

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Protocolo de Intervención de Terapia Ocupacional en pacientes con Enfermedad de Alzheimer leve basado en *Mindfulness*

AUTOR: Paula Mogica Botella

Nº expediente. 851

TUTOR: Alicia Sánchez Pérez

Departamento: Patología y cirugía.

Área: Radiología y medicina física.

Curso académico. 2017 - 2018

Convocatoria de Mayo.



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVO	2
3. MATERIAL Y MÉTODO	2
3.1 POBLACIÓN O MUESTRA	2
3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	2
3.3 VARIABLES E INSTRUMENTOS	3
3.4 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	4
NOMBRE DEL TALLER: Taller de Musicoterapia	5
NOMBRE DEL TALLER: Taller de Laborterapia	6
NOMBRE DEL TALLER: Taller de Estimulación cognitiva	7
NOMBRE DEL TALLER: Actividades de la vida diaria: comida.	8
NOMBRE DEL TALLER: Actividades de la vida diaria: deambulaci3n.	9
NOMBRE DEL TALLER: Meditaci3n guiada.....	10
3.5 RECURSOS	11
3.6 PRESUPUESTO	11
4. DISCUSIÓN	11
5. CONCLUSIÓN	12
6. ANEXOS	12
7. BIBLIOGRAFÍA	15

RESUMEN

Introducción: La práctica basada en *mindfulness* comprende mantener la atención de manera particular: a propósito, en el presente y sin juzgar. En las últimas décadas se han desarrollado diversos programas y protocolos clínicos de tratamiento basados en la técnica de *mindfulness*. Estudios muestran que sujetos con Enfermedad de Alzheimer con afectación cognitiva leve presentaron una menor atrofia del hipocampo izquierdo tras realizar esta práctica.

Objetivo: El objetivo principal de este documento es el diseño de un protocolo de intervención de terapia ocupacional en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve basado en *mindfulness*.

Material y métodos: Este protocolo está basado en el programa de terapia ocupacional del centro AFA Miguel Hernández de Cox y va destinado a pacientes diagnosticados de Deterioro Cognitivo Leve debido a EA o de demencia debida a EA probable según los criterios NIA-AA. El programa consta de diez talleres, cinco comidas y cinco paseos a la semana, en las que se incluyen prácticas formales y prácticas informales.

Discusión: El *mindfulness* como herramienta preventiva está a la orden del día y cada vez se utiliza más con pacientes clínicos. la intervención influye de forma positiva en áreas cerebrales afectadas en esta enfermedad por lo que se ha elaborado este trabajo para facilitar la tarea de los terapeutas ocupacionales, aportando metodología y una estrategia de intervención.

Conclusión: Es necesario elaborar un proyecto de investigación para evaluar la eficacia de la propuesta.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Alzheimer, *mindfulness*, protocolo de intervención, terapia ocupacional.

ABSTRACT

Introduction: The practice based on mindfulness is to maintain attention in particular way: conscious, in the present and without judging. In recent years, several clinical treatment programs and protocols have been developed in the technique of mindfulness. Studies show that subjects with Alzheimer's disease with mild cognitive impairment have a minor lesion of the left hippocampus after performing this practice.

Objective: The main objective of this document is the design of an intervention protocol for occupational therapy in patients with mild Alzheimer's disease based on mindfulness.

Material and methods: This protocol is based on the occupational therapy program of the AFA Miguel Hernández de Cox center and is intended for patients with diagnosed impairment due to an AD of dementia due to probable AD according to the NIA-AA criteria. The program consists of ten workshops, five meals and five walks a week, which include informal practices and practices.

Discussion: Mindfulness as a preventive tool is the order of the day and is increasingly used with clinical patients. The intervention has a positive influence on brain areas affected in this disease, which is why this work has been developed to facilitate the task of occupational therapists, providing methodology and an intervention strategy.

Conclusion: It is necessary to develop a research project to evaluate the effectiveness of the proposal.

KEYWORDS: Alzheimer's disease, mindfulness, intervention protocol, occupational therapy.

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de *mindfulness* tiene su origen en el budismo. Esta tradición contemplativa contiene instrucciones sobre los principios de su práctica, y puede ser llevada a cabo por cualquier individuo, sin ser necesario pertenecer a ningún tipo de religión, filosofía o cultura.

La práctica basada en *mindfulness* comprende mantener la atención de manera particular: a propósito, en el presente y sin juzgar. Se refiere al cultivo de la conciencia plena en un momento concreto. La calidad de la conciencia plena en la práctica de *mindfulness* incluye ser una persona receptiva, abierta, con curiosidad y sin actitud de realizar juicios (1).

El *mindfulness* implica la observación introspectiva de las experiencias fenoménicas a medida que se encuentran (2).

Se ha sugerido que este proceso está asociado con un cambio perceptual, en el que los pensamientos y sentimientos de una persona se reconocen como eventos que ocurren en el campo más amplio de la conciencia (3).

