

Consulta la buena práctica



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

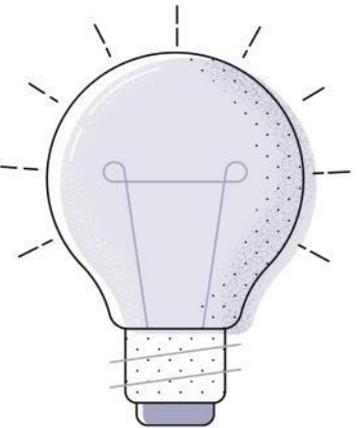
PIPAP – Programa Integral de Promoción de la Autonomía Personal para personas con demencia

ÍNDICE

4. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA	3
5. ÁMBITO DE ACTUACIÓN.....	3
6. PERSONAS BENEFICIARIAS	4
7. TIPO DE ACTIVIDAD	4
8. ÁMBITO TERRITORIAL.....	5
9. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA	6
10. JUSTIFICACIÓN	12
11. OBJETIVOS	13
12. PALABRAS CLAVES	14
13. TEMPORALIZACIÓN	15
14. HITOS	15
15. RECURSOS	15
16. FINANCIACIÓN	18
17. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)	18
18. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP)	19
19. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS	23

1. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA

El PIPAP es un programa de intervención no farmacológica centrado en estrategias de intervención basadas en los principios de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), destacando el uso de la información biográfica, planteando la ocupación como actividad significativa, la personalización de entornos y la inclusión de la persona con demencia en la decisión de las actividades que realiza.



2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Detallar el ámbito de actuación marcando con una X la opción u opciones que correspondan de la siguiente tabla:

Personalización, integralidad y coordinación: experiencias aplicadas de atención o de intervención que favorezcan la autonomía personal, la independencia funcional, el bienestar y la participación de las personas que tienen necesidad de apoyos.	X
Productos de apoyo y TIC: diseño y/o implementación de tecnologías, productos de apoyo y TIC para favorecer la autonomía, la independencia, el bienestar y la seguridad, tanto de las personas que tiene necesidad de apoyos como de las personas que les atienden o cuidan.	X
Entorno físico y comunitario: experiencias que desarrollen el diseño arquitectónico, mejoras relacionadas con el entorno residencial de la persona, actuaciones ambientales dirigidas a favorecer la accesibilidad, etc.	X
Desarrollo organizativo y profesional: Innovaciones organizativas, metodológicas o normativas que medien o favorezcan la aplicación del modelo, a través de cambios normativos, instrumentos de evaluación, adaptaciones en los sistemas de organización y gestión de los centros y recursos, coordinación sociosanitaria, metodologías e instrumentos de atención personalizada, adaptación de perfiles profesionales y formas de actuación.	X
Acciones de comunicación: aquellas experiencias relacionadas con medios de comunicación dirigidas a romper los estereotipos e imágenes erróneas sobre la vejez, discapacidad, enfermedad, etc., que propongan una visión que ponga en valor a las personas.	
Generación de conocimiento: iniciativas dirigidas a la investigación, evaluación, publicaciones, entornos académicos que favorezcan la generación de conocimiento y visibilicen los avances en nuevos modelos de atención y/o cuidados.	X
COVID-19: se refiere a aquellas iniciativas que hayan nacido o se hayan tenido que ajustar específicamente en el marco de la pandemia del virus de la COVID-19.	



3. PERSONAS BENEFICIARIAS

Detallar las características de las personas beneficiarias marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Personas mayores	X
Personas con discapacidad	X
Personas en situación de dependencia	X
Familias	X
Profesionales	X
Sociedad en general	
Otro/s	X
<p>Describa las características principales de las personas beneficiarias de la experiencia:</p> <p>Personas con demencia en estadio leve (GDS 4) que residen en su domicilio y sus cuidadores. El PIPAP es modelo de referencia para profesionales y entidades interesadas para la mejor atención a las personas con demencia en estadios iniciales de la enfermedad. Además, el PIPAP contribuye a la concienciación sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias a la sociedad española, combatiendo el estigma, rechazo y exclusión que a menudo se encuentran las personas con demencia. La meta final es crear y mantener oportunidades que les permitan participar activamente en la comunidad, reconociéndolas como ciudadanos de pleno derecho. A través de este programa, buscamos integrar a estas personas en la vida comunitaria, promoviendo su inclusión y participación en actividades sociales, culturales y educativas.</p>	

4. TIPO DE ACTIVIDAD

Detallar el tipo de actividad de su entidad marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Centro residencial	X
Comunidades, viviendas, domicilios	X
Centros ocupacionales	
Centros de día	X
TAD, SAD	
Escuelas, universidades y otros centros educativos	
Lugares y centros de trabajo	
Políticas públicas	X
Transporte	
Ocio	



Cultura	
Deporte	
Otro/s	
<p>Describa el tipo de actividad de la entidad que lleva a cabo la buena práctica:</p> <p>El Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CREA) es una institución pública y estatal creada en 2007, y depende del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso). Está especializado en la investigación, análisis, evaluación y conocimiento de las mejores prácticas para la atención social y sanitaria de las personas con alzhéimer y sus familias, con un enfoque de enlace, foro de encuentro y colaboración con el conjunto de organismos y entidades que dirigen y prestan su atención a las personas que viven con esta enfermedad.</p> <p>Este Centro de Referencia Estatal, tiene una doble misión: la atención especializada a las personas con demencia y a sus familias o cuidadores, y servir de modelo de referencia en la formación e investigación, así como para la generación y transferencia del conocimiento sobre buenas prácticas que contribuyan a incrementar la calidad de vida y bienestar de las personas, desde una atención centrada en las personas.</p> <p>El CREA cuenta con un Área de Intervención Directa, compuesta de unidades de convivencia y programas de intervención ambulatoria para personas con demencia, y de intervención con familiares y cuidadores, así como un Área de Referencia que es el instrumento del Centro encargado de ofrecer información, asesoramiento, formación y apoyo, así como de impulsar la investigación y los recursos necesarios para la optimización de la atención a personas con demencia y sus familias, en términos de calidad, innovación y adecuada gestión del conocimiento, en todo el territorio del Estado.</p>	

5. ÁMBITO TERRITORIAL

Detallar el ámbito territorial de su entidad marcando con una X la opción que corresponda, especificando la zona de actuación:

Local (Especificar municipio):	
Provincial (Especificar provincia):	
Autonómico y regional (Especificar comunidad autónoma y/o región):	
Estatal	X
Unión Europea	
Internacional	



Indique el lugar/es en los que se desarrolla la buena práctica:
En el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Imserso) en Salamanca.

6. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

Describa a continuación, de forma detallada, en qué consiste la buena práctica, metodología empleada, fases de implementación, etc. (máximo 2.000 palabras):

El PIPAP es un programa de intervención no farmacológica centrado en estrategias de intervención basadas en los principios de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) y en el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO).

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

Una vez comprobada su eficacia se ha instaurado el PPIPAP en el CREA como un recurso especializado de atención sociosanitaria para las personas con demencia y sus familias, que desarrolla buenas prácticas de intervención desde una perspectiva holística e integradora, desarrollándose en estos momentos la séptima edición del PIPAP.

Además, se enmarca en la colaboración en la Red de Centros del Imserso y forma parte de las líneas estratégicas del Imserso para promover la autonomía personal e integración social de nuestras personas usuarias, sus familias y personas cuidadoras.

