

Trabajo Fin de Grado

Actuación desde la terapia ocupacional en un caso
clínico de vasculitis cerebral denominada
enfermedad de Binswanger

Autor/es

Clarisa García Ariño

Director/es

M^a Mercedes Bescós Durán
María Blanca Galvez Vicioso

Facultad Ciencias de la Salud
2013

INDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	3
3. Objetivos.....	6
4. Metodología	6
4.1. Modelo de terapia ocupacional	6
4.2 Presentación caso clínico.....	8
4.3 Valoración inicial	8
4.4 Objetivos	10
5. Desarrollo.....	11
5.1 Tratamiento	11
5.2 Valoración final.....	14
6. Conclusiones.....	15
7. Bibliografía	16
8. Anexos.....	17

Resumen

Este trabajo va a tratar de la intervención de un terapeuta ocupacional en un caso determinado de demencia vascular: Enfermedad de Binswanger. Comenzaremos con una primera evaluación de la paciente, y con los resultados que obtengamos de esta evaluación estableceremos un objetivo principal y unos objetivos secundarios. Una vez establecidos estos objetivos buscaremos aquel modelo de terapia ocupacional que nos sirva como base para poder establecer el plan de intervención. Tras una serie de sesiones, se volverá a realizar la misma evaluación que se había pasado anteriormente para observar los cambios que se hayan producido en nuestra paciente, observar si hemos conseguido resultados favorables en los objetivos propuestos para poder determinar una serie de conclusiones respecto a nuestro trabajo.

Introducción

Hasta el siglo XIX el concepto de demencia abarcaba cualquier tipo de trastorno mental o de conducta. Fue en este siglo cuando se empieza a utilizar para hacer referencia a una afectación cognitiva global y adquirida, diferenciada del retraso mental, delirio y otros procesos que cursan con alteración del pensamiento y una disminución de la capacidad intelectual que va afectar al individuo en todos sus ámbitos de la vida, disminuyendo su calidad de vida (1) (2).

La definición de demencia según la Real Academia Española (RAE) es: "deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales que causa graves trastornos de conducta." (3)

El concepto de demencia va a estar integrado por 5 características:

1. Carácter adquirido
2. Causa orgánica
3. Ausencia de afectación de conciencia
4. Deterioro de múltiples funciones superiores
5. Incapacidad funcional

Las demencias no son una enfermedad sino un síndrome, cuyo origen pueden ser diversas enfermedades. (4)(5)

Se han clasificado en diversos grupos dependiendo de los diferentes puntos de vista. Las principales clasificaciones son:

- a) Según la topografía de las lesiones: se pueden clasificar en demencias corticales y subcorticales. Además existe otro tipo que son las mixtas.
- b) Según la sintomatología clínica: los diferentes tipos de demencia que se pueden encontrar en este grupo se diferencian por el predominio de diversos trastornos cognitivos y/o de comportamiento.

- c) Según la etiopatogenia: se pueden clasificar en demencias neurodegenerativas por muerte acelerada de poblaciones neuronales, demencias vasculares por lesiones cerebrovasculares y demencias secundarias a una enfermedad médica sistémica.
- d) Según el perfil evolutivo: basándonos en la temporalidad de los síntomas, las clasificamos en las de inicio agudo, las de inicio sub-agudo y las de inicio gradual.

Las demencias vasculares son producidas por Accidentes Cerebro Vasculares (ACV). Su frecuencia es del 10-20% del total de las demencias. Se caracterizan por un deterioro intelectual en los 3 primeros meses después del ACV, dificultades en la marcha con aumento de la frecuencia de las caídas y predominio de déficit cognitivo subcortical. Se recomienda siempre realizar un diagnóstico diferencial para poder diagnosticarla con precisión. (6)

Se pueden observar diversos subtipos dentro de las demencias vasculares que son: la demencia multiinfarto, demencia por infartos únicos y demencia por enfermedad de pequeños vasos corticales y subcorticales que causan lagunas en la sustancia blanca. (7)

Su prevalencia oscila entre el 1,5% entre los 70-75 años de edad y de 14 a 16% a partir de los 80 años.

Es más frecuente en hombres que en mujeres. (8)

Dentro de las demencias vasculares, nos vamos a centrar en la enfermedad de Binswanger que se caracteriza por ser una leucoencefalopatía periventricular isquémica. La enfermedad de Binswanger apareció por primera vez en 1894 cuando el neurólogo y psiquiatra Otto Binswanger publicó el caso de un hombre que padecía neurosífilis y el de otros 7 pacientes más y denominó a esta enfermedad Encefalitis Subcortical Crónica Progresiva. En 1902 el psiquiatra y neurólogo Alois Alzheimer revisó los casos y denominó a esta enfermedad "Enfermedad de Binswanger". (9)(10)

La enfermedad de Binswanger se caracteriza por la presencia de infartos lacunares que son lesiones isquémicas que aparecen en el territorio de las pequeñas arterias penetrantes del cerebro y que afectan a la sustancia blanca provocando una leucoencefalopatía que recibe el nombre de encefalopatía subcortical arteriosclerótica. (11)

Los factores de riesgo que provocan esta enfermedad, son entre otros, hipertensión arterial, infartos lacunares silenciosos, la diabetes y el tabaco.

Las lesiones que produce esta enfermedad tienen que ser diferenciadas de otras causas más comunes como son el edema, la inflamación, traumatismos, o enfermedades primarias de la sustancia blanca como es el caso de la esclerosis múltiple. (8)

Los síntomas más característicos de esta enfermedad son un enlentecimiento del pensamiento y de las funciones motoras, un déficit de atención, disartria y depresión, y conforme va avanzando la enfermedad nos encontramos también con abulia, desorientación y mayor dependencia en las actividades de la vida diaria. Se debe tener en cuenta que la

afectación de la memoria no es tan severa como en la enfermedad de Alzheimer, lo que nos permite diferenciarlas. (8) (10)

La enfermedad de Binswanger provoca además de los síntomas nombrados trastornos intelectuales y del afecto que producen sobre todo cambios de personalidad, ya que el paciente se encuentra deprimido y retraído.

Se producen alteraciones de la marcha y de la postura, el paciente arrastra los pies y no es capaz de levantarlos, marcha a pequeños pasos, y una mayor tendencia a las caídas. Alteraciones del lenguaje ya que es lento y la voz es monótona sin apenas entonación, además se puede observar palilalia (repetición continua de una frase o palabra). Por último, podemos encontrar en estos pacientes una serie de reflejos que se conocen como "primitivos" que son los reflejos que tienen los neonatos. (8)

En la evolución de la enfermedad podemos encontrar fases de estabilización e incluso de mejora, pero habrá que tener en cuenta que es una enfermedad progresiva. (10).

Justificación desde terapia ocupacional

Tal y como refleja el artículo "Behavioural and psychological symptoms in vascular dementia; differences between small- and large-vessel disease" no existen muchos estudios que reflejen la manera en la que los infartos lacunares influyen en el área cognitiva de los pacientes que lo padecen. En este estudio se puede sacar la conclusión que cuantos más infartos lacunares se producen, se observa una mayor disminución en el rendimiento de las actividades que implican la actuación del lóbulo frontal, y por consiguiente una afectación en el área cognitiva de estos pacientes. (12).

Como podemos comprobar en el artículo "Proceso evolutivo de la demencia vascular: caso clínico", la enfermedad de Binswanger es un tipo de demencia difícil de diagnosticar ya que se necesita un diagnóstico diferencial en el que se tengan en cuenta hasta los detalles más pequeños, porque normalmente se suele diagnosticar de Alzheimer o si se diagnostica de demencia vascular no se concreta a que tipo de demencia vascular corresponde. (13)

La terapia ocupacional es una ciencia que utiliza la ocupación como instrumento del tratamiento; uno de los campos donde más se pueden beneficiar los pacientes del uso de la terapia ocupacional, es el campo de las demencias como indica el artículo "Terapia ocupacional en neurología" ya que la terapia ocupacional en este ámbito se va a encargar de posponer en todo lo posible el deterioro cognitivo y de potenciar las funciones residuales para seguir manteniendo la máxima autonomía hasta que sea posible. (14). Diversos estudios nos hablan si una rehabilitación cognitiva en las demencias tiene beneficios o si simplemente no afecta de ninguna manera. Según el artículo "Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano" no existen pruebas complementarias que muestren que la estimulación y la rehabilitación cognitiva provoquen beneficios en nuestros pacientes, aunque si que se han podido observar unos pequeños

beneficios (15); por otro lado en la revista VERTEX (revista argentina de psiquiatría) nos muestra diferentes estudios que se han realizado a lo largo de los años en donde si que podemos observar la eficacia de la estimulación y de la rehabilitación cognitiva en este tipo de pacientes. (16)

Tras obtener información basada en los diversos artículos, se llega a la conclusión de que en muchos casos esta rehabilitación cognitiva tiene beneficios en las demencias, y que en aquellos casos en los que no se ha reflejado esa mejoría, si que se ha observado una estabilización del deterioro cognitivo.

Las bases de datos de donde hemos obtenido los artículos son scielo, dialnet y biblioteca crochane. Las palabras claves que se han utilizado son "enfermedad de Binswanger", "demencia" "demencia vascular" y "terapia ocupacional".

En nuestro caso el proyecto se va a llevar a cabo en la Residencia Cai Federico Ozanam que también es un centro de día. Las sesiones se realizaran en la sala de terapia ocupacional donde la paciente acude dos veces por semana.

Objetivos

El objetivo que nos planteamos con la realización de este proyecto es evaluar la mejoría o mantenimiento de las capacidades cognitivas tras la intervención desde la terapia ocupacional de una persona de 68 años que padece una demencia vascular denominada enfermedad de Binswanger.

Metodología

Modelo de terapia ocupacional

Para el tratamiento de las demencias se pueden utilizar diversos modelos ocupacionales como el modelo neurológico-evolutivo, el modelo psicomotriz, el modelo cognitivo y el modelo neuropsicologico o cognitivo-perceptual. (17)

En nuestro caso hemos escogido el modelo neuropsicologico porque es el único modelo que se encarga de tratar las funciones retro-rolandicas, de los lóbulos occipital, temporal y parietal y las funciones pre-rolándicas o del lóbulo frontal.

En terapia ocupacional interesa el estudio de las actividades intencionales en relación con el sistema neurológico que predomina en su realización. El modelo neuropsicologico se fundamenta en la relación entre los procesos mentales y las estructuras nerviosas.

El modelo cognitivo-perceptual esta basado en la capacidad de comprensión de las personas a la hora de procesar la información en el cerebro, tras una

lesión; por lo tanto este modelo se va a encargar de aquellos procesos cognitivos que afectan al desempeño ocupacional de la persona.

La percepción implica que las acciones y la conciencia sean inmediatas y que tengan una gran relación con el entorno que les rodea, es decir, una apreciación de la información sensorial.

La cognición implica que las acciones y la conciencia sean más abstractas y reflexivas y con ello la formulación de intenciones y de planes de acción.

Algunas de las capacidades cognitivas y preceptuales que se trabajan con este modelo son: lateralidad, reconocimiento del esquema corporal, somatognosia, conciencia de las relaciones espaciales, atención, orientación, memoria y resolución de problemas.

El modelo cognitivo se basa en 4 temas importantes para intervenir:

1. Pasos o etapas en la organización de la información: donde se encuentran en primer lugar la detección de estímulos importantes, en segundo lugar la diferenciación y análisis de los estímulos y en tercer lugar la formulación de respuestas basadas en hipótesis que se obtiene de comparar los estímulos sensoriales actuales con los del pasado.
2. Estrategias cognitivas: son las formas que el individuo utiliza en el desempeño ocupacional, como son la planificación, el cambio de velocidad, búsqueda de información y producción de diversas alternativas.
3. Proceso de aprendizaje: hace referencia al comportamiento o a la capacidad para responder al entorno que nos rodea.
4. Interacción dinámica entre sujeto, tarea y entorno: la cognición es el resultado de la interacción de estos 3 factores. (18)

En el caso de nuestra paciente la zona cerebral lesionada es el lóbulo frontal, por lo que se van a trabajar las funciones pre-rolándicas. El lóbulo frontal es el elemento director de la actividad programada. Programación que implica un esquema general que incluye una representación simultánea y una serie de etapas de realización. Esta programación se realiza integrando las informaciones retro-rolándicas y la información de memoria del cerebro interno, con la función frontal. (17)

Sabiendo esto, trabajaremos con nuestra paciente en primer lugar la programación y de manera secundaria se trabajaran otras funciones como la automatización, la inhibición y expectancia, la síntesis simultánea, la comprensión escrita y hablada, la afasia que presenta nuestra paciente, la lateralidad y la orientación.

Presentación del caso clínico

J., mujer de 69 años, que nació el 26/06/1944 en Burbáguena (Teruel). Su estado civil es viuda; tiene dos hijas, acude al centro de día y rota por los domicilios de ambas hijas.

Al acudir exclusivamente al centro de día no se tiene el informe médico del hospital, donde se encuentran las fechas de ingresos y fechas de los diversos infartos lacunares, solo se tiene el informe del médico de cabecera por lo que los únicos datos de los que disponemos son los siguientes:

Datos sanitarios

1. Vasculitis de Binswanger
2. Degeneración cognitiva
3. Infartos lacunares múltiples con afasia residual
4. Depresión reactiva
5. Bloqueos del habla y disfasia
6. Cataratas en ambos ojos
7. Miopía
8. Agujero macular de ojo izquierdo

Ha sido atendida en el Hospital Universitario Lozano Blesa.

En cuanto a las AVD´s sabemos que es independiente en el uso del retrete, las movilizaciones y la continencia. Es dependiente en el baño, y necesita ayuda para el vestido y la alimentación.

En lo referido al sueño sus hijas nos han comentado que se levanta constantemente por las noches.

(Anexo 1)

Valoración inicial

Valoración inicial mediante las siguientes escalas:

- Baremo de dependencia: donde nos sale un resultado de grado 1 nivel 1. Nos indica que es independiente en la mayoría de las actividades de la vida diaria. (Anexo 2)
- Barthel: obtiene una puntuación de 90 sobre 100. Nos indica que tiene una dependencia leve en las actividades básicas de la vida diaria.(Anexo 3)

- Lawton y Brody: obtiene una puntuación de 2 puntos sobre 8. Nos indica que tiene una dependencia severa en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD's).(Anexo 4)

La siguiente escala que se le iba a pasar y la cual nos iba a mostrar una gran cantidad de información sobre nuestra paciente era el MEC ya que según nos indica el artículo "Utilidad del Minimental State de Folstein en el diagnóstico diferencial de la demencia de Alzheimer, demencia vascular y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson" este tipo de escala es una de los instrumentos más utilizados en las demencias para conocer el deterioro cognitivo que existe.(19) En este caso es imposible realizarlo ya que los resultados nos indicarían un deterioro cognitivo grave, pero los datos no serían válidos, debido a la fuerte afasia de expresión que padece nuestra paciente. Ella, es capaz de comprender órdenes verbales y escritas pero es incapaz de denominar objetos, escribir, repetir palabras o mantener una conversación fluida.

Tras haber elegido para el tratamiento el modelo ocupacional neuropsicológico y ser imposible pasarle el Mec se decide realizar la valoración inicial a través de los cubos de Khos.

Se empezó con las fichas de 4 con retículo con el pensamiento de que se iba a realizar sin problemas, por lo que se preparó también las fichas de 4 cubos pero esta vez sin retículo.

La valoración se realizó de forma individual en el despacho de reuniones de la residencia CAI Oliver-Ozanam. El ambiente, la temperatura y el lugar eran las óptimas para favorecer su atención y concentración.

Para poder representar la primera figura necesitó poner los cubos encima de la representación en papel. Necesitó una ayuda verbal completa y la necesidad de que comenzáramos nosotros la figura, poniendo el primer cubo.

En la segunda figura, fue capaz de darse cuenta de que caras del cubo comprendían a la representación que se le mostraba pero seguía sin ser capaz de situarla. Observamos que presenta dificultad con aquellas caras que son mitades y contienen dos colores, y se las tenemos que volver a colocar en la figura.

En la tercera figura, cambiamos el color (antes los cubos eran de color rojo y ahora son azules, para ver si el problema se encuentra en la percepción), los que tienen una cara de un solo color si que los reconoce, pero sigue presentando el problema de que no es capaz de orientar los cubos, y no comprende que es lo que tiene que hacer, ya que continúa girando el cubo, incluso señalándole cuál es la cara correcta.

Con esta tercera figura nos damos cuenta que el problema aquí se encuentra en que no es capaz de ver la figura en los distintos cubos que lo forman si no que ve la figura como un todo.

En la cuarta figura es donde mayor dificultad presenta, necesita que se le tapen el resto de los cuadrados para que sepa cuál es el que tiene que poner y aún así le resulta imposible realizarla. No hace más que poner los cubos encima de la figura en papel.

Tras haber pasado estas 4 figuras, decidimos no pasarle más. No iba a ser capaz de realizarlas.

Una vez que decidimos que no se van a pasar más figuras, nos salta la duda de si el problema que presenta a la hora de realizar las figuras, es por un problema cognitivo, o si bien, es un problema visual.

Decidimos dibujarle una cuadrícula y que nos indique como ve esa cuadrícula, debido a la afasia, nos cuesta mucho que nos lo explique. Se le pide que si le es más fácil, que nos lo dibuje. En el momento que realiza el dibujo observamos que lo representa sin problemas. Descartamos que sea un problema visual lo que no le permite la representación de las figuras anteriores.

Gracias a los resultados de la evaluación decidimos que lo que debíamos trabajar era la programación como la principal función. De la misma manera debía trabajar el resto de las funciones que se necesitan para poder llegar a tener un buen nivel de ella.

Objetivos

Objetivo principal:

- Trabajar la programación, para conseguir aumentar o mantener su autonomía en la realización de las Actividades de la Vida Diaria.

Objetivos secundarios:

- Mejorar la orientación espacial y temporal
- Mejorar la concentración/ atención
- Mantener la escritura
- Mantener la comunicación verbal
- Mantener la comprensión verbal y escrita
- Mantener la memoria a corto plazo
- Mejorar la secuenciación
- Mejorar el cálculo
- Favorecer el reconocimiento de letras y números
- Favorecer el reconocimiento de objetos

Desarrollo

Tratamiento

El tratamiento se realizara en la sala de terapia ocupacional de la residencia CAI Oliver-Ozanam. Se ha establecido un tratamiento de 8 sesiones en donde como ya se ha decidido se va a trabajar en primer lugar la programación y con ella el resto de funciones que habíamos observado que están afectadas.

Día	Actividad	Objetivo	Observaciones
14-12-2012	Secuencia de imágenes y juego de cubos	<ul style="list-style-type: none">• Secuenciación• Programación	Las secuencias de 3 pasos si que es capaz de hacerlo sola, pero no en el momento en el que introducimos un paso más en la serie. Debe irse a su casa por lo que su atención es mínima y nos planteamos si eso es lo que ha influido en la realización de la actividad.
21-12-2012	Secuencia de imágenes y juego de cubos	<ul style="list-style-type: none">• Secuenciación• Programación	Vuelve a presentar problemas en la secuencia con 4 pasos. En la siguiente actividad es capaz de realizar la copia de la muestra , pero no es capaz de realizarla si no tiene la muestra delante
18-01-2013	Cuadrícula	<ul style="list-style-type: none">• Programación• Comprensión escrita y hablada• Escritura	Presenta problemas en la lateralidad. Los primeros ejercicios que presentan una sola orden los realiza sin problemas, pero en cuanto

			comienzan a indicar dos órdenes no es capaz de realizarlas. No reconoce las vocales.
25-01-2013			No se pudo realizar la sesión ya que tuvo una bajada de tensión y se desmayo
19-02-2013	Cuadrícula	<ul style="list-style-type: none"> • Programación • Comprensión escrita y hablada • Escritura 	Mayor complicación que la cuadrícula del día anterior. Dificultad en la comprensión escrita de las órdenes. Realiza las acciones por imitación. Imposibilidad de terminar el ejercicio completamente.
21-02-2013	Cuadrícula y juego de cubos	<ul style="list-style-type: none"> • Programación • Comprensión escrita y hablada • Escritura 	En el primer ejercicio sigue presentando dificultades en la lateralidad, diferenciación de arriba y abajo, no reconocimiento de números y letras y presenta perseverancia. En el segundo es capaz de realizar una muestra sola, sin embargo las dos siguientes las realiza por imitación.
26-02-2013	Muestra de imágenes y "realización" de una comida de manera oral	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión hablada • Programación • Reconocimiento de objetos 	Reconoce los objetos aunque presenta mucha dificultad a la hora de nombrarlos.

		<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión escrita 	<p>El segundo ejercicio consiste en realizar una tortilla de patata a través de una serie de pasos que se le han dado anteriormente y ella debe ir indicándonos que pasos hay que seguir. Si que sabe realizar la tortilla de patata pero no realiza bien los pasos.</p>
7-03-2013	Muestra de imágenes y juego de cubos.	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión hablada • Reconocimiento de objetos. • Programación • Comprensión hablada 	<p>El primer ejercicio es que sea capaz de reconocer todos los objetos y cuando le hagamos una pregunta, que sepa decirnos de que objetos de esos se trata; es capaz de reconocer los objetos pero como en la sesión anterior presenta mucha dificultad para nombrarlos. Sabe responder a todas las preguntas que se le hacen.</p> <p>El segundo ejercicio solo es capaz de realizarlo con ayuda verbal y mediante imitación.</p>

(20)(21)

Valoración final

En la valoración final volvemos a pasar las escalas que se habían utilizado en la valoración inicial.

- Baremo de dependencia: el resultado obtenido es un grado 2, nivel 2; Hay un empeoramiento físico, cognitivo y funcional.
- Barthel: el resultado es de 65 sobre 100, es decir, dependencia leve, dependiente en el vestido, en el aseo, y presenta incontinencias ocasionales tanto en la micción como en la defecación. Empeoramiento en la realización de las AVDB.
- Lawton y Brody: misma puntuación que en la valoración inicial 2 puntos sobre 8, dependencia severa en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Se realiza la valoración final mediante los cubos de Khos en el mismo despacho para mantener las mismas condiciones ambientales.

Cuando la paciente está cómoda se le explica en que consiste la prueba y se inicia la valoración. En primer lugar utilizaremos los cubos de Khos de 4 con retículo.

La primera figura no le presento demasiada dificultad y se observo que esta vez, no comenzaba poniendo los cubos encima de la representación en papel. Se le da una mínima ayuda poniéndole uno de los cubos y luego ella es la que termina la figura sin ningún tipo de ayuda.

En la segunda figura le preguntamos de qué color es cada cuadrado que ve. Cuando nos dice el color, se le pide que coja el cubo que corresponde con ese color. Cuando lo tenemos se le indica el lugar donde ponerlo. En esta figura nos damos cuenta de que comenzará a presentar problemas y cada vez mayores conforme vaya aumentando la complejidad.

La tercera figura al presentar las caras de dos colores supone un esfuerzo mayor para nuestra paciente. Se le da apoyo verbal una vez que hemos conseguido que pusiera los dos cuadros de abajo que solo presentaban la cara de un color. Observamos que comienza a poner el cubo sobre la muestra y sin ver cada cuadrado como un cubo, sino que sigue viendo la figura como un todo. Se le pone uno de los cubos que tienen dos colores en una cara y cuando solo le queda uno se le pregunta como es. Se le indica cual es la cara correcta pero empieza a ponerlo encima de la muestra y a coger el resto de cubos. Persevera aunque se le insiste que el resto de los cubos estaban bien puestos. Finalmente hay que ayudarle con el último cubo con mucha ayuda verbal.

La cuarta figura comienza realizándola por la parte de abajo porque parece resultarle más sencillo, se le da apoyo verbal preguntándole de que color ve la figura y cuando nos contesta se le pide que busque en el cubo una cara igual que la figura; el 2º y el 3º se le debe indicar el lugar, y el 4º de dos colores lo pone ella sola. Podemos intuir que ha sido por casualidad.

En la quinta figura empieza poniendo los cubos sin ningún sentido. No sabe que es lo que está buscando, le da vueltas a los cubos. Se le vuelve a preguntar como ve la figura que le señalamos. Le damos el cubo con la cara correcta. No lo entiende por lo que empieza a girar de nuevo el cubo. Debemos ser nosotros los que se la coloquemos. Durante la realización de esta figura la paciente empieza a quitarse y ponerse el reloj diciendo que le molesta mucho. Decidimos acabar con la realización de la figura por que su nivel de concentración ha disminuido completamente y no pone atención a lo que esta realizando.

Conclusiones

Tras la valoración final mediante los cubos de Khos, podemos observar que ha habido una pequeña mejoría. La primera vez que se paso, fue incapaz de realizar por si sola ninguna de las figuras que se le presentaron. Después de 8 sesiones de tratamiento trabajando en todas ellas alguna función relacionada con los cubos, la paciente ha sido capaz de realizar la figura sin ningún tipo de ayuda.

Las conclusiones que podemos obtener son:

Ha habido una cierta mejoría en el objetivo principal; podemos concluir que si después de 8 sesiones se ha podido apreciar cierta mejoría, si siguiéramos con el tratamiento individual la mejoría que se observaría sería mucho mayor.

En cuanto al resto de los objetivos, conforme íbamos realizando las sesiones se observaban ciertos cambios, sobre todo en algunos objetivos como son el reconocimiento de objetos, la comprensión escrita y hablada o la expresión hablada.

En lo referido al objetivo que nos planteábamos cuando propusimos este trabajo observamos que no se ha cumplido, no debido a las sesiones individuales con nuestra paciente, sino a que la enfermedad se ha acelerado de manera notoria.

Después de obtener estas conclusiones los objetivos que nos planteamos en un futuro son: seguir realizando actividades que favorezcan a su programación, para conseguir que aumente o que por lo menos mantenga el nivel que ha conseguido después del tratamiento que hemos realizado.

Además también debe seguir trabajando el resto de las funciones nombradas en los objetivos para conseguir mantener esas funciones en el nivel que se encuentran actualmente. Porque gracias a estas funciones conseguirá que su programación no se vea tan afectada.

Bibliografía

1. Carnero Pardo C, Serrano Castro PJ: "Demencia: Criterios Diagnósticos". En: Peña Casanova J (eds.): "IV Curso de Neurología de la Conducta y Demencias". CD, 2001. [Consulta el 20 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/19demencias.pdf>
2. Hoyl M.T. Manual de geriatría y gerontología: demencia. Escuela de medicina.2000. [Consulta el 20 de noviembre de 2012] . Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/Indice.html>
3. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 21 ed. Editorial Espasa Calpe Sociedad Anónima (S.A.) 1992.
4. Slachevsky A., Oyarzo F. Labos E., Fuentes P., Manes E. Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica. Librería Akadia editorial; Buenos Aires, Argentina. 2008. [Consulta el 28 de diciembre de 2012].Disponible en: http://www.corporacionalzheimer.cl/publicaciones_online/Cap_Demencia_Slachevsky&Oyarzo_08.pdf
5. Robles A, Del Ser T, Alom J, Peña-Casanova, Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Neurología 2002; 17(1):17-32.
6. Díez-Tejedor E., Del Brutto O., Álvarez-Sabín J., Muñoz M., Abiusi G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. [REV NEUROL 2001; 33: 455-64]. [Consulta el 20 de enero de 2013] . Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/clasificacion_ave.pdf

7. Gómez Viera N., Rivero Arias E., Características clínicas e imagenológicas de la demencia vascular. Rev cubana med [revista en la Internet]. 1998 Mar [citado 2013 Jul 10]; 37(1): 6-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231998000100002&lng=es.

8. Arango Lastrilla J.C., Fernández Guinea S., Ardilla A., Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento {Internet}. Ed. Manual Moderno. [consulta el 10 de julio de 2013]. Disponible en: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=uLtwCTnYuHsC&oi=fnd&pg=PA15&dq=demencias+vasculares:+concepto+y+clasificaci%C3%B3n&ots=wqZeoOzmRU&sig=XzzPxIzvNElffZdmn6sVrbXPNMg#v=onepage&q=demencias%20vasculares%3A%20concepto%20y%20clasificaci%C3%B3n&f=true>

9. Gabriel Vega M., FACCIO E.J., Enfermedad de Binswanger: evolución de las Ideas y propuesta de las Naciones Unidas tripode Diagnóstico. Arq. Neuro-Psiquiatr. [en línea]. 1995, vol.53, n.3a [citado el 10.07.2013], pp 518-525. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1995000300027&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0004-282X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1995000300027>.

10. Rodríguez Mutuberría L., Serra Valdés Y. Caracterización clínico-imagenológica de la enfermedad de Binswanger. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2002 Jun [citado 2013 Jul 10]; 41(3): 174-177. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232002000300009&lng=es.

11. Martínez-Lage P., Manubens JM. Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. ANALES Sis San Navarra 2000, Vol. 23, Suplemento 3.[Consulta el 12 de Julio de 2012]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple3/pdf/19-Demencia%20vascular.pdf>

12. Grau-Olivares M., Arboix A., Bartrés-Faz D., Junqué C. Neuropsychological dysfunction associated to lacunar stroke. Mapfre Medicina, 2004; 15: 244-**250**

13. Duaso E., Rey A., Julia J., Aguilar M. Proceso evolutivo de la demencia vascular: caso clínico. Rev. Mult Gerontol 2004; 14(3):170-174.
14. Pérez de Heredia-Torres M., Cuadrado Pérez M.L., Terapia ocupacional en neurología. [REV NEUROL 2002; 35: 366-72]. [Consulta el 14 de Julio de 2013]. Disponible en : www.neurologia.com/pdf/Web/3504/n040366.pdf
15. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
16. Demey I., Allegri R., Intervenciones Terapéuticas Cognitivas en el Deterioro Cognitivo Leve. Vertex (revista argentina de psiquiatría). Volumen XXI - No 92 - JULIO - AGOSTO 2010. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/vertex92.php>
17. Gomez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. Zaragoza. Mira Editores S. A. 1997.
18. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires. Médica Panamericana. 2006.
19. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001 Jun 30; 117(4):129-34.

20. Tárraga L., Boada M., Morera A., Doménech S., Llorente A. Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de alzheimer. Barcelona. Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades.
21. Gil P., Yubero R., Morón LL. Ejercicios para potenciar la memoria de los enfermos de alzheimer. 1ª ed. Madrid. Just in Time S.L. 2005

ANEXOS

ANEXO 1

Medicación de la paciente

- Neurontin
- Disgren
- Acfol
- Zarator
- Galaxdar
- Italopram
- Triptizol
- Transtec

ANEXO 2

BAREMO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

CENTRO: RESIDENCIA CAI OZANAM OLIVER
 APELLIDOS Y N:
 FECHA:

ACTIVIDADES	TAREAS	DESEMPEÑO (0=1+UNO=0)	GRADO DE APOYO (0=1+UNO=0)		GENERAL		DEMENCIA	
			SP/FP	AM	PESOS	PUNTOS	PESOS	PUNTOS
COMER Y BEBER	Reconocer y alcanzar los alimentos servidos							
	Cortar o partir la comida en trozos							
	Usar cubiertos para llevar la comida a la boca							
	Adecuar el recipiente de bebida a la boca							
COMER Y BEBER								
HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MOCIÓN Y DEFECACIÓN	Acceder a un lugar adecuado							
	Manipular la ropa							
	Adoptar y abandonar la postura adecuada							
	Limpieza							
HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MOCIÓN Y DEFECACIÓN								
LAVARSE	Abrir y cerrar grifos							
	Lavarse las manos							
	Acceder a la bañera, ducha o similar							
	Lavarse la parte inferior del cuerpo							
LAVARSE								
REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES	Peinarse							
	Cortarse las uñas							
	Limpiar el pelo							
	Lavarse los dientes							
REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES								
VESTIRSE	Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado							
	Colarlos							
	Abrocharse botones o similar							
	Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo							
VESTIRSE								
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Recepcionar asistencia terapéutica							
	Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas							
	Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio							
	Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio							
MANTENIMIENTO DE LA SALUD								
CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO	Recepcionar asistencia terapéutica							
	Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas							
	Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio							
	Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio							
CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO								
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	Realizar desplazamientos para vestirse							
	Realizar desplazamientos para comer							
	Realizar desplazamientos para lavarse							
	Realizar desplazamientos no inmediatos al autocuidado							
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR								
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	Realizar desplazamientos entre estancias no comunes							
	Acceder a todas las estancias comunes del hogar							
	Acceder al exterior							
	Realizar desplazamientos alrededor del edificio							
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR								
TAREAS DOMESTICAS	Preparar las comidas							
	Lavar la ropa							
	Limpiar y cuidar la vivienda							
	Lavar y cuidar la ropa							
TAREAS DOMESTICAS								
TOMAR DECISIONES	Decidir sobre la alimentación cotidiana							
	Dirigir los hábitos de higiene personal							
	Planificar los desplazamientos fuera del hogar							
	Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas							
TOMAR DECISIONES								

PUNTUACIÓN TOTAL general

PUNTUACIÓN TOTAL demencia

PUNTUACIÓN MAYOR

VALORACIÓN	
GRADO	
NIVEL	

GRADO II	NIVEL 2	103-99
	NIVEL 1	89-75
GRADO I	NIVEL 2	74-60
	NIVEL 1	60-45
GRADO 0	NIVEL 2	45-31
	NIVEL 1	31-17

INSTRUCCIONES:

marcar 1 si puede hacerlo u 0 si no

GRADO DE APOYO: Si el desempeño ha sido 0 (no puede), marcar 1 en el grado correspondiente. Si el desempeño ha sido 1 (puede), no marcar nada.

GRADO Y NIVEL: Una vez valorado, categorizar la puntuación en grado y nivel según cuadro adjunto; se tomará como referencia la puntuación más alta de las dos.

LEYENDA:

SP: Supervisión/preparación: Conlleva la estimulación verbal o gestual a la persona valorada mientras ésta ejecuta por sí misma la tarea a fin de que la desarrolle adecuadamente, así como la orientación en la toma de decisiones.

FP: Asistencia física parcial: Requiere la colaboración física de la persona valorada en la ejecución total o parcial de la tarea. Incluye la preparación de los elementos necesarios para la realización de la tarea.

ANEXO 3



ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL AVD BÁSICAS (BARTHEL)

USUARIO:

CENTRO:

RESIDENCIA CAI OZANAM OLIVER

FECHA									
COMER	- Totalmente independiente. - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. - Dependiente.	10 5 0							
	Ayudas:								
DUCHA	- Independiente: entra y sale solo del baño o necesita una ligera supervisión. - Dependiente, no se enjabona y aclara solo.	5 0							
	Ayudas:								
VESTIDO	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos. - Necesita ayuda. - Dependiente.	10 5 0							
	Ayudas:								
ASEO	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - Dependiente.	5 0							
	Ayudas:								
DEPOSICIONES	- Continencia normal. - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas. - Incontinencia.	10 5 0							
	Ayudas:								
MICCIÓN	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta. - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda. - Incontinencia.	10 5 0							
	Ayudas:								
USAR EL RETRETE	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa,.... - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo. - Dependiente.	10 5 0							
	Ayudas:								
TRASLADOS	- Independiente para ir del sillón a la cama. - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo. - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo. - Dependiente.	15 10 5 0							
	Ayudas:								
DEAMBULAR	- Independiente, camina solo 50 metros. - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros. - Independiente en silla de ruedas sin ayuda. - Dependiente.	15 10 5 0							
	Ayudas:								
ESCALONES	- Independiente para bajar y subir escaleras. - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo. - Dependiente.	10 5 0							
	Ayudas:								
Puntuación Total									
Dependencia									

Puntuación

- 100: INDEPENDIENTE
80: MAYOR O IGUAL DE 60: DEPENDENCIA LEVE
60-40: DEPENDENCIA MODERADA
40-20: DEPENDENCIA GRAVE
0: MENOR A 20: TOTALMENTE DEPENDIENTE.



USUARIO:
CENTRO: RESIDENCIA CAI OZANAM OLIVER

Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cual es la situación concreta personal del residente/ usuario.

FECHA:									
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO									
Utilizar el teléfono por iniciativa propia									
Es capaz de marcar bien alguno números familiares									
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar									
No utiliza el teléfono									
HACER COMPRAS									
Realiza todas las compras necesarias independientemente									
Realiza independientemente pequeñas compras									
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra									
Totalmente incapaz de comprar									
PREPARACIÓN DE LA COMIDA									
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente									
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes									
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada									
Necesita que le preparen y sirvan comidas									
CUIDADO DE LA CASA									
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (Para trabajos pesados).									
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.									
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.									
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.									
No participa en ninguna labor de la casa.									
LAVADO DE ROPA									
Lava por si sola toda su ropa									
Lava por si solo pequeñas prendas									
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro									
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE									
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.									
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.									
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.									
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros.									
No viaja.									
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN									
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.									
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.									
No es capaz de administrarse su medicación.									
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS									
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo.									
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras bancos...									
Incapaz de manejar dinero.									
PUNTUACION TOTAL									
GRADO DE DEPENDENCIA									

0 PTOS DEPENDENCIA TOTAL.
MENOR DE 4 PTO DEPENDENCIA SEVERA
4-7 PTOS DEPENDENCIA MODERADA.
8 PTOS INDEPENDENCIA