En las últimas décadas se han desarrollado diversos programas y protocolos clínicos de tratamiento basados en la técnica de *mindfulness*:

- ❖ Programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR)
- ❖ Terapia Cognitiva Basada en *mindfulness* (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT)
- ❖ Programa para la Prevención de Recaídas Basado en *mindfulness* (Mindfulness Based Relapse Prevention, MBRP)

El Programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* (MBSR) es uno de los protocolos con mayor evidencia científica, desarrollado en el Centro de *Mindfulness* de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts por el biólogo molecular Jon Kabat-Zinn en 1979. Es un programa de 8 sesiones presenciales (una sesión por semana) que integra meditaciones formales y prácticas de meditación informales que se deben realizar durante la semana mientras se están realizando diferentes actividades de la vida diaria (comer, caminar, etc.)

La Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT), también cuenta con amplia evidencia científica. Sus autores fueron Zindel Segal de la Universidad de Toronto y Mark Williams y John Teasdale de la Universidad de Oxford. Se desarrolló a partir del MBSR e incluye algunas intervenciones psicológicas específicas para tratar las recaídas en personas con depresión. Consta de 8 sesiones y además de las prácticas formales de meditación, incorpora explicaciones teóricas, técnicas y ejercicios de terapia cognitiva, relacionados con la observación y clasificación de los pensamientos negativos y las emociones que conllevan.

El Programa para la Prevención de Recaídas Basado en *Mindfulness* (MBRP), fue diseñado en el Addictive Behaviors Research Center de la Universidad de Washington por Alan Marlatt. Es un tratamiento que integra técnicas cognitivo-conductuales tradicionales de prevención de recaída en adicciones con el uso de *mindfulness* para el tratamiento de patologías asociadas al consumo excesivo de sustancias. Se basa en la estructura del MBSR y del MBCT, y consta de 8 sesiones en las que se incluyen meditaciones formales, ejercicios y tareas para realizar durante la semana en casa, destinadas

al reconocimiento y afrontamiento de los deseos, los desencadenantes y las situaciones de riesgo que propician el abuso de sustancias.

En numerosos estudios se ha evidenciado que durante la práctica de *mindfulness* se incrementa la actividad, la conectividad y el volumen en el córtex prefrontal, el córtex cingulado, la ínsula y el hipocampo (4,5). El hipocampo contribuye a la regulación de la emoción y los cambios estructurales en esta área después de la práctica de la atención plena pueden reflejar una mejor función en la regulación de la respuesta emocional (6,7,8); además la amígdala muestra una disminución en su actividad funcional, mejora la conectividad con el córtex prefrontal y se desactiva antes tras la exposición a un estímulo emocional (9-12), lo que media en la regulación de las emociones (disminuyendo los niveles de ansiedad y de estrés); también cambia la función cerebral en estado de reposo (13), se activan áreas cerebrales que intervienen en la ejecución de la atención (14) y la conciencia corporal (15) y tiene un efecto analgésico en las personas que lo practican (16).

Los cambios morfológicos que produce la meditación en estas regiones podrían proporcionar cambios positivos en el bienestar, debido a la importancia que la regulación de emociones y la cognición desempeñan en el funcionamiento psicológico saludable (4).

En el caso de la enfermedad de Alzheimer son escasos los estudios que se han encontrado. En una investigación española se asocia la intervención basada en *mindfulness* con una estabilidad cognitiva y funcional, además de mejoras psicopatológicas de las personas con EA en fase leve y moderada (17). De igual forma, se conoce que este tipo de intervención en personas con EA leve, les dota de una mayor capacidad para la atención plena, permitiéndoles enfocarse en el momento presente, reduciendo así la morbilidad psicológica y el consumo de medicamentos (18). Esto hace que el paciente tenga una mayor conciencia de las consecuencias de la enfermedad y por tanto una mayor necesidad de adherirse a la medicación prescrita (19).

En otro estudio, se demostró que tras una intervención con *mindfulness* los sujetos con EA con afectación cognitiva leve presentaron una menor atrofia del hipocampo izquierdo en comparación con el grupo control. Con esto, se afirmó que el *mindfulness* constituye una técnica de intervención que influye de forma positiva en una de las áreas cerebrales más afectadas en esta enfermedad (20).

2. OBJETIVO

El objetivo principal de este documento es el diseño de un protocolo de intervención de terapia ocupacional en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve basado en *mindfulness*.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 POBLACIÓN O MUESTRA

Este protocolo de intervención va destinado a los usuarios del centro AFA Miguel Hernández de Cox, pacientes diagnosticados de Deterioro Cognitivo Leve debido a EA o de demencia debida a EA probable según los criterios NIA-AA.

3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión son:

- ❖ Diagnóstico de deterioro cognitivo o de demencia debida a EA probable según los criterios NIA-AA.
- ❖ Puntuación en la Scale Global Deterioration (GDS) entre 3 y 5 (inclusive).
- ❖ Puntuación en el Mini Mental State Examination (MMSE) entre 20 y 26 (inclusive).
- ❖ Residir en el domicilio.
- ❖ En tratamiento con medicación para la EA (con dosis estables) al menos 3 meses.
- ❖ Firma de un consentimiento informado.