Cada edición del PIPAP consta de 10 participantes que cumplen con los siguientes **criterios de inclusión:**

- Presentar una demencia en fase leve (GDS4) o deterioro cognitivo leve (DCL) (GDS 3).
- Conservar la participación en tareas del hogar y ser independiente para dos o

más actividades de la vida diaria (AVD) instrumentales (uso del teléfono, compras, preparación de comidas, uso de medios de transporte y/o manejo del dinero).

- Se podrán incluir casos con dependencia para AVD instrumentales aguda o subaguda por una causa identificada con buen pronóstico de recuperación funcional.
- Mantener actividades de autocuidado (AVD Básicas) de forma autónoma o requerir de mínima supervisión.
- Compromiso de la persona usuaria para adecuarse al horario del programa y mantener regularidad en la asistencia.
- Compromiso y apoyo familiar, así como disponibilidad para participar en las valoraciones y en actividades propuestas.
- Mantener la residencia en el domicilio.

Como **criterios de exclusión** se plantean los siguientes:

- Presencia de trastornos de conducta mal controlados que puedan afectar al desarrollo del programa según NPI.
- Presencia de trastornos del lenguaje que impidan la valoración y la participación efectiva en el programa.
- Que la persona usuaria mantenga sus hábitos y rutinas de forma autónoma y/o satisfactoria en su entorno.
- Que el programa produzca perjuicio al usuario/a retirándolo de su rutina diaria.
- Que la persona usuaria no de su consentimiento o aceptación para participar en el programa.

El PIPAP consta de **seis fases**:

- **FASE PREVIA AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN (duración un mes)**

- Realización del montaje y/o adaptación del espacio y ambiente dónde se desarrolla el PIPAP.
- Formación por parte de las Terapeutas Ocupacionales, a los profesionales que van a intervenir en la edición, sobre la fundamentación del Programa y marcos teóricos, la programación de la intervención y las pautas de actuación para la promoción de la autonomía personal en deterioro cognitivo leve- moderado.

Dentro de esta formación se concienciará de la importancia del cambio de rol de los profesionales, huyendo de un modelo de actuación paternalista y consiguiendo un papel más activo e igualitario de la persona usuaria.

- Preparación de las actividades de los diferentes talleres de intervención, así

como el diseño de base de datos y formularios de registro.

- **FASE INICIAL: Selección de pacientes y valoración inicial (duración un mes)**

- Realización de una pre-valoración presencial entre las solicitudes recibidas, que comprenden datos funcionales recogidos mediante el interview for deterioration in daily living activities in dementia (IDDD), Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (ELB) e Índice de Barthel (IB) por un terapeuta ocupacional, y datos cognitivos recogidos mediante el Test del reloj, el Minimental State Examination (MMSE), Buschke Memory Impairment Screen (MIS-B) e Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) por un neuropsicólogo. La Comisión Técnica de Valoración del CREA, emite de forma colegiada el dictamen de Apto o No Apto, en base a los criterios de inclusión definidos para el Programa, y envía acta de las reuniones a Servicios Centrales para la aprobación del ingreso.
- Presentación informativa para las personas usuarias participantes y sus familias/cuidadores donde se presenta a los profesionales e instalaciones y la dinámica de trabajo.
- Ingreso tras el apto: la persona usuaria es valorada por el equipo multidisciplinar como marca el protocolo de ingreso del CREA. Posteriormente se realiza una exploración más específica en la semana consecutiva por parte de Terapia Ocupacional.

- **FASE I: EVALUACIÓN ESPECÍFICA Y CREACIÓN DE PAI (duración de un mes)**

- Valoración de las personas usuarias aplicando las baterías y test de evaluación propias del modelo de Ocupación Humana (MOHO), la Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS) mediante evaluación observacional, que nos proporciona datos acerca de la habilidad que la persona demuestra al comunicarse e interactuar con otros en una ocupación; y la Occupational Self Assessment (OSA) que nos proporciona datos sobre la competencia ocupacional, el impacto ambiental y valores de la persona, y cuán satisfecho está con la realización, mediante una autoevaluación realizada por la persona usuaria.
- Valoración del domicilio de la persona usuaria por parte del terapeuta ocupacional, analizando los factores del entorno que pudieran limitar y/o favorecer el desempeño ocupacional, mediante una escala de valoración del ambiente físico (Ad-hoc). La persona usuaria ha de realizar determinadas actividades marcadas por el terapeuta ocupacional y se registran aquellos aspectos ambientales que limitan un correcto desempeño

ocupacional, así como la posibilidad de cambio.

- Creación de los objetivos individuales y el plan de actuación de forma consensuada junto con la persona usuaria. Se asignan unos programas y talleres teniendo en cuenta sus preferencias y valores y el juicio profesional del terapeuta ocupacional. Se tendrán en cuenta los datos recogidos en la OSA, las valoraciones funcionales incluidas en el Protocolo de Ingreso y la observación directa en la ejecución de AVD tanto en la Unidad como en su domicilio.
- Asignación del profesional de referencia. El terapeuta ocupacional que coordine y ejecute el Programa será el profesional de referencia del todo el grupo. De esta manera se evita la pérdida de información relevante y se puede tener una visión holística no solo de la persona usuaria de manera individual, sino también del grupo.
- **FASE II: INTERVENCIÓN (6 meses de duración)**
 - Intervención en los diferentes programas diseñados, valorando de manera constante mediante observación directa con el fin de comprobar la eficacia del PAI establecido, teniendo en cuenta que la persona es un ser dinámico y por lo tanto sus preferencias y necesidades están sujetas a cambios durante toda la intervención. Con el fin de que la unidad de convivencia se asemeje lo máximo posible a un hogar, muchas de las intervenciones se realizan de forma conjunta con todas las personas usuarias, aunque algunas actividades se realizan en grupos reducidos en función del PAI establecido.
 - Las intervenciones se llevan a cabo mediante diferentes tipos de talleres:
 - ◆ Talleres teóricos y formativos.
 - ◆ Talleres cognitivo-funcionales.
 - ◆ Talleres práctico-funcionales mediante *rol-playing* y situaciones simuladas.
 - ◆ Ejecución real en un entorno controlado.
 - ◆ Talleres externos fuera del entorno terapéutico.
 - ◆ Generalización y transmisibilidad a su hogar y contexto real de las destrezas, habilidades y actividades trabajadas en el entorno terapéutico.
 - Los programas que se llevaron a cabo fueron los siguientes:
 - ◆ Mantenimiento básico: Crear hábitos y rutinas encaminadas a la realización de forma autónoma de las AVD básicas. Se llevó a cabo mediante supervisión y pautas en la ejecución real, talleres cognitivo-

funcionales teóricos mediante fichas y ejercicios, y talleres funcionales prácticos mediante la integración de los conocimientos adquiridos en los talleres cognitivo-funcionales.

