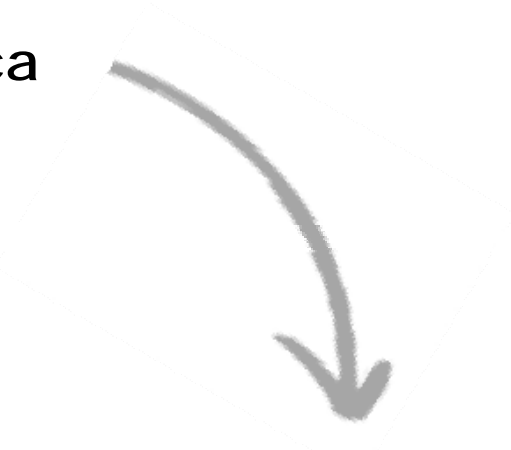




Consulta la buena práctica



CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DEL IMSERSO

PIPAP:

PROGRAMA INTEGRAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

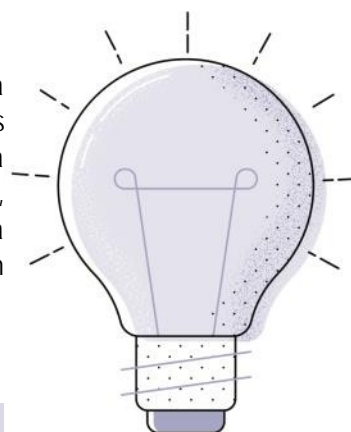


ÍNDICE

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

1. RESUMEN DE LA BUENA PRÁCTICA

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



2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

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

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

3. PERSONAS BENEFICIARIAS

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

Personas mayores	X
Personas con discapacidad	X
Personas en situación de dependencia	X
Familias	X
Profesionales	
Sociedad en general	
Otro/s	
Describa las características principales de las personas beneficiarias de la experiencia: Personas con demencia en estadio leve (GDS 4) que residen en su domicilio y sus personas cuidadoras.	

4. TIPO DE ACTIVIDAD

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

Centro residencial	X
Comunidades, viviendas, domicilios	X
Centros ocupacionales	
Centros de día	X
TAD, SAD	
Escuelas, universidades y otros centros educativos	
Lugares y centros de trabajo	
Políticas públicas	
Transporte	
Ocio	
Cultura	
Deporte	
Otro/s	
Describa el tipo de actividad de la entidad que lleva a cabo la buena práctica: El Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Imsero es un recurso de ámbito estatal, especializado en la investigación, análisis, evaluación y conocimiento de las mejores fórmulas para la atención sociosanitaria de personas afectadas, con un enfoque de enlace, foro de encuentro y colaboración con el conjunto de organismos y entidades que dirigen y prestan su atención a esta enfermedad. A través de acciones intersectoriales y de la colaboración institucional, el centro trabaja con el objetivo de potenciar una adecuada atención sociosanitaria.	

5. ÁMBITO TERRITORIAL

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

Local (Especificar municipio):	
Provincial (Especificar provincia):	
Autonómico y regional (Especificar comunidad autónoma y/o región):	
Estatal	X
Unión Europea	
Internacional	
Indique el lugar/es en los que se desarrolla la buena práctica: Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del IMSERSO.	

6. DESCRIPCIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

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

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

Hasta el momento se han realizado seis ediciones. Las tres primeras se realizaron para evaluar la eficacia en términos de mantenimiento funcional y cognitivo de un programa de intervención de terapia ocupacional centrado en la persona y basado en la ocupación en una cohorte de usuarios con demencia leve (se pueden comprobar los resultados en el apartado 19).

Una vez comprobada su eficacia se ha instaurado el Programa en el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del IMSERSO en Salamanca (CREA), desarrollándose en estos momentos la sexta edición del PIPAP.

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

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

- mantener regularidad en la asistencia.
- Compromiso y apoyo familiar, así como disponibilidad para participar en las valoraciones y en actividades propuestas.
- Mantener la residencia en el domicilio.

