

PROGRAMA INTEGRAL DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL PARA PERSONAS CON DEMENCIA

Mireia Tofiño García

Terapeuta ocupacional

IMSERO

<https://imsero.es/web/imsero>

info@crealzheimer.es

923 28 57 00

IMSERO

2026

1. RESUMEN BUENA PRÁCTICA

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

2. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

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

Se realizaron tres ediciones del PIPAP entre 2014 y 2016, dando lugar a una muestra total de 29 personas con demencia en fase leve-moderada, que vivían en el domicilio, mantenían las AVD básicas de forma autónoma y en las AVD instrumentales conservaban independencia en dos o más.

Los resultados obtenidos mostraron una mejoría significativa en las AVD instrumentales al finalizar el PIPAP y las AVD básicas se mantuvieron sin cambios.

Aunque la mejoría en la cognición no fue estadísticamente significativa para todas las pruebas, se obtuvieron mejores puntuaciones en todos los test al finalizar el programa.

Se consiguió una reducción significativa de los SPCD y una mejoría en la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores. Respecto a la comunicación, los análisis mostraron una mejora de las habilidades de comunicación e interacción. Además, a los 12 meses tras el alta, el 86,2% aún vivían en sus domicilios. Los resultados de esta investigación han sido publicados en la revista Psicogeriatría (véase Tofiño García et al., 2021).

Una vez comprobada su eficacia se ha instaurado el PPIPAP en el CREA como un recurso especializado de atención sociosanitaria para las personas con demencia y sus familias,

que desarrolla buenas prácticas de intervención desde una perspectiva holística e integradora, desarrollándose en estos momentos la séptima edición del PIPAP.

Además, se enmarca en la colaboración en la Red de Centros del IMSERSO y forma parte de las líneas estratégicas del IMSERSO para promover la autonomía personal e integración social de nuestras personas usuarias, sus familias y personas cuidadoras. Cada edición del PIPAP consta de 10 participantes que cumplen con los siguientes **criterios de inclusión**:

- Presentar una demencia en fase leve (GDS4) o deterioro cognitivo leve (DCL) (GDS 3).
- Conservar la participación en tareas del hogar y ser independiente para dos o más actividades de la vida diaria (AVD) instrumentales (uso del teléfono, compras, preparación de comidas, uso de medios de transporte y/o manejo del dinero).
- Se podrán incluir casos con dependencia para AVD instrumentales aguda o subaguda por una causa identificada con buen pronóstico de recuperación funcional.
- Mantener actividades de autocuidado (AVD Básicas) de forma autónoma o requerir de mínima supervisión.
- Compromiso de la persona usuaria para adecuarse al horario del programa y mantener regularidad en la asistencia.
- Compromiso y apoyo familiar, así como disponibilidad para participar en las valoraciones y en actividades propuestas.
- Mantener la residencia en el domicilio.

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

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

FASES DE IMPLEMENTACIÓN

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

- Realización del montaje y/o adaptación del espacio y ambiente dónde se desarrolla el PIPAP.
- Formación por parte de las Terapeutas Ocupacionales, a los profesionales que van a intervenir en la edición, sobre la fundamentación del Programa y marcos teóricos, la programación de la intervención y las pautas de actuación para la promoción de la autonomía personal en deterioro cognitivo leve- moderado.
- Dentro de esta formación se concienciará de la importancia del cambio de rol de los profesionales, huyendo de un modelo de actuación paternalista y consiguiendo un papel más activo e igualitario de la persona usuaria.
- Preparación de las actividades de los diferentes talleres de intervención, así como el diseño de base de datos y formularios de registro.

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

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

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

- Valoración de las personas usuarias aplicando las baterías y test de evaluación propias del modelo de Ocupación Humana (MOHO), la Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS) mediante evaluación observacional, que nos proporciona datos acerca de la habilidad que la persona demuestra al comunicarse e interactuar con otros en una ocupación; y la Occupational Self Assessment (OSA) que nos proporciona datos sobre la competencia ocupacional, el impacto ambiental y valores de la persona, y cuán satisfecho está con la realización, mediante una autoevaluación realizada por la persona usuaria.
- Valoración del domicilio de la persona usuaria por parte del terapeuta ocupacional, analizando los factores del entorno que pudieran limitar y/o favorecer el desempeño ocupacional, mediante una escala de valoración del ambiente físico (*ad-hoc*). La persona usuaria ha de realizar determinadas actividades marcadas por el terapeuta ocupacional y se registran aquellos aspectos ambientales que limita.
- Creación de los objetivos individuales y el plan de actuación de forma consensuada junto con la persona usuaria. Se asignan unos programas y talleres teniendo en cuenta sus preferencias y valores y el juicio profesional del terapeuta ocupacional. Se tendrán en cuenta los datos recogidos en la OSA, las valoraciones funcionales incluidas en el Protocolo de Ingreso y la observación directa en la ejecución de AVD tanto en la Unidad como en su domicilio.
- Asignación del profesional de referencia. El terapeuta ocupacional que coordine y ejecute el Programa será el profesional de referencia del todo el grupo. De esta manera se evita la pérdida de información relevante y se puede tener una visión holística no solo de la persona usuaria de manera individual, sino también del grupo.

• **FASE II: INTERVENCIÓN (6 meses de duración)**

- Intervención en los diferentes programas diseñados, valorando de manera constante mediante observación directa con el fin de comprobar la eficacia del PAI establecido, teniendo en cuenta que la persona es un ser dinámico y por lo tanto sus preferencias y necesidades están sujetas a cambios durante toda la intervención. Con el fin de que la unidad de convivencia se asemeje lo máximo

posible a un hogar, muchas de las intervenciones se realizan de forma conjunta con todas las personas usuarias, aunque algunas actividades se realizan en grupos reducidos en función del PAI establecido.

- Las intervenciones se llevan a cabo mediante diferentes tipos de talleres:
 - ✓ Talleres teóricos y formativos.
 - ✓ Talleres cognitivo-funcionales.
 - ✓ Talleres práctico-funcionales mediante rol-playing y situaciones simuladas.
 - ✓ Ejecución real en un entorno controlado.
 - ✓ Talleres externos fuera del entorno terapéutico.
 - ✓ Generalización y transmisibilidad a su hogar y contexto real de las destrezas, habilidades y actividades trabajadas en el entorno terapéutico.

- Los programas que se llevaron a cabo fueron los siguientes:
 - ✓ **Mantenimiento básico:** Crear hábitos y rutinas encaminadas a la realización de forma autónoma de las AVD básicas. Se llevó a cabo mediante supervisión y pautas en la ejecución real, talleres cognitivo-funcionales teóricos mediante fichas y ejercicios, y talleres funcionales prácticos mediante la integración de los conocimientos adquiridos en los talleres cognitivo-funcionales.
 - ✓ **Responsabilidades y roles comunitarios:** Crear hábitos y rutinas que afiancen el desempeño de AVD instrumentales en su entorno inmediato y el mantenimiento de roles, mediante talleres cognitivo-funcionales, teóricos con fichas y ejercicios, funcionales prácticos mediante la integración de los conocimientos adquiridos, juegos de roles, y ejecución real de actividades, hábitos y rutinas.
 - ✓ **Ocio y participación social/comunitaria:** Se realiza laborterapia, ludoterapia, salidas culturales, biblioteca y lectura, actividades religiosas y organización del tiempo libre; para ello debe haber una preparación teórica y práctica de salidas y actividades, juegos de roles y ejecución real de las actividades. La elección de las actividades se tiene que basar en las preferencias de los usuarios.
 - ✓ **Orientación a la realidad:** Actividades que reducen la confusión y evitan la desconexión del entorno.
 - ✓ **Ambiente social:** Formación a las familias y cuidadores en las capacidades y limitaciones de las personas con demencia. Se realizan seminarios de

concienciación y educación por medio de talleres formativos, intergeneracionales y actividades conjuntas con las personas usuarias. Además, se realizan reuniones individuales con familiares y/o cuidadores.

- ✓ **Ambiente físico:** Valoración y pautas encaminadas a mejorar o afianzar la autonomía en el entorno domiciliario. Se realiza una valoración y adaptación del entorno físico y las AVD en su entorno inmediato.

La planificación de la jornada está adaptada a las necesidades de cada persona usuaria. Se organiza diariamente durante el programa de orientación a la realidad, donde se reparten las tareas y responsabilidades. Hasta la hora de la comida se llevaban a cabo actividades de los programas de mantenimiento básico y responsabilidades y roles comunitarios, mientras que las actividades del programa de ocio y participación social/comunitaria se realiza tras la comida.