- ◆ Responsabilidades y roles comunitarios: Crear hábitos y rutinas que afiancen el desempeño de AVD instrumentales en su entorno inmediato y el mantenimiento de roles, mediante talleres cognitivo-funcionales, teóricos con fichas y ejercicios, funcionales prácticos mediante la integración de los conocimientos adquiridos, juegos de roles, y ejecución real de actividades, hábitos y rutinas.
 - ◆ Ocio y participación social/comunitaria: Se realiza laborterapia, ludoterapia, salidas culturales, biblioteca y lectura, actividades religiosas y organización del tiempo libre; para ello debe haber una preparación teórica y práctica de salidas y actividades, juegos de roles y ejecución real de las actividades. La elección de las actividades se tiene que basar en las preferencias de los usuarios.
 - ◆ Orientación a la realidad: Actividades que reducen la confusión y evitan la desconexión del entorno.
 - ◆ Ambiente social: Formación a las familias y cuidadores en las capacidades y limitaciones de las personas con demencia. Se realizan seminarios de concienciación y educación por medio de talleres formativos, intergeneracionales y actividades conjuntas con las personas usuarias. Además, se realizan reuniones individuales con familiares y/o cuidadores.
 - ◆ Ambiente físico: Valoración y pautas encaminadas a mejorar o afianzar la autonomía en el entorno domiciliario. Se realiza una valoración y adaptación del entorno físico y las AVD en su entorno inmediato.
- La planificación de la jornada está adaptada a las necesidades de cada persona usuaria. Se organiza diariamente durante el programa de orientación a la realidad, donde se reparten las tareas y responsabilidades. Hasta la hora de la comida se llevaban a cabo actividades de los programas de mantenimiento básico y responsabilidades y roles comunitarios, mientras que las actividades del programa de ocio y participación social/comunitaria se realiza tras la comida.
 - El PIPAP se desarrolla de lunes a viernes. Todos los días las 9 de la mañana se realiza una reunión organizativa entre los profesionales que intervienen en el Programa donde se trata la planificación horaria, avances, problemas surgidos... El horario de participación de las personas usuarias es de 10 a 16 horas, evitando el abandono de hábitos y rutinas satisfactorias en su entorno

real.

- Se realizan una media de dos salidas mensuales en la comunidad y cuatro actividades de carácter lúdico-terapéutico de manera conjunta con los familiares.

- **FASE III: TRANSMISIBILIDAD Y VALORACIÓN FINAL (duración de 2 meses)**

- Continuación de los programas especificados en la FASE II cobrando mayor importancia los Programas de Ambiente Social y Ambiente Físico.
- En esta fase las familias y cuidadores son partícipes en actividades conjuntas con las personas usuarias.
- Se realizaron seminarios a familiares y cuidadores orientados al mantenimiento de la autonomía de las personas con demencia en su domicilio. Además, se citan dos familias cada semana para hablar de los casos de forma particular.
- Generalización final del Programa en su domicilio. Acudiendo junto con la persona a su hogar, observando y dando las pautas necesarias para un desarrollo óptimo de su autonomía.
- Realización de las evaluaciones finales específicas, aplicando las mismas evaluaciones que en la FASE I.
- Valoración del resto del equipo multidisciplinar del CREA según marca el protocolo de alta del Centro.
- Además, se aplicó una encuesta de satisfacción a los familiares o cuidadores y a los profesionales implicados en el PIPAP.

- **FASE IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS (duración de 1 mes)**

- Se realiza el análisis e interpretación de los resultados obtenidos (en las tres primeras ediciones).

- **FASE V: SEGUIMIENTO**

- Con el fin de disminuir la gravedad de los SPCD y facilitar la adaptación de la persona usuaria a la nueva rutina en su domicilio sin el apoyo diario del terapeuta ocupacional; se establece una retirada gradual del apoyo del terapeuta que estará presente vía telefónica y/o correo electrónico durante los dos primeros meses tras el alta, y resolverá las dudas y conflictos generados. Se establece un primer contacto a la semana de producirse el alta, un segundo contacto a los 15 días del primer contacto y un tercer contacto transcurrido un mes del segundo contacto.
- Realización de seguimiento a las personas usuarias a los tres, seis y doce meses de haber finalizado la participación en el Programa, valorando los siguientes aspectos:

- ◆ El Estado cognitivo-funcional de las personas participantes en el PIPAP mediante IB, ELB, IDDD, DAD-E, MMSE, test del reloj y B-MIS. También se valoró la calidad de vida mediante el Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoI-Ad) y COOP WONCA.

El uso de algún recurso ayuda a domicilio, centro de día o residencia con el fin de comprobar si se ha conseguido el retraso de la institucionalización y/o que motivos llevaron a tomar la elección de dicho recurso si lo hubiera.

7. JUSTIFICACIÓN

Especifique el motivo o causa que motivó la puesta en marcha de la iniciativa:

La pérdida de autonomía y las limitaciones funcionales conllevan en muchos casos la institucionalización temprana de la persona con demencia, lo que supone un factor de sufrimiento para la persona y su familia, además de un aumento de costes en los sistemas formales e informales de cuidado (Colucci, 2018).

La capacidad de la persona con demencia para cuidarse a sí misma y vivir de forma independiente con el apoyo de otras personas es uno de los factores más importantes que influye en su capacidad para permanecer en casa y su calidad de vida (Jeon et al., 2019). La pérdida de la independencia además está asociada con la percepción de autoeficacia, por lo que las intervenciones centradas en la persona y basadas en la ocupación pueden ser efectivas para mejorar y mantener el desempeño de las AVD (Orellano et al., 2012).

La disminución en la ejecución de las AVD son factores de riesgo importantes para una mayor carga de los cuidadores (Kawaharada et al., 2019), sin embargo, la mejora en la ejecución de las AVD y el sentido de competencia se asocian con una disminución de la necesidad de asistencia, traduciéndose en una menor dependencia de los recursos sociales y sanitarios y una menor necesidad de institucionalización (Graff et al., 2006). Por ello el énfasis de trabajar a través de ocupaciones que mantengan a la persona en su hogar y en su comunidad el mayor tiempo posible. Las intervenciones basadas en la funcionalidad pueden enlentecer el deterioro, capacitar a la persona con demencia en sus primeras fases y a su cuidador. Es necesario intervenir de manera integral teniendo en cuenta aspectos biopsicosociales de la persona y una adecuada valoración funcional de las capacidades de la persona usuaria en su contexto real.

8. OBJETIVOS

Indique el Objetivo General y los Objetivos Específicos de la iniciativa:

Objetivo General:

Promover y/o mejorar la autonomía personal de personas con demencia en un estadio leve de la enfermedad a través de un programa de intervención de terapia ocupacional centrado en la persona y basado en la ocupación.

Objetivos Específicos:

- Mantener el funcionamiento global de las AVD a través de una intervención basada en AIVD y AAVD significativas.
- Retrasar la institucionalización permanente.
- Estimular y/o mantener los componentes de ejecución cognitivos para el desempeño de las AVD.
- Incrementar habilidades de comunicación y de interacción tales como la corporalidad, intercambio de información y relaciones con terceros, en las diferentes áreas de desempeño ocupacional.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.
- Identificar las características de su vivienda/entorno que facilitan / limitan el desempeño independiente de AVD.
- Proponer estrategias de modificación ambiental que favorezcan el desempeño independiente de AVD.
- Facilitar la iniciativa e implicación en la realización de las AVD a través de la intervención centrada en la persona y basada en la ocupación.
- Desarrollar un PAI basado en la percepción del usuario sobre su desempeño ocupacional y la importancia que da a cada actividad.
- Dotar a las familias y cuidadores de recursos para una correcta adquisición e implementación de técnicas y estrategias que faciliten a la persona con demencia mantener su autonomía en las AVD, y brindándole así una adecuada y digna calidad de vida.

