

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA  
MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA



UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN PACIENTE DIAGNOSTICADA DE  
DETERIORO COGNITIVO LEVE: ESTUDIO DE CASO ÚNICO

JULIA MONTERO ALMIRÓN  
TUTORA: MARÍA DEL CARMEN NOGUERA CUENCA  
Universidad de Almería

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>Introducción</b> .....	2
1.1.	Diagnóstico e Intervención en DCL .....	3
1.2.	Importancia del diagnóstico diferencial.....	5
<b>II.</b>	<b>Objetivos del trabajo</b> .....	9
<b>III.</b>	<b>Método</b> .....	9
3. 1.	Descripción del caso .....	9
3.2.	Materiales y Procedimiento .....	11
<b>IV.</b>	<b>Resultados y Discusión</b> .....	15
4.1.	Resultados de la evaluación cognitiva CAMCOG-R y MMSE.....	16
4.2.	Resultados de la evaluación cognitiva MOCA e IFS.....	17
4.3.	Resultados de las escalas de Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria.....	18
4.4.	Interpretación de los resultados por procesos cognitivos .....	19
4.4.1.	Orientación en tiempo y espacio .....	20
4.4.2.	Lenguaje: expresión y lectura comprensiva .....	20
4.4.3.	Memoria: memoria de trabajo, largo plazo, reconocimiento y fijación .....	22
4.4.4.	Atención/concentración.....	23
4.4.5.	Praxis: ideacional e ideomotora.....	25
4.4.6.	Cálculo .....	25
4.4.7.	Función ejecutiva .....	26
4.4.8.	Percepción visual.....	26
4.5.	Interpretación de los resultados del Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody....	27
4.6.	Información sobre otros ámbitos de P.....	28
4.7.	Discusión y conclusiones de los resultados.....	29
<b>V.</b>	<b>Propuesta de intervención</b> .....	30
5.1.	Estructura del programa de intervención .....	31
5.2.	Intervención en área cognitiva.....	32
5.2.1.	Memoria Semántica .....	32
5.2.2.	Memoria de trabajo .....	34
5.2.3.	Atención Selectiva y Sostenida.....	35
5.3.	Intervención en área ocupacional.....	37
5.3.1.	Praxias ideatorias .....	37
5.3.2.	Praxias visoconstructivas.....	38
5.3.3.	Praxia del vestir .....	38
5.4.	Intervención en área emocional .....	39

<b>VI.</b>	<b>Conclusiones</b> .....	39
<b>VII.</b>	<b>Limitaciones y líneas futuras</b> .....	40
<b>VIII.</b>	<b>Referencias bibliográficas</b> .....	41

# Evaluación e Intervención en Paciente Diagnosticada de DCL: Estudio de Caso Único

---

## Resumen

El deterioro cognitivo leve (DCL) es un estado transicional entre los cambios neuropsicológicos debidos a un envejecimiento normal y un estadio temprano de demencia. Se entiende como una patología y no como un proceso normal de envejecimiento. Es primordial que se detecte a tiempo para llevar a cabo una buena intervención multidisciplinar. Actualmente existen protocolos y pautas de evaluación avaladas científicamente para realizar una detección a tiempo y un buen diagnóstico, así como recomendaciones de propuestas de intervención bastante eficaces. Como objetivo de este trabajo se plantea realizar una evaluación más completa de una paciente diagnosticada previamente de DCL y comprobar si se ajusta a la realidad actual o no. Los resultados de la evaluación, junto con la información previa, nos permite elaborar un perfil de su desempeño cotidiano y comprobar en qué áreas manifiesta más dificultades, para diseñar una propuesta de intervención que se consigue llevar a cabo durante dos semanas. Una de las conclusiones principales a la que llegamos, tras analizar e interpretar los resultados de la evaluación, es que la paciente presenta deterioro en diversas funciones cognitivas, especialmente, memoria, atención y praxis y se encontraría más cerca de un proceso de demencia de lo que se esperaba.

**Palabras clave:** deterioro cognitivo leve, demencia, neuropsicología, caso único.

## Abstract

Mild cognitive impairment (MCI) is a transitional state between neuropsychological changes due to normal aging and an early stage of dementia. It is understood as a pathology and not as a normal aging process. It is essential detected in time to carry out a good multidisciplinary intervention. Currently, there are scientifically proven evaluation protocols and guidelines to perform a detection in time and a good diagnosis. In addition, there are recommendations for fairly effective intervention proposals. The objective of this work is to carry out a more complete evaluation of a patient previously diagnosed with MCI and to check if it adjusts to the current reality or not. The results of the assessment, together with the previous information, allow us to create a profile of her daily performance and find out in which areas she manifests more difficulties, to design an intervention proposal. This intervention was carried out for two weeks. One of the main conclusions is that the patient has several impaired cognitive functions, especially, memory, attention and praxis and would be closer to a process of dementia than expected.

**Key words:** mild cognitive impairment, dementia, neuropsychology, single case.

## I. Introducción

El deterioro cognitivo leve (en adelante o DCL) es un estado transicional entre los cambios neuropsicológicos debidos a un envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia en personas ancianas. El DCL se entiende como una patología y no como un proceso normalizado asociado a la edad (Barahona et al., 2014). En los últimos años, el incremento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad ha provocado que la población se encuentre aún más envejecida, por lo que este tipo de deterioros cognitivos ha aumentado considerablemente debido precisamente al envejecimiento de la población.

El concepto de deterioro cognitivo leve ha suscitado numeroso interés y también controversia, ya que han sido muchos los autores que han diferido en la forma de tratar este concepto. Algunos afirman que el DCL es el camino hacia la enfermedad de Alzheimer (EA), otros, por lo contrario, piensan que son deterioros independientes y no tienen por qué estar vinculados (Bruna et al., 2011).

Es primordial que el DCL se detecte a tiempo para poder llevar a cabo una buena intervención multidisciplinar. Según Garcia-Herranz (2014), las principales señales de advertencia para poder detectarlo son:

- Pérdida de memoria.
- Pérdida de objetos.
- Problemas con el idioma.
- Desorientación en tiempo y lugar.
- Dificultad para realizar tareas cotidianas.
- Juicio pobre o disminuido
- Cambios de humor o comportamiento y cambios en la personalidad.

Asimismo, existen diferentes tipos de DCL (Bruna et al., 2011):

- **DCL amnésico:** algunos autores lo consideran un proceso del envejecimiento normal, siendo el más estudiado de todos los tipos. La principal condición es una alteración en la memoria y no se presentan otras áreas cognitivas afectadas.

- **DCL de dominio múltiple amnésico:** además de la afectación en la memoria, también se presentan otras áreas con deterioro, como la función ejecutiva, función visoespacial y lenguaje.
- **DCL de dominio múltiple no amnésico:** se presenta como un déficit leve en cualquier función cognitiva, pero no en la memoria.
- **DCL de dominio único no amnésico:** afectación en algún área como el lenguaje, función visoespacial, atención, concentración, pensamiento o aprendizaje.

Los factores de riesgo que pueden propiciar un desarrollo de DCL se comparten con los de la demencia. Entre ellos se encuentran el sexo, la edad, el nivel educativo, la existencia de algún trastorno depresivo y la carga genética (Campbell et al., 2013).

### 1.1. Diagnóstico e Intervención en DCL

Para detectar un DCL en una persona es fundamental realizar una buena evaluación neuropsicológica. Diversos autores plantean distintas formas de realizarla. Uno de los tests de cribado más empleados ha sido (y sigue siendo) el MMSE (Mini Mental State Examination), publicado en 1955 por Marshal y colaboradores. Su adaptación española fue realizada por Lobo et al., en 1975. Se trata de una prueba que proporciona información sobre la probabilidad de que una persona manifieste deterioro cognitivo, si bien se emplea incluso para realizar diagnósticos de demencia. Este test incluye pequeñas pruebas que evalúan áreas como la orientación, atención, lenguaje o memoria en una escala de 0 a 30 puntos, con la que se suele establecer diagnósticos de deterioro cognitivo cuando la persona obtiene una puntuación de 24 puntos o inferior. Aunque este test se emplea también en el ámbito médico para detectar una demencia, así como para realizar el seguimiento de la evolución del deterioro cognitivo, es necesario confirmar dicho diagnóstico con una evaluación neuropsicológica más exhaustiva. En los últimos años, se está optando por la utilización del Montreal Cognitive Assessment (MOCA), fue creado en 1996 por Ziad Nasredinne, ya que su aplicación es

muy rápida y sencilla e, igualmente, se emplea mayormente para realizar un cribado de la demencia y deterioro cognitivo leve.

Como se ha comentado, aunque estas pruebas generales de cribado pueden ayudar inicialmente, es fundamental completar la evaluación de la persona con baterías específicas del funcionamiento de las áreas cognitivas concretas tales como su memoria, praxias, lenguaje, razonamiento, orientación, funciones ejecutivas y atención. Una de estas baterías es el CAMCOG-R, que se encuentra dentro de la prueba CAMDEX-R (Roth et al., 2015), y permite medir un amplio abanico de funciones cognitivas, como orientación, lenguaje, expresión, memoria, atención/concentración, lenguaje, praxis, escritura espontánea, cálculo, función ejecutiva y percepción visual. También es preciso incluir en estos protocolos de evaluación algunas escalas para examinar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de la persona, como su capacidad para hacer una llamada o la compra. Un buen ejemplo sería la Escala de Lawton y Brody, publicada en 1969, o el Índice de Barthel, diseñado en 1955, que consta de diez parámetros que miden las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y que evalúa el grado de autonomía para asearse, comer o vestirse. Finalmente, es aconsejable incluir algunas pruebas que permitan evaluar aspectos emocionales y conductuales como, por ejemplo, gustos, hobbies, roles que desempeña en diversos ámbitos de su vida o sociabilización. Todo ello nos dará un perfil más completo de la persona y nos permitirá hacer un buen diagnóstico diferencial.

Respecto a la intervención del DCL, existen tanto tratamientos farmacológicos como no farmacológicos. Respecto a los primeros, algunos autores proponen los incluidos en la *Tabla 1*, estos son con los que se han obtenido mejorías en pacientes con DCL (Olivera-Pueyo et al., 2015).

**Tabla 1**

*Propuesta de tratamiento farmacológico en pacientes con DCL.*

<b>Tratamiento farmacológico</b>	<b>Resultados en la revisión</b>
Nootrópos	Se recomienda Piracetam. Resultados poco concluyentes
Neuroprotectores	Citicolina. Resultados moderados y positivos en pacientes con enfermedades vasculares cerebrales
Vasodilatadores	Nimodipino. Se encuentra algún resultado beneficioso en pacientes con riesgo vascular
Vitamina E	Mejora su eficacia si se asocia con Omega-3, además de tener un efecto antioxidante
Fosfatidilserina	Resultados positivos si se asocia con Omega-3
Ácidos grasos Omega-3	Efecto neuroprotector y mejoría leve de la función cognitiva
Ginkgo biloba	Mejora su función si se utiliza junto con Omega-3 o fosfatidilserina

*Fuente.* Elaboración propia.

