

Caso clínico **UNA APROXIMACIÓN CLÍNICA AL DETERIORO COGNITIVO LEVE: INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL**

A CLINICAL APPROACH TO MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: INTERVENTION FROM OCCUPATIONAL THERAPY

Autoras

Cristina Mendoza Holgado^a, M^a Inmaculada García González^b.



Resumen

Introducción: el objetivo principal de este caso clínico fue mostrar cómo la terapia ocupacional en el deterioro cognitivo leve puede ayudar a retrasar la aparición de una demencia. Además, otro objetivo fue minimizar el impacto cognitivo y funcional causado por el deterioro con intervenciones no farmacológicas ya que el tratamiento farmacológico en este caso estaba contraindicado por la patología de base, diabetes mellitus. **Métodos:** este tratamiento con perspectiva holística ha sido enmarcado en el Plan de Atención al Deterioro Cognitivo en Extremadura que se implantó en Extremadura en el año 2007 para responder a las necesidades sanitarias de una población con una alta tasa de envejecimiento. La estimulación cognitiva, que tiene como base las teorías de neuroplasticidad cerebral y la reserva cognitiva, junto con estrategias compensatorias fueron desarrolladas para fomentar la autonomía personal y preservar la eficiencia en las actividades de la vida diaria. **Conclusiones:** la intervención cognitiva desde la perspectiva del terapeuta ocupacional contribuyó a mejorar el desempeño en las diferentes áreas ocupacionales y todo el proceso completo supuso una mejora en la calidad de vida. En conclusión, es importante contar con la figura del terapeuta ocupacional en el tratamiento del deterioro cognitivo leve, no sólo cuando aparece una demencia.

DeCS Disfunción cognitiva; Terapia Ocupacional; Actividades de la Vida Diaria; Autonomía Personal; Cognición.

Summary

Introduction: the main goal of this clinical case report was to show how the role of the occupational therapist in mild cognitive impairment could help to delay the onset of dementia. Furthermore, another aims was minimise cognitive and functional impact caused by the impairment with non-pharmacological interventions because the pharmacological treatment was contraindicated in this case because of the underlying pathology, diabetes mellitus. **Methods:** this treatment with a holistic perspective has been framed in the Plan de Atención al Deterioro Cognitivo en Extremadura which was implemented in Extremadura in the year 2007 in order to meet the health requirements from a population with a high rate ageing. The cognitive stimulation, which is founded in theories like neuroplasticity or cognitive reserve, in conjunction with compensatory strategies, were developed in order to encourage the personal autonomy and to preserve the effectiveness in activities of daily living. **Conclusion:** the cognitive intervention from the point of view of occupational therapy contributed to improve the performance in the different occupational areas and the complete process involved a better quality of life too. In conclusion, was important that the occupational therapist be part in the treatment of mild cognitive impairment, not only when dementia appear.

MeSH Mild Cognitive Impairment; Occupational Therapy; Activities of Daily Living; Personal Autonomy, Cognition.

Como citar este documento

Mendoza Holgado C, García González MI. Una aproximación clínica al deterioro cognitivo leve: intervención desde terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2018 [fecha de la consulta]; 15(27): 127-33. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num27/pdfs/caso1.pdf>

Lévanos_ Get up_Llévanos



Derechos de autor



Texto recibido: 13/03/2018 **Texto aceptado:** 05/05/2018 **Texto publicado:** 31/05/2018

^a Terapeuta ocupacional. Servicio público de rehabilitación neurocognitiva del Plan de Atención al Deterioro Cognitivo de Extremadura (PIDEX). Cáceres. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura. E-mail de contacto: cristina.mendoza@salud-juntaex.es ^b Terapeuta ocupacional. Servicio público de rehabilitación neurocognitiva del Plan de Atención al Deterioro Cognitivo de Extremadura (PIDEX). Cáceres. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura. E-mail de contacto: inmaculada.garciago@salud-juntaex.es



Introducción

El presente estudio de caso clínico único centra la atención en el abordaje realizado sobre una mujer con diagnóstico de deterioro cognitivo mixto atendida por el servicio de rehabilitación neurocognitiva del Plan de Atención al deterioro cognitivo de Extremadura (a partir de ahora PIDEEX)⁽¹⁾. Este plan pretende aunar el modelo de funcionamiento social y el sanitario ofreciendo una cobertura holística a las necesidades de las personas con afectación cognitiva de tal forma que ambas actuaciones se desarrollen de forma paralela, continuada y coordinada. Incorpora la figura del terapeuta ocupacional como profesional encargado de planificar y realizar la intervención neurocognitiva con el objetivo principal de mantener el rendimiento cognitivo el mayor tiempo posible con el fin de minimizar el impacto funcional y ocupacional para promover la autonomía e independencia, así como el retraso de situaciones de institucionalización.

El deterioro cognitivo leve (a partir de ahora DCL) representa un estado cognitivo de transición entre el considerado envejecimiento sano y el diagnóstico probable de un estadio inicial de la Enfermedad de Alzheimer o demencia⁽²⁾. Los primeros criterios diagnósticos caracterizan al DCL con alteraciones de memoria propias de la Enfermedad de Alzheimer, pero con un nivel de funcionalidad acorde a sujetos sanos⁽³⁾. Petersen (2003) introduce una nueva clasificación que divide el DCL en varios subtipos⁽⁴⁾ y, aunque la mayoría de estudios se centran en el DCL de tipo amnésico, existen otros subtipos como el multidominio donde la merma cognitiva afecta a otros dominios cognitivos como el lenguaje, las funciones ejecutivas o habilidades visoespaciales, pudiendo darse con o sin afectación de memoria.

El DCL es un concepto en evolución que ha ganado presencia en los últimos años en la literatura científica debido a factores de prevalencia que preponderan en la actualidad y a la trascendencia que adquiere en cuanto a la prevención y abordaje de las posibles demencias. En esta línea, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su última versión (a partir de ahora DSM-V)⁽⁵⁾ incorpora un nivel menos grave de disfunción cognitiva, el denominado *trastorno neurocognitivo leve*, sobre el que también reclama una atención clínica revocando conceptualizaciones previas donde era preciso un trasfondo de enfermedad médica o neurológica. Además, por primera vez se describen los dominios cognitivos. Queda, por tanto, puesto de manifiesto la importancia clínica del DCL en el presente y, por ende, será proporcionalmente sustancial la intervención y abordaje que sobre éste se realice.

Dentro de las aproximaciones terapéuticas encontramos la estimulación cognitiva y la rehabilitación cognitiva que se encuadran dentro de los considerados tratamientos no farmacológicos que, junto con los tratamientos farmacológicos, tienen como fin retrasar la progresión del cuadro sindrómico el mayor tiempo posible. Aunque en muchos casos ambos términos se utilizan de forma indistinta algunos autores señalan las diferencias conceptuales⁽⁶⁾ indicando que la rehabilitación cognitiva se define como el modelo de intervención enfocado a la mejora de aspectos de la vida diaria con objetivos específicos y definidos en los que trabajan de forma conjunta tanto profesionales como pacientes.

En el proceso de intervención no podemos prescindir de los diferentes enfoques; promoviendo, manteniendo, modificando o previniendo en función de las capacidades y demandas, así como de los objetivos planteados. Siguiendo a Romero⁽⁷⁾ las estrategias compensatorias son el mejor medio para mejorar la memoria en la vida diaria, divididas éstas en: indicios de entorno personal, indicios del entorno proximal e indicios del entorno distal. Las medidas compensatorias son posibles en personas con problemas de memoria que pueden codificar la información, pero no la mantienen y conservan el aprendizaje procedimental. Estas ayudas externas disminuyen las demandas de memoria y ejecutivas facilitando el mayor rendimiento funcional posible⁽⁸⁾.

Métodos

Para la recogida de información se emplearon fuentes indirectas de información que incluyeron los datos y resultados del protocolo de exploración y valoración llevado a cabo por neuropsicología con el que se deriva a la usuaria al servicio, así como los datos relevantes de la historia clínica e informes de otros profesionales de atención especializada (Neurólogo, endocrino, etc.). En cuanto a las fuentes directas se recurrió a una entrevista ocupacional semiestructurada, la observación directa y herramientas estandarizadas. Con el fin de evaluar la independencia en actividades básicas



de la vida diaria se completó el Índice de Barthel, mientras que el Índice de Lawton y Brody se empleó para conocer el desempeño en actividades instrumentales. Todo el proceso de evaluación ocupacional e intervención se llevó a cabo siguiendo el Marco de trabajo para Terapeutas Ocupacionales de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional⁽⁹⁾.

Aspectos éticos

Para la elaboración de este estudio de caso clínico único se siguieron las recomendaciones de los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se ha respetado en todo momento la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Se garantiza el anonimato y el tratamiento de los datos de forma confidencial. En todo momento se explican los objetivos generales, pudiendo revocar la participación si así se desea a lo largo del proceso. La participante firma un consentimiento informado para dejar constancia de su implicación voluntaria y debidamente informada.

Exposición del caso

Mujer de 54 años, actualmente jubilada por enfermedad desde los 48 años. Es seguida por su endocrino con regularidad ya que presenta Diabetes Mellitus Tipo 1 desde hace 26 años, controlada en el presente con bomba de insulina, éste cursa derivación a los servicios de neurología tras detectar alteraciones de memoria no achacables a la edad. Además, la usuaria presenta antecedentes familiares de tipo vascular (padre con accidente cerebrovascular) y otras patologías concomitantes consideradas factores de riesgo vascular como son la hipertensión arterial y la dislipidemia. Sin existir en su caso antecedentes familiares de demencia.

Otros datos clínicos de interés

Intervenida quirúrgicamente de cáncer de útero y de cáncer renal en los años 2007 y 2017 respectivamente. Tras la primera intervención recibió tratamiento oral de quimioterapia, pero en la última no precisó ningún tipo de tratamiento. Diagnosticada de fibromialgia.

A nivel sensorial presenta hipoacusia bilateral (utiliza audífonos) como consecuencia de un episodio súbito de pérdida de audición tras cefalea intensa presumiblemente por alteración vascular en concordancia con alteración metabólica. Por otra parte, se encuentra en seguimiento por los servicios de oftalmología que le diagnostican una pérdida de visión.

- *Pruebas de neuroimagen:* Se observa la existencia de un patrón de atrofia córtico subcortical de predominio cerebeloso según tomografía axial computarizada.
- *Tratamiento farmacológico:* Se le prescribieron parches transdérmicos de rivastagmina (Prometax©) dentro de los fármacos de tipo inhibidores de la acetilcolinesterasa, sin embargo; debido a intensas reacciones alérgicas cutáneas le fue retirado apenas quince días después. No se le ha podido pautar otra medicación alternativa debido a que interfiere con la regulación de la glucosa y el tratamiento de insulina.
- *Cuadro clínico evolutivo:* El cuadro clínico evolutivo (ver Tabla 1) se caracteriza por la estabilidad en aspectos neuropsicológicos, mientras que el juicio clínico neurológico se va ajustando a lo largo de las sucesivas revisiones.

Tabla 1. Cuadro clínico evolutivo

| | INICIAL | INTERMEDIO | FINAL |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Diagnóstico Neurología | DCL Multidominio | DCL | DC Mixto |
| Diagnóstico Neuropsicología | Snd. Amnésico moderado | Snd. Amnésico leve-moderado | Snd. Amnésico leve-moderado |

Fuente: Elaboración propia 2018.

CONTEXTOS

Contexto personal

Mujer de 54 años con estudios de formación profesional en la rama de auxiliar de enfermería, actualmente los ingresos que registra son los correspondientes a la pensión por incapacidad laboral permanente del 100% que tiene.



Contexto temporal

Residió en Madrid 27 años donde trabajó como auxiliar de enfermería. En 2006 consiguió traslado de su puesto de trabajo a Cáceres hasta que en 2008, por causa médica, tuvo que abandonar la práctica profesional.

ENTORNOS

Entorno físico.

Vive en Cáceres en un piso con ascensor y sin impedimentos de tipo funcional. Desde su traslado a esta ciudad ha desarrollado otros problemas de salud relacionados con el entorno medioambiental, principalmente alteraciones respiratorias y reacciones alérgicas.

Entorno social

Su entorno social está configurado principalmente por su marido con el que convive y su madre. Tiene hermanos y sobrinos pero con residencia en ciudades diferentes a las de la usuaria. Participa en La Asociación Española en la Lucha Contra el Cáncer donde realiza talleres.

ÁREAS DE OCUPACIÓN

Actividades básicas d la vida diaria

Mantiene independencia.

Actividades instrumentales de la vida diaria

- Gestión y establecimiento del hogar: mantiene su hogar ordenado, no obstante; si surge algún problema relacionado con electrodomésticos o averías propias del hogar no es capaz de solucionarlo, es su marido quien se encarga de ello. Sí se ocupa de ropa, lavado y planchado; es capaz de hacer pequeños arreglos.
- Preparación de comida y limpieza: comidas muy sencillas, con instrucciones e ingredientes preparados. Limpieza (tareas de poco esfuerzo) ya que dos días por semana tiene una asistente de hogar para las limpiezas más pesadas.
- Gestión económica y compras: maneja pequeñas cantidades de dinero. Grandes dificultades en cálculo mental debido a la lentitud, por lo que no controla la devolución de dinero y le provoca inseguridad. Usa tarjeta de crédito. Las listas de la compra las prepara junto con su marido. No va al banco, ni maneja aspectos relacionados con la gestión financiera.
- Gestión de la salud: medicación preparada en el pastillero por su marido. No se olvida de tomarla. Maneja su bomba de insulina. Lleva a cabo hábitos alimenticios para el control de la diabetes. Acude a la mayoría de las citas médicas sola (excepto las especializada de carácter más urgente, por ejemplo oncólogo, nefrólogo y neurólogo). No incurre en situaciones peligrosas si está sola en su vivienda, actúa con mucha precaución, acudiendo para todo a su marido.
- Gestión de la comunicación: utiliza teléfono móvil para lo más esencial, llamar y recibir llamadas. Siempre lo lleva encima, además también lo utiliza para saber la hora ya que no usa reloj.
- Movilidad en la comunidad: los desplazamientos los realiza mayoritariamente a pie y sola, pero siempre que sean por el entorno conocido. En cuanto al transporte público, solamente utiliza taxi para desplazamientos más lejanos dentro de la ciudad.
- Cuidado de los otros: desempeña el rol de cuidadora de su madre, tanto colaborando de forma activa como supervisando los cuidados facilitados por terceras personas.

Ocio Y Tiempo Libre

Identifica intereses de ocio tales como la lectura y costura en su domicilio. No expresa la necesidad de explorar otras oportunidades de ocio. Principalmente su tiempo libre lo pasa con su marido, suelen viajar en vacaciones, las cuales son planificadas por él.

Trabajo

Trabajó como auxiliar de enfermería, en la actualidad presenta una incapacidad permanente por cuestiones de salud.

Participación Social

A nivel familiar, colabora en el cuidado de su madre. En el ámbito de la comunidad, pertenece a la Asociación contra el Cáncer y participa en algunos talleres de manualidades, anteriormente también



iba a gimnasia pero la falta del tiempo por el cuidado de sus padres hizo que lo abandonase.

Sueño/Descanso

Correcta regulación de las rutinas de preparación para el sueño. Debido a dificultades respiratorias por reacciones alérgicas requiere dormir bastante incorporada lo que le impide tener un sueño reparador. Tiene pautado tratamiento farmacológico dadas las dificultades de conciliación y mantenimiento del sueño (Dalparan©).

Pregunta al lector ¿Es la intervención cognitiva desde el enfoque del terapeuta ocupacional un abordaje necesario y adecuado en el deterioro cognitivo leve?

Respuesta

Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, *la terapia ocupacional apoya la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación*, con esta premisa la intervención ocupacional en el deterioro cognitivo tiene una doble misión; en primer lugar con la alteración de la salud y afectación de funciones mentales así como destrezas, y en última instancia con las limitaciones en las diferentes áreas y contextos. Siguiendo esta propuesta se concluye en una intervención y razonamiento clínico que debe partir de un enfoque *top-down* para que los resultados sean congruentes con las metas de la persona⁽¹⁰⁾ y en la que, sin perder de vista este objetivo mayoritario, se plantea una intervención *bottom-up* identificando las funciones cognitivas alteradas y su implicación en el propio desempeño según la demanda de la actividad⁽¹¹⁾. La intervención se rige por las pautas establecidas en el propio plan con sesiones individuales e individualizadas con una duración de 45 minutos y una periodicidad de una o dos veces por semana que pueden alcanzar los 18 de meses duración en el tiempo.

Los objetivos de intervención planteados para el presente caso giran en torno al objetivo final de mantener la independencia funcional en el desempeño de las actividades de la vida diaria instrumentales (a partir de ahora AVDI). De forma más específica se detallan los siguientes:

- Estimular y mantener las funciones cognitivas conservadas.
- Entrenar los procesos de planificación y organización de tareas relacionados con las AVDI de gestión de comidas, compras, manejo de dinero y gestión del tiempo.
- Implementar el uso de ayudas externas para el desempeño funcional de las AVDI.
- Alcanzar la transferencia de las destrezas y ayudas externas entrenadas durante las sesiones a los contextos habituales de la usuaria.

Para alcanzar estas metas propuestas se siguen tres niveles de actuación a lo largo de las sesiones programadas:

- **Métodos preparatorios:** se lleva a cabo la intervención directa que prepara a la persona para el aprendizaje que le permita encarar con las habilidades necesarias los siguientes niveles. En este caso se contempla el entrenamiento en capacidades propias de tipo atencional, memoria, lenguaje, praxias, gnosias o funciones ejecutivas.
- **Actividades con propósito:** se realizan sesiones dirigidas específicamente para desarrollar habilidades que promuevan la participación ocupacional acorde a los roles descritos y necesidades identificadas en la historia ocupacional. Se trabaja en el establecimiento de rutinas diarias y jerarquía de tareas en la planificación diaria minimizando los fallos de tipo amnésico y adyacentes. Entrenamiento en tareas relacionadas con la alimentación y preparación de la comida, pasos a seguir, auto instrucciones y control de alimentos adecuados a su tipo de dieta. Manejo de situaciones cotidianas en el manejo del dinero (cantidades pequeñas) y uso de tarjeta bancaria. Implementación del uso del pastillero bajo supervisión para mejorar control de la medicación. Manejo de calendarios para gestión de citas y consultas programadas, etc. Tareas de tipo ejecutivo con planificación y control del tiempo, así como resolución de problemas usuales en el día a día.
- **Actividades basadas en la ocupación:** entendiendo que todas las anteriores se producen dentro de un espacio terapéutico y, por tanto, introducen sesgos a su ejecución, se cuenta con la colaboración continua del cuidador principal para poder llevar a cabo la transferencia y generalización correcta al entorno y contexto cotidiano de la usuaria, fin último de la



intervención.

Además, para completar la actuación se sigue un enfoque de tipo compensatorio con el uso de productos de apoyo de tipo cognitivo⁽¹²⁾ que se han ido introduciendo de forma pactada y paulatinamente hasta su correcta asimilación por parte de la usuaria en un proceso continuo de evaluación de necesidades y monitorización:

- Agenda/Programación diaria
- Lista de las compras
- Recetario sencillo
- Calendario visual
- Alarmas y dispositivos externos de control del tiempo
- Pastillero

Junto con todas las actuaciones descritas anteriormente se valoró la situación social-familiar de la usuaria y se le orientó hacia los Servicios de Promoción de Autonomía y Dependencia para mitigar la sobrecarga familiar del cuidado de su madre. La existencia de recursos sociales encuentra una relación positiva con la calidad de vida y la percepción de la dependencia⁽¹³⁾. Se equilibra así su rol de cuidadora, sin perderlo, logrando secundariamente un mejor desempeño personal.

Evolución según medidas estandarizadas

En parámetros cuantitativos (ver Tabla 2) podemos ver como el Índice de Barthel no reviste importancia dado que en todo momento ha sido independiente para AVD. En la misma línea sigue el valor de la Escala de Deterioro Global de Reisberg (a partir de ahora GDS) que se mantiene estable a lo largo de la intervención. Vemos en la exploración mínima en demencias (a partir de ahora ENM.dem) que sin grandes oscilaciones, es el valor que más fluctúa, algo usual en patología vascular. El dato más significativo es la tendencia al alza de los valores en Lawton y Brody que, con independencia de las puntuaciones de la valoración cognitiva, siempre tiende a una discreta mejora.

Tabla 2. Evolución datos cuantitativos.

| | INICIAL | INTERMEDIO | FINAL |
|----------------|---------|------------|-------|
| GDS | 3 | 3 | 3 |
| BARTHEL | 100 | 100 | 100 |
| LAWTON Y BRODY | 4-5 | 5 | 6 |
| ENM.Dem* | 76.5 | 75 | 78 |

*Exploración mínima en demencias (91,0-75,0 Normal. 75,0-62,0 Dudoso. 62,0-0 Alterado). Protocolo de valoración neuropsicológico según PIDEX. Fuente: Elaboración propia 2018.

Conclusión

La Diabetes Mellitus es un factor de riesgo vascular de primera magnitud, la toxicidad crónica de la glucosa en exceso o la acción directa de la hiperinsulinemia inducen cambios estructurales en distintos órganos, entre ellos el cerebro⁽¹⁴⁾ y, aunque su posible relación directa con el declive cognitivo es controvertida⁽¹⁵⁾, cuando se da tiende a un patrón de deterioro cognitivo indicador de disfunción frontal subcortical similar a lo que se observa en la enfermedad del pequeño vaso⁽¹⁶⁾. Además, la presencia de un diagnóstico clínico neurológico de deterioro cognitivo tipo mixto alerta de la posible existencia de factores de corte vascular y degenerativo propios de la Enfermedad de Alzheimer⁽¹⁷⁾.

Una alteración en el estado de salud no sólo debe ser abordada desde las consideraciones clínicas puras, sino que debe existir una visión global e inherente a la merma que ésta ocasiona en la calidad de vida de la persona afecta y sus repercusiones funcionales en todas las esferas.

El abordaje cognitivo en el DCL desde el enfoque del terapeuta ocupacional es, no sólo adecuado, sino necesario para mantener la autonomía personal y desempeño ocupacional en todas las áreas de ocupación de las cuales la persona es parte activa optimizando todas las capacidades presentes. Es necesario plantear una intervención que, a pesar de la incidencia cognitiva por la agresividad de la misma, sea capaz de mantener e incluso mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria mediante el uso de estrategias compensatorias y otras técnicas que se consideren adecuadas en aras a mantener un patrón de estabilidad retrasando la instauración de una posible demencia.



En conclusión, en el supuesto planteado es especialmente determinante la visión y el trabajo holístico de la terapia ocupacional ya que, como se hace referencia, la dificultad para pautar un tratamiento farmacológico que no contravenga la patología de base suscita una importante injerencia en el devenir del cuadro clínico tornándose los tratamientos NO farmacológicos como decisivos.

Agradecimientos Agradecer sinceramente a la usuaria su predisposición para hacer público este caso clínico. Este escrito no ha recibido financiación externa de ningún tipo y no se han detectado conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Castellanos Pinedo, F. Cid Gala, M. Duque San Juan, P. Martín Zurdo, J. Toribio Felipe, R. Plan integral de atención sociosanitaria al deterioro cognitivo en Extremadura (PIDEX), primera parte. Demencias degenerativas. Badajoz: Junta de Extremadura: Consejería de Sanidad y Consumo, Consejería de Bienestar Social (ed); 2007.
2. Petersen RC. Mild cognitive impairment: transition between aging and Alzheimer's disease. *Neurol.* 2000 Mar;15(3):93-101.
3. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999;56(3):303-308.
4. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med* 2004;256(3):183-194.
5. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: Author; 2013.
6. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD003260.
7. Moruno P, Romero DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006.
8. Sholberg MM, Mateer CA. Cognitive rehabilitation. An integrative neuropsychological approach. New York: The Guilford Press; 2001
9. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *Am J Occup Ther*, 68(Suppl. 1), S1-S48.
10. Talavera MA. Razonamiento clínico y diagnóstico en Terapia Ocupacional. España: Síntesis; 2015.
11. Rojo G, Pedrero E, Ruiz J, Llanero, M, Olivar A, Puerta C. Terapia Ocupacional en la rehabilitación de la disfunción ejecutiva en adictos a sustancias. *Trastornos Adictivos* 2009, 11(2), 96-105.
12. Bilbao A, Andrés B, Flores C, García R, Huerta R, Pascual E, et al. Guía de Productos de Apoyo para la Memoria. Primera edición ed.: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
13. Bazago MI. Desempeño funcional, recursos sociales, calidad de vida y cogniciones anticipatorias en personas en situación de dependencia [tesis doctoral]. Universidad de Extremadura; 2017. 376p.
14. Jiménez ND, Moreno J, Iriarte LM. Ictus y demencia vascular. Madrid: Ergon; 2004.
15. Biessels GJ, Staekenborg S, Brunner E, Brayne C, Scheltens P. Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review. *Lancet Neurol* 2006;5(1):64-74.
16. Cervantes-Arriaga A, Calleja-Castillo J, Rodríguez-Violante M. Función cognitiva y factores cardiometabólicos en diabetes mellitus tipo 2. *Med Int Mex* 2009;25(5):386-92.
17. Custodio N, Montesinos R, Lira D, Herrera-Perez E, Bardales Y, Valeriano-Lorenzo L. Mixed dementia: A review of the evidence. *Dement Neuropsychol* 2017;11(4):364-370.

Lévanos_Get up_Llévanos



Derechos de autor