Los criterios de exclusión son:

- ❖ Tener antecedentes de enfermedad del SNC con posibilidad de afectación neuropsicológica (AVC, epilepsia, meningitis, TCE, etc.).
- ❖ Tener antecedentes de abuso de alcohol y drogas (excepto tabaco), en los 24 meses anteriores al inicio del estudio.
- ❖ Padecer una enfermedad sistémica asociada con afectación cognitiva.
- ❖ Tener antecedentes de enfermedad psiquiátrica grave (por ejemplo: depresión mayor, esquizofrenia, etc.).
- ❖ Padecer trastornos perceptivos visuales y/o auditivos que limitaran la realización de las pruebas.

3.3 VARIABLES E INSTRUMENTOS

Las variables e instrumentos pueden consultarse en el ANEXO 1.

Grado Global de Deterioro: se utilizará la *Global Deterioration Scale* que evalúa el grado de deterioro global que incluye deterioro cognitivo, funcional y conductual. Se utiliza para el diagnóstico evolutivo de la enfermedad de Alzheimer, aunque resulta extrapolable a otro tipo de demencias. Gradúa la intensidad de la EA en 7 estadios clínicos. El estadio 1 indica normalidad, ausencia de alteración cognitiva, el 2 disminución cognitiva muy leve, el 3 la presencia de un defecto cognitivo leve, el 4 defecto cognitivo moderado, el 5 moderado-grave, el 6 grave y el 7 muy grave. Es decir, a mayor puntuación mayor afectación global.

Función cognitiva: se usarán dos test, el *Mini Mental State Examination* (MMSE) y la *Frontal Assessment Battery* (FAB). El MMSE es el test de evaluación breve de las capacidades cognitivas más usado a nivel mundial. Incluye preguntas sobre: orientación temporal y espacial, registro mnésico, atención y cálculo, recuerdo, lenguaje y praxis constructiva. La puntuación oscila entre 0 y 30. A menor puntuación mayor alteración cognitiva. En general se acepta un punto de corte de 24 en las personas escolarizadas. La batería FAB es un test breve de evaluación que se utiliza para evaluar las funciones del lóbulo frontal. Consta de seis subtest, valorándose cada uno de ellos de 0 a 3 puntos, por lo que la puntuación máxima de la batería es de 18 puntos. El punto de corte para el déficit fronto-subcortical está establecido en 16-15 puntos, y el punto de corte para la demencia fronto-subcortical, en 13-12 puntos.

Capacidad funcional: se empleará la escala *Disability Assessment for Dementia* (DAD). Es un instrumento de evaluación funcional específico, diseñado para evaluar las habilidades en actividades de la vida diaria (AVD) en personas con trastornos cognitivos tales como demencia y para ayudar a definir déficits en áreas cognitivas que pudieran interferir en la ejecución de las AVD. Esta escala ofrece como novedad que evalúa sistemáticamente en cada AVD, no sólo si el sujeto tiene capacidad para ejecutarla o no, sino también si previamente tiene iniciativa y si es capaz de planificarla u organizarla. Consta de 40 ítems que evalúan la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria básicas (AVDB), actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) y actividades de ocio.

Presencia de síntomas psicológicos y conductuales: se utilizará la escala *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire* (NPI-Q). Es un instrumento validado para la evaluación clínica de la sintomatología neuropsiquiátrica para las enfermedades que cursan con demencia. Mide la gravedad del síntoma y el agotamiento que produce en el cuidador en referencia a 12 aspectos patológicos de la conducta, concretamente: delirios, alucinaciones, agitación/agresión, depresión/disforia, ansiedad, exaltación/euforia, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/labilidad, conducta motora anómala, alteración del sueño y trastorno del apetito.

Calidad de vida (CV): en el caso de los pacientes se empleará la escala *Quality of Life in Alzheimer's Disease* (QOL-AD) y en el de los cuidadores la escala SF-36.

La escala QOL-AD está diseñada para evaluar la CV del paciente desde dos puntos de vista, del paciente y del cuidador. Tanto la versión del paciente como la del cuidador, constan de 13 ítems: salud física, energía, estado de ánimo, condiciones de vida, memoria, familia, matrimonio, vida social, visión general de sí mismo, capacidad para realizar las tareas en casa, capacidad para hacer cosas por diversión, situación económica y vida en general.

El cuestionario SF-36 evalúa la calidad de vida relacionada con la salud. Se compone de 36 ítems, 35 de los cuales están agrupados en 8 dominios: función física (10 ítems), rol físico (4 ítems), dolor corporal (2 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), función social (2 ítems), rol emocional (3 ítems) y salud mental (5 ítems). El ítem adicional no se incluye en ninguno de los dominios anteriores y no se usa para los cálculos de las puntuaciones. Este ítem de transición de salud pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior.