9. PALABRAS CLAVES

Describe cuatro “palabras claves” relacionadas con su buena práctica y porqué tienen importancia, por ejemplo: palabra clave “Personalización”, porque llevamos a cabo una atención personalizada, centrada en las características e idiosincrasia de cada una de las personas, teniendo en cuenta su opinión, intereses, valores, costumbres...

Palabra clave -1-: Autonomía

La persona con demencia participa de manera activa en la creación de su Programa de atención individualizado (PAI). En todo momento tiene la libertad de mostrar su opinión y elegir entre las opciones e intervenciones que respeten sus deseos y preferencias.

Palabra clave -2-: Actividades significativas

Trabajamos a través de actividades que las personas usuarias eligen sobre las propuestas de los técnicos tras el estudio de su historia de vida. Conocen el sentido y finalidad de las actividades y potencian sus capacidades.

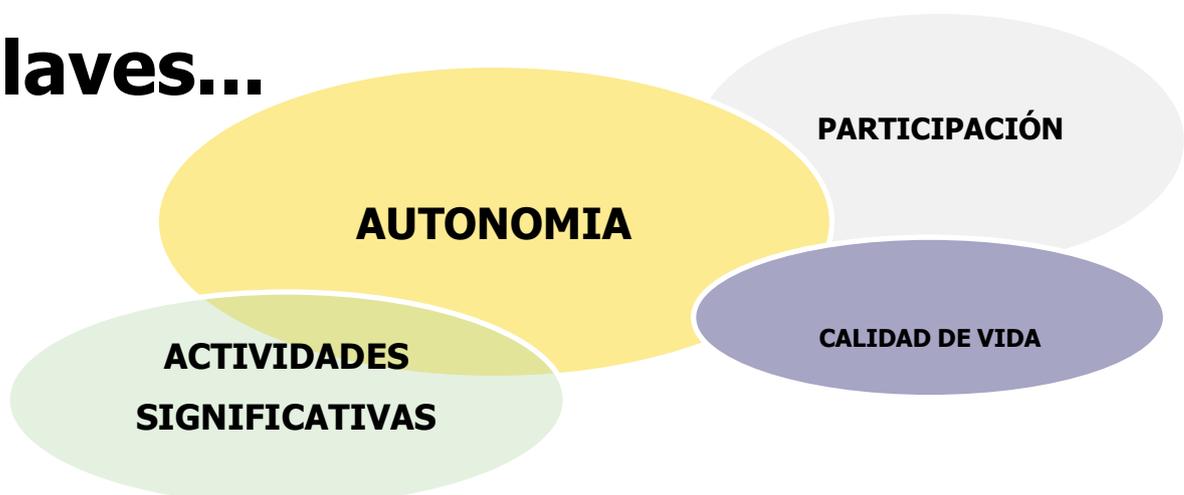
Palabra clave -3-: Participación

Se interviene sobre diferentes contextos físicos como su propio domicilio y barrio, analizando y modificando aquellos elementos que pueden actuar como limitadores de una ejecución funcional y segura de las AVD, y facilitando aquellos que pueden retrasar la dependencia y discapacidad. También con su entorno social, normalizando y promoviendo la participación en la sociedad de las personas con demencia, y dotando a sus cuidadores principales de estrategias para fomentar su autonomía e independencia.

Palabra clave -4-: Calidad de vida

Se trabaja para que la persona con demencia pueda mantener el máximo tiempo posible unas rutinas satisfactorias dentro de su propio entorno, respetando sus roles, gustos, valores e intereses, aumentando la percepción de manera positiva sobre su capacidad y estado de bienestar.

Claves...





10. TEMPORALIZACIÓN

Indique la fecha de inicio de la buena práctica (mes y año):

El PIPAP comenzó en el año 2014, siendo este año 2024 su 7ª edición. Cada programa tiene una duración de 9 meses de intervención y 2 meses en total en su planificación y evaluación.

Actualmente, el CREA se encuentra realizando las prevaloraciones para la participación de las personas de la 8ª edición del PIPAP (2024-2025).

11. HITOS

Describir hitos importantes, como, por ejemplo, premios, reconocimientos recibidos por la iniciativa que se presenta. Si no los hubiera, indicar no procede.

No procede.

12. RECURSOS

Describir los recursos necesarios para llevar a cabo la experiencia, en cuanto a personal necesario y recursos materiales:

Personal necesario para llevar a cabo la experiencia: el principal personal para el desarrollo del PIPAP es: 1 profesional de terapia ocupacional y 2 profesionales de cuidados de auxiliar de enfermería.

No obstante, intervienen otros profesionales en las distintas fases del programa:

- Para la prevaloración y selección de las personas usuarias, así como valoraciones específicas y seguimientos: terapeuta ocupacional y neuropsicólogo/a.
- Valoración integral según marca el protocolo de ingreso del CREA. Al ingreso se realiza una valoración multidisciplinar (trabajo social, neurología, psiquiatría, enfermería, logopedia, fisioterapia, psicología, educación social...)

- Para la preparación de la Unidad y formación de profesionales: terapeuta ocupacional.
- Para la intervención: terapeuta/s ocupacional/es y 2 auxiliares de enfermería.
- Existen colaboraciones externas en función de necesidades de las personas usuarias (neuropsicología, logopedia, musicoterapia, psicomotricidad...)

Recursos materiales necesarios para llevar a cabo la experiencia:

- Se requiere una **unidad de convivencia/entorno** que cumpla con criterios de accesibilidad universal y diseño para todas las personas como base, pero sin olvidar la personalización de los espacios para conseguir que se asemeje lo máximo posible a un hogar.

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

- Cocina completa: Con los electrodomésticos de uso habitual (Vitrocerámica, frigorífico, horno, microondas, lavavajillas, batidora...), y los utensilios y elementos de menaje. Es importante identificar con letreros (si es necesario acompañando la palabra de una imagen) donde se encuentra cada utensilio en los armarios, cajones y puertas, de este modo facilitaremos la identificación y orientación de las personas usuarias.
- Cuarto de limpieza: Debe contar con una lavadora, plancha y tabla de planchar, tendedero y elementos de limpieza como un cubo, fregona, cepillo y recogedor, además de productos de limpieza (detergentes, suavizantes, desinfectantes, estropajo, bayeta...).
- Zona de descanso común: Con sillones o sofás cómodos, mesa camilla, televisión o radio, mesita con revistas y periódicos...
- Baños: Es recomendable disponer de al menos tres o cuatro cuartos de baño, de este modo si el grupo es mixto pueden dividirse en baños femeninos y masculinos, y asignar varios grupos. Poner carteles personalizados en las puertas de los baños para facilitar la identificación (foto de la persona, de su pueblo natal, profesión desempeñada durante su vida...). Es importante que cada persona disponga de un neceser personal con su cepillo de dientes, pasta, toallitas húmedas y utensilios personales que quiera aportar y estén relacionados con sus hábitos y rutinas (peine, colonia, pintalabios...). Disponer de foto y nombre en el espacio de cada persona dentro del baño (por ejemplo, en la estantería donde deposite su neceser personal).
- Comedor: La comida es una actividad importante donde se puede fomentar la comunicación, se recomienda una mesa grande para doce personas (diez personas usuarias y dos auxiliares).
- Zona de intervención: Crear un espacio dedicado a la intervención con mesas

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

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

Otros espacios recomendables son:

- Sala de lectura/descanso: Además de la zona común de descanso, es recomendable disponer de un lugar/habitación más tranquila para aquellas personas que necesiten estar solas, leer, relajarse o incluso que tengan hábito de dormir la siesta. Debe contar con periódicos, revistas, libros...
- Patio: Si es posible disponer de una zona exterior, se pueden incorporar mesas y sillas, jardineras o huerto, incluso una piscina pequeña para el verano (actividades de psicomotricidad en el agua).
- Sala de informática: Habilitar una sala o un espacio con ordenadores/tablets para el uso de las nuevas tecnologías. A pesar de ser algo muy nuevo para algunas personas con demencia, suelen responder de manera muy positiva.

