



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

**PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UNA
PACIENTE GERONTO CON DETERIORO COGNITIVO LEVE E
HIPOTIROIDISMO**

Trabajo Académico para Optar el Título de la Segunda Especialidad Profesional en
NEUROPSICOLOGÍA

AUTORA:

CERRILLO QUISPE, SUCET ALEXSANDRA

ASESOR:

HERRERA PINO, DANIEL

JURADO:

TORRES NEGREIROS, ELEODORA

ARDILES BELLIDO, JOSE

AREVALO ARAUJO, CARMEN

Lima-Perú

2019

Dedicatoria

A mi amado difunto hermano Eddy por inculcarme la resiliencia y la empatía hacia el adulto mayor.

Agradecimiento

Agradecer a Dios por permitirme proseguir con el camino profesional, iluminándome con personas maravillosas como la Señorita Adela, quien estuvo dispuesta a corregirme mi investigación. También, debo agradecer a mi mentor y asesor de la especialidad el Doctor Daniel Herrera Pino quien constantemente verificaba mis avances temáticos. Agradezco al Doctor Luis Cordova quien incondicionalmente revisó mis aportes a la investigación.

Índice

Caratula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
I. Introducción	8
1.1 Descripción del problema	10
1.2 Propuesta de solución	10
1.3 Antecedentes	10
- Estudios Nacionales e Internacionales	10
- Base teórica científica	14
- Estrategias a emplear: Tipo de Programa	20
1.4 Objetivos	20
- Objetivo General	20
- Objetivos Específicos	20
1.5 Justificación e importancia	20
1.6 Impactos esperados del Proyecto	20
II. Metodología	22
2.1 Tipo de Investigación	22
2.2 Evaluación Psicológica	22
- Historia psicológica	22
- Informe psicológico	23
III. Viabilidad del proyecto	34
IV. Productos	34

- Programa de intervención: procedimiento, resultados, discusión y conclusión

V. Recomendaciones 37

VI. Referencias 38

Anexos

Resumen

Uno de los cambios más importante que se presentan en la etapa de la vejez es el enlentecimiento de los procesos mentales. Por tal motivo, los hospitales y centros de salud pública como privada buscan diseñar programas eficientes para contrarrestar esta problemática en la población adulto mayor, donde a través de la estimulación cognitiva se pretende un retardo en la evolución de una demencia. El objetivo del presente estudio de caso es aplicar un programa de rehabilitación cognoscitiva en una paciente adulto mayor con deterioro cognitivo leve e hipotiroidismo. Se trabaja bajo un enfoque cognoscitivo en la cual se empleo el modelo estructural que responde a la restauración y sustitución. Se emplea diez sesiones en la intervención, donde los resultados muestran disminución de los déficits cognitivos y la reserva de las funciones conservadas. De esta manera, se ratifica la eficacia del programa de rehabilitación neuropsicológica empleado para una paciente diagnosticada con enfermedad de hipotiroidismo y deterioro cognitivo leve.

Palabras clave: deterioro cognitivo leve, hipotiroidismo, rehabilitación neuropsicológica

Abstract

One of the most important changes that occur in the stage of old age is the slowing down of mental processes. For this reason, hospitals and public health centers as private seek to design efficient programs to counteract this problem in the elderly population, where through cognitive stimulation is intended a delay in the evolution of a dementia. The objective of the present case study is to apply a program of cognitive rehabilitation in an older adult patient with mild cognitive impairment and hypothyroidism. We work under a cognitive approach in which the structural model that responds to restoration and substitution is used. Ten sessions are used in the intervention, where the results show a decrease in cognitive deficits and the reserve of conserved functions. In this way, the efficacy of the neuropsychological rehabilitation program used for a patient diagnosed with hypothyroidism and mild cognitive impairment is confirmed.

Keywords: mild cognitive impairment, hypothyroidism, neuropsychological rehabilitation

I. Introducción

Gonzales, Deza, León y Poma (2014) mencionan que el deterioro cognitivo leve es el déficit de las funciones mentales; donde el más común es la queja de pérdida de la memoria. Asimismo, uno de los cambios más reconocidos que suceden con el envejecimiento es el enlentecimiento de los procesos mentales, el cual afecta el desenvolvimiento de la propia imagen.

En nuestro país han surgido diversos trabajos referentes a la problemática del hipotiroidismo. La forma de abordar este tema es muy variada. Para Pardo, Musso, Keselman, Gruñeiro, Bergadá y Chiesa (2017) denominan “hipotiroidismo congénito primario a la afección resultante de la deficiencia de hormonas tiroideas presente desde el nacimiento, ya sea por defectos en la formación o función de la glándula tiroides” (2017, p.12).

Kral (citado en Serrano, 2006) nos mencionó definieron los olvidos benignos como las alteraciones amnésicas que influyen negativamente en el desempeño de las actividades de la vida diaria, pero no progresan hacia formas más profundas y globales de deterioro intelectual. Por lo que los síntomas clínicos llevo a diversos autores a describir una etapa preclínica, una pre-sintomática y una sintomática.

Así, presenta trabajo aplica un Programa de Rehabilitación Cognoscitiva para una paciente con enfermedad de Hipotiroidismo y deterioro cognoscitivo leve, con un curso de enfermedad del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Dicho programa se efectuó en diez sesiones. Donde la importancia de estudiar este tema en particular, radica en las consecuencias de la actividad diarias de los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo leve, lo cual desarrolla la demanda afectiva en cuanto al hipotiroidismo

En el capítulo I, presento mi introducción los antecedentes, fundamentación científica, propuesta de solución.

En capítulo II, contiene la metodología: la metodología empleada, historia psicológica del paciente, evaluación neuropsicológica e informe neuropsicológico.

En el capítulo III analizo la viabilidad del proyecto y las condiciones para la ejecución del mismo.

En el capítulo IV, explico los productos del programa de intervención tratamiento, los resultados, discusión y conclusión

En el capítulo V, menciono las recomendaciones para la problemática

En el capítulo VI, presento las referencias, donde se detallan las fuentes de información empleadas para la presente investigación

En el capítulo VII, adjunto los anexos que corresponden a los materiales elaborados para el paciente.

1.1 Descripción del problema

El presente trabajo trata de una adulta mayor de 70 años diagnosticada con deterioro cognitivo leve e hipotiroidismo asociado a un deterioro cognitivo leve, con un curso de enfermedad de dos años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lo cual afecta su desenvolvimiento de su propia imagen.

1.2 Propuesta de solución del problema

La rehabilitación neuropsicológica ha demostrado que la desintegración de un sistema funcional ante lesión cerebral puede ser compensada, ya sea a través de su reconstrucción interna por la reorganización de los elementos conservados y la sustitución del eslabón faltante; así como por medio de las reorganizaciones interfuncionales. La última en mención hace referencia a la función radical del sistema funcional con la inclusión de los elementos y medios nuevos en la actividad del paciente; de tal forma que permita sustituir las operaciones involuntarias por las acciones voluntarias y los procesos simultáneos por los procesos sucesivos.

Sardinero (citado en Escobar, 2013, pp. 5-6) destaca dos grandes grupos de intervención cognitivas, “aquellas que tienen un abordaje funcional de las teorías cognitivas (terapia de orientación a la realidad, la terapia de reminiscencia y la terapia conductual) y aquellas que tienen un abordaje propiamente cognitivo, donde destacamos la terapia de estimulación cognitiva”.

1.3 Antecedentes

1.3.1 Internacionales

Portillo (2015) para su tesis titulada *Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo* realizó una investigación descriptiva que tuvo como objetivo, analizar el deterioro cognitivo en adultos mayores de la Parroquia Olegario Villalobos del municipio Maracaibo del Estado Zulia, Venezuela. Tuvo como muestra constituida por 498 adultos mayores, durante el período de mayo a diciembre de 2008. Concluyó, los adultos mayores en la prueba CAMCOG-R, obtuvieron un puntaje mínimo de 11 y un máximo de 101, siendo el valor promedio para esta prueba de $70,8 \pm 16,1$ puntos. En la prueba Minimental el grupo poblacional estudiado, alcanzó un puntaje mínimo de 9 y un máximo de 30, ubicándose el puntaje promedio en $25,0 \pm 4,3$ puntos. Es importante destacar, que los adultos mayores no alcanzaron la calificación máxima en el CAMCOGR (105 puntos), mientras que si

ocurrió en el MMSE donde algunos casos lograron el puntaje máximo de 30 puntos. Asimismo, los factores de riesgos socio-demográficos relacionados con el deterioro cognitivo, indicaron que los adultos mayores con edades comprendidas entre 65-74 años, reflejaron menor deterioro cognitivo en comparación con los de mayor edad, lo cual coincide con la literatura revisada.

Cardona, Segura, Garzón, Segura y Cano (2016) en su investigación *Estado de salud del adulto, mayor de Antioquia, Colombia*. Tuvo como objetivo determinar si la necesidad del adulto mayor está constituida por la falta de atención, el alza de precios; es así que se busca analizar la situación de salud del adulto mayor que facilita una actuación eficaz por parte de los doctores, para luego durante su época de vejez, tenga una vida saludable. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, el estudio fue observacional, descriptivo, transversal. Se concluyó, la salud mental del paciente está totalmente involucrada, al verificar un alto riesgo de depresión de 26,3%, así como riesgo de ansiedad del 34,4% y por último, riesgo de deterioro cognitivo del 83,2%. Estos datos son superiores a otras investigaciones realizadas en América Latina, lo que supone el deterioro mental que perjudica el estado de salud, el cual en una parte puede devenir de la edad, aunque también de los sucesos adversos que vive y que requiere el estudio particular de las enfermedades, ello con el objetivo de establecer los elementos de riesgo causal relacionado a su existencia y de esa forma prevenir el deterioro en la calidad de vida, en los estados de salud y la sumisión funcional y afectiva del vínculo familiar y del gobierno.

López, Dolores y Navarro (2013) estudiaron en España los diversos *factores cognitivos resaltantes que permiten diferenciar a los ancianos sanos de otros que presentan deterioro cognitivo*, este estudio fue realizado con una población de 264 ancianos, de 65-96 años, considerando aprendizaje, memoria de trabajo y fluidez verbal, a partir del corte de 24 puntos en el mini examen cognitivo. En los resultados se obtuvo que al analizar de manera discriminativa el mejor indicador del deterioro cognitivo fue el rendimiento en fluidez verbal (FVS), en segundo lugar, la atención sostenida y luego el potencial de aprendizaje. Las tareas de FVS y atención sostenida evidenciaron unas áreas bajo las curvas ROC de 0,811 y 0,777, respectivamente. Para la FVS, un punto de corte de 10 palabras tuvo una sensibilidad para la discriminación de los ancianos sin deterioro del 74% y una especificidad del 80%, así como la atención sostenida mostró una sensibilidad del 68,4% y una especificidad del 68,6%.

Formiga (citado en Zevallos, 2018) realizó en España una investigación sobre las *alteraciones sensoriales más comunes en los ancianos de más de 89 años*, donde determinaron la prevalencia del deterioro de la función visual y auditiva en relación entre éstas y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. La información fue recopilada utilizando los siguientes instrumentos: Índice Barthel (IB), índice Lawton y Brody (IL), cognición con el mini examen cognitivo de Lobo (MEC). Se evaluó la capacidad de visión de cerca con tablas Snellen y la capacidad auditiva con el test del susurro. Intervinieron en esta investigación 186 pacientes nonagenarios, con una edad promedio de 93,06 años (76,5% mujeres), el 74% vivía en su casa, el resto estaba institucionalizado. El 38% presentaba visión patológica y en otro 30% correcta, aunque corregida con lentes. En el 40% había un déficit auditivo no corregido y en otro 8%, corregido con audífono. El 18% presentaba un déficit doble, y un 5,3%, una doble corrección ortopédica. Por último, la pérdida en la visión y audición en las personas mayores de 89 años es frecuente, estando la capacidad para realizar actividades instrumentales disminuidas en las personas con pérdida visual o con doble pérdida sensorial.

Borella (2010) realizó un estudio en lo que se investigó *la eficacia de un programa de entrenamiento en la memoria de trabajo verbal en un grupo de adultos mayores* cuyas edades fluctuaban entre 65-75 años de edad. Los resultados mostraron que el grupo entrenado obtuvo mejor rendimiento que el grupo control, como así importantes efectos de transferencia en memoria de trabajo visuoespacial, memoria a corto plazo, inhibición, inteligencia fluida y en velocidad de procesamiento. También mantuvo los beneficios de la estimulación después de ocho meses, pero solo en los procesos de inteligencia fluida y velocidad de procesamiento.

1.3.2 Nacionales

Zevallos (2018) realizó una investigación titulada *Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima*, pretende contribuir a entender la relación existente entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima. Objetivos: Determinar la relación existente entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima. Metodología: La investigación se realizó bajo el diseño no experimental, descriptivo correlacional porque se determinó la relación entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión teniendo como

población a 400 ancianos institucionalizados del asilo de ancianos desamparados del distrito de Breña y como muestra a 100 ancianos de dicha institución. Para evaluar la dependencia funcional se utilizó el índice de Barthel de actividades de la vida diaria, para evaluar el deterioro cognitivo se utilizó el Mini Examen Cognoscitivo en la versión de Lobo y para evaluar depresión se utilizó el Test de Yesavage adaptados previamente a nuestra realidad. Las variables que se analizaron fueron: dependencia funcional, deterioro cognitivo y depresión en el adulto mayor. Resultados: Se aplicó como prueba de hipótesis: “Existe una relación significativa y directa entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima” determinándose que no existe relación significativa entre estas variables, teniendo como resultado principal de la investigación que no existe una asociación entre lo físico, lo cognitivo y lo emocional, es decir entre el auto valimiento frente a las actividades de la vida diaria, con el aspecto cognitivo conservado del paciente y su estado de ánimo o depresión de los ancianos institucionalizados del asilo del distrito de Breña.

Rebagliati (citado en Zevallos, 2018) la provincia constitucional del Callao, determinaron los síndromes geriátricos en gerontes hospitalizados, mediante un estudio descriptivo y de tipo transversal, desarrollado en el Centro Geriátrico Naval, del Callao, con una población de 711 pacientes de 60 a más años de ambos sexos, hospitalizados entre enero del 2010 y noviembre del 2011. Se utilizó la base de datos de la Unidad de Agudos del Centro Geriátrico Naval de los pacientes hospitalizados durante este periodo. Se midió los riesgos de malnutrición (MNA), funcionalidad (Índice de Barthel), riesgo de problema social (Escala de Gijón), depresión (Escala Geriátrica de depresión de Yesavage) y deterioro cognitivo (MMSE). El análisis se realizó con el programa STATA versión 11. La edad promedio fue de 78 a 82 años. Un 91,4% registró polifarmacia, un 69,2% hipertensión, un 46,3% diabetes mellitus tipo 2 y un 35,2% malnutrición y caídas. Desde el punto de vista social se evidenció 37,1% dependencia funcional y con problema social un 35,4%. Por último, en el aspecto mental, se encontró una prevalencia del 62,2% con depresión y un 34,4% con deterioro cognitivo.

López y Calero (2009) en su investigación “ *La incidencia del deterioro cognitivo es elevada, lo que supone consecuencias negativas a nivel personal, familiar, económico y asistencial*”, cuyo objetivo fue llamar la atención sobre los posibles predictores del deterioro para poder prevenir y actuar antes de que este sea inevitable. Algunos indicadores de riesgo podrían ser la edad, el sexo, el nivel educativo, la historia familiar de demencia, las quejas subjetivas de memoria, diversos problemas médicos

(hipertensión y diabetes), las dificultades sensorio-motoras, la actividad metabólica reducida en ciertas áreas cerebrales, la disminución del volumen hipocampo al, ser portador de uno o dos alelos del genotipo de la apolipo proteína. En, el rendimiento disminuido en tareas de recuerdo inmediato y demorado), el déficit en memoria asociativa y en denominación, la baja plasticidad cognitiva, la depresión, la escasa habilidad de lecto-escritura, el estado cognitivo general, la escasa participación en actividades sociales, el ejercicio físico disminuido, la falta de apoyo social, el uso de medicación y los problemas relacionados con el sueño. Estos factores podrían contribuir de alguna manera a la predicción del deterioro cognitivo en la senectud.

1.3.3 Base teórica científica:

Aspectos generales sobre el deterioro cognitivo

Actualmente, el concepto más utilizado para referirnos a este estado entre el envejecimiento y la demencia es el de deterioro cognitivo ligero (DCL), propuesto por el equipo de la Clínica Mayo a finales de los 90. El DCL se refiere a un estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia, especialmente EA. Se ha observado una tasa de conversión anual a demencia del 12% entre las personas que reciben el diagnóstico de DCL, que es superior a la observada en la población general, donde la tasa se sitúa entre 1-2% anual entre las personas mayores de 65 (Petersen et al., 1999)

Petersen et al. (2001) nos menciona que el deterioro cognitivo sin demencia constituyen, todavía en el cambio de milenio, un desafío clínico tanto en la consulta diaria como a nivel teórico y nosológico.

La aplicación de estos criterios diagnósticos ha constituido una aportación interesante, principalmente dirigida a disminuir la heterogeneidad que caracteriza a estos pacientes, aumentar el conocimiento de esta etapa entre lo normal y lo patológico e intentar definir grupos de alto riesgo. Petersen (2003) algunos de estos trabajos se han centrado en el estudio del rendimiento amnésico o en el estudio de aquellas estructuras cerebrales alteradas más tempranamente en la EA y relacionadas con la memoria, concluyendo que los pacientes con DCL se sitúan entre los sujetos sanos y aquellos

afectados de EA en estadio inicial, hecho que ha planteado la existencia de un continuum en aquellos pacientes que desarrollarán la enfermedad.

Por lo tanto se indaga sobre aspectos biológicos, y la importancia del factor biológico como único recurso a explorar para la prevención del mismo. Luego se encuentra que si bien los aspectos biológicos del deterioro cognitivo y en especial de la pérdida de funciones cognitivas como, la memoria, atención y velocidad de procesamiento, son un punto esencial a ser evaluado ante tal disminución, también otros deben ser considerados.

1.3.3.1 Importancia de la detección precoz del deterioro cognitivo

Pérez (2005) menciona que el deterioro cognitivo, es definido como una disminución del funcionamiento intelectual con respecto a un nivel previo de intensidad tal que interfiere con la capacidad funcional del individuo, es muy común en casi todas las enfermedades mentales. Sin embargo, dicha alteración del funcionamiento cognitivo del sujeto tiene mayor importancia en aquellos trastornos que se definen sobre todo por la aparición del mismo, como es el caso de la demencia y el deterioro cognitivo leve. Estas enfermedades tienen como criterio diagnóstico fundamental la objetivación de un deterioro cognitivo significativo, en el que la afectación de la memoria tiene un papel predominante.

Por lo que el concepto de deterioro cognitivo es más amplio, por lo tanto, actualmente, se cree que el funcionamiento cognitivo sigue un continuum desde la normalidad hasta la demencia avanzada, de manera que entre ambos extremos existirían toda una serie de estadios intermedios, cada uno de los cuales se asociaría a un nivel de funcionalidad.

Asimismo, si se realiza un diagnóstico precoz, el tratamiento también lo será. Sin embargo, es realmente más eficaz, en el caso del deterioro cognitivo en general y particular, un tratamiento precoz. Las causas capaces de provocar deterioro cognitivo son variadas y por lo tanto, también lo son los enfoques terapéuticos y sus posibles resultados. Diversos estudios señalan que entre el 11% y el 30% de las demencias tienen una causa tratable (trastornos metabólicos, hidrocefalia normotensiva, procesos infecciosos, procesos expansivos...) y que un 1-3% remiten al aplicar un tratamiento adecuado (Cunha, 1990; Thomas, 1989; Vinyoles et al., 2002).

Esta teoría entronca directamente con la hipótesis de la reserva cerebral, que establece que sólo a partir de un determinado nivel de disminución del funcionamiento

cerebral podemos objetivar la aparición de un síndrome demencial, aunque el deterioro se habría iniciado antes. En aquellos sujetos con “mayor reserva cerebral”, determinada por factores como la educación, o factores relacionados con hábitos de vida, la enfermedad aparecería más tarde. Como ya dijimos antes deterioro cognitivo no es sinónimo de demencia, ya que también aparece en otros síndromes.

Entre ellos, en el Deterioro Cognitivo Asociado a la Edad (DCAE), que puede resultar difícil de diferenciar de una demencia incipiente. Los trastornos amnésicos, el deterioro cognitivo no especificado y el delirium también conllevan deterioro cognitivo. A la identificación del síndrome concreto (diagnóstico sindrómico) debe añadirse un diagnóstico etiológico que permita identificar los casos reversibles e individualizar el tratamiento. Tanto el diagnóstico como el tratamiento requieren un enfoque holístico y multidisciplinar. El médico de Atención Primaria es el mejor ubicado dentro del sistema sanitario para detectar los casos y gestionar su manejo integral, coordinando los recursos necesarios. El diagnóstico definitivo y el diseño del tratamiento corresponden al especialista (neurólogo, geriatra o psiquiatra). Diversos estudios señalan deficiencias notorias en la eficacia diagnóstica de los médicos generales ante estos trastornos. También los especialistas se equivocan a menudo.

Por lo tanto, los distintos test de screening sencillos que facilitan la valoración de los casos sospechosos, pero su uso no está lo suficientemente extendido. Por otro lado, ciertas características diferenciales pueden ayudar a distinguir un DCAE de una demencia incipiente. Una mejor educación sanitaria de la población y más información en los medios de comunicación podrían facilitar que la sospecha por parte de los familiares («motor de arranque» habitual del proceso diagnóstico) fuera más temprana. Así mismo, incrementar las habilidades diagnósticas y terapéuticas de los médicos de AP ante estos trastornos y descongestionar la asistencia contribuiría, probablemente, a una mayor eficacia diagnóstica.

De Paulo y Folstein (1978) considera que, la experiencia clínica y la documentación existente sugieren que con frecuencia estos trastornos pasan desapercibidos al personal médico o de enfermería. No está de más destacar que, incluso en una disciplina actualmente tan concienciada con el estudio de las funciones superiores como es la neurología, se pudo documentar, no hace tantos años, en centros médicos de máximo nivel científico, una insuficiente detección de los síndromes de deterioro cognoscitivo.

Montón, Pérez, Campos, García y Lobo (1993) mencionan como descartes las posibilidades, el clínico tiene que plantearse si se cumplen los criterios con los que

hemos definido un deterioro “global” cognoscitivo: una pérdida de un mejor nivel previo al menos en tres funciones superiores; orientación, cálculo, lenguaje hablado o escrito, etc.

Lozano (2011) nos mencionó que desde el punto de vista biológico dice que existe siempre una pérdida progresiva del estado óptimo de salud que afecta a nivel de las funciones fisiológicas, cognoscitivas y emocionales, y que las diferentes teorías aceptan una pérdida progresiva de salud.

Petersen et al. (1999) explicaron que existe un problema a la hora de determinar qué pacientes con DCL podrían evolucionar hacia la enfermedad de Alzheimer en vista de que muchas personas pueden haber tenido en su vida una memoria descendida, una memoria pobre que no ha progresado. La diferencia radica en que los problemas de memoria relacionados a la edad son una alteración cognitiva considerada normal, son olvidos leves.

Pérez (2005) expresó en el caso del Deterioro Cognitivo leve existirá pérdida de una o más funciones cognitivas pero el déficit no produce molestias mayores, es decir no influye en actividades relacionadas al ámbito ocupacional y social de la persona, y por tanto tampoco se lo puede clasificar como una demencia. Por lo tanto los olvidos que aquí encontramos tienen que ver con el desplazamiento de conflictos inconscientes a un plano cognitivo.

Así mismo menciono que la construcción psicosocial de significados que se atribuyen a las diferentes problemáticas influye en las mismas personas, incluidos los aspectos biológicos.

Aspectos generales sobre el hipotiroidismo

El trastorno de Hipotiroidismo presenta constituye en un conjunto de concentraciones séricas de tirotropina (TSH) por encima del valor normal, concentraciones normales de hormonas tiroideas (T3 y T4 libre) y ausencia de manifestaciones clínicas de gran impacto en las actividades de la vida diaria y la calidad de vida del paciente (Sami, Nutt & Ransom, 2004). Este trastorno es frecuente en adultos mayores, considerados según el Organismo Mundial de la Salud (OMS) como personas con edad mayor o igual a 60 años, el cuadro de hipotiroidismo subclínico es inespecífico.

Asimismo, este trastorno afecta a 121 millones de personas en el mundo y es responsable de unas 850 mil muertes cada año, principalmente por suicidio. El deterioro cognitivo es el déficit de las funciones mentales; el más común es la queja de pérdida

de la memoria. Uno de los cambios más reconocidos que suceden con el envejecimiento es el enlentecimiento de los procesos mentales. La mayor parte de los estudios coinciden en que la prevalencia de la demencia se incrementa al doble cada 5 años a partir de los 60 años, comenzando desde 10% y con un pico en los mayores de 85 años de hasta 45% (Delgado y Salinas, 2009).

Asimismo, la estimulación cognitiva por lo que se aplica en enfermedades neurodegenerativa (personas con esclerosis múltiple, Alzheimer, deterioro cognitivo) y en el envejecimiento normal. A través de la estimulación cognitiva se pretende un retardo en la evolución de una demencia.

Aspectos generales sobre el adulto mayor

La falta de una definición operacional estándar, ha dificultado en la práctica la descripción de los ancianos saludables, tanto en aspectos funcionales, cognitivos, físicos y sociales como en parámetros fisiológicos medibles en el laboratorio. La mayor parte de los estudios sobre adultos mayores, estos se caracterizan basados en criterios de edad, y dado que la variabilidad fisiológica y la carga de comorbilidad aumentan con la edad⁹, se limita el conocimiento de los cambios propios atribuibles al envejecimiento.

Rowe y Kahn (1997) consideraron que la elite de las personas mayores en términos de salud global, más que la mera ausencia de enfermedad, y se acerca a la definición planteada por la Organización Mundial de la Salud que considera la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Sin embargo, aún éste es un concepto teórico difícil de aplicar en la práctica clínica.

Ham (1998) consideró que el nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos lo alcanzará América Latina en apenas cincuenta años lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez. Del mismo modo, señala que muchos de los logros sociales, económicos y educativos son los que condujeron a la rápida disminución de la mortalidad y al descenso de la fecundidad en nuestros países, vienen de la incorporación de patrones económicos y culturales de los países desarrollados, que van “desde la tecnología sanitaria y de productos anticonceptivos hasta actitudes sociales y culturales”. Así mismo ofrecer perspectiva a la ya vulnerada salud del adulto mayor, conlleva a que los estudios se prioricen más apurativamente.

Villa y Rivadeneira (1999) complementaron que la vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, de la independencia económica y funcional, la

modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción, la percepción que los demás tienen de nosotros (p.8).

La rehabilitación neuropsicológica tiene 4 Enfoques teóricos como: El Enfoque conductual, Enfoque cognoscitivo, Enfoque cognoscitivo conductual y el Enfoque sociohistórico.

Enfoque cognoscitivo

Surge en 1950 en Estados Unidos a raíz de la integración de los resultados de los diferentes estudios en los campos de la Psicología. Incluye diferentes paradigmas que se explican bajo el común denominador del procesamiento de la información, reconociendo 3 etapas: Input, performance y output (Guinarte, 2002).

Modelo teórico de rehabilitación neuropsicológica

Roselli (2001) mencionó se estructura con el fin de desarrollar un programa de intervención que permita obtener beneficio en un corto lapso de tiempo.

Modelo de rehabilitación por Guinarte (2002).

Restauración:

Mecanismo en el cual se estimulan y mejoran las funciones cognoscitivas, actuando directamente sobre ellas, siendo utilizado cuando la pérdida es parcial en la disminución de las funciones elementales se puede reorganizar o reconstruir por entrenamiento. Teniendo como objetivo primordial el diseño de actividades en la mejora de los déficits neuropsicológicos.

Sustitución:

Se fundamenta en enseñarle al paciente diferentes estrategias que le permitan aminorar los problemas de las disfunciones cognoscitivas. Proporciona alternativas con estrategias de ayudas externas o internas. Teniendo como objetivo principal diferentes alternativas de respuesta.

Estrategia a emplear

Programa de Rehabilitación Neuropsicológica.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Entrenar en el aprendizaje de estrategias y técnicas útiles para el mejorar los procesos cognitivos del paciente.

1.4.2 Objetivo específicos

- Mantener el funcionamiento cognitivo en las áreas de orientación temporal espacial y personal, percepción, memoria, lenguaje y razonamiento
- Desarrollar estrategias compensatorias para mejorar el funcionamiento mnésico.
- Promover la práctica de la relajación para disminuir los niveles de ansiedad y favorecer la atención.

1.5 Justificación e importancia

El caso a investigar se enfocará en estudiar el deterioro cognoscitivo leve en una paciente adulta mayor con hipotiroidismo, así mismo se aplicará un programa de rehabilitación neuropsicológica del modelo cognoscitivo utilizando la restauración y la sustitución en las funciones deficitarias como la memoria y la percepción. En este contexto la investigación concibe pertinencia a nivel teórica, metodológica y practico.

Desde la perspectiva metodológica es relevante, pues contribuirá con un enfoque que permita incrementar y profundizar el conocimiento referente a algunos déficits cognitivos en pacientes con deterioro cognitivo de origen metabólico.

Desde el punto de vista teórico es importante debido a que dará apertura a nuevas líneas de investigación, puesto que al ser una investigación novedosa pretende apertura un nuevo campo de estudio.

En el ámbito practico, la información generada contribuirá a mejorar las estrategias de prevención e intervención el deterioro cognitivo leve metabólico.

1.6 Impactos esperados del proyecto

- Con el presente programa concibo que el participante mejore significativamente diversas funciones como: memoria, razonamiento abstracto, visopercepción entre otras funciones. Asimismo, al concluir su participación en el programa haya desarrollado estrategias que le permitan recuperar sus funciones cognitivas y disminuir sus déficits cognitivos.

II. Metodología

Tipo de investigación es cualitativa, diseño de caso único que se realiza con el objetivo de examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2.1 Datos de Filiación

Nombres:	Mavila
Sexo:	Femenino
Edad:	76 años
Fecha de nacimiento:	10 de noviembre de 1946
Lugar de nacimiento:	Canta – Lima
Estado civil:	Casada / N° de hijos 3
Escolaridad:	Secundaria completa.
Ocupación:	Ama de casa
Fechas de exámenes:	03, 10,17 y 24 de julio de 2018.
Fecha del Informe:	07 de Agosto de 2018.
Informantes:	Srta. Maria Carhuallala.
Examinadora:	Ps. Sucet Alexsandra Cerrillo Quispe

2.2 Motivo de consulta:

Neurólogo tratante, solicita informe neuropsicológico a paciente adulta mayor con diagnóstico de hipotiroidismo y presencia de olvidos.

Evaluación neuropsicológica a paciente que presenta hipotiroidismo y deterioro cognitivo leve, familiar refiere:”mi mamá es independiente para hacer sus cosas, solo que últimamente está presentando olvidos mas frecuentes, incluso se ha desorientado cuando ha salido al mercado quedándose más de dos horas, olvida apagar la cocina, tomar sus medicación a la hora, discute con mi papá cada vez que no recuerda. Se ocupa de las tareas domesticas en la casa.

La evaluación Neuropsicológica es de índole académica. La paciente se torna colaboradora, participativa y dispuesta a realizar las actividades que se le solicitaban, evidenciando tolerancia ante el fracaso en el rendimiento de algunos ítems de las evaluaciones presentadas.

2.3 Problema Actual

Inicios de Abril la paciente presenta fallos de memoria en sus actividades de la vida diaria como olvidar apagar la cocina, toma de su medicación.

Su enfermedad es concebida desde Julio del 2016, evidencio signos de la enfermedad de Hipotiroidismo, por ello recibe tratamiento endocrinológico precedido hasta la actualidad.

2.3.1 Presentación Actual del Problema

Examinada refiere: “me olvido después de leer 2 veces, la preparación de la comida, ya no puedo calcular 2 cifras mentalmente, me siento con menos fuerza que antes, me preocupo mucho por mis hijas que viven conmigo a pesar que son adultas, cada vez que discuto con el esposo siempre le recuerdo su infidelidad”.

2.3.2. Desarrollo cronológico del problema:

Paciente diagnosticada con hipotiroidismo en el año 2016, recibe tratamiento por este diagnóstico, presentando desde ese entonces dificultad para recordar donde dejaba el dinero, las llaves, las compras de la comida, los quehaceres propios del hogar, referido por su hija Rosario.

Hasta el año 2017 se mantuvieron estos episodios según lo expresado por su hija Rosario.

En la actualidad las quejas de memoria son más frecuentes, presento un episodio de desorientación espacial razón por la cual a la fecha sale acompañada a lugares distantes, presentando cambios bruscos del humor irritabilidad (reprocha frecuentemente infidelidad por parte del esposo en 1982), ansiedad manifiesta (cuando hijas demoran en llegar a casa).

2.4 Historia Personal

La paciente se presenta acompañado de su hija, su apariencia personal es aliñada, contextura física delgada, estatura baja, raza mestiza y tez trigueña, cabello canoso ensortijado corto, camina encorvada, su lenguaje es fluido de forma espontánea y ante preguntas, su velocidad para el procesamiento de la información se encuentra disminuido, su ritmo de trabajo es estable.

Observación de conducta:

La examinada en todas las sesiones se mostró sociable, comunicativa y con predisposición para realizar las actividades que se le solicitaban.

2.5 Historia Familiar

Actualmente lleva 50 años de matrimonio, tiene 2 hijas e hijo. Vive en su casa con su esposo y sus 2 hijas.

2.6 Diagnostico psicológico

La examinada en el momento actual, se desempeña con un funcionamiento intelectual global de 78 correspondiéndole una categoría diagnóstica de “Límite”.

Actualmente presenta un Performance Neuropsicológico con un “Deterioro Cognitivo Leve” con una disfunción evidenciándose en su atención (visual – auditiva), amplitud atencional, retención de textos, fluidez verbal fonológica, cálculo mental y en su memoria (visual - verbal).

Los indicadores impresionan con un Trastorno Cognoscitivo Leve. A nivel emocional presenta indicadores de depresión en grado leve y ansiedad los cuales se desencadenan en ocasiones en crisis de angustia.

2.8 Evaluación psicológica**2.8.1 Instrumentos de recolección de datos:****Pruebas utilizadas:**

- ✓ Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS versión IV).
- ✓ Evaluación Neuropsicológica en español (NEUROPSI).
- ✓ Escala de Memoria de WESCHLER.
- ✓ Test de Alteración de la Memoria (T@M).
- ✓ Test de copia de una figura compleja de Rey.
- ✓ Test de Actividad de la Vida Diaria Barthel.
- ✓ Test de Actividad de la Vida Diaria Lawton y Brody.
- ✓ Test de reloj.

2.8.2 Informe de cada uno de los Instrumentos aplicados

INFORME DE WAISC IV

I. Datos Generales:

Nombres:	Mavila
Sexo:	Femenino
Edad:	76 años
Fecha de nacimiento:	10 de noviembre de 1946
Lugar de nacimiento:	Canta – Lima
Estado civil:	Casada / N° de hijos 3
Escolaridad:	Secundaria completa.
Ocupación:	Ama de casa
Fechas de exámenes:	03, 10,17 y 24 de julio de 2018.
Fecha del Informe:	07 de Agosto de 2018.
Informantes:	Srta. María Carhuallala.
Examinadora:	Ps. Sucet Aleksandra Cerrillo Quispe

II. Motivo de Consulta

Evaluación neuropsicológica

III. Observación de Conducta

Buen desempeño. Durante la evaluación la examinada se mostró participativa y colaboradora.

IV. Resultados

La examinada obtiene un CI Total de 78, que lo ubica en la categoría diagnóstica de “Límite” Con un nivel de confianza al 90%. “presentando los siguientes índices:

En el análisis de resultados presenta dificultades en la capacidad de Análisis perceptual por dificultades en la capacidad razonamiento no verbal y en la praxia constructiva manipulativa. Así mismo dificultades en la memoria de trabajo y de atención audio-verbal en la velocidad de ejecución y en el aprendizaje motor.

La capacidad de razonamiento verbal, evaluación conceptual, memoria semántica a largo plazo y, de manejo numérico se encuentra en los límites esperados.

Tabla 1

Índice y categoría

Índices	CI	Categoría
Comprensión verbal	92	Medio.
Razonamiento perceptual	70	Límite.
Memoria Trabajo	82	Normal Bajo.
Velocidad de procesamiento	89	Normal Bajo.

INFORME DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN ESPAÑOL (NEUROPSI).

I. Datos Generales

Nombres: M.B.P
Sexo: Femenino
Edad: 76 años
Fecha de nacimiento: 10 de noviembre de 1946
Lugar de nacimiento: Canta – Lima
Estado civil: Casada / N° de hijos 3
Escolaridad: Secundaria completa.
Ocupación: Ama de casa
Fechas de exámenes: 03, 10,17 y 24 de julio de 2018.
Fecha del Informe: 07 de Agosto de 2018.
Informantes: Srta. Maria Carhuallala.
Examinadora: Ps. Sucet Aleksandra Cerrillo Quispe

II. Motivo de Consulta

Evaluación neuropsicológica

III. Observación de Conducta

A lo largo de la evaluación se muestra dispuesta y cooperativa.

IV. Resultados

Obtiene un puntaje total (73/129) correspondiente a la categoría de Alteración leve

El análisis de sus resultados evidencias dificultades en el recuerdo semántico demorado de información audio-verbal y viso-espacial reciente. Asimismo, dificultad leve en la comprensión audio-verbal de nivel semicomplejo y en la fluencia verbal de modalidad fonológica.

INFORME DE TEST DE ALTERACIÓN DE LA MEMORIA (T@M)

I. DATOS GENERALES:

Nombres: M.B.P
Sexo: Femenino
Edad: 76 años
Fecha de nacimiento: 10 de noviembre de 1946
Lugar de nacimiento: Canta – Lima
Estado civil: Casada / N° de hijos 3
Escolaridad: Secundaria completa.
Ocupación: Ama de casa
Fechas de exámenes: 03, 10,17 y 24 de julio de 2018.
Fecha del Informe: 07 de Agosto de 2018.
Informantes: Srta. Maria Carhuallala.
Examinadora: Ps. Sucet Aleksandra Cerrillo Quispe

II. Motivo de Consulta

Evaluación neuropsicológica

III. Observación de Conducta

A lo largo de la evaluación se muestra dispuesta y cooperativa.

IV. Resultados

Obtiene un puntaje de 20/50 corresponde a la categoría de alteraciones severa. Los análisis de sus resultados evidencian déficit en el recuerdo de información semántica reciente y de largo plazo, dificultad que pueda ser compensada con pistas y claves categoriales.

INFORME DE TEST DE COPIA DE UNA FIGURA COMPLEJA DE REY

I. Datos Generales:

Nombres: M.B.P
Sexo: Femenino
Edad: 76 años
Fecha de nacimiento: 10 de noviembre de 1946
Lugar de nacimiento: Canta – Lima
Estado civil: Casada / N° de hijos 3
Escolaridad: Secundaria completa.
Ocupación: Ama de casa
Fechas de exámenes: 03, 10,17 y 24 de julio de 2018.
Fecha del Informe: 07 de Agosto de 2018.
Informantes: Srta. Maria Carhuallala.
Examinadora: Ps. Sucet Aleksandra Cerrillo Quispe

II. Motivo De Consulta

Evaluación neuropsicológica

III. Observación De Conducta

A lo largo de la evaluación se muestra dispuesta y cooperativa.

IV. Resultados

Obtiene un nivel de rendimiento correspondiente a la categoría normal promedio (Pc. 60) en la capacidad de organización, orientación e integración de elementos de un estímulo complejo; sin embargo, con un rendimiento deficiente (Pc. 1) en la capacidad de recuerdo viso-gráfico inmediato.

INFORME DE TEST DE RELOJ

I. DATOS GENERALES:

Nombres: M.B.P
Sexo: Femenino
Edad: 76 años
Fecha de nacimiento: 10 de noviembre de 1946
Lugar de nacimiento: Canta – Lima
Estado civil: Casada / N° de hijos 3
Escolaridad: Secundaria completa.
Ocupación: Ama de casa
Fechas de exámenes: 03, 10,17 y 24 de julio de 2018.
Fecha del Informe: 07 de Agosto de 2018.
Informantes: Srta. María Carhuallala.
Examinadora: Ps. Sucet Aleksandra Cerrillo Quispe

II. Motivo De Consulta

Evaluación neuropsicológica

III. Observación De Conducta

Durante el proceso de la evaluación la examinada se manifiesta atenta y colaboradora

IV. Resultados

Obtiene un puntaje total de 10/10 indicando de que las habilidades de visoespaciales, de que praxia constructiva y de memoria a corto plazo en reloj conservado.

INFORME DE ACTIVIDAD FUNCIONAL ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA:

I. DATOS GENERALES:

Nombres: M.B.P
Sexo: Femenino
Edad: 76 años
Fecha de nacimiento: 10 de noviembre de 1946
Lugar de nacimiento: Canta – Lima
Estado civil: Casada / N° de hijos 3
Escolaridad: Secundaria completa.
Ocupación: Ama de casa
Fechas de exámenes: 03, 10,17 y 24 de julio de 2018.
Fecha del Informe: 07 de Agosto de 2018.
Informantes: Srta. María Carhuallala.
Examinadora: Ps. Sucet Aleksandra Cerrillo Quispe

II. Motivo De Consulta

Evaluación neuropsicológica

III. Observación De Conducta

Durante el proceso de la evaluación la examinada se manifiesta atenta y colaboradora

IV. Resultados

Según datos referidos por la evaluada y contrastada con la información brindada por la informante (hija) la evocación de información personal y extra-personal, se encuentran relativamente conservada; sin embargo, se refieren quejas subjetivas relacionadas con alteración en la memoria retrospectiva y prospectiva. Así como dificultades en la memoria semántica.

En la evaluación funcional obtiene puntaje de dependencia leve y moderada en actividades de la vida diaria de tipo instrumental y de autovalimiento básico personal.

INFORME NEUROPSICOLÓGICO

I. DATOS PERSONALES

Nombres:	M.B.P
Sexo:	Femenino
Edad:	76 años
Fecha de nacimiento:	10 de noviembre de 1946
Lugar de nacimiento:	Canta – Lima
Estado civil:	Casada / N° de hijos 3
Escolaridad:	Secundaria completa.
Ocupación:	Ama de casa
Fechas de exámenes:	03, 10,17 y 24 de julio de 2018.
Fecha del Informe:	07 de Agosto de 2018.
Informantes:	Srta. Maria Carhuallala.
Examinadora:	Ps. Sucet Cerrillo Quispe

II. Motivo de Consulta:

Neurólogo tratante, solicita evaluación neuropsicológica a paciente adulta mayor con diagnóstico de hipotiroidismo y presencia de olvidos.

III. Observación:

Durante la evaluación la examinada en todas las sesiones se mostró sociable, comunicativa y con predisposición para realizar las actividades que se le solicitaban.

Su lenguaje es fluido de forma espontánea y ante preguntas, su velocidad para el procesamiento de la información se encuentra disminuido, su ritmo de trabajo es estable.

IV. Análisis de los resultados

Análisis psicométrico:

Obtiene un cociente intelectual general correspondiente a la categoría limítrofe (CI Global 78). Con mejor eficacia y eficiencia en el área de comprensión verbal respecto a la capacidad de razonamiento perceptual. Asimismo, con alteración leve en la performance neuropsicológica básica global.

Presenta dependencia leve y moderada en las actividades de la vida diaria de tipo instrumental y de auto-valimiento personal básico.

Análisis cognitivo:

Muestra mejor nivel de eficacia y eficiencia en habilidades verbales respecto a los de modalidad perceptivo-motor. Presenta dificultad en la praxia constructiva espacial manipulativa, en la capacidad de razonamiento no verbal y en el recuerdo semántico diferido para información reciente de tipo verbal y no verbal.

Análisis neurofuncional:

De acuerdo a las dificultades cognitivas y socio-emocionales observados se infiere alteración difusa (izquierdo/derecho). Según resultados de exámenes de neuroimagen se evidencia pequeña área hipodensa en corona radiata frontal izquierda en relación evento isquémico crónico. Calcificación cortical nodular residual occipital izquierda cambios corticos subcorticales de acuerdo a edad. Pequeñas lesiones focales confluentes en la sustancia blanca paraventricular lateral y subcortical bilateral asociado a eventos microisquémicos crónicos.

Análisis ecológico:

Se refieren quejas subjetivas de tipo funcional relacionada con alteración en la memoria declarativa de tipo semántico y episódico (deja cocina encendida, olvida dónde guardo el dinero u otro documento importante) olvida tomar pastillas, condimentar la comida del día, poca tolerancia a la frustración y con cambios en la esfera socio-emocional.

Conclusión Diagnóstica:

Evaluada en estado de vigilia y con capacidad para dirigir y sostener atención selectiva. Presenta dificultades relacionada con la memoria anterógrada, en la praxia espacial manipulativa y con dependencia en actividades de la vida diaria.

- Deterioro cognitivo leve multidominio, con predominio mnémico.

III. Viabilidad del Proyecto

El programa a desarrollar reúne las condiciones necesarias para su ejecución, considero, el mismo es accesible al caso. Se realizará en un ambiente físico adecuado brindando al participante el material necesario para su entrenamiento.

V. Producto

Programa de intervención

Desarrolle un programa de intervención neuropsicológica que tiene por objetivo, estimular y mantener las funciones cognitivas de la participante con diagnóstico de enfermedad de hipotiroidismo, en la cual asigne diversas estrategias destinadas a la recuperación de las funciones cognitivas.

Seguidamente, describiré el desarrollo del Programa de Rehabilitación Cognitiva que emplee a la paciente con enfermedad de hipotiroidismo.

El programa esta constituida por 4 bloques con un total de 7 sesiones más dos de repaso o seguimiento

Tiempo de duración por cada sesión: 45 minutos

Estructura de las sesiones:

- Acogida y relajación
- Repaso de la sesión anterior y revisión de los ejercicios para casa.
- Temática central de la sesión
- Explicación de los ejercicios para casa, repaso de la sesión, dudas y toma de notas.

Contenido de las sesiones:

- Mantenimiento y mejora de la habilidad a desarrollar.
- Siendo un programa de rehabilitación de apertura se le permitirá a la participante, modificar y adaptarse a actividades de estimulación cognitiva en los

diferentes ámbitos de intervención, se proseguirá instaurando actividades que mejoren la viabilidad de su eficacia.

Resultados

El Programa de Rehabilitación cognitiva instaurado en la paciente con enfermedad de hipotiroidismo y deterioro cognitivo leve, viabiliza resultados óptimos acerca de los logros de la participante. Estimo que se ha correspondido con indicadores de logro en la recuperación, ante las funciones ejecutivas rehabilitadas de la participante. Por tal en el cuadro comparativo de pre y post test realizados. En primer lugar, se espera al menos un mantenimiento, o cierto grado de mejora en aquellas funciones ejecutivas objeto de rehabilitación (flexibilidad cognitiva, planificación, memoria semántica, viso percepción), reflejado en las puntuaciones de las pruebas administradas, y la Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas en hipotiroidismo, siendo relevante también la información aportada por la paciente y la familiar informante. Estos resultados, evidencian también repercusión en las diferentes áreas de su vida cotidiana: como las actividades de la vida diaria, instrumentales, relaciones intrapersonales como interpersonales.

Discusión

El deterioro cognitivo, es definido como una disminución del funcionamiento intelectual con respecto a un nivel previo de intensidad tal que interfiere con la capacidad funcional del individuo, es muy común en casi todas las enfermedades mentales (Pérez, 2005).

Las investigaciones realizadas hasta la actualidad se han centrado en el estudio del deterioro cognitivo desde una perspectiva anatómica, poniendo principal énfasis en las características que conlleva, las causas y posible correlación entre deterioro cognitivo y diversos factores biopsicosociales. Sin embargo, la falta de estudios realizados sobre deterioro cognitivo en pacientes con hipertiroidismo, especialmente sobre su rehabilitación, ha sido una desventaja en cuanto a evidencia de resultados se refiere.

No obstante, Borella en el año 2010 realizó un estudio aplicando un programa de entrenamiento en la memoria de trabajo verbal en un grupo de adultos mayores, en el que su principal objetivo fue determinar la eficacia de dicho programa, siendo este favorable, pues el grupo que fue entrenado obtuvo un mejor rendimiento, es decir la rehabilitación a través de este programa fue eficiente.

Conclusiones

- Se diseñó un programa de rehabilitación con el objetivo de potenciar las funciones cognitivas y disminuir el deterioro cognitivo leve, que presentaba la participante en las actividades de la vida diaria. Asimismo, es relevante la rehabilitación que se ejecuto para poder recuperar las funciones cognitivas pérdidas de la paciente y estimularlas; tanto de manera integral, como el logro de su incorporación a la sociedad.
- El programa de rehabilitación está dirigido a las mejoras en dominios cognitivos específicos, como la atención, memoria, funciones ejecutivas, visoespaciales y calculo, que son habilidades cognitivas esenciales para completar las tareas en la vida diaria.
- La recuperación de las funciones cognitivas y reducir requisitos del deterioro cognitivo en los pacientes con deterioro cognitivo e hipotiroidismo, por tal se diseñó y aplico el presente programa por la relevancia merecida de la misma.

VI. Recomendaciones

- 1) Emplear dos veces por semana 10 minutos para la asignación de diferentes tareas en estimulación de los distintos procesos y tipos de memoria, por ejemplo: repetición inmediata de palabras, números, narraciones de historias cortas.
- 2) Incluir durante 20 minutos el hábito de la lectura y la comprensión de la misma, ejerciendo preguntas con un mínimo de 7 para estimular 7 respuestas; afianzando la memoria audioverbal.
- 3) Seleccionar por categorías la denominación de fechas importantes en la familia, tales como los cumpleaños de los allegados y distintos miembros, asimismo preguntando constantemente acerca de las actividades de la vida diaria que tiene por realizar.
- 4) Dejar una consigna de las papas son de color amarillo al igual que la verdura tal es de color amarillo; permitiéndole la asociación de diversos derivados, mencionando asimismo las texturas suaves como el algodón, y duras entre otras.
- 5) Mostrar fotografías de diversos destinos turísticos indicando la ubicación de estos, así como el tiempo de trayectoria; puesto que afianzaría el bagaje informativo como el empleo del vocabulario en las denominaciones.
- 6) Permitir que busque, corte lecturas, pegue distintas noticias y resalte la consonante que se le asigne en el contenido de la lectura; aumentara la capacidad de atención selectiva y concentración ante un estímulo.
- 7) Asignar ejercicios de adición en dígitos de 2 cifras en la cual se eleven con sumandos más 2 tales como 11 más 2 es igual 13, así progresivamente hasta llegar a 211;.
- 8) Permitir que logre copiar figuras grandes como herramientas de trabajo, frutas, verduras y medicinas, mantendrá activa la aprensión de.
- 9) Instaurar 25 minutos para la ejecución de concentración en un ambiente silencioso antes de iniciar distintas actividades ya mencionadas.

VII. Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (2012). Manual del estilo de publicaciones de la APA.* México D.F., México: Manual Moderno.
- Ahunca, L. F. (2017). *Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas.* *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 51–58. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.006>
- Aranibar, P. (2001, diciembre) *Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP.* Consultora del Área de Población y Desarrollo del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE): Organización de las Naciones Unidas.
- Ardilla, A., Arocho, J., Labos, E. y Rodríguez, W. (2015) *Diccionario de Neuropsicología.* Montevideo: Botiquín Psicológico. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B1qyB0mJTqxq9NnhVN2ttY0JLN3c/view?ts=5679c5e0>
- Ausubel, D., Novack, J. y Hanesian, H. (1983). *Psicología Educativa.* México D.F, México: Trillas.
- Borella, E., Carretti, B., Riboldi, F. y De Beni, R. (2010). Working Memory Training in Older Adults: Evidence of Transfer and Maintenance Effects. *Psychology and Aging*, 25(4), 767-778. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20973604>
- Cano, S. S., Cardona, A. D., Garzón, D. M., Segura, C. A., Segura, C. A. (2016). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Revista Brasileña geriátrica gerontológica*, 19(1), 71-86. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n1/pt_1809-9823-rbagg-19-01-00071.pdf
- Cunha, U.G. (1990). An investigation of dementia among elderly outpatients. *Acta Psychiatrica Scand*, 82, 261- 263.
- Delgado, C. y Salinas, P. (2009). Evaluación de las alteraciones cognoscitivas en adultos mayores. *Rev Hosp Clín Univ de Chile*, 20, 244-251.
- Delgado, M. (2013). *Programa de entrenamiento en Estrategias para mejorar la memoria. Manual del Terapeuta.* Madrid, España: Editorial EOS.

- De Paulo, J. R., Folstein, M. F. (1978). Psychiatric disturbances in neurological patients: detection, recognition, and hospital course. *Annals of Neurology*, 4, 225-228.
- Dioses, A. (2007). Relación entre memoria auditiva inmediata y dificultades en el aprendizaje de la ortografía en niños que cursan el quinto y sexto grado de educación primaria en colegios públicos y privados de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 6(2), 48-57.
- Ham, R. (1998). Implicaciones del envejecimiento en la planeación del bienestar. *Papeles de población*, (17), 31-38.
- Escobar, A. L. (2013). *Programa de estimulación cognitiva para personas de edad avanzada: Diseño y evaluación*. (Trabajo de pregrado). Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.
- Gonzales, C., Deza, F., León, F. y Poma, J. (2014). Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: Experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(4), 327-330).
- Guinarte, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva: Aspectos teóricos y metodológicos. *Rev. Neurología*, 34, 870-873.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Mc Graw Hill.
- López, P. A. y Calero, M. D. (2009) Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de geriatría y gerontología*, 44,(4), 220-224. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X09001073>
- Lopez, P. A., Calero, M. D. y Navarro, G. E. (2013) Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Revista de Neurología*, 56(1), 1-7. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259842127_Prediccion_del_deterioro_cognitivo_en_ancianos_mediante_el_analisis_del_rendimiento_en_fluidez_verbal_y_en_atencion_sostenida

- Lozano, D. (2011) Concepción de vejez: Entre la biología y la cultura. *Enfermería imagen y desarrollo*, 13(2), 89-100. Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/146.pdf>
- Luria, A. (1984). *Atención y Memoria*. México D.F, México: Planeta.
- Montero y León (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 503-508.
- Montón, C., Pérez, M. J., Campos, R., García, J. y Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12(6), 345-349.
- Pardo, M. L., Musso, M., Keselman, A., Gruñeiro, L., Bergadá, I. y Chiesa, A. (2017). Perfiles cognitivos en pacientes con hipotiroidismo congénito detectado y tratado en forma temprana. *Arch Argent Pediatr*, 115(1), 12-17.
- Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista cubana de medicina general integral*, 21(1), 1-8. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017
- Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G. y Kokmen, E.C. (1999). Mild Cognitive Impairment. Clinical Characterization and Outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
- Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L. y Dekosky, S.T. (2001). Practice parameters: Early detection of dementia. mild cognitive impairment (an evidence-based review). *Archives of Neurology*, 56, 1133- 1142.
- Petersen, R. C. (2003). *Mild Cognitive Impairment*. New York, NY: Oxford University Press.
- Portillo, B. P. (2015). *Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/670960/portillo_barrera_patricia.pdf?sequence=1
- Roselli, M. (2001). Avances en Rehabilitación Cognoscitiva. *Revista de Neuropsicología. Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 3(1), 57 – 68.

- Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37, 433-40.
- Serrano, C. (2006). *Servicio de Neuropsicología*. Buenos Aires, Argentina: Instituto Universitario CEMIC.
- Thomas, D.R. (1989). Differential diagnoses of dementing diseases. *Mississippi State Medical Association*, 30(12), 391-4.
- Villa, M. y Rivadeneira, L. (1999, setiembre). El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: Una expresión de la transición demográfica. *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: Políticas públicas y las acciones de la sociedad*. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad, Santiago, Chile.
- Vinyoles, E., Vila, J., Argimon, J., Espinás, J., Abos, T. y Limón, E. (2002). Concordancia entre el Mini-examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención Primaria*, 30(1), 5-13. doi: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78956-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78956-7)
- Zevallos, Z. R. (2018). *Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima* (Tesis de doctorado). Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.

ANEXOS

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre: M.B.P

Edad: 76

Fecha de nacimiento: 02-07-1942.

Escolaridad: Secundaria completa.

Ocupación Actual: Ama de casa.

Lateralidad: Diestra.

Natural de: Canta – Lima.

Procedente de: Lima

- **HISTORIA CLÍNICA:**

Presenta dificultades relacionada con la memoria anterógrada, en la praxia espacial manipulativa y con dependencia en actividades de la vida diaria.

Deterioro cognitivo leve multidominio, con predominio mnémico.

- **EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA:**

Evaluada en estado de vigilia y con capacidad para dirigir y sostener atención selectiva. Presenta dificultades relacionada con la memoria anterógrada, en la praxia espacial manipulativa y con dependencia en actividades de la vida diaria.

Deterioro cognitivo leve multidominio, con predominio mnémico.

Tabla 2

Perfil cognoscitivo

Dificultades	Fortalezas
<ul style="list-style-type: none"> • Evocación de información semántica reciente. • Dificultad en la praxia constructiva espacial manipulativa. • Disminución en las funciones ejecutivas • En la capacidad de razonamiento perceptual. • Atención sostenida • Disminución en el cálculo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de abstracción verbal. • Capacidad de aprendizaje perceptivo-motor. • Lenguaje espontáneo con fluidez verbal.

- Modelo y enfoque de rehabilitación a emplear

En el presente caso se empleo el modelo de enfoque Cognoscitivo y el modelo de Rehabilitación de Restauración, mecanismo por el cual se estimulan y mejoran las funciones cognoscitivas, en el cual se diseñaron actividades que permitieron a la participante mejorar los déficits neuropsicológicos. Asimismo, modelo de Rehabilitación por Sustitución, proporcionándole al participante estrategias que le permitan adquirir diferentes alternativas de respuesta.

Se estimulan a los participantes mejorar los déficits neuropsicológicos.

- Objetivos por periodo de tiempo (ciclo)

- o Objetivo general:

Mejorar la función cognitiva del participante con signos de deterioro cognoscitivo.

- o Objetivos específicos de los procesos:

- Estimulación y mantenimiento de los procesos de codificación, almacenamiento y recuperación.
- Empleo de claves para facilitar los procesos de recuperación de la información.
- Aprendizaje de recursos mnemotécnicos internos y externos usando las estrategias ya adquiridas en las anteceditas sesiones.
- Mantenimiento de la capacidad de orientación espacial, incluyendo el recuerdo y reconocimiento de lugar de residencia habitual.
- Mejorar la capacidad de orientación temporal incluyendo el recuerdo de los horarios de tomas del medicamento.
- Aumento de la capacidad de atención selectiva y concentración de un estímulo, reduciendo la distractibilidad con respecto al entorno.
- Conservación de la capacidad de denominación verbal, objetos, personas, categorías reconocibles de la paciente.
- Mantenimiento de la capacidad de reconocimiento comprensión del lenguaje oral y escrito.
- Preservación de las habilidades de búsqueda de información de la vida cotidiana.
- Mejora de la emisión de respuestas motoras ante diferentes claves sensoriales visuales y auditivas.
- Potenciación de la coordinación interpersonal desarrollando movimientos comunes.
- Toma de conciencia sobre el propio déficit y recursos y estimulación de los recursos para con dichos déficits.

Diseño de las actividades:

Basado en los aportes de diferentes autores que han desarrollado Programas de Rehabilitación Cognitiva y con el fin de mantener activa la capacidad cognitiva del participante, se tomó como ejemplo los ejercicios contenidos en el cuaderno de ejercicios de distintos autores españoles, y los consignados diseñados en el Programa de entrenamiento en Estrategias para mejorar la Memoria

Funciones Ejecutivas: Son las capacidades mentales necesarias para la planificación de las conductas, inhibición de la conducta, solución del problema y toma de decisiones, comprende el establecimiento del plan, el mantenimiento de este mientras funcione y su adaptación o cambio cuando deje de ser útil. Delgado (2013)

Ejercicios para realizar:

Ejercicio de razonamiento abstracto

Ejercicio de planificación

Memoria: Capacidad cognitiva que nos permite codificar, almacenar y recuperar, diferentes tipos de información, conocimiento y habilidades. Delgado (2013) menciona que en esta capacidad participan procesos cognitivos como la atención, percepción, lenguaje, funciones ejecutivas.

Ejercicios para realizar:

Ejercicio de impresión

Ejercicios de repetición

Ejercicios de asociación

Ejercicios de visualización

Memoria largo plazo explícita o declarativa: Contiene nuestros conocimientos acerca del mundo físico, nuestros recuerdos autobiográficos, el lenguaje y el significado de los conceptos, almacén donde los recuerdos se mantienen de forma permanente y organizada.

Ejercicios para realizar:

Memoria Semántica: Contiene información organizada sobre nuestro conocimiento del mundo, conserva palabras hechas, conceptos, vocabulario no ligados al tiempo

lugar o contexto en el que fueron adquiridos, también incluye el conocimiento general sobre el funcionamiento de nuestra sociedad.

Ejercicios por categorías

Ejercicios de historias

Ejercicios de dibujos

Ejercicios de recuerdo diferido

Memoria auditiva inmediata: Es aquella que almacena por un tiempo limitado la información procedente del canal auditivo y cuya forma de recuperación es inmediata.

Dioses (2007)

Ejercicios para realizar:

Ejercicios retención de dígitos.

Ejercicios repetición de palabras.

Cálculo

Ejercicios para realizar:

Ejercicios de adición de 2 cifras.

Ejercicios de problemas con dinero.

Memoria episódica: Almacena experiencias perceptivas personales, asociadas a tiempo, lugar y contexto específico.

Ejercicios para realizar:

Ejercicios de recuerdos por rangos de edad.

Ejercicios de recuerdos de ambiente estudiantil.

Ejercicios de recuerdos de vivencias familiares antes de comprometerse.

Praxia constructiva: Sucesión de movimientos coordinados para la consecución de un fin, como habilidad para ejecutar acciones motoras aprendidas. Dejerine (1914) por Blasquez (2011)

Ejercicios para realizar

Ejercicios de puzles de rostros

Ejercicios de copia de figuras.

Ejercicios de dibujo asignado

Praxia espacial: manipulativa. Incapacidad para manipular objetos incluyendo una secuencia de gestos, como incoherentes y desorganizados. a Luria (1973) por Blasquez (2011)

Ejercicios para realizar

Ejercicios de imitación de gestos.

Ejercicios de ejecución de gestos conocidos para indicar acción.

Orientación espacial: son consideradas como un conjunto de habilidades

Relacionadas con el razonamiento espacial. Gonzato, Fernández y Godino, (2011)

Ejercicios para realizar:

Ejercicios de exploración del espacio.

Ejercicios de descubrimiento en cada lateralidad.

Ejercicios de rutas de camino para llegar a casa

Ejercicios de trayectorias y kilómetros para

lograr

Razonamiento perceptual: es la capacidad de usar la información sensorial (y en especial, la visual) con el fin de comprender el mundo que nos rodea e interactuar con él. ... Podrás ayudar a tu hijo a mejorarlo si realizas algunos ejercicios básicos y creas un entorno en el hogar que fomente el aprendizaje sensorial.

Ejercicios para realizar:

Ejercicios de visualización de objetos en el ambiente

Ejercicios de clasificación de texturas por denominación

Ejercicios de percepción de texturas y pegados correspondientes

Diseño de las actividades:

FECHA	SESIÓN	PROCESO	EJERCICIOS	OBSERVACIONES
02-10-2018	1	Funciones Ejecutivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Razonamiento Abstracto 2. Ejercicios de Planificación 3. Razonamiento sobre secuencias 4. Ejecución de planes cognitivos 5. Manejo de información independiente 6. Nombrar objetos con características similares 	La paciente se muestra tensa; colaboradora durante la sesión.
04-10-2018	2	Memoria Semántica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios de historias 2. Ejercicios de dibujos 3. Ejercicios de recuerdo diferido 4. Completamiento de frases 5. Identificación de personajes famosos 6. Recordar pares asociados 	La paciente se muestra dispuesta e intranquila durante los ejercicios asignados.
09-10-2018	3	Memoria auditiva inmediata y calculo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios retención de dígitos. 2. Ejercicios repetición de palabras. 3. Ejercicios de adición de 1 dígito. 4. Ejercicios de adición 2 cifras. 5. Ejercicios de escritura en forma creciente sumados de 2 cifras. 6. Ejercicios de escritura en forma decreciente de 2 en 2 cifras / 7. Ejercicios de escritura en forma descendente 3 en 3. 8. Ejercicios de problemas con dinero. 	La paciente presenta dificultades atencionales, conductas de exploración al entorno, su ritmo de trabajo es poco ordenado.

11-10-2018	4	Praxia constructiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios de puzles 2. Ejercicios de rostros 3. Ejercicios de copia de figuras. 4. Ejercicios de dibujo asignado 	La paciente se muestra tranquila y dispuesta ante la ejecución de los ejercicios.
16-10-2018	5	Memoria Episódica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios de recuerdos por rangos de edad. 2. Ejercicios de recuerdos de ambiente estudiantil. 3. Ejercicios de recuerdos de vivencias familiares antes de comprometerse. 	La paciente se muestra colaboradora durante los ejercicios asignados.
18-10-2018	6	Orientación espacial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios de exploración del espacio. 2. Ejercicios de descubrimiento en cada lateralidad. 3. Ejercicios de rutas de camino para llegar a casa 4. Ejercicios de trayectorias y kilómetros para lograr 	La paciente se muestra segura y dispuesta ante los ejercicios asignados durante la sesión.
23-10-2018	7	Razonamiento perceptual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios de visualización de objetos en el ambiente 2. Ejercicios de clasificación de texturas por denominación 3. Ejercicios de percepción de texturas y pegados correspondientes 	La paciente se muestra comunicativa y colaboradora ante los ejercicios asignados durante la sesión.
26-10-2018	8	Memoria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicio de impresión 2. Ejercicios de repetición 3. Ejercicios de asociación 4. Ejercicios de visualización 	La paciente se muestra dispuesta e intranquila durante los ejercicios asignados en la sesión.

• **REVALORACIÓN**

30-10-2018	9	Praxia espacial y repaso	1.Ejercicios de imitación de gestos. 2.Ejercicios de ejecución de gestos conocidos para indicar acción. 3.De acuerdo a las tareas que se evidenció necesarias a reforzar	La paciente se muestra comunicativa y colaboradora ante los ejercicios asignados durante la sesión.
06-11-2018	10	Repaso	De acuerdo a las tareas que se evidenció necesarias a reforzar	La paciente se muestra comunicativa y colaboradora ante la sesión.
06-11-2018	10	Evaluación	1.Post test	La paciente se muestra tensa; colaboradora durante la post evaluación.

Finalizadas las 10 sesiones de terapia en la rehabilitación cognitiva a la paciente, durante la misma se realizó la reevaluación neuropsicológica para medir el efecto e implicancias del programa de rehabilitación cognitiva.

Se encontró los siguientes resultados en el post test, seguidamente detallare mediante el cuadro comparativo:

CUADRO COMPARATIVO DE REVALORACIÓN:
RESULTADOS

NEUROPSI

Pre - test 73 ptos. Post - test 78 ptos.

Alteración Moderada Alteración Leve

T@M

Pre - test 20 ptos. Post - test 26 ptos.

Categoría severa Categoría severa

LAWTON Y BRODY

Pre - test Leve Post - test Autónomo

Instrumental Instrumental

BARTHEL

Pre - test Moderada Post - test Leve

Datos del profesional

Sucet Alexandra Cerrillo Quispe