Equilibrio Ocupacional: se evaluará con el Cuestionario de Equilibrio Ocupacional (OBQ-E). Mide la satisfacción con la cantidad y la variación de las ocupaciones del sujeto, así como con el tiempo empleado en ellas, a través del grado de acuerdo con 13 afirmaciones. Es fácil de cumplimentar, presentando 6 calificaciones posibles, puntuadas de 0 a 5, permitiendo obtener una puntuación final. Una mayor puntuación indica mejor equilibrio ocupacional.

3.4 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Este documento está basado en el programa de intervención de terapia ocupacional de AFA Miguel Hernández tras mi experiencia al realizar las estancias prácticas.

El programa consta de diez talleres, cinco comidas y cinco paseos a la semana, en las que se incluyen prácticas formales y prácticas informales.

Las prácticas formales son aquellas que conllevan tiempo y un proceso de adquisición de conocimientos, el programa sólo contará con un taller de práctica formal que se basará en meditación. Se realizará una vez a la semana durante ocho semanas según el programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* (MBSR) ya que es uno de los protocolos con mayor evidencia científica.

Las prácticas informales son aquellas que consisten en tomar conciencia del momento presente que se está viviendo, estas prácticas son fáciles de realizar y se pueden aplicar en cualquier momento del día y en cualquier actividad por lo que las voy a incluir en talleres de musicoterapia, laborterapia, estimulación cognitiva y actividades de la vida diaria (AVDs), en los que se incluye la comida y la deambulación.

Se realizarán dos talleres de musicoterapia y laborterapia a la semana y 5 talleres de estimulación cognitiva.

Durante toda la semana en la comida y en los paseos también se incluirán prácticas informales. Cada sesión tendrá una duración de una hora y media, salvo los paseos que serán de media hora. Las sesiones se realizarán según el horario del anexo 2.

<u>NOMBRE DEL TALLER:</u> Taller de Musicoterapia
Descripción de la actividad
<p>La estructura general del taller es como sigue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acompañamiento a taller en sala y acomodación en mesa. 2. Bienvenida, tiempo de presentación y orientación. 3. Pausa: Tras el tiempo de presentación y la orientación temporoespacial una pausa para responder a las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ¿Qué voy a hacer ahora? <input type="checkbox"/> ¿Cómo me siento? 4. Respiración: Vamos a ser conscientes de nuestra respiración durante tres minutos. Seguiremos los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En primer lugar, cambiamos nuestra posición para tener consciencia de nuestros pies en el suelo, de nuestro cuerpo en la silla y nos mantendremos erguidos. <input type="checkbox"/> Seremos conscientes de cada inspiración y espiración, dentro, fuera... <input type="checkbox"/> Silencio durante dos minutos. 6. Desarrollo de la actividad de musicoterapia. 5. Recogida de materiales y acompañamiento a zona de descanso.
Temporalización
El taller se realizará lunes y miércoles de nueve y media a once.
Funciones del profesional
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programar y preparar las sesiones con los materiales según las capacidades/reservas individuales de cada usuario. <input type="checkbox"/> Estimular grupal (presentación y orientación) e individualmente. <input type="checkbox"/> Dirigir y/o coordinar al equipo de apoyo (eje. auxiliares, alumnado en prácticas y/o voluntarios) con la tarea programada. <input type="checkbox"/> Utilizar técnicas/herramientas motivadoras para evitar el riesgo de fuga durante tiempo de taller. <input type="checkbox"/> Disponer de una actitud flexible y resolutiva ante los posibles imprevistos/trastornos durante horario de taller. <input type="checkbox"/> Evaluar individualmente a los usuarios.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prevenir y disminuir el estrés. <input type="checkbox"/> Aumentar la autoestima. <input type="checkbox"/> Favorecer la estimulación de la memoria a corto y largo plazo. <input type="checkbox"/> Mejorar la comunicación y por lo tanto las relaciones interpersonales.

NOMBRE DEL TALLER: Taller de Laborterapia

Descripción de la actividad

La estructura general del taller es como sigue:

1. Acompañamiento a taller en sala y acomodación en mesa.
3. Tiempo de presentación y orientación.
4. Pausa: Tras el tiempo de presentación y la orientación temporoespacial realizamos una pausa para responder a las siguientes preguntas:
 - ¿Qué voy a hacer ahora?
 - ¿Cómo me siento?
5. Respiración: Vamos a ser conscientes de nuestra respiración durante tres minutos. Seguiremos los siguientes pasos:
 - En primer lugar, cambiamos nuestra posición para tener consciencia de nuestros pies en el suelo, de nuestro cuerpo en la silla y nos mantendremos erguidos.
 - Seremos conscientes de cada inspiración y espiración, dentro, fuera...
 - Silencio durante dos minutos.
6. Propuesta de actividad de laborterapia-arteterapia (entrega de ficha/dibujo de naturaleza sencilla para que sea pintado/decorado con diferentes materiales).
7. Una vez finalizada la ficha programada, se proponía el seguimiento o cambio a una actividad de naturaleza práxica con los materiales psicoestimulativos (cosederos, encajables, puzzles, tableros de reconocimiento, muñecas, bolsa de texturas, grafoescritura, geometrix, ábacos, etc.).
Al realizar esta actividad vamos a tomar conciencia de cada material que usamos, vemos como está en nuestras manos, su textura, su peso, su temperatura, sintiéndolas plenamente.
8. Recogida de materiales y acompañamiento a zona de descanso.

