

INTERVENCION EN CONTEXTOS NATURALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA MEMORIA UTILIZANDO LA CIF COMO «GUÍA» DE LA REHABILITACIÓN. EL CASO DE UNA PACIENTE CON AMNESIA ANTERÓGRADA Y RETRÓGADA Y DIFICULTADES EJECUTIVAS

F. RODRÍGUEZ-SANTOS

Profesor de Psicología Básica de la UAM. Neuropsicólogo de ASTRANE

M.J. REYEROS

Terapeuta Ocupacional. ASTRANE

INTRODUCCIÓN

Diferentes autores han comenzado a plantearse la necesidad de un enfoque naturalista en la evaluación de las personas con trastornos de memoria (1), propugnan para ello la elaboración de tests que simulen situaciones de la vida cotidiana (2).

Por otro lado, y desde el ámbito de la intervención en personas con discapacidad intelectual hace décadas que se propugna la intervención en contextos naturales para maximizar la funcionalidad de los aprendizajes y la generalización a los contextos naturales (3).

Esta intervención ecológica tiene como objetivos prioritarios la reducción de la discapacidad de la persona a partir de proporcionarle estrategias cognitivas y de todo tipo para compensar sus déficits. En este sentido, entroncaría directamente con el concepto de discapacidad de la OMS (4), que se va a manifestar como limitaciones en la realización de tareas o acciones por parte de un individuo (limitación en la actividad) y en el acto de involucrarse en una situación vital (restricción en la participación).

En un trabajo previo hemos utilizado la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de Salud (CIF) como sistema de evaluación y seguimiento de pacientes con daño cerebral (5).

Nuestra intención en este momento es presentar un trabajo de rehabilitación en una paciente con alteraciones de la memoria a lo largo de varios años, basado en la intervención en contextos naturales, el hogar de la persona, a partir de varias actividades apuntadas por la CIF como áreas de actividad y participación. Para llevar a cabo esta labor se diseñó un programa

conjuntamente por dos de los miembros del equipo de trabajo, un neuropsicólogo y una terapeuta ocupacional y se llevó a sesión clínica de todo el equipo con una regularidad mensual.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer con estudios medios, trabaja de administrativa, conocimientos de inglés y francés. Diestra. A los 44 años presenta infarto agudo de miocardio con parada cardiorrespiratoria, permanece en la UVI 10 días. A su traslado a planta se constata deterioro cognitivo generalizado con recuperación lenta de la memoria.

La valoración neurológica indicaba postura distónica en ambas manos, pronación, rotación y flexión de muñeca y dedos que se reduce con la relajación. En el examen neuropsicológico se mostraba bradipsiquía, no anosognosia, buena comprensión verbal, disnomia, baja fluidez categorial, apraxia bimanual en grado leve y problemas severos de programación motora, mayor en MSD. Los problemas más importantes aparecían en memoria anterógrada beneficiándose de ayudas semánticas y estrategias de reconocimiento. Se informaba de depresión gran inhibición psicomotora y fobias a los animales que generaban respuestas de ansiedad por la simple imaginación. La puntuación en el MEC fue de 30/35 indicando deterioro cognitivo. En aquel momento se recomendó rehabilitación neuropsicológica que se siguió durante un año, con una periodicidad de una vez a la semana. Se da el alta a la paciente por mejoría con un diagnóstico de trastornos cognitivos secundarios a anoxia cerebral. Los datos de neuroimagen al alta EEG es normal, se recomienda TAC pero no llega a realizarse.

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA INICIAL

Dos años después, a los 46, es valorada por nuestro servicio, cuando se encuentra un año sin intervención y con una elevada dependencia para las AAVD de sus familiares directos.

La evaluación neuropsicológica realizada en aquel momento con el test de Barcelona (6) presenta los siguientes resultados (ver tabla 1). La paciente muestra algunas resistencias a la evaluación y negativa a realizar varias de las pruebas en las que tiene mayores dificultades. Su expresión facial es amímic y se manifiesta hipocinésica y apática.

Manifiesta falta de iniciativa, necesitando ayuda de las personas allegadas. Vive con su padre anciano y tiene una gran dependencia hacia su hermana.

Los rendimientos más pobres aparecen en los tests de memoria. La memoria inmediata de material verbal es muy baja, no así en lo que se refiere a material visual. La memoria diferida de textos es muy baja y no mejora con estrategias de reconocimiento. Se produce interferencia en el recuerdo mezclando información de distintos acontecimientos. También los resultados en el recuerdo de estímulos visuales después de un tiempo de latencia de 5

<p align="center">TABLA 1 Resultados de la evaluación inicial</p>		
<p align="center">Puntuaciones muy bajas PC ≤10</p>	<p align="center">Puntuaciones bajas PC ≤ 30</p>	<p align="center">Puntuaciones normales PC ≥ 40</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Algunos datos autobiografía. • Recuerdo acontecimientos. • Atención focalizada y control de la interferencia. • Material verbal complejo. • Narración temática. • Contenido lenguaje. • Fluidez categorial y literal. • Contenido y estructura gramatical en escritura libre. • Mecánica escritura MSD. • Memoria visual demorada reproducción. • Memoria inmediata de textos. • Memoria diferida de textos. • Evocación de textos facilitada por preguntas. • Memoria semántica. • Capacidad abstracción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Figuras enmascaradas. • Dígitos directos. • Dígitos inversos. • Orientación derecha-izquierda en el otro. • Problemas aritméticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación espacial, temporal y en persona. • Conocimiento denominación colores. • Grafestesia y morfognosia. • Comprensión instrucciones sencillas. • Praxias orofonatorias. • Repetición fonemas, sílabas, palabras y frases complejas. • Memoria visual inmediata elección. • Denominación acciones y partes del cuerpo. • Copia al dictado de letras, números, logatomos, palabras y frases. • Lectoescritura. • Cálculo mental y escrito.

segundos son muy bajos. Cuando se utilizan pruebas de cálculo mental para evaluar la memoria de trabajo aparecen puntuaciones bajas. La memoria semántica, medida por la prueba de Información del WAIS es muy baja.

La paciente era incapaz de reconocer a la terapeuta después de varias semanas después de acudir ésta dos veces a la semana ni que es lo que iban a hacer, lo que indica las dificultades en su memoria anterógrada episódica.

La capacidad de abstracción es muy baja manifestando un estilo de pensamiento fundamentalmente concreto, con importantes problemas en las capacidades semánticas superiores. Los resultados en el test de Stroop (7) indican dificultades en el control de la interferencia. Los datos del TMT (8) muestran problemas en la inhibición de respuestas automatizadas y la flexibilidad cognitiva. Estos aspectos se manifiestan en su comportamiento habitual.

Durante la exploración verbaliza frecuentes temores a cerrar los ojos, a tocar objetos desconocidos y verbaliza fobia a los animales.

En aquel momento consideramos que la paciente presentaba un deterioro cognitivo generalizado con mayor afectación de las funciones ejecutivas y la memoria. La falta de actividad diaria favorecía, a nuestro entender la pérdida de habilidades cognitivas y sociales.

Se planteaban varias líneas de intervención, en la primera, se podrían haber trabajado directamente los trastornos cognitivos (funciones ejecutivas y memoria) desde un enfoque clásico, haciendo hincapié posteriormente en su generalización a situaciones naturales. Sin embargo, dado el tiempo que había transcurrido desde la lesión cerebral y que llevaba más de un año sin ningún tipo de intervención, consideramos que el esfuerzo no iba a dar los resultados idóneos, máxime cuando se añadían la apatía y falta de motivación en la paciente.

TABLA II				
Evaluación inicial: relación entre los objetivos de intervención, las condiciones previas de la paciente y las categorías de la CIF				
Codificación de la CIF	Categorías derivadas de la definición del código	Condiciones de la paciente	Objetivos prioritarios de Intervención	Actividades propuestas
D210 llevar a cabo una única tarea.	Iniciar una tarea.	No interpreta ninguna clave interna para desencadenar la conducta (por ejemplo llega a orinarse permaneciendo sentada en el sofá), en cuanto a las claves externas, únicamente interpreta las órdenes verbales explícitas. Déficit de memoria.	Concretar con la familia las actividades que componen su rutina diaria. Favorecer la anticipación de las actividades por la presentación pautada y repetitiva de las mismas.	Valorar el uso de un apoyo a la memoria (agenda). Generalizar el uso del semanario. Elaboración de pequeños postres fríos preelaborados.
	Organizar el tiempo el espacio y los materiales.	Pérdida de orientación temporal. Se distrae con facilidad. Pérdida voluntaria de la atención ante tareas que le suponga esfuerzo.	Estructurar la rutina diaria de su hogar. Homogeneizar el nivel de demanda de las personas que rodean a la paciente. Establecer un tiempo terapéutico semanal. Reforzar los esfuerzos realizados. Introducir el uso de un semanario, punto de referencia para buscar la fecha y lugar para anotar tareas o acontecimientos que no debe olvidar.	
	Pautar su desarrollo.	Déficit de memoria.	Reconocer las partes que componen la ejecución de tareas cotidianas (como punto inicial de la automatización). Trabajar con los pasos de forma oral, escrita e imágenes. Reconocer órdenes escritas: identificar que expresan una acción, una acción-respuesta que va dirigida a ella (interpretarla como una petición de acción) y finalmente ejecutar la acción.	
	Llevarla a cabo.	Dificultad en la planificación	Favorecer la ejecución de	

		de secuencias motoras. Déficit en la resolución de problemas de coordinación motora.	las acciones, favorecer el trabajo de coordinación manual, principalmente. Establecer de forma externa el proceso de resolución de problemas: ¿necesita ayuda? —¿qué le sucede?— ¿qué podríamos hacer?	
	Mantenerla en marcha o completarla.	Déficit de memoria de trabajo. Déficit en atención.	Estructurar las tareas y repetir las secuencias siempre de un mismo modo. Reforzar la capacidad de atención sostenida.	
D210 interacciones interpersonales básicas.		Presenta formulismo social que no se adapta a las peculiaridades de cada interacción. No existe interacción espontánea. Ante una pregunta responde con frases hechas «no recuerdo», «no me doy cuenta», sin mediar tiempo para poder recordar. Fijación de la mirada. Desinhibición.	Modificar el comportamiento verbal de sus interacciones.	Exponerla a distintas interacciones naturales.

Así pues, se optó por un segundo enfoque, de un carácter más naturalista o ecológico, que incluía el trabajo directo sobre las limitaciones en los niveles de actividad y participación que estaban provocando los déficits neuropsicológicos en la paciente. Evidentemente, de forma indirecta las tareas que se iban a trabajar incluían aspectos relacionados con los déficits, sin embargo, el objetivo último era reducir la discapacidad en los entornos naturales.

Para conseguir estos objetivos se seleccionaron dos categorías pertenecientes a los dominios de “tareas y demandas generales” e “interacciones y relaciones interpersonales”. A continuación se relacionaron las condiciones que presentaba la paciente, con los objetivos prioritarios de intervención y las actividades propuestas, para cada categoría seleccionada (ver tabla II).

La intervención directa fue llevada a cabo por una terapeuta ocupacional del equipo con evaluaciones periódicas y seguimiento por parte de un neuropsicólogo.

SEGUIMIENTO

Un año después, cuando la paciente contaba con 47 años se realiza una nueva evaluación, analizando las áreas previamente deficitarias e incluyendo nuevos instrumentos de estudio: subtests de control atencional y memoria del test Luria-DNA (9).

Durante las pruebas permanece atenta, sin conductas de evitación ni negarse a realizar las tareas que se le proponen aún cuando le supongan un esfuerzo. Este dato es muy significativo respecto a la exploración inicial.

Los resultados de esta evaluación son los siguientes (ver tabla III). Durante la realización de las pruebas se muestra colaboradora, con inicios de comunicación y respuesta a las interacciones. A pesar de persistir hipocinesia y falta de iniciativa, se muestra significativamente mejor que en la exploración previa.

TABLA III Resultados del primer seguimiento (un año después)		
Puntuaciones muy bajas PC \leq 10	Puntuaciones bajas PC \leq 30	Puntuaciones normales PC \geq 40
<ul style="list-style-type: none"> • Resistencia a la interferencia. • Imitación de secuencias motoras arbitrarias derecha/izquierda. • Coordinación recíproca de las manos. • Dibujo bajo orden. • Comprensión material verbal complejo. • Denominación imagen objeto. • Fluidez categorial y literal. • Comprensión textos complejos escritos. • Memoria visual demorada reproducción. • Memoria inmediata de textos. • Memoria diferida de textos. • Evocación de textos facilitada por preguntas. • Memoria semántica. • Cálculo mental. • Capacidad abstracción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia dibujo. • Orientación derecha-izquierda en el otro. • Memoria inmediata. • Dígitos directos. • Dígitos inversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación en persona, espacio y tiempo. • Praxias ideatorias e ideomotoras. • Praxias orofaciales. • Imágenes superpuestas. • Identificación de caras. • Comprensión lenguaje oral. • Discriminación fonética. • Articulación. • Lectoescritura. • Mecánica escritura MSD. • Seguimiento de instrucciones. • Memoria visual inmediata elección. • Cálculo escrito. • Autocontrol. • Inhibición.
Se muestran en negrita las capacidades que se han visto incrementadas respecto a la última evaluación.		

Sigue teniendo importantes dificultades en el área de memoria. La puntuación global en memoria inmediata es mejor (Luria-DNA: PT 35), sin embargo, cuando se introduce demora o incluye manejo de razonamiento lógico la ejecución es muy baja.

Los resultados en el recuerdo de una historia sencilla de forma inmediata son normales. Sin embargo, cuando se introduce una segunda, las puntuaciones son muy bajas (Pc < 10) y no mejoran con la utilización de preguntas. Después de varios minutos no recuerda prácticamente ningún dato y mezcla informaciones de las dos historias.

La amplitud de memoria de trabajo sobre material no significativo es de cinco elementos tanto en dígitos directos como inversos (Pc 20-30).

Sigue instrucciones de hasta 5 órdenes en la misma secuencia con/sin objetos, obteniendo así la máxima puntuación.

Su capacidad de aprendizaje medido por la prueba de Luria (aprendizaje seriado de palabras) indica un resultado normal en el primer ensayo (6 de 10 palabras), se incrementa inmediatamente (8/10), pero a partir del tercer ensayo comienza a decaer hasta los valores iniciales (6/10). Durante la ejecución de la prueba comete errores al sustituir algún elemento por otro fonéticamente similar. No parece utilizar ninguna estrategia de recuperación y tiende a iniciar siempre por el primer elemento y luego salta a otro del medio de la lista. Su nivel de aspiración (expectativa sobre su propio rendimiento) es bastante ajustado al resultado real.

En el aprendizaje de una lista de 4 palabras, en la que se introduce posteriormente una tarea de interferencia (describir una lámina) con una demora de medio minuto, se observa un importante debilitamiento de la huella de memoria. La repetición de frases es correcta generalmente, sin embargo, cuando comete algún error tiende a inventarse un enunciado similar utilizando algunas de las palabras.

Cuando se utiliza material escrito que ha de reproducir oralmente de forma inmediata comete algún error pero no resulta significativo.

Los datos de memoria semántica (Información del WAIS) constatan una buena ejecución comparada con los otros resultados de memoria, aún cuando se encuentra por debajo de lo normal (Pc 10).

En las pruebas de memoria visual por elección obtiene puntuaciones normales, sin embargo, cuando se introduce demora y ha de reproducirlas su ejecución decae (Pc < 10).

Cuando se introducen asociaciones verbales para el recuerdo de estímulos visuales (memoria lógica de Luria) sus resultados no mejoran. Tampoco es capaz de utilizar una estrategia visual de recuerdo (hacer un dibujo o señal) para recuperar conceptos. En esta prueba comenzó a utilizar signos taquigráficos para “engañar” al evaluador.

Los resultados comparativos de este primer seguimiento con la evaluación inicial parecen indicar pequeños avances en comprensión de material verbal complejo, mecánica de la escritura y discriminación figura-fondo visual. Sin embargo no aparecen datos relevantes desde el punto de vista de mejora de la memoria. Incluso algunas puntuaciones parecen ser más bajas. Analizando estas últimas observamos que varían únicamente en un ítem respecto a la anterior y, en el test de Barcelona, basta un único fallo para pasar de la máxima puntuación a la mínima, por lo que cualquier problema atencional puede afectar a estas tareas.

No obstante, desde el punto de vista comportamental si se observan diferencias en la ejecución de la paciente con respecto a la evaluación previa. Así, comienza a interpretar alguna clave interna para desencadenar la conducta, así como apoyos externos (lenguaje oral o escrito). Comienza a utilizar estrategias para la búsqueda en la agenda semanal y deduce en función de las actividades previamente realizadas. Mejoró también su atención sobre las tareas

propuestas. Sigue teniendo dificultades en la planificación de secuencias motoras y resolución de problemas de coordinación motora en AAVD.

TABLA IV				
Seguimiento: relación entre los objetivos de intervención, las condiciones previas de la paciente y las categorías de la CIF				
Codificación de la CIF	Categorías derivadas de la definición del código	Condiciones de la paciente	Objetivos prioritarios de Intervención	Actividades propuestas
D210 llevar a cabo una única tarea.	Iniciar una tarea.	Interpreta alguna clave interna para desencadenar la conducta (por ejemplo acude a tiempo al baño aunque pide confirmación para ir), en cuanto a las claves externas, interpreta los órdenes verbales y las escritas usadas en el panel semanario. Déficit de memoria.	Mantener la estructura rutinaria diaria. Favorecer la anticipación de las actividades por la presentación pautada y repetitiva de las mismas.	Introducir el uso de un semanario, punto de referencia para buscar la fecha y lugar para anotar tareas o acontecimientos que no debe olvidar.
	Organizar el tiempo el espacio y los materiales.	No recuerda exactamente el día que es pero lo aproxima y muestra estrategia de compensación buscándolo en el semanario y deduciendo en función de las actividades realizadas. Mantiene la atención durante la tarea aunque presenta dificultades para dividir la atención. Mantiene la atención sobre la tarea aunque le suponga esfuerzo.	Estructurar la rutina diaria de su hogar. Homogeneizar el nivel de demanda de las personas que rodean a la paciente. Establecer un tiempo terapéutico semanal. Reforzar los esfuerzos realizados. Trabajar su capacidad de orientación y organización dentro del supermercado de su zona, e introducir los apoyos necesarios para optimizar su ejecución independiente.	Introducir un panel con imágenes donde debe colocar la fecha y la secuencia de actividades que le corresponden en esa jornada. Elaboración de postres que requieran el uso de cocina. Realización de un plato cocinado para la comida familiar dos veces al mes. Realización de la compra un día a la semana.
	Pautar su desarrollo.	Déficit de memoria.	Reconocer las partes que componen la ejecución de tareas cotidianas (como punto inicial de la automatización). Trabajar con los pasos de forma oral, escrita e imágenes. Reconocer órdenes escritas: identificar que expresan una acción, una acción-repuesta que va dirigida a ella (interpretarla como una petición de acción) y finalmente ejecutar la acción.	
	Llevarla a cabo.	Dificultad en la planificación de secuencias motoras. Déficit en la resolución de problemas de coordinación motora.	Favorecer la ejecución de las acciones, favorecer el trabajo de coordinación manual, principalmente. Establecer de forma externa el proceso de resolución de problemas: ¿necesita ayuda? —¿qué le sucede?— ¿qué	

			podríamos hacer?	
	Mantenerla en marcha o completarla.	Déficit de memoria de trabajo. Déficit en atención.	Estructurar las tareas y repetir las secuencias siempre de un mismo modo. Reforzar la capacidad de atención sostenida.	
D710 interacciones interpersonales básicas.		Presenta formulismo social que no se adapta a las peculiaridades de cada interacción. No existe interacción espontánea. Sigue una conversación dando respuestas sencillas y preguntando de forma automática al interlocutor pej. ¿Qué tal el fin de semana, X? —Bien, ¿y el suyo? Fijación de la mirada ante preguntas que no entiende o ante sucesos que le llaman la atención. Comienza a controlar su conducta preguntando sobre lo conveniente o no de realizar una determinada acción.	Modificar el comportamiento verbal de sus interacciones. Fomentar su capacidad para seguir una conversación. Aumentar la complejidad de las frases respuesta.	Exponerla a distintas interacciones naturales con la compañía diana de una estimuladora.
D230 llevar a cabo rutinas diarias.			Aumentar su grado de implicación con el funcionamiento familiar, Estructurar en la rutina diaria actividades que pongan en funcionamiento las destrezas cognitivas deficitarias en la paciente, así como reforzar el uso de las ayudas establecidas.	Introducir actividades que impliquen responsabilidad sobre la rutina diana. (Hacer la compra y cocinar).

Por lo que se refiere a las interacciones personales, se va observando también una mejora en aspectos pragmáticos (Ver tabla IV).

Dada la mejora en estos aspectos se decide introducir una nueva categoría “llevar a cabo rutinas diarias”, perteneciente a “tareas y demandas generales”.

EVALUACIÓN FINAL

Un año y medio después se vuelve a hacer una nueva valoración (ver tabla V), utilizando los mismos procedimientos que en la anterior. Respecto a la última evaluación se muestra igualmente colaboradora, sin conductas de evitación, y se ha incrementado el tiempo de atención sostenida, aún cuando la tarea le exija esfuerzo. Inicia las interacciones con mayor frecuencia que en las evaluaciones anteriores y los contenidos son más correctos.

Por lo que se refiere a la memoria se observa un incremento en la ejecución de algunas pruebas de memoria de trabajo (dígitos directos e inversos, series directas e inversas) hasta valores normales.

Sigue manteniendo dificultades en el recuerdo de una historia respecto de la evaluación anterior, especialmente cuando se incluye una demora de minutos entre la presentación y las preguntas para recordarla. No obstante, ha mejorado tanto en el recuerdo espontáneo como cuando se utilizan las preguntas como facilitadores.

TABLA V	
Resultados del segundo seguimiento (un año y medio después)	
Puntuaciones muy bajas $PC \leq 10$	Puntuaciones normales $PC \geq 40$
<ul style="list-style-type: none"> • Evocación categorial y literal. • Comprensión textos complejos escritos. • Memoria inmediata de textos. • Memoria diferida de textos. • Evocación de textos facilitada por preguntas. • Memoria visual demorada reproducción. • Cálculo mental. • Capacidad abstracción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación espacial, temporal y en persona. • Praxias ideatorias e ideomotoras. • Praxias orofaciales. • Dibujo bajo orden. • Imágenes superpuestas. • Comprensión lenguaje oral. • Seguimiento de instrucciones. • Comprensión material verbal complejo. • Discriminación fonética. • Articulación. • Denominación. • Lectoescritura. • Dígitos directos. • Dígitos inversos. • Memoria semántica. • Memoria visual inmediata elección. • Cálculo escrito. • Autocontrol. • Inhibición.
<p>Se muestran en negrita las capacidades que se han visto incrementadas respecto a la última evaluación.</p>	

Sigue instrucciones de hasta 5 órdenes en la misma secuencia con/sin objetos. Su capacidad de aprendizaje medido por la prueba de Luria indica un resultado normal en el primer ensayo (6 de 10 palabras), se incrementa posteriormente a partir del quinto ensayo y se mantiene a lo largo de la prueba. Este dato es muy similar a la evaluación anterior, observándose una caída en la ejecución después de un pequeño incremento, hasta prácticamente los valores iniciales (ver gráfico 1). Lo más destacable es la importante caída cuando se pide evocación de palabras de la lista a los 10 min., en este caso únicamente es capaz de evocar una palabra, cometiendo dos errores semánticos. Cuando se le presentan sílabas de tres letras para que diga la primera palabra que se le ocurra, es capaz de decir dos de la lista inicial.

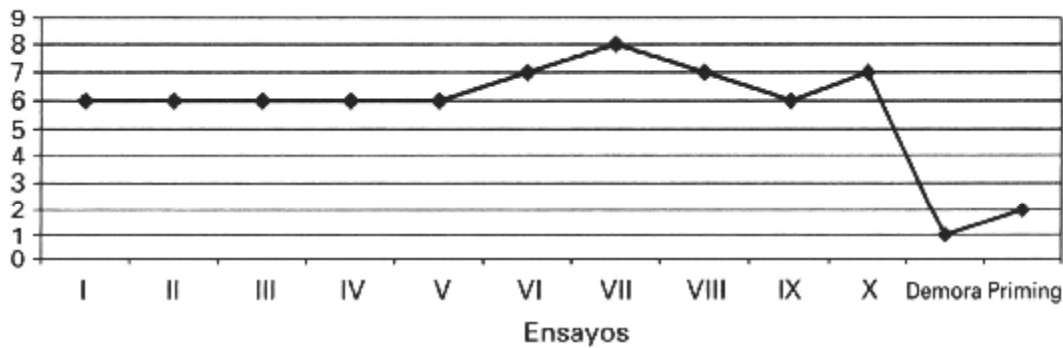


Gráfico 1. Curva de aprendizaje de Luria, versión Test de Barcelona.

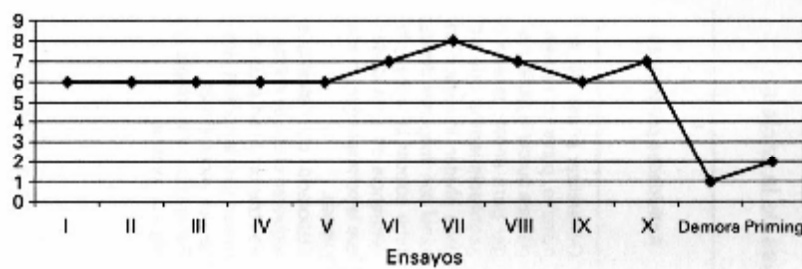


Gráfico 1. Curva de aprendizaje de Luria, versión Test de Barcelona.

Los resultados de las pruebas indican importantes dificultades en memoria, sin embargo, se pueden observar incrementos en prácticamente todas las capacidades, aún cuando no se alcancen valores normales.

Desde el punto de vista conductual es muy significativo puesto que en situaciones de la vida diaria ha sido capaz de adquirir nuevos aprendizajes y, además, presenta memoria social de personajes (famosos, políticos...) que no conocía antes del accidente. Recuérdese que era incapaz de recordar a la terapeuta ni que iba a hacer con ella, después de varias semanas de rehabilitación.

Sigue utilizando estrategias de compensación de sus dificultades, con la utilización de la agenda y el semanario, así como preguntando. Es capaz de encadenar dos acciones sin ayuda en una tarea y necesita apoyo visual o verbal para recordarle los siguientes pasos. Por otro lado, su conducta interpersonal también ha mejorado de forma importante (ver tabla VI).

COMPARACIÓN PUNTUACIONES DE MEMORIA INICIAL-FINAL

Anteriormente se ha apuntado las características del test de Barcelona en cuanto a las puntuaciones. Así, para comparar los resultados estadísticos entre la primera evaluación y la final, hemos optado por presentar las puntuaciones directas (ver gráfico 2).

TABLA VI
Evaluación final: relación entre los objetivos de intervención, las condiciones previas de la paciente y las categorías de la CIF

Codificación de la CIF	Categorías derivadas de la definición del código	Condiciones de la paciente	Objetivos prioritarios de Intervención	Actividades propuestas
D210 llevar a cabo una única tarea.	Iniciar una tarea.	Interpreta alguna clave interna para desencadenar la conducta (por ejemplo acude a tiempo al baño aunque pide confirmación para ir), en cuanto a las claves externas, interpreta los órdenes verbales y las escritas usadas en el panel semanario. Déficit de memoria.	Mantener la estructura rutinaria diaria. Favorecer la anticipación de las actividades por la presentación pautada y repetitiva de las mismas.	Generalizar el uso del semanario, punto de referencia para buscar la fecha y lugar para anotar tareas o acontecimientos que no debe olvidar. Introducir un panel con imágenes donde debe colocar la fecha y la secuencia de actividades que le corresponden en esa jornada. Elaboración de postres que requieran el uso de cocina. Realización de un plato cocinado para la comida familiar dos veces al mes. Realización de la compra un día a la semana.
	Organizar el Tiempo el espacio y los materiales.	No recuerda exactamente el día que es pero lo aproxima y muestra estrategia de compensación buscándolo en el semanario y deduciendo en función de las actividades realizadas. Mantiene la atención durante la tarea aunque presenta dificultades para dividir la atención. Mantiene la atención sobre la tarea aunque le suponga esfuerzo.	Estructurar la rutina diaria de su hogar. Homogeneizar el nivel de demanda de las personas que rodean a la paciente. Establecer un tiempo terapéutico semanal. Reforzar los esfuerzos realizados. Trabajar su capacidad de orientación y organización dentro del supermercado de su zona, e introducir los apoyos necesarios para optimizar su ejecución independiente.	
	Pautar su desarrollo.	Déficit de memoria.	Reconocer las partes que componen la ejecución de tareas cotidianas (como punto inicial de la automatización). Trabajar con los pasos de forma oral, escrita e imágenes. Generalizar la ejecución de acciones derivadas de órdenes escritas.	
	Llevarlo a cabo.	Dificultad en la planificación de secuencias motoras. Déficit en la resolución de problemas de coordinación motora.	Favorecer la ejecución de las acciones, favorecer el trabajo de coordinación manual, principalmente. Establecer de forma externa el proceso de resolución de problemas: ¿necesita ayuda? —¿qué le sucede?— ¿qué podríamos hacer?	
	Mantenerla en marcha o completarla.	Déficit de memoria de trabajo, encadena al menos dos acciones sin ayuda para el resto necesita un gesto para confirmar y recordarle que mire la instrucción escrita. Déficit en atención dividida, tiene dificultades para cambiar el foco de atención e	Estructurar las tareas y repetir las secuencias siempre de un mismo modo. Reforzar la capacidad de atención sostenida.	

		inhibir acciones repetitivas (en procesos que interviene resolución de problemas).		
D710 interacciones interpersonales básicas.		Presenta formulismo social que no se adapta a las peculiaridades de cada interacción. No existe interacción espontánea. Sigue una conversación dando respuestas sencillas y preguntando de forma automática al interlocutor pej. ¿Qué tal el fin de semana, X? —Bien, ¿y el suyo? Fijación de la mirada ante preguntas que no entiende o ante sucesos que le llaman la atención. Comienza a controlar su conducta preguntando sobre lo conveniente o no de realizar una determinada acción.	Modificar el comportamiento no verbal de sus interacciones. Fomentar su capacidad para seguir una conversación. Aumentar la complejidad de las frases respuesta.	Exponerla a distintas interacciones naturales con la compañía diaria de una estimuladora.
D230 llevar a cabo rutinas diarias.			Aumentar su grado de implicación con el funcionamiento familiar. Estructurar en la rutina diaria actividades que pongan en funcionamiento las destrezas cognitivas deficitarias en la paciente, así como reforzar el uso de las ayudas establecidas.	Introducir actividades que impliquen responsabilidad es sobre la rutina diaria. (Hacer la compra y cocinar).

Como puede observarse se observan algunas escalas en las que no se han producido incrementos, ya sea porque se ha alcanzado la máxima puntuación (orientación, series, denominación), o porque no ha habido avances a pesar de la

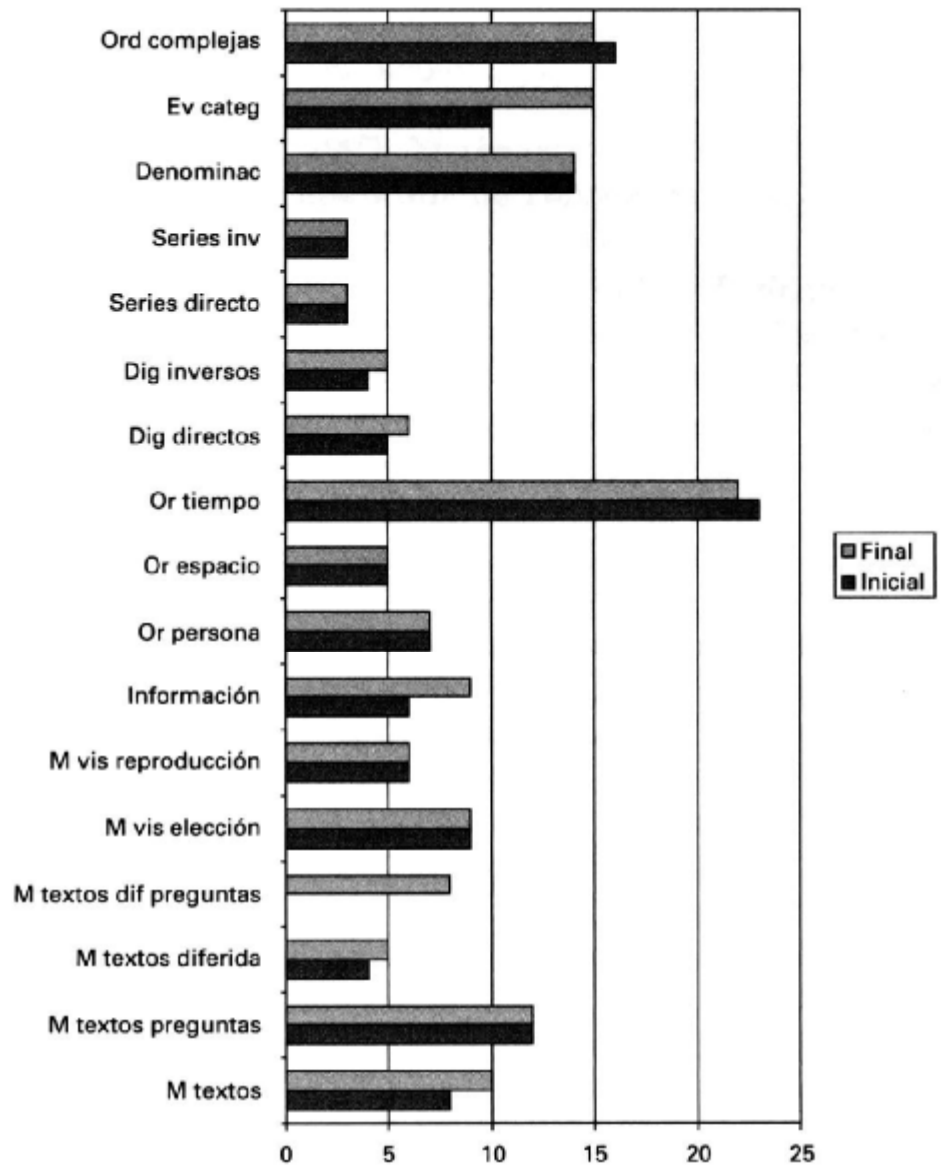


Gráfico 2. Comparación entre puntuaciones iniciales y finales en subtests de memoria del Test de Barcelona.

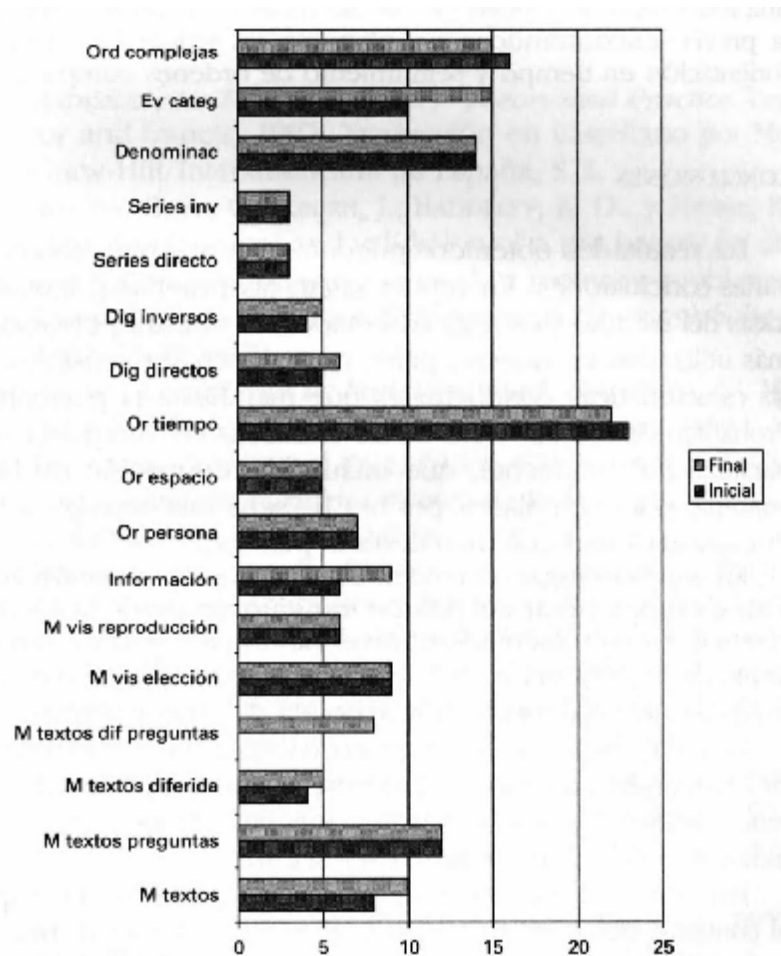


Gráfico 2. Comparación entre puntuaciones iniciales y finales en subtests de memoria del Test de Barcelona.

rehabilitación (memoria de textos-preguntas, memoria visual elección, memoria visual reproducción).

No obstante, en algunas pruebas se constata una evolución (memoria de textos, memoria de textos diferida, memoria de textos-preguntas, información, dígitos directos e inversos y evocación categorial). Otros sin embargo, presentan una reducción de 1 punto en la última evaluación respecto a la previa, encontrándose no obstante en valores normales (orientación en tiempo y seguimiento de órdenes complejas).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos pueden servirnos para obtener varias conclusiones. En primer lugar, las pruebas psicométricas del estudio (los tests baremados en nuestra población más utilizados en nuestro país), no parecen ser sensibles a las características conductuales que manifiesta la paciente. Probablemente una escala de las utilizadas en Terapia Ocupacional habitualmente, que incluyera información de los contenidos contemplados por la CIF, sería más sensible a la discapacidad real que manifiesta la personal.

En segundo lugar, consideramos que la intervención llevada a cabo, a pesar del tiempo transcurrido desde la lesión cerebral, ha incrementado el nivel de funcionamiento autónomo de la persona y, por tanto, se ha reducido al menos parcialmente su dependencia absoluta de otras personas.

En tercer lugar, a pesar de no haberse trabajado intencionadamente procesos cognitivos, se ha incrementado el rendimiento en tareas de evaluación propias de contextos más restringidos, como pueda ser la clínica.

Por último, el hecho de llevar a cabo la intervención en el contexto del sujeto, con las actividades propias (y necesarias) de la vida cotidiana y con los materiales naturales, optimiza la generalización de los aprendizajes a dichos contextos.

Para finalizar, consideramos que la intervención en los contextos habituales de las personas con daño cerebral, tratando de minimizar la discapacidad más que centrándose en las deficiencias, es un método funcional para la consecución de la mejora de calidad de vida de dichos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. BADDELEY, A.: Human memory. Theory and Practice. Taylor and Francis, 1997. Traducción en castellano por McGraw-Hill/Interamericana de España, S. L.
2. WILSON, B. A.; COCKBURN, J.; BADDELEY, A. D., y HIORNS, R.: "The development and validation of a test battery for detecting and monitoring everyday memory problems". *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1989, 11: 855-870.
3. BROWN, L.: Criterios de Funcionalidad. Barcelona, Ed. Milán y Fundación Catalana Síndrome de Down, 1989.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Madrid, OMS-IMSERSO, 2001.
5. RODRÍGUEZSANTOS, F.; SÁNCHEZ, V.; PARDO, A., y EQUIPO DE ASTRANE: La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud de la OMS como sistema de registro y seguimiento de la rehabilitación en personas con trastornos neurológicos. Madrid. MAPFRE Medicina (en prensa).
6. PEÑA-CASANOVA, J.: Programa integrado de exploración neuropsicológica. "Test de Barcelona". Barcelona, Masson, 2002.
7. GOLDEN, Ch. J.: Test de colores y palabras (Stroop). Madrid, TEA Ediciones, 1994.

8. REITAN, R. M.: Trail Making Test (Adult Version) (TMT). USA: Reitan Neuropsychology Laboratory, 1992.
9. MANGA, D., y RAMOS, F.: Luria-DNA. Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos. Madrid, TEA Ediciones, 5. A., 2000.