispone de una plaza libre comenzaría la

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

intervención, si por el contrario está completa se pone al usuario en lista de espera.

Cuando el usuario comienza el tratamiento de terapia ocupacional se hace una valoración inicial funcional-cognitiva y/o física dependiendo del motivo por el cual acuda dicho paciente. Esto se realiza para conocer el punto de partida, posteriormente se interviene en base a los objetivos fijados.

En el caso de esta propuesta el usuario llega a la UDATO por medio del servicio de psicología y neuropsicología de la UMAPS en el cual detectaron que la patología afecta al desarrollo de las AVD.

La intervención requiere de un espacio y materiales específicos, por lo que, para un desarrollo óptimo de las sesiones, estas tendrán lugar en la UDATO.

2.5.-TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

La intervención propuesta se basa en los siguientes marcos y modelos teóricos de terapia ocupacional: el modelo de persona-ambiente-ocupación-desempeño (PEOP), el enfoque biomecánico y el marco rehabilitador.

El enfoque del modelo PEOP se dirige hacia la persona, considerando los aspectos personales y las influencias ambientales en su habilidad para realizar las actividades diarias y ocupaciones. Pone el énfasis en el individuo, ya que promueve y requiere la participación activa de las personas para la definición y consecución de los objetivos de la intervención. Lo que lo distingue de otros modelos es el abordaje de los factores personales, ambientales y ocupacionales, y su aplicación en el desempeño ocupacional tanto a nivel individual como organizacional y comunitario. Proporciona una perspectiva ocupacional utilizando las fortalezas y recursos tanto individuales como del entorno para abordar las limitaciones y obstáculos, con el fin de fomentar el desempeño, la participación y el bienestar ocupacional (Duncan, 2022).

El enfoque biomecánico tiene en cuenta los principios cinéticos del movimiento y la fuerza abarcando aspectos como la graduación o adaptación de actividades,

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

la secuencia de pasos, la ayuda necesaria, la disposición de objetos o el posicionamiento del individuo, y el uso de productos de apoyo, férulas o ajustes. (Rodríguez et al., 2018). Por lo que desde este enfoque se puede intervenir de forma preventiva, restablecer o compensar un déficit (Muñoz et al., 2015).

El marco rehabilitador, el cual pretende conseguir la mayor independencia posible partiendo de las habilidades residuales del individuo. Fomenta el empleo de técnicas compensatorias y productos de apoyo para que las personas consigan un desempeño ocupacional óptimo y de calidad en base a las capacidades que mantiene cada individuo (Rodríguez et al., 2018).

Por último, se aborda esta propuesta según el marco teórico de **la American Occupational Therapy Association (AOTA)** en el dominio se incluyen los factores personales, las ocupaciones, los contextos y las habilidades y patrones de desempeño que durante el proceso de evaluación, intervención y resultados interactúan entre ellos para llegar a lograr la identidad ocupacional, salud, bienestar y participación en la vida.

Este abordaje es fundamental ya que la afectación en las ocupaciones provoca un mal desempeño en los hábitos, rutinas, roles y rituales, así como en las habilidades de procesamiento, motoras, y sociales, pudiendo ser originado por el contexto (factores ambientales y personales) así como los factores personales intrínsecos.

2.6.-CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN

Se abordan los aspectos cognitivos y motores para mantener la funcionalidad y CV del usuario y su familia. Las actuaciones que se llevan a cabo son las siguientes:

- **Adaptaciones del entorno:** realizando cambios en su entorno para facilitar su independencia y seguridad. Para este enfoque se evalúa la accesibilidad de la vivienda y se modifica el espacio: reorganización, eliminación de obstáculos e implementación de productos de apoyo y manejo de estos.

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

- **Entrenamiento en habilidades de la vida diaria** para realizar actividades de forma autónoma, como vestirse, asearse, comer y manejar las finanzas. Esto puede implicar el uso de recordatorios visuales, instrucciones paso a paso y principalmente la simplificación de tareas complejas.
- **Apoyo emocional y social** para recuperar las relaciones sociales significativas para el usuario y pérdidas asociadas al desarrollo de la enfermedad.
- **Educación y apoyo a los familiares** para ayudarles a comprender la enfermedad, manejar comportamientos difíciles y adaptarse a los cambios de la capacidad funcional del paciente.
- **Estimulación cognitiva.** Se trata de un conjunto de métodos y ejercicios desarrollados con el propósito de mantener o potenciar las funciones cognitivas que aún se conservan para aumentar la autonomía del usuario y frenar el deterioro de la demencia. Esta intervención engloba ejercicios enfocados en los aspectos cognitivos más afectados como son la atención y las praxis. Este tipo de terapia produce una mejora no solo a nivel cognitivo sino también en la autoestima y autoeficiencia del usuario, así como en su conducta. Debido a todos estos beneficios la funcionalidad del paciente se ve repercutida de manera positiva aumentando la CV (You, 2020).
- La **reminiscencia** es un procedimiento a través de el cual se recuerdan sistemáticamente eventos, hechos importantes y experiencias pasadas de su vida mediante el uso de fotografías, música, olores, objetos de la infancia para conseguir evocar los recuerdos. Con esta técnica se consigue afianzar su identidad de forma completa manteniendo su pasado (Madrigal, 2007). El fin de esta, es la estimulación de la memoria episódica autobiográfica, sin embargo, desde esta propuesta se persigue estimular otras áreas, especialmente la atención, expresión y comprensión del

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

lenguaje, la percepción tridimensional y la memoria verbal. (Córdova & Guevara., 2024). Mediante la reminiscencia con el recuerdo de hechos significativos se intenta mejorar la fluidez del lenguaje con el fin último de recuperar las relaciones sociales y la comunicación con el entorno.

- **Destreza manual** tiene en cuenta toda la motricidad fina: prensión, velocidad de manipulación y precisión. Todo ello está implicado en las AVD como el vestido, alimentación, aseo; para poder trabajar sobre estas se gradúa la tarea y se emplean productos de apoyo. El entrenamiento y la repetición de ejercicios provocará una mejora en la destreza manual.
- **Movilidad funcional:** las transferencias y la marcha son las principales dificultades del usuario, para realizar esto de forma activa y colaborando con el cuidador requiere de productos de apoyo que simplifiquen la tarea y ayuden a mejorar las demandas motoras que están implícitas, es decir, amplitud de movimiento, fuerza, control postural, tono muscular y coordinación (Rodríguez et al., 2018).

La intervención debe abordarse desde un equipo interdisciplinar formado por un terapeuta ocupacional, psicólogo, logopeda, fisioterapeuta y neurólogo.

2.7.-TEMPORALIZACIÓN

Este programa de intervención tiene una duración de 7 meses, desde diciembre hasta junio.

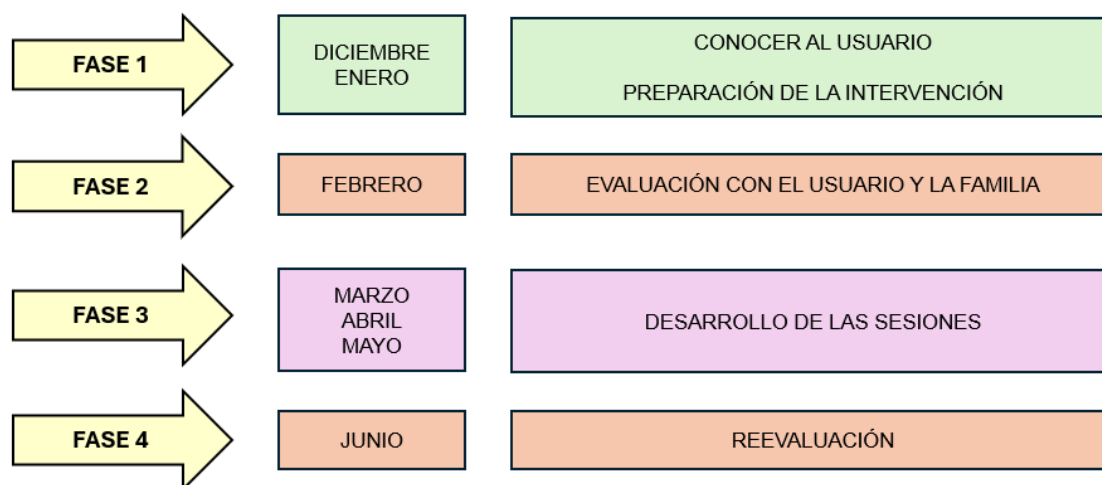
El usuario recibe una sesión semanal, los martes, en la UDATO. Cada sesión tiene una duración de 45 minutos siendo un total de 20 sesiones.

