



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE
GRADO/MESTRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**

Curso académico 2013-2014

TRABALLO DE FIN DE GRADO

**Beneficios de las actividades asistidas con animales
en demencias en fases moderadas-graves.**

Beatriz Pereira Piñeiro

Junio 2014

Dirección del proyecto de fin de grado:

Elena Viqueira Rodríguez. Terapeuta Ocupacional y Psicóloga.
Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A
Coruña.

1. Título del proyecto y resumen

Título: Beneficios de las actividades asistidas con animales (AAA) en demencias en fases moderadas-graves.

Resumen:

Introducción: El acelerado envejecimiento de la población y siendo las demencias uno de los principales predictores de morbilidad/mortalidad, existe la necesidad de buscar alternativas en cuanto a tratamientos no farmacológicos. En fases avanzadas de la enfermedad aparecen síntomas psicológicos y conductuales negativos que hacen mermar la calidad de vida de la persona enferma y la de sus familiares cuidadores. Con el fin de intentar reducir dichos síntomas y favorecer consecuentemente la calidad de vida, las AAA representan una posible herramienta a tener en cuenta.

Objetivo: Diseñar un programa de intervención basado en AAA con el fin de conseguir una mejora de la calidad de vida de las personas con demencia en fases moderadas y graves, y la de sus familiares cuidadores.

Metodología: Estudio realizado con metodología cualitativa y cuantitativa en el centro de día Barrio de las Flores de AFACO, A Coruña. Los participantes se seleccionarán mediante un muestreo no probalístico intencional. Se utilizarán diferentes herramientas como la observación, la entrevista semiestructurada y la escala de calidad de vida Euroqol.

Palabras clave: Actividades asistidas con animales, demencia, síntomas psicológicos y conductuales, calidad de vida.

Title and summary of the project

Title: Benefits of animal-assisted activities in dementia in moderate and severe stages

Summary:

Introduction: Accelerated aging and dementia being one of the main predictors of morbidity and mortality, there is the need to find alternatives for non-pharmacological treatments. In advanced stages of the disease negative psychological and behavioral symptoms that do impair the quality of life of the ill person and their family caregivers appear. In order to try to reduce these symptoms, thereby promoting quality of life, the AAA represent a possible tool to consider.

Objective: Designing an intervention program based on AAA in order to achieve an improvement in the quality of life of people with dementia in moderate and severe phases, and their family caregivers

Methodology: Study with qualitative and quantitative methodology in the day center Barrio de las Flores de AFACO , A Coruña. Participants were selected through a sampling probalistic not intentional. Different tools such as observation, semi-structured interviews and the scale of quality of life Euroqol are used.

Keywords: Animal assisted activities, dementia, behavioral and psychological symptoms, quality of life.

Índice:

2.	Antecedentes y estado actual del tema	7
2.2.	La Terapia Ocupacional en relación con las Actividades Asistidas con Animales (AAA):.....	18
3.	Bibliografía:	20
4.	Hipótesis:	26
5.	Objetivos:	26
6.	Metodología	27
6.1.	Tipo de estudio:	27
6.2.	Ámbito de estudio:	28
6.3.	Selección de la muestra.....	29
6.4.	Recogida de datos:.....	30
6.5.	Análisis de datos:.....	32
6.6.	Limitaciones del estudio:.....	33
6.7.	Aplicabilidad.....	34
6.8.	Búsqueda bibliográfica.....	35
7.	Plan de Trabajo:.....	35
	Fase I:.....	36
1.	Toma de contacto con el centro:.....	36
2.	Búsqueda de la mascota:	36
3.	Revisión de historiales:	37
	Fase II:.....	38
1.	Organización y planificación de la intervención:	38
	FASE III:	39
1.	Recopilación de información.....	39
8.	Aspectos éticos:	41

9. Plan de difusión de resultados	41
10. Financiación de la Investigación:	42
11. Fuentes de financiación de la investigación:.....	44
Agradecimientos	45
Apéndices.....	46
Apéndice I. Entrevista semi-estructurada	47
Apéndice II. Entrevista semi-estructurada	48
Apéndice III. Registro de observación	49
Apéndice VI. Entrevista voluntariado/mascota. Elaboración propia	54
Apéndice VII. Documento informativo.....	55
Apéndice VIII. Consentimiento informado.....	57

Índice de Tablas:

Tabla I. Datos de población, mayores de 65 años y pacientes con demencia. Fuente INE.....	9
Tabla II. Principales síntomas conductuales por estadios. Información terapéutica del sistema nacional de salud.....	12
Tabla III. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia.....	30
Tabla IV. Cronograma. Elaboración propia.....	40
Tabla V. Recursos necesarios. Elaboración propia.....	43
Tabla VI. Fuentes de financiación. Elaboración propia.....	44

Índice de Figuras:

Figura 1. Evolución de la población mayor, 1900-2051. Fuente: INE.....	7
Figura 2. Prevalencia de los diferentes tipos de demencia. Fuente: Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias; Fundación española de enfermedades neurológicas	10

2. Antecedentes y estado actual del tema

En la actualidad nos encontramos con un importante fenómeno de envejecimiento de la población. La longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX constituyendo uno de los principales problemas del siglo XXI,¹ y todo ello debido a una serie de mecanismos que lo condicionan: el descenso tanto de la natalidad como de la mortalidad (6,2% y 6,1% respectivamente), el aumento de la esperanza de vida (siendo en 1900 de 34,8 años y en 2011 de 82,3) y las progresivas migraciones internacionales que se producen.^{2,3}

España está sufriendo un proceso de envejecimiento demográfico mucho más rápido que en otros países de la Unión Europea. Teniendo en cuenta estos datos, se prevé que el mayor crecimiento poblacional se concentre en las edades avanzadas.⁴ En 2011 las personas mayores de 65 años suponían el 17,3% de la población total y se contempla que en 2051 pueda llegar a alcanzar el 36,5%, mientras que a la par la población octogenaria seguirá creciendo en mayor medida.^{1,2}

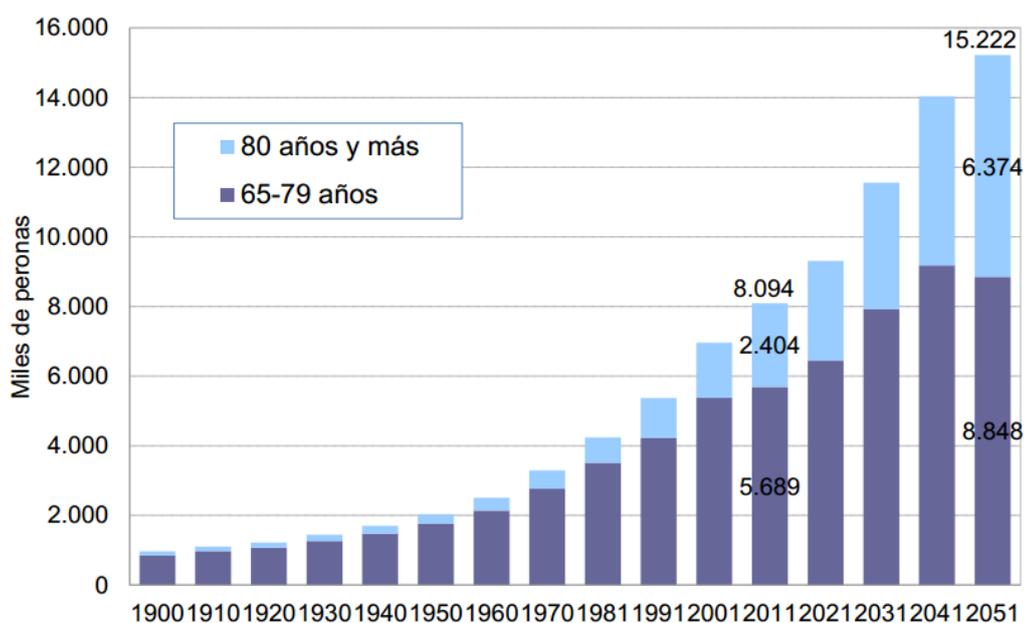


Figura I. Evolución de la población mayor, 1900-2051. Fuente: INE

Galicia se sitúa dentro del grupo de comunidades con la población más envejecida, con proporciones que superan el 20% de personas mayores y España entre los países europeos con las cifras más altas de este colectivo.

Las personas mayores, considerando las que se encuentran por encima de los 65 años, pueden tener dos tipos de envejecimiento; envejecimiento fisiológico (lo esperado) o patológico (estado de salud frágil debido a elementos clínicos, sociales y funcionales), interviniendo en dicho proceso múltiples factores tanto genéticos como ambientales.

Las principales causa de muerte entre la población de personas mayores están relacionada con enfermedades del aparato circulatorio, seguidas del cáncer, enfermedades respiratorias y enfermedades mentales y nerviosas, destacando estas últimas por su pronunciado aumento en los últimos años.^{2, 3}

Haciendo referencia a los datos anteriores, se destaca la demencia como uno de los principales predictores de mortalidad, situándose al nivel de otras enfermedades más frecuentemente citadas como el cáncer o las enfermedades vasculares^{5,6}

En 2004 las personas afectadas por demencia llegaban a la cifra de 431.000; se calcula que en 2030 la cifra alcanzaría casi los 600.000 enfermos, y en 2050, cerca del millón. Si estos datos parecen alarmantes, aún se quedan escasos ya que un alto porcentaje de casos se quedan sin diagnosticar o no figuran en las estadísticas oficiales.^{5, 6}

Tabla I. Datos de población, mayores de 65 años y pacientes con demencia. Fuente INE. *Estimados para los años 2030 y 2050

	Población Total	Mayores de 65 años	Pacientes con Demencia
2001	41.116.842	6.796.936	407.816
2004	43.197.684	7.184.921	431.000
2030*	50.878.142	9.900.000	594.460
2050*	53.159.991	16.387.874	983.272

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro persistente y progresivo de las funciones cerebrales superiores (memoria, lenguaje, orientación, cálculo o percepción espacial, entre otras). Dicho deterioro conlleva una pérdida de la autonomía del enfermo, que provoca una alteración de la capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria, haciendo cada vez más dependiente de los demás, así como un detrimento de la actividad social, laboral y de ocio.⁷ El sueño también se ve afectado y puede aparecer insomnio, hipersomnia e hiperactividad motora nocturna.⁸

El proceso de la enfermedad es largo y su incidencia aumenta exponencialmente con la edad (entre los 65 y 90 años) y se duplica cada cinco años.⁹ Las personas que la padecen pueden llegar a vivir hasta 20 años o más, por eso es de vital importancia que se protejan las necesidades humanas básicas de bienestar, movimiento, dignidad, interacción social y derechos fundamentales de los individuos más afectados.¹⁰

Si tenemos en cuenta las diferentes etiologías de la demencia, la Enfermedad de Alzheimer (EA) es la más frecuente (entre el 60 y el 80%), en segundo lugar aparece la demencia por patología mixta, seguida de la demencia vascular y a más distancia, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencias secundarias.^{5, 11,12}

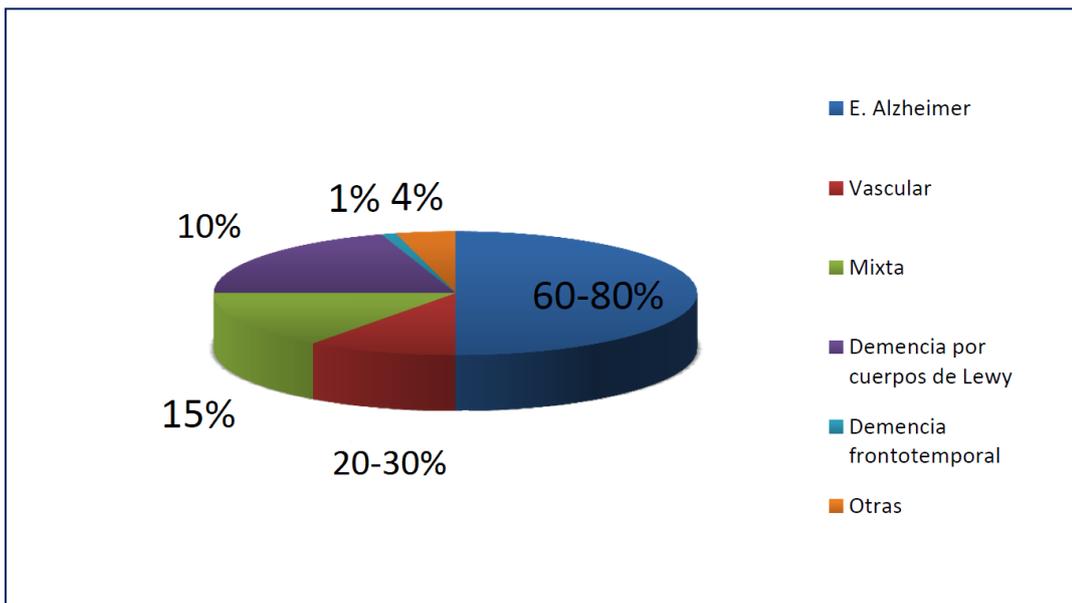


Figura II. Prevalencia de los diferentes tipos de demencia. Fuente: Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias; Fundación española de enfermedades neurológicas

El deterioro en el estilo de vida del paciente afecta tanto a familiares como cuidadores, presentándose una situación compleja y difícil de manejar. En la actualidad, constituye un serio problema de salud con una repercusión social y económica a gran escala, por la pérdida de independencia del paciente y la carga física y psicológica que sufre la familia.¹³

Una de las características que plantean graves problemas tanto para la persona con demencia como para sus cuidadores son los síntomas psicológicos y conductuales existentes durante el transcurso de la enfermedad y los trastornos del sueño que en fases avanzadas puede aparecer en forma de insomnio, hipersomnias, hiperactividad motora nocturna y otros trastornos del comportamiento, mermando de ésta forma la calidad de vida de ambos.^{8, 10, 14}

Los cuidadores se ven expuestos a una sobrecarga física y emocional, pudiendo manifestarse lo que se denomina "el síndrome del cuidador", con el riesgo de que este se convierta en un enfermo secundario.¹⁴ Muestran un incremento considerable de la frecuencia de enfermedades psicológicas y físicas con mayores niveles de ansiedad y depresión,

síntomas somáticos, sensación de aislamiento social, peores niveles de salud auto-percibida, y precisan de atención psicológica y consumo de fármacos psicotrópicos en mayor medida que la población general, además de disponer de menos tiempo para llevar a cabo sus propias actividades cotidianas.¹⁵

A pesar del elevado impacto en el estado de salud del cuidador principal informal por los cuidados prestados a la persona con demencia, la recepción de ayudas de tipo sociosanitario o de entrenamiento o formación es escasa, la mayoría de las ayudas, aunque principalmente informativas y de soporte psicológico, proviene de las asociaciones a las que pertenecen los cuidadores.¹³ Todo se espera del Estado, pero todo se resuelve en las familias, siendo el amortiguador de no pocos problemas sociales.¹⁶

Estas reacciones psicológicas y conductuales que son extraordinariamente abundantes en cualquier tipo de demencia y fase, constituyen la forma más frecuente de inicio de la enfermedad y suelen ser angustiosos y desconcertantes variando en cada persona a lo largo de la evolución de la demencia. No existe una relación uniforme entre la severidad de la demencia y los síntomas que aparecen, aunque si se pueden señalar unas pautas generales^{17,18}

Tabla II. Principales síntomas conductuales por estadios. Información terapéutica del sistema nacional de salud.

ESTADÍO INICIAL	ESTADÍO MODERADO	ESTADÍO AVANZADO
-Depresión -Ansiedad -Retracción social -Falta de iniciativa -Apatía	-Irritabilidad -Ilusiones delirantes -Agitación	-Comportamiento desinhibido o inadecuado -Repetición de acciones sin objetivo -Agresividad -Apatía marcada

El dolor también se hace protagonista en esta enfermedad y según la etiología de la demencia su tolerancia al mismo varía, aumentando en el último año de vida. Por ejemplo en la demencia tipo Alzheimer y frontotemporal la tolerancia al dolor aumenta mientras que en la vascular disminuye. La detección tardía y unas pautas de tratamiento incorrectas repercuten en la funcionalidad y calidad de vida de estas personas.¹⁹ Actualmente no existe un tratamiento disponible para curar la demencia o para alterar su curso progresivo, por ello la atención se centra en promover el bienestar y la calidad de vida. La evaluación multidimensional de la misma es importante dado que la demencia puede afectar a todas las áreas de ocupación y destrezas de ejecución:^{20,21}

- Las áreas de ocupación implican las Actividades de la vida diaria (AVD), Actividades Instrumentales (AIVD), descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio/tiempo libre y participación social.
- Las destrezas de ejecución encuadran las destrezas sensoriales/perceptuales, motoras y praxis, regulación emocional, cognitivas y de comunicación y sociales.²²

Según la OMS la calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.²³

La calidad de vida está actualmente considerada como una medida clave en muchos aspectos relacionados con el cuidado de una persona afectada de demencia. Sin embargo, por tratarse de un concepto que engloba muchos aspectos es difícil encontrar intervenciones que se centren especialmente en la mejora de la misma. Es cierto que diversas tipologías de intervenciones cognitivas tienen efectos beneficiosos no solo en el aumento de la calidad de vida de la persona afectada de demencia sino también en la de su cuidador informal.²⁴

No obstante para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia y la de sus cuidadores y familias existen numerosos objetivos:

- Diagnóstico precoz.
- Optimización de la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar.
- La identificación y el tratamiento de la enfermedad física que acompaña.
- La detección y el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos.
- Proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores.²⁵

Para el alivio de los síntomas y signos que aparecen durante el transcurso de la enfermedad existen diferentes tipos de tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, que han demostrado beneficios y efectos favorables.²⁶

Los tratamientos no farmacológicos han demostrado a lo largo de los últimos años su efectividad, siendo intervenciones que, con pequeñas inversiones, benefician de manera muy evidente distintos aspectos: retrasan la institucionalización y permiten la mejora cognitiva, mayor autonomía para las ABVD, influyen sobre las alteraciones conductuales y repercuten en la calidad de vida del paciente y su cuidador.²⁶

Entre las terapias no farmacológicas y eficaces se incluye la Terapia Asistida con animales (TAA) y las Actividades Asistidas con Animales (AAA):

Las TAA son intervenciones dirigidas a objetivos concretos como parte integral de un proceso rehabilitador, promoviendo la mejoría de funciones físicas, psicosociales y/o cognitivas mediante la interacción entre animal y paciente. Estas sesiones deben ser dirigidas por un Terapeuta Profesional, fijando éste los objetivos, guiando la interacción existente entre animal y paciente, llevando una evaluación de todo el proceso y midiendo el progreso del mismo. Su aplicación puede ser para casos de autismo, depresión, problemas de conducta, demencias, etc.²⁷

Las AAA son intervenciones con animales sobre la motivación, actividades culturales y recreativas, en las que se obtienen beneficios para incrementar la calidad de vida de las personas. No están dirigidas por un terapeuta ni son evaluadas a esos efectos. Se llevan a cabo en diversos ambientes por un entrenador especializado en AAA, que puede ser un profesional o un voluntario que aplique conocimientos sobre la interacción entre animales y humanos. Por ejemplo: ancianos, niños institucionalizados, pacientes terminales, personas con discapacidad

visual, auditiva, intelectual, motórica, amputaciones, Alzheimer, demencias, cáncer, sida, alteraciones emocionales, etc.²⁷

Las características del animal deben adaptarse al problema a tratar (por ejemplo el uso de animales pequeños en personas encamadas) y deben de estar especialmente adiestrados para trabajar en entornos específicos como pueden ser hospitales, centros de día, etc. Y saber comportarse ante reacciones imprevistas (como pueden ser crisis agresivas, gritos o llantos).

Ambas mejoran la calidad de vida de las personas, ofreciendo estímulos y sensaciones beneficiosas; aliviando los sentimientos de soledad, depresión y aburrimiento, entre otros, mejorando la actividad, la comunicación y socialización y disminuyendo la agitación.²⁷

A lo largo de la historia, las relaciones entre personas y animales han ido cambiando. Los animales han sido utilizados como medio de trabajo, como alimento, como entretenimiento, como protección para el hogar o territorio, como símbolo o instrumento sagrado objeto a culto, como modelos de investigación biomédica y conductual, como guía para personas con discapacidad visual y como fuente de afecto para sus dueños.

Los estudios científicos sobre las relaciones humano-animales en donde se exploraran los beneficios para la salud son hechos recientes. La literatura empieza a ofrecer un panorama que muestra que aquellas personas que interactúan con animales y se involucran con ellos (sean personas saludables, con enfermedades agudas o crónicas) tienden a beneficiarse a nivel fisiológico, psicológico y social.²⁸

Estamos viviendo un momento de creciente preocupación por lograr un equilibrio entre los tratamientos de rehabilitación y sus costes, se consideran las Actividades Asistidas por Animales una fuente valiosa y de bajo coste en donde numerosos estudios y autores avalan sus efectos

positivos sobre el ser humano, favoreciendo la recuperación de la salud de la persona^{29,30}

Diferentes investigaciones muestran la influencia positiva de la terapia con animales en síntomas depresivos, funciones cognitivas, aspectos motivacionales y emocionales y mejoría en las puntuaciones del Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) y Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS) en personas institucionalizadas.³¹

Dicha interacción puede modificar significativamente el estado emocional de la persona mayor afectada por la demencia, reduciendo la ansiedad, la tristeza y el aumento de sensaciones positivas como el placer o el estado de alerta, mostrando interés por el medio que le rodea. El efecto sobre el estado emocional causado por las AAA persiste durante el día y no por el tiempo limitado de la actividad.³²

Se han clasificado estos efectos en cuatro áreas:

- **Terapéutico:** Los animales pueden ser incluidos como un recurso terapéutico en tratamientos como la terapia asistida motivacional o la terapia física.

La terapia motivacional tiene por objetivo introducir un animal en el entorno de la persona permitiendo el establecimiento de una unión afectiva. Personas con EA y con diversos trastornos psicológicos se han visto beneficiados por este tipo de metodología.

La terapia física constituye una herramienta que trata de incrementar las habilidades físicas de la persona (mejorar la función motora, tono muscular, postura, equilibrio, coordinación y la ubicación sensomotora). La forma más conocida es a través de la equinoterapia.

- **Fisiológico:** El animal constituye un factor protector modificando factores de riesgo tales como la disminución de la presión arterial,

la frecuencia cardíaca, la ansiedad y el estrés por soledad, liberando endorfinas al acariciar la mascota.

- Psicológico: Las mascotas ayudan a disminuir las alteraciones psicológicas, reducen la sensación de soledad e incrementan la sensación de intimidad. En estados de depresión, estrés, duelo y aislamiento social, se convierten en un acompañante incondicional aumentando la autoestima y el sentido de responsabilidad.
- Psicosocial: Influyen en la vida comunitaria promoviendo la socialización y el establecimiento de relaciones interpersonales y la participación en eventos comunitarios.²⁹

Estas actividades no sólo proporcionan beneficios psicológicos y físicos específicos (habilidades motoras, equilibrio, coordinación, normalización del tono muscular) sino también a menudo añaden componentes extraordinarios que los animales pueden ofrecer: la amistad y el amor.²⁹

El diagnóstico correcto y temprano, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, una adecuada asignación de recursos de atención a la dependencia (acorde a la situación funcional y circunstancias sociales del individuo) y la atención al cuidador son los elementos claves del abordaje integral de la demencia.²⁷

Para concluir, con el presente proyecto se considera que a través de la intervención con animales, más concretamente, las AAA, se puede influir de una forma positiva en el estado emocional, conductual y en el bienestar y calidad de vida de personas con cualquier tipo de demencia en fases moderadas y graves.

2.2. La Terapia Ocupacional en relación con las AAA:

Hace algunos años, las AAA y TAA han comenzado a formar parte de las intervenciones en Terapia Ocupacional, una práctica que sin duda puede fundamentar y enriquecer la teoría y la sistematización de las intervenciones.

Se trabaja con los gustos e intereses de la persona con el fin de favorecer en la medida de lo posible su desempeño ocupacional, utilizando con éxito la actividad ocupacional, y así favorecer la calidad de vida.

Las AAA están dirigidas a una meta que puede ir desde ejercicios terapéuticos, al juego o esparcimiento con el animal; se relacionan con los intereses de la persona, tanto en relación a la especie animal, como al tipo de actividad a realizar; tienen significado en algún nivel para la persona, ya que para la mayoría de los beneficiarios, los animales están de alguna forma relacionados con la salud y sentimientos de amor, felicidad, armonía y vitalidad más que con rehabilitación.³³

El papel del Terapeuta Ocupacional en estos programas es esencial para una buena aplicación de los mismos. Desde el diseño de los programas, en estrecha colaboración con el resto de los profesionales, hasta la aplicación de las sesiones. Es el encargado de seleccionar, graduar y adaptar a cada grupo y persona con la que se interviene, todas las actividades que sobre las distintas áreas de intervención se proponen; tanto antes de la sesión de intervención como durante la misma, logrando que se obtenga el máximo provecho de las mismas.¹¹

En el presente proyecto se considera que a través de las AAA llevadas a cabo por un terapeuta ocupacional, pueden aportar beneficios a las personas con demencia en fases moderadas y graves, mitigando los síntomas psicológicos y conductuales propios de la misma y mejorando de esta forma la calidad de vida de las personas con demencia y la de sus cuidadores.

3. Bibliografía:

1. García A, Ortiz MI, Gómez. El envejecimiento de las poblaciones: los casos de España y México. Anales de geografía de la universidad complutense.2003; 23: 75-102.
2. Abellán A, Vilches J, Puyol R. Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red [Internet]. 2014 [citado Febrero 2014] (6): 2-23. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>.
3. Millán J L. Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención.1ºed. Madrid: Editorial Medica panamericana; 2011.
4. Abades M, Rayón E. El envejecimiento en España. Revista de la sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica. 2012; 23 (4): 155-159.
5. Prieto C, Eimil M, López C, Llanero M. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Fundación española de enfermedades neurológicas; 2011.
6. Nitrini, Dozzi SM. Demencia: Definición y clasificación. Revista Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias. 2012; 12(1): 75-98.
7. Garre J, López S. Epidemiología de las demencias. Alzheimer realidades e investigaciones en demencia. 2006; 32: 4-13.

8. Echávarri C, Erro M E. Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. Anales Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2007 [Citado Mayo 2014]; 30. Disponible en:

scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272007000200014>.
9. Corrada MM, Brookmeyer R, Paganini-Hill A, Berlau D, Kawas CH. Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old: the 90+ study. Ann Neurol. 2010; 67(1):114-21.
10. Olarazán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Delser T et al. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's disease: A systematic Review of efficacy. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010; 30: 161-178.
11. Olazarán J, Agüera LF, Muñiz R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol. 2012; 55: 598-608.
12. González VM, Martín C, Martín M, González MJ, García de Blas F, Riu S. La enfermedad de Alzheimer. Semergen. Revista española de medicina de familia. 2004; 1: 18-33.
13. Sánchez M, Malagón M, Alonso N. Incidencia de las demencias en hemodiálisis: Apoyo al cuidador principal [Internet]. 2013[citado Mayo 2014]; 16(1): 31-35. Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000100005&lng=es) &lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000100005>.

14. Álvarez L, Cuadrado P. Síndrome del cuidador del paciente con demencia. *Agathos. Atención sociosanitaria y bienestar*. 2011; 2: 12-19.
15. Badia X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria*. 2004; 34(4):170-7.
16. Asociación familiares Enfermos Alzheimer A Coruña (AFACO). *Alzheimer: un reto de presente y futuro*. A Coruña: 2006.
17. Brañas F, Serra J. Orientación y tratamiento del anciano con demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2002; 26: 65-77.
18. Lara C. Terapia asistida con animales (TAA). Fuente de recursos para el terapeuta ocupacional. 2004[Citado Mayo 2014]. Disponible en:

<http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/CanHotel.shtml>.
19. Alaba J, Arriola E, Navarro A, González MF, Buiza C, Hernández C, Zulaica A. Demencia y dolor. *Rev Soc Esp dolor*. 2011; 18(3): 176-186.
20. Lucas-Carrasco R, Pero M, March J. Calidad de vida global en personas con demencia. *Rev Neurol*. 2011; 52: 139-46.
21. Lucas R. Reflexión sobre la calidad de vida en personas con demencia. *Alzheimer. Real Invest Demenc*. 2012; 51: 3-4

- 22.** Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: Dominio y Proceso. 2ºed [traducción]. www.Terapia ocupacional.com [portal en internet].2012 [85p] Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process.
- 23.** OMS. Glosario de promoción de la salud. MSC. Ginebra; 1998.
- 24.** YANGUAS JJ. Intervención no farmacológica con personas con demencia, en Modelo de Atención a las personas con enfermedad de Alzheimer.Madrid. Publicaciones IMSERSO.2007; 29-33.
- 25.** Dementia. A public health priority. World Health Organization. 2012.
- 26.** Castellanos F, Cid M, Duque P, Zurdo M. Abordaje integral de la demencia. Inf Ter Sist Nac Salud. 2011; 35: 39-45.
- 27.** Martínez R. La terapia asistida con animales: Una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. Indivisa, Bol Estud Invest. 2008; 9: 117-144.
- 28.** Gutierrez G, Granados D, Piar N. Interacciones humano-animal: Características e implicaciones para el bienestar de los humanos. Revista Colombiana de Psicología. 2007; 16: 163-184.

- 29.** Gómez LF, Atehortúa CG, Orozco SC. La influencia de las mascotas en la vida humana. *Rev Col Cienc Pec.* 2007; 20: 377-386.
- 30.** Muñoz S, Franchignoni F. The role of animal-assisted therapy in physical and rehabilitation medicine. *Eur Rehabil med.* 2008; 44.
- 31.** Moretti F, De Ronchi D, Bernabei V, Marchetti L, Ferrari B, Forlani C et al. Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics.* 2011; 11: 125-129.
- 32.** Mossello E, Ridolfi A, Mello A, Lorenzini G, Mugnai F, Piccini C. Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care. *International Psychogeriatrics.* 2011; 23(6) 899-905.
- 33.** Vázquez JA. Actividades y terapia asistida por animales desde la mirada del modelo de ocupación humana. *Revista chilena de Terapia Ocupacional.* 2011; 11(1) 29-36.
- 34.** Cano A, Gil T, Palmar A, Luego R. Diferentes aproximaciones de la investigación en salud: metodología cuantitativa y cualitativa. *Educare21.* 2008; 47: 1-9.
- 35.** Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 2º ed. Barcelona: Paidós; 1990.
- 36.** Salgado A. Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit.* 2007; 13: 71-78.

- 37.**Salgado AC. Investigación cualitativa: Diseños. Evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007; 13: 71-78.
- 38.**Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Revista de Investigación en Psicología. 2006; 9(1):123-146.
- 39.** Fistera.com, tipos de estudios clínicos epidemiológicos [sede web]. A Coruña: Fistera.com; 1990 [acceso junio 2014]. Disponible en: http://www.fistera.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.asp#tipos.
- 40.**Crespo M, Hornillos C, Bernaldo de Quirós M, Gómer MM. La evaluación de la calidad de vida en personas con demencia. Revista española de geriatría y gerontología. 2011; 46 (6): 319-324.

4. Hipótesis:

Para el desarrollo del presente proyecto, la hipótesis que se plantea es:

La intervención desde TO a través de la realización de AAA, como herramienta válida y beneficiosa para disminuir síntomas psicológicos y conductuales y mejorar la calidad de vida de las personas con demencia en fases moderadas y graves y la de sus familiares.

5. Objetivos:

El objetivo general es diseñar un programa de intervención basado en AAA con el fin de conseguir una mejora de la calidad de vida de las personas con demencia en fases moderadas y graves, y la de sus cuidadores/familiares.

Objetivos específicos:

- Identificar los cambios que se han podido producir respecto a los síntomas psicológicos y conductuales propios de las demencias en los usuarios (agitación, irritabilidad, agresividad y apatía)
- Describir la interacción, atención y comunicación que se produzca, con el propio animal y con las personas de su entorno.
- Definir los beneficios que aporta el contacto con los animales para los sentidos (oído, vista, tacto e incluso olfato).

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio:

El trabajo se realiza con una metodología mixta o combinada: cualitativa y cuantitativa. Agregando la identificación de variables específicas (cuantitativo) con una visión global del fenómeno (cualitativo). De este modo se consigue una visión dinámica de la realidad. Toda investigación científica se adapta a unos modelos conceptuales o paradigmas. No obstante, dentro de cada paradigma es posible la utilización de metodologías cualitativas y cuantitativas. Ambas técnicas son complementarias, cada una de ellas responde mejor a unos objetivos y propósitos.³⁴

• METODOLOGÍA CUALITATIVA:

Pretende explorar aquellas vivencias, realidades, naturaleza, origen o experiencias que acompañan al ser humano, y lo conforman como un ser holista.

Un enfoque cualitativo, facilitará la indagación sobre las actitudes y experiencias de cada usuario ³⁵ produciendo datos descriptivos como las propias palabras de la persona, tanto de forma hablada o escrita así como la conducta observable.³⁶

El enfoque que se seguirá será de tipo fenomenológico en el cual se busca el entendimiento de la conducta humana desde la perspectiva y marco referencial del sujeto mismo. Se ocupa de las vivencias o de las experiencias vividas en lo más íntimo, busca la esencia de un significado, de la experiencia humana apartando las ideas preconcebidas del investigador antes de acceder al campo. ³⁷

Estos diseños se enfocan en las experiencias individuales subjetivas de los participantes, respondiendo a las preguntas sobre el significado, estructura y esencia de la experiencia vivida por una persona, grupo o comunidad con respecto a un determinado

fenómeno. El centro de indagación de estos diseños reside en la experiencia del participante o participantes.³⁸

•METODOLOGÍA CUANTITATIVA:

Se recogerá información mediante una herramienta propia de la metodología cuantitativa, un cuestionario, en donde se le plantearán diversas cuestiones al sujeto, permitiendo la cuantificación y tratamiento de la información obtenida.

Trata de cuantificar, medir y graduar los fenómenos y su intensidad y se busca la generalización de los resultados. Existe una medición inicial y otra final realizándose entre ambas las diferentes intervenciones pertenecientes a la investigación.

El tipo de estudio será cuasi experimental en donde se intenta aproximarse al impacto de dicha intervención en único grupo de estudio, pudiendo analizar la existencia de cambios y la efectividad de la intervención.³⁹

6.2. **Ámbito de estudio:**

El presente proyecto se llevará a cabo en la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer u otras demencias de A Coruña (AFACO).

AFACO se constituye en 1995 como entidad privada y sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública en el año 2005 y perteneciente a FAGAL (Federación de Asociaciones Galegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer) que a su vez forma parte de la Confederación Española de Asociaciones de Personas con Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias (CEAFA).

Sus centros ofrecen una atención integral durante el día a las personas afectadas por una demencia, que presentan un determinado nivel de

dependencia física, psíquica y/o social a la vez que una atención psicosocial y asistencial a familiares y cuidadores.

El desarrollo se llevará a cabo en el centro de día del Barrio de las Flores inaugurado en el año 2011 y que está indicado para la atención y estimulación de personas afectadas por una demencia en estadio moderado y avanzado, en horario de jornada completa (de 9 a 20 horas), media jornada de mañana (de 9 a 14:30 horas, con o sin comida) o de tarde (de 14:30 a 20horas).

6.3. Selección de la muestra

La selección de los usuarios para la participación en el actual proyecto se realizará mediante un muestreo no probalístico intencional o de conveniencia, eligiendo una muestra perteneciente a AFACO y concretamente a usuarios del centro de día del Barrio de las flores. La muestra estará formada por un total de 15 usuarios, tanto hombres como mujeres con demencia en estado moderado-grave.

La elección del número de integrantes de la muestra se justifica por diversas razones:

- Una de las características de la metodología fenomenológica es el tamaño de la muestra, que son entre 10 y 15 participantes.
- Desde AFACO no se trabaja con más de 15 usuarios en grupos homogéneos en lo que se refiere al estadio evolutivo de su demencia. De ésta forma se trabaja de forma más individualizada, atendiendo mejor las necesidades individuales de cada usuario
- Un grupo pequeño de trabajo aporta mayores beneficios, se favorece la participación activa del usuario, la atención, menores distracciones y en definitiva una intervención más personal.

Para su selección se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Tabla III. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
✓ Acudir al centro de día AFACO del Barrio de las flores.	× Padecer alergia a los animales, que contraindique la participación en el programa
✓ Estar diagnosticado con cualquier tipo de demencia.	× Fobia a los animales
✓ Estar en la fase moderada y grave. Con GDS 5, 6 o 7.	× Que el usuario/familiar no firme el consentimiento informado.
✓ Referenciar interés por los animales	× Historial de abusos/maltrato a animales

6.4. Recogida de datos:

Los instrumentos y estrategias que se utilizarán para la obtención de la información son:

Metodología cualitativa:

- ✓ Entrevista semi-estructurada a los cuidadores/familiares del usuario participante en la investigación. Es una de las técnicas más utilizadas para la recogida de la información subjetiva y profunda. El propósito de la entrevista de investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas

entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos.

La entrevista se desarrollará por el investigador con ayuda del Terapeuta Ocupacional del centro ya que su presencia puede aportar confianza y comodidad al familiar ante una persona ya conocida. La entrevista estará compuesta por una lista de preguntas abiertas que permitan expresar el punto de vista de los familiares/cuidadores sin ninguna restricción; además es probable que vayan emergiendo nuevas incógnitas de interés para la investigación a medida que se realice la entrevista. **(Apéndice I y II).**

- ✓ Observación directa participante del investigador con ayuda del terapeuta ocupacional del centro en las diversas sesiones. Ésta es la técnica clásica primaria y más usada por los investigadores cualitativos para adquirir información. Para ello, el investigador se integra con las personas o grupos que desea investigar, compartiendo sus vivencias y creando un clima de confianza para poder ser aceptado como uno más. Al participar en las actividades se van tomando notas de campo, las cuales serán revisadas periódicamente con el fin de completarlas y también, para reorientar la observación e investigación.

También es importante que las expresiones más valiosas y típicas sean recogidas literalmente, para citarlas después entre comillas como testimonio de las realidades observadas.³⁵

Se utilizarán una hoja de registro de información **(Apéndice III)** para recoger por escrito las observaciones.

Metodología cuantitativa:

- ✓ Realización de un cuestionario sobre calidad de vida a los cuidadores/familiares (**Apéndice IV**) Se pasará uno al principio del programa y otro tras su finalización, de ésta forma se podrán observar y analizar la existencia o no de cambios, tanto positivos como negativos. El cuestionario seleccionado es EuroQol (EQ-5D), por ser una herramienta muy utilizada con este tipo de colectivo, por ser sensible a los cambios, estar correlacionado con medidas de salud y por estar traducido a varios idiomas.⁴⁰

Consta de dos partes:

-La primera corresponde a la descripción del estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión).

-La segunda parte del cuestionario el sujeto debe puntuar sobre una escala visual analógica milimetrada su estado de salud en el momento que se autoclifica o autopercepiona su estado personal.

6.5. Análisis de datos:

La información obtenida será organizada y tratada de forma que podamos convertirla en unidades de significado manejables que permitan descubrir y rescatar la información más importante.

La recogida, interpretación y análisis de datos se llevará a cabo por el investigador con ayuda del terapeuta del centro, contrastando los datos obtenidos a lo largo del estudio con el fin de aproximarse a una descripción detallada del proceso vivenciado por los sujetos.

Se analizarán los datos obtenidos tras las entrevistas realizadas y el cuestionario sobre la calidad de vida a los familiares/cuidadores del usuario participante y la observación durante las sesiones.

Se pretenderá explorar la percepción sobre la existencia de cambios antes y después del programa.

El orden de ejecución será:

1. Entrevista semi-estructurada pre-programa: Levada a cabo por el investigador y el terapeuta ocupacional del centro, dirigida a los cuidadores/familiares.
2. Realización del cuestionario EuroQol de calidad de vida a los cuidadores/familiares.
3. Observación de las sesiones: Durante la ejecución de las sesiones, el investigador y el terapeuta ocupacional del centro observará todo el desarrollo de las mismas y recogerá los datos obtenidos (sensaciones percibidas, sentimientos reflejados, comportamiento, actitudes, lenguaje verbal/no verbal, etc.) en la hoja de registro de información.
4. Entrevista semi-estructurada pos-programa: Realizada tras la finalización del programa y dirigida a los cuidadores/familiares.
5. Realización de un segundo cuestionario EuroQol de calidad de vida a los cuidadores/familiares.

6.6. Limitaciones del estudio:

Se indican como posibles limitaciones del estudio:

- ✗ Sufrir cualquier tipo de baja por parte de los usuarios (sea por defunción, traslado a otro centro, etc.) que altere o influya en la recogida de información.
- ✗ Que la mascota elegida para el desarrollo del programa no pueda realizar todas las sesiones. (enfermedad, defunción, etc.).

- ✖ Que la persona voluntaria y aportadora de la mascota abandone el programa antes de su finalización.
- ✖ La muestra no es estadísticamente significativa y esto limita la capacidad de extrapolar los resultados del presente proyecto.

6.7. Aplicabilidad

Se intenta demostrar como las AAA tienen cabida en la terapia no farmacológica, ofreciendo beneficios como la disminución de síntomas psicológicos y conductuales propios de la enfermedad de la demencia y favoreciendo una mejor calidad de vida tanto para las personas que padecen la enfermedad como para sus familiares/cuidadores. A su vez también se intenta demostrar como dichas actividades son una herramienta fiable, válida y útil para el Terapeuta Ocupacional.

Dependiendo de los resultados obtenidos, el presente programa podría plantear cambios, nuevas estrategias y diferentes objetivos.

- Extrapolar el programa a otros centros con características similares.
- Modificación de los objetivos del programa para poder aplicar la intervención a usuarios en fases leves de la enfermedad.
- Cambio del tipo de mascota y modificación de la intervención para poder identificar y comparar las diferencias en cuanto a efectividad de ambos tipos de Asistencia.

6.8. Búsqueda bibliográfica

Las herramientas utilizadas para la búsqueda y recopilación de bibliografía han sido las siguientes bases de datos:

- ✓ Medline, Scopus, Pubmed, Google Académico, Dialnet, Scopus, Scielo e INE.

Los descriptores utilizados han sido los siguientes:

- ✓ “Actividad Asistida con Animales”, “Terapia asistida con animales”, “Demencia”, “Beneficios terapia con animales”, “Terapia ocupacional”, “personas mayores”, “terapia canina”, “demencia y terapias no farmacológicas”, “dementia and animal-assisted therapy” “animal assisted therapy” “metodología cualitativa y cuantitativa”.

Como límites se han utilizado:

- ✓ Artículos con texto completo, Antigüedad no superior a 10 años y el idioma (en español e inglés).

7. Plan de Trabajo:

Para el desarrollo del presente proyecto de investigación se elaboran diferentes fases, con el fin de guiar a la persona encargada de llevar a cabo el proyecto, en este caso un Terapeuta Ocupacional.

La duración total del proyecto es de 10 meses, comenzando en septiembre de 2014 y terminando en Junio de 2015. Son fechas abiertas a cualquier modificación que el centro vea oportuno.

A continuación se detalla en el cronograma expuesto la duración de cada fase y los objetivos de la misma:

Fase I:

1. Toma de contacto con el centro:

La investigadora realizará una primera toma de contacto con el centro elegido para el desarrollo del proyecto con el fin de concertar una cita y poder reunirse con la gerente y la terapeuta ocupacional del mismo.

Se presentará una hoja de información (**Apéndice V**) en donde se plasmará una breve información sobre el proyecto que se desea llevar a cabo, para formalizar el acuerdo.

A continuación se realizará una reunión con todos los profesionales miembros del equipo (Psicóloga, Logopeda, educador social, etc.) para explicar las características de dicho proyecto, y negociar su integración en la dinámica del centro.

Se recalcará la importancia del trabajo en equipo, se trabajará de una forma interdisciplinar.

2. Búsqueda de la mascota:

A través del trabajo en equipo, se llevará a cabo la selección de un voluntario y su mascota para el desarrollo del programa.

Los ítems que se tendrán en cuenta para dicha elección, vendrán marcados en una hoja prediseñada de elaboración propia (**Apéndice VI**).

Un perro que trabaje con personas mayores tiene que recoger unas determinadas características, tiene que ser aportar alegría, ser atento, cuidadoso con los movimientos y permanecer tranquilo y con un cierto grado de madurez que le permita soportar gritos y contactos fuertes. Además el perro debe ser paciente, capaz de esperar las respuestas verbales y físicas de algunas personas incapaces de reaccionar con agilidad o rapidez. Aunque el usuario no sea agresivo, el profesional o

técnico siempre tendrá que estar atento para prevenir cualquier maltrato hacia el animal.

Un cachorro, por su espontaneidad, por estar lleno de alegría y energía y por los sentimientos que incita, es una herramienta excelente para este colectivo.

La hoja puede ser cubierta por cualquier profesional del centro, teniendo el consenso en todo momento con el terapeuta ocupacional.

3. Revisión de historiales:

La revisión de las historias clínicas será el siguiente paso a seguir.

Esta fase se considera una de las más importantes, ya que nos aporta información relevante sobre muchos aspectos de la persona que nos interesa saber para cumplimentar los criterios de inclusión/exclusión:

- ✓ Diagnóstico.
- ✓ Fase actual de la enfermedad (leve, moderada o grave).
- ✓ Posibles alergias a los animales.
- ✓ Patologías que impidan el desempeño de la actividad.

Pero sobre todo la historia clínica nos aporta algo fundamental, la historia de vida de cada persona, sus gustos, intereses, aficiones, etc.

A partir de los datos obtenidos por el investigador, se procederá a organizar los grupos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión determinados con anterioridad.

Una vez elegidos todos los usuarios que formarán parte del programa, se procederá a repartir la hoja de información (**Apéndice VII**) y el consentimiento informado (**Apéndice VIII**) a los usuarios/familiares para noticiarles sobre la participación en el presente proyecto.

Fase II:

1. Organización y planificación de la intervención:

Las actividades que se desarrollaran durante el programa serán planificadas por el investigador y el terapeuta ocupacional del centro, llevándolas a cabo conjuntamente con el propietario de la mascota.

Las sesiones serán grupales con duración de 45 minutos, dos días por semana y durante 5 meses con posibilidad de prorrogar. La selección de los días se realizará en consenso con el centro y el voluntario según la disponibilidad existente de ambos.

Estudios aplican éste mismo formato o similar en personas con demencia, en cuanto a frecuencia y duración del programa, obteniendo resultados positivos. La planificación del mismo se basa en ello.¹¹

El investigador con la ayuda del Terapeuta Ocupacional del centro realizará las entrevistas semi-estructuradas y el cuestionario de calidad de vida EuroQol a los cuidadores/familiares al inicio del programa y tras su finalización con el fin de poder explorar si la familia/cuidadores han percibido la existencia de cambios (positivos/negativos) en el usuario y personalmente.

2. Intervención:

Por lo general las actividades se basarán en elementos cotidianos como pueden ser el peinado de la mascota, caricias, alimentación, juego con pelotas, etc.

Durante la intervención tanto el investigador como el terapeuta ocupacional del centro deberán permanecer atentos y recopilar datos significativos de su observación.

Las partes de la sesión se dividen en cuatro puntos generales:

- ✓ Presentación de la mascota a los miembros del grupo de forma general e individual.
- ✓ Presentación y realización de la actividad propuesta.
- ✓ Despedida de la mascota de forma general e individual.
- ✓ Recopilación por parte del terapeuta de todos los aspectos reseñables obtenidos durante la observación e interacción con los usuarios incluyendo las posibles incidencias que han podido suceder.

FASE III:

1. Recopilación de información

El investigador y el Terapeuta Ocupacional del centro tras la observación de la intervención, recopilarán la información obtenida, de forma conjunta, plasmando aspectos reseñables o incidencias que pudieran haber ocurrido.

Se transcribirán las entrevistas realizadas a los familiares mostrando los resultados obtenidos y extrayendo los datos destacables.

Tras la finalización del programa, el investigador realizará un informe final con los datos obtenidos y recopilados durante el desarrollo del mismo, redactando así las conclusiones finales sobre el presente proyecto, exponiendo si se han observados cambios tanto en los usuarios como en los familiares, tanto positivos como negativos, si se diera el caso.

FASES		2014				2015					
		Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1	Contacto con el centro										
	Búsqueda de la mascota										
	Revisión de historial										
2	Organización y planificación de la intervención										
	Intervención										
3	Recopilación de información										

Tabla IV. Cronograma. Elaboración propia

8. Aspectos éticos:

- ✓ Se seguirán las premisas de los Códigos éticos de la Terapia ocupacional.
- ✓ Hoja de información al usuario/participante del presente estudio de investigación junto a la hoja de Consentimiento informado. Ley gallega 3/2001.
- ✓ Se mantendrá en todo momento la confidencialidad y el anonimato de las personas participantes en el proyecto. Ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.
- ✓ LEY 10/2011, de 28 de noviembre, de acción voluntaria.
- ✓ Ley 1/1993, de 13 de abril, de protección de animales domésticos y salvajes en cautividad.
- ✓ Se acatarán en todo momento las normas de AFACO.

9. Plan de difusión de resultados

Los resultados obtenidos con el presente proyecto se publicarán en las siguientes revistas:

- ✓ American Journal of Occupational Therapy (AJOT). Factor de impacto en el año 2012: 0,723.
- ✓ Canadian Journal of Occupational Therapy. Factor de impacto en el año 2012: 0,688.
- ✓ British Journal of Occupational therapy. Factor de impacto en el año 2012: 1,096.
- ✓ Australian Occupational Therapy Journal .Factor de impacto en el año 2012: 0,723
- ✓ Revista de Terapia Ocupacional Galicia. TOG

Congresos:

- ✓ Congreso internacional de la sociedad gallega de Geriátrica y Gerontología (SGGG) que se celebra de forma anual.
- ✓ Congreso de Terapia y Educación Asistida por Animales de Compañía (TEAAC) de la fundación Affinity, que se celebra de forma anual.
- ✓ V Congreso Nacional de Alzheimer que se celebra anualmente.
- ✓ Annual meeting European Network of Occupational therapy in higher Education (ENOTHE).
- ✓ Congreso mundial de la federación mundial de terapeutas ocupacionales. (WFOT).

10. Financiación de la Investigación:

Teniendo en cuenta la situación económica por la que el país atraviesa, el costo de la investigación es mínimo y se intentará no incurrir en gastos adicionales.

En la siguiente tabla se mostrarán los recursos humanos y materiales necesarios, así como su cantidad y el coste previsto.

Tabla V. Recursos necesarios. Elaboración propia

RECURSOS NECESARIOS				
		CANTIDAD	DISPONIBLE	PRECIO
INFRAESTRUCTURA	Local acondicionado	1	Si	0€
RECURSOS HUMANOS	Terapeuta Ocupacional	2	Solo uno	1.209€
	Voluntario con mascota	1	No	0€
RECURSOS MATERIALES	Material de oficina (folios, bolígrafos, etc.)	Varios	Si	15€
	Impresora	1	Si	0€
	Tinta	1 cartucho	Si	30€
OTROS GASTOS	Suscripciones a congresos	5	No	1200€
Total				2.454€

11. Fuentes de financiación de la investigación:

Tabla VI. Fuentes de financiación. Elaboración propia

TIPO DE FUENTE	ORGANISMO	AYUDA
FUENTE PÚBLICA	Ministerio de Economía y Competitividad	Programa estatal de investigación Desarrollo e Innovación orientada a los retos de la sociedad
	Xunta de Galicia	Plan Gallego de Investigación, Innovación y crecimiento 2011-2015
	CSIC	Becas de introducción a la investigación para estudiantes universitarios
FUENTE PRIVADA	BBVA	Proyectos de investigación relacionados con enfermedades neurodegenerativas
	Mutua Madrileña	Ayudas a la investigación

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas las personas que directa o indirectamente han hecho posible que haya llegado hasta aquí.

APÉNDICES

Apéndice I. Entrevista semi-estructurada

ENTREVISTA PREPROGRAMA

Buenos días, el motivo de la presente entrevista es para que me pueda aportar información sobre el comportamiento, actitudes, participación, comunicación y aspectos reseñables que últimamente observe de su familiar, tanto positivos como negativos.

A continuación le realizaré una serie de preguntas, si ve conveniente no contestar, estará en su derecho, en caso de responder, por favor, lo haga con total sinceridad.

1. Expóngame de forma esquemática un día de la vida de su familiar.
2. ¿Conoce si existe alguna actividad que se realice en el centro o no, que sea o pueda ser de interés para su familiar?
3. Existe alguna actividad que no se realice en el centro y que considera que beneficiaría a su familiar?
4. ¿Conoce cómo es la participación de su familiar en estos momentos con los demás usuarios del centro y con el grupo en general?
5. ¿Cómo se comporta a la hora de venir para el centro de día?
6. ¿Y cuando regresa a casa?
7. Padece su familiar de alteraciones conductuales. Si la respuesta es afirmativa indique con que regularidad se produce.
8. ¿Padece de insomnio o tiene problemas para dormir?
9. ¿De qué forma ha afectado la enfermedad de su familiar a su vida o calidad de vida?
10. ¿Qué le parece la realización de un programa de Actividades Asistidas con Animales en el centro y que su familiar vaya a participar?

Apéndice II. Entrevista semi-estructurada

ENTREVISTA POSPROGRAMA

Buenos días, el motivo de la presente entrevista es para que me pueda aportar información sobre el comportamiento, actitudes, participación, comunicación y aspectos reseñables que últimamente observe de su familiar, tanto positivos como negativos.

A continuación le realizaré una serie de preguntas, si ve conveniente no contestar, estará en su derecho, en caso de responder, por favor, lo haga con total sinceridad.

1. Expóngame de forma esquemática un día de la vida de su familiar.
2. ¿Conoce si existe alguna actividad que se realice en el centro o no, que sea o pueda ser de interés para su familiar?
3. Existe alguna actividad que no se realice en el centro y que considera que beneficiaría a su familiar?
4. ¿Conoce cómo es la participación de su familiar en estos momentos con los demás usuarios del centro y con el grupo en general?
5. ¿Cómo se comporta a la hora de venir para el centro de día?
6. ¿Y cuando regresa a casa?
7. Padece su familiar de alteraciones conductuales. Si la respuesta es afirmativa indique con que regularidad se produce.
8. ¿Padece de insomnio o tiene problemas para dormir?
9. Considera que tras la realización de dicho programa durante los último 5 meses ha aportado beneficios a su familiar y a usted personalmente? Si la respuesta es afirmativa, por favor indíqueme en qué aspectos cree que ha beneficiado.
10. ¿Qué le ha parecido la realización del programa de Actividades Asistidas con Animales en el centro y que su familiar haya participado?, ¿Le gustaría que el programa pudiese continuar?

Cuestionario EuroQol

Marque con una cruz como ésta X la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar ⑨
- Tengo algunos problemas para caminar ⑨
- Tengo que estar en la cama ⑨

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal ⑨
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo ⑨
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo ⑨

Actividades de Todos los Días (trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días ⑨
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días ⑨
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días ⑨

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar ⑨
- Tengo moderado dolor o malestar ⑨
- Tengo mucho dolor o malestar ⑨

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a ⑨
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a ⑨
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a ⑨

Mejor estado
de salud
imaginable

100



9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Peor estado
de salud
imaginable

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Su estado
de salud
hoy

Como las respuestas son anónimas, la información personal que le pedimos a continuación nos ayudará a valorar mejor las respuestas que nos ha dado.

1. ¿Tiene usted experiencia en enfermedades graves?

(conteste a las tres situaciones)

	Sí	No
en usted mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en el cuidado de otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

2. ¿Cuántos años tiene?

3. Es usted:

Varón	Mujer
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

4. Es usted:

fumador	<input type="radio"/>
ex-fumador	<input type="radio"/>
nunca ha fumado	<input type="radio"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

5. ¿Trabaja o ha trabajado en servicios de salud o sociales?

Sí	No
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

Si ha contestado sí, en calidad de qué?.....

6. ¿Cuál es su principal actividad actual?

empleado o trabaja para si mismo	<input type="radio"/>
retirado o jubilado	<input type="radio"/>
tareas domésticas	<input type="radio"/>
estudiante	<input type="radio"/>
buscando trabajo	<input type="radio"/>
otros (por favor especifique)	<input type="radio"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

7. ¿Nivel de estudios completados?

Leer y escribir	<input type="radio"/>
Elemental, intermedia	<input type="radio"/>
Secundaria, vocacional	<input type="radio"/>
Universidad	<input type="radio"/>

POR FAVOR
PONGA UNA CRUZ
EN LA CAJITA

8. Si conoce su código postal, por favor escríbalo aquí:

Apéndice V. Hoja de información al centro



Hoja de información al centro

Beatriz Pereira Piñeiro, con DNI 78800131-s, solicita realizar el Trabajo Fin de Grado (TFG) correspondiente al plan de estudios del Grado en Terapia Ocupacional en el centro de día del Barrio de las flores perteneciente a AFACO, en A Coruña, cuyo título es **“BENEFICIOS DE LAS ACTIVIDADES ASISTIDAS CON ANIMALES EN DEMENCIAS EN FASES MODERADAS-GRAVES”**, siendo tutorizada por la universidad y por la terapeuta ocupacional Elena Viqueira Rodríguez.

El objetivo del estudio es diseñar un programa de intervención basado en AAA con el fin de conseguir una mejora de la calidad de vida de las personas con demencia en fases moderadas y graves, y la de sus cuidadores/familiares.

Se garantizará la confidencialidad de los datos personales en todo el proceso, amparándonos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Firma del centro

Firma de la investigadora

Entrevista voluntariado/mascota:

Información de la persona voluntaria:

- Nombre y Apellidos:
- Edad:
- Residencia actual:
- Profesión/estado actual:
- Teléfono:
- Email:
- Días y horarios disponibles:

Otros datos:

Información de la mascota

- Nombre:
- Raza:
- Sexo:
- Edad:
- Información sanitaria:
 - Vacunas
 - Enfermedades (anteriores y actuales)
- Actitud (existencia de episodios de agresividad, pasivo/activo, etc.)

Otros datos:

Proyecto de investigación. Documento Informativo

“Beneficios de las Actividades Asistidas con Animales (AAA) en personas con demencia moderada y grave”

Investigadora: Beatriz Pereira Piñeiro. Alumna de cuarto de Terapia Ocupacional de la facultad de A Coruña.

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro persistente y progresivo de las funciones cerebrales superiores (memoria, lenguaje, orientación, cálculo o percepción espacial, entre otras). Dicho deterioro conlleva una pérdida de la autonomía del enfermo, que se va haciendo cada vez más dependiente de los demás, así como un detrimento de la actividad social, laboral y de ocio.

Los tratamientos no farmacológicos han demostrado a lo largo de los últimos años su efectividad, siendo intervenciones que, con pequeñas inversiones, benefician al usuario y retrasan su institucionalización, permitiendo la mejora cognitiva, mayor autonomía para las ABVD, influyendo sobre las alteraciones conductuales y repercutiendo en la calidad de vida del paciente y de su cuidador.

Con este estudio cualitativo de tipo fenomenológico que se realizará por medio de la observación y la entrevista semiestructurada, se pretende explorar los beneficios sobre la calidad de vida que las AAA aportan a las personas con demencias en fases moderadas y graves y a sus cuidadores/familiares.

Su participación/la de su familiar en el mencionado estudio es **totalmente voluntaria**. Si decide participar, ha de saber que el tratamiento, comunicación y cesión de datos se realizará conforme lo dispuesto en la

Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Cualquier duda que pueda surgirle será solventada por la investigadora.

Si decide participar deberá firmar el consentimiento informado que se le adjunta a esta información y entregarlo a la investigadora responsable.

Muchas gracias por su colaboración

Apéndice VIII. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Manifiesto

Que a fecha ___/___/___ fui informado/a por la investigadora Beatriz Pereira Piñeiro sobre el proyecto que se va llevar a cabo. He podido aclarar dudas sobre el estudio y comprender las condiciones del mismo.

Comprendí toda la información proporcionada y mis dudas fueron aclaradas satisfactoriamente.

Consiento

Libremente mi conformidad para participar/mi familiar participe en el estudio a la investigadora responsable del proyecto, para que utilice mis datos/los de mi familiar en las condiciones señaladas en la hoja de información, teniendo en cuenta que mi participación/la participación de mi familiar es de forma voluntaria y no remunerada, pudiendo revocar en cualquier momento el consentimiento.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del usuario/cuidador

Firma de la investigadora

*** Decido REVOCAR el consentimiento para la realización del procedimiento referido en este documento.**

Firma del usuario/cuidador

Firma de la investigadora