Temporalización

El taller se realizará martes y jueves de nueve y media a once.

Funciones del profesional

- Programar y preparar las sesiones con los materiales psicoestimulativos y de naturaleza artística/laborterapia según las capacidades/reservas individuales de cada usuario.
- Estimular grupal e individualmente a los usuarios.
- Preparar actividades/dinámicas extras para posibles imprevistos, estados de agitación y/o apatía.
- Dirigir y/o coordinar al equipo de apoyo (eje. auxiliares, alumnado en prácticas y voluntarios) con las tareas psicoestimulativas programadas.
- Utilizar técnicas/herramientas motivadoras para evitar el riesgo de fuga durante tiempo de taller.
- Disponer de una actitud flexible y resolutiva ante los posibles imprevistos durante horario de taller.
- Evaluar individualmente a los usuarios.

Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mantener las capacidades sensoriales (táctiles y visuales) <input type="checkbox"/> Mantener las capacidades sociales de colaboración y adecuada actitud de los usuarios. <input type="checkbox"/> Estimular la creatividad y expresión artística a través de la experimentación con diferentes técnicas y materiales. <input type="checkbox"/> Estimular la coordinación viso-motriz, motricidad fina, praxis constructiva, reconocimiento de imágenes y orientación espacial. <input type="checkbox"/> Estimular la memoria semántica, la capacidad de combinación y conjunción de elementos, autonomía en las actividades de la vida diaria y esquema corporal.

Objetivos
<p><u>NOMBRE DEL TALLER:</u> Taller de Estimulación cognitiva</p>
Descripción de la actividad
<p>La estructura general del taller es como sigue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Traslado a sala, zona de mesas. 2. Bienvenida, tiempo de presentación y orientación. 3. Pausa: Tras el tiempo de presentación y la orientación temporoespacial realizamos una pausa para responder a las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ¿Qué voy a hacer ahora? <input type="checkbox"/> ¿Cómo me siento? 4. Respiración: Vamos a ser conscientes de nuestra respiración durante tres minutos. Seguiremos los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En primer lugar, cambiamos nuestra posición para tener consciencia de nuestros pies en el suelo, de nuestro cuerpo en la silla y nos mantendremos erguidos. <input type="checkbox"/> Seremos conscientes de cada inspiración y espiración, dentro, fuera... <input type="checkbox"/> Silencio durante dos minutos. 5. Propuesta de actividad de estimulación cognitiva: <u>Calendario de acontecimientos agradables</u>. Proporcionar a los usuarios un diario donde registren momentos agradables del día a día. En el taller se analizará el día anterior, haciendo un repaso de cada actividad realizada por los usuarios desde la hora de despertar hasta la hora de acostarse, de esta manera junto con el terapeuta cada usuario identificará al menos 2 momentos agradables vividos el día anterior. Cada usuario anotará en su diario los acontecimientos agradables a lo largo de la semana y viernes se hará un repaso de toda la semana, recordando esos acontecimientos agradables y centrándonos en las sensaciones que nos proporcionaron. 6. Recogida de materiales y acompañamiento a zona de descanso.
Temporalización
<p>El taller se realizará todos los días de doce a una y media.</p>

Funciones del profesional
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programar y preparar las sesiones con los materiales necesarios. <input type="checkbox"/> Proporcionar un diario a cada usuario, explicar su utilidad e informar a la familia para que ayuden al usuario, si es necesario, a identificar situaciones agradables. <input type="checkbox"/> Estimular grupal e individualmente a los usuarios. <input type="checkbox"/> Preparar actividades/dinámicas extras para posibles imprevistos, estados de agitación y/o apatía. <input type="checkbox"/> Dirigir y/o coordinar al equipo de apoyo (eje. auxiliares, alumnado en prácticas y voluntarios) con las tareas programadas. <input type="checkbox"/> Informar al equipo de apoyo de la existencia del diario para ayudar a los usuarios a identificar experiencias agradables dentro del centro a lo largo del día. <input type="checkbox"/> Utilizar técnicas/herramientas motivadoras para evitar el riesgo de fuga durante tiempo de taller. <input type="checkbox"/> Disponer de una actitud flexible y resolutiva ante los posibles imprevistos durante horario de taller. <input type="checkbox"/> Evaluar individualmente a los usuarios.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Optimizar el rendimiento de las habilidades cognitivas preservadas. <input type="checkbox"/> Estimular y activar las habilidades afectadas. <input type="checkbox"/> Fomentar la capacidad de trabajo autónomo y la autoestima. <input type="checkbox"/> Ralentizar el desarrollo del deterioro cognitivo.
<p><u>NOMBRE DEL TALLER:</u> Actividades de la vida diaria: comida.</p>
Descripción de la actividad
<p>La estructura general del taller es como sigue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acompañamiento al comedor. 3. Preparación de la mesa. 4. Meditación guiada de 4 minutos antes de comer que podrán encontrar en el siguiente enlace: http://www.respiravida.net/sites/default/files/recursos/Preparacion%20para%20Comer%20Respira%20Vida%20Breathworks.mp3 5. Comida 6. Recogida de mesa y acompañamiento a zona de descanso.
Temporalización
<p>El taller se realizará todos los días de una y media a tres.</p>
Funciones del profesional
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programar y preparar los materiales necesarios.

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dirigir y/o coordinar al equipo de apoyo (eje. auxiliares, alumnado en prácticas y voluntarios) informarles de que den a los usuarios el tiempo que necesiten para comer, sin meter prisas ni acelerar el momento de empezar a comer. <input type="checkbox"/> Realizar la meditación guiada. <input type="checkbox"/> Proporcionar un ambiente de calma. <input type="checkbox"/> Disponer de una actitud relajada. <input type="checkbox"/> Evaluar individualmente a los usuarios.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Optimizar el rendimiento de las habilidades preservadas. <input type="checkbox"/> Estimular y activar las habilidades afectadas. <input type="checkbox"/> Fomentar la capacidad de trabajo autónomo y la autoestima.

NOMBRE DEL TALLER: Actividades de la vida diaria: deambulación.
Descripción de la actividad
<p>La estructura general de la actividad es como sigue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Al levantarse se indica que preste la atención en la tensión muscular en las piernas y la cintura. 2. Se le indica al paciente que preste atención a los cinco primeros pasos, contando del 1 al 5. 3. Caminamos al ritmo de la respiración, un paso cuando se inspira y otro cuando se expira, durante 2 o 3 minutos. 4. Subes los escalones al ritmo de cada inspiración y espiración, siendo consciente del estado corporal cuando finaliza el ascenso o el descenso. 5. Te desplazas a ritmo suave acompañado por una música relajada. 6. Se realiza un paseo mientras se le presta atención a los sonidos continuos y cambiantes que se producen momento a momento.
Temporalización
El taller se realizará todos los días de once y media a doce.
Funciones del profesional
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programar y preparar los materiales necesarios. <input type="checkbox"/> Dirigir y/o coordinar al equipo de apoyo (eje. auxiliares, alumnado en prácticas y voluntarios) informarles de que den a los usuarios el tiempo que necesiten para levantarse y que les acompañen guiándoles en la respiración. <input type="checkbox"/> Proporcionar un ambiente de calma. <input type="checkbox"/> Disponer de una actitud relajada. <input type="checkbox"/> Evaluar individualmente a los usuarios.

Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Optimizar el rendimiento de las habilidades preservadas. <input type="checkbox"/> Estimular y activar las habilidades afectadas. <input type="checkbox"/> Fomentar la capacidad de trabajo autónomo y la autoestima.

<u>NOMBRE DEL TALLER:</u> Meditación guiada.
Descripción de la actividad
<p>La estructura general del taller es como sigue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acompañamiento a la sala y acomodamiento. 2. La actividad consistirá en meditaciones guiadas en MP3-CD por Fernando A. de Torrijos. Estas prácticas son complementarias a los libros escritos por Jon Kabat-Zinn, Zindel Segal, John Teasdale, y Mark Williams; y a los programas de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP), de Terapia Cognitiva Basada en <i>Mindfulness</i> (TCBM) y otras intervenciones clínicas y educativas basadas en <i>mindfulness</i>. Las meditaciones las podrán encontrar en el siguiente enlace: http://www.rebapinternacional.com/mp3cds.html 3. Recogida de material y acompañamiento a zona de descanso.
Temporalización
El taller se realizará los viernes de nueve y media a once.
Funciones del profesional
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programar y preparar los materiales necesarios. <input type="checkbox"/> Dirigir y/o coordinar al equipo de apoyo (eje. auxiliares, alumnado en prácticas y voluntarios). <input type="checkbox"/> Proporcionar un ambiente de calma. <input type="checkbox"/> Disponer de una actitud relajada. <input type="checkbox"/> Evaluar individualmente a los usuarios.
Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Guiar a los usuarios para que aprendan a relajar la mente y el cuerpo. <input type="checkbox"/> Guiar a los usuarios para que reconozcan los síntomas del estrés para poder manejarse mejor en situaciones complejas. <input type="checkbox"/> Dotar de estrategias adaptativas para reducir el estrés.