En cuanto a los tratamientos no farmacológicos del DCL, se recomienda fundamentalmente una buena estimulación cognitiva, ejercicio físico, seguir una dieta mediterránea, mantener una buena red social, realizar actividades placenteras para la persona y controlar el riesgo de padecer alguna enfermedad vascular (Olivera-Pueyo et al., 2015).

## **1.2. Importancia del diagnóstico diferencial**

Como se ha comentado anteriormente, es esencial abordar adecuadamente el proceso de evaluación neuropsicológico de una persona, siempre guiado por unas hipótesis de partida acerca de lo que podría sucederle, ya que permitirán seleccionar las pruebas necesarias para ir descartando o confirmando tales hipótesis. Ya durante la entrevista inicial con el paciente y la familia se recoge mucha información de utilidad



para comenzar a elaborar un cuadro sintomatológico o sindrómico que guiará nuestra posterior actuación. En el presente contexto, será de suma importancia realizar una diferenciación entre el deterioro cognitivo leve y la demencia.

Las demencias son enfermedades de carácter neurológico, progresivas y cronificadas en el tiempo. Esto genera un deterioro de las funciones cognitivas superiores como la memoria, cálculo, pensamiento, aprendizaje, orientación y juicio (Hesse, 2009). Las personas con DCL tienen mayor probabilidad de desarrollar una demencia, en concreto, la Enfermedad de Alzheimer, si bien existen otros factores de riesgo para que ésta se desarrolle como la edad, el deterioro en el hipocampo, algunos marcadores en el líquido cefalorraquídeo o el hecho de que la persona sea portadora de la apolipoproteína E (apoE4), muy implicada en su desarrollo (Custodio et al., 2012).

Existen diversos tipos de demencia, dependiendo de la etiología y la sintomatología (Hesse, 2009) se dividen en:

- 1. Enfermedad de Alzheimer (EA)** trastorno progresivo y neurodegenerativo, cuyas principales características son el deterioro cognitivo en memoria semántica, sintomatología neuropsiquiátrica y alteración de la vida diaria normal.
- 2. Demencia fronto-temporal (DFT)**, ocurre por la degeneración progresiva del/los lóbulos temporales y frontales, que trae como consecuencia una afectación progresiva en las funciones ejecutivas y cognitivas, habilidades sociales, lenguaje y conducta.
- 3. Demencia por cuerpos de Lewy (DCL)**, caracterizada principalmente por dificultades en equilibrio y marcha, demencia, alucinaciones de tipo visual e incluso ideas delirantes.
- 4. Demencia Vascular (DV)**, provoca que el riego vascular cerebral se vea constantemente interrumpido, además de riesgo de infartos y hemorragias cerebrales.
- 5. Demencia por enfermedad médica o psiquiátrica**, que puede ser tratada e incluso reversible sin dejar secuelas.

**6. Otras demencias,** existen numerosas patologías intracraneales que dan lugar a otros tipos de demencias con menos prevalencia que las que hemos citado anteriormente.

Un buen diagnóstico es fundamental para realizar una futura intervención en el paciente. El DSM-V define la demencia como un trastorno neurocognitivo mayor y existe un deterioro cognitivo grave, el cual impide a la persona realizar su vida diaria con normalidad (Wilson, 2019). En el siguiente *Cuadro 1* se muestra una descripción bastante aclarativa de las diferencias entre el envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y demencia.

**Cuadro 1.** Principales diferencias entre los 3 procesos.

	Normalidad $\longrightarrow$ Demencia		
	Envejecimiento normal	Deterioro cognitivo leve	Demencia
Quejas del paciente	Frecuentes	Puede no existir	Puede no existir
Quejas del informador	Ausente	Frecuente	Presentes
Alteraciones de la memoria	Memoria episódica, evocación espontánea, memoria de trabajo	Memoria episódica	Con suficiente intensidad como para interferir su funcionamiento normal.
Otras alteraciones cognitivas	Disminución de la velocidad de procesamiento, alteraciones en la atención	Disfunción ejecutiva, grados de afasia, agnosia, alteración de la función visuoespacial. abvd, conservadas	Con suficiente intensidad como para interferir su funcionamiento normal
Deterioro funcional	No	Leve	Presente
Trastorno del comportamiento	No	Frecuente (depresión, apatía, ansiedad)	Frecuente (depresión, apatía, ansiedad)

*Fuente.* Cuadro extraído del Manual de Geriátrica para Médicos 2018.

La evaluación en demencia se realiza de la misma forma que en el DCL. Las escalas más utilizadas son el MMSE y el MOCA, además de la evaluación en las actividades de la vida diaria y alguna evaluación del estado afectivo, como, por ejemplo, la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, adaptada por Martínez y colaboradores (2002).

Al igual que en cualquier otro trastorno, existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para mejorar o mantener el deterioro cognitivo producido por la demencia, algunas intervenciones son compartidas con el DCL, como una vida social

activa, una dieta mediterránea equilibrada o una buena estimulación cognitiva. Los tratamientos extraídos de la revisión sistemática de Olazarán et al., (2012) serán expuestos en la siguiente tabla (*ver Tabla 2*).

**Tabla 2**

*Propuesta de tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes que sufren algún tipo de demencia.*

<b>Terapias no farmacológicas</b>	<b>Fármacos más utilizados</b>
Estimulación cognitiva	Antidepresivos
Estimulación cognitiva grupal combinada con otras técnicas	Benzodiacepinas
Intervención conductual	Neurolepticos
Entrenamiento del cuidador	Antiepilépticos
Educación del cuidador	Otros fármacos (clometiazol, metilfenidato)

*Fuente.* Elaboración propia.

En resumen, de la información esquematizada en el Cuadro 1 se desprende que el deterioro cognitivo leve sería un paso intermedio entre las dificultades que presenta una persona con un proceso de envejecimiento normal, que prácticamente le permite desenvolverse con total autonomía, y las que manifestaría en el caso de padecer una demencia, que conllevaría un grado de dependencia cada vez mayor. Las personas con DCL pueden llevar una vida autónoma y de calidad cuando se detecta correcta y tempranamente y se ponen los medios adecuados (p.e., estimulación cognitiva adaptada a sus características; fomento de una vida saludable, apoyo familiar). Resulta esencial evaluar adecuadamente a la persona para realizar un buen diagnóstico diferencial que permite, primero, identificar el proceso que padece y, segundo, diseñar e implementar un programa de intervención multidisciplinar adaptado al perfil de dicha persona y que incluya, por tanto, estimulación cognitiva, social, emocional y conductual.

## **II. Objetivos del trabajo**

De lo expuesto hasta ahora se desprende, por tanto, la necesidad de diagnosticar correctamente, esto es, realizar diagnósticos diferenciales especialmente cuando algunos procesos patológicos comparten gran parte de los síntomas y pueden fácilmente confundirse. Esto conllevaría diseñar una intervención que podría no ser la más adecuada para las necesidades actuales de la persona. Por tanto, una evaluación neuropsicológica guiada por unos objetivos claros nos permitiría definir unas pautas de rehabilitación adaptadas a las características de la persona. Precisamente, este fue el objetivo principal de este trabajo, diseñar una intervención neuropsicológica para trabajar sobre aquellas áreas que se encuentren más deterioradas, a raíz de la evaluación realizada a una persona que presenta un funcionamiento cognitivo, emocional y conductual general compatible con un diagnóstico de deterioro cognitivo leve. No obstante, y pesar de incluir en su historial este diagnóstico, realizado por un neurólogo, dada la falta de información acerca del protocolo administrado para identificar este deterioro, más allá de una prueba de resonancia magnética, nos planteamos como objetivo previo completar la evaluación para construir su perfil neuropsicológico e identificar qué procesos y funciones se encuentran afectados y en qué medida, más allá de los síntomas que manifiesta la propia paciente o se observan en ella, aún se mantiene en este estado de DCL o se halla más cerca de un proceso de demencia.

## **III. Método**

### **3. 1. Descripción del caso**

Se presenta el caso de una mujer de 88 años de edad, a la que citaremos como P para proteger su identidad. Nacida en Guadix, provincia de Granada, lleva viviendo más de 30 años en Roquetas de Mar (Almería). Tiene tres hijas y un hijo y su estado civil es viuda. Nivel de estudios básicos, sabe leer, escribir y resolver problemas matemáticos sencillos. Se ha dedicado toda su vida a ser ama de casa. Su diagnóstico actual es de deterioro cognitivo leve, el cual podría derivar en demencia. Este diagnóstico se realizó un mes antes de entrar al centro de día al que acude, concretamente en agosto de 2020

por un neurólogo. Desde el año 2019, según informe neurológico que incluye una tomografía computerizada, se observaba una atrofia córtico-subcortical.

Su cuidadora principal es una persona ajena al núcleo familiar, está contratada para que pase todo el día con P. Además, acude al centro de día desde septiembre de 2020 en jornada completa (de 8:30 a 18:00). Los familiares refieren que desde la cuarentena que sufrimos debido a la pandemia, P decayó en todos los aspectos, principalmente su estado emocional se vio gravemente afectado, ya que no entendía por qué sus hijas no podían ir a visitarla. La estimulación motora y cognitiva fue nula en estos meses, la cuidadora hacía bien su trabajo y la tenía bien atendida, pero la sobreprotegió demasiado, lo cual pudo ser, de alguna forma, contraproducente para ella, en el sentido de limitar la implicación de P en su propio proceso de estimulación o reducir su capacidad de actuación voluntaria.

Cuando P llegó al centro de día en el mes de septiembre de 2020, no podía mantener una conversación fluida, comprendía, pero tenía dificultad para encontrar la palabra que quería expresar (anomia léxica), dormía excesivamente, no demandaba cosas, su motricidad gruesa y fina estaba completamente reducida, desde caminar, cepillarse los dientes, ponerse el calzado, hasta alimentarse por ella misma, ya que se le tenía que dar la comida con cuchara y triturada o machacada. Tenía grandes dificultades para realizar las actividades adaptadas que se le proponían y no era capaz de mantener la atención durante un corto periodo de tiempo. Era totalmente dependiente en todos los ámbitos de su vida diaria.

A nivel social, no solía realizar conversaciones espontáneas, siempre respondía con monosílabos o no respondía. A pesar de su deterioro, hoy en día muestra su carácter cuando algo no le gusta o está en desacuerdo, demanda atención y puede seguir conversaciones e instrucciones sencillas.

Por último, con respecto a la orientación, sí que la tiene un tanto mermada, quizás debido al poco uso de ésta, siempre la llevan en silla de ruedas y no toma las decisiones de ir de un lugar a otro, esto hace que en el día a día esta área no sea trabajada. Sabe diferenciar entre su casa, el centro de día o su pueblo natal, pero no sabría realizar ella sola un recorrido predeterminado desde el punto A al punto B.

Actualmente, la paciente P ha mejorado notablemente en todas las áreas desde que acude al centro de día. Ahora es capaz de caminar cortas distancias con ayuda, puede mantener conversaciones activas, demandar lo que necesite, realizar actividades cognitivas adaptadas a su nivel sin ningún problema, además de alimentarse por ella misma (a veces con ayuda por sus dificultades en la movilidad).

Según consta en su historial, la medicación actual de la paciente es:

- Trazodona clorhidrato (modulador de la serotonina).
- Prometax parches transdérmicos (inhibidor de la acetilcolinesterasa, aumenta los niveles de la acetilcolina).
- Supernoche anato elástico.
- Resource espesante clear (se utiliza en pacientes con dificultades para la deglución).
- Sintrom (anticoagulante).
- Torasemida (medicamento diurético, aumenta la eliminación de la orina).
- Absorbente incontinencia orina noche.
- Sitagliptina, metformina (medicamentos antihiper glucémicos).
- Psicotric (quetiapina, pertenece al grupo de los antipsicóticos, se utiliza generalmente para depresión o esquizofrenia).
- Empaglifozina (su acción se centra en reducir los niveles de azúcar en sangre).
- Omeprazol (inhibidor de la bomba de protones, reduce la cantidad de ácido producido por el estómago).
- Fentanilo parches (aliviar el dolor fuerte y duradero).

### **3.2. Materiales y Procedimiento**

Como se mencionó anteriormente, aunque la paciente cuenta con un diagnóstico de DCL, se consideró necesario completar la evaluación neuropsicológica. Esta fase de evaluación se ha realizado de forma prolongada, para que la paciente no se agote, ya que le resulta muy complicado mantener la atención por un moderado periodo de tiempo.

Se comenzó con la administración de la prueba neuropsicológica CAMCOG-R que se encuentra dentro de la batería CAMDEX-R (Roth et al., 2015). No fue necesaria pasar dicha batería al completo, ya que el resto de información se obtuvo mediante observación y otras entrevistas realizadas a la usuaria, a los trabajadores y de su expediente. La administración de esta prueba fue realizada por la neuropsicóloga del centro el 29 de septiembre de 2020. Posteriormente, al inicio del mes de noviembre, realicé personalmente el informe cualitativo de los resultados obtenidos en la prueba. Como ya se comentó, el CAMCOG-R permite medir un amplio abanico de funciones cognitivas, orientación, lenguaje, expresión, memoria, atención/concentración, lenguaje, praxis, escritura espontánea, cálculo, función ejecutiva y percepción visual. Se considera un puntaje normal cuando se obtiene un valor total superior a 69/70 sobre 105, deterioro leve entre 68-60 y por debajo de 60 puntos deterioro moderado.

Según Froufe y colaboradores (2009), a diferencia de los procesos puramente “automáticos” que operan de manera fija, la función ejecutiva constituye un sinfín de comportamientos flexibles y autocontrolados para dar respuesta al ambiente natural cambiante. Resulta relevante evaluar estas funciones en nuestra paciente, por lo que el segundo instrumento administrado ha sido el INECO Frontal Screening (IFS, Manes et al., 2002). Se trata de una herramienta completa, breve y de fácil aplicación, que permite evaluar las funciones ejecutivas en pacientes con deterioro cognitivo o demencia. Los subtests que componen el IFS son: series motoras, instrucciones conflictivas, control inhibitorio motor, repetición de dígitos hacia atrás, decir los nombres de los meses hacia atrás, memoria de trabajo visual, refranes y control inhibitorio verbal. Una puntuación igual o mayor a 25, sobre 30 totales, sería normal. Si se obtiene un puntaje inferior a 25 se considera que existen problemas en la función ejecutiva. Esta evaluación fue realizada por mí, con fecha de 4 de mayo de 2021, la duración fue de 35 minutos.

Otra de las pruebas administradas ha sido la Evaluación Cognitiva Montreal o MOCA (Nasreddine et al., 2005). Se trata de una prueba breve, de sencilla administración que facilita el diagnóstico de DCL y demencia leve. Las áreas que se evalúan dentro de esta prueba son: función visoespacial y ejecutiva, identificación de objetos, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación espaciotemporal. La puntuación máxima es de 30; un puntaje igual o superior a 26 se

considera normal. Si el sujeto tiene 12 años o menos de estudios, se añade un punto más al total del MOCA. Una puntuación igual o menor a 21 se considera demencia. La administración de esta prueba se realizó el 29 de abril de 2021.

Con respecto a la autonomía e independencia de la paciente, he considerado importante realizar una pequeña evaluación de las actividades básicas de la vida (ABVD), debido al estado físico de P. Se ha utilizado para ello el Índice de Barthel (Baztán et al., 1993), que mide la capacidad de la persona para realizar diez actividades básicas y su grado de dependencia para comer, lavarse, vestirse o ir al baño, de manera que una puntuación inferior a 20 se considera totalmente dependiente y una máxima de 100 independiente, o de 90 si va en silla de ruedas. Entre 20 y 35 el grado de dependencia es grave, mientras que una puntuación de entre 40 y 55 se considera moderado. El grado leve de dependencia se considera cuando la puntuación es igual o mayor de 60. Esta prueba se administró el día 6 de mayo de 2021.

En cuanto a la evaluación de actividades instrumentales de la vida diaria, se le administró a la paciente P la escala de Lawton y Brody, adaptada a la población española por Vergara et al., (2012). Con esta prueba se pretende detectar las dificultades en la autonomía y el grado de independencia de una persona. Se centra en evaluar específicamente las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales son más complejas que las actividades básicas, pero no por ello menos importantes. Las áreas que evalúan son: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, medios de transporte, medicación y asuntos económicos. Las puntuaciones a cada ítem pueden ser 0 (incapaz, parcialmente capaz) o 1 (capaz). Una puntuación máxima de 8 indica que la usuaria posee una independencia total, mientras que una puntuación de 0 o 1 muestra un grado de máxima dependencia. La administración de esta prueba fue el día 7 de mayo de 2021.

Referente a sus intereses personales, aficiones y roles, me pareció relevante tenerlos en cuenta y aprovechar tan valiosa información de cara a la intervención. Es por ello que utilicé la información proporcionada por la terapeuta ocupacional del centro. La evaluación de estas áreas fue realizada mediante el Listado de Roles de Oakley y colaboradores (1986) y el Listado de Intereses Adaptado (Kielhofner et al., 1983). Las pruebas fueron administradas por la terapeuta ocupacional en el mes de septiembre de



2020. El Listado de Roles se divide en dos partes, la primera evalúa los roles que más han servido para organizar la vida de la persona, mientras que la segunda, permite identificar qué valor le da el individuo a cada rol, de los 10 que se presentan en total de cada parte. La corrección de este test se realiza de forma cualitativa. En cuanto al Listado de Intereses Adaptado, se compone de 3 partes, con un total de 80 ítems. El individuo debe responder al nivel de interés de cada actividad, si participa actualmente en esa actividad y si le gustaría realizarla en el futuro. Del mismo modo que en el Listado de Roles, la corrección se realiza de forma cualitativa.

A continuación, se presenta una tabla (ver *Tabla 3*) en la que se resumen los instrumentos utilizados para la evaluación, la fecha de administración y si han sido administrados por mí o por otro profesional del centro.

**Tabla 3**

*Resumen de los instrumentos de evaluación administrados.*

<b>Instrumento</b>	<b>Fecha de administración</b>	<b>Profesional que aplicó la prueba</b>
CAMCOG-R y MMSE	29/09/2020	Administrado por la neuropsicóloga del centro, e interpretado por mí
IFS	4/5/2021	Evaluación realizada por mí
MOCA	29/4/2021	Evaluación realizada por mí
Índice de Barthel	6/5/2021	Evaluación realizada por mí
Escala de Lawton y Brody	7/5/2021	Evaluación realizada por mí
Listado de Intereses adaptado	09/2020	Terapeuta Ocupacional
Listado de Roles	09/2020	Terapeuta Ocupacional

*Fuente.* Elaboración propia.

Todas las pruebas descritas se administraron en una estancia tranquila dentro del propio centro de día. Se trataba de una pequeña sala climatizada, con una mesa y sillas, en la que sólo nos encontrábamos la usuaria y yo, que me sentaba a su lado, no enfrente, para que se sintiera más cómoda y no tuviese sensación de ser evaluada, y en un ambiente más cómodo y normalizado. Cada sesión de evaluación duraba de 30 a 45 minutos pues, alcanzado ese tiempo, la usuaria mostraba signos de falta de atención, fatiga y baja motivación por la tarea. Es por ello que las sesiones de evaluación se

prolongaron dos semanas, desde el día 29 de abril hasta el 7 de mayo. Del mismo modo, intenté espaciar las sesiones de evaluación porque notaba que a la usuaria no le gustaba irse a otra sala sin el resto de sus compañeros, no quería dejar de hacer las tareas rutinarias del centro. Pese a eso, la usuaria mostró una actitud colaboradora y refería que “no le importaba” realizar los “ejercicios” que yo le proponía.

Con respecto a la realización de las pruebas, la actitud de la paciente fue proactiva, preguntaba algunas cosas que no entendía y pedía que le repitiera alguna instrucción. Intentaba esforzarse por realizar las pruebas de forma correcta. Las distracciones comenzaban en las tareas que ella no sabía ejecutar y al cabo de unos pocos minutos refería que “se le olvidan las cosas”. Las tareas se alargaban más de lo habitual por la lentitud en su capacidad y velocidad de procesamiento de información. Percibí también que cuando no entendía la instrucción que yo le estaba dando, ella repetía lo que yo decía; por ejemplo: - examinadora: “bien P, ahora debes repetir los números que yo te diga en el orden contrario, ¿lo has entendido? - P: ¡Sí! – examinadora: “2 – 4 – 7” – P: “2, 4, 7”.

Durante las sesiones de evaluación, dejé de anotar las puntuaciones directas ya que la usuaria estaba atenta a lo que yo escribía y esto entorpecía la realización de tareas. Cuando terminábamos la sesión, yo anotaba todas las puntuaciones sin que ella estuviera presente en la sala.

#### **IV. Resultados y Discusión**

En este apartado se describirán los resultados obtenidos tras la administración de las distintas escalas de valoración estandarizadas, y se interpretará su perfil teniendo en cuenta, además, la información recogida tras una entrevista con su cuidador principal, y la observación de la usuaria en su día a día en el centro. El objetivo no es otro que diseñar un programa de intervención adaptado a sus necesidades actuales.

#### 4.1. Resultados de la evaluación cognitiva CAMCOG-R y MMSE

En el MMSE (Mini-Mental) que se incluye en el CAMCOG-R, la puntuación obtenida ha sido de 8/30. En la Tabla 4 aparece la puntuación desglosada por procesos. En términos generales, el estado cognitivo de la usuaria se ve afectado en su mayor parte, ya que un valor inferior a los puntos de corte 24-27 se considera que la persona presenta deterioro cognitivo.

**Tabla 4**

*CAMCOG-R. resultados cuantitativos divididos por las áreas que componen el test neuropsicológico.*

Áreas evaluadas en el CAMCOG-R	Puntuación por área
Orientación	1/10
Lenguaje	12/30
Memoria	5/27
Atención/cálculo	1/9
Praxis	5/12
Pensamiento abstracto	4/8
Percepción	5/9
<b>Total</b>	<b>33/105</b>
<b>Función Ejecutiva</b>	<b>8/28</b>
<b>MMSE</b>	<b>8/30 (P. Total)</b>

*Fuente.* Elaboración propia

Con respecto a los resultados obtenidos en el CAMCOG-R, la puntuación total ha sido 33/105, lo que indica un deterioro moderado en la paciente, ya que la puntuación de corte se situaría en 69/70 según López-Pousa (2003). Como se observa en la Tabla 4 su puntaje fue mayor en las pruebas de percepción ( $p= 5/9$ ) y pensamiento abstracto ( $p= 4/8$ ), mientras que en las pruebas de función ejecutiva ( $p= 8/28$ ), orientación ( $p= 1/10$ ), memoria ( $p= 5/27$ ), atención y cálculo ( $p= 1/9$ ) y praxis ( $p= 5/12$ ) las puntuaciones fueron muy bajas.

La paciente presenta desorientación y dificultades a nivel atencional. Deterioro grave en memoria reciente y remota, así como en funciones ejecutivas, con nula fluidez ideacional. Manifiesta déficits en las pruebas de praxis, sobre todo en las tareas de dibujar y copiar imágenes, esto se acentúa debido a sus problemas de movilidad. En cuanto a la atención, no ha sido capaz de completar ninguna de las tareas.

#### 4.2. Resultados de la evaluación cognitiva MOCA e IFS

Como se puede observar en la Tabla 5, las puntuaciones obtenidas por la paciente P en el MOCA son bastante bajas. Un valor menor a 21 se considera que la persona podría mostrar un proceso de deterioro compatible con demencia. En el caso de P, su puntaje total ha sido de 9/30. Las tareas en las que ha tenido peor rendimiento han sido función ejecutiva (p= 0/5), atención (p= 0/6), recuerdo diferido (p= 1/5) y orientación (p= 2/6). En cambio, en el área de lenguaje ha obtenido la puntuación máxima (p= 3/3), y en abstracción realizó correctamente la mitad de la tarea (p= ½).

**Tabla 5**

*Montreal Cognitive Assessment (MOCA): resultados cuantitativos de las diferentes áreas que componen el test neurocognitivo*

Áreas evaluadas en el test MOCA	Puntuación por área
Función visuoespacial/Ejecutiva	0/5
Identificación	2/3
Memoria	No se puntúa
Atención	0/6
Lenguaje	3/3
Abstracción	1/2
Recuerdo diferido	1/5
Orientación	2/6
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>9/30</b>

*Fuente.* Elaboración propia.

Por último, se evaluó a la paciente con esta herramienta, el IFS, para medir la función ejecutiva. En la Tabla 6 podemos observar las puntuaciones directas obtenidas por la paciente P. Un puntaje total menor a 24 se considera que existen problemas en la función ejecutiva, en este caso la paciente ha obtenido un valor de 6,5/30.

**Tabla 6**

*Ineco Frontal Screening (IFS). Resultados cuantitativos de las diferentes áreas que componen este test de evaluación neuropsicológica.*

<b>Áreas evaluadas en el IFS</b>	<b>Puntuación por área</b>
Series motoras	1/3
Instrucciones conflictivas	1/3
Control inhibitorio motor	0/3
Repetición de dígitos en orden inverso	2/6
Memoria de trabajo verbal (meses hacia atrás)	0/2
Memoria de trabajo visual	0/4
Capacidad de abstracción (refranes)	1'5/3
Control inhibitorio verbal	1/6
<b>Puntuación total</b>	<b>6'5/30</b>
<b>Índice de Memoria de Trabajo</b>	<b>2/10</b>

*Fuente.* Elaboración propia.

#### **4.3. Resultados de las escalas de Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria**

Para evaluar ambas áreas se utilizaron el Índice de Barthel (ABVD) y la Escala de Lawton y Brody (AIVD). Como se puede apreciar en la *Tabla 7* la usuaria obtiene una puntuación de 35/90, indicando una dependencia grave en la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) evaluadas mediante este instrumento. En algunas necesita ayuda completa y en otras puede desempeñarse parcialmente.

**Tabla 7***Resultados obtenidos por áreas en el Índice de Barthel.*

<b>Ítem</b>	<b>Puntuación total</b>
Alimentación	5 (necesita ayuda)
Baño	0 (dependiente)
Vestirse	5 (necesita ayuda)
Arreglarse	5 (independiente)
Deposiciones	5 (incontinencia ocasional)
Micción	5 (incontinencia ocasional)
Retrete	5 (necesita ayuda)
Trasladarse (a la silla de ruedas)	5 (necesita gran ayuda)
Deambular	0 (dependiente)
Subir y bajar escaleras	0 (dependiente)
<b>Puntaje total</b>	<b>35/90</b>

*Fuente. Elaboración propia a partir de la evaluación realizada*

Igualmente, la escasa funcionalidad de P para la vida cotidiana se muestra en la *Tabla 8*, con una puntuación de 1/8 en la escala que evalúa el grado de autonomía para las actividades instrumentales de la vida diaria.

**Tabla 8***Resultados obtenidos por áreas en la Escala de Lawton y Brody.*

<b>Ítems</b>	<b>Puntuación total</b>
Capacidad para usar el teléfono	1 (capaz de contestar, pero no marcar)
Hacer compras	0
Preparación de la comida	0
Cuidado de la casa	0
Lavado de ropa	0
Uso de medios de transporte	0
Responsabilidad respecto a su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos	0
<b>Puntaje total</b>	<b>1/8</b>

*Fuente. Elaboración propia a partir de la evaluación realizada.*

#### 4.4. Interpretación de los resultados por procesos cognitivos

A continuación, se desgranará la información obtenida de las diferentes pruebas neuropsicológicas mencionadas anteriormente, de forma detallada y dividida por áreas cognitivas. La mayor parte de información se obtiene mediante el MOCA y el CAMCOG-

R, esto se debe a que el IFS se especializa, sobre todo, en evaluar las funciones ejecutivas.

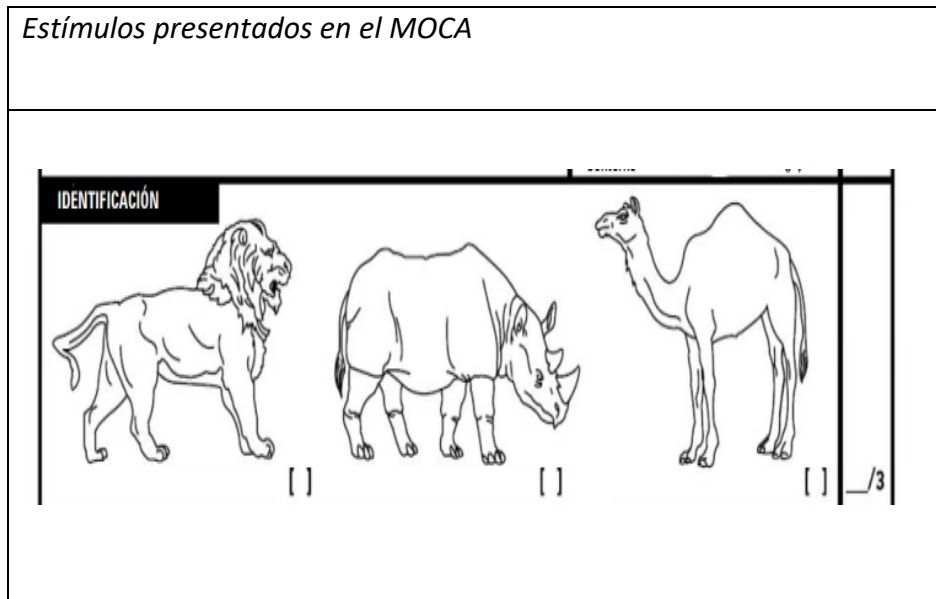
#### **4.4.1. Orientación en tiempo y espacio**

En la evaluación mediante el CAMCOG-R, la paciente ha contestado las cuestiones de forma errónea, salvo en la que se pregunta “¿en qué ciudad estamos?”, que sí ha sabido decir que nos encontramos en Roquetas de Mar. En el MOCA, solamente ha contestado bien 2/6 preguntas relacionadas con la orientación. Las correctas han sido el día de la semana en el que estamos, y en qué localidad nos encontramos. Por tanto, P muestra dificultades para integrar información relacionada con el procesamiento del tiempo y parece preservar cierta capacidad de ubicación espacial. Respecto a la orientación personal. P mantiene preservada información relacionada con su nombre, edad, etc.

#### **4.4.2. Lenguaje: expresión y lectura comprensiva**

Esta área engloba la comprensión con respuesta motora y verbal y la denominación de objetos. Es decir, comprensión y seguimiento de instrucciones, entendimiento de preguntas generales y capacidad para nombrar objetos. La paciente ha tenido mayores dificultades en la comprensión y ejecución de instrucciones que implica respuesta motora como “echa la cabeza hacia adelante” o “toca oreja derecha”, esto puede ser debido, tanto a sus problemas de psicomotricidad fina y gruesa, como a la dificultad de comprender instrucciones verbales más complejas. Sin embargo, en la comprensión de información semántica que requiere respuesta verbal su rendimiento ha mejorado. Ha sabido responder a la gran mayoría de preguntas realizadas; por ejemplo, “¿esto es un hotel?”, “¿los pueblos son mayores que las ciudades?”. Asimismo, no suele tener problemas para mantener una pequeña conversación espontánea y responder a las preguntas que se le realizan de forma natural.

**Cuadro 2.** Estímulos presentados en el Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para identificar y denominar.



Fuente. Elaboración propia.

P ha podido identificar y denominar gran parte de los estímulos presentados en el MOCA. Por ejemplo, nombró correctamente 2 de 3 animales, el león y el rinoceronte. (Véase Cuadro 2). Para realizar esta tarea se requiere acceder al almacén semántico, donde guardamos los significados, y al almacén léxico, en el que mantenemos los nombres de los objetos. En la prueba de fluidez verbal del CAMCOG-R, se solicita que nombre durante un minuto ejemplares de la categoría “animales”, según los recuerde. A la usuaria le costó mucho realizarla, siendo capaz de enumerar únicamente 5 (pato, perdiz, conejo, gallina, gallo). Sin embargo, cuando se evalúa la fluidez con el MOCA, unos 7 meses después aproximadamente, en la que debe decir el mayor número de palabras que empiecen por la letra “p” en un minuto, su fluidez mejora bastante llegando a decir hasta 11 palabras. Es preciso indicar que la categoría “p” contiene más información que “animales”, por lo que las estrategias de búsqueda y recuperación de información pueden influir.

En las pruebas de expresión, enfocadas en las definiciones y repetición (en el CAMCOG-R), también muestra dificultades. Por ejemplo, sí supo definir qué es un puente o dónde compramos medicinas, en cambio, preguntas como “¿qué es una opinión?” o “¿para qué usamos un martillo?” no supo responderlas. Con respecto a la repetición de frases, no pudo repetir correctamente ninguna de las dos con las que se



le evaluaba, probablemente debido a problemas de memoria a corto plazo. Asimismo, en el IFS, no es capaz de explicar qué significan unos refranes simples como “perro que ladra, no muerde” o “al mal tiempo, buena cara”. Esta tarea requiere capacidad de abstracción, e interpretar la intención didáctica o filosófica que quieren transmitir los refranes.

Por último, el área de lectura comprensiva sólo ha podido ser evaluada mediante el CAMCOG-R. Ejecutó de forma correcta el ítem que implicaba la orden, “cierre los ojos”, en cambio, la orden “ponga las manos detrás de la cabeza” no supo resolverla. Es posible que P sea capaz de llevar a cabo órdenes “cortas” pero no más largas o más complejas. En cualquier caso, esto sugiere una exploración más exhaustiva de esta área.

En general, aunque a veces muestra dificultades para acceder a un nombre concreto, parece que preserva parte del vocabulario, lo que le permite mantener y comprender conversaciones con coherencia, si bien deben ser cortas debido a sus dificultades para mantener la atención en el tiempo por un periodo prolongado. También muestra algunas dificultades para comprender información más abstracta o seguimiento de órdenes más complejas.

#### **4.4.3. Memoria: memoria de trabajo, largo plazo, reconocimiento y fijación**

En la sección dedicada a evaluar memoria de trabajo y largo plazo, podemos constatar que ambas se encuentran deterioradas (puntuación del CAMCOG-R en el área de memoria 5/27). Por ejemplo, en uno de los ítems del CAMCOG-R, se le pidió que nombrara objetos presentados anteriormente, pero fue incapaz de recordar alguno.

Igualmente, presenta dificultades para responder cuestiones sobre hechos generales remotos ( $p=0/6$ ) como recientes ( $p=1/4$ ), por ejemplo, “¿cuál fue el líder de los alemanes en la II Guerra Mundial?” o “¿cuál es el presidente del Gobierno?”. En ambos se obtienen muy bajas puntuaciones. Esto ocurre debido probablemente a que existen deficiencias en la recuperación de la información, pero tampoco podemos descartar que parte de esta información ya no esté disponible en su memoria a largo plazo. Sin embargo, cuando he podido tener conversaciones con P sobre recuerdos de su infancia, me ha explicado algunas historias con gran detalle, que tienen un gran

contenido emocional para ella. P muestra una clara disociación entre memoria semántica y memoria autobiográfica o episódica, mostrándose más preservada ésta última. En cuanto a la memoria de trabajo, evaluada de forma más meticulosa en el IFS, obtiene una puntuación de 2/10, mostrando un déficit en este sistema mnémico, crucial para mantener, manipular temporalmente información e integrarla con otra activada de la memoria a largo plazo. Todo ello nos permite realizar tareas cognitivas como la comprensión del lenguaje, mantener y ejecutar instrucciones, planificar objetivos, o realizar operaciones matemáticas. Sería interesante trabajar esta área de cara a la intervención, ya que tanto si se mantiene, como si mejora, resultaría muy útil para su rendimiento en las actividades que realiza en el centro de día.

En las pruebas de reconocimiento del CAMCOG-R, la paciente ha reconocido 2 objetos de entre una lista de 6 en total. Sin embargo, en la prueba de identificación y reconocimiento del MOCA, no ha tenido problemas para identificar los animales expuestos. Asimismo, en lo observado en su día a día en el centro y lo trabajado con ella, suele identificar los objetos comunes con gran facilidad. Téngase en cuenta que entre la prueba de CAMCOG-R y MOCA transcurrieron 7 meses en los que P ha estado en el centro, por lo que la estimulación cognitiva parece ser positiva.

Con respecto al proceso de fijación, la usuaria es capaz de aprender y fijar objetos o palabras en su memoria a corto plazo, aunque con ayuda. Sin embargo, cuando se le pide que nos diga los objetos presentados hace unos instantes, no es capaz de recordar la gran mayoría de ellos, por ejemplo, en la evaluación mediante el MOCA sólo pudo recordar una palabra de cinco que fueron presentadas en total. Por tanto, aunque sea capaz de aprender nuevo material tiene grandes dificultades para recordar lo aprendido.

#### **4.4.4. Atención/concentración**

Esta ha sido la parte en la que la usuaria ha presentado peores resultados en los tres instrumentos de evaluación: CAMCOG-R, IFS y MOCA, ya que algunas tareas requieren un especial esfuerzo, especialmente ejecutivo, como contar hacia atrás, o restar números a partir de una cantidad. También se le solicita mantenimiento de la

información como la repetición de series. Como se observa en los cuadros 3 y 4, en ambos tipos de actividades P obtuvo una puntuación muy por debajo de la media.

**Cuadro 3**

Puntuaciones de la paciente en el área de atención (CAMCOG-R).	
ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN	Puntuación
178. Contar hacia atrás a partir de 20 0 <input checked="" type="checkbox"/> Dos o más errores 1 <input type="checkbox"/> Un error 2 <input type="checkbox"/> Correcto	0 Máx.=2
179. Restar 7 a partir de 100 (1 punto por cada diferencia de 7)	0 Máx.=5
179a. Restar 3 a partir de 30	—
179b. Repetir 5 - 9 - 2	9-5-3 0

Fuente. Elaboración propia.

**Cuadro 4**

Puntuaciones de la paciente en el área de atención/concentración (MOCA)	
<b>ATENCIÓN</b>	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input checked="" type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input checked="" type="checkbox"/> 7 4 2
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si $\geq 2$ errores. <input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.
<b>CONCIENCIA</b>	¿Ha sufrido recientemente un accidente cerebrovascular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
<b>ORIENTACIÓN</b>	¿Cuál es el día de la semana hoy? <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado
<b>RECORDAR INFORMACIÓN</b>	¿Se acuerda de la última vez que se le dio un golpe en la cabeza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

Fuente. Elaboración propia.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el IFS, siguen la misma línea que en los dos instrumentos anteriores. Es posible que estos déficits atencionales influyan en su capacidad para recordar información reciente o remota o en el desarrollo de otras actividades de la vida diaria.

#### **4.4.5. Praxis: ideacional e ideomotora**

Las apraxias se definen como la dificultad o imposibilidad de ejecutar actos motores aprendidos, además, suelen ser uno de los dominios cognitivos que suelen alterarse inicialmente en el deterioro cognitivo y las demencias (Merizalde, 2015). Las pruebas, del CAMCOG-R y del MOCA, se han basado en las tareas de copiar imágenes presentadas en un folio y dibujar un reloj siguiendo unas pequeñas instrucciones. La usuaria no ha podido realizar ninguno de los dibujos, parece que tiene dificultades para planificar y ejecutar los pasos para poder realizar el dibujo. A esto se le suma sus problemas de movilidad fina, además de tener problemas para agarrar el lápiz y mover el brazo, también se queda bloqueada dibujando en un mismo punto, este hecho tendría que ver con el sistema ejecutivo central. Es importante trabajar en esto de cara a la intervención.

La usuaria apenas tiene dificultades para la realización de las praxis ideomotoras, consistentes en la capacidad para imitar gestos o realizar movimientos a petición verbal. Sin embargo, las praxis ideatorias, que se basan principalmente en la puesta en marcha y planificación de movimientos para realizar alguna tarea (Ardila, 2015) sí que le supone un reto. Es capaz de imitar gestos y realizar movimientos cotidianos con objetos, pero le cuesta realizar secuencias complejas de movimiento, como prepararlo todo para lavarse los dientes o comer. Esto se refleja bastante en la realización de tareas en su día a día. Además, sus dificultades en el movimiento también le imposibilitan realizar tareas más complejas.

#### **4.4.6. Cálculo**

Con respecto al manejo del dinero, la paciente es capaz de contar cantidades concretas y pequeñas de dinero. Sin embargo, los problemas surgen cuando se le pide que dé el cambio. En cuanto a las sumas y restas, la usuaria no tiene problema para realizar operaciones matemáticas sencillas, incluso puede hacerlas de forma autónoma. Calcular el cambio requiere hacer cálculos mentales y recordar el valor de las monedas, y todo ello debe retenerlo en su memoria de trabajo, un sistema que presenta claros déficits, por lo que seguramente no es capaz de distribuir adecuadamente los recursos cognitivos para realizar estas tareas. Además, el hecho de que sepa realizar sumas y

restas sencillas facilitaría el cálculo de operaciones de cambio también sencillas, pero no cuando fuesen más complejas.

#### **4.4.7. Función ejecutiva**

La función ejecutiva es una actividad cognitiva dirigida principalmente por el lóbulo frontal. Se trata de un conjunto de habilidades que nos permiten coordinar, organizar, planificar, anticipar, autorregular e inhibir conductas. Estos mecanismos se ponen en marcha en todas nuestras actividades de la vida diaria y en todos los procesos cognitivos (Bausela et al., 2006). Las funciones ejecutivas evaluadas mediante el CAMCOG-R, MOCA e IFS, han sido pensamiento abstracto, fluidez ideacional, razonamiento visual, función visuoespacial, abstracción, control inhibitorio motor y verbal y autocontrol mental (por ejemplo; contar dígitos y meses hacia atrás).

Las puntuaciones en todas las áreas mencionadas son bajas. Concretamente, en el IFS, herramienta que evalúa específicamente la función ejecutiva, el puntaje total fue de 6,5/30. Por tanto, P presenta claros déficits ejecutivos en las áreas evaluadas mediante los tres instrumentos mencionados.

#### **4.4.8. Percepción visual**

La percepción visual de la paciente es aceptable dentro de las ratios normales, siempre que la información se presente desde una perspectiva usual. Así, le resultó algo costoso identificar algunas imágenes desde ángulos inusuales. Tampoco pudo reconocer que una de las imágenes presentadas era el antiguo Rey de España. No obstante, en la observación diaria en el centro P no muestra grandes dificultades perceptivas en términos de agnosia (incapacidad para reconocer objetos desde una modalidad sensorial).

#### **4.5. Interpretación de los resultados del Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody**

Además del examen cognitivo, es muy relevante conocer cómo se desarrolla P en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pues requieren precisamente de un buen funcionamiento cognitivo general. No tiene sentido que realicemos una evaluación neurocognitiva completa, sin conocer cómo se desenvuelve la paciente en su entorno más cercano. Como se recordará, para evaluar ambas áreas se empleó el Índice de Barthel (ABVD) y la Escala de Lawton y Brody (AIVD). A nivel funcional, la usuaria presenta un grado de dependencia grave en las actividades básicas de la vida diaria como la alimentación, el aseo o el desplazamiento. Destacar que en la ABVD denominada “comer” la usuaria era totalmente dependiente cuando se incorporó al centro de día. Sin embargo, en la actualidad y cuando se realiza esta evaluación presenta un mayor grado de autonomía, ya que es capaz de comer por sí sola, aunque en algunas ocasiones hay que ofrecerle ayuda para que termine de comer sin cansarse. Otra actividad que puede llevar a cabo, con algo de ayuda, es “arreglarse”, siendo capaz de peinarse, aplicarse crema en la cara o echarse perfume, a pesar de sus problemas en la movilidad. Esto se debe a que siempre le ha gustado mucho arreglarse y se esfuerza en ello. Por el contrario, las actividades en las que es totalmente dependiente son “baño”, “deambular” y “subir/bajar escaleras”.

Del mismo modo, para las actividades instrumentales de la vida diaria, requiere la ayuda de otra persona, a excepción de la AIVD denominada “capacidad para el uso del teléfono”, en la que la usuaria es capaz de contestar al teléfono cuando recibe una llamada, pero no de marcar para hacer una llamada.

Hay que mencionar que, a nivel psicomotriz, la usuaria realiza todos los desplazamientos en silla de ruedas propulsada por otra persona. En el centro, cada día realiza pequeños desplazamientos con ayuda de dos personas, para favorecer así el mantenimiento de la marcha. Asimismo, presenta un buen tono muscular, pero con ciertas limitaciones en el rango articular. Esta situación influye en su dependencia para ciertas actividades evaluadas por ambos instrumentos como vestirse, al tener que ponerse de pie, ir al baño, o subir y bajar escaleras, preparar la comida o el cuidado de la casa.

#### 4.6. Información sobre otros ámbitos de P

En cuanto al nivel ocupacional, dado que la usuaria fue ama de casa durante muchos años, se le administró el **Listado de Roles**. En él, la usuaria ha indicado que los roles que sigue desempeñando a día de hoy y desea desempeñarlos en el futuro son el rol de amiga y el rol de miembro de la familia; los cuales le producen una gran satisfacción, ya que son roles que la usuaria considera muy importantes en su vida. En el pasado desempeñó el rol de estudiante, cuando estuvo en la escuela (educación básica), aunque ella refleja que le hubiera gustado seguir estudiando más, pero sus padres no podían permitirselo económicamente. Asimismo, también desempeñó el rol de trabajadora, ya que considera que ser ama de casa es un trabajo como cualquier otro. De igual modo, en el pasado también desempeñó el rol de aficionada, ya que le gustaba mucho hacer croché.

Además de toda la información recopilada con las pruebas anteriores también creí oportuno, de cara al diseño de un programa de intervención, indagar acerca de sus gustos y actividades placenteras, mediante el **Listado de Intereses Adaptado**, identificando 5 actividades que le suscitan gran interés y que le gustaría realizar más a menudo:

- Ver películas: especialmente las de época. Sigue haciéndolo en la actualidad.
- Ir de visita: es una actividad que actualmente no realiza y le gustaría poder hacerlo.
- Ir a conciertos: al igual que la anterior, le gustaría volver a realizarla.
- Juegos de mesa: actividad que motiva a la usuaria y con la que comparte tiempo con familia y amigos.
- Ir a la peluquería: actividad que satisface a la usuaria y que realiza semanalmente para sentirse bien y guapa.

Finalmente, a nivel social, es importante indicar que P entabla una buena relación con los demás usuarios del centro y con todo el personal, siempre saluda a todos, intenta entablar pequeñas conversaciones o preguntar “¿cómo estás?” a alguna de sus compañeras. Le gusta mucho realizar actividades en grupo, de hecho, es algo competitiva y si sabe alguna respuesta pretende decirla en primer lugar. Los

compañeros la tratan muy bien ya que la consideran “vulnerable” y todos están muy pendientes de ella. Con el personal trabajador, siempre intenta agradar y hacer las cosas lo mejor posible, aunque a veces puede mostrar algo de carácter cuando algo no se hace como ella desea.

#### **4.7. Discusión y conclusiones de los resultados**

Los datos y hallazgos expuestos en los apartados anteriores nos hacen reflexionar sobre su diagnóstico inicial de deterioro cognitivo leve. Las puntuaciones en todas las pruebas neuropsicológicas utilizadas son más bajas de lo que deberían ser para una persona con DCL. Bien es cierto que su nivel académico es muy bajo debido a que no pudo asistir al colegio. Aunque muestra capacidad de mejoría mediante la estimulación que recibe en el centro al que acude, de hecho, su grado de autonomía ha aumentado en algunas de sus actividades básicas, su estado cognitivo general parece haber avanzado un grado más de leve a moderado, al menos. No obstante, aunque es posible que derive hacia una demencia la usuaria podría encontrarse actualmente en un estado cercano a ella.

Otro resultado que ha sido muy concluyente para incluirlo en la posterior intervención, ha sido el bajo rendimiento que ha mostrado en relación con la atención y concentración. Esto nos lleva a pensar que sus fallos en la memoria podrían ser, en gran parte, debidos a su dificultad para mantener la atención o focalizarla sobre una tarea durante un cierto tiempo, sobre todo en tareas que no tienen ningún valor motivacional para ella.

Del mismo modo, en el transcurso de la evaluación fue cobrando importancia la necesidad de no realizar una intervención puramente cognitiva, sin ponerla en contexto con los quehaceres de su día a día y sus capacidades para desenvolverse por sí misma. Es por ello que se añadió como parte del protocolo de evaluación las ABVD y AIVD. Esto también puso en valor las acciones que aún mantiene P y su mantenimiento.



## **V. Propuesta de intervención**

Según los resultados obtenidos en la evaluación neuropsicológica de P, la información recopilada en el centro y la derivada de mi propia observación, la propuesta de intervención se centra, principalmente, en trabajar sobre tres áreas, cognitiva, ocupacional y emocional.

Respecto a la primera, el objetivo es trabajar sobre algunos procesos cognitivos que se encuentran más afectados, con el fin de mantener e, incluso, mejorar el funcionamiento cognitivo general de la paciente. Es importante destacar que la intervención se realizará de forma que le sea agradable a la paciente, e incluirá juegos, fichas y actividades lúdicas que ayuden a mantener una alta motivación hacia la tarea; esto es muy relevante ya que P se cansa con facilidad de cualquier actividad. En la medida de lo posible, se utilizará un ordenador portátil como principal herramienta, en lugar de tareas de lápiz y papel, ya que le resulta mucho más agradable y atractivo. Así, nos centraremos en el mantenimiento y mejora de la memoria de trabajo y la memoria semántica de la paciente. Estos dos tipos de memoria se encuentran bastante afectados, como así lo indicaron sus resultados en las pruebas del IFS y el CAMCOG-R, lo observado en el centro y las recomendaciones de la psicóloga, por lo que es primordial intentar ralentizar ese deterioro. Otros procesos objeto de intervención serán la atención selectiva y sostenida. Se ha observado que P tiene grandes dificultades para atender selectivamente la información importante, inhibiendo la irrelevante, lo que hace que se distraiga con facilidad, y para mantener la atención durante un breve periodo de tiempo. Debido a esto, es primordial trabajar sobre esta función cognitiva, ya que, si mejora, le resultará de gran utilidad para actividades de la vida diaria como mantener el hilo de una conversación, ver las noticias o realizar cualquier actividad en el centro de día.

En cuanto al área ocupacional, según los resultados obtenidos en la Escala de Lawton y Brody y el Índice de Barthel, se trabajará sobre las praxias ideatoria, visoconstructiva y del vestir. La paciente ha mostrado grandes dificultades para realizar movimientos, ya que tiene afectada tanto la psicomotricidad gruesa como la fina. Las tareas tratarán de ser adaptativas para su vida y trabajarán las ABVD y las AIVD.

En último lugar, trabajaremos en el área emocional principalmente a través de su socialización. Como observamos en los resultados, P es una persona a la que le encanta socializar y estar en grupo, actividades como visionado de películas, escuchar y cantar canciones o hablar sobre su historia personal, le hace muy feliz y le resulta muy agradable y placentero.

### **5.1. Estructura del programa de intervención**

Antes de entrar de lleno en la intervención con la paciente es importante detallar todas las cuestiones procedimentales de ésta. El programa de intervención que se concreta a continuación, aunque tiene carácter de propuesta, finalmente pudimos comenzar a implementarlo durante dos semanas, concretamente del 10 al 21 de mayo de 2021, con un total de 10 sesiones. Cada sesión duraba una hora, aunque siempre se extendía algunos minutos más. En cada una de ellas se trabajaban diferentes procesos cognitivos. El trabajo en el área emocional siempre estaba presente ya que se trataba de buscar tareas agradables para ella, le preguntaba sobre su estado emocional y físico y solíamos tener conversaciones con sus compañeras. Para construir los ejercicios se tendrá en cuenta la información personal de la usuaria, gustos, e implicación. Es importante destacar que la intervención no tendrá lugar en una sala alejada de los demás, sino que se realizará junto al resto de compañeros, aunque ellos estén realizando otro tipo de actividades; para ella es muy importante sentirse dentro del propio grupo.

Como excepción en el programa habitual de sesiones, los viernes se realizarían las tareas de forma grupal, tanto las de memoria como lúdicas, así fomentamos su parte social y aumentamos su motivación e implicación.

Con respecto a los materiales empleados, en las actividades de memoria y atención se utilizará ordenador, ya que la paciente refería que así le resultaba más atractivo. Las actividades centradas en el trabajo de praxias se realizarán de forma manipulativa con diversos objetos cotidianos para ella.

A continuación, se presenta el Cuadro 5 en el que se sintetiza la planificación de sesiones:

**Cuadro 5**

<i>Planificación de las sesiones para el programa de intervención.</i>					
<b>HORARIO</b>	<b>LUNES 10</b>	<b>MARTES 11</b>	<b>MIÉRCOLES 12</b>	<b>JUEVES 13</b>	<b>VIERNES 15</b>
<b>10:30 – 11:30</b>	Atención y memoria	Atención y memoria + lenguaje	Praxias ideomotoras	Praxias visoconstructivas	Memoria + visionado de película (grupal)
<b>HORARIO</b>	<b>LUNES 17</b>	<b>MARTES 18</b>	<b>MIÉRCOLES 19</b>	<b>JUEVES 20</b>	<b>VIERNES 21</b>
<b>10:30 – 11:30</b>	Atención y memoria	Praxias visoconstructivas	Atención y memoria + lenguaje	Praxias visoconstructivas	Memoria + escuchar música y cantar (grupal)

Fuente. Elaboración propia.

## 5.2. Intervención en área cognitiva

### 5.2.1. Memoria Semántica

Para trabajar este sistema a largo plazo que guarda nuestro conocimiento del mundo en general, utilizaremos juegos que requieran activar conceptos, relacionar unas palabras con otras, comprensión o acceso al nombre a partir de definiciones.

1. Pasapalabra (ver Cuadro 6). Se trabaja principalmente la memoria semántica, agilidad mental, denominación, comprensión y lectoescritura. Esta actividad consiste en dar una descripción por cada letra del abecedario, por ejemplo, “Empieza por la letra A. Carne picada en forma de bola que se come en caldo o en salsa.” La respuesta debe ser dada por la usuaria, en este ejemplo, la respuesta sería “albóndiga”. En caso de que no acceda a la palabra se dice

“pasapalabra” y en la segunda ronda se le da a elegir entre dos opciones. Esta actividad se realiza de forma oral.

### Cuadro 6

*Ejemplo del juego de Pasapalabra.*

#### **JUEGO DE PASAPALABRA**

- A. CARNE PICADA EN FORMA DE BOLA QUE SE COME EN CALDO O EN SALSA. *Albóndiga*
- B. CONTIENE LA B. LUGAR DÓNDE PODEMOS COMPRAR LIBROS. *Librería*
- C. FRUTO DEL CERESO DE COLOR ROJO OSCURO. *Cereza*
- D. JUEGO DE MESA QUE TIENE FICHAS BLANCAS CON CÍRCULOS NEGROS. *Dominó*
- E. PAIS EN EL QUE VIVIMOS. *España*
- F. PERSONA QUE NO ES DEMASIADO GUAPA. *Fea*
- G. ANIMAL QUE MAULLA. *Gato*

*Fuente.* Elaboración propia.

2. Completar frases (ver Cuadro 7). Se fomenta, además de la memoria semántica, la lectoescritura. Leemos juntas una frase presentada en el ordenador, esta frase está incompleta por lo que se debe escribir en un papel la palabra que la completaría. Por ejemplo, “Manolo Escobar era un \_\_\_\_\_ Muy exitoso”.

### Cuadro 7

*Ejemplo de actividad “completar las frases”.*

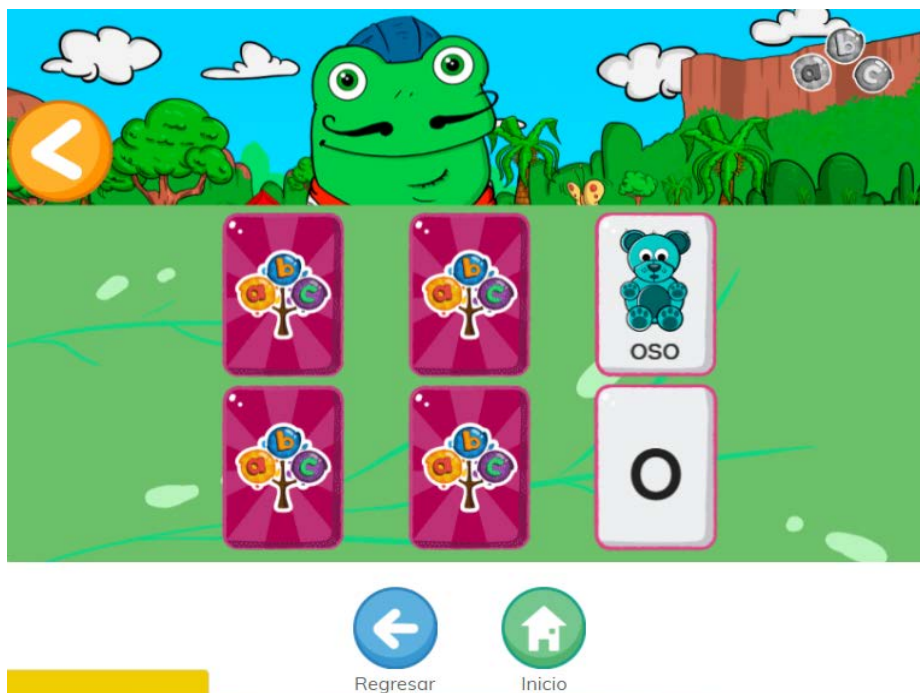
#### COMPLETA LAS SIGUIENTES FRASES

- ❖ La paella es un alimento típico de: \_\_\_\_\_
- ❖ EL piano y la guitarra son: \_\_\_\_\_
- ❖ Después del otoño viene: \_\_\_\_\_
- ❖ El último mese del año es : \_\_\_\_\_
- ❖ Tienen rayas blancas y negras: \_\_\_\_\_
- ❖ Que mes tiene 28 o 29 días: \_\_\_\_\_
- ❖ El sol es una: \_\_\_\_\_

*Fuente.* Elaboración propia.

3. Lista de sinónimos y antónimos. Se presenta una lista de palabras, a poder ser, mediante el ordenador. La usuaria, de forma oral y según se le pida, debe decir de cada palabra un sinónimo o un antónimo. Si tiene dificultades para recuperar la palabra, se le ofrece ayuda.
4. Juegos de memoria en línea. Este tipo de juegos en los que la paciente interactúa de forma autónoma con el ordenador son los que más agradables le resultan. En este ejemplo, detrás de cada ficha se esconden animales y vocales, la usuaria debe relacionar cada nombre con su vocal, el nivel de dificultad puede aumentar.

**Ilustración 1:** ejemplo de juego de memoria en línea



*Fuente.* Extraído de <https://arbolabc.com/juegos-de-memoria>

### 5.2.2. Memoria de trabajo

Aunque las actividades sugeridas para la memoria semántica, atención selectiva y sostenida y praxias, requieren la participación de la memoria de trabajo, se puede igualmente trabajar de forma lúdica mediante juegos de mesa como el dominó o el bingo, actividades que le resultan muy placenteras a P. También a través de ejercicios auditivos y visuales en los que se le presenten canciones conocidas o cortos de películas

para que nos cuente qué ha visto y qué recuerdos le trae, así enlazamos con la memoria episódica y autobiográfica. También se le puede proponer que invente su propio juego con órdenes sencillas a partir de un material dado, como cartas de una baraja, o hacer la cesta de la compra de lo que más le guste, o por categorías, en una tienda ficticia.

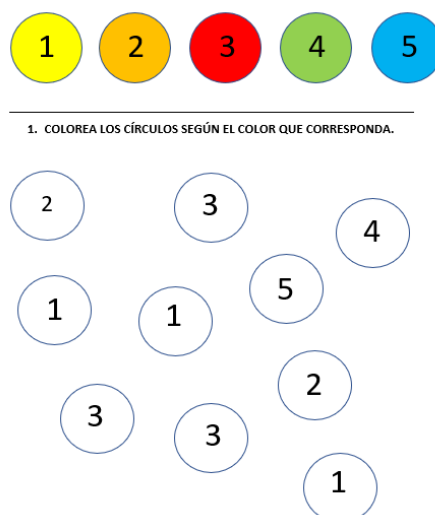
Una de las actividades realizadas, esta vez de forma grupal, fue poner un trozo de canción y los usuarios debían identificar quién era el cantante, de qué época era la canción y de qué trataba la letra. La participación de P en las actividades grupales es buena e intenta mantener su atención.

### 5.2.3. Atención Selectiva y Sostenida

Para trabajar estos dos mecanismos atencionales emplearemos diferentes actividades que se irán alternando a lo largo de las sesiones.

1. Colorear círculos según el número que corresponda. Se presenta un modelo con círculos de diferentes colores, a cada color le corresponde un número. Más abajo se presentan los círculos sin color y con un número, la usuaria debe decir oralmente qué color le correspondería.

**Ilustración 2:** ejemplo de actividad de atención.



*Fuente.* Elaboración propia.

2. Encontrar vocales escondidas entre el abecedario. En esta actividad se trabaja principalmente la atención selectiva. La usuaria debe de ir identificando y señalando todas las vocales que vea, se le puede dar alguna ayuda, como ir presentándole los estímulos por filas o ayudarla a realizar el barrido de forma oral.

**Ilustración 3:** ejemplo de actividad de atención selectiva.

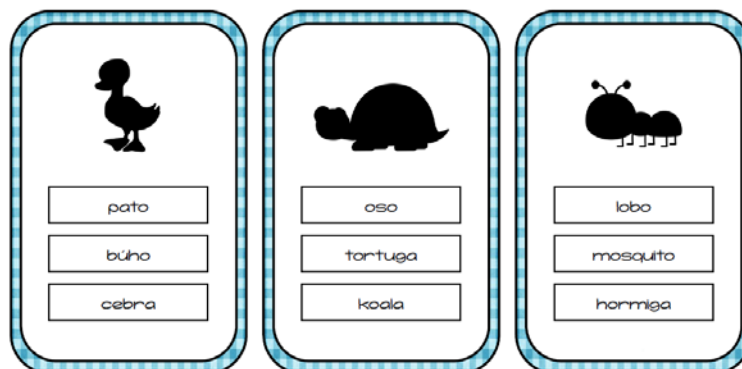
1. ENCUENTRA LAS VOCALES ESCONDIDAS

B	C	A	E	O	X
Z	N	I	U	M	Q
P	A	A	V	B	W
U	E	E	U	I	O
G	H	K	J	T	Y
V	C	N	M	M	U

*Fuente.* Elaboración propia.

3. Adivinar qué animal es sólo por su sombra. Se presenta en la pantalla del ordenador diversos estímulos, en este caso sombras de animales comunes. La usuaria debe detectar qué animal es. Como ayuda, se facilitan tres opciones de respuesta.

**Ilustración 4:** Ejemplo de actividad de atención.



*Fuente.* Elaboración propia.

4. Diferentes juegos online de atención selectiva y sostenida. Existen numerosas páginas webs de juegos en línea para niños y ancianos para trabajar la atención y concentración. Actividades como “encontrar diferencias” o “encontrar el dibujo igual al modelo” son muy atractivas para P. He utilizado bastante este recurso ya que su motivación y rendimiento cuando interactúa con el ordenador es mayor.

### 5.3. Intervención en área ocupacional

#### 5.3.1. Praxias ideatorias

Este tipo de acciones motoras están implicadas en actividades diarias como lavarse los dientes, comer o asearse. Por ello, trabajaremos este tipo de praxias mediante tareas y objetos que sean cotidianos para la usuaria.

En una caja (ver *Cuadro 8*), introducimos múltiples objetos como, cepillo de dientes, peine, cuchillo, tenedor, tijeras y papel, lápiz y sacapuntas, crema de manos, servilleta, agua y vaso. Se le indicará mediante instrucciones sencillas la acción a realizar. La paciente deberá buscar en la caja los objetos necesarios para llevar a cabo la acción y simulará que la realiza. Por ejemplo, “P. enseñame como le sacarías punta al lápiz, para ello tienes que buscar los objetos que se encuentran dentro de la caja”.

#### Cuadro 8

*Ejemplos de trabajo con la usuaria en praxias ideatorias.*



Fuente. Fotografía propia tomada en el centro de día.

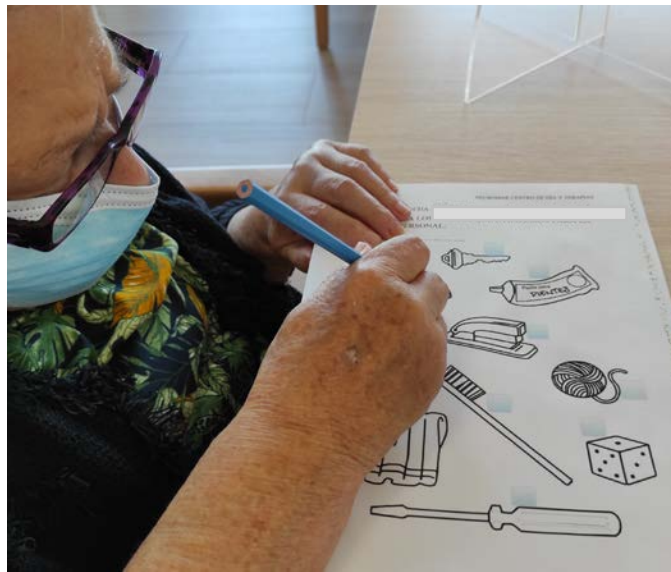


### 5.3.2. Praxias visoconstructivas

Este tipo de praxias están implicadas en la capacidad para dibujar, formar figuras y organizar elementos para formar una figura final.

En la intervención con P, nos hemos centrado en colorear dibujos de objetos utilizados en la vida diaria. En este caso, presentado en la ilustración 5, se pide que coloree los dibujos e identifique y nombre cada objeto. También se han realizado construcciones con piezas (Torre de Hanoi).

**Ilustración 5:** usuaria trabajando las praxias visoconstructivas.



*Fuente:* fotografía tomada en el centro de día.

### 5.3.3. Praxia del vestir

Para P, es realmente complicado poder vestirse por sí sola, por lo que siempre necesita ayuda. Aun así, es importante trabajar y reforzar algunos movimientos que sí puede realizar. Por ejemplo, se le pide que se coloque el pañuelo, el gorro o los guantes. Se realiza siempre con ayuda, pero dejamos que lo haga de la forma más autónoma posible.

#### **5.4. Intervención en área emocional**

Como comentamos en apartados anteriores, P es una persona a la que le encanta socializar y estar en grupo, por lo que es relevante no pasar por alto el área emocional. Cada día, se trabaja indirectamente a través de otras tareas. Por ejemplo, buscando actividades que sean agradables para ella, manteniendo una pequeña charla antes y después de cada tarea, dejando que hable con sus compañeras cuando lo necesite o simplemente riéndonos. El hecho de realizar la intervención en la sala grupal y no en una alejada de los demás, ha beneficiado positivamente a su motivación.

Igualmente, un día a la semana, se ha trabajado el área emocional junto con los demás usuarios, se ha realizado mediante el visionado de pequeños trozos de películas de época y a través de canciones que ellos mismos iban proponiendo.

### **VI. Conclusiones**

Este estudio de caso único ha pretendido poner énfasis en la necesidad de realizar una evaluación neuropsicológica real, para tratar de identificar no solo los síntomas que manifiesta una persona, sino también aquellas funciones que están alteradas y que le impiden desempeñarse en sus actividades diarias de manera autónoma. En este contexto, resulta esencial una comunicación fluida con otros profesionales (p.e., neurólogo, psicólogo clínico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) para que contribuyan a diseñar un perfil integral de la persona. Esto permitirá elaborar programas de intervención (p.e., estimulación o rehabilitación) adaptados a dicho perfil. En el presente trabajo, se ha tratado de desarrollar una propuesta de intervención completa de aquellas áreas que más necesita fomentar P, a partir de los resultados de su evaluación neuropsicológica.

De no haber completado la evaluación neuropsicológica de P, no habríamos tenido suficientes elementos de juicio, más allá de la poca información procedente de su historial y de un diagnóstico de deterioro cognitivo leve realizado por su neurólogo, como para diseñar una intervención adecuada a sus características y necesidades actuales.

En mi opinión, después del proceso evaluativo y del trabajo diario en el centro con la usuaria, debería considerarse modificar su diagnóstico de deterioro en grado leve al menos a moderado, puede que incluso más cerca de un proceso de demencia de lo que inicialmente se planteaba en las primeras exploraciones, antes de entrar al centro de día. También es preciso mencionar que P responde muy bien a la estimulación integral que se lleva a cabo con ella, aumentando incluso su autonomía en algunas actividades, en las que antes era totalmente dependiente. Esto, de nuevo, enfatiza lo esencial de trabajar en un equipo multidisciplinar y de abordar las dificultades de una persona con el objetivo de proporcionarle no solo el mayor grado de autonomía, sino también una mayor calidad de vida.

## **VII. Limitaciones y líneas futuras**

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, una de las más relevantes ha sido que no se ha podido disponer del tiempo suficiente para efectuar una intervención completa con la usuaria y una evaluación pre- y post- para ver la mejora, mantenimiento o empeoramiento de sus funciones cognitivas y emocionales. Además, debido a las actividades diarias del centro, de mi trabajo allí con los demás usuarios y mi participación en las tareas que me establecían realizar, era muy complicado poder gestionar mi tiempo para realizar correctamente la evaluación e intervención de P.

Mi propuesta personal es que sería ideal seguir trabajando con la paciente, tanto en el centro al que acude, como en casa, sobre los aspectos propuestos en la intervención. Dado que son actividades sencillas, con material cotidiano, resultaría fácil poder adaptarlo para que la familia o la cuidadora de P, incluso, pudiera participar en este proceso lo que, creo, aumentaría su motivación y su estado emocional.

En cuanto a la proyección de este trabajo, podría ser válido para utilizarlo con pacientes que cumplan características similares a P, lógicamente adaptando el nivel de dificultad de las actividades al perfil de cada paciente. Es cierto que se trata de un estudio de caso único y no se podría globalizar a una población más amplia, pero, tanto la evaluación, como la intervención están basados en la evidencia científica.

### VIII. Referencias bibliográficas

- Ardila, A. (2015). Apraxia cinética, ideomotora, ideacional y conceptual. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 15 (1), 119-139.
- Barahona Esteban, M. N., Villasán Rueda, A., & Sánchez Cabaco, A. (2014). Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 47-53.
- Bausela, E., & Santos, J.L. (2006). Disfunción ejecutiva: Sintomatología que acompaña a la lesión y/o disfunción del lóbulo frontal. Avances en salud mental relacional (ASMR). *Revista online internacional*, 5(2), 1-15.
- Baztán J.J., Pérez del Molino J., Alarcón T., San Cristobal E., Izquierdo G., & Manzarbeitia J. (1993). *Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular*. *Revista Española Geriátrica Gerontología*, 28, 32-40.
- Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C., & Ruano, Á. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica*. España: Gea Consultoría Editorial, SL.
- Campbell, N. L., Unverzagt, F., LaMantia, M. A., Khan, B. A., & Boustani, M. A. (2013). Risk factors for the progression of mild cognitive impairment to dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 873-893.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿Dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*. 73(4), 321-330.
- Froufe, M., Cruz, I., & Sierra, B. (2009). (dis)Función ejecutiva en personas mayores con y sin Alzheimer: Actuación estratégica basada en expectativas. *Psicológica*, 30(1), 119-135.
- García-Herranz, S. (2014). Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve a través del TAVEC. *Anales de Psicología*, 30(1), 372-379.
- Hesse, H. (2009). Prevalencia de demencia en población general: una revisión. *Revista Médica Hondureña*, 77(1).

- Kielhofner, G. N., & Neville, A. (1983). *Listado de intereses adaptado. Modelo de Ocupación Humana*. University of Illinois at Chicago.
- López-Pousa, S. (2003). *CAMDEX-R: Prueba de exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez*. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Manes, F., Sahakian, B., Clark, L., Rogers, R., Antoun, N., & Aitken, M. (2002). INECO Frontal Screening (IFS): A brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *Brain*, *125*, 624-639.
- Martínez, J., Onís, M. C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., & Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, *12*(10), 620-630.
- Merizalde, K. (2015). Deterioro de las praxias en pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. *Revista Medicina Vozandes*, *26*, 57-59.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(4), 695-699.
- Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R., & Reichler, R. K. (1986). The Role Checklist: Development and empirical assessment of reliability. *The Occupational Therapy Journal of Research*, *6*(3), 157-170.
- Olivera-Pueyo, J., & Pelegrín-Valero, C. (2015). Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve. *Psicogeriatría*, *5*(2), 45-55.
- Roth, M., Ruppert, F. A., Mountjoy, C. G., & Tym, E. (2015). *CAMDEX-R. Prueba de exploración Cambridge Revisada para la Valoración de los Trastornos Mentales en la Vejez*. Madrid: TEA ediciones.

Vergara I., Bilbao A., Orive M., Garcia-Gutierrez S., Navarro G., & Quintana JM. (2012).

Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 30, 10-130.

Wilson, C. (2019). *Epidemiología, diagnóstico y pruebas cognitivas en APS*. Universidad Católica de Chile.