Las sesiones se dividen en cuatro fases (Fig.1).

Figura 1

Cronograma de la intervención.

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT



Nota. Elaboración propia

2.8.-DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

Fase 1: Las sesiones de los meses de diciembre y enero se destinan a un primer contacto con el usuario y se comienza con la elaboración de la evaluación y la posterior intervención.

Fase 2: El mes de febrero se dedica a la evaluación del usuario y la familia con el objetivo de conocer los déficits y los problemas del día a día para identificar el nivel de funcionalidad de las AVD.

- Sesión 1. Se realiza una entrevista inicial tanto al usuario como a su cuidadora principal, su mujer. Esta entrevista semiestructurada se compone de preguntas relacionadas con las preocupaciones del día a día, el estado actual de C.F.P, cómo ha evolucionado la enfermedad, los síntomas que ha tenido y que actividades ha dejado de hacer y le gustaría recuperar. Además, se pasa a su mujer la Escala de Demencia de Blessed y la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit. Con respecto al usuario se valoran las AIVD con la Escala de Lawton y Brody. Para la destreza manipulativa y sensibilidad se pasa el Nine Hole Peg Test.
- Sesión 2. Continúa la evaluación con las escalas de Evaluación de Discapacidad por Demencia (DAD-E) y escala FIM para poder terminar el bloque relacionado con la funcionalidad. La parte relacionada con la

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

marcha y el equilibrio es medida con la escala de Tinetti y con Falls Efficacy Scale, una vez completado esto se sigue con la valoración de la función cognitiva en la que se emplea un cribado con MoCA y se observa el lenguaje en la prueba FAS Word Fluency (o Controlled Oral Word Association-COWA).

- Sesión 3. Gira en torno a la prueba del Trail Making Test ya que el usuario tiene dificultades para la comprensión y aunque esta prueba tiene un límite de tiempo se ha decidido no pararlo para poder trabajar las funciones ejecutivas.

Fase 3: En los meses de marzo, abril y mayo la estructura de las intervenciones es la siguiente:

Sesiones con la familia cuyo objetivo es proporcionar apoyo emocional y educativo a los cuidadores ayudándoles a comprender mejor la enfermedad y desarrollar estrategias efectivas de cuidado y comunicación.

- Sesión 1. Primeramente, se explica a la familia y el usuario la evolución de la enfermedad y la sintomatología que puede ocurrir.
Después se habla solamente con el usuario sobre técnicas y/o estrategias para el manejo de la conducta que le ayude a afrontar los desafíos diarios y a mantener una mejor CV. Son las siguientes:
 - Aceptar los cambios que ocurren debido a la demencia y comprender que hay ciertos comportamientos propios de la patología.
 - Establecer rutinas para reducir la ansiedad y el estrés.
 - Mantener las relaciones sociales con los amigos y familia.
 - Participar en actividades significativas y de ocio.
 - Pedir ayuda si está abrumado o frustrado por los cambios que ocurren.
- Sesión 2. Se destina a explicar a la cuidadora principal cómo realizar correctamente algunas AVD siendo un apoyo para el usuario y promoviendo la autonomía de este.

A la familia se le facilita información sobre el manejo de la enfermedad; hablar al usuario de forma clara y sencilla, favorecer a su autonomía, establecer

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

rutinas, redirigir la atención del usuario cuando este se vea muy frustrado. En esta sesión se pretende validar las emociones de los cuidadores principales y se incide en la importancia del cuidado para el cuidador principal.

Sesiones accesibilidad con el objetivo de diseñar e implementar modificaciones físicas y tecnológicas que permitan un acceso y desplazamiento seguro y cómodo en todas las áreas de la vivienda, garantizando su independencia y CV.

- Sesión 1. La terapeuta ocupacional se desplaza al domicilio para valorar las barreras arquitectónicas del acceso al domicilio y las de la vivienda. Además, aprovechando esta visita se observa los productos de apoyo que el usuario utiliza en su día a día.
- Sesión 2. Se plantea a la familia y al usuario un diseño sin barreras arquitectónicas. Así como una propuesta de accesibilidad cognitiva.

Sesiones AVD para facilitar su participación mediante la adaptación del entorno y uso de productos de apoyo, promoviendo la independencia y autoestima.

- Sesión 1. Proponer nuevos productos de apoyo para la mejora de algunas AVD.
- Sesión 2. Trabajar el vestido para que el usuario colabore e incluso que se ponga alguna de las prendas o prepare la ropa solo. Como ayuda para esta AVD se elaboran dos listas una con prendas de ropa de invierno y otra con las de verano en las que se pegen imágenes de prendas reales para un mejor reconocimiento.
- Sesión 3. La AVD de la alimentación se aborda planificando con el usuario los utensilios que necesita en esta actividad, se elabora con él una secuencia de alimentos (primer plato, segundo y postre). Para poder mejorar la destreza manual, motricidad fina, velocidad de manipulación y precisión se utilizan los cubiertos haciendo el agarre del tenedor y del cuchillo para cortar y la cuchara para que no se caiga el alimento.

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

- Sesión 4. Otra de las AVD en la que el usuario no es autónomo es el baño. El objetivo es que sea más partícipe e independiente. Para ello en la UDATO se mejora la destreza manual mediante simulaciones del enjabonado y aclarado. Esto se complementa con la elaboración de una secuencia de pictogramas con los pasos a seguir para la ducha.

Sesiones de estimulación cognitiva con el objetivo general de desarrollar estrategias de compensación para mitigar el deterioro de la memoria, la dificultad para planificar y organizar tareas y la falta de atención sostenida.

- Sesión 1. Estructurar las rutinas y actividades del usuario programadas a lo largo de la semana en un horario para que pueda orientarse en el tiempo. Esto sería conveniente hacerlo una vez a la semana junto a su mujer. Otras actividades de esta sesión se centran en la memoria de trabajo y a largo plazo, y la atención sostenida. La primera de ellas consiste en mirar fijamente una lámina que muestra una escena. El usuario tiene 3 minutos para fijarse en los detalles de la imagen, una vez pasado el tiempo debe describir lo que había. La última actividad parte de los intereses y gustos del usuario, en este caso, el fútbol. Se selecciona a varios jugadores relevantes, solo una foto de ellos, y se le pide que recuerde el nombre, el equipo en el que ha jugado y la posición.
- Sesión 2. Está compuesta por varias actividades cuyo punto en común es la planificación y las praxis.
 - Actividad 1: ir diciendo en voz alta los pasos para poder hacer café.
 - Actividad 2: Jugar al “Conecta 4” con el fin de que el usuario anticipe los movimientos del oponente y elabore una estrategia. Además, como las piezas son muy pequeñas requieren de una pinza de precisión y una buena coordinación ojo-mano.
 - Actividad 3: hacer un rompecabezas sencillo para trabajar las praxis constructiva y visuoespacial.
- Sesión 3. Destinada a jugar al juego de mesa “Scrabble” con el objetivo de aumentar el vocabulario del lenguaje y así poder conocer sinónimos para

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

establecer una comunicación funcional del usuario con el entorno. Se abordan varios aspectos cognitivos: atención sostenida y dividida, memoria verbal, procesamiento del lenguaje, razonamiento lógico y planificación estratégica.

- Sesión 4. Reminiscencia. Para esta sesión se necesitan fotos antiguas suyas y canciones para ir recordando los hechos importantes y evocar recuerdos. Como objetivo secundario, mejorar la fluidez del lenguaje y estructuración del mismo mediante la motivación intrínseca generada por la actividad.

Fase 4: En el último mes de la intervención se reevalúa con el objetivo de conocer las mejoras y avances si es que los hubiese habido. Como cierre se concreta una entrevista con la familia y el usuario destinada a la devolución de la información recogida en las escalas y observada en el transcurso de las sesiones.

3.-RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1.-RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras la entrevista y la evaluación previa a la intervención muestran gran dependencia del usuario sobre todo a nivel de funcionalidad.

En la entrevista tanto la familia como el usuario la principal preocupación de ambos es las dificultades del día a día, sobre todo la inestabilidad del usuario para bajar las escaleras que por miedo a una caída se evita la situación y se genera un aislamiento total del exterior. El paciente es una persona muy dependiente de su cuidadora principal y ha abandonado todas las actividades de interés para él a medida que ha aumentado el deterioro.