3.5 RECURSOS

NOMBRE DEL TALLER	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS PERSONALES	RECURSOS DE ESPACIO
Musicoterapia	Ordenador Altavoces	Terapeuta ocupacional Integrador social	Sala de trabajo
Laborterapia	Material psicoestimulativo variado (práxico y artístico)	Terapeuta ocupacional Integrador social	Sala de trabajo
Estimulación cognitiva	Material de estimulación cognitiva diarios Lápices	Terapeuta ocupacional Integrador social	Sala de trabajo
Meditación	Ordenador Altavoces	Terapeuta ocupacional	Sala de descanso
AVDs: Comida	Platos Cubiertos Servilletas Vasos Ordenador Altavoces	Terapeuta ocupacional Integrador social Auxiliares	Comedor
AVDs: Deambulaci3n		Terapeuta ocupacional Integrador social Auxiliares	Exteriores del centro

3.6 PRESUPUESTO

AFA Miguel Hernández ya cuenta con el material necesario en sus instalaciones y los profesionales para realizar el protocolo anteriormente nombrado.

4. DISCUSI3N

Tras revisar la literatura en cuanto a lo referente a *mindfulness* y terapia ocupacional pude observar que eran muchos los estudios preventivos que se realizaban para poblaci3n no clínic con muy buenos resultados en cuanto a disminuci3n de estr3s y ansiedad.

Diversos estudios demuestran la eficacia de la pr3ctica basada en *mindfulness* en cuanto a la reducci3n del estr3s en poblaci3n general. Ésta sería una buena intervenci3n de cara a prevenir y tratar sntomas tales como depresi3n, estr3s, tensi3n y fatiga (21). Adem3s, se conoce que, tras realizar esta pr3ctica, la activaci3n cerebral cambia de tal manera que los individuos obtienen una mejor regulaci3n emocional

(22) (23) y un incremento de la atención y del procesamiento sensorial (24). También se ha analizado la repercusión de esta práctica en personas con trastorno generalizado de ansiedad, afirmando que produce cambios en áreas límbicas-frontales cruciales para la regulación de las emociones (23). El *mindfulness* como herramienta preventiva está a la orden del día y cada vez se utiliza más con pacientes clínicos.

Tras analizar los estudios y comprobar que la intervención basada en *mindfulness* se asocia con una estabilidad cognitiva y funcional, además de mejoras psicopatológicas en personas con enfermedad de Alzheimer en fase leve y moderada (17) y que la intervención influye de forma positiva en áreas cerebrales afectadas en esta enfermedad se ha elaborado este trabajo para facilitar la tarea de los terapeutas ocupacionales, aportando metodología y una estrategia de intervención basada en *mindfulness* para pacientes con enfermedad de Alzheimer leve.

5. CONCLUSIÓN

A través de esta propuesta se presenta un proyecto innovador desde el ámbito de terapia ocupacional. Por medio de este trabajo se pretende dar a conocer la práctica de *mindfulness* y su aplicación en población con EA leve.

Es necesario elaborar un proyecto de investigación para evaluar la eficacia de la propuesta.

6. ANEXOS

6.1 Instrumentos y variables.

INTRUMENTO	VARIABLE
GDS	Grado de deterioro global
MMSE	Función cognitiva
FAB	Función ejecutiva
DAD-E	Capacidad funcional
NPI-Q	Síntomas psicológicos y conductuales
Escala QoL-AD	Calidad de vida
Cuestionario de Equilibrio Ocupacional, OBQ-E	Equilibrio ocupacional

6.2 Horario semanal.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
09:00-09:30	Recibimiento de usuarios y preparación de actividades				
09:30-11:00	Taller de Musicoterapia	Taller de Praxis-Laborterapia	Taller de Musicoterapia	Taller de Praxis-Laborterapia	Taller de meditación
11:00-11:30	Almuerzo y aseo				
11:30-12:00	Paseo				
12:00-13:30	Estimulación cognitiva				
13:30-15:00	Comida				
15:00-15:45	Descanso				

2 talleres a la semana de musicoterapia de una hora y media.

2 talleres a la semana de laborterapia de una hora y media.

5 talleres a la semana de estimulación cognitiva de una hora y media.

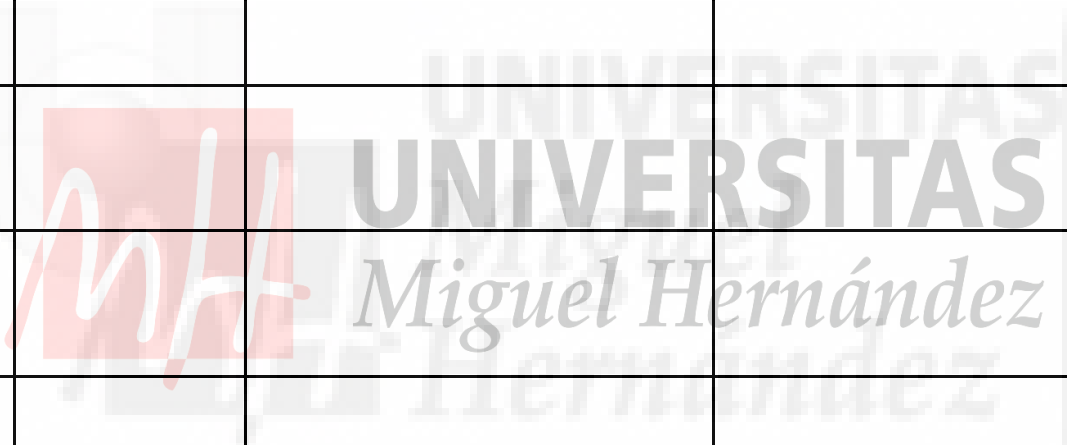
5 comidas a la semana de una hora y media.

