



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**Facultade de Ciencias da Saúde**

**Grao en Terapia Ocupacional**

Curso académico 2018-2019

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Programa de estimulación multisensorial  
dende a Terapia Ocupacional dirixido ás  
persoas con demencia: Repercusións sobre o  
coidador principal.**

**Lucía Manteiga López**

**Xuño 2019**

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

**Directores do Traballo de Fin de Grao:**

**M<sup>a</sup> Pilar Marante Moar:** Terapeuta Ocupacional. Profesora Asociada da Facultade de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.

**José Carlos Millán Calenti:** Catedrático de Medicina (Geriatría y Gerontología). Departamento de Fisioterapia, Medicina y Ciencias Biomédicas. Facultade de Ciencias da Saúde. Universidade de A Coruña.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

## **ÍNDICE:**

<b>RESUMO</b> .....	7
<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>1. INTRODUCCIÓN.</b> .....	9
1.1. O avellentamento da poboación. ....	9
1.2. Deterioro cognitivo e demencias. ....	10
1.3. A figura do cuidador principal. ....	12
1.4. A sobrecarga do cuidador principal. ....	14
1.5. Emprego dos tratamentos non farmacolóxicos. ....	14
1.6. O uso da Estimulación Multisensorial. ....	15
1.7. A implementación da EMS integrada 24 horas no coidado. ....	16
1.8. Bibliografía máis relevante. ....	17
<b>2. HIPÓTESE.</b> .....	21
<b>3. OBXECTIVOS E XUSTIFICACIÓN.</b> .....	23
<b>4. METODOLOXÍA.</b> .....	27
4.1. Filosofía de traballo. ....	27
4.2. Abordaxe metodolóxico. ....	27
4.3. Ámbito de estudo. ....	27
4.4. Entrada ao campo de estudo. ....	28
4.5. Criterios de inclusión e exclusión para a selección da mostra. ....	28
4.6. Procura bibliográfica. ....	29
4.7. Mostra. ....	31
4.8. Técnicas de recollida da información: ....	32
4.9. Procedemento de intervención. ....	38
4.10. Análisis estadístico. ....	41
4.11. Fortalezas e limitacións do estudo. ....	41
<b>5. PLAN DE TRABALLO</b> .....	42
<b>6. ASPECTOS ÉTICOS.</b> .....	43
<b>7. PLAN DE DIFUSIÓN DOS RESULTADOS</b> .....	45
7.1. Congresos. ....	45
7.2. Revistas. ....	46
<b>8. FINANCIAMENTO DA INVESTIGACIÓN</b> .....	47
8.1. Presuposto. ....	47

8.2. Fontes de financiamento .....	49
<b>9. AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>51</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>53</b>
<b>11. APÉNDICES.....</b>	<b>57</b>
11.1. Apéndice I: Mini-Mental State .....	57
11.2. Apéndice II: Neuropsychiatric Inventory Nursing Home .....	59
11.3. Apéndice III: Global Deterioration Scale .....	61
11.4. Apéndice IV: Functional Assessment Staging .....	65
11.5. Apéndice V: Cuestionario socio-demográfico sanitario .....	67
11.6. Apéndice VI: Escala Zarit .....	71
11.7. Apéndice VII: Severe Mini-Mental State .....	73
11.8. Apéndice VIII: Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale .....	75
11.9. Apéndice IX: Cuestionario de satisfacción.....	77
11.10. Apéndice X: Folla informativa .....	79
11.11. Apéndice XI: Autorización de Tratamento e Cesión de datos persoais.....	83

## RESUMO

Propóñese a implementación dun proxecto baseado na estimulación multisensorial (EMS) integrada no coidado as 24 horas. Os destinatarios serán todas aquelas persoas maiores de 65 anos do concello de Mesía que presenten demencia en estadio moderado/grave, e os seus cuidadores principais. As estadísticas mostran que a demencia é unha das principais causas de discapacidade e de dependencia nas persoas maiores, asociándose esta patoloxía con altas taxas de morbilidad e mortalidade. A inexistencia de servizos especializados para estes colectivos desemboca nunha situación de institucionalización e repercute de maneira indirecta na calidade de vida tanto do cuidador principal como da propia persoa maior.

**Metodoloxía:** Realizouse un estudo prospectivo, descritivo e cuasi-experimental.

**Palabras clave:** EMS integrada no coidado as 24 horas, demencia, persoas maiores, rural, cuidador principal.

## RESUMEN

Se propone implementar un proxecto baseado en la estimulación multisensorial (EMS) integrada en el cuidado las 24 horas. Los beneficiarios serán todas aquellas personas mayores de 65 años del municipio de Mesía que presenten demencia en etapa moderada/grave, y su cuidador principal. Las estadísticas muestran que la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia en las personas mayores, asociándose esta patología con altas tasas de morbilidad y mortalidad. La falta de servicios especializados para estos colectivos conduce a una situación de institucionalización y repercute de manera indirecta en la calidad de vida tanto del cuidador principal como de la persona mayor.

**Metodología:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y cuasi-experimental.

**Palabras clave:** EMS integrada en el cuidado las 24 horas, demencia, personas mayores, rural, cuidador principal.

## **ABSTRACT**

It is proposed to implement a project based on multisensory stimulation (EMS) integrated into care 24 hours. The receivers will be all people over 65 of the municipality of Mesía who present dementia at moderate / severe stage, and their main caregiver. The statistics show that dementia is one of the main causes of disability and dependency in the elderly, associating with this pathology high morbidity and mortality rates. The lack of specialized services for these groups leads to a situation of institutionalization and has an indirect impact on the quality, both the caregiver and the elderly.

**Methodology:** A prospective, descriptive and quasi-experimental study was carried out.

**Keywords:** MMSE integrated in 24-hour care, dementia, elderly people, rural, caregiver.



## **1. INTRODUCCIÓN.**

### **1.1. O avellentamento da poboación.**

O avellentamento da poboación e o declive demográfico actual son retos a nivel global. Tanto no caso de España como de Galicia, conforman fenómenos sociais e multidimensionais que están presentes e que modifican o funcionamento e a estrutura da sociedade.

As cifras de poboación española sitúanse arredor dos 46.733.038 habitantes, sendo 8.657.705 habitantes maiores de 65 anos, é dicir, o 18,6% da poboación total.<sup>1</sup>

Algunhas fontes estiman que no ano 2050, máis do 32% da poboación total será maior de 65 anos, mentres que o 12,8% destes terán máis de 80 anos.<sup>2</sup>

Este avellentamento da poboación xerará un reto a nivel social, económico e sanitario. Dito factor repercute directamente no aumento da poboación dependente e, por tanto, no declive da calidade de vida deste colectivo. Con isto, destacar o factor cultural da sociedade española en relación ao coidado. Esta ocupación principalmente realízase no seo familiar, vendose máis arraigado no ámbito rural.<sup>2,3</sup>

Galicia é unha comunidade pequena constituída por 2.772.928 habitantes. O 22,5% deste colectivo son persoas maiores de 65 anos (632.377 hab)<sup>4</sup>. Adicionalmente, o avellentamento nos entornos rurais acentúase debido ao éxodo rural actual e a emigración cara as cidades. As novas xeracións parten cara os núcleos urbanos na busca de oportunidades formativas e laborais, as cales son inexistentes ou limitadas no medio do que proceden. Con isto, aínda que avellentamento é un factor global, acentúase a súa presenza nos entornos rurais.

O resultado final reflexa unha situación de illamento e falta de medios debido a pouca poboación e a dispar distribución dos recursos. Ademais, actualmente nos medios rurais descoñécese o número de persoas

dependentes, o seu grao e, polo tanto, as súas características e necesidades.<sup>5</sup>

## **1.2. Deterioro cognitivo e demencias.**

O deterioro cognitivo (DC) pode definirse como a alteración dalgunhas funcións mentais, tales como a memoria, a orientación, a conducta, a linguaxe ou o recoñecemento visual. Estas alteracións interfieren de maneira significativa nas actividades diarias e na interacción social da persoa afectada coa comunidade.<sup>6</sup>

O deterioro cognitivo asociado a idade (DCAE), chamando comunmente perda da memoria asociada a idade (PMAE), é un trastorno benigno e moi común nas persoas maiores que polo xeral se pode atopar vinculado cun avellentamento normal. Unha das principais dificultades atópase aquí, á hora de diferenciar un avellentamento patolóxico do non patolóxico.<sup>7,8</sup>

O estadio superior ao DCAE sería o deterioro cognitivo leve (DCL) definido por Petersen et al.<sup>8</sup> como unha “fase transicional, progresivamente dexenerativa, da cognición que en ocasións pode preceder a un proceso de demencia”.

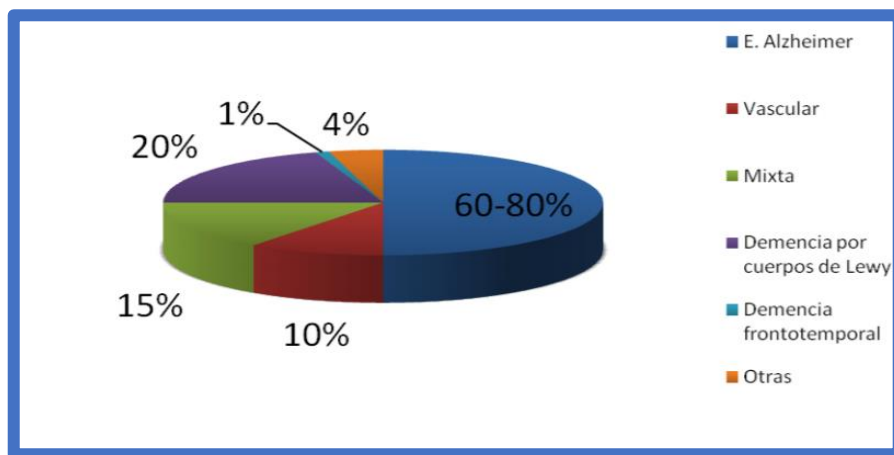
Neste contexto, unha das principais complicacións ás que se enfrentan e enfrentarán as actuais sociedades, é a forma na que se responde ás patoloxías dexenerativas cada vez máis frecuentes. No seo destas patoloxías, destacar as demencias. Tal é a súa severidade e magnitude que xa no ano 2012, a OMS considerou as demencias como unha prioridade para a saúde pública, precisando adaptar ou diseñar recursos específicos que permitan responder adecuadamente ás necesidades de dita poboación.<sup>9, 10</sup>

A demencia trátase dun síndrome clínico caracterizado por un deterioro persistente e adquirido das funcións cerebrais superiores (memoria, linguaxe, orientación, percepción espacial, cálculo, entre outras). Este deterioro leva consigo un detrimento na autonomía da persoa, que desemboca no feito de que cada vez se vai facendo máis dependente, así

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o coidador principal.

como unha diminución da actividade social, laboral e de ocio tanto no usuario como no seu coidador.<sup>11</sup>

Se temos en conta a etioloxía, a enfermidade de Alzheimer (EA) é, con diferenza, a causa de demencia máis frecuente (60-80%); en segundo lugar sitúase a demencia mixta; e posteriormente a demencia vascular. Seguida a esta, podemos atopar a demencia por corpos de Lewy, a demencia asociada a enfermidade de Parkinson, a demencia frontotemporal e as demencias secundarias (ver Figura 1).<sup>11-13</sup>



**Figura 1. Prevalencia dos diferentes tipos de demencia.**

**Fonte: Impacto social da enfermidade de Alzheimer e outras demencias; Fundación española de enfermidades neurolóxicas.**

As estadísticas mostran que a demencia é unha das principais causas de discapacidade e de dependencia nas persoas maiores, asociándose con esta patoloxía taxas de morbilidade e mortalidade altas. Ademáis, en España cabe destacar a existencia dun chamativo infradiagnóstico dos casos de demencia sobre todo nos estádios leves, e nos medios rurais. Según o informe mundial sobre o Alzheimer 2018, publicado por Alzheimer's Disease International; estimase que en torno a 50 millóns de persoas presentan demencia no mundo. Se a tendencia do avellentamento e as cifras de incidencia permanecen estables, no ano 2050 as taxas de demencia situaríanse en torno aos 152 millóns de persoas; ver Táboa 1.<sup>11</sup>

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

	Poboación Total	Maiores de 65 anos	Pacientes con Demencia
<b>2001</b>	41.116.842	6.796.936	407.816
<b>2004</b>	43.197.684	7.184.921	431.000
<b>2030*</b>	50.878.142	9.900.000	594.460
<b>2050*</b>	53.159.991	16.387.874	983.272

\*Estimados para os anos 2030 e 2050.