Primeramente, se realizó una evaluación previa a la intervención en la que los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 1

Resultados de la evaluación inicial.

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL
EN DFT

EVALUACIÓN INICIAL		
PRUEBA	PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	62/110	Sobrecarga intensa
Escala de Demencia de Blessed (BDS)	17/28	Deterioro severo
Escala de Lawton y Brody	0/8	Máxima dependencia
Medida de Independencia Funcional (FIM)	64/126	Dependencia, asistencia moderada
Evaluación de discapacidad por demencia (DAD-E)	3/40	Mayor dificultad en planificación y organización
Escala de Tinetti	10/28	Alto riesgo de caídas
Falls Efficacy Scale International (FES-I)	54/64	Mucha preocupación por caerse
Nine Hole Peg Test	Mano dominante 1' 45" Mano no dominante 1' 25"	Mayor destreza con la mano no dominante. Suele completarse por varones sanos en 20 segundos aproximadamente.
MoCA	11/30	Deterioro cognitivo. Dificultades en la parte visuoespacial, atencional, lenguaje y recuerdo diferido.
FAS Word Fluency (o Controlled Oreal Word Asociacion-COWA)	F → 1 A → 2 S → 1 Categorías: Cocina → 2 Animales → 4 Países → 4	La media de palabras totales en FAS es de 22,14. En cada categoría semántica la media es de 16,36 palabras. La media de palabras del usuario es muy reducida y no se corresponde con lo esperado por su edad y nivel educativo.
Trail Making Test (TMT)	Parte A → 433" (máx 100") Parte B → 1818" (máx 300")	Prueba no superada, en la parte A cuadruplicó el tiempo En la parte B tardó 6 veces más del tiempo máximo.

Nota. Elaboración propia

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

Tras la intervención se espera una reducción de la carga en el cuidador debido al apoyo emocional y las estrategias de cuidado y comunicación. De igual manera gracias a las adaptaciones realizadas el usuario logrará una mayor autonomía y por ello mismo, se espera que el miedo y preocupación a una caída se reduzca. En cuanto a las funciones cognitivas y la fluidez del lenguaje el avance es reducido ya que la patología progresa con rapidez; las recomendaciones hacia el entorno y el trabajo de algunas funciones ejecutivas puede repercutir positivamente en una comunicación funcional y una mejora de la memoria, atención y procesamiento de la información. El resultado de todo ello conlleva a la recuperación de la red social y parte de las actividades que anteriormente eran satisfactorias para el paciente y para su cuidadora principal.

3.2.-DISCUSIÓN

Como se ha podido constatar en los resultados, las áreas más afectadas son el lenguaje, la comunicación, la memoria, la atención y algunas AVDs como la alimentación, el baño y el vestido. En base a los objetivos planteados al inicio, se espera conseguir mayor fluidez del lenguaje y mejora de la memoria a corto plazo, tras la intervención. Además, como consecuencia de la facilitación de estrategias por parte de la terapeuta ocupacional, se pretende mejorar la autonomía a través de la adaptación del domicilio y la supresión de barreras en el entorno.

La intervención en las DFT sobre los déficits frontales, concretamente las disfunciones ejecutivas, hace que se pueda obtener una mejora en la funcionalidad (O'Connor et al., 2013). Para ello se emplea la estimulación cognitiva la cual tiene beneficios positivos sobre la conducta y el estado de ánimo, mejorando la autosuficiencia y autoestima. Esta técnica de intervención cuenta con avances en el funcionamiento cognitivo, comprensión y producción del lenguaje, repercutiendo en la CV de los pacientes y la interacción social con su entorno (You, 2020). El empleo de la estimulación cognitiva en el desarrollo de AVD, reporta mejoras en el vestido y la alimentación (Ryan & Brady, 2023); con lo cual la intervención desde terapia ocupacional graduando la tarea y

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

empleando los productos de apoyo necesarios consigue promover la independencia funcional (Rubio et al., 2021). Complementando las técnicas utilizadas con el usuario, esta propuesta incluye una intervención dirigida a las familias para resolver los problemas diarios derivados de la DFT, esto logra reducir la sobrecarga del cuidador, el estrés y la depresión, así como aumentar la satisfacción con la vida (Martín, 2020).

Para poder llevar a cabo toda la propuesta es necesario que la persona se sienta en un entorno físico y social seguro, el modelo Cohousing mantiene esto, reduce el aislamiento y promueve las AVDs. Este modelo resulta beneficioso para su cuidadora principal debido a las redes de apoyo creadas. Esto hace que se mejoren aspectos de la persona y su familia como el equilibrio ocupacional y sentimiento de pertenencia a un grupo. El envejecimiento en su entorno aumenta la CV del usuario y su familia (Monte, 2017).

Durante el planteamiento y desarrollo de esta propuesta se han encontrado diversas limitaciones. Primeramente, el diagnóstico tardío de la DFT y la confusión con otras patologías debido a la sintomatología (Rivas, 2014). La demencia es infradiagnosticada en España como consecuencia de la escasa formación de algunos profesionales de atención primaria y la infrautilización de los test de cribado. Finalmente, el problema acaba traducéndose en términos económicos, el diagnóstico diferencial en atención primaria requiere de mayores costes (Contador et al., 2010). Otra de las limitaciones es la rápida progresión de la enfermedad generando muchas más dificultades en el día a día de la persona, esto junto a las barreras en el entorno físico se convierte en un impedimento para el paciente. Respecto al entorno social, limita el desempeño del paciente ya que el usuario no dispone del tiempo necesario para la consecución de sus AVD y el entorno asume la realización de estas.

4.-CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

La DFT con APP-G genera grandes limitaciones en la funcionalidad del paciente por ello este trabajo se enfoca en mantener la mayor CV e independencia del

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

individuo durante su día a día. Para ello se busca adaptar el entorno y hacerlo accesible favoreciendo al desarrollo de las habilidades de desempeño del usuario y ayudar al cuidador principal. Se ha propuesto una intervención orientada al entrenamiento cognitivo, la fluidez del lenguaje y las modificaciones en el entorno físico, así como la facilitación de productos de apoyo para una mejor ejecución en las AVD. Cabe destacar la importancia del apoyo emocional tanto para el paciente como para sus cuidadores en relación con la etiología y desarrollo de la enfermedad para controlar el manejo de la conducta.

Esta propuesta de intervención debido a los modelos y marcos teóricos que se han empleado proporciona un enfoque global del desempeño de la persona en sus actividades pudiendo enfocarse en los déficits ocasionados por la patología, reducirlos y promover una mejor CV para el usuario y su entorno cercano.

Las líneas de investigación futuras en base a esta intervención pueden ir orientadas hacia la neuroplasticidad y la rehabilitación cognitiva; el desarrollo de tecnologías como instrumento alternativo o aumentativo de comunicación; el apoyo a los cuidadores de estos usuarios.

5.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abellán Martínez, M. (2022). *Análisis del uso de las estrategias de memoria a lo largo de la vida:*

Aplicación del test de estrategias de memoria (p. 1) [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad Complutense de Madrid].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=306993>

Aguilar Navarro, S. G., Mimenza Alvarado, A. J., Palacios García, A. A., Samudio Cruz, A.,

Gutiérrez Gutiérrez, L. A., & Ávila Funes, J. A. (2018). Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México.