5 paseos a la semana de media hora.

1 taller de meditación a la semana de una hora y media.

6.3 Diario actividad estimulación cognitiva.

DÍA	ACONTECIMIENTO AGRADABLE	¿ESTABAS CONSCIENTE MIENTRAS OCURRÍA?	¿CÓMO EXPERIMENTASTE LAS SENSACIONES CORPORALES?	¿QUÉ HUMOR, SENSACIONES Y PENSAMIENTOS ESTABAN PRESENTES?	¿QUÉ PENSAMIENTOS TIENES AHORA RECORDANDO ESE MOMENTO?



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Allen N., Chambers R. & Knight W. Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:285–294.
2. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living*. Delta Publishing; New York: 1990
3. Carmody J, Baer RA, E LBL, Olendzki N. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65:613–626.
4. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res*. 2011;191:36–43.
5. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*. 2005;16:1893–7.
6. Corcoran KA, Maren S. Hippocampal inactivation disrupts contextual retrieval of fear memory after extinction. *Journal of Neuroscience*. 2001;21:1720–1726.
7. Corcoran KA, Desmond TJ, Frey KA, Maren S. Hippocampal inactivation disrupts the acquisition and contextual encoding of fear extinction. *Journal of Neuroscience*. 2005;25:8978–8987
8. Milad MR, Wright CI, Orr SP, Pitman RK, Quirk GJ, Rauch SL. Recall of fear extinction in humans activates the ventromedial prefrontal cortex and hippocampus in concert. *Biological Psychiatry*. 2007;62:446–454.
9. Gotink, R.A., Meijboom, R., Vernooij, M.W., Smits, M., Hunink, M.G.M., 2016. 8-week mindfulness based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice – a systematic review. *Brain Cogn*. 108, 32–41.
10. Tang Y-Y, Posner MI, Rothbart MK. Meditation improves self-regulation over the life span. *Ann N Y Acad Sci*. 2013;22.
11. Hölzel B., Hoge E., Greve D., Gard Tim., Creswell D., Brown K., Barrett L., SchwartzC., Vaitl D. & Lazar S. Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *NeuroImage: Clinical* 2 (2013) 448–458
12. Snippe E., Dziak J., Lanza S. & Nyklicek I. The shape of change in perceived stress, negative affect, and stress sensitivity during mindfulness-based stress reduction. *Springer Science+Business Media*. New York; 2017
13. Taylor VA, Daneault V, Grant J, Scavone G, Breton E, Roffe-Vidal S, et al. Impact of meditation training on the default mode network during a restful state. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2013;8:4–14.
14. Farb NAS, Segal ZV, Anderson AK. Mindfulness meditation training alters cortical representations of interoceptive attention. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2013;8:15–26.
15. Siegel DJ. *The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton; 2007.
16. Zeidan F., Emerson N., Farris S., Ray J., Jung Y., McHaffie J. y Coghill R. Mindfulness meditation-based pain relief employs different neural mechanisms than placebo and sham mindfulness meditation-induced analgesia. *The journal of neuroscience*, november 18, 2015. 35(46):15307–15325
17. Quintana D., Miró M., Ibáñez I., Santana A., García J. & Rojas J. Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(4):165–172

18. Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>).
19. Lima S., Gago M., Garrett C. & Pereira M. Medication adherence in Alzheimer's disease: The mediator role of mindfulness. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.021>
20. Erwin R., Yeha G., Kerr C., Wolkina J., Davis R., Tanc Y., Spaeth R., Wall R., Walshe J., Kaptchuka T., Press D, Phillips R. & Kong J. Meditation's impact on default mode network and hippocampus in mild cognitive impairment: A pilot study. *Neurosci. Lett* 2013.
21. Snippe E., Dziak J., Lanza S. & Nyklicek I. The shape of change in perceived stress, negative affect, and stress sensitivity during mindfulness-based stress reduction. Springer Science+Business Media. New York; 2017.
22. Haase L., Thom N., Shukla A., Davenport P., Simmons A., Stanley E., Paulus M., & Johnson D. Mindfulness-based training attenuates insula response to an aversive interoceptive challenge. *SCAN* (2016) 11,182-190.
23. Hölzel B., Hoge E., Greve D., Gard Tim., Creswell D., Brown K., Barrett L., Schwartz C., Vaitl D. & Lazar S. Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *NeuroImage: Clinical* 2 (2013) 448–458
24. Acevedo BP., Pospos S. & Lavretsky H. The Neural Mechanisms of Meditative Practices: Novel Approaches for Healthy Aging. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2016;3(4):328-339. Epub 2016 Oct 18.