Las actividades se desarrollarán en la propia unidad de convivencia y en los espacios de intervención del CREA como son: cafetería, biblioteca, huerto y demás espacios comunes; los alrededores próximos al Centro y en la ciudad de Salamanca.

Entorno comunitario y social: contacto con asociaciones y agentes sociales de entorno comunitario cercano y los recursos de proximidad.

13. FINANCIACIÓN

Detallar el tipo de financiación con el que cuenta la buena práctica, marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Recursos propios	X
Cuota de personas usuarias	
Ingresos derivados de la prestación de servicios/productos	
Subvenciones	
Otros	
Especificar otras fuentes de financiación diferentes:	

14. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Elegir el objetivo/s de desarrollo sostenible a los que contribuya la buena práctica, marcando con una X la opción u opciones que correspondan:

Acabar con la pobreza	
Hambre cero	
Salud y bienestar	X
Educación de calidad	X
Igualdad de género	X
Agua limpia y saneamiento	
Energía asequible y no contaminante	
Trabajo decente y crecimiento económico	
Industria, innovación e infraestructura	
Reducción de las desigualdades	X
Ciudades y comunidades sostenibles	X
Producción y consumo responsables	
Acción por el clima	
Vida submarina	
Vida de ecosistemas terrestres	
Paz, justicia e instituciones solidarias	X
Alianzas para lograr los objetivos	X
No procede / No aplica	

15. COHERENCIA CON LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADA EN LA PERSONA (AICP)



Principio de Autonomía

Se promueve la capacidad de autogobierno de las personas y su derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su plan de vida, así como a que sus preferencias sean atendidas, también cuando presentan situaciones de gran dependencia, pudiendo hacer elecciones entre diferentes alternativas.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este principio):

Uno de los objetivos del PIPAP es mejorar su autonomía y que puedan seguir viviendo en su domicilio con sus hábitos y rutinas con los apoyos o adaptaciones necesarios.

Se hace una valoración exhaustiva para conocer su historia de vida, roles que desempeña, valores, intereses y autopercepción, así como una valoración domiciliaria para comprobar su desempeño funcional en su propio hogar.

Principio de Individualidad

Se reconoce que cada persona es única y diferente del resto, por tanto, las actuaciones responden a criterios de personalización y flexibilidad.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este principio):

Existe un conocimiento integral de la persona y se proponen actividades que son o han sido significativas para ella, adaptadas a sus necesidades actuales.

Además, la persona con demencia participa de manera activa en la creación de su Programa de Atención Individualizado, pactando con el terapeuta ocupacional en qué actividades va a participar.

Principio de Independencia

Se reconoce que todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas con el fin de que, apoyándonos en ellas, se puedan prevenir o minimizar las situaciones de discapacidad o de dependencia.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este principio):

El PIPAP consta de varios programas encaminados a mantener la independencia de la persona.

- Programa de mantenimiento básico: donde se trabaja para mantener la capacidad funcional y la iniciativa en las AVD básicas.
- Programa de adquisición de responsabilidades y roles comunitarios: donde se trabajan las AVD instrumentales que favorecen el mantenimiento de los roles de la persona y facilitan una vida independiente en su domicilio y comunidad.
- Programa de ambiente social: donde se trabaja con las familias y cuidadores, informando y concienciando de las capacidades reales de la persona con demencia y como pueden actuar como facilitadores y promotores de su independencia.
- Programa de ambiente físico: Se valora el domicilio y entorno de la persona usuaria, así como la ejecución de las diferentes AVD en el mismo, proponiendo posteriormente modificaciones ambientales y productos de apoyo cognitivos que favorezcan su independencia minimizando riesgos para su seguridad.

Además, existe un cambio de rol en los profesionales que intervienen en el PIPAP, huyendo del modelo paternalista y acompañando y fomentando la independencia en la persona usuaria.

Principio de Integralidad

Se contempla a la persona como un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales entendidos como una globalidad a la hora de actuar con las personas. Para garantizar la actuación óptima en todos estos ámbitos, el conjunto de recursos sociosanitarios y de otros sectores deben planificarse, diseñarse y organizarse, no con el eje puesto en los servicios, sino girando alrededor de las personas para que la atención y los apoyos lleguen de manera integrada a quienes los precisan.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este principio):

En el PIPAP se trabajan desde sus necesidades más básicas (Programa de

Principio de Integralidad

mantenimiento básico) hasta el área lúdica y social (Programa de ocio y participación social y comunitaria), pasando por las necesidades y modificaciones ambientales (Programa físico), siempre teniendo en cuenta en primer lugar a la persona usuaria, pero existiendo una coordinación y comunicación continua con las familias (Programa ambiente social).

Se trabaja a través de actividades significativas buscando un equilibrio entre todas sus áreas de desempeño y un bienestar psicoemocional.

Principio de Participación

Se reconoce que las personas tienen derecho a participar en la elaboración de sus planes de atención y de apoyo a su proyecto de vida. Y también a disfrutar en su comunidad, de interacciones sociales suficientes y gratificantes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este principio):

Como se ha mencionado con anterioridad, la persona usuaria consensua su PAI con el terapeuta ocupacional, eligiendo en qué actividades quiere participar.

Se realizan salidas a la comunidad libremente elegidas por la persona o por consenso grupal, así como actividades intergeneracionales y conjuntas con sus familias y cuidadores

Se valora y analiza su entorno físico próximo y los recursos existentes de los que hace uso, y se proporcionan los productos de apoyo cognitivos y recursos necesarios para mantener una actividad y vida independiente en su comunidad.

Principio de Inclusión social

Se reconoce que las personas deben tener la posibilidad de permanecer y participar en su entorno, disfrutar de interacciones positivas y variadas y tener acceso y posibilidad de acceder y gozar de los bienes sociales y culturales.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este principio):



Principio de Inclusión social

Las acciones trabajadas en el CREA, en un entorno controlado, se extrapolan a su entorno. Se acompaña a la persona en las diferentes actividades que realiza en su comunidad (compras, cafetería, uso de autobús...) y se fomentan junto con las familias, la realización de actividades de carácter lúdico y social en su comunidad que puedan continuar al finalizar el Programa.

Principio de Continuidad de atención

Se reconoce que las personas deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este principio):

Dos meses antes de finalizar el programa se comienza a planificar el alta, escuchando las expectativas de la persona usuaria e informando tanto a ésta como a sus cuidadores sobre los recursos y posibilidades existentes.

Tras el alta se realizan varios seguimientos. Durante el primer mes se mantiene contacto telefónico para favorecer la adaptación domiciliaria y las nuevas rutinas. Posteriormente se realizan seguimientos a los 3, 6 y 12 meses tras la finalización del PIPAP.

16. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS

Criterio de Innovación

Desde la experiencia se plantean cambios con respecto a los modelos tradicionales de atención o se cuestionan los enfoques clásicos relacionados con la imagen de las personas o con el modo de desarrollar intervenciones o actuaciones.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este criterio complementario):

- Se huye del modelo paternalista: existe un cambio de rol de los profesionales que intervienen en el Programa, donde acompañan a la persona usuaria y son elementos facilitadores y promotores de su autonomía.
- Se valora la autopercepción que tiene la persona de sus capacidades, sus valores, gustos y preferencias, y se establece el PAI junto con ella. El profesional sería el poseedor de unos conocimientos y habilidades en su área y la persona usuaria la conocedora de sus expectativas, sentimientos, preferencias, forma de vida...
- Existe un único profesional de referencia para todas las personas participantes en el Programa, lo que facilita la comunicación, la visión global del grupo y la planificación diaria.
- Se trabaja sobre su entorno para potenciar sus capacidades, tratando de extrapolar aquellas destrezas y habilidades trabajadas en el entorno terapéutico a su ambiente real.
- Hay una personalización del ambiente terapéutico, evitando la imagen fría de institucionalización.

Existe un equilibrio entre la intervención diurna controlada y su vida "real". El horario permite a la persona continuar con sus hábitos y rutinas.

Criterio de Transferibilidad

La experiencia contiene elementos y características que facilitan su generalización, replicabilidad o adaptación.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este criterio complementario):

- Se está en continua comunicación con los familiares y cuidadores durante todo el Programa, informándoles, formándoles y preparándolos de cara al alta para facilitar la vuelta de la persona usuaria a su domicilio, y que la persona usuaria pueda desempeñar los hábitos y destrezas trabajadas de la manera más autónoma posible.
- Se están impartiendo cursos de formación a otros centros de referencia de Imserso con el objetivo de implantar el PIPAP con las adaptaciones necesarias para sus perfiles de personas usuarias. La filosofía del Programa, su fundamentación, modelo de trabajo, implementación y puntos clave son replicables, únicamente habría que adaptar las actividades de los programas a las necesidades de cada colectivo.
- Publicación en el Programa Editorial de la Administración General del Estado de la Guía de implantación del PIPAP. Disponible para su descarga gratuita en el siguiente enlace: www.crealzheimer.imserso.es
- Formación a través de la plataforma de teleformación del Imserso. Acceso gratuito y abierto a todas las personas interesadas.
- Publicación de los resultados obtenidos: Tofiño-García, M., Molás-Robles, R., Pérez-Sáez, E. y López-Tatis, M. (2021). PIPAP: efectos de un programa de intervención para promoción de la autonomía personal en demencias. *Psicogeriatría*, 11(2), 79-87. Disponible en: www.crealzheimer.imserso.es/crealzheimer_01/documentacion/
- Póster y comunicaciones orales en diferentes congresos.

Criterio de Trabajo en Red

Para el desarrollo de la experiencia se han establecido relaciones y acciones conjuntas con distintas entidades y agentes de la comunidad.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este criterio complementario):

El PIPAP contempla la intervención en el entorno próximo de las personas que participan en el programa, realizando diferentes actividades en la propia ciudad de Salamanca. Además, se hace uso de otros recursos como museos, establecimientos comerciales, cafeterías, transporte público...

Criterio de Perspectiva de Género

La iniciativa considera de forma transversal y sistemática las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres, incorpora objetivos y actuaciones específicas de género o contempla su impacto por género (personas destinatarias y profesionales).

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este criterio complementario):
Se realiza una valoración de la persona que contempla sus roles, hábitos, rutinas y actividades desempeñadas, así como sus valores e intereses con el fin de personalizar las actividades que se van a trabajar y cubrir sus necesidades y expectativas.

Criterio de Evaluación y Resultados

La experiencia cuenta con un sistema de evaluación y medición de resultados sobre:

- 1) Efectividad y cumplimiento de objetivos
- 2) Impacto social
- 3) Sostenibilidad y viabilidad técnica y económica

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este criterio complementario):
Se realiza una prevaloración para seleccionar a las personas usuarias que cumplen con los criterios de inclusión que les permitirá beneficiarse del PIPAP. Posteriormente una valoración al ingreso por parte del equipo interdisciplinar, y una vez iniciado el Programa, se aplican las escalas y cuestionarios de valoración propios del Modelo.
Se realizan seguimientos observacionales durante todo el Programa, una valoración similar al ingreso al alta, y tras la finalización del Programa valoraciones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

(Describir cómo se han evaluado los resultados de la experiencia?)
La capacidad funcional se valoró mediante IB, ELB, IDDD que valora la iniciativa, además de la ejecución en AVD básicas e instrumentales.
El estado cognitivo global se valoró con el MMSE y la alteración en la memoria mediante la B-MIS.
Se utilizó el inventario neuropsiquiátrico abreviado para la valoración de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia (SPCD). El estado de ánimo fue valorado mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15).
La calidad de vida se valoró mediante la Quality of Life-Alzheimer's Disease en sus

Criterio de Evaluación y Resultados

versiones para el paciente y cuidador, así como las viñetas COOP/WONCA que valoran la calidad de vida relacionada con la salud a través del estado funcional del paciente durante las dos últimas semanas (puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional de la dimensión evaluada).

Para captar las percepciones y la satisfacción de la persona en su propia función ocupacional, así como las influencias del medio ambiente en su desempeño, se utilizó el OSA. Esta evaluación, además, facilita el orden de prioridades para establecer los objetivos del tratamiento.

La comunicación se valoró con la escala de Holden completada por un informador, y la evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS) que obtiene datos de manera observacional acerca de la habilidad que demuestra la persona al comunicarse e interactuar con otros en una ocupación.

Para el análisis de los efectos del programa en el momento de finalización (post-intervención) se utilizaron pruebas t de medidas repetidas. Dado que para algunas variables no se cumplió el supuesto de normalidad, los resultados de las pruebas t fueron confirmados mediante test no paramétricos. Para el análisis de los seguimientos se consideró de interés saber cuánto tiempo se mantuvieron las puntuaciones tras la evaluación post-intervención, por lo que se realizó un ANOVA de medidas repetidas con cuatro niveles (evaluación post, seguimiento 3 meses, seguimiento 6 meses y seguimiento 12 meses) y comparaciones por pares mediante el ajuste de Bonferroni. En todos los análisis el nivel de significación se fijó en $p < 0.05$. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el software IBM SPSS Statistics 22.0.

(Describir qué resultados se han obtenido?)

Efectos del programa de intervención a su finalización:

- A nivel funcional, el ELB mostró una mejoría significativa en las AVD instrumentales a la finalización del programa. Las AVD básicas se mantuvieron en la puntuación máxima según indicaba el IB.
- En la memoria, los SPCD tanto en gravedad como en estrés para el cuidador y en los síntomas depresivos, y en la calidad de vida se produjo una mejoría significativa.
- La autoevaluación ocupacional OSA mostró mejorías significativas tanto en la subescala de competencia como en la de valores.
- Respecto a la comunicación, los análisis mostraron mejorías significativas en las dos escalas utilizadas.

Seguimientos a los 3, 6 y 12 meses:

- Las puntuaciones sufren un leve descenso en los seguimientos a los 3 y 6 meses, con mayor diferencia a los 12 meses, pero aún dentro de un nivel de dependencia leve.

Criterio de Evaluación y Resultados

- En la calidad de vida las puntuaciones aumentaron significativamente a los 3 meses y después fueron reduciéndose progresivamente.