Revista Colombiana de Psiquiatría, 47(4), 237-243.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.003>

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

- Ahunca Velásquez, L. F. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: Síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46, 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.006>
- Antón Jiménez, M., & Abellán Van Kan, G., (2007). *Tratado de geriatría para residentes* / (1 ed., 1 reimp). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología SEGG.
- Araya, A. X., Valenzuela, E., Padilla, O., Iriarte, E., & Caro, C. (2017). Preocupación a caer: Validación de un instrumento de medición en personas mayores chilenas que viven en la comunidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(4), 188-192. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.12.003>
- AOTA (2020). Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional. Dominio y Proceso. 4ta Edición.
- Balaceanu, A., Puertas, I., de Leciñana, M. A., Tallón, A., Gutiérrez-Tenorio, Á., Vargas, P., ... & Gutiérrez, Á. (2024). Automatic evaluation of the Nine-Hole Peg Test in multiple sclerosis patients using machine learning models. *Biomedical Signal Processing and Control*, 92, 106128.
- Canbek, J., Fulk, G., Nof, L., & Echternach, J. (2013). Test-Retest Reliability and Construct Validity of the Tinetti Performance-Oriented Mobility Assessment in People With Stroke. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 37(1), 14. <https://doi.org/10.1097/NPT.0b013e318283ffcc>
- Carrasco, M. M. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 6(4), 338.
- Contador Castillo, I., Fernández Calvo, B., Ramos Campos, F., Tapias Merino, E., & Bermejo Pareja, F. (2010). El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Revista de Neurología*, 51(11), 677. <https://doi.org/10.33588/rn.5111.2010453>

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

- Córdova Burgos, K. S., & Guevara Guerrero, N. L. (2024). Exploración de técnicas de reminiscencia como forma de estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 8(15), 28-39. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3195>
- Crespo, M., & Rivas, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: Una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26(1), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>
- Cruzado, L., Custodio, N., Montesinos, R., & Lanata, S. (2021). Demencia frontotemporal-variante conductual como diagnóstico diferencial de trastornos psiquiátricos primarios. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(3), 183-204.
- Demers, L., Oremus, M., Perrault, A., & Wolfson, C. (2000). Review of outcome measurement instruments in Alzheimer's disease drug trials: Introduction. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(4), 161-169. <https://doi.org/10.1177/089198870001300401>
- Duncan, E. A. S. (2022). *Fundamentos Para La Práctica En Terapia Ocupacional* (6a ed.). Elsevier.
- Erkinjuntti, T., Hokkanen, L., Sulkava, R., & Palo, J. (1988). The blessed dementia scale as a screening test for dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3(4), 267-273. <https://doi.org/10.1002/gps.930030406>
- Figueiredo, S. (2011) Nine hole peg test. <https://strokengine.ca/en/assessments/nine-hole-peg-test-nhpt/>.
- García, L. (2017). *Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores no institucionalizadas: Un estudio piloto* (Bachelor's thesis).

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

- Gaudino, E. A., Geisler, M. W., & Squires, N. K. (1995). Construct validity in the Trail Making Test: What makes Part B harder? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17(4), 529-535. <https://doi.org/10.1080/01688639508405143>
- Guevara, C. R. (2011). *VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE LA ESCALA DE TINETTI EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS. 2011.*
- Hauer, K. A., Kempen, G. I. J. M., Schwenk, M., Yardley, L., Beyer, N., Todd, C., Oster, P., & Zijlstra, G. A. R. (2010). Validity and Sensitivity to Change of the Falls Efficacy Scales International to Assess Fear of Falling in Older Adults with and without Cognitive Impairment. *Gerontology*, 57(5), 462-472. <https://doi.org/10.1159/000320054>
- Iragorri, Á. M. (2007). Demencia frontotemporal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 139-156.
- Khan, I., & De Jesus, O. (2024). Frontotemporal Lobe Dementia. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559286/>
- Kidd, D., Stewart, G., Baldry, J., Johnson, J., Rossiter, D., Petruckevitch, A., & Thompson, A. J. (1995). The Functional Independence Measure: A comparative validity and reliability study. *Disability and Rehabilitation*, 17(1), 10-14. <https://doi.org/10.3109/09638289509166622>
- López Pousa, S., Garre Olmo, J., Turon Estrada, A., Fajardo Tibau, C., Puig Vidal, O., Lozano Gallego, M., Hernández Ferrándiz, M., & Vilalta Franch, J. (2002). Incidencia clínica de la demencia frontal. *Revista de Neurología*, 34 (03), 216. <https://doi.org/10.33588/rn.3403.2001295>
- Madrigal, L. M. J. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista cúpula*, 11.
- Martín, L. (2020). Propuesta de intervención neuropsicológica para demencia frontotemporal variante conductual en paciente y familia.

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

- Mathiowetz, V., Weber, K., Kashman, N., & Volland, G. (1985). Adult Norms for the Nine Hole Peg Test of Finger Dexterity. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 5(1), 24-38. <https://doi.org/10.1177/153944928500500102>
- Matías Guiu, J. A., & García Ramos, R. (2013). Afasia progresiva primaria: Del síndrome a la enfermedad. *Neurología*, 28(6), 366-374. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.04.003>
- McDougall, G. J. (1990). A review of screening instruments for assessing cognition and mental status in older adults. *The Nurse Practitioner*, 15(11), 18-28.
- Meneses, A. Y., Flores, E. G., & Poenitz, A. V. (2023). Trail Making Test TMT: Primera Aproximación A Las Propiedades Psicométricas En Población Ecuatoriana Adulta. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 32(2), 49-54. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol32200049>
- Mirallas Martínez, J. A., & Real Collado, M. C. (2003). ¿Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional? *Rehabilitación (Madr., Ed. impr.)*, 152-157.
- Molinuevo Guix, J. L., Lleó, A., & Villar, A. (2002). El anciano con demencia. *Medicina Integral*, 40(10), 467-475.
- Monte, J. del. (2017). *Cohousing. Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*. Fundación Pilares.
- Muñoz, B. M., Carabal, L. O., & Alarcón, R. S. (2015). El modelo biomecánico en Terapia Ocupacional. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 1(10), 7.
- Ottenbacher, K. J., Hsu, Y., Granger, C. V., & Fiedler, R. C. (1996). The reliability of the functional independence measure: A quantitative review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(12), 1226-1232. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(96\)90184-7](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(96)90184-7)

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

- O'Connor, C. M., Clemson, L., Silva, T. B. L. D., Piguet, O., Hodges, J. R., & Mioshi, E. (2013). Enhancement of carer skills and patient function in the non-pharmacological management of frontotemporal dementia (FTD): A call for randomised controlled studies. *Dementia & neuropsychologia*, 7, 143-150.
- Raúl, V. T. las E. (2021, febrero 9). *Deterioro cognitivo. Test MoCA (Montreal cognitive assessment / MoCA)*. La Mochila del Resi. <https://lamochiladelresi.wordpress.com/2021/02/09/deterioro-cognitivo-test-moca-montreal-cognitive-assessment-moca/>
- Rivas Nieto, J. C. (2014). Frontotemporal dementia: Clinical, neuropsychological, and neuroimaging description. *Colombia Medica*, 122-126. <https://doi.org/10.25100/cm.v45i3.1562>
- Rodríguez Bailón, M., Navas Fernández, R., & Garrido Cervera, J.A. (2018). *Terapia Ocupacional en las actividades de vida diaria*. Editorial Síntesis S.A.
- Rodríguez Leyva, I., Oliva Barrios, J., Cueli, S., Carrizales, J., Chi-Ahumada, E., & Jimenez-Capdeville, M. (2019). Demencia frontotemporal: Revisión y nuestro punto de vista. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 19. <https://doi.org/10.24875/RMN.M18000011>
- Rubio, N. M. (2020, junio 1). *Escala de Blessed: Qué es, partes, para qué sirve y cómo se usa*. <https://psicologiyamente.com/clinica/escala-blessed>
- Rubio, Á. M., Rubio, M. B., Pardos, B. G., Martínez, A. I. A., Santamaría, E. M., & Borque, L. B. (2021). Evidencia científica de la aplicación de tratamiento rehabilitador en la demencia frontotemporal: Revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(10), 69.
- Ruff, R. M., Light, R. H., Parker, S. B., & Levin, H. S. (1996). Benton Controlled Oral Word Association Test: Reliability and updated norms. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 11(4), 329-338.

INTERVENCIÓN DESDE T.O PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DFT

- Ryan, S., & Brady, O. (2023). Cognitive stimulation and activities of daily living for individuals with mild-to-moderate dementia: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 86(8), 540-559.
- Sánchez Pérez, A. (2013). *Adaptación y validación de la escala disability assessment for dementia (dad) en la población española castellano hablante* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad Miguel Hernández de Elche]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=110072>
- Sánchez Pérez, A., López Roig, S., Pérez, A. P., Gómez, P. P., Pastor, M. Á., & Pomares, M. H. (2015). Validation Study of the Spanish Version of the Disability Assessment for Dementia Scale. *Medicine*, 94(44), e1925. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001925>
- Stineman, M. G., Shea, J. A., Jette, A., Tassoni, C. J., Ottenbacher, K. J., Fiedler, R., & Granger, C. V. (1996). The Functional Independence Measure: Tests of scaling assumptions, structure, and reliability across 20 diverse impairment categories. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(11), 1101-1108. [https://doi.org/10.1016/s0003-9993\(96\)90130-6](https://doi.org/10.1016/s0003-9993(96)90130-6)
- Trigás Ferrín, M., Ferreira González, L., & Mejide Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica: Sociedade Galega de Medicina Interna*, 72(1), 11-16. Recuperado de: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>
- Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and Ageing*, 34(6), 614-619. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi196>
- You, E. (2020). Descripción de un caso de demencia frontotemporal.

ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USUARIO PARTICIPANTE.



HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Introducción

Ha sido invitado a formar parte de una propuesta de intervención donde su participación va dirigida a la realización de la evaluación. Por favor, dedique el tiempo necesario para revisar la siguiente información y consultar cualquier duda que tenga. No dude en preguntar si algo no está claro o si necesita más detalles.

Esta propuesta de intervención proviene del campo de la Terapia Ocupacional y tiene como objetivo la elaboración de un Trabajo de Fin de Grado (TFG) de la Universidad de Salamanca. El estudio se desarrollará desde diciembre de 2023 hasta junio de 2024.

Objetivo del estudio

El objetivo principal es elaborar una intervención enfocada a las principales problemáticas surgidas en una demencia frontotemporal progresiva. Además de proporcionar estrategias a la familia y al participante sobre el manejo de la patología durante la consecución de actividades de vida diaria (AVD).

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Mantener el nivel de funcionalidad en las AVD.
- Identificar los principales síntomas que interfieren en el día a día.
- Analizar la accesibilidad de la vivienda.
- Preservar las funciones cognitivas y físicas.
- Proporcionar información al cuidador principal para mantener su bienestar.

Procedimientos

Si usted, desea, voluntariamente, participar en la evaluación de este estudio, debe firmar e consentimiento informado que se le ha proporcionado.



**VNIVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Salamanca, a ____ de
____ 20__

D./Dña. _____, mayor de edad, titular del DNI _____, por medio del presente documento manifiesto los siguientes consentimientos

Cláusula primera. - Datos personales

Consiento el tratamiento de mis datos personales para el Trabajo Final de Grado: “*PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL PARA EL MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN DEMENCIA FRONTOTEMPORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO*”, así como mi participación en las evaluaciones correspondientes. Entiendo que los datos recopilados se utilizarán para los fines establecidos en la Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario, que incluyen:

- I. *La construcción y difusión del conocimiento para fomentar, avanzar, comunicar y analizar de forma crítica el saber en campos científicos, tecnológicos, sociales, humanísticos, artísticos y culturales, además de las aptitudes y habilidades relacionadas.*
- II. *La preparación para desempeñar labores profesionales que requieran la aplicación y actualización de saberes y técnicas en ámbitos científicos, tecnológicos, sociales, humanísticos, culturales y artísticos.*
- III. *La creación, evolución, divulgación, traslado e intercambio del conocimiento y la utilidad de la investigación e intervención en todas las áreas de la ciencia, tecnología, sociedad, humanidades, arte y cultura.*
- IV. *El desarrollo de la innovación mediante el saber en los ámbitos sociales, económicos, medioambientales, tecnológicos e institucionales.*
- V. *La difusión y el intercambio de saberes y cultura hacia la sociedad en su conjunto, mediante la actividad universitaria y la educación continua a lo largo de la vida de los ciudadanos.*

Cláusula segunda. - Publicación de resultados científicos

Los resultados del trabajo de fin de grado pueden ser publicados revistas académicas, obras colectivas o, en su defecto, a través del Sistema de Gestión del Repositorio Documental de la Universidad de Salamanca (GREDOS), entre otros medios. En caso de utilizarlos, se garantizará que su identidad nunca sea revelada mediante su nombre completo ni cualquier otra información que lo identifique.

Cláusula tercera. - Ejercicio de derechos

Usted tiene el derecho a solicitar acceso para corregir datos incorrectos, o bien, pedir que se eliminen o cancelen en caso necesario.

Acepto de manera voluntaria participar en la propuesta de intervención y otorgo permiso para el uso de toda la información recolectada. Entiendo que recibiré una copia firmada de este documento de consentimiento informado.

Para mostrar mi conformidad, firmo este documento en el lugar y fecha indicados en el encabezado.

Fdo.: D./Dña. _____

Fecha:

ANEXO 2: HOJA DE DATOS Y VALORACIONES

HOJA DE DATOS Y VALORACIONES

Nombre:		Apellidos:	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:			
Edad:		Fecha de nacimiento:	
Nivel de estudios:		Estado civil:	
Profesión pasada:		Familia:	
Situación actual:		Domicilio:	
ANTECEDENTES CLÍNICOS:			
Diagnóstico:		Dominancia:	
VALORACIÓN CUIDADOR PRINCIPAL:			
ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT:	/110		

Fecha:

VALORACIÓN FUNCIONALIDAD:		
ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED (BDS):	/28	
ESCALA DE LAWTON Y BRODY:	/8	
ESCALA FIM:	/126	
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD PARA DEMENCIA (DAD-E):	/40	
VALORACIÓN MARCHA Y EQUILIBRIO		
TINETTI:	/28	
FALLS EFFICACY SCALE:	/64	
VALORACIÓN DESTREZA MANIPULATIVA Y SENSIBILIDAD		
NINE HOLE PEG TEST:	Mano dominante: Mano no dominante:	
VALORACIÓN FUNCIÓN COGNITIVA:		
MoCA:	/30	
FAS Word Fluency (o Controlled Oreal Word Asociacion-COWA):	F: A: S:	Cocina: Animales: Países:
Trail MAKing Test (TMT):	Parte A: /100" Parte B: /300"	

Fecha:

ENTREVISTA INICIAL

1- ENTREVISTA CON LA FAMILIA (CUIDADOR PRINCIPAL)

- ¿Qué le preocupa?
- ¿Cómo están actualmente?
- Principales dificultades del día a día

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT		
Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	

Fecha:

12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

PUNTUACIÓN DE CADA ÍTEM:

Frecuencia:	Puntuación:
Nunca	1
Casi nunca	2
A veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Puntuación mínima de 22 y máxima 110.

Entre 22 y 46 → No sobrecarga

Entre 47 y 55 → Sobrecarga leve

Entre 56 y 110 → Sobrecarga intensa

Fecha:

- Personalidad y conducta del paciente→ Escala Blessed

ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED, TIMLISON Y ROTH (1968)			
Cambios en la ejecución de las actividades diarias	Incapacidad Total	Parcial	Ninguna
1. Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	½	0
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	½	0
3. Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (por ejemplo, compras)	1	½	0
4. Incapacidad para orientarse en casa	1	½	0
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	½	0
6. Incapacidad para valorar el entorno (por ejemplo, reconocer si está en casa o en el hospital, discriminar entre parientes, médicos y enfermeras, etc)	1	½	0
7. Incapacidad para recordar hechos recientes (por ejemplo, visitas de parientes o amigos, etc)	1	½	0
8. Tendencia a rememorar el pasado	1	½	0
Total:			
Cambios en los hábitos			
9. Comer:			
a. Limpiamente, con los cubiertos adecuados			0
b. Desaliñadamente, solo con la cuchara			2
c. Sólidos simples (galletas)			2
d. Ha de ser alimentado			3
10. Vestir			
a. Se viste sin ayuda			0
b. Fallos ocasionales (en el abotonamiento)			2
c. Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse			2
d. Incapaz de vestirse			3
11. Control de esfínteres:			
a. Normal			0
b. Incontinencia urinaria ocasional			2
c. Incontinencia urinaria frecuente			2
d. Doble incontinencia			3
Total:			
Cambios de personalidad y conducta			
Sin cambios			
12. Retraimiento creciente			0
13. Egocentrismo aumentado			1

Fecha:

14. Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1
15. Actividad embotada	1
16. Perturbación del control emocional (aumento de la susceptibilidad e irritabilidad)	1
17. Hilaridad inapropiada	1
18. Respuesta emocional disminuida	1
19. Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)	1
20. Falta de interés en las aficiones habituales	1
21. Disminución de la iniciativa o de la apatía progresiva	1
22. Hiperactividad no justificada	1
Total:	
PUNTUACIÓN TOTAL:	

PUNTUACIÓN: Si la conducta está presente es puntuada con 1 y si está ausente es puntuada con un 0.

La Escala de Blessed es puntuada del 0 al 28. Los valores más altos indican un gran deterioro en la capacidad funcional del evaluado. Este instrumento indica que el evaluado podría sufrir algún tipo de problema relacionado con una demencia a partir de una puntuación de 4.

- De 4 a 9 indica un deterioro bajo.
- De 10 a 14 indica un deterioro moderado.
- Más de 15 indica deterioro severo.

Fecha:

2- ENTREVISTA CON EL PACIENTE

- ¿Cómo se encuentra?
- ¿Cómo ha ido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta ahora? ¿Qué ha pasado?
- ¿Cuáles han sido los síntomas?
- ¿Qué le preocupa?
- ¿Cuáles son las actividades que más le gusta realizar?

Fecha:

LAWTON Y BRODY

A continuación, encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.	
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
2. HACER COMPRAS	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA (solo en mujeres)	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
4. CUIDADO DE LA CASA (solo en mujeres)	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
5. LAVADO DE ROPA (solo en mujeres)	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTES	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
8. MANEJO DEL DINERO	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL	/8

Fecha:

PUNTUACIÓN TOTAL MUJERES → 8 puntos	PUNTUACIÓN TOTAL HOMBRES → 5 puntos
Dependencia total 0-1 Dependencia grave 2-3 Dependencia moderada 4-5 Dependencia ligera 6-7 Autónoma 8	Dependencia total 0 Dependencia grave 1 Dependencia moderada 2-3 Dependencia ligera 4 Autónomo 5

Fecha:

MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

FIM es una escala construida a partir de 7 niveles de funcionalidad, dos en los cuales no se requiere la ayuda humana y cinco en los que se necesita un grado progresivo de ayuda. Se han definido 18 ítems dentro de 6 áreas de funcionamiento: cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, deambulaci3n, comunicaci3n y conocimiento social. La m3xima puntuaci3n de cada ítem es de siete y la m3nima de uno, por lo que el m3ximo obtenido ser3 de 126 y el m3nimo de 18.

Cada ítem es puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada (con ayuda)	5. Supervisi3n 4. Asistencia m3nima ($\geq 75\%$ independiente) 3. Asistencia moderada ($\geq 50\%$ independiente)
Dependencia completa (con ayuda)	2. Asistencia m3xima ($\geq 25\%$ independiente) 1. Asistencia total ($\leq 25\%$ independiente)

DOMINIO MOTOR	
AUTOCUIDADOS	
A. Alimentaci3n	
B. Arreglo personal	
C. Ba3o, ducha	
D. Vestido parte superior	
E. Vestido parte inferior	
F. Aseo perineal	
CONTROL DE ESFÍNTERES	
G. Control de esfínter vesical	
H. Control del esfínter anal	
TRANSFERENCIAS	
I. Cama, silla, silla de ruedas.	
J. Aseo	
K. Ba3o, ducha	
DEAMBULACI3N	
L. Deambulaci3n/desplazamiento en silla de ruedas	
M. Escaleras	
SUBTOTAL / PUNTUACI3N MOTORAL	

Fecha:

DOMINIO COGNITIVO / SOCIAL	
COMUNICACIÓN	
N. Comprensión	
O. Expresión	
COGNICIÓN / SOCIAL	
P. Interacción social	
Q. Resolución de problemas	
R. Memoria	
SUBTOTAL PUNTUACIÓN COGNITIVA/ SOCIAL	
TOTAL FIM	/126

NOTA: No dejar espacios en blanco, Introducir 1, si el paciente no es valorable debido al riesgo.
Puntuación máxima 126; mínima 18.

PORCENTAJE DE INDEPENDENCIA	PUNTUACIÓN TOTAL FIM	GRADO DE DEPENDENCIA
20%	18-30 puntos	Dependencia completa, requiere asistencia total
30%	31-62 puntos	Dependencia, asistencia máxima
50%	63-93 puntos	Dependencia, asistencia moderada
70%	94-106 puntos	Dependencia, solo requiere supervisión
80%	107-118 puntos	Independencia modificada
90-100%	119-126 puntos	Independencia total

Fecha:

EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD EN DEMENCIA (DAD-E)

A continuación, te haré algunas preguntas sobre cómo tu familiar realiza algunas actividades de la vida diaria, como higiene, vestirse, etc. Debes responder pensando en cómo su familiar hacía esa actividad. Durante las últimas dos semanas. Si no entiende alguna de las preguntas, hágamelo saber para poder aclarar su pregunta.

Codificación de respuestas:

NO = 0 SI = 1

NO APLICA porque:

Nunca lo hizo =2

No ha tenido oportunidad en estas últimas dos semanas =3

Esto se evita mediante una discapacidad sensorial =4

Esto se evita mediante una discapacidad motora =5

Esto se evita mediante una discapacidad sensorial y motora = 6

Otras causas

de origen no cognitivo = 7

En las últimas dos semanas, (nombre), sin que nadie le ayude ni le recuerde.....	Iniciativa	Planificación	Actuación
HIGIENE			
1. ¿Ha tenido la iniciativa de lavarse, bañarse o ducharse solo?			
2. ¿Ha tenido la iniciativa de cepillarse los dientes o cuidar su dentadura postiza?			
3. ¿Ha tenido la iniciativa de lavarse y peinarse?			
4. ¿Ha preparado agua, toallas y jabón para lavarse, bañarse o ducharse?			
5. ¿Ha lavado y secado con cuidado todas las partes de su cuerpo?			
6. ¿Se ha cepillado los dientes o ha cuidado adecuadamente su dentadura postiza?			
7. ¿Se ha ocupado de lavarse y peinarse?			
VESTIRSE			
8. ¿Ha tenido la iniciativa de vestirse?			
9. ¿Ha elegido la ropa adecuada (en relación a la ocasión, el cuidado, el momento y la combinación de colores)?			
10. ¿Se ha vestido en el orden correcto (ropa interior, pantalón/falda, zapatos)?			
11. ¿Se vistió completamente solo?			
12. ¿Se acaba de desnudar por completo?			

Fecha:

CONTINENCIA			
13. ¿Ha tenido la iniciativa de ir al baño en el momento adecuado?			
14. ¿Ha utilizado el baño sin ningún contratiempo?			
COMER			
15. ¿Ha tenido iniciativa para comer?			
16. ¿Ha elegido los cubiertos y condimentos adecuados a la hora de comer?			
17. ¿Ha comido a un ritmo normal y con buenos modales?			
PREPARACIÓN DE LA COMIDA			
18. ¿Ha tenido la iniciativa de preparar una comida o merienda sencilla?			
19. ¿Ha planificado adecuadamente cómo prepara una comida o un refrigerio sencillo (ingredientes, herramientas complementarias)?			
20. ¿Ha preparado o cocinado una comida o merienda sencilla sin contratiempos?			
USO DEL TELÉFONO			
21. ¿Ha intentado llamar a alguien a una hora razonable?			
22. ¿Ha encontrado y marcado correctamente un número de teléfono?			
23. ¿Ha tenido una conversación telefónica adecuada?			
24. ¿Ha escrito y comunicado correctamente un mensaje telefónico?			
SALIR			
25. ¿Ha tenido la iniciativa de salir (caminar, visitar a alguien, ir de compras) en el momento adecuado?			
26. ¿Ha organizado correctamente una salida en cuanto al medio de transporte, llaves, destino, tiempo, dinero, que necesita, lista de la compra?			
27. ¿Ha salido y llegado a un destino conocido sin perderse?			
28. ¿Ha utilizado algún medio de transporte sin contratiempos (coche, autobús, taxi)?			
29. ¿Ha vuelto de la tienda con las cosas que tenía que comprar?			
FINANZAS Y CORREO			
30. ¿Ha mostrado algún interés en sus asuntos personales como asuntos de dinero, papeles y cartas?			
31. ¿Ha organizado el pago de sus facturas (recibos, libretas)?			
32. ¿Ha organizado adecuadamente sus cartas (en sobres, papel, dirección, sellos)?			
33. ¿Ha manejado correctamente su dinero (pagar y consultar el cambio)?			
MEDICACIÓN			
34. ¿Ha tomado la iniciativa de tomar su medicación en el momento adecuado?			

Fecha:

35. ¿Ha tomado su medicamento en la dosis correcta según lo recetado?			
ACTIVIDADES DE OCIO Y DEL HOGAR			
36. ¿Ha mostrado algún interés por una o varias actividades de ocio?			
37. ¿Ha mostrado algún interés en las tareas del hogar que hacía en el pasado?			
38. ¿Ha planificado y organizado adecuadamente las tareas del hogar que hacía en el pasado?			
39. ¿Ha realizado correctamente las tareas del hogar que hacía en el pasado?			
40. ¿Se ha quedado solo en casa cuando ha sido necesario sin problema?			

