

# A PROPÓSITO DE UN CASO EN ADULTO MAYOR CON DEMENCIA VASCULAR EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

## CASE STUDY IN ELDERLY ADULT WITH VASCULAR DEMENTIA. THE EFFECTS OF AN OCCUPATIONAL THERAPY HOME VISIT SERVICE

**Palabras clave** funcionalidad.

**Keyword** functionality.

**DeCS** autonomía, cognición, demencia vascular, terapia ocupacional.

**MeSH** cognition, demencia, occupational therapy, personal autonomy, vascular.



### Autores:

#### **Dña. Celia Sánchez Gómez.**

*Terapeuta Ocupacional. Doctorando por la Universidad de Salamanca. Posgrado en intervención a personas con Enfermedad de Alzheimer. Puesto de trabajo: Universidad de Salamanca. Unidad de daño cerebral Sauvia. Asociación Salmantina de Daño Cerebral (ASDACE).*  
E-Mail: [celiasng@usal.es](mailto:celiasng@usal.es)

#### **Dr. Eduardo José Fernández Rodríguez.**

*Terapeuta Ocupacional. Doctor por la Universidad de Salamanca. Experto en metodología de la investigación en ciencias de salud. Posgrado en tratamientos de soporte y cuidados paliativos en el enfermo oncológico. Puesto de trabajo: Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Universidad de Salamanca. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*  
E-Mail: [edufr@usal.es](mailto:edufr@usal.es)

### Como citar este documento:

Sánchez Gómez C, Fernández Rodríguez EJ. A propósito de un caso en adulto mayor con demencia vascular en atención domiciliaria. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [fecha de la consulta]; 12(22): [19 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/caso5.pdf>

**Texto Recibido:** 06/10/2015

**Texto Aceptado:** 29/10/2015

**Texto Publicado:** 30/11/2015

## Introducción

En nuestro país las expectativas de vida han aumentado a los largo de los años, lo cual unido a una disminución en la natalidad ha provocado que el índice de población mayor de 65 años de edad en nuestro país alcance el 17,3%<sup>1</sup>. Como consecuencia, el número de individuos con enfermedades como las demencias, generalmente asociadas a edad avanzada, se ha incrementado notablemente.

Los cambios propios del proceso de envejecimiento producen diversas alteraciones, afectando directamente a la vida diaria del anciano y a su autonomía personal. Algunos cambios son propios de la edad y otros son producidos por algún proceso de enfermedad como es la demencia; ambos influyen a nivel funcional, cognitivo, afectivo y social, limitando el desarrollo normal de sus actividades cotidianas y empeorando su autopercepción de la calidad de vida por parte del anciano.

## RESUMEN

**Introducción** los cambios propios del proceso de envejecimiento producen diversas alteraciones, afectando directamente a la vida diaria del anciano y a su autonomía personal. Algunos cambios son propios de la edad y otros son producidos por algún proceso de enfermedad como es la demencia; ambos influyen a nivel funcional, cognitivo, afectivo y social, limitando el desarrollo normal de sus actividades cotidianas y empeorando su autopercepción de la calidad de vida por parte del anciano.

**Metodología** en el siguiente caso clínico, se intervendrá principalmente sobre la cognición cotidiana, que se centra únicamente en trabajar memoria, velocidad de procesamiento, razonamiento, cálculo, lenguaje; no siendo su meta final que la persona mejore esas capacidades cognitivas básicas, ese rendimiento cognitivo con el objetivo de ser capaz de realizar las tareas cotidianas de manera independiente, así como ser capaz de resolver problemas que se le presentan frecuentemente en su vida diaria.

**Conclusión** los programas de intervención de entrenamiento sobre la cognición cotidiana desde la perspectiva de la terapia ocupacional en un entorno domiciliario producen mejoras funcionales en el paciente.

## SUMMARY

**Introduction** own changes of aging process produce various alterations, directly affecting the daily lives of the elderly and personal autonomy. Some changes are unique to the age and others are disease-related issues such as dementia; both of them have a functional, cognitive, affective and social impact which limit the development of daily activities and elderly's self-perception of quality of life.

**Methodology** in the following case, it speaks on everyday cognition mainly, which focuses on training memory, processing speed, reasoning, calculation or language; not being its ultimate goal that the person improves these basic cognitive abilities, that cognitive performance in order to be able to perform daily tasks independently and be able to solve problems that are present in daily life often.

**Conclusion** intervention programs training on everyday cognition from occupational therapy's perspective in a home environment setting produced functional improvements in the patient.

tomar decisiones por si solos y afrontar las consecuencias de ello de acuerdo a preferencias propias y los requerimientos del entorno”.

Según Rikli y sus colaboradores <sup>5</sup>, la funcionalidad física es la «capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las actividades de vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio». El envejecimiento tiene efectos negativos en sus componentes, limitando la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y mantener la calidad de vida.

La capacidad de resolver con éxito problemas instrumentales del mundo real se asocia directamente en los ancianos con la capacidad de seguir siendo independiente <sup>2</sup>. Esta independencia funcional y autonomía personal se traduce en una mayor autopercepción por parte del anciano de calidad de vida.

Según la OMS <sup>3</sup>, la funcionalidad es la “independencia entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás”. Y autonomía <sup>4</sup> es entendida como “la capacidad de

Por lo tanto, se puede considerar el nivel funcional de una persona como la capacidad que tiene para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente.

Todas estas capacidades (cognitivas, funcionales, motoras, emocionales y psicosociales) son las que permiten al ser humano su adaptación al entorno y dar respuesta a las exigencias de éste.

La evaluación de la independencia funcional es un paso esencial para el mantenimiento de la calidad de vida de una persona, ya que el conocimiento de su grado de independencia funcional y su posterior intervención para la mejora, mantenimiento o recuperación de la misma, es lo que realmente lleva a las personas en general y a los ancianos en particular a una mejor autopercepción de su calidad de vida.

Igual de importante es la evaluación del estado cognitivo, que nos aporta información acerca de las funciones conservadas y los déficit que presenta, para diseñar un plan de tratamiento que atienda a sus verdaderas necesidades, individualizado y personal.

La mayoría de los test psicométricos estándar que miden el nivel cognitivo, fueron diseñados y validados en muestras de niños y adolescentes en un ambiente académico. Por lo tanto, pueden mostrar poco acerca de la funcionalidad y competencia de individuos que han sido retirados de los entornos escolares hace mucho tiempo o que, en muchos casos, casi ni tuvieron la posibilidad de acudir, como ocurre en el caso de los ancianos <sup>6</sup>.

Tradicionalmente, las pruebas psicométricas son vistas como elementos que enfatizan las habilidades académicas. Esto, añadido a las afirmaciones anteriores, puede poner en duda la validez externa o ecológica de las evaluaciones cognitivas tradicionales. Con el fin de reducir los prejuicios

culturales, estos test psicométricas que miden la cognición están diseñados para ser independientes del contexto, lo que elimina la posibilidad de que los ancianos puedan aprovechar las experiencias relevantes de sus vidas para mejorar su rendimiento cognitivo. Todo esto puede producir una subestimación de las verdaderas competencias de desempeño.

Muchos investigadores, a lo largo del tiempo (por ejemplo Allaire & Marsiske <sup>7</sup>, Berg & Klaczynski <sup>8</sup>, Blanchard-Fields, Chen, & Norris <sup>9</sup>, Denney <sup>10</sup>, Sternberg & Wagner <sup>11</sup>, Willis <sup>12</sup>), han argumentado que es importante evaluar el funcionamiento cognitivo real o la "cognición en contexto" con ancianos cognitivamente capaces de resolver problemas complejos del día a día, en lugar de evaluar el rendimiento cognitivo con medidas acontextuales y poco objetivas.

Es interesante señalar, que durante el proceso de envejecimiento tienen lugar dos fenómenos aparentemente contradictorios. Por un lado, los mayores son más lentos que los jóvenes en la realización de tareas que exigen rapidez de respuesta y obtienen una peor puntuación en pruebas estandarizadas de memoria episódica <sup>13</sup>. Pero, por otro lado, es evidente que el conocimiento y la experiencia aumentan, lo que les permite enfrentarse con éxito a muchos problemas que surgen en su vida cotidiana.

Para comprender el funcionamiento de las personas mayores en situaciones complejas de la vida diaria, es importante tratar de comprender esta aparente contradicción entre el aumento del conocimiento y experiencia que tiene lugar de manera simultánea al declive en la capacidad de procesamiento.

Fuera del contexto habitual del anciano es sencillo demostrar las pérdidas cognitivas que presenta, cuando las tareas a las que tiene que desarrollar son tareas a las que nunca antes se han tenido que enfrentar, en las que las vivencias previas y el conocimiento almacenado no son de utilidad. Sin embargo, en la vida cotidiana cuando los mayores realizan tareas complicadas,

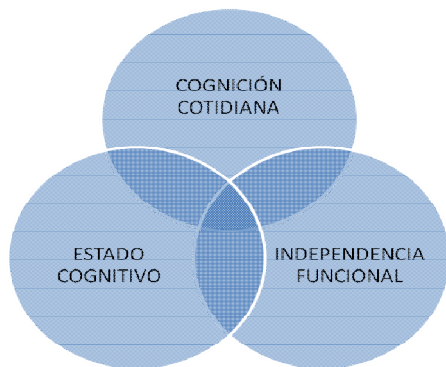
pero familiares, su rendimiento mejora debido a que sus vivencias y conocimientos previos les sirven de apoyo. De ahí que en muchas ocasiones los efectos del declive de la capacidad de procesamiento no resulten evidentes.

Algunos autores <sup>14</sup> han propuesto una relación directa entre el envejecimiento cognitivo y la capacidad para resolver problemas cotidianos, de tal manera que si los mayores tienen problemas de memoria episódica, dificultades para mantener la atención de manera focalizada y/o sostenida, para planificar una acción compleja, para mantener simultáneamente dos actividades en su memoria de trabajo, entonces sus efectos sobre la conducta cotidiana serán paralelos al déficit cognitivo. Es decir, se olvidarán de tomar la medicación o la tomarán de forma errónea, darán mal el cambio cuando vayan a la compra, tendrán problemas para rellenar un formulario, etc. El supuesto que subyace a esta propuesta es que en la realización de cualquier tarea cotidiana están implicados múltiples procesos. Este supuesto tiene dos implicaciones. La primera es que las tareas cotidianas serán cognitivamente complejas en la medida en que esté implicado más de un proceso. En segundo lugar, a medida que los procesos cognitivos vayan perdiendo eficacia las personas mayores experimentarán una mayor dificultad para realizar tareas de su vida diaria <sup>15</sup>.

Como una alternativa para solucionar los problemas inherentes a la medición del rendimiento cognitivo a través de pruebas psicométricas, pero al mismo tiempo confiando en una medición objetiva de ese rendimiento, existen pruebas de medición de lo que se viene denominando como cognición cotidiana o solución de problemas cotidianos <sup>16</sup>. Tales pruebas han sido diseñadas para medir la capacidad de los mayores para resolver tareas relativas a las actividades instrumentales de la vida diaria, asociadas a la autonomía funcional de la persona <sup>17</sup>. La competencia cognitiva cotidiana se define como la capacidad de realizar tareas cognitivamente complejas de la vida diaria (ej., entender el valor nutricional de la etiqueta de un alimento, manejar dinero, uso del teléfono, etc.). Frente a los test psicométricos, en este tipo de medidas el

mayor puede aplicar la experiencia y conocimientos adquiridos a lo largo de los años.

La cognición cotidiana consiste en la aplicación de las habilidades cognitivas básicas (memoria, velocidad de procesamiento, razonamiento inductivo...) y el conocimiento del dominio específico para la resolución de problemas que se integran dentro de los dominios instrumentales de funcionamiento <sup>18 19</sup>. Concretamente estos problemas cotidianos forman parte de las actividades instrumentales de la vida diaria.



Se podría decir que la cognición cotidiana es el rendimiento cognitivo de las personas durante la resolución de problemas en los que los estímulos que se usan para evaluarla son estímulos reales (por ejemplo, la receta de un medicamento).

Los problemas que se les presentan han sido diseñados para que sean similares a los que se le presentan a los ancianos en su vida cotidiana.

## **METODOLOGÍA**

Para valorar la cognición cotidiana, existen evaluaciones que presentan problemas cotidianos cognitivamente desafiantes, pertenecientes a dominios instrumentales; cuyo objetivo es evaluar el funcionamiento cognitivo dentro de estos dominios en el mundo real.

Existen varias medidas de competencia cotidiana de personas con deterioro cognitivo (véase Law et al <sup>16</sup>, para una revisión), algunas de las que se han ido utilizando hasta la actualidad son la ACED (Assessment of Capacity for Everyday Decision-making) <sup>20</sup>, la ECB (Everyday Cognition Battery) <sup>7 18</sup>, la EPT (Everyday

Problems Test)<sup>21</sup>, la EPCCP (Everyday Problems for Cognitively Challenged Elderly)<sup>22</sup> y la PEDL (Problems in Everyday Living Test)<sup>23</sup>.

Todos los instrumentos citados se centran en dominios de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Este enfoque es congruente con sugerencia de otros estudios sobre la importancia de las AIVD en la determinación de la capacidad que posee un individuo de edad avanzada para vivir de manera independientemente en la comunidad<sup>24</sup>.

De entre las medidas de evaluación existentes, para nuestro estudio hemos seleccionado la ECB y descartado las demás, debido entre otras razones a que en algunas como en la ACED la información se recoge de los cuidadores y nosotros queríamos valorar la competencia de los participantes de manera más objetiva; la PEDL por ejemplo está indicada para personas con Enfermedad de Alzheimer y los sujetos objeto de nuestro estudio no debían tener un deterioro cognitivo tan avanzado; por la misma razón, la dificultad de la EPT también era alta<sup>21</sup>, por lo que puede no ser apropiado para las personas con un mayor nivel de deterioro cognitivo; la EPCCP, que fue diseñada como una versión más corta de la EPT, sería más apropiado para las poblaciones con niveles más bajos de la función cognitiva<sup>25</sup>. Sin embargo, tanto EPT como EPCCP no tienen un tiempo límite de aplicación, ya que se basa en el entendimiento de que no debe haber ningún límite de tiempo en la realización de las tareas cotidianas que se realizan todos los días. A pesar de que es un planteamiento lógico, hemos considerado que podría suponer una carga tanto para la persona evaluada como para el administrador.

La ECB evalúa la competencia cognitiva en tres actividades instrumentales de la vida diaria: uso de medicación, manejo de las finanzas y nutrición y preparación de comidas. Dentro de la ECB, existen 4 pruebas, cada una diseñada para evaluar una única capacidad cognitiva: ECB Inductive Reasoning Test o Prueba de Razonamiento Inductivo, ECB Knowledge Test o Prueba de conocimientos

ECB Computation Span Test (Working Memory) o Test de Amplitud de Cálculo y ECB Recognition Test (Declarative Memory) o Prueba de Reconocimiento (Memoria Declarativa). Para el presente estudio hemos seleccionado ésta última ya que evalúa la memoria, lo cual nos llevó a pensar en la importancia que tiene la memoria en las personas mayores, tanto medida de manera objetiva como subjetiva.

En el siguiente caso clínico, se intervendrá principalmente sobre la cognición cotidiana, un modo diferente de actuación frente a la psicoestimulación cognitiva tradicional, que se centra únicamente en trabajar memoria, velocidad de procesamiento, razonamiento, cálculo, lenguaje... no siendo su meta final que la persona mejore esas capacidades cognitivas básicas, ese rendimiento cognitivo con el objetivo de ser capaz de realizar las tareas cotidianas de manera independiente, así como ser capaz de resolver problemas que se le presentan frecuentemente en su vida diaria.

## **EXPOSICIÓN DEL CASO**

Paciente de sexo femenino de 84 años de edad, que presenta demencia vascular y depresión.

### **1. ANTECEDENTES PERSONALES**

- Déficit auditivo (con uso de audífono en ambos oídos)
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus Tipo II
- Insuficiencia cardíaca
- Sintomatología depresiva

### **2. ENFERMEDAD ACTUAL**

La paciente se encuentra en su domicilio, donde convive con su marido. Después de varios meses de evolución con sintomatología depresiva y fallos de memoria demasiado frecuentes acuden a diversas consultas en el servicio de



geriatría y neurología, donde reciben un diagnóstico de Demencia Vascular, tras el cual la hija de la paciente solicita los servicios de terapia ocupacional a domicilio.

### 3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO HABITUAL

- Omeprazol
- Enalapril
- Duloxetina
- Netformina

### 4. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO HABITUAL

No refiere ninguna intervención de tipo no farmacológico.

## **EVALUACIÓN INICIAL**

### VALORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

#### A. VALORACIÓN CUANTITATIVA:

- Actividades de la vida diaria (AVD)

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Escala de Lawton-Brody:  
4/8

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Índice Barthel: 75/100

- Estado Cognitivo:

Mini Examen Cognoscitivo (MEC): 24/35

Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (ERFC): 46/56

- Cognición Cotidiana:

ECB (Everyday Cognition Battery)

Uso de Medicación: 7/10

Manejo de las finanzas: 6/10

---

Preparación de alimentos/Nutrición: 7/10

Puntuación Total: 20/30

B. VALORACIÓN CUALITATIVA:

- Varios meses de inactividad.
- A nivel emocional presenta bajo estado de ánimo y sintomatología depresiva, falta de iniciativa, desmotivación y apatía.
- Deterioro cognitivo leve. Ligera desorientación temporal, gran falta de atención/concentración, presenta déficit en cuanto a la memoria de evocación; así como enlentecimiento del pensamiento y procesamiento de la información. Empobrecimiento del lenguaje.
- Es independiente para el aseo personal, ir al retrete, transferencias y deambulación.
- Precisa ayuda para la alimentación (pelar fruta y cortar carne), para el baño/ducha, para el vestido y no es capaz de salvar escalones.
- En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria, es capaz de usar el teléfono, realiza tareas domésticas ligeras y básicas (hacer la cama, fregar, limpiar el polvo...) con cierta supervisión, es independiente para gestionar y organizar el uso de transporte y de manejar las finanzas y los gastos cotidianos.
- No es capaz de realizar las compras necesarias de manera independiente, ni de preparar la comida, no realiza el lavado de la ropa y no es capaz de gestionar su propia medicación sin ayuda o supervisión.
- Deambulación independiente, pero con necesidad de supervisión y con ayuda de bastón (tanto en el domicilio como fuera de él).
- Equilibrio ligeramente inestable.
- Debilidad muscular en miembros inferiores.
- Sus actividades de ocio y tiempo libre se han visto cada vez más reducidos, refiriendo que anteriormente salía a diario con sus amigas o su marido.

- Presenta actitud positiva ante las sesiones de terapia ocupacional y buena capacidad de colaboración.

*Nota de interés:* La paciente tiene una posición acomodada y tiene contratado durante el día personal de asistencia, lo cual unido a su estado cognitivo actual, su falta de iniciativa y su desgana, ha potenciado su situación de dependencia para la realización de muchas actividades de la vida diaria que podría realizar sin ningún tipo de problema.

## **PREGUNTA PARA EL LECTOR**

Ante el caso desarrollado, nos planteamos la siguiente cuestión:

*La aplicación de un programa de intervención basado en el entrenamiento de la cognición cotidiana desde la perspectiva de la terapia ocupacional, en el ámbito domiciliario, ¿proporcionará una mejora tanto a nivel cognitivo como a nivel funcional?*

---

## Respuesta

*La aplicación de un programa de intervención basado en el entrenamiento de la cognición cotidiana desde la perspectiva de la terapia ocupacional, en el ámbito domiciliario, ¿proporcionará una mejora tanto a nivel cognitivo como a nivel funcional?*

## Actuación

Tras realizar una evaluación inicial y para llevar a cabo la intervención desde la perspectiva de la terapia ocupacional se establecieron una serie de objetivos, teniendo en cuenta las prioridades de la paciente:

## Objetivos

- 1) Estimular funciones cognitivas, centrándonos en la cognición cotidiana.
- 2) Trabajar la aplicación de las habilidades cognitivas básicas en la realización de tareas cotidianas, así como en la resolución de problemas que se le presentan frecuentemente en su vida diaria.
- 3) Mejorar estado de ánimo.
- 4) Alcanzar una mayor independencia y autonomía personal en la realización de las actividades de la vida diaria.
- 5) Asesorar y/o entrenar en los productos de apoyo y/o adaptaciones necesarias en el domicilio.
- 6) Asesorar a la familia/cuidadores, facilitándole pautas para llevar a cabo en el domicilio.
- 7) Mejorar el equilibrio.
- 8) Conseguir mayor precisión en la ejecución de la deambulación y eliminar el uso de bastón en el domicilio.
- 9) Conseguir un mayor nivel de realización de actividades de ocio y tiempo libre o recuperar las actividades que realizaba con anterioridad.

## **Tratamiento Terapéutico**

El tratamiento desde la perspectiva de la terapia ocupacional se llevará a cabo en el propio domicilio de la paciente.

La intervención consistirá en 5 sesiones diarias de aproximadamente una hora de duración.

En este caso el objetivo prioritario del tratamiento será la estimulación de las funciones cognitivas, centrándonos principalmente en la cognición cotidiana; con el objetivo de conseguir una mejora tanto en el estado cognitivo global del paciente como en los niveles de funcionalidad para alcanzar su máxima independencia.

Tras establecer los objetivos y diseñar un horario para las sesiones de terapia, se comienza con la intervención propiamente dicha.

Aunque dicha intervención se centrará principalmente en el entrenamiento sobre la cognición cotidiana, también se llevará a cabo tratamiento sobre otros aspectos.

### **I. Cognición Cotidiana:**

Este tipo de intervención se centra en entrenar a la persona para que sea capaz de resolver diferentes situaciones/problemas correspondientes a tareas cotidianas entre las que se encuentran: uso de medicación, gestión de las finanzas, preparación de la comida, uso del transporte, realización de compras o el manejo del teléfono; correspondientes a las actividades instrumentales de la vida diaria.

En dichas sesiones de intervención sobre la cognición cotidiana se utilizará material muy similar al utilizado en la vida diaria. Por ejemplo, se utilizarán documentos diseñados a modo de recetas médicas para trabajar el uso adecuado de la medicación; etiquetas de alimentos, para trabajar la

preparación de alimentos y nutrición o los movimientos bancarios mensuales para el manejo de las finanzas.

En este caso concreto, como las sesiones de terapia ocupacional se realizan en el propio domicilio de la paciente se podrá utilizar material real de su vida cotidiana y no replicas.

Además de entrenar de manera indirecta la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo, la atención...la resolución de este tipo de tareas conlleva en muchas ocasiones trabajar la memoria prospectiva, lo cual es importante ya que este tipo de memoria está muy presente en nuestra vida diaria dado que son muchas las situaciones en las que tenemos que posponer una acción que no podemos realizar de forma inmediata o planificar una acción para realizarla pasado cierto tiempo (ir al médico).

## II. Psicoestimulación Cognitiva:

El entrenamiento de la cognición cotidiana se alternara con sesiones de psicoestimulación cognitiva tradicional, para conseguir entre las dos intervenciones una mayor mejoría en el estado cognitivo de la paciente.

## III. Tratamiento motor:

Debido a que el deterioro a nivel motor y funcional no era muy grande y en su mayoría es causado por el periodo de inactividad, el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva que presenta, no se llevará a cabo un tipo de intervención específica en este aspecto y, observaremos como el paciente mejorará su funcionalidad global a medida que mejore en los otros aspectos Después de 12 meses de intervención se procedió a una nueva valoración para comprobar objetivamente cual era el estado actual del individuo.

## **Resultados**

### **EVALUACIÓN FINAL**

#### VALORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

A. VALORACIÓN CUANTITATIVA:

- Actividades de la vida diaria (AVD)

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Escala de Lawton-Brody: 6/8

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Índice Barthel: 85/100

- Estado Cognitivo:

Mini Examen Cognoscitivo (MEC): 29/35

Evaluación Rápida de las Funciones Cognitivas (ERFC): 50/56

- Cognición Cotidiana:

ECB (Everyday Cognition Battery)

Uso de Medicación: 8/10

Manejo de las finanzas: 9/10

Preparación de alimentos/Nutrición: 8/10

Puntuación Total: 25/30

B. VALORACIÓN CUALITATIVA:

- A nivel emocional presenta gran mejoría en el estado de ánimo, mayor iniciativa y motivación ante cualquier actividad. Actitud mucho más positiva.
- Su estado cognitivo ha mejorado notablemente. Se encuentra totalmente orientada, sus problemas de atención no son significativos y aunque sigue presentando déficit en la memoria de evocación, se observa una gran mejoría en cuanto al procesamiento de la información y enriquecimiento del lenguaje.

- Es independiente para el aseo personal, ir al retrete, transferencias y deambulación.
- No precisa ayuda/es independiente para la alimentación, ni para el vestido y es capaz de salvar escalones con supervisión física o verbal.
- Continúa necesitando ayuda para el baño/ducha.
- En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria, es capaz de usar el teléfono, realiza tareas domésticas ligeras y básicas (hacer la cama, fregar, limpiar el polvo...) con cierta supervisión, es independiente para gestionar y organizar el uso de transporte y de manejar las finanzas y los gastos cotidianos.
- Actualmente es capaz de hacer compras de manera independiente y ha comenzado a encargarse de realizar el lavado de ropa pequeña.
- Deambulación totalmente independiente, solo utiliza el bastón para salir del domicilio.
- Mejora del equilibrio.
- Fuerza muscular tanto en miembros superiores como en miembros inferiores.
- Mejoría funcional asociada a mejoría cognitiva y del estado de ánimo.
- Buenos niveles de actividad: Realiza paseos diarios en una plaza cerca de su casa, queda todas las tardes con sus amigas para ir a misa y tomar café. Los fines de semana organizan comidas con su familia o sale a pasear con su marido.

## CONCLUSIONES

El caso clínico presentado intentará analizar las posibles mejoras producidas por un programa de intervención desarrollado desde la perspectiva de la terapia ocupacional y centrado en el entrenamiento de la cognición cotidiana.

En el caso clínico analizado observamos como la inactividad y falta de estimulación de una persona adulta mayor con demencia vascular, conlleva una



mayor dependencia y falta de autonomía personal, con el consecuente empeoramiento de su calidad de vida relacionada con la salud.

Por otro lado, y tras la intervención centrada principalmente en la cognición cotidiana del paciente, podemos observar que se han producido mejoras no solo a nivel cognitivo, sino también a nivel funcional, ganando independencia tanto en la realización de las actividades básicas como en las actividades instrumentales de la vida diaria y, a nivel afectivo. La mejoría a todos los niveles, evidentemente ha supuesto la recuperación de sus actividades de ocio y tiempo libre.

Como conclusión final, podemos afirmar que los programas de intervención de entrenamiento sobre la cognición cotidiana desde la perspectiva de la terapia ocupacional en un entorno domiciliario producen mejorías funcionales en el paciente; pero consideramos que se debe seguir investigando sobre este tipo de intervenciones tan poco utilizadas en nuestro país.

## Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Datos del censo de la población española. 2011. [citado el 17 de Junio de 2014]. Disponible en: [http://www.ine.es/prensa/censos\\_prensa.htm](http://www.ine.es/prensa/censos_prensa.htm)
2. Allaire JC. Everyday cognition. The Wiley-Blackwell handbook of adulthood and aging. 1ªed. London: Wiley; 2012.
3. AOTA. Occupational therapy practice framework: Domain & process. 1ªed. New York: AOTA; 2002.
4. Joyce C. Requirements for the assessment of individual quality of life. En: McGee HM, Bradley C, editors. Psychologic challenges accompanying high technology medicine. Pennsylvania: Library of Congress; 1994. p. 43-54.
5. Rikli R, Jones CJ. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *J Aging Phys Act* 1999; 7:129-161.
6. Allaire JC. Everyday cognition. The Wiley-Blackwell handbook of adulthood and aging 2012:190-207.
7. Allaire JC, Marsiske M. Well-and ill-defined measures of everyday cognition: relationship to older adults' intellectual ability and functional status. *Psychol Aging* 2002; 17(1):101.
8. Berg CA, Klaczynski PA. Practical intelligence and problem solving: Searching for perspectives. En: Blanchard-Fields F, Hess TM, editores. Perspectives on cognitive change in adulthood and aging. New York: McGraw-Hill; 1996;323-357.
9. Blanchard-Fields F, Chen Y, Norris L. Everyday problem solving across the adult life span: influence of domain specificity and cognitive appraisal. *Psychol Aging* 1997; 12(4):684.
10. Denney NW. 12 Adult Age Differences in Traditional and Practical Problem Solving. En: E. A. Lovelace, editor. Aging and cognition: Mental processes, self-awareness and interventions. Amsterdam: Elsevier; 1990:329.
11. Sternberg RJ, Wagner RK, Okagaki L. Practical intelligence: The nature and role of tacit knowledge in work and at school. *Adv life dev* 1993:205-227.
12. Willis SL. Cognition and everyday competence. *Annu Rev Gerontol Geriatr.* 1991;11:80-109.
13. Pak D, Schwarz N. Cognitive Aging. Hove: Psychology Press; 2006.
14. Willis SL, Schaie W. Everyday cognition: Taxonomic and methodological considerations. En Puckett JM, Reese HW (eds.). Mechanisms of everyday cognition. NJ: Erlbaum; 1993. p. 33-53
15. Menor J, Labra JA, Albuérne F. Envejecimiento cognitivo y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: elaboración de un instrumento de valoración de la dependencia. Madrid: Fundación MAPFRE. 2008.
16. Law LL, Barnett F, Yau MK, Gray MA. Measures of everyday competence in older adults with cognitive impairment: a systematic review. *Age Ageing* 2012; 41(1):9-16.
17. Lawton M, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontol.* 1969; 9:179-86.
18. Allaire JC, Marsiske M. Everyday cognition: age and intellectual ability correlates. *Psychol Aging* 1999; 14(4):627.
19. Willis SL. Everyday cognitive competence in elderly persons: conceptual issues and empirical findings. *Gerontologist* 1996; 36: 595-601
20. Lai JM, Gill TM, Cooney LM, Bradley EH, Hawkins KA, Karlawish JH. Everyday decision-making ability in older persons with cognitive impairment. *Am Jour Ger Psy* 2008; 16(8):693-696.
21. Marsiske M, Willis SL. Dimensionality of everyday problem solving in older adults. *Psychol Aging* 1995; 10(2):269.
22. Bertrand RM, Willis S. Everyday problem solving in Alzheimer's patients: a comparison of subjective and objective assessments. *The Gerontologist.* 1999; 3(4):281-293
23. Beatty WW, Hames KA, Blanco CR, Williamson SI, Wilbanks SL, Olson KA. Correlates of coping style in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 1998; 4: 440-3.
24. Agüero-Torres H, Thomas VS, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of somatic

and cognitive disorders on the functional status of the elderly. J Clin Epidemiol 2002; 55(10):1007-1012.

25. Willis SL, Allen-Burge R, Dolan MM, Bertrand RM, Yesavage J, Taylor JL. Everyday problem solving among individuals with Alzheimer's disease. Gerontologist 1998; 38(5):569-577.