Respecto a la institucionalización, un 86% de las personas con demencia continuaron viviendo en su domicilio.

Ambiente facilitador y otros criterios

En cuanto al entorno, aspectos socioespaciales, comunitarios, ergonómicos y de otra tipología.

(Describir por qué guarda coherencia la buena práctica con este criterio complementario):

- Se realiza una valoración domiciliaria y de su entorno próximo analizando la funcionalidad y la seguridad para desarrollar sus diferentes AVD en los distintos espacios, y se proponen adaptaciones para mantener o mejorar su autonomía y funcionalidad.
- Antes de realizar alguna visita sociocultural, se estudia la accesibilidad del entorno y como compensar las limitaciones.

El espacio terapéutico en el que trabajamos en el CREA cumple con las medidas de accesibilidad universal, no obstante, está personalizado con diferentes ayudas cognitivas y objetos personales de las personas usuarias del Programa.

ANEXOS

Video – El PIPAP

Tipo: Material audiovisual

Autor: Ignacio Sas García

Idioma: Castellano

Fecha de Publicación: 2022

Editorial: CRE Alzheimer. Inmerso

Resumen: a través de este video, el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer (CREA) da voz a las personas que han participado en el Programa Integral de Promoción de Autonomía Personal para personas con demencia (PIPAP). En él, se recogen sus testimonios y se muestra lo que ha significado para ellos y sus familias formar parte de esta experiencia. Los participantes comparten cómo el programa ha influido positivamente en sus vidas, mejorando su calidad de vida y brindándoles herramientas y apoyo para afrontar los desafíos de la enfermedad. Esta iniciativa refleja el compromiso del CREA en la búsqueda de soluciones personalizadas y humanas para quienes conviven con el alzhéimer.

Disponible en:

www.crealzheimer.inmerso.es/web/cre-alzheimer/documentacion/



Guía de orientación - PIPAP

Tipo: Guía

Catalogación: Publicaciones; Guías de terapias no farmacológicas

Autor: Mireia Tofiño García, Natalia Rosillo Carretero y Ana María Mateos González

Idioma: Castellano

Fecha de Publicación: 2024

Editorial: Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Imserso

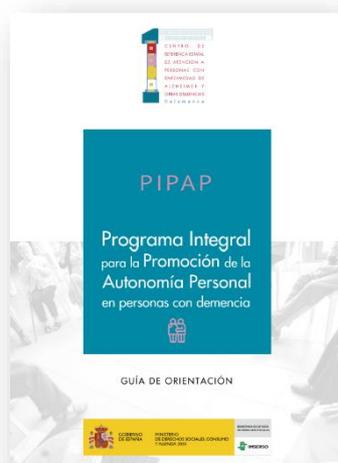
NIPO: 235-24-012-0

Resumen:

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

Disponible en:

www.crealzheimer.imserso.es/web/cre-alzheimer/documentacion/buscador/informacion-publicacion/

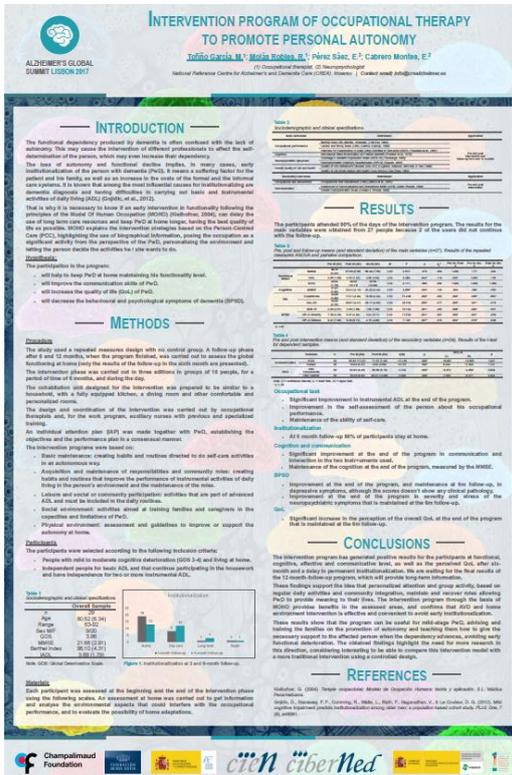


Publicaciones

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

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

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



INTERVENTION PROGRAM OF OCCUPATIONAL THERAPY TO PROMOTE PERSONAL AUTONOMY
Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., Cabrero Montes, E.
National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia Care (CEREA) - Instituto Cajal | Contact: e-mail:info@icajal.csic.es

INTRODUCTION
The functional dependency produced by dementia is often correlated with the lack of autonomy. This may cause the involvement of different professionals to assist the well-being of the person, which may even increase their dependence. The lack of autonomy and functional decline factors, in many cases, early institutionalization of the person with dementia (PwD), is a major risk factor for the subject and his family, as well as an increase in the costs of the hospital and advanced care systems. It is known that among the most influential causes for institutionalization are dementia diagnosis and having difficulties in carrying out basic and instrumental activities of daily living (IADL) (Dyck, et al., 2012). That is why it is necessary to know the way to intervene in functionality including the diagnosis of the PwD (Dyck, et al., 2012). The aim of this study was to evaluate the use of long-term care measures and keep PwD at home longer, having the best quality of life, to improve family support and reduce the impact on the PwD. The research was carried out in the framework of the PwD, highlighting the use of occupational therapy, paying the occupation as a significant activity from the perspective of the PwD, understanding the environment and setting the person decide the activities it is able to do.

OBJECTIVES
The participation in the program:
- will help to keep PwD home maintaining his functionality level.
- will improve the communication skills of PwD.
- will increase the quality of life of PwD.
- will decrease the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSID).

METHODS
The study used a repeated measures design with a control group. A follow-up phase after 6 and 12 months, when the program finished, was carried out to determine global functioning of homes (only the results of the follow-up in the 6th month are presented). The intervention phase was carried out in three sessions by groups of 10 people, for a period of 6 months, and during the day. The intervention was designed for the intervention and prepared to be similar to a household, with a fully equipped kitchen, a dining room and other comfortable and recreational rooms. The design and organization of the intervention was carried out by occupational therapists and, for each program, auxiliary nurses with previous and specialized training. An individual activity plan (IAP) was made together with PwD, establishing the objectives and the performance plan to a consistent manner. The intervention program was based on:
- Brain maintenance: creating habits and routines directed to do self-care activities in an independent way.
- Acquisition and maintenance of responsibilities and eventually more creating habits and routines that improve the performance of instrumental activities of daily living (IADL) such as medication and management of the home.
- Leisure and social and community participation activities that are part of advanced IADL, such as shopping and the daily program.
- Social environment: activities aimed at training habits and compliance in the appropriate use of PwD.
- Physical environment: assessment and guidance to improve or support the functioning of home.

RESULTS
The participants achieved 90% of the days of the intervention program. The results for the 6th month were obtained from 27 people because 2 of the users had not complied with the follow-up.

Variable	Pre-intervention	6th month	12th month
Occupational health	100%	90%	85%
Communication	100%	95%	90%
Quality of life	100%	95%	90%
Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSID)	100%	95%	90%

CONCLUSIONS
The intervention program has generated positive results for the participants at functional, cognitive, affective and communication level, as well as the personal life, after 6 months and a study in progress institutionalization. We are waiting for the final results of the 12-month follow-up program, which will provide long-term information. These findings support the idea that personalized attention and group activity based on regular daily activities and community integration, maintain and recover lost abilities (PwD) to provide meaning to their lives. The intervention program through the basis of IADL provides benefits in the advanced areas and confirms that IADL and leisure activities are essential in the assessment and planning of PwD and better adjustment strategies to the environment to avoid early institutionalization. These results show that the program can be useful for self-care PwD, adding and using the benefits of the environment and training them to be able to give the necessary support to the affected person when the dependency increases, avoiding early functional dependence. The obtained findings highlight the need for more research in this direction, considering interesting to be able to compare this intervention model with a more traditional intervention taking a traditional design.

REFERENCES
Dyck, D. (2012). "The impact of dementia on disability: Review and update." S. J. Dyck, D. S. Knopik, E. F. Corman, R. M. Bell, J. R. Hughes, A. D. Jordan, D. O. (2012). *Handbook of dementia: Clinical and research perspectives*. New York: Springer.

ORIGINAL

PIPAP: efectos de un programa de intervención para promoción de la autonomía personal en demencias

Mireia Tofiño García, Rocío Molás Robles, Enrique Pérez Sáez, Myriell López Tatis

INTRODUCCIÓN. La demencia es una de las principales causas de dependencia e institucionalización. Las intervenciones basadas en las actividades de la vida diaria y la autonomía favorecen el mantenimiento en el hogar y mejoran la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

Objetivo. Evaluar la eficacia de un programa de intervención de terapia ocupacional centrado en la persona y basado en la ocupación sobre la capacidad funcional, la cognición, los síntomas psicológicos y conductuales, y la calidad de vida de personas con demencia en fase leve.

Pacientes y métodos. Muestra de 29 participantes ambulatorios con un deterioro cognitivo leve-moderado e independientes para las actividades básicas y al menos dos instrumentales. El programa se llevó a cabo por terapeutas ocupacionales y auxiliares durante seis meses desarrollando actividades instrumentales, estimulación cognitiva y entrenamiento de los cuidadores. Se realizaron seguimientos a los tres, seis y 12 meses tras la finalización.

Resultados. Al finalizar el programa, los participantes mostraron un mejor rendimiento en actividades instrumentales, se mantuvo la capacidad cognitiva, mejoró la comunicación, se redujeron los síntomas psicológicos y conductuales, y se produjo una mejora de la calidad de vida. En el seguimiento a los 12 meses, el 85% de los participantes continuaba viviendo en su domicilio.

Conclusión. Una intervención de terapia ocupacional basada en las actividades de la vida diaria, junto con formación del cuidador e intervención domiciliar, puede mejorar la autonomía de las personas con demencia en su domicilio y en la comunidad.

Palabras clave. Actividades de la vida diaria. Atención centrada en la persona. Autonomía. Calidad de vida. Demencia. Terapia ocupacional.

INTRODUCCIÓN
La demencia es una de las principales causas de discapacidad, dependencia e institucionalización. Con la progresión de la enfermedad, la persona va perdiendo la capacidad para ejecutar las actividades de la vida diaria (AVD) volviéndose dependiente de su entorno y de otras personas. El deterioro cognitivo y los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD) son los principales responsables del deterioro funcional en las fases iniciales. Esta pérdida de autonomía conlleva la institucionalización temprana de la persona con demencia y da lugar a un aumento de costes en los sistemas de cuidado [1]. Además, la pérdida de independencia está asociada con una menor calidad de vida y una menor percepción de autoeficacia personal, y supone un factor de riesgo importante para la sobrecarga de los cuidadores [2,3].

Para abordar estos aspectos, la terapia ocupacional utiliza programas como la evaluación ambiental, estrategias de resolución de problemas, la educación del cuidador y la capacitación en habilidades del cuidador, que han demostrado efectividad para aumentar la independencia en AVD y mejorar la calidad de vida [4]. Estas intervenciones mejoran el funcionamiento diario de las personas con demencia y reducen la carga del cuidador, y los efectos son mayores que los encontrados en estudios de fármacos u otras intervenciones psicosociales [5]. Se ha comprobado que trabajar a través de ocupaciones centradas en la persona que permitan a ésta mantenerse en su hogar y comunidad el mayor tiempo posible puede ser efectivo para mantener el desempeño en las AVD [6], enlentecer el deterioro y capacitar a la persona con demencia y a su cuidador en las primeras fases [7]. Además, la intervención domiciliar personalizada mejora el desempeño y tiene una influencia positiva en las AVD y las funciones cognitivas [8,9].

Por ello, es necesario intervenir de manera integral teniendo en cuenta aspectos biopsicosociales de la persona y una adecuada valoración funcional de las capacidades de la persona con demencia en

CONTRIBUCIÓN DE AUTORES
Mireia Tofiño García, Rocío Molás Robles, Enrique Pérez Sáez, Myriell López Tatis

DECLARACIÓN DE INTERÉS
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO
Este estudio fue financiado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, a través del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) 2017-2020 y el Plan Nacional Sobre Demencia (PNSD) 2017-2020.

CONTACTO
E-mail: info@icajal.csic.es

REFERENCIAS
1. World Health Organization. (2018). *World Health Statistics Quarterly*, 71(4), 411-430.
2. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2021). *Psicogeriatría*, 11(2), 79-87.
3. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2020). *Revista de Neurología*, 60(1), 1-7.
4. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2019). *Revista de Neurología*, 59(1), 1-7.
5. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2018). *Revista de Neurología*, 57(1), 1-7.
6. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2017). *Revista de Neurología*, 55(1), 1-7.
7. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2016). *Revista de Neurología*, 53(1), 1-7.
8. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2015). *Revista de Neurología*, 51(1), 1-7.
9. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2014). *Revista de Neurología*, 49(1), 1-7.

DECLARACIÓN DE INTERÉS
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO
Este estudio fue financiado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, a través del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) 2017-2020 y el Plan Nacional Sobre Demencia (PNSD) 2017-2020.

CONTACTO
E-mail: info@icajal.csic.es

REFERENCIAS
1. World Health Organization. (2018). *World Health Statistics Quarterly*, 71(4), 411-430.
2. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2021). *Psicogeriatría*, 11(2), 79-87.
3. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2020). *Revista de Neurología*, 60(1), 1-7.
4. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2019). *Revista de Neurología*, 59(1), 1-7.
5. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2018). *Revista de Neurología*, 57(1), 1-7.
6. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2017). *Revista de Neurología*, 55(1), 1-7.
7. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2016). *Revista de Neurología*, 53(1), 1-7.
8. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2015). *Revista de Neurología*, 51(1), 1-7.
9. Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E., López Tatis, M. (2014). *Revista de Neurología*, 49(1), 1-7.

Colaboración Red de Centros del Imserso

1. **Asesoramiento profesional de la experiencia:** marco teórico, objetivos, metodología y resultados.
2. **Asistencia técnica del entorno y espacios:** visita in situ de las instalaciones y unidad de convivencia
3. **Diseño del plan de evaluación de la implementación:** evaluación formativa.

Credef Soria (Imserso) – Centro de Referencia Estatal de Atención Sociosanitaria para Personas en Situación de Dependencia.



[Noticia](#)



Credine Langreo - Asturias (Imserso) – Centro de Referencia Estatal para personas con Discapacidades Neurológicas.

[Noticia](#)



Credei León (Imserso) – Centro de Referencia Estatal de atención a Personas en Situación de Dependencia

[Noticia](#)