PUNTUACIONES TOTALES (suma de respuestas codificadas con 1 en los ítems correspondientes)			
DAD-E ABVD (Ítems 1-17)		DAD INICIATIVA:	
DAD-E AIVD Y OCIO (Ítems 18-40)		DAD PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN:	
		DAD EJECUCIÓN:	
		DAD total:	/40

PUNTUACIONES DE DAD-E EN PORCENTAJES: (N1 = Sumando respuestas codificadas como 1 en los ítems correspondientes; N2-3= Agregar respuestas codificadas como 2 o 3 en los ítems correspondientes; N2-7= Sumar respuestas codificadas del 2 al 7 en los ítems correspondientes)

TOTAL DAD-E %:	
$\frac{N(1) \times 100}{40 - N(2 - 3)}$	
ATRIBUIBLE AL DETERIORO COGNITIVO:	
DAD-E ABVD EN % (Ítems 1-17):	DAD-E INICIATIVA EN %:
$\frac{N(1) \times 100}{17 - N(2 - 3)}$	$\frac{N(1) \times 100}{13 - N(2 - 7)}$
DAD-E AIVD Y OCIO EN % (Ítems 18-40):	DAD-E PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN EN %:
$\frac{N(1) \times 100}{23 - N(2 - 7)}$	$\frac{N(1) \times 100}{10 - N(2 - 7)}$
	DAD-E EJECUCIÓN EN %:
	$\frac{N(1) \times 100}{17 - N(2 - 7)}$
	TOTAL DAD-E EN %:
	$\frac{N(1) \times 100}{40 - N(2 - 7)}$

Fecha:

ESCALA TINETTI

Evaluación de la marcha y el equilibrio

MARCHA

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a "paso normal" luego regresa a "paso ligero pero seguro".

1.Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande).	PUNTOS
Algunas vacilaciones o múltiples para empezar	0
No vacila	1

2.Longitud y altura de peso	PUNTOS
A) Movimiento del pie derecho	
No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa el pie izquierdo	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso	0
El pie derecho se separa completamente del suelo	1
B) Movimiento del pie izquierdo	
No sobrepasa el pie derecho con el paso	0
Sobrepasa el pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1

3.Simetría del paso	PUNTOS
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1

4.Fluidez del paso	PUNTOS
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1

5.Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	PUNTOS
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2

6.Tronco	PUNTOS
Balanceo marcado o uso de ayudas	0
No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no se reflexiona, ni otras ayudas	2

7.Postura al caminar	PUNTOS
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1

PUNTUACIÓN MARCHA: /12

Fecha:

EQUILIBRIO

Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1.Equilibrio sentado	PUNTOS
Se inclina o se desliza en la silla	0
Se mantiene seguro	1
2.Levantarse	PUNTOS
Imposible sin ayuda	0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
Capaz de levantarse de un solo intento	2
3.Intentos para levantarse	PUNTOS
Incapaz sin ayuda	0
Capaz pero necesita mas de un intento	1
Capaz de levantarse de un solo intento	2
4.Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	PUNTOS
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5.Equilibrio en bipedestación	PUNTOS
Inestable	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte	1
Apoyo estrecho sin soporte	2
6.Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	PUNTOS
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra pero se mantiene	1
Estable	2
7.Ojos cerrados (en la posición 6)	PUNTOS
Inestable	0
Estable	1
8.Vuelta de 360 grados	PUNTOS
Pasos discontinuos	0
Continuos	1
Inestable (se tambalea, se agarra)	0
Estable	1
9.Sentarse	PUNTOS
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	2

PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: /16

PUNTUACIÓN MARCHA + EQUILIBRIO = /28

Fecha:

FALLS EFFICACY SCALE INTERNATIONAL (FES-I)

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su preocupación por la posibilidad de caerse. Para cada una de las siguientes actividades, por favor marque con una cruz lo preocupado que está por caerse si realiza esta actividad. Por favor responde pensando en cómo sueles realizar la actividad. Si actualmente no realiza la actividad (ejemplo: si alguien hace las compras por usted), responda para mostrar si cree que le preocuparía caerse SI hiciera la actividad.

		Nada preocupado 1	Un poco preocupado 2	Bastante preocupado 3	Muy preocupado 4
1	Limpiar la casa (aspirar, barrer, quitar el polvo)				
2	Vestirse o desvestirse				
3	Preparar comidas sencillas				
4	Tomar un baño o una ducha				
5	Ir a comprar				
6	Subirse o bajarse de una silla				
7	Subir o bajar escaleras				
8	Pasear por el barrio				
9	Coger algo por encima de la cabeza o en el suelo				
10	Contestar al teléfono antes de que deje de sonar				
11	Caminar sobre una superficie resbaladiza (por ejemplo, mojada o helada)				
12	Visitar a un amigo o familiar				
13	Caminar en un lugar en el que haya mucha gente				
14	Caminar sobre una superficie irregular (por ejemplo, suelo rocoso, pavimento en mal estado)				
15	Subir o bajar una cuesta				

Fecha:

16	Salir a un evento social (por ejemplo, ir a misa, reuniones familiares, reuniones de amigos/as)				
SUBTOTAL					
TOTAL					/64

PUNTUACIÓN MÍNIMA 16 → SIN PREOCUPACIÓN POR CAERSE

PUNTUACIÓN MÁXIMA 64 → SEVERA PREOCUPACIÓN POR CAERSE

NINE HOLE PEG TEST

MANO DOMINANTE	MIN	SEG
MANO NO DOMINANTE	MIN	SEG

Fecha:

MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de
estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos
				☐ Contorno ☐ Números ☐ Agujas ___/5
☐ Copiar el cubo				
IDENTIFICACIÓN				
☐		☐		☐ ___/3
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		
		ROSTRO	SEDA	IGLESIA
1er intento				
2º intento				
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. ☐ 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. ☐ 7 4 2		
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		☐ FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB		
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. ☐ 93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos. ___/3		
LENGUAJE		Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. ☐ Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. ☐		
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. ☐ _____ (N ≥ 11 palabras)		___/1		
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta ☐ tren-bicicleta ☐ reloj-regla		
Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO	SEDA	IGLESIA
		☐	☐	☐
Optativo	Pista de categoría			
	Pista elección múltiple			
Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente		___/5		
ORIENTACIÓN		☐ Día del mes (fecha) ☐ Mes ☐ Año ☐ Día de la semana ☐ Lugar ☐ Localidad		
___/6		TOTAL ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		

PUNTUACIÓN TOTAL

≥ 26 → Normal, no hay alteración en las funciones cognitivas

20-23 → Deterioro cognitivo leve

< 10 → Deterioro cognitivo severo

Fecha:

FAS Word Fluency (o Controlled Oreal Word Asociacion-COWA):

FAS Word Fluency (o Controlled Oral Word Asociacion-COWA) (Guilford, 1967; Guilford & Guilford, 1980; Spreen & Strauss, 1998)

Nombre: _____ Varón ☐ Mujer ☐ Fecha: _____
 F. nacimiento: _____ Edad: _____ N. Hª: _____ Lateralidad: _____
 Estudios/Profesión: _____
 Observaciones _____

Tiempo límite: ☐ 1 minuto ☐ 1m.30secs.						Tiempo límite: ☐ 1 minuto ☐ 1m.30secs.					
FLUENCIA FONÉTICA (F-A-S): <i>"Quiero saber cuántas palabras conoces que comiencen por la letra F (o A o S) en 1 minuto (ó 1'30"). Puedes comenzar por ejemplo con FLOR (o Alto o Sal), procurando no repetirse. Si dices el singular (flor) no vale el plural (flores) o si nombras el femenino no vale el masculino. También debes procurar evitar los nombres propios (Francisco, Francia, etc.). Empieza cuando quieras."</i>						FLUENCIA SEMÁNTICA (CATEGORÍAS): <i>"Quiero saber cuántas palabras conoces que se refieran a cosas que puedes encontrar en una cocina (o en un supermercado) (o nombres de animales) (o nombres de países) en 1 minuto (ó 1'30"). Puedes comenzar por ejemplo con PLATO (o Arroz,...) (o Perro) (o Italia), procurando no repetirse. Si dices el singular (plato) no vale el plural (platos) o si nombras el femenino no vale el masculino. Empieza cuando quieras."</i>					
F		A		S		Cocina (Supermercado)		Animales		Países	
1. flor	26.	1. alto	26.	1. sal	26.	1. plato	26.	1. perro	26.	1. Italia	26.
2.	27.	2.	27.	2.	27.	2.	27.	2.	27.	2.	27.
3.	28.	3.	28.	3.	28.	3.	28.	3.	28.	3.	28.
4.	29.	4.	29.	4.	29.	4.	29.	4.	29.	4.	29.
5.	30.	5.	30.	5.	30.	5.	30.	5.	30.	5.	30.
6.	31.	6.	31.	6.	31.	6.	31.	6.	31.	6.	31.
7.	32.	7.	32.	7.	32.	7.	32.	7.	32.	7.	32.
8.	33.	8.	33.	8.	33.	8.	33.	8.	33.	8.	33.
9.	34.	9.	34.	9.	34.	9.	34.	9.	34.	9.	34.
10.	35.	10.	35.	10.	35.	10.	35.	10.	35.	10.	35.
11.	36.	11.	36.	11.	36.	11.	36.	11.	36.	11.	36.
12.	37.	12.	37.	12.	37.	12.	37.	12.	37.	12.	37.
13.	38.	13.	38.	13.	38.	13.	38.	13.	38.	13.	38.
14.	39.	14.	39.	14.	39.	14.	39.	14.	39.	14.	39.
15.	40.	15.	40.	15.	40.	15.	40.	15.	40.	15.	40.
16.	41.	16.	41.	16.	41.	16.	41.	16.	41.	16.	41.
17.	42.	17.	42.	17.	42.	17.	42.	17.	42.	17.	42.
18.	43.	18.	43.	18.	43.	18.	43.	18.	43.	18.	43.
19.	44.	19.	44.	19.	44.	19.	44.	19.	44.	19.	44.
20.	45.	20.	45.	20.	45.	20.	45.	20.	45.	20.	45.
21.	46.	21.	46.	21.	46.	21.	46.	21.	46.	21.	46.
22.	47.	22.	47.	22.	47.	22.	47.	22.	47.	22.	47.
23.	48.	23.	48.	23.	48.	23.	48.	23.	48.	23.	48.
24.	49.	24.	49.	24.	49.	24.	49.	24.	49.	24.	49.
25.	50.	25.	50.	25.	50.	25.	50.	25.	50.	25.	50.
Total F+A+S:						Total Cocina/Super+Animales+Países:					

Fecha:

Trail Making Test (TMT):

Mano utilizada
(marque una):

☐

Dominante

☐

No Dominante

Trail Making Test Parte A- Tiempo de ejecución: _____ segundos

Trail Making Test Parte B- Tiempo de ejecución: _____ segundos

<i>Trail Making Test Parte A</i>	
<i>Tiempo (segundos)</i>	
<i>Número de errores</i>	

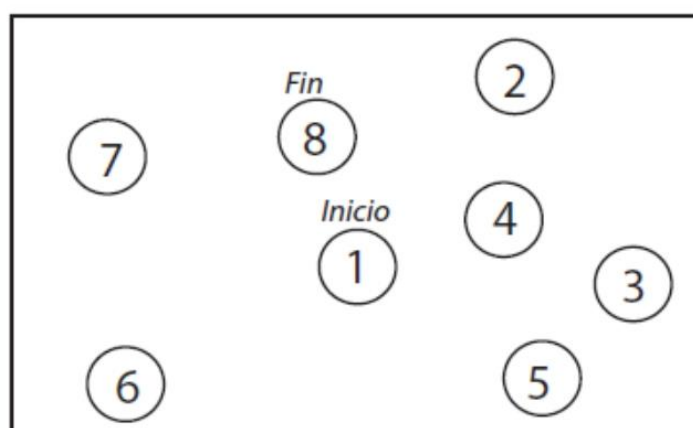
<i>Trail Making Test Parte B</i>	
<i>Tiempo (segundos)</i>	
<i>Número de errores</i>	

Fecha:

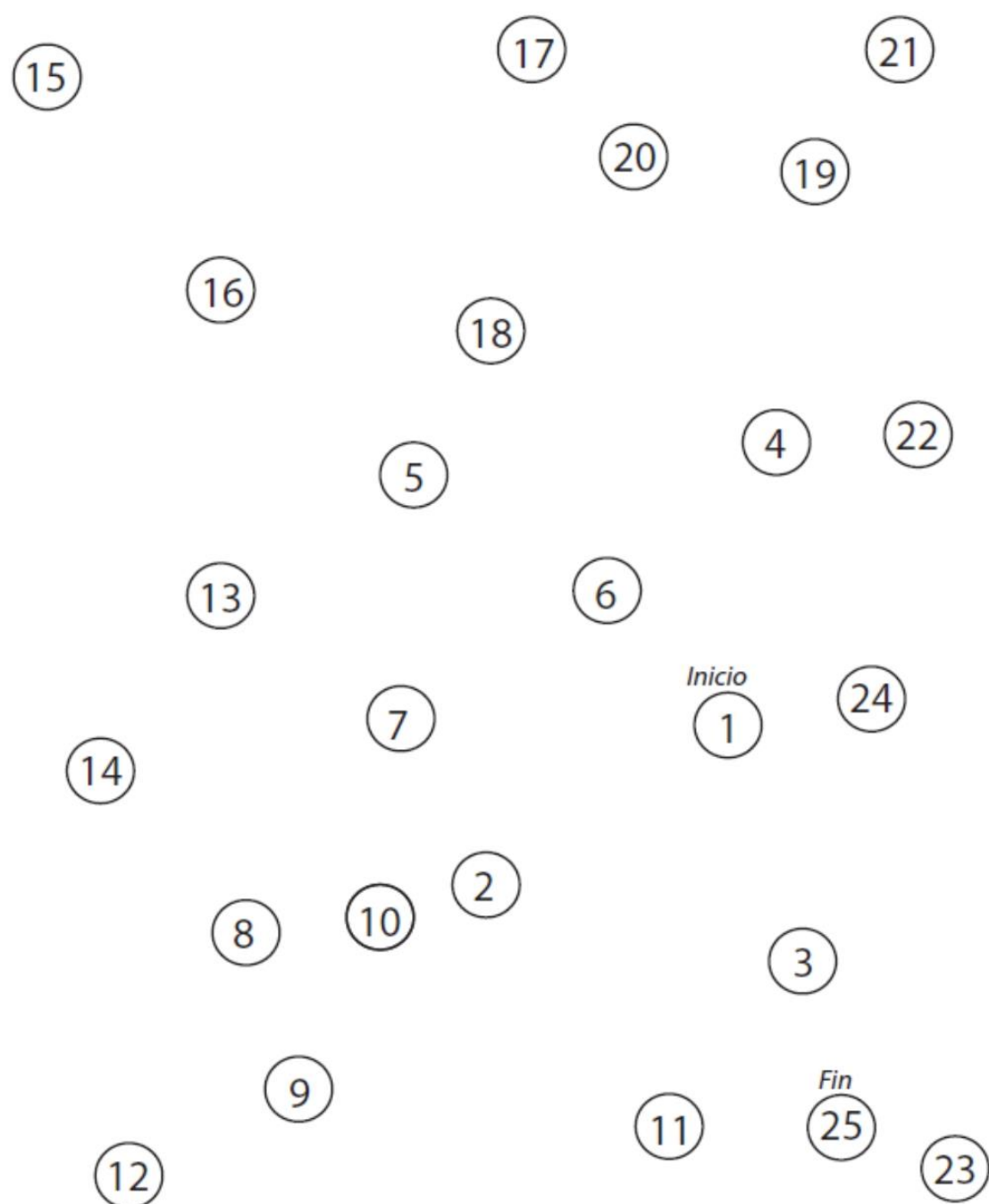
Trail Making Test

Parte A

PRÁCTICA



Fecha:

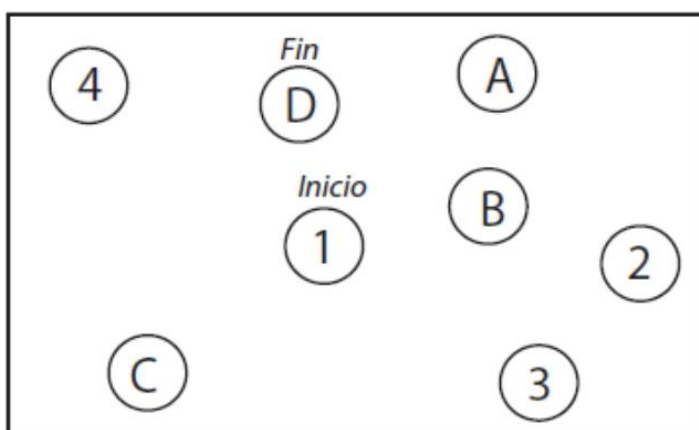


Fecha:

Trail Making Test

Parte B

PRÁCTICA



Fecha:

