



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Grado en Terapia Ocupacional

**BENEFICIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA
ORIENTACIÓN TÉMPORO-ESPACIAL Y PERSONAL EN
UN PACIENTE CON DEMENCIA VASCULAR**

Autor: María Pilar Pardo Sanz
Tutora: Laura Gonzalo Ciria
Cotutora: María Pardos Bartolomé

Facultad Ciencias de la Salud
2012/2013

RESUMEN

En las personas que padecen una patología vascular cerebral, como ACV, se producen una serie de secuelas, entre ellas deterioro cognitivo, que puede manifestarse en diferentes grados dependiendo de la intensidad y localización de la lesión. Cuando se diagnostica un deterioro dentro de esta patología, y además se da en personas mayores, la progresión del mismo está ligada a múltiples factores del envejecimiento, provocando un deterioro mayor de curso fluctuante.

Al agravarse dicho deterioro nos encontramos con una demencia vascular, que origina diversas afectaciones cognitivas dando lugar a la desorientación, temporal, espacial y personal, entre otras.

Desde este trabajo, queremos presentar una intervención basada en un tratamiento de Terapia Ocupacional centrado en la orientación témporo-espacial y personal, en una paciente geriátrica dentro de una institución. Con ello buscamos demostrar los beneficios de nuestro trabajo en este tipo de patologías dentro de una institución, así como conseguir una mejoría en las capacidades cognoscitivas incrementando la calidad de vida. Para ello, la intervención está centrada en el Marco cognitivo conductual y en el MOHO a la hora de trabajar de manera holística a través de ocupaciones significativas, utilizando el Marco de trabajo de Terapia Ocupacional como herramienta para centrar los objetivos.

Tras la valoración de los resultados, finalmente, se corrobora que la terapia ocupacional aporta efectos beneficiosos dentro de la patología descrita, siendo necesaria una intervención continuada y prolongada en el tiempo.

Palabras clave: demencia vascular, terapia ocupacional, deterioro cognitivo, orientación, reminiscencia.

ÍNDICE

Introducción	pág 1
Objetivo general	pág 4
Metodología	pág 5
Desarrollo	pág 11
Conclusión	pág 17
Agradecimientos	pág 18
Bibliografía	pág 19
Anexo I	pág 24
Anexo II	pág 24
Anexo III	pág 25
Anexo IV	pág 32
Anexo V	pág 34

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV), también conocido como ictus, es causado por una interrupción de la irrigación sanguínea del cerebro, que conduce a anoxia y muerte del tejido cerebral¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa la incidencia de dicha enfermedad en 200 casos/100.000 habitantes. En España, son la segunda causa de mortalidad específica, con una incidencia que se estima entre 120-135 casos por 100.000 habitantes/año².

El ACV, representa la principal causa de discapacidad aguda en las personas mayores de 65 años. El 90% de las personas que lo han padecido sufre secuelas, que en el 30% de los casos incapacitan al individuo para su autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD)³.

Existen diversos factores que influyen en las alteraciones resultantes tras un ACV, lo que hace difícil determinar un patrón general de afectación⁴. El ACV, actúa como factor determinante ante la posibilidad de padecer un deterioro cognoscitivo, con un amplio espectro de trastornos, que van desde el deterioro cognoscitivo leve hasta la demencia vascular (DV)⁵. Para diferenciar entre ambas, sabemos que el deterioro cognoscitivo leve (siguiendo los criterios de Petersen) se define como un deterioro que va más allá del envejecimiento normal, pero que no cumple los criterios para ser una demencia⁶ mientras que en la DV, hablamos de alteraciones en las funciones superiores. Por ello, basándonos en los criterios DSM-IV TR, el cumplimiento de los mismos nos puede llevar a la sospecha de que un paciente sufre demencia, cuando además, los síntomas son persistentes en el tiempo^{7,8}.

Actualmente la DV, hace hincapié en la pérdida de memoria y en la progresión del deterioro cognoscitivo⁹, siendo el segundo tipo de demencia más común después del Alzheimer¹⁰. En España su prevalencia/año por encima de los 70 años, se sitúa en torno al 3%. Representa alrededor de un 10-20% de los casos de demencia^{11,12}. Característicamente, la DV presenta un curso clínico escalonado y fluctuante con empeoramiento paulatino; aunque pueden encontrarse periodos estables. Con el tiempo, la situación clínica se agrava, llegando a ser en fases avanzadas la causa de muerte¹¹.

No existe un tratamiento específico eficaz para revertir los síntomas o detener su evolución¹³. Sin embargo, el tratamiento sintomático incluye

mejorar la cognición, el estado funcional y el comportamiento, así como enlentecer la progresión¹⁴. Para ello, se dispone de fármacos capaces de actuar sobre las funciones cerebrales¹³, entre los que se incluyen: tacrina, donepezilo, rivastigmina¹⁵, además de otros inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina. Por otro lado, las estrategias terapéuticas se orientan a la estimulación cognitiva y funcional encaminadas a retardar la dependencia, así como el tratamiento de las complicaciones médicas y psiquiátricas.

La función del terapeuta ocupacional en esta patología, es contribuir al cuidado de la persona, centrándose en la utilización y potenciación de aquellas habilidades que aún permanecen intactas¹³. Para ello, nuestra labor se centra en realizar una valoración funcional y planificar una intervención que mejore la capacidad para desempeñar las AVDs¹⁶.

En esta patología, la Terapia Ocupacional está particularmente indicada, ya que permite recuperar parcialmente las funciones perdidas para aportar independencia en las actividades diarias. Debido a su demostrada eficacia dentro de la demencia, nuestra profesión está incluida en los diferentes recursos sanitarios (residencias, centros de día...), proporcionando importantes mejoras en el rendimiento de los pacientes, dando lugar a una consolidación de las habilidades del paciente, mejorando y aumentando el nivel de autonomía^{17,18}.

El recurso dónde se ha llevado a cabo la intervención, es la Residencia de Movera perteneciente a la red de residencias públicas del IASS (Instituto Aragonés de Servicios Sociales). Una residencia, cómo define el IASS, es un centro donde se acoge a las personas mayores en situación de dependencia, que no pueden permanecer en el domicilio habitual, pasando a convertirse este, en el domicilio del residente y proporcionando una atención continuada y especializada¹⁹. En dicha residencia conviven personas dependientes con independientes, y sus plantas están divididas según la asistencia necesaria para cada paciente.

Así pues, cómo atención continuada y especializada, el servicio de Terapia Ocupacional se ofrece únicamente en horario de mañanas de lunes a viernes. La terapia se realiza en una sala propia pero también se llevan a cabo intervenciones individuales en las habitaciones de los residentes. De ese modo, nuestra intervención dentro de la residencia se va a centrar en la

orientación, entendida como la capacidad para entender el yo y la relación entre el yo y el entorno pasado y presente. Dentro de ella, encontramos la orientación espacial definida como la capacidad para entender en qué lugar está, comunicar el nombre y la ubicación, y apreciar la distancia y dirección; la orientación temporal que requiere la capacidad para comunicar el punto actual de tiempo (día, mes, año), mostrando entendimiento de la continuidad y la capacidad de asociar los acontecimientos en él; y finalmente, la orientación personal que incluye el reconocimiento de su propia persona y nombre, así como el de las personas de su círculo y sus nombres. También hace referencia a la capacidad de comunicar hechos personales y eventos, y describir su vida previa²⁰.

Por ello, desde este proyecto se pretende demostrar que la Terapia Ocupacional tiene efectos beneficiosos, formando parte del tratamiento de demencia, mejorando el nivel cognoscitivo, gracias a la plasticidad neuronal (capacidad del cerebro que permite realizar cambios adaptativos cuando este ha sufrido una agresión²¹), desde una intervención centrada en el tratamiento de la orientación personal, espacial y temporal.

OBJETIVO GENERAL

- Comprobar el efecto del tratamiento de Terapia Ocupacional basado en el mantenimiento y mejora de la orientación temporal, espacial y personal, en una paciente con demencia vascular, así como corroborar su efecto sobre el resto de capacidades cognitivas.
- Conseguir el mantenimiento de la calidad de vida y la máxima independencia, obteniendo mayor motivación y satisfacción personal.

METODOLOGÍA

EVALUACIÓN INICIAL DEL CASO

El proyecto se basa en un caso único, de una paciente de 91 años que sufrió un ACV originando un deterioro cognoscitivo leve, actualmente agravado.

La evaluación del caso se ha llevado a cabo, a través de la recogida de datos mediante informes clínicos, observación, entrevistas y evaluación con escalas estandarizadas.

De manera indirecta se recogieron los datos que se muestran en la historia clínica (anexo I), al igual que los aportados desde el informe de Terapia Ocupacional (anexo II). De manera directa, reunimos información a través de entrevistas, tanto a los profesionales (anexo I) como a la propia paciente (anexo III), y pasando las escalas que se muestran a continuación y que están expuestas y explicadas en el (anexo III).

➤ **Evaluaciones cognitivas**

- MEC de Lobo²² 35. (4/02/2013) Puntuación: 22/35.
- LOTCA²³ (22/01/2013). Puntuación específica en anexo III.
- SET-TEST ISAAC^{22,24}(24/01/2013). Puntuación: 37/40; 9 fallos y repeticiones.

➤ **Evaluaciones afectivas**

- Escala de Depresión Geriátrica Yesavage^{22,25}(24/01/2013). Puntuación: 2/15.

➤ **Escala de valoración funcional**

- Escala de Barthel (22/2/2013)^{22,26}: Puntuación 50/100.

Las escalas estandarizadas fueron escogidas por su validez científica como se muestra en los diferentes estudios realizados con ellas^{27, 28, 29, 30}, y porque cubrían las áreas que queríamos estudiar: cognoscitiva, afectiva y funcional. El uso de estas, es importante porque nos permite determinar el nivel de deterioro y cuantificar la gravedad del mismo²⁰.

La evaluación se realizó en varias sesiones evitando la presencia de fatiga mental en la paciente.

A través de la información recogida, centramos la intervención en el área cognitiva, concretamente, en la orientación témporo-espacial y personal y su repercusión en el resto de los aspectos cognoscitivos, debido

a la plasticidad neuronal. Por eso, la intervención se basa en el Marco Cognitivo-Conductual^{31,32} unida al Modelo de Ocupación Humana³³ y guiada al mismo tiempo por el del Marco de Trabajo³⁴, motivo por el cual, se redacta a continuación el perfil y el análisis del desempeño ocupacional.

➤ **Perfil Ocupacional**

L.L. de 91 años es natural de Aguilar de río Alhama, dónde vivió con su marido. Permaneció en la escuela hasta los 14 años y posteriormente, trabajo en el negocio familiar. Estudió para modista en Zaragoza, y se dedicó, principalmente, a cuidar de personas mayores. A los 27 años se casó con su marido y paso a dedicarse a su familia.

Actualmente, vive en la Residencia de Movera en Zaragoza, desde hace 6 años, dónde comparte habitación adaptada.

Por las mañanas, L. realiza las actividades de aseo y vestido con ayuda, desayuna en la habitación y baja a la sala de terapia ocupacional, donde participa con el resto del grupo. Al terminar las tareas, se marcha a fisioterapia y cuando finaliza, acude al comedor, con ayuda en algunas ocasiones.

Las actividades de desplazamiento las suele hacer acompañada porque se desorienta con facilidad y no puede llegar al destino deseado, a pesar de que sí puede impulsar la silla (autopropulsable normal de rueda grande), con su lado no afectado y con ayuda de los pies. L. tiene problemas de equilibrio y riesgo de caída, por ello en el cuarto se desplaza con la silla de ruedas, siendo autónoma para la transferencia al baño, siempre que disponga de las adaptaciones necesarias.

Por las tardes, permanece en la residencia leyendo o realizando sopas de letras, hasta que vienen sus familiares. Además, asiste a las actividades que realiza la residencia y si es posible participa siempre que puede en ellas (bingo, carnaval, belén...).

Entre sus aficiones se encuentran pintar y el bingo, entre otras que realiza esporádicamente en la sala de terapia.

En cuanto a su entorno familiar, sabemos que tiene 2 hijas en Zaragoza y un hijo que vive en Valladolid. Tiene nietos mayores y cuenta con el apoyo del yerno, quienes la visitan con frecuencia.

Con referencia a su patología, observamos que el deterioro cognoscitivo ha evolucionado recientemente, ocasionando déficit en los siguientes aspectos: memoria a corto plazo, praxis, orientación témporo-espacial, dificultad para encontrar palabras, atención disminuida, vocabulario limitado, entre otras. Además, vemos que cuando L.L. lleva a cabo una actividad, no se para a ver si la ha terminado o no, pasa directamente a la siguiente.

Este deterioro, se debe con toda probabilidad a un AIT reciente (accidente isquémico transitorio) como nos informa la médico de la residencia.

Desde terapia queremos conseguir la mayor autonomía e independencia, de forma que L.L. pueda realizar las AVDs con el menor acompañamiento posible, sobre todo, los traslados por la residencia. Para ello, vamos a trabajar potenciando las capacidades que tiene y mejorando y manteniendo aquellas sobre las que se presentan déficit, consiguiendo mayor calidad de vida y nuestros objetivos iniciales.

➤ **Análisis del desempeño ocupacional**

L.L.M. sufrió un ACV hace 13 años que dio lugar a un deterioro cognoscitivo leve, agravado en la actualidad, presentando los síntomas siguientes: apraxia, deterioro de la memoria, alteración de funciones ejecutivas y afasia lo que nos lleva a la sospecha, según los criterios DSM-IV TR de una demencia vascular.

Para realizar el análisis del desempeño, se han analizado las valoraciones mostradas en el anexo III viendo afectación de la paciente en:

- Orientación espacial.
- Orientación temporal.
- Memoria a corto plazo.
- Iniciativa para comenzar actividades por su cuenta.
- Imposibilidad de recordar los nombres de las residentes con las que tiene contacto.
- Déficit en la realización de ABVDs.

Por otra parte, conserva capacidades que vamos a potenciar, buscando la mejorara de las áreas afectadas:

- Orientación personal.
- Memoria a largo plazo.
- Motivación e interés.
- Predisposición y capacidad de involucrarse para participar en actividades propuestas.
- Buenas relaciones interpersonales.
- Fluidez verbal.

El entorno en el que la paciente realiza las AVDs, actúa como facilitador, ya que cuenta con carteles y diferentes señalizaciones y pictogramas que podemos utilizar como herramienta. Además, al ser una residencia dónde viven personas con dependencia, las habitaciones, así como el resto de salas, se encuentran adaptadas, lo que facilita su autonomía dentro de la misma.

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

➤ **Objetivos específicos**

- Promover la máxima autonomía en los desplazamientos mejorando el reconocimiento espacial de los lugares habituales: comedor, peluquería, sala de TO, fisioterapia y ascensor.
- Orientar a L.L. en el tiempo de manera individual mediante la ayuda de herramientas y apoyos verbales.
- Evitar que la paciente pierda su identidad manteniendo la orientación personal.
- Fomentar la máxima participación, incrementando la motivación de la paciente.

➤ **Enfoques y modelos**

La intervención esta guida por el Marco Cognitivo-Conductual, puesto que se basa en el estudio de las facultades mentales de la persona, teniendo en cuenta los procesos elementales (clasificación, memoria, orientación, percepción...) y los procesos complejos (identificación de metas, control de la realidad...)³¹. Por eso, desde la Terapia de orientación a la realidad y la reminiscencia actuaremos sobre los déficits de memoria y la desorientación témporo-espacial y personal, con actividades que nos

permitan trabajar: identificación de lugares, recorridos, diferenciación de días, entre otras³².

De igual forma, nos centramos en el MOHO a la hora de tratar al paciente, teniendo en cuenta la filosofía holística, incidiendo sobre todos los subsistemas (volitivo, habitual y ejecutivo) y en el ambiente, obteniendo una conducta ocupacional efectiva³³.

Asimismo, siendo el uso de las ocupaciones y actividades con propósito el pilar de nuestra intervención, desde el Marco de Trabajo utilizamos el enfoque de mantenimiento con el que trabajamos para preservar las capacidades de desempeño, y el enfoque de prevención para evitar surjan o se desarrollen barreras que limiten su ocupación y un aumento del deterioro³⁴.

➤ **Frecuencia y duración del servicio**

La intervención ha tenido lugar todos los días de la semana con una sesión de alrededor de 30-45 min. aproximadamente, durante 3 meses (febrero-abril).

➤ **Actividades propuestas**

OBJETIVOS OPERATIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir que la persona se oriente en el día de la semana, del mes, y en el propio mes, a través de apoyos verbales y del uso e interpretación del calendario. - Lograr que la L. se oriente en la estación y momento del día en el que se encuentra. 	<p style="text-align: center;">TALLER DE ORIENTACIÓN TEMPORAL A TRAVÉS DEL CALENDARIO Y APOYOS VERBALES</p>
<p>Conseguir que realice el trayecto desde el ascensor a terapia y desde terapia al comedor, a través del reconocimiento de carteles y</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDAD DE ORIENTACIÓN ESPACIAL EN LA RESIDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recorridos y trayectos ➤ Reconocimiento e identificación de

pictogramas, y utilizando zonas que faciliten su recuerdo.	lugares
Mantener la orientación personal con canciones, fotografías y objetos personales, de manera que sea capaz de evocar recuerdos y sentimientos pasados.	REMINISCENCIA

La sesión se inicia en el dormitorio personal, donde se desarrollaran las actividades indicadas, utilizando los materiales propios de la paciente y otros buscados desde terapia. Después, bajaremos a la sala de Terapia dónde realizaremos el trayecto al comedor, utilizando el cartel del menú, y dirigiéndonos finalmente a la sala de terapia, usando el entorno como herramienta.

La limitación principal sufrida en la intervención, de manera ocasional, fue la gran desorientación que mostraba L.L., sobre todo al inicio de la intervención.

A pesar, de que esta intervención es la que se ha llevado a cabo, tras el proceso de evaluación, y llevando una semana de intervención inicial, L.L. sufrió una subida de tensión que la obligó a permanecer de baja una semana. A su vuelta, vimos que los objetivos y las actividades establecidas inicialmente (anexo IV), debían modificarse, ya que la paciente, tras la sospecha de que sufrió un AIT, presentaba un mayor grado de desorientación y deterioro.

DESARROLLO

La reevaluación se ha realizado al finalizar el periodo de intervención, pasados 3 meses desde su inicio.

En el proceso de reevaluación se han utilizado las mismas escalas de valoración que al inicio del estudio, con los resultados mostrados en el anexo V.

La semana anterior a realizar la reevaluación la paciente permaneció los dos últimos días de la semana de baja, debido a un problema gastrointestinal que provocó bajada de tensión, lo que implica que no recibió tratamiento desde terapia ocupacional.

En cuanto a los resultados obtenidos, se han comparado las evaluaciones iniciales y finales, para ver las áreas en las que se han obtenido cambios:

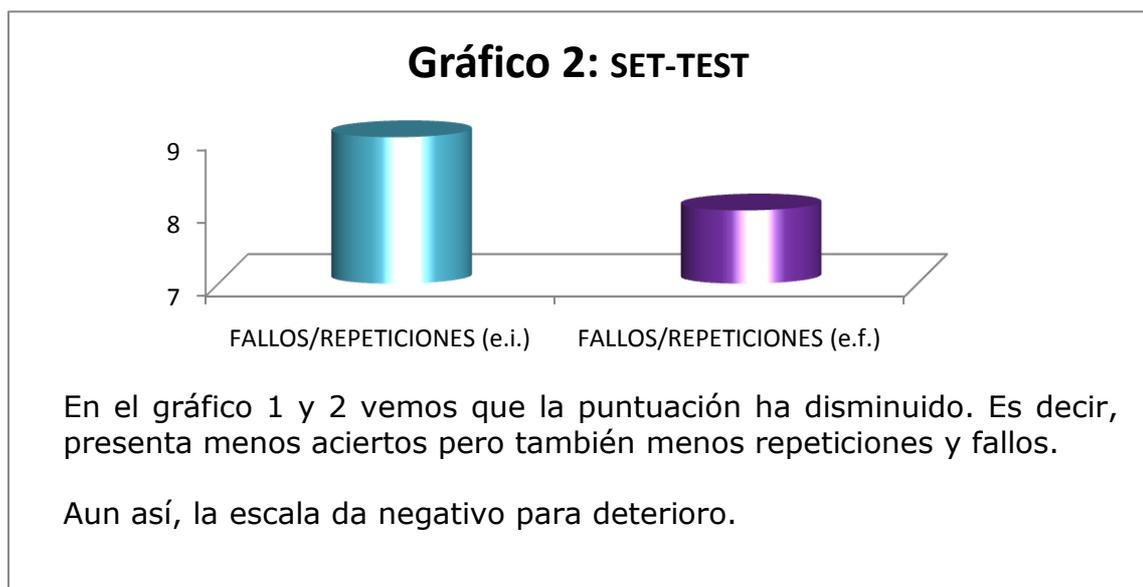
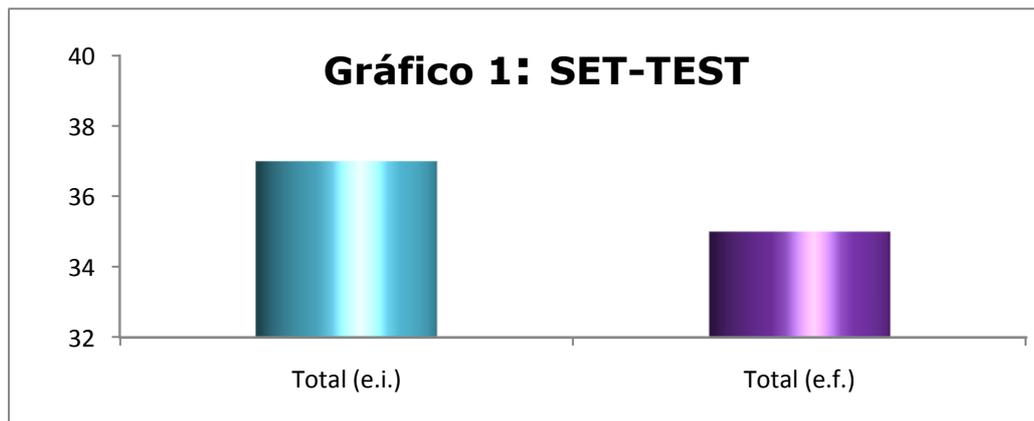
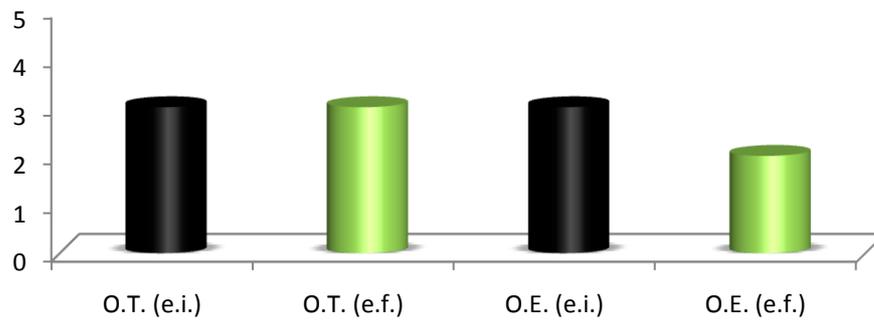
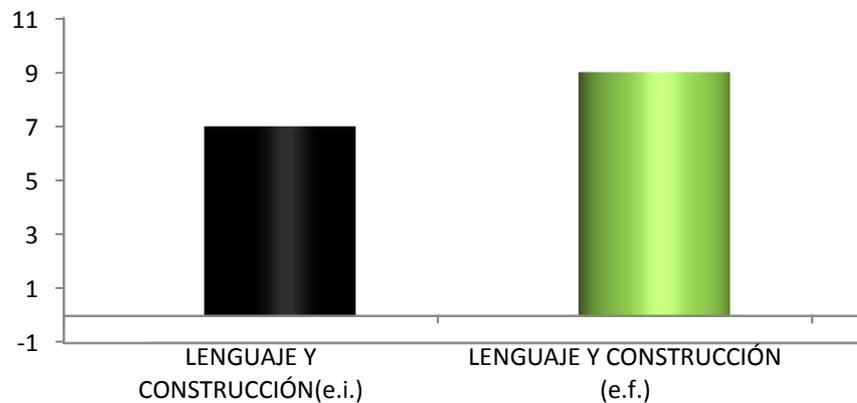


Gráfico 3: MEC (Orientación)



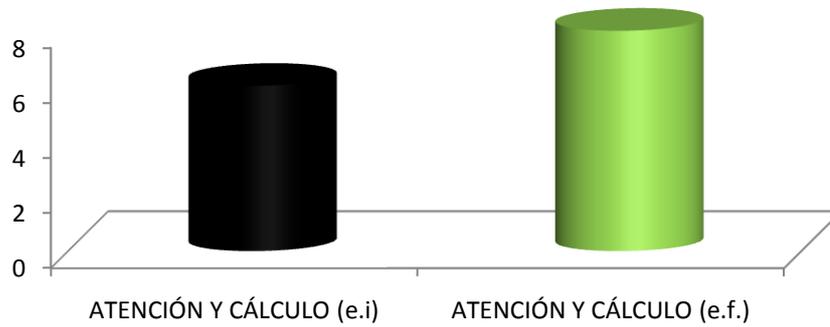
Se observa como la orientación temporal se ha mantenido mientras que la espacial ha disminuido ligeramente (1 punto).

Gráfica 4: MEC (Lenguaje y construcción)



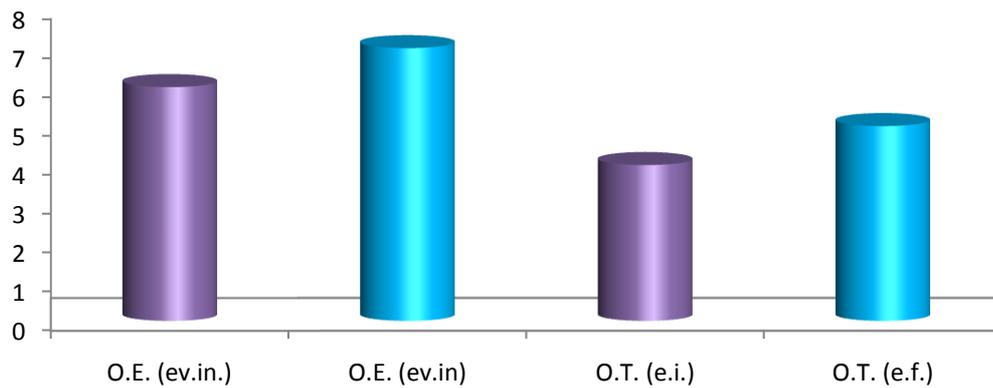
Se observa una mejoría clara de 2 puntos de diferencia con respecto a la evaluación inicial.

Gráfico 5: MEC (Atención y cálculo)



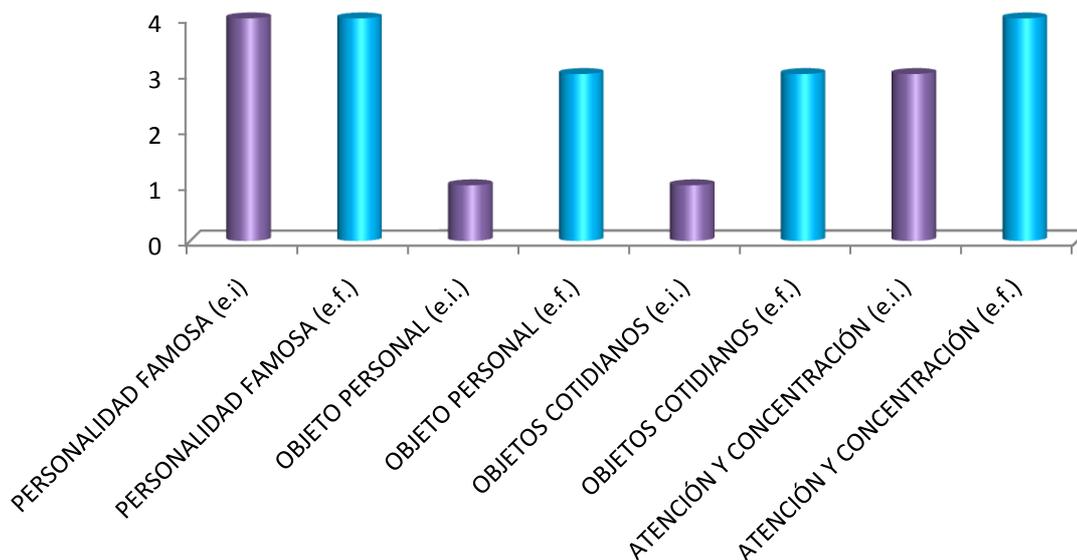
Vemos otra de las áreas en las que se han visto resultados de nuevo positivos, aumentado la atención y el cálculo de la paciente en 2 puntos.

Gráfico 6: LOTCA (Orientación)



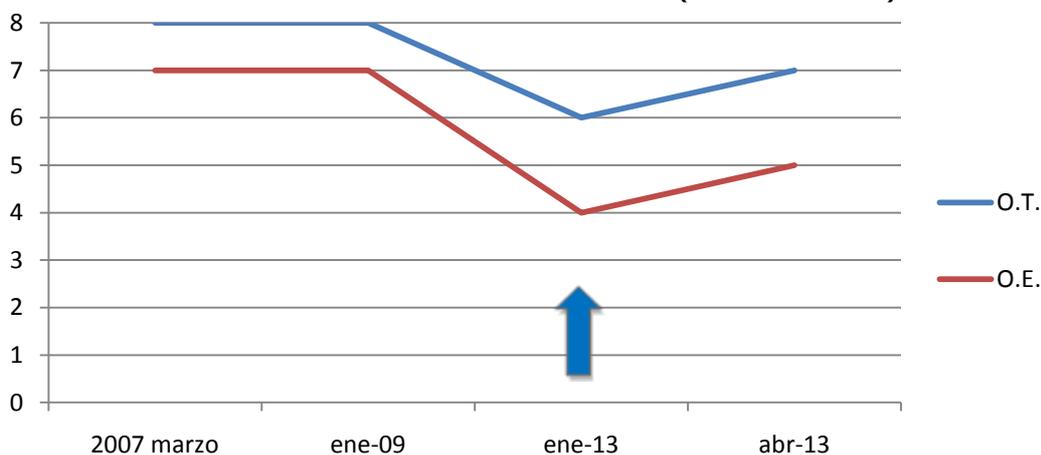
La paciente ha obtenido una mejoría en ambas orientaciones, mejorando en un punto la evaluación.

Gráfica 7: LOTCA (MEMORIA Y ATENCIÓN)



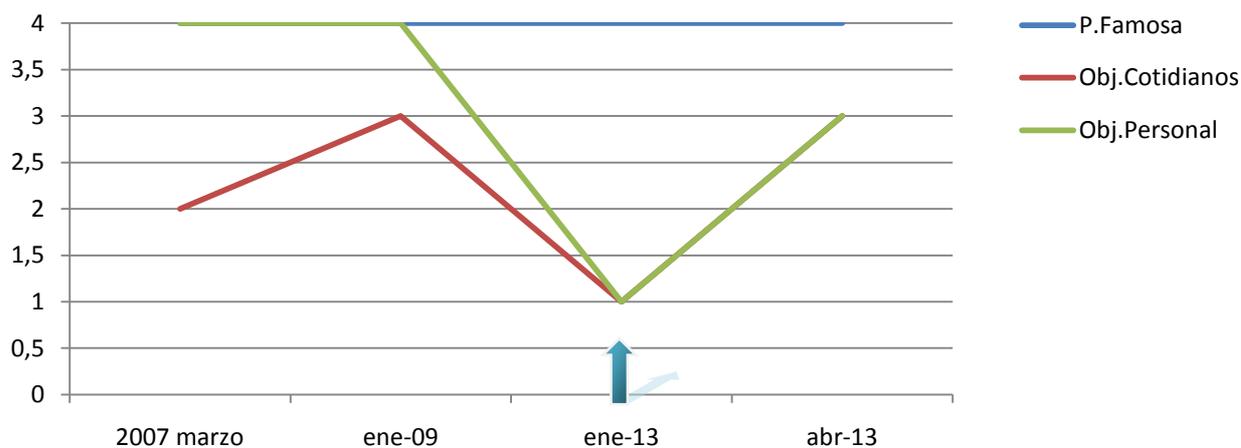
Se observa una variación positiva de 2 puntos a nivel de la memoria. La paciente en la prueba pasó de no recordar ningún objeto a recordar 4 de los 5 objetos. Del mismo modo en los objetos cotidianos.

Gráfico 8: COMPARATIVA LOTCA (Orientación)



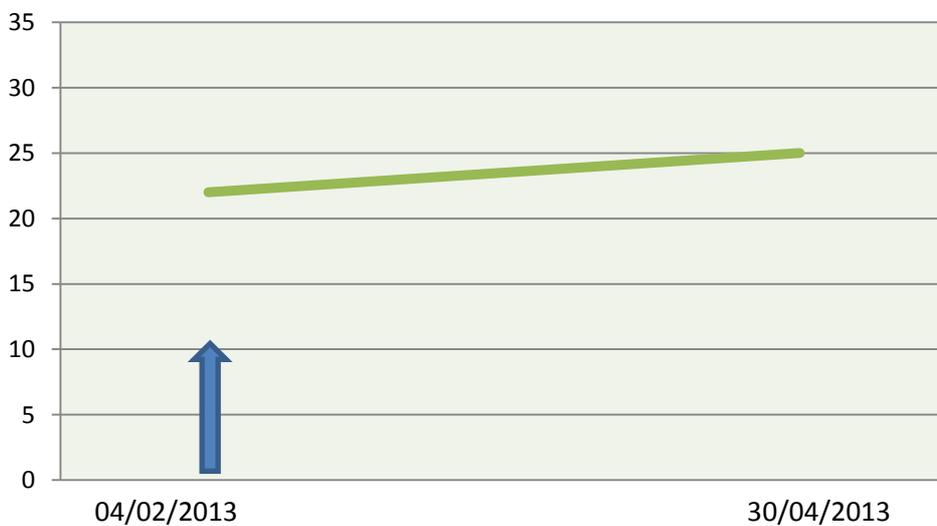
En esta tabla vemos la progresión de la paciente a lo largo de su estancia en la residencia. Al inicio no presentaba afectación en la orientación. Actualmente sí. La flecha azul indica el momento en el que tiene lugar nuestra intervención. Podemos ver que la gráfica asciende indicando mejoría.

Gráfico 9: COMPARATIVA LOTCA (MEMORIA)



Se aprecia la progresión de la paciente desde los mismos criterios que en la gráfica anterior. La flecha azul inidica el inicio de la intervención.

Gráfica 10: MEC TOTAL



Esta gráfica nos muestra la progresión de la paciente desde la intervención (la flecha indica el inicio). La gráfica asciende, pasando de una puntuación de 22 a 25.

Tras realizar las comparaciones, se ve una mejora de la paciente a nivel cognoscitivo global desde el inicio de la intervención, así como en las áreas en las que centramos el tratamiento. Del mismo modo, los resultados obtenidos en la evaluación tras 4 días sin terapia, han sido muy satisfactorios ya que demuestran que el tratamiento está ayudando a la paciente a orientarse a pesar de que se rompa su rutina.

Cabe decir que tan importante son los resultados como la satisfacción de la paciente con la intervención, que en este caso fue valorado mediante una entrevista no estructurada (anexo V), donde L.L. nos muestra su satisfacción sobre el trato y el tratamiento recibido.

En relación a otros estudios, a pesar de ser uno de los tratamientos más utilizados en esta patología³⁵, es necesaria una intervención a largo plazo y de manera continuada para obtener resultados positivos y concluyentes. La limitación que se plantea es que a pesar de obtener resultados no es posible certificar cuanto tiempo durarán los efectos al finalizar la intervención^{36,37,38}.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en el estudio corroboran que la terapia ocupacional aporta efectos beneficiosos, dentro de la patología descrita.

Queremos dejar constancia, que durante el tiempo que la paciente ha participado en nuestro programa, también ha asistido de manera diaria al servicio de Terapia Ocupacional de la residencia.

En lo que respecta a nuestro estudio en comparación con los mencionados, extraemos como conclusión que es necesario un tratamiento continuado para mantener y mejorar las capacidades cognoscitivas.

Las limitaciones que presenta este estudio han sido no haber tenido en cuenta escalas de calidad de vida, así como la imposibilidad de implicar a la familia de manera directa y el poco tiempo del que se ha dispuesto para poder demostrar otros resultados.

En definitiva, con este proyecto buscamos aportar una referencia para abrir nuevas líneas de investigación sobre este campo, así como para demostrar que nuestro trabajo tiene una validez y efectividad importante dentro de él.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a la residencia de Movera, al personal, pero en concreto a mi paciente por permitirme trabajar con ella y por la disposición que ha mostrado siempre, con una sonrisa en la cara cada vez entraba por la puerta.

También a María, la terapeuta del centro, por mostrarme su apoyo en cada momento y ayudarme a lo largo de la intervención, solventando todas las dudas que le presentaba y asesorándome en cada paso.

Como no, a mi tutora Laura, por la predisposición y comprensión que ha mostrado, así como por tener la capacidad de orientarme como lo ha hecho durante todo el proceso y hasta el último día.

A la Universidad, y en concreto, a José Ramón, por la organización que ha llevado durante todo tiempo, y por toda la paciencia que ha mostrado, siendo capaz de contestar a los miles de correos de una forma tan rápida y comprensiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Knesek K. Unidad 15: Trastornos Frecuentes: Recurso y evidencia relacionados. Accidente cerebrovascular. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB, Willard HS, Spackman CS, editors. Terapia ocupacional. 11ª ed. Buenos Aires etc.: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 1001-1005.
2. ESPAÑA I. Incidencia de ictus en España. Bases metodológicas del estudio Iberictus. Rev Neurol 2008;47(12):617-623.
3. Pedro Tarrés P, Rueda Moreno N, Redón Bolós S. Ictus cerebral. In: Durante Molina P, Pedro Tarrés P, editors. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. 3ª ed. Barcelona etc.: Masson; 2010. p. 125-142.
4. Fernández Gómez E, Ruíz Sancho A, Sánchez Cabeza Á. Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. 2009;6(4):410-464. Disponible en:
[http:// www.revistatog.com/suple/num4/cerebral.pdf](http://www.revistatog.com/suple/num4/cerebral.pdf)
5. Arboix A, González-Casafont I, Grau-Olivares M. Epidemiología del deterioro cognitivo tipo vascular. In: Grau Olivares M, Arboix Damunt A, editors. Deterioro cognitivo de tipo vascular. Majadahonda Madrid: Ergón; 2009. p. 35-41.
6. Montenegro Peña M, Montejo Carrasco P, Llanero Luque M, Reinoso García AI. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología 2012 0;32(2):47-56.
7. Sevilla Gómez C, Corrales Arroyo M, Ortiz Pascual A. Demencias: concepto y diagnóstico diferencial. In: Peña-Casanova J, editor. Neurología de la conducta y neuropsicología. Buenos Aires ; Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 351-362.
8. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR :breviario : criterios diagnósticos. Barcelona etc.: Masson; 2010.
9. Bornstein NM, Vecsei L, Korczyn AD. Vascular dementia 2007. J Neurol Sci 2009 8/15;283(1-2):1.

10. Kling MA, Trojanowski JQ, Wolk DA, Lee VMY, Arnold SE. Vascular disease and dementias: Paradigm shifts to drive research in new directions. *Alzheimer's & Dementia* 2013 1;9(1):76-92.
11. Morera Guitart J, Toribio Díaz ME. Demencia vascular. Concepto. Manifestaciones clínicas. Manejo terapéutico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 2007 4;9(77):4944-4952.
12. Formiga F, Robles MJ, Fort I. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2009 11/30;44, Supplement 2(0):2-8.
13. Durante Molina P, Guzmán Lozano S, Altimir Losada S. Demencia senil. In: Durante Molina P, Pedro Tarrés P, editors. *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 3ª ed. Barcelona etc.: Masson; 2010. p. 217-264.
14. Pujadas F, Olabarrieta M, Álvarez Sabín J. Tratamiento del deterioro cognitivo de tipo vascular. In: Grau Olivares M, Arboix Damunt A, editors. *Deterioro cognitivo de tipo vascular* Majadahonda Madrid: Ergón; 2009. p. 251-268.
15. Caamaño Ponte JL. Trastornos psicológicos y conductuales. In: Millán Calentí JC, editor. *Gerontología y geriatría: valoración e intervención* Madrid etc.: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 269-283.
16. Millán Calentí JC. Recursos asistenciales y profesionales en gerontología y geriatría. In: Millán Calentí JC, editor. *Gerontología y geriatría: valoración e intervención* Madrid etc.: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 37-55.
17. Baldelli MV, Boiardi R, Ferrari P, Bianchi S, Bianchi MH. Dementia and occupational therapy. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44, Supplement(0):45-48.
18. Riu Subirana S. La terapia ocupacional mejora la funcionalidad de los pacientes con demencia y reduce la sobrecarga del cuidador. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2007 5;14(5):289.

19. Centros de atención residencial para personas mayores. 2012; Available at: http://iass.aragon.es/mayores/mayores_residencias.htm#contenido. Accessed 15/05/2013.
20. Pascale Togliola J, Golisz K, Goverover Y. Evaluación e intervención en las afecciones perceptivas cognitivas. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB, Willard HS, Spackman CS, editors. Terapia ocupacional. 11ª ed. Buenos Aires etc.: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 741-768.
21. Leon-Sarmiento FE, Bayona-Prieto J, Cadena Y. Plasticidad neuronal, neurorehabilitación y trastornos del movimiento: el cambio es ahora. Acta Neurol Col 2008;24:40-42.
22. Pareja FB. Escalas. In: Pareja FB, editor. Más de cien escalas en Neurología. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2008. p. 39,110, 124,139,140,152,156,269.
23. Katz N, Elazar B, Itzkovich M. Construct validity of a geriatric version of the Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) battery. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics 1995;13(3):31-46.
24. Isaacs B, Kennie AT. The set-test as and aid to the detection of dementia in old people. Br J Psychiatry 1973; 123: 467-470.
25. Martínez de la Iglesia, J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam 2002;12(10):26-40.
26. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública 1997;71(2):127-137.
27. Avila Alvarez AI, Viana Moldes I, Torres Tobío G, López-Cortón Facal A. Reflexión sobre la implementación de un instrumento de evaluación cognitiva en Terapia Ocupacional. La batería de evaluación

- cognitiva loewenstein occupational therapy cognitive assessment (LOTCA). Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG 2010(11):6.
28. López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Revista Española de Medicina Legal 2011 0;37(3):122-127.
 29. Izal M, Montorio I, Nuevo R, Pérez-Rojo G. Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica. Revista Española de Geriátrica y Gerontología 2007 7;42(4):227-232.
 30. Lorente Aznar T, Olivera Pueyo FJ, Benabarre Ciria S, Rodríguez Torrente M, Solans Aisa B, Giménez Baratech AC. Rendimiento diagnóstico de los test cognitivos aplicados desde atención primaria. Concordancia y validez de los test de cribado. Atención Primaria 2010 4;42(4):226-232.
 31. Gómez Tolón J. Modelos de enfoque mentalista. Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional. 1ª ed. Zaragoza: MIRA editores; 1997. p. 107-112.
 32. Gómez Tolón J, Salvanés Pérez R. Demencias. Terapia Ocupacional en psiquiatría. 1ª ed. Zaragoza: MIRA; 2003. p. 140-143.
 33. Durante Molina P. Modelos para la práctica. In: Durante Molina P, Pedro Tarrés P, editors. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. 3ª ed. Barcelona etc.: Masson; 2010. p. 11-27.
 34. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010. [13/02/2013]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed).
 35. Jurado RA, Fernández MDF. La psicoterapia en los mayores más allá de los prejuicios. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica

de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús 2008(192):111-120.

36. Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2.
37. Prolo P, Fanto F, Santoro M, Tisci C, Pignata M, Gorlato S, et al. P1-328 Long-term reality orientation therapy (ROT) in subjects with dementia of the Alzheimer's type. *Neurobiol Aging* 2004 7;25, Supplement 2(0):S190-S191.
38. Akanuma K, Sato M, Chiba K, Nakajio D, Sasaki E, Ishizaki J, et al. P2-330 The effect of group work including reality orientation and reminiscence for institutionalized patients with vascular dementia. *Neurobiol Aging* 2004 7;25, Supplement 2(0):S327.

ANEXO I

HISTORIA CLÍNICA

Por motivos de confidencialidad este anexo no puede ser mostrado.

ANEXO II

INFORME DE LA PACIENTE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Por motivos de confidencialidad este anexo no puede ser mostrado.

ANEXO III

EVALUACIONES REALIZADAS A L.L.

DATOS RECOGIDOS ACTUALMENTE EN EL 2012-2013

EVALUACIONES COGNITIVAS/DEMENCIA

- **LOTCA Battery: Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assesment, versión geriátrica . Realizada el 22/01/2013.**

La valoración realizada desde la batería de LOTCA nos aporta una información específica de cada apartado que vamos evaluando, donde 4 la máxima puntuación positiva para la mayoría de apartados menos para la orientación, que es 8, y 1 es la puntuación más baja que simboliza que la persona no puede realizar lo que se le pide o que solo puede realizar una parte de la prueba mostrando deterioro. Estudiamos los siguientes apartados, tal como se expone en la evaluación: ²³

	22/1/2013
ORIENTATION	
Orientation for Place	6 (Se deja el lugar de residencia y el nombre del centro)
Orientation for Time	4 (Falla número de día, año, hora, tiempo de residencia)
PERCEPTION	
Visual Ident of Objctcs	4
Visual Ident of Shapes	4
Overlapping Figures	4
Object Constancy	4
Spatial Perception	
A. Directions on Body	4
B. Directions in Front	4
C. Spatial Relations	4
PRAXIS	
Motor Imitation	4
Utilization of Objects	4
Symbolic Actions	4
VISUOMOTOR ORGANIZATION	

Copy Geometric Forms	4
Two Dimensional Model	4
Pegboard Construction	2 (Lo hace y luego va cambiando hasta que consigue el realizar el modelo. Ensayo-error)
Block Design	3 (Falla en la colocación del cubo azul, lo consigue colocar con ayuda verbal)
Reproduction of Puzzle	4
Drawing a Clock	1 (Sólo dibuja de manera correcta la esfera)
THINKING OPERATIONS	
Categorization	4
Pictoral Sequence	3 (Falla en la colocación, vuelve a colocarlos de nuevo esta de vez de manera correcta)
MEMORY	
A Famous Personality	4
A Personal Possesion	1 (No recuerda el objeto ni el lugar)
Everyday Objects	1 (No recuerda ningún objeto)
ATTENTION& CONCENTRATION	3
GIVE IN:	1 session 11:50-12:50

➤ **Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC-35). Realizada el 4/2/2013**

Se trata de un test estándar para la evaluación rápida de la alteración cognitiva y la demencia, escogido por su validez, fiabilidad y rendimiento diagnóstico. Desde este test vamos a valorar diferentes áreas cognitivas ya que incluye como se muestra en sus ítems preguntas sobre orientación temporal y espacial, atención, lenguaje, cálculo, memoria de fijación y praxis constructiva elemental. El punto de corte para la detección de

demencia es 23/24, siendo 25 el indicador de que no se da deterioro cognitivo importante.²²

Así pues, tras pasar la escala y analizar los resultados, la paciente obtiene una puntuación final de 22/35 lo que indica un deterioro cognitivo/demencia.

1*

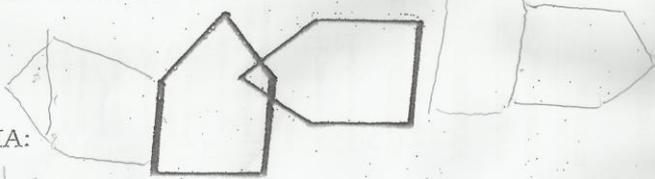
-HAGA LO QUE LE DICE:

CIERRE LOS OJOS

-ESCRIBA UNA FRASE(ALGO QUE TENGA SENTIDO):

cerrar los ojos bien rápido

-COPIE ESTE DIBUJO



FIRMA:

Laura Lopez

Escala 48b. MINI MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (MMSE)

b) Versión de Lobo *et al.*, 1979 (Mini-examen cognoscitivo)

Orientación	
¿En qué año estamos?	1
¿En qué estación del año estamos?	1
¿En qué día de la semana estamos?	1
¿Qué día (número) es hoy?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué provincia estamos?	1
¿En qué país estamos?	1
¿En qué pueblo o ciudad estamos?	1
¿En qué lugar estamos en este momento?	1
¿Se trata de un piso o una planta baja?	1
Fijación	
Repita estas tres palabras: «peseta, caballo, manzana» (1 punto por cada respuesta correcta)	
Una vez puntuado, si nos los ha dicho bien se le repetirán con un límite de seis internos	3
Concentración y cálculo	
Si tiene 30 pesetas y me da tres, ¿cuántas le quedan? ¿y si me da tres más? (hasta cinco restas)	5
Repita estos números: 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda)	
Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en número y orden correcto)	3*
Memoria	
¿Recuerda los tres objetos que le he dicho antes?	3
Lenguaje y construcción	
Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?	1
Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?	1
Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros» (si es correcta)	1
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?	
¿Qué son un gato y un perro?	1*
¿Y el rojo y el verde?	1*
Ahora haga lo que le diga:	
«Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa» (1 punto por cada acción correcta)	3
Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: «Cierre los ojos»)	1
Ahora escriba por favor una frase, la que quiera, en este papel (le da un papel)	1
Copiar el dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de cuatro lados	1

Total



Puntuación total 35

* Se suprimen para la versión de 30 ítem (MEC-30).

➤ **Set-test de Isaacs. Realizada el 24/01/2013**

Desde esta prueba se evalúa el lenguaje y la fluencia verbal, así como el deterioro cognitivo dentro de la misma. Escogemos este test por su validación en España y la sencillez y rapidez de su aplicación.

En ancianos mayores de 65 se permiten hasta 6 errores y se considera deterioro si se puntúa por debajo de 27 puntos^{22,24}.

En la evaluación realizada, la paciente tiene un puntuación final de 37/40 con un número de fallos y repeticiones de 9. Desde este test la paciente no presenta deterioro.

Escala 49. SET-TEST DE ISAACS

Colores:

Animales:

Frutas:

Ciudades:

Errores/repeticiones:

Total □ □

Instrucciones: Se pide al enfermo que nombre sin parar hasta que se le diga «basta» una serie de colores, animales, frutas y ciudades. Se le da un minuto para cada serie y se cambia a la siguiente cuando haya dicho diez elementos sin repetir ninguno, aunque no haya agotado el minuto de tiempo. Siempre anotamos en la hoja los nombres que dice, ya que esto ayuda a valorar la evolución de los pacientes. Si existe deterioro cognitivo se observa con el paso del tiempo una menor puntuación, con más errores y repeticiones, y conceptos cada vez más reduccionistas. Punto de corte: adultos ≥ 29 , ancianos ≥ 27 . Sensibilidad del 79% y especificidad del 82% para demencia.

Tomado de Pascual et al, *Neurología*, 1990; 5:82-5.

EVALUACIONES AFECTIVAS

➤ **Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, versión 30 preguntas) Realizada el 24/1/2013**

Se trata de uno de los instrumentos más específicos para baremar la depresión, diseñada concretamente para la población anciana. Esta escala se encuentra estructurada para dar respuestas dicotómicas (no/si). Entre las diferentes versiones se ha escogido la versión de 15 ítems por su fácil aplicación^{22,25}.

Cómo se indica en los informes redactados al inicio de dicho apartado, la paciente tenía un síndrome depresivo que fue controlado, tratado y superado. Pero debido al deterioro actual que muestra hemos querido pasar esta escala para valorar si la paciente podía haber tenido una recaída. El resultado final ha sido 2 puntos, cuyo resultado indica que la paciente no padece síndrome depresivo.

Escala 41c. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA. (VERSIÓN ESPAÑOLA) GDS-VE

1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No

Puntuación total: las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.

EVALUACIONES FUNCIONALES/AVD

- **Índice de Barthel. Realizada el 22/2/2013. 50/100.**

Este índice es uno de los más completos pero también una de las escalas más utilizadas en la valoración de la independencia de las actividades de la vida diaria. Es útil en la evaluación a largo plazo del pronóstico y evolución del paciente con ictus; válida, fiable, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y de aplicar siendo una de las escalas recomendadas por la Sociedad Española de Neurología en la evaluación del paciente con ACV. Consta de diez ítems en los que se valora de 0 a 10 o de 0 a 15 puntos las respectivas discapacidades^{22,26}.

En esta evaluación la paciente presenta dependencia moderada en la realización de ABVD.

Escala 5. ÍNDICE DE BARTHEL*	
	Valoración
Comer	
Independiente	10
Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.	5
Dependiente	0
Lavarse	
Independiente: es capaz de lavarse entero usando la ducha o el baño	5
Dependiente	0
Vestirse	
Independiente: es capaz de ponerse y quitarse toda la ropa sin ayuda	10
Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable ..	5
Dependiente	0
Arreglarse	
Independiente: incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse, etc. .	5
Dependiente	0
Deposición (valorar la semana previa)	
Continente: ningún episodio de incontinencia	10
Ocasional: un episodio de incontinencia, necesita ayuda para administrarse enemas o supositorios	5
Incontinente	0
Micción (valorar la semana previa)	
Continente: ningún episodio de incontinencia	10
Ocasional: como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas; necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector	5
Incontinente	0
Usar el retrete	
Independiente: usa el retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar o mancharse	10
Necesita una pequeña ayuda para quitarse y ponerse la ropa, pero se limpia solo	5
Dependiente	0
Trasladarse (sillón/cama)	
Independiente	15
Mínima ayuda física o supervisión verbal	10
Necesita gran ayuda (persona entrenada), pero se sienta sin ayuda	5
Dependiente: necesita grúa o ayuda de dos personas; no puede permanecer sentado ...	0
Deambular	
Independiente: camina solo 50 metros, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas; si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela	15
Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 metros	10
Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión	5
Dependiente	0
Subir escaleras	
Independiente para subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona	10
Necesita ayuda física de otra persona o supervisión	5
Dependiente	0

* Resumen de la escala por los autores.

ANEXO IV

OBJETIVO GENERAL

- Conseguir la mayor autonomía e independencia posible en las AVDs a través de mejorar la orientación temporal, espacial y personal de la paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la máxima participación de la paciente.
- Entrenar al usuario en el reaprendizaje y la realización correcta de los trayectos necesarios para conseguir que la paciente pueda llegar al destino deseado y pueda realizar su desempeño ocupacional de forma adecuada.
- Enseñar a la persona a compensar sus déficit y dificultades a través de sus capacidades y habilidades conservadas para conseguir la máxima autonomía posible en las actividades llevadas a cabo.
- Crear y mantener hábitos y rutinas para que la paciente pueda establecer una estructura a la hora realizar las diferentes actividades diarias en los distintos entornos.
- Trabajar sobre el aprendizaje en situaciones cotidianas y reales para que pueda llegar a realizarlas sin control.
- Mejorar la calidad de vida así como la independencia del paciente para conseguir un aumento de la satisfacción en sí misma.

Seguimos los mismos modelos y marcos descritos en el trabajo, utilizando los siguientes enfoques:

- **Enfoque de mantenimiento:** Explicado en metodología.
- **Enfoque de modificar (compensación, adaptación):** Con el objetivo de incluir técnicas compensatorias que mejoren capacidades afectadas y ayuden a recuperar hábitos y rutinas deteriorados.

INTERVENCIÓN

Para llevar a cabo los diferentes objetivos planteados realizamos las siguientes actividades individuales en su habitación y en la planta baja de la residencia:

- **COLOCACIÓN DE CARTEL INDICATIVO EN DORMITORIO:** Una de las intervenciones fue la colocación de un cartel en su cuarto con la información a modo de mensaje 'L. baja a Terapia a las 10.30 (lunes a viernes)'. Concretamente, se colocó en su armario, que se encuentra en una situación visible y además se situó en un lugar muy utilizado para la paciente ya que abre el armario todas las mañanas. Sin embargo, no funcionó ya que la paciente no leía el cartel y si lo hacía no lo relacionaba con la ejecución de la acción.
- **AVISO A TRAVÉS DE TERCEROS:** Pedimos a una de las compañeras de planta que baja a terapia sobre la misma hora que L. que cuando pase le avise de que tiene que bajar de manera que ella asocie la acción y recupere poco a poco la iniciativa de bajar.
- **DESPLAZAMIENTOS:** Los desplazamientos que realizados al inicio con la paciente eran: bajar desde su cuarto a la planta baja y luego realizar 2-3 recorridos (dormitorio-peluquería; peluquería-comedor; comedor terapia). Tras el AIT, esta actividad tuvo que ser modificada porque la paciente no reconocía algunos lugares, y realizar 3 recorridos suponía aumentar la desorientación de la paciente.
- **ORIENTACIÓN TEMPORAL DESDE EL CALENDARIO:** En la habitación tiene un calendario propio donde inicialmente marcábamos el día que era facilitando la orientación. Sin embargo, la paciente no tiene la iniciativa de mirar el calendario, por lo tanto la actividad fue modificada.

ANEXO V

DATOS RECOGIDOS EN LA REEVALUACIÓN

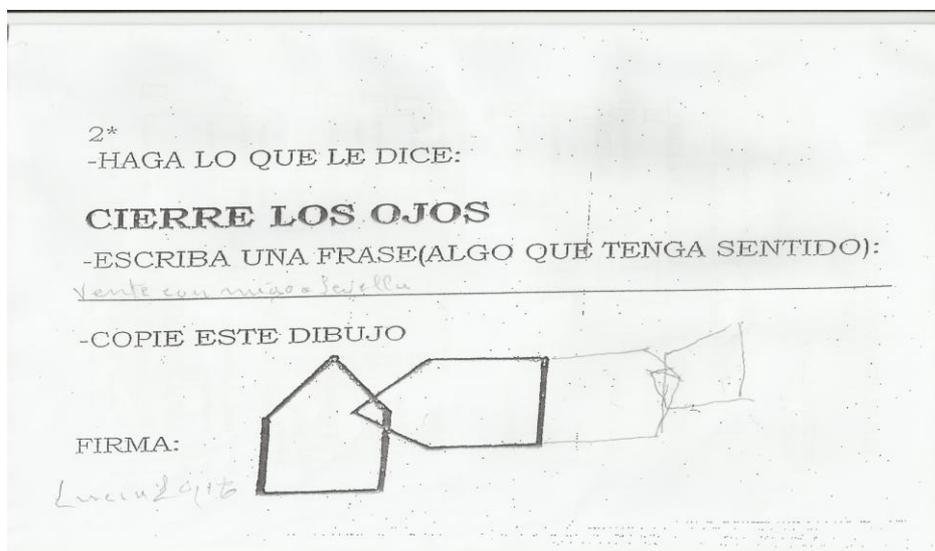
EVALUACIONES COGNITIVAS/DEMENCIA

- **LOTCA Battery: Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assesment, versión geriátrica. Realizada el 30/4/2013.**

	30/4/2013
ORIENTATION	
Orientation for Place	7(Falta determinar la sala en la que estamos)
Orientation for Time	5(Falta día del mes, año y tiempo de residencia)
PERCEPTION	
Visual Ident of Objctcs	4
Visual Ident of Shapes	4
Overlapping Figures	4
Object Constancy	4
Spatial Perception	4
D. Directions on Body	4
E. Directions in Front	4
F. Spatial Relations	4
PRAXIS	
Motor Imitation	4
Utilization of Objects	4
Symbolic Actions	4
VISUOMOTOR ORGANIZATION	
Copy Geometric Forms	4

Two Dimensional Model	4
Pegboard Construction	3 (Realiza con ayuda verbal)
Block Design	3(Falla en el bloque azul, luego lo corrige con ayuda verbal)
Reproduction of Puzzle	4
Drawing a Clock	1 (Sólo dibuja la esfera)
THINKING OPERATIONS	
Categorization	4
Pictoral Sequence	3(coloca las cartas pero falla en las últimas, con ayuda verbal las coloca)
MEMORY	
A Famous Personality	4
A Personal Posesion	3 (No recuerda el lugar)
Everyday Objects	3(No recuerda el frasco)
ATTENTION& CONCENTRATION	4
GIVE IN:	1 sesión 10.50-11.50

- **Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC-35). Realizada el 29/4/20.** La paciente obtiene una puntuación final de 25/35 lo que indica que ha mejorado.



- **Set-test de Isaacs. Realizada el 29/4/2013**

La paciente en este test tiene un puntuación final de 35/40 con un número de fallos y repeticiones de 8.

EVALUACIONES AFECTIVAS

- **Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, versión 30 preguntas) Realizada el 29/4/2013:** 1,5 puntos.

EVALUACIONES FUNCIONALES/AVD

- **Índice de Barthel. Realizada el 29/4/2013.** 50/100.

ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA DE SATISFACCIÓN

Una vez finalizado el tratamiento y las reevaluaciones realice una serie de preguntas sencillas para evaluar el nivel de satisfacción de L.L. con respecto al tratamiento y al trato dado.

La paciente se muestra muy contenta con la intervención y dice que le va bien y le gusta que le 'haya hecho trabajar'. El trato recibido a su manera de ver ha sido bueno y nos informa de que ha disfrutado mucho, a pesar de que le apena que terminara mi intervención allí.