

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



**PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA
OCUPACIONAL PARA PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO CRÓNICO
MODERADO EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.**

AUTOR: AZORÍN JUAN, CRISTINA

TUTOR: SÁNCHEZ DURÁN, ELENA

Departamento y Área: Área de Radiología y medicina física, departamento de Patología y Cirugía.

Curso académico 2023 - 2024

Convocatoria de septiembre

ÍNDICE

RESÚMEN.....	pág. 2
INTRODUCCIÓN.....	pág. 4
OBJETIVOS.....	pág. 7
DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	pág. 8
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....	pág. 19
PRESUPUESTO.....	pág. 20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 21
ANEXOS.....	pág. 26
Anexo 1: Test screening MocCa.....	pág. 26
Anexo 2: Escala de evaluación Fim-Fam.....	pág. 27
Anexo 3: Escala de evaluación Lotca.....	pág. 30
Anexo 4: Encuesta de satisfacción al familiar o cuidador.....	pág. 31

RESUMEN

El daño cerebral adquirido es la afectación producida por una lesión cerebral sobrevenida que produce un déficit permanente o temporal a nivel físico, cognitivo, psíquico, conductual o sensorial y que condiciona la capacidad funcional e independencia, afectando a la calidad de vida de las personas que lo sufren.

Este trabajo propone un programa de intervención para un centro de día de personas con daño cerebral adquirido con deterioro cognitivo, garantizando una atención integral, utilizando técnicas como la estimulación cognitiva y la psicomotricidad como pilares fundamentales, seguido de actividades complementarias como ludoterapia o deporte adaptado para facilitar una neurorrehabilitación desde el enfoque de la Terapia Ocupacional.

El programa se basa en el marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional de la AOTA y utiliza el modelo biomecánico y el modelo perceptivo-cognitivo, desde un enfoque compensatorio.

En conclusión, este programa ofrece una evaluación, intervención y reevaluación. Con el enfoque primordial de estimular y mantener las capacidades funcionales y que mejore la calidad de vida de los mismos.

Palabras clave: Daño cerebral adquirido, deterioro cognitivo, neurorrehabilitación, calidad de vida, actividad física.

ABSTRACT

Acquired brain damage is the impairment produced by a sudden brain injury that produces a permanent or temporary deficit at a physical, cognitive, mental, behavioral or sensory level and that conditions the functional capacity and independence, affecting the quality of life of people who suffer from it. I suffer it.

This work proposes an intervention program for a day center for people with acquired brain damage with cognitive impairment, guaranteeing comprehensive care, using techniques such as cognitive stimulation and psychomotor skills as fundamental pillars, followed by complementary activities such as play therapy or sports adapted for facilitate neurorehabilitation from the approach of Occupational Therapy.

The program is based on the AOTA framework for the practice of Occupational Therapy and uses the biomechanical model and the perceptual-cognitive model, from a compensatory approach.

In conclusion, this program offers an evaluation, intervention and re-evaluation. With the primary focus of stimulating and maintaining functional abilities and improving their quality of life.

Keywords: acquired brain damage, cognitive impairment, neurorehabilitation, quality of life, physical activity.

INTRODUCCIÓN:

El término daño cerebral adquirido hace referencia a una lesión en el cerebro que se produce con posterioridad al momento del nacimiento. Es definido por la Federación de Daño Cerebral Adquirido (FEDACE) como “una lesión repentina en el cerebro que se caracteriza por su aparición brusca y un conjunto variado de secuelas en función del área del cerebro lesionada y de su gravedad” (1).

Las causas más comunes del DCA son los accidentes cerebrovasculares (ACV o ictus), traumatismos craneoencefálicos (TCE), tumores cerebrales, las anoxias cerebrales y las infecciones cerebrales (2). Constituye la primera causa de discapacidad en adultos. Las secuelas del DCA pueden persistir años después de la lesión (fase crónica), con las consecuencias que ello conlleva para el sistema de salud y a nivel personal, familiar, social y económico. Las secuelas más comunes afectan a las esferas cognitiva, comunicativa, motora y sensorial (3). Su carácter repentino supone una quiebra drástica en la trayectoria personal y familiar que además se ve también afectada, en el caso de España, por la desigualdad en el acceso a recursos especializados de atención sociosanitaria (4).

Según las áreas de rehabilitación que las trabajan, las secuelas del daño cerebral pueden clasificarse en siete grandes áreas: nivel de alerta, control motor, recepción de información, comunicación, cognición, emociones y actividades de la vida diaria (5).

En cuanto a la afectación cognitiva podemos encontrar dificultades en la memoria, atención, concentración, funciones ejecutivas como la toma de decisiones, afectación del lenguaje como la afasia y dificultades en la percepción y cognición espacial o dificultades como la percepción

en tiempo y espacio. En cuanto al área motora podemos encontrar afectaciones como una hemiplejía/hemiparesia o descoordinación motora, espasticidad, ataxia, problemas de movilidad de forma independiente y autónoma o fatiga crónica, lo que limita la capacidad para llevar a cabo actividades físicas.

Todas estas afectaciones condicionan significativamente el desarrollo o desempeño para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, que pueden persistir de manera crónica. Además, es habitual que en la fase crónica exista la falta de actividad, bien sea por las dificultades que el paciente presente, que en su entorno no saben bien cómo abordar la situación o por propia desmotivación y desánimo al encontrar dificultades en el desempeño de ocupaciones básicas.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN A ESTUDIO

El estudio de la neurorrehabilitación en personas con daño cerebral adquirido con deterioro cognitivo está en constante evolución. El abordaje debe tener un enfoque multidisciplinar, aunque este trabajo se va a centrar en el área propia de Terapia Ocupacional. Actualmente en neurorrehabilitación se llevan a cabo programas de rehabilitación cognitiva, entrenamiento de habilidades motoras, adaptación del entorno, uso de productos de apoyo, entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria, dirigidas a mejorar su autonomía y obtener apoyo psicosocial.

Tras consultar diferentes fuentes y estudios se demuestra una mejoría en la memoria inmediata y en el recuerdo demorado global, mostrando la eficacia de la estimulación en la memoria (6). Se muestra una mejora de las funciones cognitivas que se encuentran dañadas (7). Y la utilidad de la Actividad Física Adaptada, en la recuperación del área física y cognitiva, mejora de la socialización, el estado de ánimo y la calidad de vida de las personas con DCA en fase crónica (8). Las actividades físico-deportivas consideradas como terapia, forman parte del proceso de

mejora o mantenimiento a nivel motor, cognitivo, conductual y emocional. Existe evidencia de los beneficios de la actividad físico-deportiva en la calidad de vida de una persona en lo que a términos de salud se refiere (9).

JUSTIFICACIÓN

En España se invierten cada vez más recursos en la atención en fase aguda y subaguda del paciente con DCA, pero las necesidades del paciente y su familia van más allá de estas fases y la intensidad de las mismas variará en función de la gravedad de las secuelas. En aquellas personas en las que persiste un deterioro cognitivo, es necesario continuar con programas de estimulación cognitiva que ayuden a potenciar las habilidades preservadas y compensar las habilidades deterioradas. La falta de actividad física o ejercicio físico y la falta de ocupaciones que promuevan en el paciente una vida saludable, provocan falta de motivación, pérdida de capacidades que merman la autoestima y el autoconcepto y puede llevar incluso a sentimientos de tristeza y depresión (10).

Por ello se ha decidido plantear un programa de intervención de estimulación cognitiva en personas con daño cerebral adquirido con deterioro cognitivo moderado y poder ofrecer un soporte de apoyo práctico y efectivo para la persona con DCA, para facilitar la calidad de vida de la persona afectada y, por ende, la de su entorno.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El programa pretende fomentar que los usuarios tengan actividades y ocupaciones que les ayude a crear hábitos de vida activa y saludable y evitar el sedentarismo, y por consiguiente que pueda derivar en una baja autoestima.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA:

- Mantener las capacidades cognitivas de las personas con DCA con deterioro cognitivo moderado.
- Facilitar la integración social y la calidad de vida de los usuarios a través de la estimulación cognitiva y actividad física.
- Fomentar la participación en actividades físicas evitando el sedentarismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA:

- Fortalecer la memoria a corto y largo plazo mediante actividades diseñadas para mejorar la retención y recuperación de información.
- Potenciar la atención y concentración de los pacientes a través de ejercicios que estimulen la focalización y resistencia a distracciones.
- Promover la inclusión y la participación activa en su entorno y el desarrollo de relaciones interpersonales.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Para participar en el programa, se han establecido criterios de exclusión e inclusión, que son los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas con diagnóstico de daño cerebral adquirido de origen traumático o vascular.
- Con edades comprendidas entre 40 y 50 años.
- Que pertenezcan al Centro de Día donde se llevará a cabo el programa.
- Que tengan deterioro cognitivo moderado, se valorará mediante el test de screening MocCa, cuya puntuación deberá de ser menor de 10, indicará que la persona tiene deterioro cognitivo.
- Que conserven ciertas capacidades manipulativas, valorado con la Clasificación de manipulación funcional del hospital de Sagunto, que deberán obtener una puntuación mínima que corresponda al Nivel 2: Manipulación con prensión global, de fuerza o rudimentaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Que los usuarios no presentan control postural en sedestación.
- Si presentan problemas conductuales graves.
- Si no asisten a las sesiones o directamente dejen de asistir.
- Si empeoran sus patologías neuropsicológicas durante la puesta en práctica del programa.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

Una vez seleccionados los usuarios que cumplen todos los criterios de inclusión, se hará una valoración inicial cognitiva utilizando el test de evaluación Lotca, Además, se llevará a cabo una valoración funcional a través de la escala FIM-FAM. Estas valoraciones se realizarán de forma individual a cada usuario del programa.

El programa se va a desarrollar con un grupo de personas, entre 6 y 8 participantes, con edades comprendidas entre 40-50 años, con la idea de que sea un grupo lo más homogéneo posible. Todos los usuarios que participarán en el programa deben cumplir los criterios de inclusión mencionados anteriormente. Los usuarios pertenecen a un Centro de Día, en la que habitualmente ya acuden de forma cotidiana. Va a consistir en llevar a cabo 3 sesiones semanales durante aproximadamente 3 meses, será un total de 39 sesiones. Cada sesión tendrá una duración de 45 min, serán sesiones grupales y se hará en días alternos, se plantea hacerlas en los días lunes, miércoles y viernes.

Cada sesión se estructura de la siguiente manera:

1. Terapia de orientación a la realidad; la TO junto con los usuarios pone en la pizarra la fecha en que se encuentra, estación del año y el tiempo que hace ese día.
2. Noticias: se comentan las noticias importantes del día, mirando en el periódico online. A destacar las noticias buenas y que sean del agrado de los usuarios.
3. Cuerpo de la sesión: se lleva a cabo las actividades propuestas para la sesión.
4. Evaluación de la sesión: Los usuarios harán una pequeña valoración del taller realizado cada día, indicando si les ha gustado o no.

Sesión:		
¿Te ha gustado el taller que hemos realizado hoy?		

TIPOS DE SESIONES:

1. ORIENTACIÓN ESPACIAL

- a. Objetivo: Fomentar autonomía en el entorno, permitiendo situarse y moverse en un entorno más accesible.
- b. Descripción general:

Las sesiones estarán enfocadas con el objetivo de hacer más accesible su autonomía en su entorno. Por ejemplo, poniendo pictogramas en las instalaciones del centro, haciendo un recorrido para conocer bien la utilidad de cada taller. Haremos una gynkana por las instalaciones del centro.
- c. Frecuencia: se harán un total de dos sesiones.

2. ESTIMULACIÓN COGNITIVA

- a. Objetivo: Mejorar y mantener funciones cognitivas como la memoria, atención, lenguaje y razonamiento.

b. Descripción general:

Se llevarán a cabo actividades de estimulación cognitiva mediante el programa de neuronup, juegos de memoria, atención y concentración, historias y cuentos, actividades sobre el manejo del dinero, sopas de letras, rompecabezas, actividades de categorización o juegos de asociación y también musicoterapia.

c. Frecuencia: Se hará un total de 12 sesiones.

3. PSICOMOTRICIDAD

a. Objetivo: Mejorar la coordinación, equilibrio, percepción espacial y habilidades motoras en general.

b. Descripción general:

Se plantea realizar actividades de psicomotricidad donde se va a trabajar la movilidad corporal con actividades y juegos mediante pelotas, aros, picas y juegos como los bolos, dado, canasta..etc. Se crearán circuitos de obstáculos, ruedas de preguntas con pelota, juegos de lanzamiento y recepción de pelotas, juego de las estatuas, entre otras.

c. Frecuencia: Se hará un total de 8 sesiones.

4. LUDOTERAPIA

a. Objetivo: Fomentar la capacidad de expresar sus sentimientos y emociones y desarrollar habilidades emocionales.

b. Descripción general:

Consistirá en llevar a cabo actividades creativas, como la realización de manualidades o pintura, con el objetivo de estimular y desarrollar su parte más creativa y fomentar así su capacidad de expresar sus emociones o sentimientos. También se realizarán juegos simbólicos, donde los usuarios podrán divertirse a la vez que desarrollan otras habilidades de comunicación e interacción social.

c. Frecuencia: Se hará un total de 5 sesiones.

5. TALLER DE EXPRESIÓN CORPORAL

a. Objetivo: Facilitar la comunicación y expresión no verbal, así como la propiocepción.

b. Descripción general:

El taller se va a desarrollar mediante actividades y juegos en los que los usuarios deberán expresar cosas a través de la mímica o gestos, deberán comunicar al resto del grupo lo que se les indique, pero sin palabras, solo con expresiones o gestos corporales, y el resto deberán de adivinar. También se trabajará mediante actividades de baile, realizando pequeñas coreografías sencillas, fomentando la actividad física, movilidad corporal y propiocepción.

c. Frecuencia: Se hará un total de 3 sesiones.

6. DEPORTE ADAPTADO Y ACTIVIDADES FÍSICAS

a. Objetivo: Fomentar la actividad física, hábitos de vida saludable y calidad de vida de los usuarios.

b. Descripción general:

Se realizarán varios tipos de deportes adaptados, llevando a cabo actividades propias de cada deporte y realizando pequeños campeonatos, formando equipos en el grupo. Se realizarán deportes como fútbol, baloncesto, voleibol, boccia, tenis de mesa...etc. Ésta práctica de actividades proporciona al usuario el fomento de una vida saludable, así como la comunicación y la interacción social, contribuye a su bienestar y autoestima y por ende, a su calidad de vida.

c. Frecuencia: Se harán un total de 5 sesiones.

7. TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES (TAA)

a. Objetivo: Mejorar el bienestar emocional y desarrollar habilidades de comunicación.

b. Descripción general:

Se llevará a cabo mediante actividades y juegos de psicomotricidad con la Co-terapeuta canina, que será la protagonista de la actividad, así mismo los usuarios podrán proporcionar indicaciones y guiar a la perrita para llevar a cabo las actividades en las que participarán de manera conjunta, usuarios con la Co-terapeuta. También se llevarán a cabo actividades de cuidado animal, como cepillar el pelo, darle de comer..etc.

c. Frecuencia: Se hará una única sesión.

8. TALLER DE ALIMENTACIÓN

a. Objetivo: Promover hábitos alimenticios y estilo de vida saludable.

b. Descripción general:

Se llevará a cabo mediante una pequeña introducción de educación nutricional básica con la pirámide de la alimentación, seguida de la elaboración de un menú por parte de los usuarios y la realización de las recetas que los usuarios han seleccionado para el menú. Además de promover hábitos de vida saludable, trabajarán la secuencia y técnicas básicas de cocina, como lavar alimentos, cortar, pelar, cocinar...etc.

c. Frecuencia: Se harán un total de 3 sesiones.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
SEMANA 1	Orientación espacial		Orientación espacial		Estimulación cognitiva
SEMANA 2	Psicomotricidad		Estimulación cognitiva		Deporte adaptado
SEMANA 3	Psicomotricidad		Estimulación cognitiva		Ludoterapia
SEMANA 4	Psicomotricidad		Estimulación cognitiva		Deporte adaptado
SEMANA 5	Expresión corporal		Estimulación cognitiva		Ludoterapia

SEMANA 6	Psicomotricidad		Estimulación cognitiva		Deporte adaptado
SEMANA 7	Psicomotricidad		Estimulación cognitiva		Ludoterapia
SEMANA 8	Psicomotricidad		Estimulación cognitiva		Deporte adaptado
SEMANA 9	Expresión corporal		Estimulación cognitiva		Ludoterapia
SEMANA 10	Psicomotricidad		Estimulación cognitiva		Deporte adaptado
SEMANA 11	Psicomotricidad		Estimulación cognitiva		Ludoterapia
SEMANA 12	Expresión corporal		Estimulación cognitiva		TAA
SEMANA 13	Taller de alimentación		Taller de alimentación		Taller de alimentación - cocina

SELECCIÓN DE ABORDAJES, ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS.

El abordaje empleado en el programa planteado, está basado en el mantenimiento, cuyo enfoque de intervención está diseñado para proveer las ayudas que permitan al usuario a preservar las capacidades de desempeño y que continúe cumpliendo con las necesidades de ocupación. Se entiende que, sin una intervención de mantenimiento continuo, el desempeño va a disminuir o

no se van a cumplir las necesidades ocupacionales, afectando así a su salud y calidad de vida. Para ello, el foco de la intervención va a estar basada en las habilidades del desempeño, patrones de desempeño, ámbitos o ambientes físicos, demandas de la actividad y las características del usuario. (10)

Las técnicas utilizadas para la elaboración del programa son:

- Musicoterapia: utiliza la música y sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) con fines terapéuticos para promover la salud física, emocional, cognitiva y social de las personas. La musicoterapia se integra como una herramienta que ayuda a alcanzar los objetivos terapéuticos específicos del usuario, mejorando su calidad de vida y promoviendo la rehabilitación (11).
- Estimulación cognitiva: es el conjunto de actividades y técnicas enfocadas a mejorar el rendimiento cognitivo y/o mantener las funciones cognitivas que el usuario conserva. A través de ella se trabajan los procesos cognitivos como funciones ejecutivas, atención, memoria, lenguaje, percepción. Estas funciones cognitivas están presentes en las acciones que se realizan en el día a día y en la relación con el entorno (12). Por ello, se ha decidido basar el programa en esta técnica como pilar fundamental, ya que en pacientes con daño cerebral adquirido con deterioro cognitivo es primordial para fomentar capacidades perdidas y conservar las que se mantienen.
- Psicomotricidad: técnica que se plantea también como pilar fundamental del programa ya que es muy completa, permite trabajar en varios niveles; cognitivo, motor y social. A nivel cognitivo permite trabajar la capacidad de atención, concentración, memoria, la organización del espacio-tiempo y estimula la percepción. En cuanto a nivel motor se

refiere, permite tomar conciencia y el control de su cuerpo y sus movimientos, trabaja el equilibrio, la coordinación y la propiocepción. Y a nivel afectivo y social, ayuda a facilitar la relación interpersonal y con el entorno, fomenta la capacidad de enfrentarse a nuevas situaciones, incidiendo en un equilibrio afectivo que le permitirá tener un mejor autoconocimiento y autoestima. Es importante señalar que a través de la psicomotricidad se contribuye al desarrollo integral mejorando las funciones vitales y el estado de ánimo, ayuda a reforzar la independencia en actividades de la vida diaria, promueve una mejor salud física proporcionando movilidad y ayudando a evitar el sedentarismo (13).

- Deporte adaptado: las actividades físico-deportivas consideradas como terapia, forman parte del proceso de mejora de las capacidades de las personas con daño cerebral adquirido a nivel motor, cognitivo, conductual y emocional (14).
- Ludoterapia: uso del juego de forma terapéutica. No consiste en jugar por jugar, puesto que en su uso se establecen objetivos específicos, siendo el juego un medio para alcanzarlos. Potencia el uso de pinzas finas y coordinación óculo-manual, estimula áreas cognitivas de atención, concentración y memoria. Estimula la comprensión, expresión y el lenguaje. Aumenta la autoestima y previene el aislamiento social (15).
- Terapia asistida con animales (TAA): caracterizada por su carácter terapéutico orientado a ayudar a personas con problemas físicos, psicológicos o sociales (16). A su vez, las TAA se clasifican en dos grupos: terapias básicas y terapias de rehabilitación. Las primeras, no tienen un carácter terapéutico muy marcado y fomentan la compañía animal como vínculo emocional (17).

MODELOS CONCEPTUALES

Siguiendo los Marcos de referencia y Modelos propios de Terapia Ocupacional, se determina que, para llevar a cabo el programa planteado, se ha basado en:

MODELO BIOMECÁNICO:

Es uno de los más tradicionales, trata alteraciones físicas, haciendo que su aplicación evite la consolidación de una discapacidad. Este marco puede detectar limitaciones en el rango de movimiento, fuerza muscular, estabilidad y resistencia, siempre y cuando no sea debido a causas neurológicas.

Su tratamiento se hace mediante movimientos coordinados o aislados, entrenando a la persona que tolere ciertas actividades. Todo esto con el fin de incrementar las diferentes capacidades físicas (19). Se incluye este modelo en el programa dado que uno de los pilares fundamentales del programa es trabajar la psicomotricidad, actividad física y el deporte adaptado, promoviendo las capacidades físicas y que se mantengan en el tiempo.

MODELO COGNITIVO – PERCEPTIVO

Es un modelo con un enfoque compensatorio, por ello es importante incluirlo en el programa ya que comprende la percepción como una integración de las impresiones sensoriales en información significativa. Es un proceso dinámico que implica la detección y el análisis, la formulación de hipótesis y la respuesta a las sensaciones. Y comprende la cognición como la capacidad del cerebro para procesar, almacenar, recuperar y manipular la información.

Se basa en tres etapas cognitivo-perceptuales:

1. Detección de estímulos importantes.
2. Diferenciación y análisis de los estímulos.
3. Formulación de respuestas basadas en las hipótesis derivadas de la comparación entre los estímulos sensoriales con las experiencias pasadas (20).

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Una vez concluidas y realizadas las sesiones y actividades programadas, se hará una reevaluación o evaluación final del programa. Para ello, se ha elaborado una encuesta de satisfacción para el familiar o cuidador, sobre las sesiones realizadas, en la que se podrá concluir si el programa ha tenido éxito, la cual queda incluida en los anexos.

Para determinar si el programa concluye de forma exitosa, se valorará la puntuación media de satisfacción en cuanto a las sesiones programadas, también el porcentaje de usuarios que completan el programa establecido y el porcentaje de éxito en la relación al cumplimiento de los objetivos previamente marcados, siendo que el 75% de los usuarios mantenga sus capacidades cognitivas o que haya mejorado su nivel cognitivo tras concluir el programa.

Además, se volverá a pasar la batería de escalas que se formularon en la evaluación inicial, a cada usuario, de forma individual, tanto cognitiva como funcional, con las escalas Lotca y Fim-Fam. Una vez administradas las escalas, se podrán concluir los resultados obtenidos de la realización del programa.

PRESUPUESTO.

- Recursos materiales: los recursos necesarios para llevar a cabo las sesiones de psicomotricidad, ludoterapia y estimulación cognitiva serán los que el centro ya tiene, los proporcionará el centro, que ya cuenta con él en sus instalaciones.

- Material de psicomotricidad: aros, pelotas, picas, globos, balón, canasta, juegos como bolos, cartas, red de voleibol. Ordenador y pizarra digital, material de manejo de dinero, dinero de juguete, caja registradora, alimentos de juguete, música y sonidos de instrumentos musicales, pictogramas, material de pintura, acuarelas, pinceles, pintura de dedos, plastilina, cuadros.

- Diferentes texturas (legumbres, algodón, palitos de arbustos, hojas, lentejuelas, purpurina, semillas, arena, cola blanca), algunos de estos materiales se pueden recoger del patio y para los que hay que comprar supondrá un coste aproximado de 50€.

- Recursos humanos: Terapeuta Ocupacional, Terapeuta Ocupacional de TAA, Co-terapeuta animal, la sesión de Terapia asistida con animales tendrá un coste de 150€.

- Coste final del programa = 200€

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daño Cerebral Adquirido [Internet]. Fedace.org. [buscado el 15 de mayo de 2024].
Disponible en: <https://fedace.org/dano-cerebral>
2. Cerdá V. Daño cerebral adquirido (DCA): rehabilitación y estimulación cognitiva [Internet]. Neuronup.com. NeuronUP; 2021 [buscado el 15 de mayo de 2024].
Disponible en: <https://neuronup.com/estimulacion-y-rehabilitacion-cognitiva/dano-cerebral-adquirido/dano-cerebral-adquirido-dca-rehabilitacion-y-estimulacion-cognitiva/>
3. Pérez López, Lidia Coll-Andreu, Margalida Peter Morris, Timothy. Función cognitiva en adultos con daño cerebral adquirido en fase crónica: relación con la actividad física y el sedentarismo [Internet]. [Barcelona]: Universitat autònoma de Barcelona; 2022.
Disponible en:
<https://ddd.uab.cat/search?f=author&p=Peter%20Morris%2C%20Timothy&sc=1&ln=ca> [buscado el 5 de junio de 2024]
4. Fedace. LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN ESPAÑA [Internet]. 2023. Disponible en:
https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2024-2/22-16-10-24.admin.FEDACE_Estudio_La_Situacin_de_las_Personas_con_DCA_en_Espaa.pdf
[buscado el 13 de junio de 2024]

5. Jessy. DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO [Internet]. Neuropsicología León. 2019
[buscado el 18 de junio de 2024]. Disponible en:
<https://neuropsicologialeon.com/dano-cerebral-adquirido>

6. Gómez Pulido MA. Rehabilitación neuropsicológica holística: evolución cognitiva y calidad de vida de pacientes con daño cerebral adquirido. SC [Internet]. 29 de mayo de 2023 [buscado el 18 de julio de 2024];54(2):93-114. Disponible en:
<https://revistas.usal.es/tres/index.php/0210-1696/article/view/27894>

7. Martín Hernantes M. Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en pacientes con daño cerebral adquirido. MLSPR [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [buscado el 18 de junio de 2024];4(2). Disponible en: <https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal/article/view/609>

8. Marta Pérez Rodríguez Javier Coterón López (dir. tes.) JPT (codir T). Efecto de un programa de actividad físico deportiva sobre la salud en personas con daño cerebral adquirido en fase crónica [Internet]. [Madrid]: Universidad Politécnica de Madrid; 2017. [buscado el 23 de julio de 2024] Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157224>

9. José Gallego, Manuel Alcaraz-Ibáñez, J. María Aguilar-Parra, Adolfo J. Cangas, redactor. IV CONGRESO INTERNACIONAL DE DEPORTE INCLUSIVO [Internet]. Editorial Universidad de Almería; 2015. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/AdolfoCangas/publication/296037654_Libro_de

_actas_del_IV_Congreso_Internacional_de_Deporte_Inclusivo/links/56d1856408aeb52500cfc3df/Libro-de-actas-del-IV-Congreso-Internacional-de-Deporte-Inclusivo.pdf#page=220 [buscado el 24 de julio de 2024]

10. del Carmen PEBCCIMDM. Estudio mixto sobre la calidad de vida y las ocupaciones de personas con daño cerebral adquirido [Internet]. [A Coruña]: Universidad da Coruña; 2024. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/35737> [buscado el 30 de agosto 2024]

11. Barros Tapia, Sebastián Figueroa Burgos, Catalina Hidalgo Beltrán, Libni Llanos Castro, Felipe Naranjo Figueroa, Camila Ocampo Alegría, Natalia Riquelme Gajardo, María Paz Rodríguez Barría, Constanza Vega Neira, Camilo Vera Muñoz, José. Marco de Trabajo para la Practica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso Cuarta Edición - 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: [file:///D:/TGF%202024/Copia%20de%20Marco%20de%20Trabajo%204%20edici%C3%B3n%20\(1\).pdf](file:///D:/TGF%202024/Copia%20de%20Marco%20de%20Trabajo%204%20edici%C3%B3n%20(1).pdf) [buscado el 20 de agosto de 2024]

12. Qué es la Musicoterapia [Internet]. FEAMT. 2014 [buscado el 20 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/>

13. Revista U, editor. Estimulación cognitiva: claves e importancia [Internet]. Unir revista; 2024. Disponible en: <https://www.unir.net/educacion/revista/la-nueva-etapa-de-revista-espanola-de-pedagogia-apertura-al-ingles-y-estreno-de-web/#:~:text=A%20partir%20de%201995%2C%20pas%C3%B3,total%20aproximado%20de%20600%20p%C3%A1ginas> [buscado el 21 de agosto de 2024]

14. La psicomotricidad y sus beneficios [Internet]. Neurocentro Tenerife. 2022 [buscado el 21 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://neuro-centro.com/la-psicomotricidad-y-sus-beneficios/>
15. Fedace. Cuadernos fedace sobre daño cerebral adquirido: actividades físico-deportivas y daño cerebral adquirido [Internet]. Madrid: Fedace; 2011. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2016-10/17-19-27-1.admin.12_Fisico_deport_y_dca.p [buscado el 22 de agosto de 2024]
16. ¿Ludoterapia? [Internet]. DomusVi. 2021 [buscado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.domusvi.es/residencias-ancianos/alicante/elda/noticias/ludoterapia-8680>
17. PN Rodríguez. Terapia asistida con animales: tipos [Internet]. Deusto Salud. 2023 [citado el 23 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.deustosalud.com/blog/salud-bienestar/tipos-terapia-asistida-animales>
18. Perfil V. Marcos de Referencias y Los Modelos en la Terapia Ocupacional/Educación [Internet]. Blogspot.com. Blogger; 2019 [buscado el 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://marcosdereferenciasymodelos.blogspot.com/2019/03/marco-de-referencia-de-terapia.html>

19. Serrano Cascán R. Investigación clínica de las posibilidades terapéuticas de un programa de autonomía personal en personas con deterioro cognitivo institucionalizadas. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2014 [buscado el 28 de agosto]; 11(19): [16 p.] Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num19/pdfs/original6.pdf>



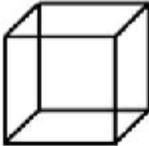
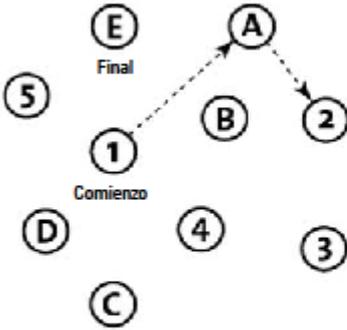
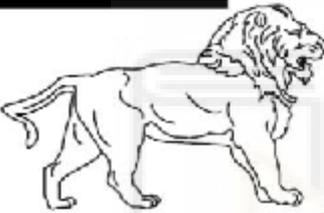
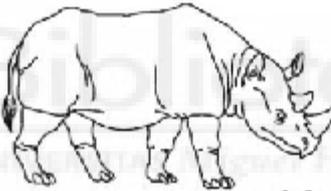
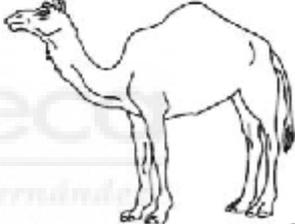
ANEXOS

Anexo 1. Test de screening MoCa.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		 Copiar el cubo <input type="checkbox"/>		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		___/5		
IDENTIFICACIÓN		 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		___/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetir las. Haga dos intentos. Recuérdeseles 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos	
	1er intento							
	2º intento							
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2						___/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.	<input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1	
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>						___/2	
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)						___/1	
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla						___/2	
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
	Optativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Pista de categoría							
	Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad						___/6	
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 Normal ≥ 26 / 30 TOTAL ___/30 www.mocatest.org Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios								

Anexo 2. Escala de evaluación Fim-Fam.

Hoja de valoración FIM+FAM

FIM/FAM	Admisión	Objetivo	Alta
Fecha			
Fecha de la evaluación FAM			
Ítems motrices			
1. Comer			
2. Deglutir			
3. Aseo personal			
4. Bañarse			
5. Vestirse la parte superior del cuerpo			
6. Vestirse la parte inferior del cuerpo			
7. Usar el retrete			
8.1. Micción. Nivel de asistencia			
8.2. Micción. Frecuencia de eventualidades			
9.1. Deposición. Nivel de asistencia			
9.2. Deposición. Frecuencia de eventualidades			
10. Transferencia a cama, silla, silla de ruedas			
11. Transferencia al retrete			
12. Transferencia al baño, ducha			
13. Transferencia al coche			

14.1. Desplazamiento: andar «a»				
14.2. Desplazamiento: silla de ruedas «s»				
Medio de desplazamiento preferido (a o s)				
15. Escaleras				
16. Movilidad en la comunidad				
Medio preferido: c: coche, t: taxi, p: transporte público				
Puntuación total:				
Cuidado personal (7-49)				
Micción/deposición (2-14)				
Desplazamiento (7-49)				
Subvaloración motora total (16-112)				

Hoja de valoración FIM+FAM. 2ª parte

Ítems FIM/FAM	Admisión	Objetivo	Alta
Ítems cognitivos			
17. Comprensión			
18. Expresión			
19. Lectura			
20. Escritura			
21. Inteligibilidad verbal			
22. Interacción social			
23. Estado emocional			

24. Adaptación a las limitaciones				
25. Actividades de ocio				
26. Resolución de problemas				
27. Memoria				
28. Orientación				
29. Concentración				
30. Conciencia sobre seguridad				
Total				
Comunicación (5-35)				
Cognitiva/psicosocial (9-63)				
Subvaloración cognitiva total (14- 98)				
Módulo adicional				
Actividades de la vida diaria ampliadas				
31. Preparación de la comida				
32. Colada				
33. Tareas domésticas				
34. Ir de compras				
35. Economía doméstica				
36. Trabajo/educación				
AAVD totales (6-42)				

Anexo 4: Encuesta de satisfacción para el familiar cuidador.

- ENCUESTA SATISFACCIÓN AL FAMILIAR O CUIDADOR:

Responde brevemente al siguiente cuestionario. Siendo **1 No, o que no ha mejorado**, **2 Igual, que se muestra igual que antes y no ha habido ningún cambio significativo**, **3 Sí, o que sí que ha mejorado**.

1. ¿Notas algún cambio significativo en tu familiar?

1 2 3

Observaciones: _____

2. ¿Sientes que ha mejorado, ha empeorado o que está igual que antes de participar en el programa?

1 2 3

Observaciones: _____

3. ¿Se relaciona más con sus familiares o personas convivientes?

1 2 3

Observaciones: _____

4. ¿Tiene más interacción que antes con otras personas de su entorno?

1 2 3

Observaciones: _____

5. ¿Tiene más iniciativa en cuanto a iniciar conversaciones?

1 2 3

Observaciones: _____

6. ¿Notas que participa más en las actividades o tareas de casa?

1 2 3

Observaciones: _____

7. ¿Se muestra más activo en cuanto a hacer actividades de ocio y tiempo libre?

1 2 3

Observaciones: _____

8. ¿Crees que ha mejorado su bienestar y calidad de vida?

1 2 3

Observaciones: _____