El PIPAP se desarrolla de lunes a viernes. Todos los días las 9 de la mañana se realiza una reunión organizativa entre los profesionales que intervienen en el Programa donde se trata la planificación horaria, avances, problemas surgidos... El horario de participación de las personas usuarias es de 10 a 16 horas, evitando el abandono de hábitos y rutinas satisfactorias en su entorno real.

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

- **FASE III: TRANSMISIBILIDAD Y VALORACIÓN FINAL (duración de 2 meses)**
- Continuación de los programas especificados en la FASE II cobrando mayor importancia los Programas de Ambiente Social y Ambiente Físico.
- En esta fase las familias y cuidadores son partícipes en actividades conjuntas con las personas usuarias.
- Se realizan seminarios a familiares y cuidadores orientados al mantenimiento de la autonomía de las personas con demencia en su domicilio. Además, se citan dos familias cada semana para hablar de los casos de forma particular.
- Generalización final del Programa en su domicilio. Acudiendo junto con la persona a su hogar, observando y dando las pautas necesarias para un desarrollo óptimo de su autonomía.

- Realización de las evaluaciones finales específicas, aplicando las mismas evaluaciones que en la FASE I.
- Valoración del resto del equipo multidisciplinar del CREA según marca el protocolo de alta del Centro.
- Además, se aplicó una encuesta de satisfacción a los familiares o cuidadores y a los profesionales implicados en el PIPAP.
- **FASE IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS (duración de 1 mes)**
 - Se realiza el análisis e interpretación de los resultados obtenidos (en las tres primeras ediciones).
- **FASE V: SEGUIMIENTO**
 - Con el fin de disminuir la gravedad de los SPCD y facilitar la adaptación de la persona usuaria a la nueva rutina en su domicilio sin el apoyo diario del terapeuta ocupacional; se establece una retirada gradual del apoyo del terapeuta que estará presente vía telefónica y/o correo electrónico durante los dos primeros meses tras el alta, y resolverá las dudas y conflictos generados. Se establece un primer contacto a la semana de producirse el alta, un segundo contacto a los 15 días del primer contacto y un tercer contacto transcurrido un mes del segundo contacto.
 - Realización de seguimiento a las personas usuarias a los tres, seis y doce meses de haber finalizado la participación en el Programa, valorando los siguientes aspectos:

El Estado cognitivo-funcional de las personas participantes en el PIPAP mediante IB, ELB, IDDD, DAD-E, MMSE, test del reloj y B-MIS. También se valoró la calidad de vida mediante el Quality of Life-Alzheimer's Disease (Qol-Ad) y COOP WONCA. El uso de algún recurso de ayuda a domicilio, centro de día o residencia con el fin de comprobar si se ha conseguido el retraso de la institucionalización y/o qué motivos llevaron a tomar la elección de dicho recurso si lo hubiera.

3. ÁMBITO TERRITORIAL Y RURALIZACIÓN

Local	
Provincial	
Autonómico y regional (Especificar comunidad autónoma y/o región):	
Estatal	X
Unión Europea/ Internacional	
Indique el lugar/es en los que se desarrolla la buena práctica: En el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (IMSERSO) en Salamanca.	
TERRITORIAL Y RURALIDAD El Programa Integral de Promoción de la Autonomía Personal (PIPAP) es ruralizable principalmente por su enfoque en la permanencia en el domicilio y su metodología basada en la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), la cual se adapta perfectamente a las características del entorno rural por los siguientes motivos: <ol style="list-style-type: none"> Fomento del Envejecimiento en Casa: El programa logra que el 86% de los participantes continúen viviendo en su hogar en lugar de ser institucionalizados. En el mundo rural, donde las residencias pueden estar lejos del núcleo familiar y social, mantener a la persona en su entorno habitual es clave para su bienestar. Adaptabilidad del Entorno: La metodología incluye la personalización de entornos y el uso de información biográfica, lo que permite utilizar los recursos y la historia de vida del paciente en su propio pueblo, convirtiendo las actividades cotidianas de la zona en actividades terapéuticas significativas. 	SI

<p>3. Reducción del Estrés del Cuidador: Los resultados muestran una mejoría significativa en los niveles de estrés de los cuidadores. En zonas rurales, donde el cuidado suele recaer de forma intensiva en la familia por la falta de servicios cercanos, este alivio es fundamental para la sostenibilidad del sistema de cuidados local.</p> <p>4. Recursos Formativos Accesibles: El programa ofrece guías de orientación, vídeos y cursos online (a través del IMSERSO), lo que permite que profesionales y familias en áreas geográficamente aisladas puedan implementar la metodología sin necesidad de desplazamientos constantes a grandes centros urbanos.</p> <p>5. Democratiza la atención especializada, permitiendo que una persona con demencia reciba cuidados de alta calidad técnica sin abandonar su comunidad ni sus raíces.</p>	
--	--

4. JUSTIFICACIÓN

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

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

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



5. RECURSOS

Personal necesario para llevar a cabo la experiencia:

el principal personal para el desarrollo del PIPAP es: un profesional de terapia ocupacional y 2 profesionales de cuidados de auxiliar de enfermería.