**Táboa 1. Datos de poboación: maiores de 65 anos e pacientes con demencia.**

**Fonte: Instituto Nacional de Estadística (INE).<sup>1</sup>**

Cando falamos dos síntomas comportamentais e psicolóxicos asociados ás demencias (SCPD), referímonos a todos aqueles *“signos e síntomas de comportamento perturbado, humor, pensamento ou percepción. Esta serie de trastornos, a axitación, a depresión, a alegría, os delirios e as alucinacións, atópanse fortemente relacionados entre sí.”*<sup>3,12</sup>

As persoas con demencia poden presentar diversos tipos de SCPD: psicose, agresión, axitación psicomotora, depresión e apatía. Realizáronse varios estudos sobre a prevalencia onde se reflexa que entre o 58% e o 100% das persoas con demencia, cursan con polo menos un dos cinco síntomas.<sup>12,14</sup>

A aparición de SCPD é unha das causas de institucionalización máis frecuentes deste colectivo, sendo tamén unha causa de sobrecarga da figura do cuidador. A dificultade engadida do manexo dos SCPD deriva moitas veces na necesidade de tratamento farmacolóxico que, na maioría das ocasións provocará un declive na condición de saúde e no benestar na persoa.

### **1.3. A figura do cuidador principal.**

Considerase un cuidador á aquela persoa que durante un período de tempo prolongado, atende a outra persoa a cal presenta un deterioro funcional e/ou cognitivo.<sup>15</sup>

Dentro da figura do cuidador, é necesario diferenciar o cuidado formal do informal.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

O coidado formal pode definirse como todas aquelas *“accións que un profesional oferta de maneira especializada, e que vai máis alá das capacidades que poseen as persoas para coidar de sí mesmas ou dos demais.”*<sup>15</sup> Existen dous tipos de coidado formal: o garantizado polas institucións públicas e o contratado directamente polas familias.

Por outra banda, o concepto do coidado informal refírese a un tipo de *“apoio que se caracteriza porque é desenvolto por persoas da mesma rede social do receptor do coidado, e, realízase de forma voluntaria.”*<sup>15</sup> O pasado 29 de marzo, o DOG publicou a Orde da consellería de política social do 26 de marzo de 2019 pola que se modifica a Orde do 2 de xaneiro de 2012 de desenvolvemento do decreto 15/2010, do 4 de febreiro. Neste decreto régúlase o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e o dereito ás prestacións do Sistema de autonomía e atención á dependencia. Entre as libranzas que rexistran modificacións, atópase o incremento do 10% na libranza para coidados no contorno familiar.<sup>16</sup>

No momento no que unha persoa do propio núcleo familiar se atopa nunha situación de dependencia, habitualmente a labor do coidado soe recaer nalgún familiar.

Esta figura do cuidador principal soe coincidir co perfil de muller (83,6%), de idade media (53 anos), ama de casa (52%), parentesco principal; filla (50%), cónxuxe ou compañeira (12%). Estes datos foron extraídos tras a realización dun estudo do Centro de Investigacións Sociolóxicas.<sup>15</sup> Casi a metade das persoas con demencia e que viven nos seus fogares, son coidados por un familiar. Zarit refírese a estas figuras como as *“víctimas ocultas”* do coidado. Cando falamos do entorno rural, nalgúns casos a dispoñibilidade dos apoios formais é limitada e, por tanto, este factor pode contribuír notablemente ao grao de sobrecarga do cuidador principal. Como resultado final, prodúcese un aumento de consecuencias físicas, psíquicas, sociais e incluso económicas produto da percepción da saúde.<sup>17-19</sup>

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

Un feito notable a destacar, é que na maior parte dos lugares rurais non hai suficientes programas de intervención que pretendan mellorar a calidade de vida dos cuidadores informais.<sup>20</sup>

#### **1.4. A sobrecarga do cuidador principal.**

O feito de coidar e prestar asistencia ás persoas con demencia que presentan SCPD, relaciónase cunha merma da calidade de vida. Os cuidadores presentan unha sobrecarga obxectiva en relación ao tempo, o cal repercute nos diferentes ámbitos: social, laboral, de saúde e familiar. O estrés asociado ao coidado dunha persoa con demencia en ocasións pode relacionarse cun deterioro da saúde física, da morbilidad psiquiátrica e cunha peor calidade de vida.<sup>21</sup>

Dentro da saúde psíquica, é necesario destacar a alta prevalencia dos síntomas depresivos e o distrés psicolóxico que se xera neste colectivo. Destacar tamén que entre un 18% e un 35% dos cuidadores informais perciben a súa saúde como regular ou mala.<sup>21,22</sup>

Por isto, é necesario que existan programas, proxectos, intervencións que apoiem e velen polo coidado das persoas con demencia pero tamén polos seus cuidadores.

É preciso garantirilles unha boa saúde mental, ofrecerlles uns servizos, uns apoios e deste xeito, evitar as situación de sobrecarga.

#### **1.5. Emprego dos tratamentos non farmacolóxicos.**

As actuais opcións existentes á hora de tratar os BPSD son as terapias farmacolóxicas(TF) ou as terapias non farmacolóxicas (TNF).

As TNF pódense definir como *“calquera intervención non química, teóricamente sustentada, focalizada e replicable, realizada sobre o paciente ou o cuidador e potencialmente capaz de obter un beneficio relevante.”*<sup>23</sup> Abarcan un amplo rango de estratexias de intervención cuxo obxectivo é mellorar a calidade de vida do usuario, retrasar a institucionalización e reducir a carga do cuidador principal.<sup>23</sup> Aínda que as

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

TNF diferencian na súa filosofía e metodoloxía, unha boa praxis sempre utilizará un foco centrado no usuario, nas súas necesidades e intereses.

Numerosas organizacións médicas e sociedades profesionais sanitarias recomentan empregan en primeiro lugar as TNF no tratamento dos SPCD. Unicamente se aconsella o emprego de fármacos en casos de que exista un importante perigo, dor, ou se a natureza e a intensidade dos síntomas así o requiren. A eficacia e a aplicación das TNF fundaméntase no concepto da neuroplasticidade.

Na destrución de neuronas que se produce na EA ou en calquer outra demencia, o cerebro, cunha estimulación apropiada encárgase de crear novas conexións neuronais co obxectivo de manter o máximo tempo posible as funcións superiores. Cabe destacar a importancia de traballar a neuroplasticidade sobre todo nas fases leve e moderada das demencias para así, retrasar o avance de dita patoloxía.<sup>24-26</sup>

A musicoterapia, a aromaterapia, o masaxe e a estimulación multisensorial (EMS) son técnicas recomendadas polo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) no manexo dos SPCD.<sup>27,28</sup>

En canto as TF, non se mostrou ata o momento a súa eficacia no abordaxe do deterioro cognitivo senón, no tratamento dos SPCD. Sen embargo, o emprego de fármacos relaciónase con notables efectos adversos e interaccións farmacolóxicas. Por isto, os TNF se deben considerar como os tratamentos de primeira liña.<sup>14, 28, 29.</sup>

### **1.6. O uso da Estimulación Multisensorial.**

A estimulación multisensorial (EMS) fai referencia a todas aquelas estraxetexias que estimulan os sentidos primarios e nas que se emprega *“o ambiente físico e social externo que rodea á persoa e no que se producen as ocupacións cotiás do día a día”*.<sup>28,30,31</sup>

Esta técnica inicialmente desenvolveuse nos Países Baixos, en concreto en Holanda, pero estendeuse rápidamente ao resto de Europa, sobre todo ao Reino Unido entre os anos 1980 e 1990. O obxectivo final desta técnica

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

é proporcionar unha experiencia multisensorial individualizada, agradable e de relaxación sen a necesidade de recurrir aos procesos cognitivos superiores tales como a memoria ou o aprendizaxe. <sup>28, 31-35</sup>

Moitos autores, falan de Snoezelen e de EMS indistintamente, sen embargo, cabe destacar que as técnicas de EMS refírense a un proceso ou un enfoque que vai máis alá dunha determinada habitación/sala ou equipamento específico. Unha vez comprendido o proceso, a implementación do mesmo poderase levar a cabo de maneira creativa. <sup>28, 36</sup>

### **1.7. A implementación da EMS integrada 24 horas no coidado.**

A EMS integrada no coidado as 24 horas pódese definir como unha estratexia de intervención psicosocial que combina un enfoque centrado na persoa coa integración dos estímulos sensoriais primarios, na atención diaria das persoas. Esta técnica está dirixida sobre todo a usuarios con demencia grave ou moderada. <sup>35</sup>

O coidado centrado na persoa baséase nunha visión humanista e na importancia das interaccións. Na EMS 24 horas búscase a implementación de estímulos individualizados e significativos para cada persoa. Para iso, é necesario coñecer as circunstancias persoais de cada un, o seu estilo de vida, as vivencias, as preferencias, os desexos e ter en conta o factor cultural. En canto a metodoloxía, consiste en averiguar inicialmente o estímulo de preferencia do usuario, e para iso, emprégase a observación e realízase unha anamnesis coa familia. <sup>31-35</sup>

Unha literatura cada vez maior indica que a calidade da relación entre cuidadores-usuario atópase estreitamente relacionada tanto coa sobrecarga do cuidador como cos síntomas do usuario. O declive da comunicación verbal e non verbal nas demencias, pode xerar situacións de frustración entre o cuidador e o usuario, aínda así, considerase de gran importancia que ambos continúen comunicados a pesar das dificultades que supuxo a evolución da enfermidade. A EMS 24 horas é unha



Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

ferramenta que facilita a comunicación coas persoas con demencia xa que non se requiren as capacidades intelectuais.<sup>35,36</sup>

Mediante o emprego desta técnica búscase fomentar unha relación de coidados positiva, reducir o estrés do cuidador e por conseguinte, mellorar a súa calidade de vida.

### **1.8. Bibliografía máis relevante.**

1. Instituto Nacional de Estadística. Cifras INE [sede Web]. [Data de acceso: 06/04/2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
2. Cruz F, González M, Pino J, Oliva J y Sampedro R. La población rural de España: De los desequilibrios a la sostenibilidad social (27). Barcelona: Fundación "la Caixa". 2009.
3. De Andrés S, de Lima Maestro R. Critical Analysis of Government vs. Commercial Advertising Discourse on Older Persons in Spain. *Comunicar*. 2014; 21(42): 189-197.
4. Instituto Galego de Estadística. Cifras IGE [sede Web]. [Da data de acceso: 06/04/2019]. Disponible en: <http://www.ige.es/>
5. Consejo Económico y Social. El Medio Rural y su Vertebración Social y Territorial (1ª Ed) Madrid: Lerko print S.A; 2018.
6. Casanova P, Casanova C. Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004; 20 (5-6).
7. Moreno M. Como cuidar un enfermo en casa. Colombia: Manual Moderno. 2005; 3-160.
8. Petersen RC. Marcadores neuropsicológicos del deterioro cognitivo ligero en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer. En: Martínez Lage JM, Khachaturian ZS (coord.) *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*. Barcelona: Masson. 2001; 219-228.
9. Llibre J, Guerra M. Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2002; 18(4): 264-269.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

10. Cheng H, Huang M, Yeh Y, Huang W, Chen C. Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*. 2014; 15(1): 20-25.
11. Patterson C. Informe mundial sobre el Alzheimer 2018. La investigación de vanguardia sobre la demencia: Nuevas fronteras. 2018; 48.
12. Olazarán J, Agüera L, Muñiz R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*. 2012; 55: 598-608.
13. González V, Martín C, Martín M, González M, García de Blas F, Riu S. La enfermedad de Alzheimer. *Semergen*. 2004; 30(1): 18-33.
14. Verkaik R, van Weert JCM, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20(4): 301–14.
15. Malonebeach EE, Zarit SH. Current research issues in caregiving to the elderly. *Int J Aging Hum Devel*. 1991; 32: 103-114.
16. Circular Informativa nº 1 do 2 de abril de 2019 sobre novidades xurdidas en materia de dependencia. Dirección xeral de maiores e persoas con discapacidade Xunta de Galicia.
17. IMSERSO. Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Colección Estudios Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO; 2005.
18. Hébert R, Bravo G, Prévile M. Reliability, Validity and Reference Values of the Zarit Burden Interview for Assessing Informal Caregivers of CommunityDwelling Older Persons with Dementia. *Can J Aging*. 2000; 19(4): 494-507.
19. Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. Nueva York: Nueva York University Press; 1985.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

20. Lorenzo T, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Maseda A. Caracterización de un colectivo de cuidadores informales de acuerdo a su percepción de salud. *Aposta*. 2014; 62: 1-20.
21. González-Abraldes I. El neuroticismo y la extraversión de los cuidadores de personas con demencia como factores moduladores de la sobrecarga asistencia. [sede Web] A Coruña: 2012 [data de acceso: 20/04/2019] Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/10041>
22. Schulz R, O'Brien AT, BookalJ, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of Alzheimer's disease caregiving: Prevalence, correlates and causes. *Gerontologist*. 1995; 35: 771-791.
23. García-Alberca JM. Terapias no farmacológicas en Alzheimer. *Mente y Cerebro*. 2016; 81: 50-57.
24. Muñiz R, Olazarán J. Mapa de Terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. Guía de iniciación Técnica para Profesionales. Salamanca: Fundación María Wolff y el International Non Pharmacological Therapies Project; 2009.
25. García E. Intervenciones no farmacológicas. Musicoterapia en personas con demencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
26. Muñoz B. Terapias no farmacológicas para los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. *Rev.Astur.Ter*. 2018; 13:1-12.
27. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2012.
28. Marante P. Intervención no farmacológica a través de la estimulación multisensorial en personas mayores con deterioro cognitivo. [sede Web] A

Coruña: 2012 [data de acceso: 20/04/2019]. Dispoñible en: <http://hdl.handle.net/2183/15793>

29. Finnema E, Dröes RM, Ribbe M, Van Tilburg W. The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literatura. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15(2): 16-140.

30. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.) *Am J Occup Ther*. 2008; 62(1): 625-683.

31. Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PMM, Ribbe MW, Bensing JM. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53(1): 24–33.

32. Padilla R. Effectiveness of Environment-Based interventions for people with Alzheimer´s disease and related dementias. *Am J Occup Ther*. 2011; 65(5): 514-522.

33. Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PMM, Ribbe MW, Bensing JM. The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. *Int Psychogeriatr*. 2005; 17(3): 407-427.

34. Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PMM, Ribbe MW, Bensing JM. Effects of Snoezelen, integrated in 24-h dementia care, on nurse-patients communication during morning care. *Patient Educ Couns*. 2005; 58 (3): 312-362.

35. Weert JCM van, Janssen, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PMM, Ribbe MW, Bensing JM.. Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *J Adv Nurs*. 2006; 53(6): 656–668.

36. Baker R, Bell S, Baker E, Gibson S, Holloway J, Pearce R, et al. A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *Br J Clin Psychol*. 2001; 40(1): 81-96.

## **2. HIPÓTESE**

A hipótese plantexada neste proxecto é que *“a intervención mediante técnicas de EMS integrada no coidado as 24 horas, axuda a manter o desempeño ocupacional das persoas maiores que presentan trastornos psicolóxicos e conductuais; diminuíndo a sobrecarga e mellorando a calidade de vida dos cuidadores”*.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

### **3. OBXECTIVOS E XUSTIFICACIÓN.**

Dacordo coa metodoloxía do traballo, distinguiremos entre os obxectivos dirixidos ás persoas maiores e os obxectivos dirixidos aos cuidadores

#### *Persoas maiores*

##### **Obxectivo principal:**

- ❖ Determinar os posibles beneficios das técnicas de EMS integradas no coidado, no desempeño ocupacional das persoas maiores.

##### **Obxectivos secundarios:**

- ❖ Analizar os posibles beneficios no nivel cognitivo, conductual e funcional das persoas maiores tras realizar unha intervención de EMS integrada no coidado.
- ❖ Dar a coñecer a disciplina da Terapia Ocupacional (TO) no ámbito rural e ao mesmo tempo, crear a necesidade desta figura.
- ❖ Coñecer e analizar os recursos físicos, sociais, institucionais e materiais que actualmente existen no Concello de Mesía.

#### *Cuidadores*

##### **Obxectivo principal:**

- ❖ Disminuír a sobrecarga do cuidador principal.

##### **Obxectivo secundarios:**

- ❖ Analizar os trastornos psicolóxicos e conductuais máis comúns nas persoas maiores e averiguar de que maneira estas alteracións infúen no desempeño ocupacional e na calidade de vida do cuidador principal.

### Xustificación do traballo no concello de Mesía:

O Concello de Mesía está situado no centro oeste de Galicia e ao leste da provincia da Coruña. Linda cos concellos de Frades, Boimorto, Curtis, Vilasantar, Oza-Cesuras, Abegondo, Ordes e Carral.

Trátase dun núcleo rural onde as parroquias se distribúen de maneira dispersa debido a gran extensión territorial ca que conta. O motor do concello é o sector terciario, onde destaca a agricultura e a gandaría bovina. A continuación, na figura 2, móstrase un mapa de dito lugar.



Figura 2: Mapa das parroquias que conforman o Concello de Mesía.

Fonte: Imaxe extraída dun tríptico elaborado polo Concello de Mesía.

Actualmente o Concello conta con 2534 habitantes, dos que 863 teñen máis de 65 anos (403 homes e 460 mulleres). Estes datos mostran claramente que se trata dunha poboación rural avellentada, consultar figura 3.



Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

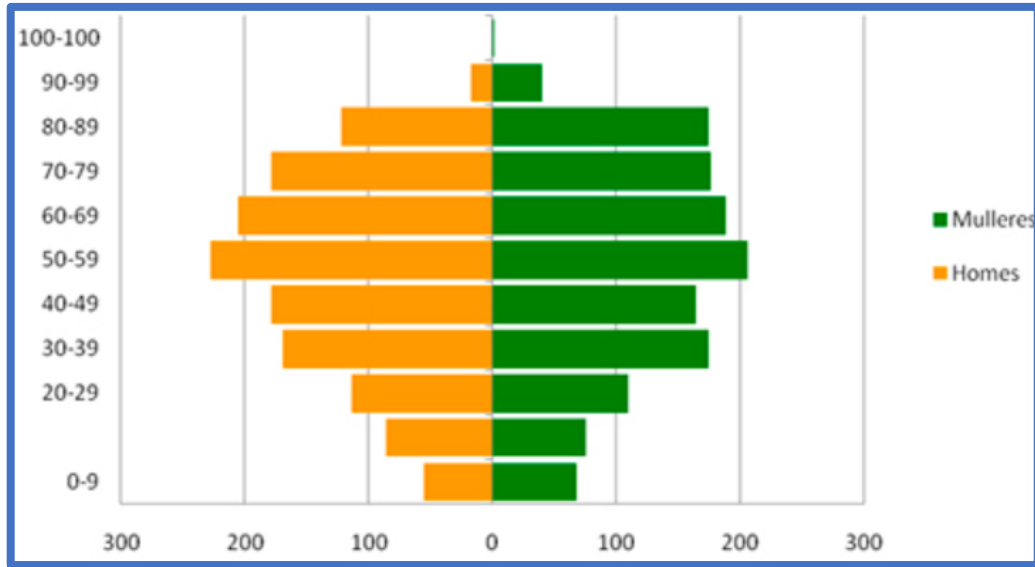


Figura 3: Pirámide Xeracional do Concello de Mesía.

Fonte: Tríptico do Concello de Mesía.

Dende o departamento de Servizos Sociais do concello, xestiónanse os servizos e actividades ofertadas para as persoas maiores. Entre estes servizos atópanse aqueles nos que o usuario ten que abonar un importe, os dirixidos as persoas maiores dependentes e todos aqueles servizos dirixidos á poboación maior de 65 anos; consultar táboa 2.

Servizos/actividades dirixidas á poboación maior de 65 anos dependente.	Servizos/actividades dirixidas ao colectivo maior de 65 anos.
Servizo de Axuda a domicilio	Ximnasia terapéutica
Fisioterapia	Ximnasia de mantemento
Podoloxía	Tempo fóra (talleres de memoria, estimulación cognitiva, talleres de ocio)
	Saídas culturais
	Saídas ao balneario

Táboa 2: Servizos/actividades ofertadas para os maiores de 65 anos do Concello de Mesía.

Fonte: Táboa de elaboración propia.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

Tras este análise, destacar sobre todo que para os colectivos máis dependentes ou que presentan unha atención máis individualizada e especializada, non existen os suficientes recursos. O servizo de fisioterapia e a podoloxía, non se realizan a domicilio polo que en realidade os usuarios que non poidan desplazarse do seu fogar non se beneficiarán do mesmo.

Por outra parte, sería necesario crear servizos dirixidos a todas aquelas persoas que se atopan en situación de dependencia mellorando así a súa calidade de vida e a do entorno máis próximo.

## **4. METODOLOXÍA**

### **4.1. Filosofía de traballo.**

Empregarase a filosofía do Modelo Canadiense do Desempeño Ocupacional (MCDO), una visión humanista e o enfoque Top-Down<sup>17</sup>.

Aínda que se empregan algunhas escalas que evalúan habilidades, todo o proceso de vai abordar tendo en conta a ocupación e a persoa vai ser a que marque o ritmo e a temática das intervencións.

### **4.2. Abordaxe metodolóxico.**

A metodoloxía empregada neste estudo será mixta, é dicir, cualitativa e cuantitativa.

Realizarase un estudo piloto, prospectivo, analítico cuasi-experimental co fin de nun futuro poder realizar unha investigación real.

### **4.3. Ámbito de estudo.**

Este proxecto desenvolverase no Concello de Mesía, que segundo a Lei para o Desenvolvemento Sostible Do Medio Rural (Lei 45/2007 de 13 de decembro, artigo 3), é un entorno rural situado no interior da provincia de A Coruña.<sup>1</sup> Trátase dunha área de tamaño pequeno xa que non acada os 5000 habitantes. Pertence tamén a Comarca de Ordes e actualmente está formado por 12 parroquias: Mesía, Boado, Lanzá, Albixoi, Olas, Visantóna, Bascoi, Cabrui, Castro, Xanceda, Cumbraus e Bruma.

Entre os recursos cos que contan os habitantes deste concello, destacar o servizo de axuda a domicilio dirixido a todas as persoas en situación de dependencia. Este servizo ríxese pola Lei española 39/2006, do 14 de decembro, de Promoción da Autonomía Persoal e Atención ás persoas en situación de dependencia, coñecida como a “lei de dependencia”<sup>2</sup>. O obxectivo final é ofrecer á cidadanía diferentes recursos/prestacións destinadas a mellorar a calidade de vida das persoas e do entorno que as rodea.

#### **4.4. Entrada ao campo de estudo**

No mes de novembro puxenme en contacto co alcalde do concello de Mesía e coa traballadora social (TS) para a implementación e posta en marcha dun proxecto de intervención en dito lugar. Ambos, concretaron una cita para o día 28 de novembro de 2018.

Nesa data, realizouse unha reunión inicial cos traballadores do concello co obxectivo de presentar e analizar a viabilidade de dito proxecto. Tamén se realizaron reunións posteriores informativas nas que se abordaron diferentes temas, todos eles relacionados coa futura implementación do proxecto; 21 decembro, 10 abril.

O 15 de abril realizouse a primeira selección inicial da mostra levada a cabo pola TS de dita entidade.

A posta en marcha do proxecto, programárase para o 1 de setembro do ano 2019 e terá unha duración dun ano.

O primeiro mes será adicado á selección da mostra. Posteriormente, os dous seguintes meses reservaranse para a avaliación inicial de ambos grupos. O período de intervención prevense que dure en torno aos seguintes 7 meses. Finalmente, os 2 meses restantes adicaranse á avaliación final, ao análise dos resultados obtidos e á elaboración do informe final.

#### **4.5. Criterios de inclusión e exclusión para a selección da mostra**

A continuación (Taboa 3) exponense os criterios de inclusión/exclusión referidos a o usuario e ao cuidador.

Sinalar que os dous últimos criterios de inclusión corresponden ao cuidador, entendendo que ademáis este e o titor legal do usuario, polo que será o que asine o consentemento informado, só no caso de contar coa incapacitación legal.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Ter máis de 65 anos.	Acudir a un centro de día ou estar en proceso de cambio de domicilio.
Estar empadroados no concello de Mesía.	Non ser usuario do servizo de axuda a domicilio.
Presentar un GDS $\geq$ 6.	
Presentar unha puntuación no Neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI) maior ou igual a 4 puntos.	
Que o cuidador principal presente unha puntuación no MMSE $\geq$ 23 puntos.	
Asinar o consentimento informado.	

**Táboa 3: Criterios de inclusión e exclusión.**

**Fonte:** Elaboración propia.

#### **4.6. Procura bibliográfica**

Realizouse unha búsqueda bibliográfica nas seguintes bases de datos: Web of Science, Scopus e Google Scholar. Este último recurso empregouse co fin de poder acceder ao texto completo de algún artigos e para ampliar información sobre o tema.

Empregáronse termos en linguaxe Tesouro Medical Subject Heading (MeSH) combinándoos con termos en linguaxe natural. Destacar que a combinación dos termos realizouse mediante os operadores booleanos OR e AND.

Realizouse unha busca por fases, na que se empregaron unha serie de palabras clave coas súas correspondentes variantes:

“snoezelen 24h” / “multi-sensory stimulation 24 h”, elderly\*, “dementia”, “caregiver”, “occupational therapy”; ver táboa 4.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

FASES	Descriptorios
FASE I	“snoezelen 24h” / “multi-sensory stimulation 24 h” AND elderly.
FASE II	“snoezelen 24h” / “multi-sensory stimulation 24 h” AND dementia*
FASE III	“Snoezelen 24h” / “multi-sensory stimulation 24 h” AND dementia* AND caregiver*.
FASE IV	“snoezelen 24h” / “multi-sensory stimulation 24 h” AND dementia* AND caregiver* AND “occupational therapy”

**Táboa 4: Caixas de búsquedas.**

**Fonte: Elaboración propia.**

A continuación (Taboa 5) exponense os criterios de inclusión/exclusión empregados para a selección dos artigos.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudios dirixidos a persoas maiores de 65 anos.	Artigos non indexados en revistas con impacto de acordo ao JCR.
Estudios dirixidos a persoas maiores con demencia ou deterioro cognitivo.	Cartas ao editor.
Estudios dirixidos ao cuidador principal.	
Artigos en inglés, castelán e portugués.	
Artigos publicados dende o ano 2010.	

**Táboa 5: Criterios de inclusión e exclusión para a selección dos artigos.**

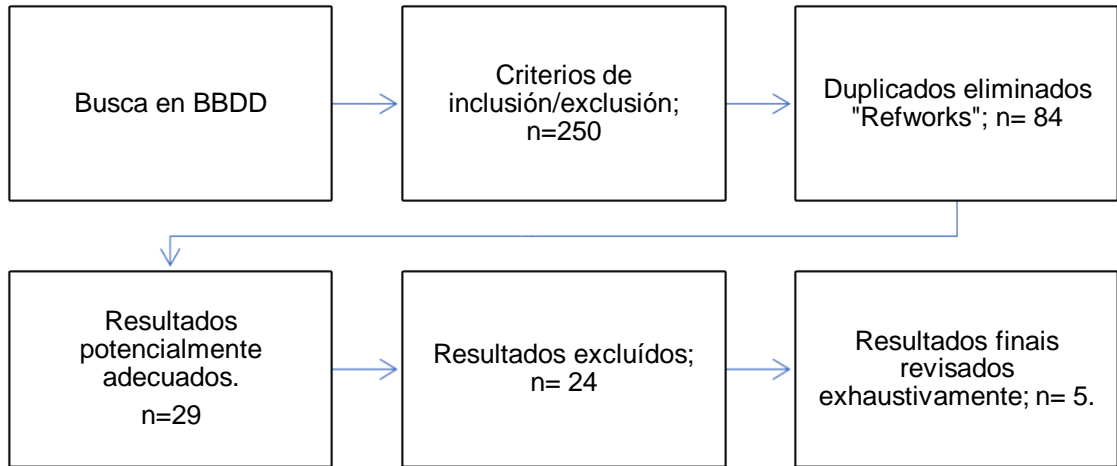
**Fonte: Elaboración propia.**

Obtivéronse un total de 439 artigos, que tras revisar os criterios de inclusión e exclusión (táboa 5), reducíronse a 250. Posteriormente, exportáronse todos os artigos seleccionados ao programa Refword coa finalidade de eliminar os duplicados. Finalmente, dos 84 artigos restantes realizouse unha lectura superficial dos mesmos, finalizando esta etapa con 29 artigos.

Nunha segunda fase, realizouse unha selección máis exhaustiva, concluíndo dito proceso con 5 artigos de interés. Estes, foron analizados e revisados exhaustivamente co obxectivo de guiar o proxecto en relación a evidencia actual. (Consultar figura 4).

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

Cómpre destacar que non existe evidencia na que se relacione a EMS integrada no cuidado as 24 horas coa intervención/disciplina da TO.



**Figura 4: Diagrama de fluxo. Proceso de selección dos artigos.**

**Fonte: Elaboración propia.**

Outros recursos empregados foron:

- O Instituto Galego de Estadística (IGE).
- O Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Concello de Mesía.

#### **4.7. Mostra**

A mostra inicial serían todas aquelas persoas do concello de Mesía maiores de 65 anos, con un GDS  $\geq 6$ , que presenten trastornos psicolóxicos e conductuais e ademáis, que, cuxo cuidador principal non presente un MMSE  $\geq 23$  puntos.

O primeiro mostreo realizouse pola TS, onde se solicita a identificación de aqueles usuarios que presenten máis alteracións conductuais e con máis dificultades no seu día a día, é dicir, que presentaran un GDS/FAST  $\geq 6$ . Dita valoración/revisión foi realizada o 15 de abril de 2019 e rematou con a

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

selección de 15 homes e 18 mulleres que respondían ao perfil solicitado. Información que me foi transmitida pola TS do Concello na terceira reunión.

#### **4.8. Técnicas de recollida da información:**

Inicialmente, precísase que tanto o usuario como o cuidador principal cumpran cos criterios de inclusión establecidos, polo que tras un primeiro contacto procederase a administrarlle os instrumentos acordados.

Cabe destacar, cinco momentos chave no proceso de avaliación:

**a) Avaliación inicial de cribado:** Nesta fase inicial, o obxectivo é descartar todos aqueles participantes que non cumpran os criterios de inclusión, para iso, realízase unha avaliación cognitiva, funcional, psicolóxica, conductual e da sobrecarga do cuidador principal. Esta avaliación é realizada pola TO. Cabe destacar que a TS realizará un cribado inicial mediante a administración da escala GDS/FAST aos participantes e a continuación, o proceso continúa sendo levado pola terapeuta ocupacional.

**b) Avaliación pre-intervención:** Antes de comezar coa intervención considerase de gran importancia a obtención de información complementaria dos participantes.

Por tanto, administranse unha serie de instrumentos complementarios que permitan afinar no perfil e nas características de cada grupo a estudar co obxectivo de promover unha intervención individualizada e, por tanto, máis exitosa.

**c) Aos seis meses de intervención;** é dicir, na metade do proceso.

**d) Avaliación post-intervención:** Ao finalizar a intervención.

**e) Seguimento** (transcurridas 12 semanas tras finalizar a intervención).

A continuación, mostrase a información anterior contextualizada a modo dunha táboa visual (táboa 6):



Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

<b>FASES</b>	<b>Instrumentos administrados ao cuidador principal</b>	<b>Instrumentos administrados ao usuario</b>
<b>Avaliación inicial de cribado</b>	<b>Mini-Mental State (MMSE)</b> [Ver apéndice 1], <b>Neuropsychiatric Inventory Nursing Home (NPI-NH)</b> [Ver apéndice 2].	<b>Global Deterioration Scale (GDS)</b> [Ver apéndice 3], <b>Functional Assessment Staging (FAST)</b> [Ver apéndice 4].
<b>Avaliación pre-intervención</b>	<b>Cuestionario sociodemográfico sanitario</b> (Ver apéndice 5) e a <b>escala Zarit (EZ)</b> [Ver apéndice 6].	<b>Severe Mini-Mental State (SMMSE)</b> [Ver apéndice 7] e <b>Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANS-S)</b> [Ver apéndice 8].
<b>Aos seis meses de intervención:</b>	<b>NPI-NH</b>	
<b>Avaliación post-intervención</b>	<b>NPI-NH, EZ, cuestionario sociodemográfico sanitario e un cuestionario final de satisfacción</b> (Ver apéndice 9).	<b>GDS/FAST, SMMSE, BANS-S.</b>
<b>Seguimento</b>	<b>NPI-NH</b>	

**Táboa 6: Fases do proceso de avaliación.**

**Fonte: Elaboración propia**

Toda a información obtida ao longo do proceso recolleríase nun rexistro propio de TO, onde se recopilarán todos os datos persoais dos usuarios/coidadores codificados, as autorizacións legais, os consentimentos, entre outra documentación relevante.

## **Valoración do usuario**

### **a) Valoración cognitiva-funcional**

#### **❖ Escala BANS-S<sup>3</sup>**

Trátase dunha escala observacional que mide o desempeño da persoa en relación a sete ítems cognitivos e funcionais (alimentación, sono, vestido, fala, mobilidade, musculatura e contacto visual). Esta escala foi

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

desarrollada a partir da batería NOSGER (Nurse Observation Scale for Geriatric Patients) e a súa aplicación céntrase en usuarios con demencia grave institucionalizados. É un cuestionario heteroadministrado no cal os ítems reciben unha puntuación que oscila entre 1 e 4 puntos. A puntuación final varía entre 7 puntos (ausencia de deterioro cognitivo) e 28 puntos (deterioro cognitivo completo). Sendo tempo de administración deste cuestionario breve, en torno aos 2-5 minutos. Este instrumento conta cunha alta sensibilidade á hora de detectar cambios na progresión dunha enfermidade en fase avanzada a diferenza doutras ferramentas que poden presentar o “efecto solo”.

Cómpre destacar, que se empregaría a versión española.<sup>4</sup>

A elección de este índice realizase debido a necesidade de coñecer a situación actual do usuario, coñecer o seu día a día, as súas necesidades e poder potenciar/manter as capacidades residuais existentes co fin de fomentar a autonomía persoal nas actividades de autocuidado. Con isto, mellorar a calidade de vida deste colectivo e do seu entorno. A escala BANS-S mostra beneficios á hora de interaccionar co usuario xa que a súa administración é posible aínda cando non existe comunicación, colaboración ou comprensión.

#### ❖ **Escala de deterioro Global (GDS)<sup>5</sup>**

O estado cognitivo dos participantes con demencia avaliarase mediante o uso da escala GDS. Como criterio de inclusión xa se establece que os participantes presenten un  $GDS \geq 6$ . Trátase dun instrumento observacional formado por 7 estádios, cada un con unhas características específicas relacionadas coa afectación da demencia que presentan os participantes. O resultado obtido neste instrumento oscila entre un GDS 1, é dicir, sin deterioro cognitivo ata un GDS 7, deterioro cognitivo moi grave.

Un dos puntos fortes a destacar, é que esta escala administrase tras unha breve observación do usuario, polo que non é necesaria a súa participación. Ademais, permítenos crear unha visión global do estado cognitivo e

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

funcional da persoa en poucos minutos e a posibilidade de compartilo con outros profesionais.

#### ❖ **Escala Functional Assesment Staging (FAST)<sup>6</sup>**

A FAST é unha ampliación dos estadíos 6 e 7 do GDS onde se describen máis detalladamente os aspectos cognitivos e funcionais. A vía de administración é a observación.

Un dos motivos polos que escollín esta ferramenta débese a inclusión das actividades de autocoidado e ao seu breve tempo de administración, 2-5 minutos.

#### ❖ **SMMSE<sup>7</sup>**

O SMMSE é un instrumento validado ao español<sup>8</sup>, destinado á avaliación das capacidades cognitivas residuais das persoas con demencia avanzada e, por tanto, con un MEC inferior a 10 puntos. O obxectivo desta elección é a obtención de puntuación reais, sensibles e fiables.

O tempo de administración sitúase en menos de 5 minutos, non provoca unha situación de cansancio no usuario e ademáis non se require ningún material especializado.

Os dominios cognitivos examinados son: información sobreaprendida, funcións visuoespaciais simples, funcións executivas, funcións lingüísticas simples e fluencia semántica simple. A administración é sinxela e a puntuación obtida oscila entre 0 e 30 puntos, sendo o 0 a menor puntuación.

Unha das vantaxes principais do SMMSE encóntrase en que está dirixida a un colectivo en concreto (persoas con demencia avanzada) polo que a diferenza de outras escalas, contará cunha boa sensibilidade evitando o “efecto solo”<sup>8</sup>.

### **b) Valoración conductual**

#### ❖ **NPI-NH<sup>9</sup>**

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o coidador principal.

A avaliación dos trastornos psicolóxicos e conductuais realízase mediante a administración do cuestionario neuropsiquiátrico validado ao español<sup>10</sup>, NPI-NH.

Trátase dun cuestionario que permite avaliar alteracións e situación psicolóxicas e conductuais non cognitivas nos usuarios con demencia institucionalizados.

Evalúa 12 dominios de sintomatoloxía conductual: ideas delirantes, alucinacións, axitación/agresividade, depresión/disforia, ansiedade, exaltación/euforia, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidade/labilidade, conducta motora anómala, alteracións do sono e do apetito/alimentación. A frecuencia recibe unha puntuación que oscilan entre o 1 e o 4 sendo: 1; de vez en cando, 2; a menudo, 3; con frecuencia, 4; con moita frecuencia. Paralelamente a isto, a duración adopta puntuación situadas no rango de entre 1 e 3 sendo: 1; leve, 2; moderada e 3; severa. Paralelamente, permite avaliar a interrupción ocupacional que estas alteracións supoñen para o persoal auxiliar do centro (0-5 puntos). Finalmente, obtéñense dúas puntuacións finais: unha final que varía entre 0 (ausencia de trastornos conductuais) e 144 puntos, e outra referente a interrupción ocupacional que oscila entre os 0 (non interrupción ocupacional) e os 60 puntos. Trátase dun instrumento dirixido aos auxiliares dos usuarios institucionalizados, pero neste caso considérase que se pode administrar de igual maneira sendo a figura do codador principal, o auxiliar.

A administración desta ferramenta realizarase mediante unha entrevista ao coidador principal.

## **Valoración do coidador principal**

### **c) Valoración da sobrecarga**

#### **❖ Escala Zarit (EZ)<sup>11</sup>**

A sobrecarga do coidador principal é un dos principais motivos que inflúe na merma da súa calidade de vida. Para valorar a carga subxectiva, empregárase a EZ.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

Trátase dunha ferramenta que consta de 22 ítems puntuables en intervalos de un punto; sendo 0 (nunca) e 4 puntos (casi siempre). A puntuación oscilará entre os 0 (calidade de vida óptima) e 88 puntos (mala calidade de vida).

De maneira implícita podese diferenciar tres grandes bloques a tratar: o impacto do coidado, a carga interpersoal e as expectativas de autoeficacia, todo referente ao cuidador principal. Destacar neste caso tamén a existencia dunha versión española validada cuxa duración de administración oscila entre os 15-20.

En referencia a interpretación desta escala, destacar os seguintes puntos de corte:

$\leq 46$ : Non hai sobrecarga.

47-55 puntos: Sobrecarga leve.

$\geq 56$ : Sobrecarga intensa.

#### **d) Valoración cognitiva**

##### **❖ MMSE<sup>12</sup>**

O MMSE é un instrumento de Folstein adaptado e validado ao español<sup>13</sup>. Trátase dun test de cribaxe de demencias, sendo útil tamén no seguimento das mesmas.

O tempo de administración ronda os 5-10 minutos e valora ítems relacionados coa orientación, fixación, concentración, cálculo, memoria e linguaxe.

A puntuación total máxima é de 30 puntos, considerándose menos de 24 puntos a presenza de deterioro cognitivo. Esta ferramenta permite excluír as áreas que non poidan ser administradas debido a situacións de analfabetismo, imposibilidade física, entre outras. Nestes casos a puntuación realízase de maneira proporcional ás áreas excluídas.

#### **e) Valoración sociodemográfica sanitaria**

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

#### ❖ **Cuestionario semiestructurado**

Todos os datos persoais, demográficos e sociais dos participantes recolleranse mediante un cuestionario semiestructurado realizado ao cuidador principal. Os datos tanto dos usuarios como dos participantes codificaranse mediante unha numeración específica (exemplo: 091). Deste xeito asegúrase a protección de datos de todo o colectivo.

Por outra parte, pediráselles aos participantes que indiquen a dirección actual na que se atopan co obxectivo de agrupalos por zonas, aforrar tempo, recursos, e asegurar a intervención da TO nas diferentes parroquias do concello.

Este cuestionario permitiranos profundizar no coñecemento dos medioambientes de ambos colectivos, nos intereses, no perfil de cada persoa, os recursos sociais, a historia de vida<sup>14</sup>, historia sonoro-musical<sup>15,16</sup>, entre outros aspectos relevantes que se poden ver no cuestionario.

Finalmente, poderase implementar na intervención toda a información relevante obtida anteriormente e, por tanto, conseguir un enfoque integral centrado na persoa.<sup>17</sup>

#### **4.9. Procedemento de intervención**

A duración desta etapa será de 7 meses, dende decembro de 2019 ata xullo de 2020.

A intervención cos usuarios realizarase a domicilio e en horario matutino, xa que é o momento no que os usuarios realizan a maioría das tarefas de autocoidado. Sendo a duración da mesma de 40 minutos por persoa.<sup>18-21</sup>

Cómpre destacar que se intentará que os usuarios reciban o maior número de sesións posibles á semana, neste caso, estímase que cada un poida recibir en torno a 3 sesións semanais, cada unha de 40 minutos como xa se menciona con anterioridade.<sup>19-21</sup>

O horario das mesmas situarase na franxa horaria de 8:00 a 13:00.<sup>18-21</sup>

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

Por outra banda, para completar a xornada, a terapeuta ocupacional permanecerá no despacho asignado de 16:00 a 19:00 co obxectivo de atención ás familias.

Nestas tres horas, realizaranse todas as tarefas de asesoramento, orientación, información de recursos existentes na comunidade, programación de sesións, rexistro, seguimento, entre outras. Para acceder a este servizo, será necesario concertar unha cita previa.

A actuación levada a cabo dende TO desenvolverase en función dos intereses, motivacións, necesidades e historias vitais tanto dos usuarios como dos seus cuidadores principais.

*Programas dirixidos á persoa maior:*

Todas as sesións seguen a mesma estrutura base na que se comeza cos estímulos máis sinxelos e se continúa cos máis complexos, un concepto tratado anteriormente por Bowlby e Trudeau.<sup>18</sup>

De acordo a este modelo de estimulación, o olfato debe ser o primeiro sentido a traballar xa que é o máis primitivo. Ademais, o nervio olfativo realiza proxeccións cara o sistema límbico, que é a área do cerebro encargada das emocións.<sup>18,19</sup>

O sentido do tacto, a vista e o oído serán os seguintes sentidos a traballar debido a súa maior complexidade. Tamén requiren maior tempo de interpretación.<sup>18,19</sup>

Cómpre destacar no caso dos estímulos auditivos, a regulación dos mesmos xa que hai que ter presentes a existencia de interferencias no caso de usuarios con audífonos, hipo/hiperacusias ou posibles hiper/hiposensibilidades concomitantes.

Por último, traballarase o sentido do gusto. Este paso realizarase naqueles casos que non supoña un risco para o usuario.<sup>18-21</sup> Os estímulos serán presentados de maneira individual evitando posibles distraccións.<sup>18-21</sup>

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

O papel da terapeuta ocupacional será determinante polo que é importante manter un bo contacto visual co usuario, intentar chegar a él, facilitar as explicacións e crear un ambiente cómodo e agradable. Ademais, un contacto afectuoso e un sorriso facilitarán a comunicación e mellorarán a relación terapéutica.

A continuación, móstrase un exemplo de actividade de EMS integrada no coidado as 24 horas. Neste caso trátase dun usuario no que a súa historia vital se atopa ligada coa natureza. Ademais, a figura do cónxuxe neste caso é moi importante.

- Estimulación olfactiva: Neste caso realizarase a actividade da ducha mediante a interacción do usuario con un xel familiar, que é o da súa cónxuxe. A interacción non só se centra na realización da actividade da ducha senón que se busca unha resposta do usuario. Para isto, preguntáremoslle a qué lle recorda, se lle é agradable, entre outras. Tras cada pregunta agardaremos unha resposta. <sup>19-21</sup>

A presentación do estímulo durará en torno a uns 30-60 segundos cando se trate de estímulos auditivos e en torno a uns 5-10 segundos, no resto de estímulos.<sup>22</sup>

*Programas dirixidos ao cuidador principal:*

- Actividades de autocoidado: asesorar, orientar, supervisar e apoiar ao cuidador na realización das actividades de autocoidado coa persoa maior.

Educación en materia de estimulación multisensorial para que o cuidador poda introducir ditos elementos en ausencia da terapeuta ocupacional.

Educación ao cuidador en relación ás estratexias de control dos síntomas psicolóxicos e conductuais.

- Programa de asesoramento: prescribir, valorar e adestrar posibles produtos de apoio ou adaptacións que poidan mellorar a calidade de vida tanto do cuidador principal como da persoa maior.



Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

- Programa de hixiene postural: educar e orientar ao cuidador na importancia de manter unha correcta hixiene postural. Previr situación de dependencia orixinadas por esta causa.

#### **4.10. Análisis estadístico**

Para o análisis e estudo dos datos cuantitativos obtidos empregárase o programa BM SPSS Statistics 24.0.

#### **4.11. Fortalezas e limitacións do estudo**

Se ben por unha parte unha das fortalezas do estudo é precisamente o dar a coñecer a figura do TO no entorno rural, este feito tamén pode constituir unha limitación á hora de reclutar a mostra por poder xerar rexeitamento dun profesional non ben coñecido.

Sen dúbida outra das fortalezas do proxecto será traballar con cuidadores e persoas con dependencia, una das principais problemáticas da sociedade actual, polo que calquer iniciativa que trate de paliar as consecuencias do coidado ten que ser tida en conta.

Por outra banda o orzamento do proxecto, aínda que contamos co apoio do Concello, pode non ser aceptado por dita entidade.

## 5. PLAN DE TRABALLO

	CURSO 2018/2019				CURSO 2019/2020				
	NOV- DEC	DEC- XAN	XAN- MAR	ABR- XUÑ	SET- OUT	OUT- DEC	DEC- XUÑ	XULL- AGO	SET
FASE I: Revisión bibliográfica									
FASE II: Entrada ao campo de estudo e relacións coa parte colaboradora *Reunións: 28 nov, 21 dec, 10 abr									
FASE III: Selección da mostra. *Reunión 15 abril									
FASE IV: Avaliación inicial									
FASE V: Intervención									
FASE VI: Avaliación final									
FASE VII: Análise dos resultados e redacción do informe final									

Táboa 7: Etapas do plan de traballo

Fonte: Elaboración propia.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

## **6. ASPECTOS ÉTICOS**

No desenvolvemento deste proxecto de investigación solicitarase a aprobación por parte do Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia (CAEIG). Ademais, respetaranse en todo momento os principios éticos que se expoñen a continuación:

- Declaración de Helsinki.<sup>23</sup>
- Código Ético da WFOT.<sup>24</sup>
- A Declaración Universal dos Dereitos Humanos.<sup>25</sup>
- A carta de Ottawa.<sup>26</sup>

Por outra parte, entrégaselles a todos os participantes un documento informativo e o consentimento informado postulado na Ley 3/2001 do 28 de maio<sup>27</sup>. Este modelo extraeuse da Rede Galega de Comités de Ética da Investigación. (Ver apéndice X).

Toda a información recollida e analizada ao longo de todo o proceso é confidencial, tal e como se reflexa na Lei Orgánica 15/1999<sup>28</sup> do 13 de decembro de Protección de Datos de Carácter Persoal. En ningún momento se desvelará ningún dato que poida identificar aos usuarios, para isto, como se reflexa anteriormente todos os datos se atoparán codificados numericamente.

Adicionalmente, entrégase unha autorización onde autorizan o tratamento dos datos persoais. (Ver apéndice XI) Ao longo de todo o proceso se aplica o regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello da Unión Europea, do 27 de abril de 2016, para o tratamento, comunicación e cesión dos datos.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

## **7. PLAN DE DIFUSIÓN DOS RESULTADOS**

Os resultados obtidos tras a realización desta investigación difundiránse nun primeiro instante aos participantes e ao Concello de Mesía. Tamén se plasmarán en congresos e revistas tanto de carácter nacional como internacional. O obxectivo será chegar ao maior número de receptores posibles para que poidan realizar futuras investigacións na mesma liña e, contribuír deste xeito ao avance da literatura científica.

### **7.1. Congresos**

#### Nacionais:

- XX Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CENTO), 2020.
- Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEEG): Jornada primera semana nacional del envejecimiento saludable, 2020.
- 62º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEEG).
- 31º Congreso Internacional de La Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría (SGXX), 2019.
- IX Congreso Nacional de Alzheimer.

#### Internacionais:

- X Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CIETO).
- VI Congreso Internacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CITO).
- 15th International Conference on Alzheimer's and Parkinson's Diseases.
- XXVI Congreso Internacional de la Red Europea de Escuelas de TO. 26 thº European Network of Occupational Therapy in Higher Education. (ENOTHE).

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

- 2º Congreso Consello de Terapeutas Ocupacionais para os Países Europeos- Red Europea da TO na Educación Superior (COTEC-ENOTHE). Praga, 2020.
- 18º Congreso Mundial de TO, organizado pola Federación Mundial de terapeutas ocupacionais (WFOT). París, 2022.
- XVI Congreso Internacional de Estimulación Multisensorial Snoezelen-MSE.

## **7.2. Revistas**

### Nacionais:

- Revista de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG).
- Revista Española de Geriatría y Gerontología.
- Revista de TO de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO).
- Revista multidisciplinar de gerontología.
- Revista Autonomía Personal (IMSERSO).

### Internacionais:

- American Journal of Occupational Therapy; JCR 2017: 2.493
- Australian Occupational Therapy Journal; JCR 2017: 1.823
- British journal of occupational therapy; JCR 2017: 0.754
- Hong Kong journal of occupational therapy.
- Revista Chilena de TO.
- European Geriatric Medicine; JCR 2017: 1.169

## 8. FINANCIAMENTO DA INVESTIGACIÓN

### 8.1. Presuposto

- Infraestructuras:

O espacio físico no que se realizarán as intervencións, contextualízase nos fogares dos diferentes participantes. Por tanto, só se requerirá que o concello de Mesía facilite unha sala para a recopilación dos materiais e que lle aporte a función de despacho neste caso, á investigadora.

- Recursos humanos:

O proxecto será desenvolvido por un terapeuta ocupacional contratado a xornada completa, polo que será preciso contar co salario do mesmo. (consultar táboa 8).

Salario base 12 pagas mensuais	Complemento domingos	Festivos especiais	Pagas extra
1.238,25€	8,91€	34,70€	1.164,19€

Táboa 8: Salario Terapeuta Ocupacional.

Fonte: Diario Oficial de Galicia (DOG). Número 70, mércores 11 de abril do 2018. Páxina 19736.

- Recursos materiais:

Os recursos materiais irán a cargo do Concello de Mesía (Reunión 3). Os materiais funxibles fan referencia ao material de oficina (folios, cadernos, entre outros) e os materiais non funxibles sería un ordenador e un disco duro (aportado pola investigadora). Para as impresións empregara o servizo de reprografía co que conta dita entidade.

- Transporte:

A investigadora contará con coche propio. O concello será o encargado de bonificarlle 0,19€ por cada quilómetro percorrido a maiores dun aporte mensual destinado a combustible e a dietas. Estes datos recolleríanse nun convenio a realizar antes de comezar a intervención. Esta información abordouse na reunión 3.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o coidador principal.

Ademáis, resérvase un 5% dos gastos totais a posibles imprevistos ou gastos non planificados inicialmente.

O presuposto final total sería de 21.986,03 € anuais, un custo que non é moi elevado en relación ao servizo e beneficio que pode aportarar a poboación do concello. Na táboa 9 refléxanse de maneira desglosada os gastos que conleva esta investigación.

Material	Descrición	Custo	Custo Total
Infraestructuras	Domicilios	0€	
	Despacho cedido polo concello		
Recursos humanos	1 TO investigadora	1.238,25€/mes Paga extra: 1.164,19€	X12= 14.860,2€ Paga extra (x2)= 2.328,38€
Recursos materiais	<b>FUNXIBLES</b>		
	500 folios	3,50€	
	Servizo de reprografía	100€	
	Material de oficina	35€	
	Material de EMS (xabóns, fragancias, entre outros)	300€	
	<b>NON FUNXIBLES</b>		
	Disco duro	Propio-0€	
	Ordenador	Propio- 0€	
	Transporte	Vehículo	Propio- 0€
	Combustible e dietas	Aportación mensual de 200€	x12= 2.400€
	Quilometraxe	0,19€/km	20 km ao día= 3,8€. Ao mes (20 días) = 76€ Total= 912€
<b>PRESUPOSTO TOTAL</b>			<b>20.939,08€</b>
<b>5% reservado para posibles gastos non previstos</b>			<b>1.046,95 €</b>
<b>PRESUPOSTO FINAL DO PROXECTO</b>			<b>21.986,03 €</b>

Táboa 9: Presuposto proxecto.

Fonte: Elaboración propia.



Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

## 8.2. Fontes de financiamento

A continuación, na táboa 10, móstranse as posibles fontes de financiamento para a implementación do proxecto.

ENTIDADE	PROGRAMAS	CARÁCTER ENTIDAD
<b>Ministerio de ciencia, innovación e universidades.</b>	“Europa investigación”	Público
	“Programa Estatal de Fomento da Investigación Científica e Técnica de Excelencia”	
	“Programa Estatal de Promoción del Talento e a súa Empleabilidade en I+D+i”	
<b>Deputación da Coruña.</b>	Convocatoria de bolsas de investigación para o ano 2019.	Público
<b>Ministerio de asuntos exteriores, unión europea e cooperación.</b>	Programas de Becas MAEC-AECID de Arte, Educación, Ciencia y Cultura.	Público
<b>Ministerio de educación cultura e deporte.</b>	Becas dirixidas á formación e a investigación	Público.
<b>Obra social “La Caixa”</b>	Proxectos de investigación en iniciativas sociais.	Privado
<b>Fundación Mapfre</b>	“Axudas á investigación de Ignacio H. de Larramendi”	Privado
	“Beca Primitivo de Vega”	
<b>Becas colexio Oficial de Terapeutas Ocupacional de Castilla A Mancha (COFTO-CLM)</b>	Becas e premios de promoción, divulgación e potenciación da figura da terapia ocupacional nos diferentes ámbitos.	Privado
<b>Premio supercuidadores:</b> Dirixido a recoñecer todas aquelas accións encamiñadas a mellorar a calidade de vida das persoas maiores e de todos aqueles colectivos que se atopen en situación de dependencia.		

**Táboa 10. Fontes de financiamento**

Fonte: Elaboración propia

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

## **9. AGRADECEMENTOS**

Agradecer aos meus tutores, Pilar Marante Moar e José Carlos Millán Calenti, por guiarme ao longo de todo o proceso e prestarme en todo momento a axuda necesaria.

Agradecer tamén á miña familia, en especial ao meu irmán Santi, aos meus pais, ao meu afillado Xavi, a Aldán, Manuel, María, Claudia, Alberto, Alex, Lois é a miña madriña.

Tamén dar as grazas a todos os meus amigos, en especial a Nerea, por estar sempre.

Por último, agradecer ao meu mozo por ser parte de todo o proceso e por ser un dos meus grandes pilares e apoios.

Grazas a todas as persoas que forman parte da miña vida e que me fan cada día ser un pouquiño máis feliz.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Lei 45/2007, de 13 de Decembro, para o desenvolvemento sostible do medio rural. BOE [sede Web]. 2007 [20/04/2019]; (299): 2007-21493. Dispoñible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-21493>
2. Ley 39/2006, de 14 de Decembro, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE [sede Web]. 2006 [21/04/2018]; (299):44142-44156. Dispoñible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
3. Volicer L, Hurley AC, Lathi DC, Kowall NW. Measurement of severity in advanced Alzheimer's disease. J Gerontol. 1994;49(5):223-226.
4. Marante P. Intervención no farmacolóxica a través de la estimulación multisensorial en personas mayores con deterioro cognitivo. [sede Web] A Coruña: 2012 [data de acceso: 20/04/2019]. Dispoñible en: <http://hdl.handle.net/2183/15793>
5. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. Global deterioration Scale. (GDS) Psychofarmacol Bull. 1988; 24(4): 661-663.
6. Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). Psychofarmacol Bull.1988; 24(4): 653-659.
7. Harrell LE, Marson D, Chatterjee A, Parrish JA. The Severe Mini-Mental State Examination: a new neuropsychologic instrument for the bedside assessment of severely impaired patients with Alzheimer disease. Alzheimer Disease & Associated Disorders. 2000; 14(3): 168-175.
8. Buiza C, Navarro A, Díaz-Orueta U, González MF, Álaba J, Arriola E, et al. Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: Resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46(3): 8–131.
9. Wood S, Cummings JL, Hsu MA, Barclay T, Wheatley MV, Yarema KT, et al. The use of the neuropsychiatric inventory in nursing home residents: characterization and measurement. Am J Geriatr Psychiatry. 2001; 8(1): 75-83.

10. Boada M, Tárraga L, Modinos G, López OL, Cumming JL. Neuropsychiatric inventory-nursin home versión (NPI-NH): validación española. *Neurología*. 2005; 20(10): 665-673.
11. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, Taussing MI. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996; 6: 338-346.
12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res*. 1975; 12(3): 189-198.
13. Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertran-Serra I, Hernández G, et al. Clinical validity of the mini-mental state for Spanish speaking communities. *Neuropsychología*. 2001; 39(11): 1150-1157.
14. Cortizas MD. Todo el mundo tiene una historia de vida y nada se puede entender sin ella: Aproximación en el ámbito de mayores con deterioro cognitivo y su entorno familiar [sede Web] A Coruña: 2017. [data de acceso: 26/04/2019] Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/19198>
15. Lago P, Melguizo F, Ríos JA. Música y salud: Introducción a la Musicoterapia. UNED. UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION A DISTANCIA, editor. Madrid;1997.254 p.
16. Dopazo S. Terapia Ocupacional y personas con discapacidad intelectual: Intervención grupal empleando la música como medio terapéutico. [sede Web] A Coruña: 2017 [data de acceso: 20/04/2019]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/21234>
17. Duran E. Instrumentos de evaluación cognitiva en terapia ocupacional. *TOG*. 2011; 8(13): 1-16.
18. Cruz J, Marques A, Barbosa A, Figueiredo D, Sousa X.L. Marking Sense(s) in Dementia: A multisensory and Motor-Based group activity program. 2013; 00(0): 1-10.
19. Marques A, Cruz J, Barbosa A, Figueiredo D, Sousa X.L. Motor and multisensory care-based approach in dementia: long-term effects of a pilot study. 2015; 28(1): 24-34.

20. Haigh J, Mytton C. Sensory interventions to support the wellbeing of people with dementia: A critical review. 2016;79(2):120-126.
21. Park H, Chun Y, Gang M.S. Effects of the patient-centered environment program on behavioral and emotional problems in home-dwelling patients with dementia. 2015 ;41(12): 40-48.
22. Pace GM, Ivancic MT, Edwards GL, Iwata BA, Page TJ. Assessment of stimulus preference and reinforcer value with profoundly retarded individuals. J Appl Behav Anal. 1985; 18(3): 249-55.
23. 59ª Asamblea General. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, Corea, octubre 2008. Punto 32. Disponible en: <http://www.ctomedicina.com/impugnaciones2014/bibliografiaP202MIR.pdf>
24. World Federation of Occupational Therapists. Código de ética. 2005. Disponible en: <http://ocupacionalmente.com/wpcontent/uploads/2016/11/codigo-deetica.pdf>
25. ONU: Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 diciembre 1948, 217 A (III), [Data de acceso: 28/04/2019]. Disponible en: <https://www.refworld.org.es/docid/47a080e32.html>
26. CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, 1986, OMS. Disponible en la página de internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
27. Ley 03/2001, de 28 de Maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes. BOE [sede Web]. Última modificación, 2005 [Data de acceso: 15/05/2019]; Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-12770-consolidado.pdf>
28. Ley 15/1999, de 5 de Decembro, de Protección dos Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais. BOE [sede Web]. 2006 [Data de consulta: 26/03/2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673&p=20181206&tn=0>

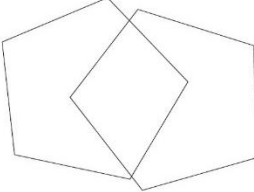
Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.



## 11. APÉNDICES

### 11.1. Apéndice I: Mini-Mental State (MMSE)<sup>12,13</sup>

	Puntuación
<b>ORIENTACIÓN</b>	
<b>1. Dígame el día:</b> a) Día ..... b) Fecha ..... c) Mes ..... d) Año ..... e) Estación .....	..... (5)
<b>2. Dígame el lugar en el que estamos:</b> a) Ciudad ..... b) Provincia..... c) País ..... d) Lugar..... e) Planta .....	..... (5)
<b>FIJACIÓN</b>	
<b>3. Repita estas tres palabras: CASA-ZAPATO-PAPEL.</b> (repita hasta que las aprenda). Nº de intentos: .....	..... (5)
<b>CÁLCULO-ATENCIÓN</b>	
<b>4. Pida al sujeto que cuente desde 100 en orden decreciente de 7 en 7.</b> Si no es capaz pedir que deletree la palabra MUNDO.	..... (5)
<b>5. ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?</b>	..... (3)
<b>LENGUAJE</b>	
<b>6. Mostrar un reloj, ¿Qué es esto?.</b> Repetir lo mismo con un bolígrafo, con unas llaves, o con cualquier otro objeto cotidiano.	..... (2)
<b>7. Repita esta frase: “NI SI, NI NO, NI PERO” o “TRES PERROS EN UN TRIGAL”</b>	..... (1)

<b>8. Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa.</b>	<b>..... (3)</b>
<b>9. Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS.</b>	<b>..... (1)</b>
<b>10. Escríbame una frase (con sujeto y predicado):</b>	<b>..... (1)</b>
<b>11. Copie este dibujo:</b> 	<b>.....(1)</b>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b>	
<b>PUNTOS AJUSTADOS POR BLESAS:</b>	
<b>PUNTUACIÓN FINAL AJUSTADA:</b>	

**11.2. Apéndice II: Neuropsychiatric Inventory Nursing Home (NPI-NH)<sup>9,10</sup>**

<b>DOMINIO</b>	<b>NA</b>	<b>Ausen cia</b>	<b>Frecuenc ia</b>	<b>Grave dad</b>	<b>Frecuenci a x Gravedad</b>	<b>Interrupción Ocupacional</b>
<b>A. Delirios</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>B. Alucinacione s.</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>C. Agitación/ Agresión</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>D. Depresión</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>E. Exaltación/ Euforia</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>G. Apatía/ Indiferencia</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>H. Desinhibició n</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>I. Irritabilidad/ labilidad</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>J. Conducta motora aberrante</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>K. Alteraciones sueño</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>L. Apetito</b>		0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
<b>PUNTUACIÓ N TOTAL:</b>						

**PUNTUACIÓN NPI-NH:**

**NA:** No aplicable.

<b>Frecuencia</b>	<b>Gravedad</b>	<b>Interrupción ocupacional</b>
0 – Ausencia		
1 – Casi nunca	1 – Leve	1 – Mínima
2 – A veces	2 – Moderada	2 – Leve
3 – Con frecuencia	3 – Grave	3 – Moderada
4 – Con mucha frecuencia.		4 – Moderadamente grave
		5 – Muy grave

### 11.3. Apéndice III: Global Deterioration Scale (GDS)<sup>5</sup>

Estadío GDS	Características
<b>GDS 1. Ausencia de alteración cognitiva.</b>	Ausencia de quejas subjetivas. Ausencia de trastornos evidentes en la memoria en la entrevista clínica.
<b>GDS 2. Disminución cognitiva muy leve. Se corresponde con el deterioro de memoria asociado a la edad:</b>	<p>Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Olvido de dónde ha dejado objetos familiares.</li> <li>• Olvido de nombres previamente conocidos.</li> </ul> <p>No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en la entrevista clínica.</p> <p>No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.</p> <p>Hay pleno conocimiento y valoración de los síntomas.</p>
<b>GDS 3. Defecto cognitivo leve. Se corresponde con el deterioro cognitivo leve.</b>	<p>Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.</li> <li>• Los compañeros detectan poco rendimiento laboral.</li> <li>• Las personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres.</li> <li>• Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.</li> <li>• Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede haber perdido o colocado en un lugar equivocado un objeto de valor.</li> <li>• En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración.</li> </ul>
<p><b>GDS 4. Defecto cognitivo moderado. Se corresponde con una demencia en estado leve.</b></p>	<p>Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa. Defectos apreciados en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.</li> <li>• El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal.</li> <li>• Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada.</li> <li>• Capacidad disminuida para viajes, control de finanzas, etc.</li> </ul> <p>Frecuentemente no hay defectos en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación en tiempo y persona.</li> <li>• Reconocimiento en personas y caras familiares.</li> <li>• Capacidad de desplazarse a lugares familiares.</li> </ul> <p>Incapacidad para realizar tareas complejas.</p> <p>La negación es el mecanismo de defensa dominante.</p> <p>Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.</p>
<p><b>GDS 5. Defecto cognitivo moderado-grave.</b></p>	<p>El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.</p> <p>No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres</p>

	<p>de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela o instituto en el que estudió, etc.</p> <p>Es frecuente la presencia de cierta desorientación en el tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc) o en el lugar.</p> <p>Una persona con educación normal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.</p> <p>Las personas en este estadio mantienen el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismos y a otros.</p> <p>Invariablemente conoce su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.</p> <p>No requiere asistencia ni en el aseo ni en la alimentación, pero puede tener cierta dificultad a la hora de la elección de la ropa adecuada.</p>
<p><b>GDS</b>            <b>6.</b> <b>Disminución</b> <b>cognitiva    muy</b> <b>grave.</b></p>	<p>Ocasionalmente puede olvidarse el nombre de la pareja, la cual, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.</p> <p>Desconoce en gran parte los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.</p> <p>Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentariamente.</p> <p>Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.</p> <p>Puede ser incapaz de contar hasta 10 hacia atrás, y a veces hacia delante.</p> <p>Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede presentar incontinencia o requerir ayuda para viajar, pero ocasionalmente será capaz de viajar a lugares familiares.</p> <p>El ritmo diurno está frecuentemente alterado.</p>

	<p>Casi siempre recuerda su nombre.</p> <p>Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.</p> <p>Cambios emocionales y de personalidad bastante variables como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta delirante: puede acusar a su cónyuge de ser un impostor, hablar con personas imaginarias, o con su imagen reflejada en el espejo.</li> <li>• Síntomas obsesivos: puede repetir continuamente actividades de limpieza.</li> <li>• Síntomas de ansiedad: agitación e incluso puede aparecer una conducta violenta previamente inexistente.</li> <li>• Abulia cognitiva; pérdida de deseos por falta de elaboración de un pensamiento para determinar una acción propositiva.</li> </ul>
<p><b>GDS 7. Defecto cognitivo muy grave. Se corresponde con una demencia en estadio grave.</b></p>	<p>Pérdida de todas las capacidades verbales a lo largo de esta fase.</p> <p>En fases tempranas se pueden verbalizar palabras frases, pero el lenguaje es muy circunscrito.</p> <p>En las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.</p> <p>Incontinencia urinaria. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.</p> <p>Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas a medida que avanza esta fase.</p> <p>El cerebro no transmite al cuerpo lo que tiene que hacer.</p> <p>A menudo aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.</p>



#### 11.4. Apéndice IV: Functional Assessment Staging (FAST)<sup>6</sup>

<b>Estadio FAST</b>	<b>Diagnóstico clínico</b>	<b>Características.</b>
<b>1</b>	Adulto normal.	Ausencia de dificultades objetivas o subjetivas.
<b>2</b>	Adulto normal de edad	Quejas de pérdida de memoria. Dificultades subjetivas en el trabajo.
<b>3</b>	EA incipiente	Disminución de la capacidad laboral evidente según los compañeros. Dificultad en viajar a lugares nuevos. Tras la lectura obtiene escaso material. Disminución de la capacidad organizativa.
<b>4</b>	EA leve	Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas (manejo de finanzas, dificultad en las compras, etc).
<b>5</b>	EA moderada	El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin ninguna asistencia. Requiere asistencia en escoger el vestido adecuado.
<b>6</b>	EA moderada-grave	Declive de la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse. Se especifican 5 subestadios.
<b>6a</b>		Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones (de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas dos semanas).
<b>6b</b>		Incapaz de bañarse correctamente (de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas dos semanas).

<b>6c</b>		Incapaz de utilizar el váter (de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas dos semanas).
<b>6d</b>		Incontinencia urinaria (de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas dos semanas).
<b>6e</b>		Incontinencia fecal (de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas dos semanas).
<b>7</b>	EA grave	Pérdida del habla y de la capacidad motora. Se especifican 6 subestadios:
<b>7a</b>		Capacidad de hablar limitada aproximadamente a media docena de palabras diferentes o menos, en el curso de un día promedio o en el curso de una entrevista detenida.
<b>7b</b>		Capacidad de hablar limitada a una sola inteligible en un día promedio o en el curso de una entrevista detenida.
<b>7c</b>		Pérdida de la capacidad para deambular (no puede andar sin ayuda personal).
<b>7d</b>		Pérdida de la habilidad para estar sentado sin ayuda.
<b>7e</b>		Pérdida de la capacidad de sonreír.
<b>7f</b>		Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida por sí solo.

\* La valoración se realiza a partir de la información obtenida por la observación del usuario y la información aportada por el cuidador de referencia.

### 11.5. Apéndice V: Cuestionario socio-demográfico sanitario

<b>FICHA DE RECOLLIDA DE DATOS</b>	
<b>Información referente ao usuario</b>	
Código do usuario: (Exemplo: 091)	Sexo: M                      H
Data nacemento/lugar:	Dirección:
Estado civil:.	
Fecha de incorporación ao proxecto:	
Profesión previa:	
Núcleo de convivencia/parentesco:	
Diagnóstico e medicación:	
<b>Información referente ao cuidador principal</b>	
Código do cuidador principal:	Sexo: M                      H
Data nacemento/lugar:	Dirección:
Estado civil:	
Situación psicosocial do cuidador:	
Apoios familiares:	
<b>DATOS SANITARIOS</b>	
Idade do diagnóstico:	Situacións estresantes previas:
Médico de referencia:	
Primeiros síntomas:	
Datos relevantes de saúde:	
<b>HISTORIA DE VIDA<sup>13</sup></b>	
<b>Infancia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordos importantes da infancia:</li> <li>• Recordos importantes da escola:</li> </ul>	
<b>Traballo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recordos importantes sobre o traballo:</li> <li>• Primeiro traballo, lugar de traballo:</li> </ul>	

<b>Relacións persoais significativas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Persoas significativas na miña vida:</li><li>• Vodas que vivín:</li><li>• Nenos pequenos coñecidos:</li><li>• Mascotas/animais que me gustan:</li></ul>		
<b>Lugares significativos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Recordos do lugar no que vivín máis tempo ou no que pasei os mellores momentos</b> (edificios, tendas, paisaxes, xente local, comunidade:</li><li>• <b>Outros lugares importantes para mín</b> (lugares de vacacións, lugares dónde sucederon feitos relevantes):</li></ul>		
<b>Actividades sociais e intereses:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recordo significativo sobre actividades sociais, de ocio e tempo libre, intereses (actividades/saídas, música, películas...):</li></ul>		
<b>Acontecementos relevantes da vida:</b> <p>Cousas importantes ou eventos con impacto significativo na súa vida (guerra, viaxes, perda dun ser querido...)</p>		
<b>Vida/Xubilación</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pensar no bo e no malo de facerse maior:</li><li>• A miña xubilación (causa, consecuencias, lugar...):</li><li>• Idade de xubilación:</li></ul>		
<b>A miña vida agora</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Qué é importante para min?</li><li>• Persoas importantes na miña vida actualmente:</li><li>• Desexos para o meu futuro:</li><li>• Rutina diaria:</li></ul>		
<b>DATOS SOCIAIS</b>		
Recursos sociosanitarios:		
Axuda a domicilio:	Minusvalía:	Dependencia:
Evolución do usuario observada no domicilio:		
Valoración sobrecarga cuidador principal:		

<b>INFORMES/VALORACIÓN TÉCNICA</b>		
<b>Valoración Cognitiva:</b>		
Data:	MMSE	GDS/FAST
Observacións:		
<b>Avaliación funcional-psicolóxica conductual:</b>		
Data:	BANS-S	NPI
Observaciones:		
<b>Avaliación coidador (cognitiva-sobrecarga).</b>		
Data:	MMSE	EZ
<b>AVALIACIÓN DE OCIO E TIEMPO LIBRE.</b>		
	<b>GUSTALLE</b>	<b>REALÍZAO</b>
Acudir a festas		
Reunirse con familiares		
Coidado de animais		
Coidado da horta/plantas.		
Ver tele		
Manualidades		
Escoitar radio		
Contemplan a natureza		
Escoitar música		
Coser		
Camiñar		
Cantar		

Xogos de mesa		
Pintar		
Outros:		

**FICHA HISTORIA SONORO-MUSICAL<sup>13</sup>**

7. Qué tipo de música lle gusta máis:

	Música clásica
	Música popular
	Pasodobles
	Rock
	Boleros
	Sevillanas
	Coplas
	Outros? Cales?

8. Podes dicir algunha canción ou artista favorito/a? Por qué?

**Principal preocupación do coidador principal en relación á súa situación como coidador:**

**Expectativas do coidador principal deste proxecto:**

### 11.6. Apéndice VI: Escala Zarit (EZ)<sup>11</sup>

ÍTEM	RESPUESTAS				
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para Ud.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades?	0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que su paciente afecta negativamente su relación con otros miembros de su familia? (pareja, hijos, ...)	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente?	0	1	2	3	4
8. ¿Cree que su paciente depende de Ud.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?	0	1	2	3	4
10. ¿Cree que la salud de Ud. se ha deteriorado por cuidar a su paciente?	0	1	2	3	4
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar de su paciente?	0	1	2	3	4
12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades al cuidar de su paciente?	0	1	2	3	4
14. ¿Cree que su paciente espera que Ud. sea la única persona que le cuide, como si nadie más pudiera hacerlo?	0	1	2	3	4
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y el cuidado de su paciente?	0	1	2	3	4

Programa de EMS: repercusi3ns sobre a persoa maior e o cuidador principal.