Como criterios de exclusión se plantean los siguientes:

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

El Programa integral para la Promoción de la Autonomía Personal (PIPAP), consta de seis fases:

- FASE PREVIA AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN (duración un mes):
 - Realización del montaje y/o adaptación del espacio y ambiente dónde se desarrolla el PIPAP.
 - Formación por parte de las Terapeutas Ocupacionales, a 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 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/cuidadoras donde se presenta a profesionales e instalaciones y la dinámica de trabajo.
 - Ingreso tras el apto: la persona usuaria es valorada multidisciplinariamente 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 cuan satisfecho está con la realización, mediante una autoevaluación realizada por la persona usuaria.
 - Valoración del domicilio de la persona usuaria por parte del terapeuta ocupacional, analizando los factores del entorno que pudieran limitar y/o favorecer el desempeño ocupacional, mediante una escala de valoración del ambiente físico (Ad-hoc). La persona usuaria ha de realizar determinadas actividades marcadas por el terapeuta ocupacional y se registran aquellos aspectos ambientales que limitan un correcto desempeño ocupacional, así como la posibilidad de cambio.
 - Creación de los objetivos individuales y el plan de actuación de forma consensuada junto con la persona usuaria. Se asignan unos programas y talleres teniendo en cuenta sus preferencias y valores y el juicio profesional de la persona 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 de la persona profesional de referencia. El terapeuta ocupacional que coordine y ejecute el Programa será la persona 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 las personas usuarias.
 - Orientación a la realidad: Actividades que reducen la confusión y evitan la desconexión del entorno.
 - Ambiente social: Formación a las familias y personas cuidadoras 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 cuidadoras.
 - 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 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 la familia.
- 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 personas cuidadoras son partícipes en actividades conjuntas con las personas usuarias.
- Se realizaron seminarios a familiares y cuidadoras 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 CRE según marca el protocolo de alta del Centro.
- Además se aplicó una encuesta de satisfacción a la familia o personas cuidadoras y a profesionales implicadas 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, ayuda a domicilio, centro de día o residencia con el fin de comprobar si se ha conseguido el retraso de la institucionalización y/o que motivos llevaron a tomar la elección de dicho recurso si lo hubiera.

7. JUSTIFICACIÓN

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

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

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

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

8. OBJETIVOS

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

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

Objetivos Específicos:

- Mantener el funcionamiento global de las AVD a través de una intervención basada en AIVD y AAVD significativas.
- Retrasar la institucionalización permanente.
- Estimular y/o mantener los componentes de ejecución cognitivos para el desempeño de las AVD.
- Incrementar habilidades de comunicación y de interacción tales como la corporalidad, intercambio de información y relaciones con terceros, en las

diferentes áreas de desempeño ocupacional.

- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.
- Identificar las características de su vivienda/entorno que facilitan / limitan el desempeño independiente de AVD.
- Proponer estrategias de modificación ambiental que favorezcan el desempeño independiente de AVD.
- Facilitar la iniciativa e implicación en la realización de las AVD a través de la intervención centrada en la persona y basada en la ocupación.
- Desarrollar un PAI basado en la percepción de la persona usuaria sobre su desempeño ocupacional y la importancia que da a cada actividad.
- Dotar a las familias y cuidadoras de recursos para una correcta adquisición e implementación de técnicas y estrategias que faciliten a la persona con demencia mantener su autonomía en las AVD, y brindándole así una adecuada y digna calidad de vida.

9. PALABRAS CLAVES

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

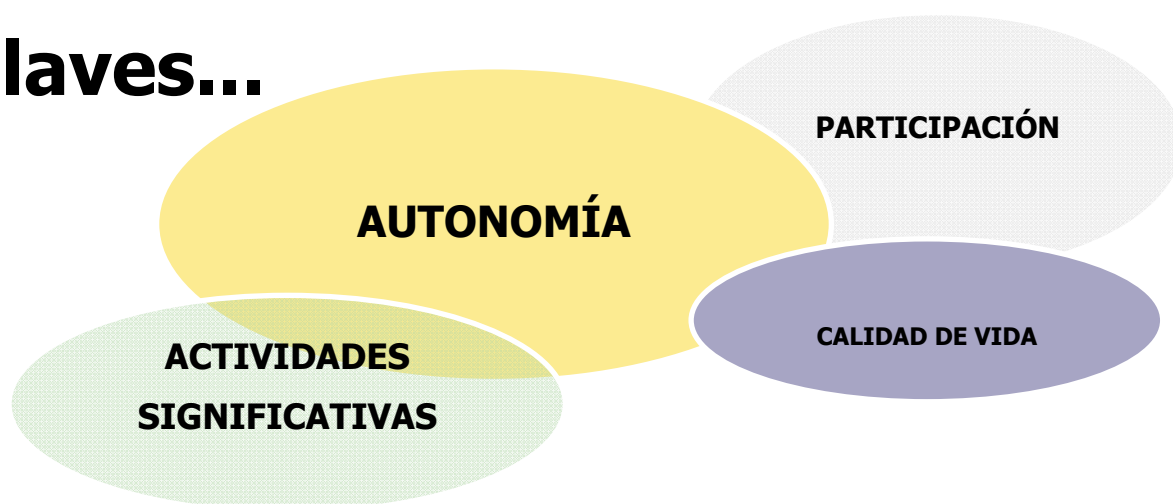
Autonomía. La persona con demencia participa de manera activa en la creación de su Programa de atención individualizado (PAI). En todo momento tiene la libertad de mostrar su opinión y elegir entre las opciones e intervenciones que respeten sus deseos y preferencias.

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

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

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

Claves...



10. TEMPORALIZACIÓN

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

Año de inicio: 2014
Mes de inicio: mayo

11. HITOS

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

La primera edición del Programa de Intervención para la Promoción de la Autonomía Personal (PIPAP) se inició en mayo de 2014. Una vez comprobada su eficacia se realizaron las siguientes ediciones:

- Segunda edición, febrero de 2015.
- Tercera edición, diciembre de 2015.
- Cuarta edición, junio de 2019.
- Quinta edición, mayo de 2021.
- Sexta edición, abril de 2022.

Por otra parte, y como resultado de este programa, se han publicado un artículo y se han realizado dos participaciones en congresos internacionales:

- López Tatis, M. (10-12 de octubre de 2018). *Intervention program to promote autonomy in mild and moderate cognitive impairment* [Poster]. International Congress of the European Geriatric Medicine Society, Berlin.
- Tofiño García, M., Molás Robles, R., Pérez Sáez, E. y Cabrero Montes, E. (20-22 de septiembre de 2017). *Intervention program of occupational therapy to promote personal autonomy* [Poster]. Alzheimer's Global Summit Lisbon 2017, Lisboa.
https://crealzheimerserso.es/crealzheimerserso_01/documentacion/catalogo_coleccion/informacion/index.htm?id=3370
- Tofiño-García, M., Molás-Robles, R., Pérez-Sáez, E. y López-Tatis, M. (2021). PIPAP: efectos de un programa de intervención para promoción de la autonomía personal en demencias. *Psicogeriatría*, 11(2), 79-87.
https://crealzheimerserso.es/crealzheimerserso_01/documentacion/catalogo_coleccion/informacion/index.htm?id=5923

Asimismo, también está prevista la realización de un curso de teleformación en el mes de octubre titulado "PIPAP: Programa de Intervención para la Promoción de la Autonomía Personal" y la publicación de una Guía de implantación para diciembre de este mismo año.

Por último, el éxito de este programa queda patente al haber sido seleccionado por

el Instituto de Mayores y Servicios Sociales para su exportación, formación e implementación en el resto de Centros de Referencia Estatal del Imsero: Credei, Credef, Credine y CREER.

12. RECURSOS

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

- Personal necesario para llevar a cabo la experiencia:
 - Para la prevaloración y selección de personas usuarias, así como valoraciones específicas y seguimientos: terapeuta ocupacional y neuropsicólogo.
 - 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 que cumpla con criterios de accesibilidad universal y diseño para todos como base, pero sin olvidar la personalización de los espacios para conseguir que se asemeje lo máximo posible a un hogar. Debe de disponer de cocina completa, sala de estar, comedor, algún espacio de trabajo y varios baños como mínimo.
 - Las actividades se desarrollarán en la propia unidad de convivencia y en los espacios de intervención del centro como son: cafetería, biblioteca, sala de ordenadores, huerto y demás espacios comunes; los alrededores próximos al Centro y en la ciudad de Salamanca.

13. FINANCIACIÓN

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

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

14. ALINEACIÓN CON OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

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

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

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



Principio de Autonomía

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

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

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

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

Principio de Individualidad

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

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

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

Principio de Independencia

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

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

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

- Programa de mantenimiento básico: donde se trabaja para mantener la capacidad funcional y la iniciativa en las AVD básicas.
- Programa de adquisición de responsabilidades y roles comunitarios: donde se trabajan las AVD instrumentales que favorecen el mantenimiento de los roles de la persona y facilitan una vida independiente en su domicilio y comunidad.

Principio de Independencia

- Programa de ambiente social: donde se trabaja con las familias y personas cuidadoras, informando y concienciando de las capacidades reales de la persona con demencia y como pueden actuar como facilitadores y promotores de su independencia.
- Programa de ambiente físico: Se valora el domicilio y entorno de la persona usuaria así como la ejecución de las diferentes AVD en el mismo, proponiendo posteriormente modificaciones ambientales y productos de apoyo cognitivos que favorezcan su independencia minimizando riesgos para su seguridad.

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

Principio de Integralidad

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

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

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

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

Principio de Participación

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

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

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

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

Se valora y analiza su entorno físico próximo y los recursos existentes de los que hace

Principio de Participación

uso, y se proporcionan los productos de apoyo cognitivos y recursos necesarios para mantener una actividad y vida independiente en su comunidad.

Principio de Inclusión social

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

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

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

Principio de Continuidad de atención

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

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

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

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

16. COHERENCIA CON LOS CRITERIOS COMPLEMENTARIOS



Criterio de Innovación

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

- Se huye del modelo paternalista: existe un cambio de rol de 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. La persona profesional sería la poseedora de unos conocimientos y habilidades en su área y la persona usuaria la conocedora de sus expectativas, sentimientos, preferencias, forma de vida...
- Existe una única persona profesional de referencia para todas las personas participantes en el Programa, lo que facilita la comunicación, la visión global del grupo y la planificación diaria.
- Se trabaja sobre su entorno para potenciar sus capacidades, tratando de extrapolar aquellas destrezas y habilidades trabajadas en el entorno terapéutico a su ambiente real.
- Hay una personalización del ambiente terapéutico, evitando la imagen fría de institucionalización.
- Existe un equilibrio entre la intervención diurna controlada y su vida "real". El horario permite a la persona continuar con sus hábitos y rutinas.

Criterio de Transferibilidad

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

- Se está en continua comunicación con la familia y personas cuidadoras durante todo el Programa, informándoles, formándoles y preparándoles de cara al alta para facilitar la vuelta de la persona usuaria a su domicilio, y que la persona usuaria pueda desempeñar los hábitos y destrezas trabajadas de la manera más autónoma posible.
- Se están impartiendo cursos de formación a otros centros de referencia de Imsero con el objetivo de implantar el PIPAP con las adaptaciones necesarias para sus perfiles de personas usuarias. La filosofía del Programa, su fundamentación, modelo de trabajo, implementación y puntos clave son replicables, únicamente habría que adaptar las actividades de los programas a las necesidades de cada colectivo.
- Está en desarrollo una Guía De Implantación del PIPAP que será publicada a finales de este año por Imsero.
- Se realizará un curso en la plataforma de teleformación del CRE Alzheimer

relativo a este programa de intervención durante octubre de 2022.

- Publicación de un artículo con los resultados obtenidos en las tres primeras ediciones: Tofiño-García, M., Molás-Robles, R., Pérez-Sáez, E. y López-Tatis, M. (2021). PIPAP: efectos de un programa de intervención para promoción de la autonomía personal en demencias. *Psicogeriatría*, 11(2), 79-87. https://crealzheimer.imserso.es/crealzheimer_01/documentacion/catalogo_coleccion/informacion/index.htm?id=5923

Criterio de Trabajo en Red

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

Se ha trabajado en el entorno de las personas usuarias y se han realizado diversas actividades en la ciudad de Salamanca. Se ha hecho uso de distintos recursos como museos, establecimientos comerciales, cafeterías, transporte público...

Criterio de Perspectiva de Género

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

Se realiza una valoración de la persona que contempla sus roles, hábitos, rutinas y actividades desempeñadas, así como sus valores e intereses con el fin de personalizar las actividades que se van a trabajar y cubrir sus necesidades y expectativas.

Criterio de Evaluación y Resultados

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

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

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

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

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

Criterio de Evaluación y Resultados

(Describir cómo se han evaluado los resultados de la experiencia)

La capacidad funcional se valoró mediante IB, ELB, IDDD que valora la iniciativa, además de la ejecución en AVD básicas e instrumentales.

El estado cognitivo global se valoró con el MMSE y la alteración en la memoria mediante la B-MIS.

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

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

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

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

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

(Describir qué resultados se han obtenido)

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

Criterio de Evaluación y Resultados

- 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.

Ambiente facilitador y otros criterios

En cuanto al entorno, aspectos socio-espaciales, comunitarios, ergonómicos y de otra tipología.

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

- Se realiza una valoración domiciliaria y de su entorno próximo analizando la funcionalidad y la seguridad para desarrollar sus diferentes AVD en los distintos espacios, y se proponen adaptaciones para mantener o mejorar su autonomía y funcionalidad.
- Antes de realizar alguna visita sociocultural, se estudia la accesibilidad del entorno y como compensar las limitaciones.
- El espacio terapéutico en el que trabajamos en el CREA, cumple con las medidas de accesibilidad universal, no obstante está personalizado con diferentes ayudas cognitivas y objetos personales de las personas usuarias del Programa.