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

- Para la pre-valoración y selección de las personas usuarias, así como valoraciones específicas y seguimientos: terapeuta ocupacional y neuropsicólogo/a.
- Valoración integral según marca el protocolo de ingreso del CREA. Al ingreso se realiza una valoración multidisciplinar (trabajo social, neurología, psiquiatría, enfermería, logopedia, fisioterapia, psicología, educación social...)
- Para la preparación de la Unidad y formación de profesionales: terapeuta ocupacional.
- Para la intervención: terapeuta/s ocupacional/es y 2 auxiliares de enfermería.
- Existen colaboraciones externas en función de necesidades de las personas usuarias (neuropsicología, logopedia, musicoterapia, psicomotricidad...

Recursos materiales necesarios para llevar a cabo la experiencia:

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

- ✓ Cocina completa: Con los electrodomésticos de uso habitual (Vitrocerámica, frigorífico, horno, microondas, lavavajillas, batidora...), y los utensilios y elementos de menaje. Es importante identificar con letreros (si es necesario acompañando la palabra de una imagen) donde se encuentra cada utensilio en los armarios, cajones y puertas, de este modo facilitaremos la identificación y orientación de las personas usuarias.
- ✓ Cuarto de limpieza: Debe contar con una lavadora, plancha y tabla de planchar, tendedero y elementos de limpieza como un cubo, fregona, cepillo y recogedor, además de productos de limpieza (detergentes, suavizantes, desinfectantes, estropajo, bayeta...).
- ✓ Zona de descanso común: Con sillones o sofás cómodos, mesa camilla, televisión o radio, mesita con revistas y periódicos...
- ✓ Baños: Es recomendable disponer de al menos tres o cuatro cuartos de baño, de este modo si el grupo es mixto pueden dividirse en baños femeninos y masculinos, y asignar varios grupos. Poner carteles personalizados en las puertas de los baños para facilitar la identificación (foto de la persona, de su pueblo natal, profesión desempeñada durante su vida...). Es importante que cada persona disponga de un neceser personal con su cepillo de dientes, pasta, toallitas húmedas y utensilios personales que quiera aportar y estén relacionados con sus hábitos y rutinas (peine, colonia, pintalabios...). Disponer de foto y nombre en el espacio de cada persona dentro del baño (por ejemplo, en la estantería donde deposite su neceser personal).
- ✓ Comedor: La comida es una actividad importante donde se puede fomentar la comunicación, se recomienda una mesa grande para doce personas (diez personas usuarias y dos auxiliares).
- ✓ Zona de intervención: Crear un espacio dedicado a la intervención con mesas y sillas para los diez integrantes del grupo (si es posible, no utilizar el mismo lugar donde se lleva a cabo la comida). Estantería con cajones o bandejas (personalizados con su nombre) donde puedan depositar sus actividades y tener acceso a ellas fácilmente, y un armario con puertas de cristal donde puedan encontrar el material fácilmente y sea accesible para todos (lapiceros, pinturas, gomas, sacapuntas, fichas de estimulación, lana, agujas, pintaúñas, quitaesmalte, algodones, limas, cortaúñas...).
- ✓ Habitación: Es importante poder disponer de una habitación con un par de camas como mínimo por si alguna persona se encuentra indispuesta o incluso, tenga hábito de dormir la siesta en la cama después de comer.

También pueden usarse para el entrenamiento de AVD instrumentales (hacer la cama).

- ✓ **Vestíbulo:** Habitación con un perchero donde cada persona dejará su abrigo y bolso en su percha personalizada (foto y nombre). Armario para poder depositar cada persona un bolso con ropa de cambio en caso de necesitar cambiarse (ropa interior, pantalón, camiseta, calcetines...).

Otros espacios recomendables son:

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

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

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

6. PERFIL DEL DESTINATARIO

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

7. INNOVACIÓN

Se huye del modelo paternalista: existe un cambio de rol de los profesionales que intervienen en el Programa, donde acompañan a la persona usuaria y son elementos facilitadores y promotores de su autonomía.

Se valora la autopercepción que tiene la persona de sus capacidades, sus valores, gustos y preferencias, y se establece el PAI junto con ella. El profesional sería el poseedor de unos conocimientos y habilidades en su área y la persona usuaria la conocedora de sus expectativas, sentimientos, preferencias, forma de vida...

Existe un único profesional de referencia para todas las personas participantes en el Programa, lo que facilita la comunicación, la visión global del grupo y la planificación diaria.

Se trabaja sobre su entorno para potenciar sus capacidades, tratando de extrapolar aquellas destrezas y habilidades trabajadas en el entorno terapéutico a su ambiente real. Hay una personalización del ambiente terapéutico, evitando la imagen fría de institucionalización.

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

8. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realiza una pre-valoración para seleccionar a las personas usuarias que cumplen con los criterios de inclusión que les permitirá beneficiarse del PIPAP. Posteriormente una valoración al ingreso por parte del equipo interdisciplinar, y una vez iniciado el Programa, se aplican las escalas y cuestionarios de valoración propios del Modelo.

Se realizan seguimientos observacionales durante todo el Programa, una valoración similar al ingreso al alta, y tras la finalización del Programa valoraciones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

La capacidad funcional se valoró mediante IB, ELB, IDDD que valora la iniciativa, además de la ejecución en AVD básicas e instrumentales. El estado cognitivo global se valoró con el MMSE y la alteración en la memoria mediante la B-MIS.

Se utilizó el inventario neuropsiquiátrico abreviado para la valoración de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia (SPCD). El estado de ánimo fue valorado mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15).

La calidad de vida se valoró mediante la Quality of Life-Alzheimer's Disease en sus versiones para el paciente y cuidador, así como las viñetas COOP/WONCA que valoran la calidad de vida relacionada con la salud a través del estado funcional del paciente durante las dos últimas semanas (puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional de la dimensión evaluada).

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

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

Para el análisis de los efectos del programa en el momento de finalización (post intervención) se utilizaron pruebas t de medidas repetidas. Dado que para algunas variables no se cumplió el supuesto de normalidad, los resultados de las pruebas T fueron confirmados mediante test no paramétricos. Para el análisis de los seguimientos

se consideró de interés saber cuánto tiempo se mantuvieron las puntuaciones tras la evaluación post-intervención, por lo que se realizó un ANOVA de medidas repetidas con cuatro niveles (evaluación post, seguimiento 3 meses, seguimiento 6 meses y seguimiento 12 meses) y comparaciones por pares mediante el ajuste de Bonferroni.

En todos los análisis el nivel de significación se fijó en $p < 0.05$. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el software IBM SPSS Statistics 22.0.

Efectos del programa de intervención a su finalización:

A nivel funcional, el ELB mostró una mejoría significativa en las AVD instrumentales a la finalización del programa. Las AVD básicas se mantuvieron en la puntuación máxima según indicaba el IB.

- En la memoria, los SPCD tanto en gravedad como en estrés para el cuidador y en los síntomas depresivos, y en la calidad de vida se produjo una mejoría significativa.
- La autoevaluación ocupacional OSA mostró mejorías significativas tanto en la subescala de competencia como en la de valores.
- Respecto a la comunicación, los análisis mostraron mejorías significativas en las dos escalas utilizadas.

Seguimientos a los 3, 6 y 12 meses:

- Las puntuaciones sufren un leve descenso en los seguimientos a los 3 y 6 meses, con mayor diferencia a los 12 meses, pero aún dentro de un nivel de dependencia leve.
- En la calidad de vida las puntuaciones aumentaron significativamente a los 3 meses y después fueron reduciéndose progresivamente.
Respecto a la institucionalización, un 86% de las personas con demencia continuaron viviendo en su domicilio.

LINKS DE INTERÉS

Guía de Orientación Programa Integral de Promoción de la Autonomía Personal para personas con demencia:

<https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/publicaciones/PIPAP-Programa-int-promocion-autonomia-pers.pdf>

Video explicativo: https://www.youtube.com/watch?v=JYTosxqmt_k

Cursos <https://crealzheimer.imserso.es/cursos-2025>