18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?	0	1	2	3	4
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?	0	1	2	3	4
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?	0	1	2	3	4
22. En resumen, ¿se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente?	0	1	2	3	4

0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = Algunas veces; 3 = Frecuentemente; 4 = Siempre.



### 11.7. Apéndice VII: Severe Mini-Mental State (SMMSE)<sup>7,8</sup>

Pregunta	Puntuación
<b>Nombre (1 punto si se aproxima; 3 si es exacto)</b>	
1. Nombre	0 – 1 – 3
2. Apellido	0 – 1 – 3
<b>Fecha de nacimiento (1 punto por cada palabra; 2 si es totalmente exacto)</b>	
a. Nacimiento	0 – 1 – 2
<b>Repetir tres palabras (1 punto por cada palabra)</b>	
a. Pájaro	0 – 1
b. Casa	0 – 1
c. Paraguas	0 – 1
<b>Seguir instrucciones sencillas (1 punto por obedecer la orden; 2 puntos por seguir obedeciendo la orden [5 segundos] hasta que se le diga que pare)</b>	
a. Levantar la mano	0 – 1 – 2
b. Cierre los ojos	0 – 1 – 2
<b>Nombrar objetos simples (1 punto por cada objeto)</b>	
a. Bolígrafo	0 – 1
b. Reloj	0 – 1
c. Zapato	0 – 1
<b>Escribir su nombre (1 punto si se acerca; 2 si es totalmente exacto)</b>	
a. Nombre	0 – 1 – 2
b. Apellido	0 – 1 – 2
<b>Dibujar un círculo a la orden (1 punto)</b>	
a. Círculo	0 – 1
<b>Dibujar un cuadrado (1 punto)</b>	
a. Cuadrado	0 – 1
<b>Nombrar animales (número de animales en un minuto)</b>	

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

<ul style="list-style-type: none"><li>• 1-2 animais: 1 punto</li><li>• 3-4 animais: 2 puntos</li><li>• Más de 4 animais: 3 puntos</li></ul>	0 – 1 – 2 – 3
<b>Deletrear SOL hacia delante (1 punto por cada letra en el orden correcto)</b>	
a. S	0 – 1
b. O	0 – 1
c. L	0 – 1

**11.8. Apéndice VIII: Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale (BANS-S)<sup>3,4</sup>.**

		<b>Puntuación</b>
<b>1. Vestido</b>	1. Normalmente es independiente	
	2. Requiere asistencia mínima	
	3. Requiere asistencia moderada pero no es totalmente dependiente	
<b>2. Sueño</b>	1. Normalmente tiene un ciclo de sueño-vigilia regular	
	2. A veces tiene un ciclo de sueño-vigilia irregular	
	3. Con frecuencia tiene un ciclo de sueño-vigilia irregular	
	Ciclo de sueño-vigilia severamente alterado	
<b>3. Habla</b>	1. Capacidad para hablar completamente intacta.	
	2. Capacidad para hablar ligeramente disminuida.	
	3. Capacidad para hablar moderadamente disminuida.	
	4. Mutismo total.	
<b>4. Alimentación</b>	1. Come solo de forma independiente	
	2. Requiere asistencia mínima y/o persuasión.	
	3. Requiere asistencia moderada mínima y/o persuasión.	
	4. Completamente dependiente.	
<b>5. Movilidad</b>	1. Siempre camina de forma independiente.	

	2. Capaz de caminar independente a veces.	
	3. Solo es capaz de caminar con ayuda.	
	4. Incapaz de caminar incluso con ayuda.	
<b>6. Musculatura</b>	1. Muy flexible y completa movilidad articular	
	2. Algo flexible con leve deterioro de la movilidad articular	
	3. Rigidez articular	
	4. Contracción muscular	
<b>7. Contacto visual</b>	1. Mantiene el contacto visual	
	2. Habitualmente mantiene el contacto visual	
	3. Raramente mantiene el contacto visual.	
	4. Nunca mantiene el contacto visual	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

### 11.9. Apéndice IX: Cuestionario de satisfacción

#### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PARA TODOS OS PARTICIPANTES DO PROXECTO DE EMS INTEGRADA NO COIDADADO 24H DO CONCELLO DE MESÍA.

LUGAR:

DATA:

Agradecer a participación neste proxecto e para finalizar coa nosa tarefa, precísase a vosa colaboración na contestación dalgunhas cuestións. Sinale, por favor, no recadro correspondente a súa valoración de todo o proceso nunha escala do 1 ao 5, onde o 1 indica a puntuación máis baixa e o 5 a máis alta.

<b>En xeral, qué nivel de satisfacción global ten co proxecto de EM 24 horas?</b>									
	Moi bo		Bo		Aceptable		Malo		Moi malo

<b>Cómo valora o horario no que recibe o servizo?</b>									
	Moi bo		Bo		Aceptable		Malo		Moi malo

<b>Cómo valora a avaliación inicial realizada?</b>									
	Moi boa		Boa		Aceptable		Mala		Moi mala

<b>En xeral, qué nivel de satisfacción pode dicir que ten cos profesionais?</b>									
	Moi bo		Bo		Aceptable		Malo		Moi malo

<b>Cómo valora o trato que recibe o usuario por parte dos profesionais?</b>									
	Moi bo		Bo		Aceptable		Malo		Moi malo

<b>Cómo valora o trato que recibe Ud. por parte dos profesionais?</b>									
	Moi bo		Bo		Aceptable		Malo		Moi malo

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

<b>Considera que a información que se lle explicou se realizou de maneira adecuada?</b>									
<input type="checkbox"/>	Moito	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Algo	<input type="checkbox"/>	Pouco	<input type="checkbox"/>	Nada

<b>En qué medida está dacordo coa seguinte afirmación: Considero que se me comunica toda a información relevante do usuario ao longo do proceso?</b>									
<input type="checkbox"/>	Moito	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Algo	<input type="checkbox"/>	Pouco	<input type="checkbox"/>	Nada

<b>En qué medida está dacordo coa seguinte afirmación? : <u>Mellorou a calidade de vida tanto do usuario como do cuidador principal dende a participación neste proxecto</u></b>									
<input type="checkbox"/>	Moito	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Algo	<input type="checkbox"/>	Pouco	<input type="checkbox"/>	Nada

<b>En qué medida está dacordo coa seguinte afirmación? : <u>O proxecto realizado cumpriu coas miñas expectativas iniciais.</u></b>									
<input type="checkbox"/>	Moito	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Algo	<input type="checkbox"/>	Pouco	<input type="checkbox"/>	Nada

Indique, calquera suxerencia ou comentario que considere oportuno co obxectivo de mellorar os servizos ofrecidos:

:

--

Moitas grazas pola súa colaboración.

Firmado

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

## **11.10. Apéndice X: Folla informativa**

### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

Título do estudo: “EMS integrada no coidado 24 horas, en persoas maiores residentes no concello de Mesía”.

Investigadores responsables: Lucía Manteiga López.

Lugar no que se realizará o estudo: nos domicilios dos participantes; do Concello de Mesía.

Números de teléfono asociados al estudio: 608698273

Correos electrónicos dos investigadores responsables:  
[manteigalopezlucia@gmail.com](mailto:manteigalopezlucia@gmail.com)

#### **1. INTRODUCCIÓN**

Vostede foi seleccionado para participar nun estudo de investigación. Unha vez lido no que consiste o estudo cos seus riscos e beneficios e aclare as súas posibles dúbidas pode decidir voluntariamente se desexa participar nel ou non.

Se así o desexa solicitaráse que firme o consentimento, quedando unha copia para vostede.

#### **2. XUSTIFICACIÓN DO ESTUDO**

A EMS conta cunha serie de técnicas que axudan a mellorar a calidade de vida das persoas maiores con demencia e dos seus cuidadores. Debido aos escasos recursos existentes para este colectivo no Concello de Mesía, considerase necesario a implementación de este tipo de servizos.

#### **3. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Vostede está convidado a participar no estudo de investigación que ten como obxectivo coñecer se as técnicas de EMS integrada no coidado

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

axudan a mellorar ou manter o desempeño ocupacional das persoas maiores seleccionadas do Concello de Mesía.

#### **4. PROCEDEMENTOS DO ESTUDO**

A investigación contará con un grupo experimental, a asignación dos participantes realizarase tendo en conta os criterios de inclusión e exclusión explicados con anterioridade e en función da área xeográfica. A intervención levarase a cabo no domicilio da persoa.

Durante a mesma, realizaranse actividades individualizadas de EMS integrada no coidado.

#### **5. RISCOS ASOCIADOS CO ESTUDO.**

No existen riscos predecibles, poden existir riscos impredecibles que escapen do coñecemento dos investigadores.

No caso de que vostede desenvolva algún risco secundario a este estudo, brindaráselle todo o tipo de atención necesaria.

#### **6. BENEFICIOS DO ESTUDO**

Este estudo ten o beneficio de producir coñecemento científico para os terapeutas ocupacionais que se dedican á investigación e ao traballo de persoas maiores con demencia.

Nin vostede nin a súa familia recibirá beneficio económico pola participación deste no estudo.

Brindarase unha compensación por danos soamente no caso que se produza algún efecto secundario.

#### **7. TEMPO**

O grupo experimental recibirá unha intervención durante doce meses.

#### **8. COSTE**

Non se lle cobrará nada, nin a vostede nin á súa compañía de seguro pola participación no estudo.



Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

## **9. CONFIDENCIALIDADE E ALMACENAMENTO DA INFORMACIÓN**

Toda a información que poda identificalo será manexada dende a confidencialidade.

Soamente os investigadores deste proxecto tenrán acceso aos datos. Non se divulgará ningunha información proporcionada durante a investigación. Cando os resultados sexan publicados non se incluírá a información que poda revelar a súa identidade. Toda esta información será divulgada con fins científicos e pedagóxicos.

Para o manejo dos seus datos empregárase un software estadístico (SPSS).

## **10. VOLUNTARIEDADE**

A participación neste estudo é voluntaria. Cabe mencionar que poderá retirarse da investigación en calquera momento sen ningún tipo de consecuencia.

## **11. INFORMACIÓN**

Poderá solicitar información máis detallada ou preguntar calquera duda existente no momento no que o desexe, comunicándose con calquera dos investigadores do estudo.

## **12. COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

O Comité Ético Científico revisou e avalou a realización deste estudo evaluando o cumprimento da normativa ética nacional e internacional e garantizando a seguridade e o benestar das persoas involucradas nesta investigación.

## **13. DEREITOS DOS PARTICIPANTES**

Lin, comprendín e discutín toda a información anterior cos investigadores responsables do estudio. A miña participación neste estudo é voluntaria e poderei renunciar a participar en calquera momento sin consecuencia algunha.

Programa de EMS: repercusións sobre a persoa maior e o cuidador principal.

Fun informado e entiendo que os datos obtidos poden ser publicados ou difundidos con fins científicos e/ou educativos.

Acepto participar neste estudo de investigación “EMS integrada no coidado 24 horas, en persoas maiores residentes no concello de Mesía”. Recibirei unha copia firmada e datada desta forma de consentimento.

Data:

Firma do participante:

**11.11. Apéndice XI: Autorización de Tratamento e Cesión de datos persoais.**

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN**

TÍTULO do estudo  
.....

Eu.....

- Lin a folla de información ao participante do estudio arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar coa terapeuta ocupacional e investigadora, Lucía Manteiga López e facer todas as preguntas sobre o estudo.
- Comprendo que a miña participación é voluntaria, e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos meus coidados médicos.
- Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para participar neste estudo.

Ao rematar este estudo acepto que os meus datos sean:

- Eliminados
- Conservados anonimizados para usos futuros noutras investigacións

Fdo.: O/a participante,

Fdo.: O/a investigador/a que solicita o consentimento.

Nome e Apelidos:

Nome e Apelidos:

Data:

Data:

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA REPRESENTANTE LEGAL PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

TÍTULO do estudo  
.....

Eu ..... representante legal de  
.....

- Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar coa terapeuta ocupacional e investigadora, Lucía Manteiga López e facer todas as preguntas sobre o estudo.
- Comprendo que a súa participación é voluntaria, e que pode retirarse do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos sus coidados médicos.
- Accedo a que se utilicen os seus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para participar neste estudo.

Ao rematar este estudo acepto que os seus datos sexan:

- Eliminados
- Conservados anonimizados para usos futuros outras investigacións.

Fdo.: O/a representante legal,

Fdo.: O/a investigador/a que solicita o consentimento

Nome e apelidos:

Nome e apelidos:

Data:

Data: