

RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar por el título de ESPECIALISTA EN EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO.

2. **TÍTULO:**

ESTUDIO COMPARATIVO DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON UN CUADRO DEMENCIA MIXTA CON COMPONENTE FRONTOTEMPORAL ASOCIADA A ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

3. **AUTOR:** Nathalia Rodríguez

4. **LUGAR:** Bogotá, D.C.

5. **FECHA:** Enero de 2015

6. **PALABRAS CLAVE:** Deterioro cognitivo leve, alteración ventro medial, funciones ejecutivas, Reserva Cognitiva, Demencia Frontotemporal, Demencia Mixta

7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El propósito de este estudio fue comparar los resultados de la valoración y revaloración neuropsicológica realizadas a un paciente con un diagnóstico inicial de deterioro cognitivo leve, que evoluciona a un cuadro de demencia mixta con componente frontotemporal asociado a patología vascular; valorado en la Clínica Universidad de la Sabana en el municipio de Chía Colombia. Para lograr los resultados del estudio anterior, se usó un diseño de tipo descriptivo de caso único. Se encontró en los resultados que el paciente en los procesos cognoscitivos no presentó cambios significativos a excepción de su ejecución en función ejecutiva y cambios importantes en el área comportamental relacionados con pobre iniciativa y alteración de su conducta, probablemente con estructuras asociadas al funcionamiento frontal, al presentar un perfil de predominio ventro medial donde la pobre iniciativa, motivación y la presencia de abulia son los hallazgos más significativos que afectan al paciente en su independencia y autonomía para la vida diaria. Adicionalmente es importante tener en cuenta su antecedente de enfermedad cerebro vascular asociado a la hipertensión arterial (HTA) y presencia de un Accidente Isquémico Transitorio (AIT) que produce alteraciones cognitivas en diferentes dominios como: Atención, memoria de evocación, lenguaje específicamente en tareas de denominación, en la fluidez verbal de componente fonológico y en las funciones ejecutivas, cuando afecta regiones subcorticales por presencia de microangiopatía.

8. **CONTENIDOS:** El estudio de las demencias tiene gran importancia a nivel mundial. Nuestro país no es ajeno a esta situación, a esta tendencia y muestra de ello es la existencia de grupos de investigación neurocientífica que hacen exploración en este aspecto, la razón porque este tema pase a ser muy estudiado, sigue siendo impactante por sus índices de prevalencia; en cuanto a ello la incidencia de la demencia también aumenta con la edad y como lo afirma (Miranda, 2010) después de los 65 años la prevalencia se dobla cada cinco años. La más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, seguida en su orden y con gran aumento por la demencia vascular esta última debido principalmente al aumento de los casos de ataque cerebro vascular y factores

de riesgo conocidos para accidente cerebro vascular que no necesariamente se expresan clínicamente como tal. La demencia frontotemporal es un desorden tanto clínica como neuropatológicamente heterogéneo, caracterizado por una degeneración focal de los lóbulos frontal y/o temporal en ausencia de patología de Alzheimer (The Lund and Manchester Groups 1994). Sus manifestaciones clínicas iniciales son cambios en la personalidad, conducta social o lenguaje, progresando finalmente a una demencia global. (Ciampi, Vargas y González, 2009).

10. **METODOLOGÍA:** Enmarcado como estudio descriptivo de caso único

11. **CONCLUSIONES:** A nivel general se observó que el concepto de Deterioro cognitivo leve se reduce exclusivamente al área cognitiva, las alteraciones en las distintas esferas cognitivas son la modalidad de los distintos criterios y no contemplan otros factores que pudieran llegar a completar el cuadro clínico.

En la actualidad existen evidencias que nos hacen pensar que el concepto de demencia debe trascender de la esfera exclusivamente cognitiva a otras como la funcional, comportamental, emocional, psicomotriz o psiquiátrica, pudiendo ayudar a su caracterización.

1. En relación a la memoria de trabajo, se encontró comprometida en las pacientes, relaciona también con fallas atencionales y ejecutivas.
2. El cuadro del paciente frente a su diagnóstico no cuenta en su totalidad con todos los síntomas de una sola demencia, no abarca un solo tipo de diagnóstico tiene algunos componentes corticales y otros subcorticales que implicaron un cuadro mixto cortical y subcortical, lo que sugiere la presencia de diversas etiologías.
3. Los antecedentes de riesgo vascular comprometen las regiones subcorticales del paciente ya que la hipertensión arterial, la presencia de microangiopatía y el accidente isquémico transitorio tienen repercusiones en el cerebro por características estudiadas como la hipo perfusión, alteraciones atencionales y fallos en la ejecución de las pruebas

ESTUDIO COMPARATIVO DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON
UN CUADRO DEMENCIA MIXTA CON COMPONENTEFRONTOTEMPORAL
ASOCIADA AENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

NATHALIA RODRIGUEZ

.

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
ESPECIALIZACION EN EVALUACION Y DIAGNOSTICO
NEUROPSICOLOGICO
BOGOTA D.C.

ESTUDIO COMPARATIVO DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON
UN CUADRO DEMENCIA MIXTA CON COMPONENTE FRONTOTEMPORAL
ASOCIADA A ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

NATHALIA RODRIGUEZ

PATRICIA PITTA

ASESORA

UNIVERSIDAD DE SAN BUENVAVENTURA
ESPECIALIZACION EN EVALUACION Y DIAGNOSTICO
NEUROPSICOLOGICO
BOGOTA D.C.

Resumen

El propósito de este estudio fue comparar los resultados de la valoración y revaloración neuropsicológica realizadas a un paciente con un diagnóstico inicial de deterioro cognitivo leve, que evoluciona a un cuadro de demencia mixta con componente frontotemporal asociado a patología vascular; valorado en la Clínica Universidad de la Sabana en el municipio de Chía Colombia. Para lograr los resultados del estudio anterior, se usó un diseño de tipo descriptivo de caso único. Se encontró en los resultados que el paciente en los procesos cognoscitivos no presentó cambios significativos a excepción de su ejecución en función ejecutiva y cambios importantes en el área comportamental relacionados con pobre iniciativa y alteración de su conducta, probablemente con estructuras asociadas al funcionamiento frontal, al presentar un perfil de predominio ventro medial donde la pobre iniciativa, motivación y la presencia de abulia son los hallazgos más significativos que afectan al paciente en su independencia y autonomía para la vida diaria. Adicionalmente es importante tener en cuenta su antecedente de enfermedad cerebro vascular asociado a la hipertensión arterial (HTA) y presencia de un Accidente Isquémico Transitorio (AIT) que produce alteraciones cognitivas en diferentes dominios como: Atención, memoria de evocación, lenguaje específicamente en tareas de denominación, en la fluidez verbal de componente fonológico y en las funciones ejecutivas, cuando afecta regiones subcorticales por presencia de microangiopatía. El perfil del paciente se encuentra protegido por la reserva cognitiva asociado a un alto grado de escolaridad y su actividad laboral constante de tipo académico.

Palabras clave

Deterioro cognitivo leve, alteración ventro medial, funciones ejecutivas, Reserva Cognitiva, Demencia Frontotemporal, Demencia Mixta

ESTUDIO COMPARATIVO DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON UN CUADRO DEMENCIA MIXTA CON COMPONENTE FRONTOTEMPORAL, ASOCIADA A ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

El estudio de las demencias tiene gran importancia a nivel mundial. Nuestro país no es ajeno a esta situación, a esta tendencia y muestra de ello es la existencia de grupos de investigación neurocientífica que hacen exploración en este aspecto, la razón porque este tema pase a ser muy estudiado, sigue siendo impactante por sus índices de prevalencia; en cuanto a ello la incidencia de la demencia también aumenta con la edad y como lo afirma (Miranda, 2010) después de los 65 años la prevalencia se dobla cada cinco años. La más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, seguida en su orden y con gran aumento por la demencia vascular esta última debido principalmente al aumento de los casos de ataque cerebro vascular y factores de riesgo conocidos para accidente cerebro vascular que no necesariamente se expresan clínicamente como tal.

Frente a la demencia frontotemporal (DTF) se dice que es la segunda forma de demencia más frecuente de la población menor de 65 años y afecta a 15 de cada 100.000 personas de entre 45 y 64 años de edad. De las formas de demencia frontal temporal, la variante conductual es la más frecuente y constituye casi la mitad de los casos. (Miranda, 2010)

En Colombia los estudios de prevalencia de demencia son muy escasos en el medio Latinoamericano y Colombiano, además los resultados no son fácilmente extrapolables de una población a otra, ya que cada una tiene características socioeconómicas y culturales particulares desde servicios de atención en salud y educación hasta diferencias de hábitos alimenticios, físicos, cognitivos y calidad de vida en general como lo afirma (Goodling, Amaya, Parra, y Ríos, 2006).

Por lo tanto es importante descartar que los costos sanitarios, personales, emocionales y laborales asociados a esta enfermedad son altos. Porque requieren de manejo de especialistas a nivel clínico siendo susceptible a muchas complicaciones médicas que necesitan de varios recursos de apoyo terapéutico que necesariamente traen costos de salud. Por lo tanto todos los enfermos de demencias con o sin patologías acentuadas están centrados en disminuir estos altos costos pero también de brindar una mayor calidad de vida a los pacientes. En este sentido, dado que todavía no existe una cura o tratamiento eficaz; la esperanza o lo único que queda es tratar de fortalecer la detección temprana, el buen diagnóstico diferencial y el tratamiento oportuno. En cuanto a ello se retoma un estudio de un análisis de envejecimiento y demencia; realizado en Cuba sobre las implicaciones científicas, la salud pública y la repercusión en la calidad de los pacientes y sus familias, de acuerdo con estimados recientes mostro que el mundo viven 36 millones de personas con demencia, 4,6 millones de nuevos casos anualmente son reportados, la persona con demencia sufre una enfermedad devastadora causante de discapacidad, que deteriora su calidad de vida y que la reduce, de igual forma las familias y los cuidadores que constituyen una pieza importante en los cuidados de estos pacientes en todas las regiones del mundo, experimentaran consecuencias psicológicas, físicas, sociales y financieras adversas y que incluyen también procesos de ansiedad y depresión, por costos de los medicamentos, pago de servicios y pagos por el cuidado del paciente; los cuidadores son vitales para evitar los internamientos y mantenerlos vinculados con la comunidad. La sociedad en su conjunto también asume un elevado costo económico que ocasiona la enfermedad, cuidados e instituciones en salud, en cuidados sociales y la pérdida de productividad de la persona que sufre la enfermedad y los familiares y cuidadores involucrados en el cuidado del paciente. (Lilbre, 2012)

Uno de los aspectos claves en esta línea de ideas giran alrededor de las clasificaciones o de las diferencias diagnosticas entre envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y demencia en sus diferentes manifestaciones e identificar mediante criterios clínicos su sintomatología. Es importante colocar en marcha estrategias para

retardar los progresos hacia las demencias y de igual forma contar con los criterios clínicos para identificar el tipo de demencia que posee la persona para implementar medidas psicoeducativas que ayuden y garanticen la mayor de calidad de vida posible. Dentro del deterioro cognitivo los autores (Henao, Aguirre, Muñoz, Pineda y Lopera, 2008) refieren que el término de deterioro cognitivo leve se utiliza para caracterizar un cuadro clínico que generalmente, se presenta durante el envejecimiento y consiste en la disminución de una o más funciones cognitivas sin afectación en las actividades de la vida diaria. Se especifica por lo tanto en tres tipos: amnésico (alteración específica de la memoria), el de múltiples dominios (fallos en memoria y otras funciones cognitivas) y alteración en un dominio cognitivo diferente a la memoria (alteración importante de otra función cognitiva).

Cuando en estos cuadros aparece un componente funcional que impide que la persona se auto determine en sus actividades instrumentales de la vida diaria y además persiste o se acentúan los compromisos cognitivos se considera que el cuadro es una demencia. La demencia se define como una alteración de múltiples capacidades cognitivas que interfieren en el cuidado personal, en el trabajo o en las relaciones sociales. Este déficit aparece sin que se altere el nivel de conciencia y puede o no ser reversible. Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para la demencia incluye la siguiente sintomatología: a) deterioro mnésico, y b) uno o más de las siguientes alteraciones cognitivas: afasia, apraxia, agnosia y alteraciones de las funciones ejecutivas (Weiner y Lipton, 2005) y en el DSMV se habla de la demencia como un trastorno neurocognitivo mayor. Acerca de ello (Miranda, 2010) aporta la discusión fundamental acerca del concepto de demencia el cual centra en la necesidad o no de que exista un deterioro de la memoria para diagnosticar demencia. Algunos autores sostienen que en determinadas formas de demencia como las debidas a una lesión en el lóbulo frontal, la afectación de la memoria es relativamente tardía, y proponen que la afectación de tres de ciertas esferas intelectivas: lenguaje, capacidades viso espaciales, emocionalidad, personalidad, y cognición (abstracción, cálculo, juicio, funciones ejecutivas etc.) bastaría para diagnosticar demencia. Por lo que refiere que los procesos demenciales no afectan a todas las capacidades intelectuales con igual gravedad, sino

que se manifiestan predominantemente por la alteración del funcionamiento de ciertas áreas cerebrales y no otras, lo que permite su clasificación y diferenciación clínica el diagnóstico de demencia implica un deterioro en el funcionamiento social y ocupacional. (Miranda, 2010).

Según el perfil del compromiso cognoscitivo (tipos de síntomas y signos cognitivos, comparativos y neuropsiquiátricos) las demencias tienen diferentes denominaciones; no obstante son numerosos los casos en los que el clínico o el neuropsicólogo se encuentran cuadros mixtos de demencia que en su actividad o en si implican la confluencia o la comorbilidad de diferentes grupos de síntomas que de forma independiente el uno al otro sugeriría otros tipos de demencia. (Miranda, 2010) refiere que las demencias se diferencian básicamente dos subsíndromes, de acuerdo con las estructuras neuroanatomías más afectadas en cada caso. Así hablamos de demencia cortical, como en las enfermedades de Alzheimer y Pick, cuando la afectación principal se da en la corteza cerebral y de demencia Subcortical cuando se encuentran afectados de forma especial los ganglios basales, el tálamo o el tronco del encéfalo, como ocurre en los trastornos extra piramidales, la hidrocefalia normotensa, enfermedades de la sustancia blanca y enfermedades vasculares- subcorticales. Existe también una categoría mixta, o demencia cortico-subcortical, en la que se incluyen algunas formas de demencia multifario y trastornos toxico metabólicos que afectan tanto a estructuras corticales como subcorticales (Miranda, 2010).

Es muy común encontrar que los adultos mayores presentan patrones de riesgo vascular o neuropatológicos asociados y que en determinado momento también se inicia un proceso neurodegenerativo de tipo cortical, por lo tanto los trastornos mixtos actualmente son la regla más que la excepción. (Weissmann, Consalvo, Solís, Baglivo, Ramírez y Sánchez, 2002).

Por lo general cuando se piensa en un cuadro mixto lo primero que se asume es que existe una enfermedad de alzhéimer junto con la patología cerebro vascular, pero pocas veces se considera que lo que acompaña a la patología subcortical o vascular sea

una demencia de tipo frontotemporal, ya que se debe asumir que los síntomas de tipo ejecutivo son debidos al factor vascular. En este caso en las demencias de tipo frontotemporal, los autores (Rascovsky, Hodges, Knopman, Méndez, Kramer y Neuhaus, 2011) refieren que los pacientes frecuentemente son mal diagnosticados como portadores de trastornos psiquiátricos u otras enfermedades neurológicas, porque su presentación involucra cambios conductuales y de la personalidad. Con la apatía puede coexistir desinhibición, la cual suele ser confundida con un episodio maniaco, trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno de la personalidad. Por la alteración en la llamada teoría de la mente, se origina falta de empatía y una conducta social deficiente ((Rascovsky, Hodges, Knopman, Méndez, Kramer y Neuhaus, 2011)

Este sesgo diagnóstico es muy común y en parte se debe a la alta prevalencia que tiene la enfermedad de alzhéimer sobre la frontotemporal pero además tiene que ver con la naturaleza de los instrumentos de exploración diagnóstica con los que se cuenta. En este sentido se intentan resaltar que por ejemplo la mayoría de pruebas de screening cognitivo, se centran en identificar problemas de memoria y no aspectos de tipo ejecutivo, de igual forma las escalas de quejas subjetivas tan valiosas a la hora de encontrar un diagnóstico se encuentran síntomas mnésicos mas no en síntomas ejecutivos. Estos aspectos hacen que pueda pasarse por altos cuadros clínicos más complejos como los cuadros mixtos frontotemporales (Miranda, 2010)

La demencia frontotemporal es un desorden tanto clínico como neuropatológicamente heterogéneo, caracterizado por una degeneración focal de los lóbulos frontal y/o temporal en ausencia de patología de Alzheimer (The Lund and Manchester Groups 1994). Sus manifestaciones clínicas iniciales son cambios en la personalidad, conducta social o lenguaje, progresando finalmente a una demencia global. (Ciampi, Vargas y González, 2009).

Neary y Cols (1990), denominaron demencia de tipo frontal a una entidad cuya carácter rústica clínica esencial era el trastorno progresivo del lenguaje y la degeneración cortico basal. Se conoce también como degeneración lobar

frontotemporal o complejo Pick (citado en Alberca y López, 2002). El síndrome clínico se caracteriza, en general, por disfunción ejecutiva y apatía y/odesinhibición.

Los criterios diagnósticos de la variante frontal de la demencia fronto temporal han sido definidos por el grupo de Lund & Manchester (1993). Estos criterios incluyen los trastornos comportamentales de inicio insidioso con una progresión lenta, deterioro social, signos precoces de desinhibición, rigidez e inflexibilidad mental, ausencia de conciencia de enfermedad (anosognosia), trastornos afectivos y del lenguaje (Montañés, Cano, Pedraza, Peñalosa, Rubiano, y Gámez, 2003).

El perfil clínico de la demencia fronto temporal, es un síndrome caracterizado por disfunción ejecutiva, problemas de conducta social e interpersonal y apatía y/o desinhibición. Puede manifestar ecopraxias, perseveraciones e impersistencia motora. La sintomatología neuropsicológica del paciente dependerá del grado y localización de la atrofia sobre áreas específicas del lóbulo frontal. En concreto, si la atrofia está localizada en la parte dorso lateral, el principal síntoma será la disfunción cognitiva, sin embargo, si la lesión es mayor en la región orbital y temporal anterior, manifestaran mayor inhibición conductual. (Gómez, Corrales y Ortiz, 2007).

El funcionamiento de los lóbulos frontales se asocia con los niveles más elevados más elevados de la función cortical, entre ellos aquellos inherentes a la actividad intelectual, tales como una conducta orientada una meta, la planificación conductual auto dirigida. Estos pacientes presentan limitadas funciones en las instalaciones superiores (Rylander, 1939) respecto a determinadas funciones cognitivas como la planificación (Ruiz, Muñoz y Tirapu, 2001), control y modificación de la conducta el aprendizaje de temas complejos y la secuenciación temporal de áreas motoras, las dificultades y planes que implican la comprobación de hipótesis, la memoria operativa espacial, la construcción de esquemas categóricos y la solución de problemas. (Bausela Herreras, 2006).

Las funciones ejecutivas son el resultado final de una secuencia coordinada de procesos cognitivos que tienen la finalidad de alcanzar un objetivo particular de manera flexible y la corteza pre-frontal es esencial en estos procesos. Se conoce que pacientes que desarrollan deterioro cognitivo leve tienen un compromiso temprano y prominente en las funciones ejecutivas debido a cambios tempranos en la estructura del lóbulo frontal (Rascovsky, Hodges, Kipps, Johnson, Seeley y Méndez, 2007).

Cuando la demencia fronto temporal cursa con un accidente cerebro vascular, sea ocasionada por la hipertensión arterial factor de riesgo aparece un perfil fronto temporal ventro medial ya que las afectaciones vasculares en los cuadros mixtos son subcorticales, por lo tanto una de las regiones que se encuentra afectada es la ventromedial. De ahí que el delegar saber los síntomas que la familia percibe del paciente no solamente de memoria, de tipo ejecutivo y sobretodo cambios en el comportamiento y en el estado de ánimo son un factor clave para el diagnóstico diferencial por ejemplo indagar sobre desmotivación apatía, abulia y desmotivación (Rascovsky, Hodges, Kipps, Johnson, Seeley y Méndez, 2007).

Por lo tanto, en los procesos de deterioro como se ha nombrado anteriormente es importante tener en cuenta la presunción del antecedente vascular donde la hipertensión arterial es una enfermedad predominantemente vascular que provoca las alteraciones en forma progresiva primero funcionales y luego estructurales. La evolución de la afectación cerebral en estos pacientes se resume como sigue: micro aneurismas, arterioesclerosis, lesión endotelial funcional y estructural, remodelado vascular de arterias cerebrales, Infarto lacunar y alteración cognitiva incipiente (cuya severidad depende del grado de control y grado de presión arterial (Weissmann, Solís & Ramírez, 2002).

También con los años, las paredes de las arteriolas tienden a adelgazarse perdiendo la capa de elastina con aumento en la capa de colágeno y músculo liso, esto conlleva a la disminución en el calibre efectivo del vaso sanguíneo. La arterioesclerosis es un proceso de envejecimiento pero se acelera proporcionalmente con la coexistencia

de enfermedades como hipertensión, la demencia; tabaquismo, dislipidemia, etc. Afecta principalmente el lóbulo frontal, seguido por el occipital, el parietal y el temporal. (Bernal y Román, 2002).

En este orden de ideas la corteza pre frontal ocupa un lugar privilegiado en el sistema nervioso para orquestar el rendimiento de otras áreas cerebrales mediante procesos de control, organización y coordinación. Se trata en última de un área de asociación heteromodal interconectada con multitud de regiones corticales y subcorticales. (Bernal y Román, 2002).

La diferencia que existe entre funciones ejecutivas y las funciones cognitivas, se da resaltando primero que las funciones ejecutivas las funciones cognitivas permanecen intactas, una persona que sufre pérdidas cognitivas considerables y continua siendo independiente, constructivamente puede ser autosuficiente y productiva. Cuando se alteran las funciones ejecutivas, el sujeto ya no es capaz de auto cuidarse, de realizar trabajos para sí o para otros, ni poder mantener relaciones sociales normales, independientemente de cómo conserve sus capacidades cognitivas. Como principio básico del déficit cognitivo usualmente atañen a funciones específicas o áreas funcionales, mientras que la alteración ejecutiva se manifiesta de una manera más general, afectando a todos los actos de la conducta. En este caso se presentó (Lezak 1989).

Por lo tanto el objetivo de este estudio fue describir la evolución de un paciente diagnosticado previamente con un deterioro cognitivo que evoluciona a un cuadro mixto de demencia frontotemporal y alteración cognoscitiva asociada a enfermedad cerebro vascular

Objetivo General

Describir la evolución del cuadro clínico de un paciente diagnosticado con deterioro cognitivo leve, que evoluciona a un cuadro de demencia mixta con componente frontotemporal y alteración cognoscitiva asociada a enfermedad cerebrovascular.

Objetivos específicos

Determinar la importancia tener en cuenta el componente comportamental-motivacional en el proceso de evaluación y diagnóstico neuropsicológico.

Establecer el impacto de los procesos cognoscitivos diferentes a memoria en la exploración de cuadros neurodegenerativos de deterioro cognitivo.

METODO

Diseño

Este trabajo está enmarcado dentro de un tipo de estudio descriptivo transversal de caso único, ya que pretende describir y evaluar las funciones deficitarias y preservadas relevantes para someterlas a verificación. Según Shallice (1979), en el estudio de caso único es importante identificar y verificar junto a la teoría posibles hipótesis relevantes relacionadas con la sintomatología de los pacientes. Se emplearon procesos de análisis cuantitativo y cualitativo.

Sujeto

Paciente de género masculino de 69 años, natural y procedente de la ciudad de Bogotá, diestro y con formación con formación académica universitaria, de ocupación previa docente de filosofía, y actualmente pensionado, es paciente activo de la Clínica Universidad de la Sabana ubicada en el municipio de Chía Cundinamarca, con diagnóstico previo de deterioro cognitivo leve de predominio ejecutivo. Como antecedentes familiares refiere que su padre falleció de cáncer (CA) de próstata y la madre de CA de estómago. En relación con antecedentes médicos reporta: HTA (en tratamiento desde hace 5 años con Hidroclorotiazida y Telmisartán, hipotiroidismo (manejado con Eutirox) y accidente isquémico transitorio (AIT) en Enero de 2013 (en tratamiento farmacológico con Metopropol, Ácido Acetil Salicílico (ASA), Atorvasatatina, y programa de rehabilitación cardio-preventivo 2 veces por semana.

En julio de 2013 el paciente fue valorado por neuropsicología por primera vez reportándose un diagnóstico de deterioro cognitivo leve, realizando la revaloración en octubre de 2014. El paciente fue acompañado de su esposa quien refirió síntomas de pérdida de memoria desde hace 3 a 4 años. Estos “olvidos” están relacionados con la memoria episódica, a corto plazo y prospectiva, y sintomatología anomica. No se refirieron episodios de desorientación, pero sí se reportaron algunos cambios en el estado de ánimo (desmotivación, escasa iniciativa, apatía) que se han incrementado de manera significativa desde la primera evaluación, de manera que en la actualidad limitan su nivel de independencia y funcionalidad, requiriendo instigación constante para la realización de actividades cotidianas como baño, cambio de ropa, actividades de tipo recreativo y ocupacional. No se reportan cambios vegetativos, conservándose los patrones de sueño y alimentación.

Estos cambios mencionados no implicaban una disminución en su nivel de funcionalidad en el reporte de la primera evaluación, logrando gestionar con independencia su auto cuidado, el manejo de dinero y la toma de decisiones en la

revaloración del paciente en los aspectos en funcionalidad en la actualidad requiere acompañamiento.

En cuanto a la auto-observación del paciente sobre su condición clínica reconoce estar experimentando problemas con la memoria que no solo le hacen olvidar cosas de la cotidianidad, sino que también le impiden un “manejo” de los conocimientos propios de su profesión de la misma forma que años atrás, pero no reporta impacto en su vida diaria de procesos diferentes a memoria.

El paciente fue atendido de igual manera por el área de psiquiatría para control de su área emocional, le suministraron inicialmente medicamentos antidepresivos, sin embargo el tratamiento no tuvo impacto en los síntomas.

Se realizaron exámenes para clínicos y neuroimágenes IRM en enero de 2013, la cual reporta cambios corticales atróficos, y microangiopatía.

Instrumentos:

Se realizó un proceso de valoración y revaloración a partir de un protocolo conformado por: El Montreal Cognitive Assessment (MOCA), Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) e índice de Barthel para actividades cotidianas (ABC) figura Compleja de Rey Osterrieth (copia y recobro), Trail Making Test (TMT) forma A y B, Test de Aprendizaje Verbal de Grober y Buchske, Test de Denominación de Boston, Test de Fluidez Verbal y Semántica (FAS), subpruebas de la escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos WAIS III (dígitos en orden directo e inverso, semejanzas, figuras incompletas, claves, diseño con cubos, comprensión, matrices, aritmética e información) y Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin.

Procedimiento

Fase 1: Se realizó la revaloración neuropsicológica, se actualizó la anamnesis del paciente, se realizó el rastreo cognitivo y se administraron las escalas clínicas y de funcionamiento cotidiano.

Fase 2: Se seleccionó como estudio de caso y se procedió a obtener el consentimiento informado del paciente. Se realizó una revisión de la literatura. Se llevaron a cabo 4 sesiones de evaluación neuropsicológica de 1 hora cada una.

Fase 3: Se realizó análisis cuantitativo y cualitativo de los datos. Y se hizo la descripción e integración de los resultados obtenidos.

Consideraciones éticas

El presente estudio de caso clínico cumple con todos los requerimientos de ley establecidos por el Ministerio de Protección Social en la resolución No 8430 de 1993, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia (Resolución N° 008430, 1993) especialmente en el título II asociado a los procesos de investigación en seres humanos, basados en los principios éticos de respeto y dignidad para con los participantes del estudio, así como la salvaguarda de su bienestar, seguridad y sus derechos.

Adicionalmente y de manera concordante, se cumple con lo establecido en la Ley del Psicólogo y su código deontológico (Ley 1090 de 2006, 2006).

De acuerdo a lo anterior, la investigación es clasificada como de riesgo mínimo, pues emplea el registro no invasivo de datos a través de procedimientos de evaluación neuropsicológica y psicológica, los cuales no conllevan la manipulación

conductual de los sujetos. Para asegurar el bienestar y seguridad de los mismos, los procedimientos fueron realizados por personal profesional en psicología, estudiantes de post-grado. Previos los consentimientos de la Autoridad Administrativa a cargo del caso y los asentimientos de los evaluados.

Resultados

A continuación se llevará a cabo la descripción de los resultados obtenidos en los diferentes dominios, los cuales se detallan en la siguiente tabla y gráficas, mediante la comparación de la ejecución del paciente con deterioro cognitivo leve en la valoración y revaloración.

Los datos obtenidos fueron analizados bajo una modelo cuantitativo y cualitativo. A continuación se presentan en la tabla 1 los resultados de la evaluación neuropsicológica.

Tabla 1. Resultados de exploración neuropsicológica: Pruebas y resultados

<i>Proceso Cognitivo</i>	<i>Pruebas Neuropsicológicas</i>	<i>Puntaje Primera valoración</i>	<i>Puntaje Revaloración</i>	<i>Puntaje Esperado (Rango de Normalidad)</i>
Rastreo	<i>Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)</i>	<i>23 /30</i>	<i>15 /30</i>	<i>26/30</i>
Orientación	<i>Orientación de Tiempo y Lugar del MOCA</i>	<i>5/6</i>	<i>5/6</i>	<i>6/6</i>
Atención	<i>Trail Making Test (TMT) parte A</i>	<i>23/ 24</i>	<i>23/24</i>	<i>24</i>
	<i>Figuras Incompletas (WAIS III)</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>10 +/-3</i>
	<i>Claves (WAIS III)</i>	<i>8</i>	<i>8</i>	<i>10 +/-3</i>
Memoria	<i>Prueba de Codificación Controlada de Grober y Buschke</i>			
	<i>Evocación inmediata 4x4</i>	<i>13</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
	<i>Memoria a corto plazo libre 1</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>7</i>

	<i>Memoria a corto plazo con clave</i>	11	16	15
	<i>Memoria a corto plazo2</i>	8	8	11
	<i>Memoria a corto plazo con clave</i>	12	16	15
	<i>Memoria a corto plazo3</i>	10	8	13
	<i>Memoria a corto plazo con clave</i>	13	16	16
	<i>Memoria a Largo plazo</i>	2	10	12
	<i>Memoria a Largo plazo con clave</i>	8	15	15
	<i>Reconocimiento</i>	14	15	16
	<i>Falsos Positivos</i>	6	4	0
	Dígitos (WAIS-III)	4	5	10 +/-3
	SPAN Dígitos Directo	4	5	7+2
	SPAN Dígitos Inversos	2	4	7+2
	Figura Compleja de Rey-Osterrieth (Recobro)	2	1	27.5
Percepción Visual	Figura Compleja de Rey-Osterrieth (Copia)	8	8	28.1
Praxias	Figura compleja de Rey-Osterrieth (Copia)	8	8	28.1
	Cubos (WAIS-III)	5	5	10 +/-3
Lenguaje	<i>Test de Denominación de Boston</i>			
	Correctas	40	34	60
	Clave Semántica	12	18	19
	Clave Fonológica	6	8	15
	<i>Prueba de Fluidez verbal Semántica y Fonológica (FAS)</i>			
	<i>Fluidez Semántica</i>	6	7	> de 80años: 10
	<i>Fluidez Fonológica</i>	6	6	> de 80años: 10
Cálculo	Aritmética (WAIS-III)	6	3	10 +/-3

Función Ejecutiva	<i>Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin</i>			
	<i>Número de tarjetas Aplicadas</i>	128	128	NA
	<i>% Respuestas correctas</i>	94 %	64%	NA
	<i>% de Errores</i>	27 %	64%	NA
	<i>% Respuestas Perseverativas</i>	7%	35%	NA
	<i>% Errores Perseverativos</i>	5 %	28%	NA
	<i>% Errores no Perseverativos</i>	27%	28%	NA
	<i>Prueba de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin</i>			
	<i>% Respuestas a nivel conceptual</i>	67 %	28%	NA
	<i>Número de Categorías completas</i>	1	1	NA
	<i>Semejanzas (WAIS- III)</i>	9	3	10 +/-3
	<i>Matrices (WAIS-III)</i>	7	10	10 +/-3
	<i>Trail Making Test (TMT) B</i>	14/21 Tiempo 3,19 segundos	24/24 Tiempo 5.17 segundos	24
Funcionalidad	<i>Índice de actividades básica de la vida diaria de Barthel</i>	90 normal	60 moderada	100
	<i>Escala Lawton & Brody</i>	Normal	Severa	8
Graduación de deterioro	<i>Escala de Deterioro Global GDS</i>	3	4	1

Análisis cualitativo

Durante la valoración y la revaloración se examinaron varios procesos cognoscitivos en el paciente, el primero de ellos fue la atención, definida como la

capacidad de orientar los recursos cognoscitivos hacia un estímulo particular, seleccionado voluntariamente. Dentro de este proceso, es posible identificar distintos aspectos.

Frente a la atención selectiva, que se refiere a la habilidad para diferenciar y seleccionar los estímulos relevantes de los irrelevantes, en el primer proceso de valoración se observó un nivel funcional, el paciente desarrollo la tarea con una adecuada priorización y jerarquización de los estímulos.

En cuanto a la atención sostenida, la cual hace referencia a la capacidad para mantenerse en una tarea específica por periodos prolongados de tiempo se evidencia en la valoración, que en la realización de pruebas de TMT forma A el paciente realiza en un tiempo de un minuto con cuarenta y cinco segundos acorde al tiempo de ejecución en los baremos teniendo en cuenta la edad y la escolarización , la unión de los 21 de 24 puntos siguiendo un trazo acorde en la unión de los mismos, llevando la secuencia de lo que puede denotar un proceso de atención sostenida adecuado por medio de rastreo visual manteniendo capacidades de ubicación viso espacial prolongado en la actividad.

En la revaloración en la realización de pruebas TMT forma A el paciente realiza la tarea lo sigue evidenciado una buena atención sostenida pero en un tiempo de dos minutos y veinticuatro segundos aumentando el tiempo de la ejecución, de la unión de los 24 puntos asignados que está más relacionado con la dificultad en la velocidad de procesamiento que hace más demorada la realización de la tarea por la dificultad en el paciente de procesar la información y llevar a cabo la actividad.

En la valoración de la prueba de TMT B, el paciente realizo 14 trazos de 21, el paciente no puede llevar a cabo una tarea de alternancia de letra y número, por las alteraciones en el cambio súbito de foco atencional (atención alternante), teniendo un total de un tiempo de ejecución de 3'19" pasándose del tiempo consecuente al tiempo de un adulto de su edad en corte de tiempo que por lo general con el grado de escolaridad implica un tiempo no mayor o igual a 220 segundos, presentándose

influencia del enlentecimiento de la velocidad de procesamiento de la información teniendo la dificultad en la fluidez de la realización de la tarea

En la revaloración en la prueba de TMT B, el paciente realizó 24 trazos de 24 en total en un tiempo aumentado de 5 y 17 segundos doblando el tiempo de ejecución de la valoración aumentado las fallas en la velocidad de procesamiento de la información, sin embargo aumentaron las uniones de los trazos logrando realizar toda la actividad.

El paciente en el dominio atencional conserva la atención sostenida hacia el estímulo conservando la búsqueda visual de los mismos, logrando realizar las actividades de los trazos del TMT A. El paciente en la valoración no puede llevar a cabo la totalidad de la ejecución de los trazos en la prueba de TMTB, en la atención dividida que es la capacidad de atender con éxito más de un estímulo a la vez, prestando atención a dos o más canales de información / modalidades. Al paciente se le dificulta por lo tanto realizar una serie de tareas en paralelo, donde debe dividir su atención, lo que pudo debilitar el rendimiento en el desempeño de la misma, completando menos trazos de los esperados, siendo más complejo para él, la tarea de alternancia de letra y número por las alteraciones en el cambio súbito de foco atencional (atención alternante), sin embargo en la revaloración el paciente incrementa su desempeño probablemente asociado a un proceso de intervención terapéutica. Se demora más tiempo en la ejecución de la tarea de TMTB aumentado el tiempo en la revaloración, relacionado con las dificultades en la velocidad de procesamiento ya que si se altera esta función puede interferir en el procesamiento correcto de los procesos cognitivos en este caso en la agilidad de la tarea que no solo influye el caso de la atención sino también en las funciones ejecutivas.

MEMORIA:

La memoria es la codificación, el almacenamiento y la recuperación de lo aprendido. La sinapsis es el sustrato físico de la memoria (López-Rojas, 2007).

El proceso de memoria consta de tres etapas. Una primera etapa de registro, que implica un gran componente atencional. Una segunda fase implica el almacenamiento, que se facilita mediante la repetición y los procesos asociativos. La tercera fase es la recuperación de la información almacenada mediante el reconocimiento o la evocación.

La memoria como proceso de registro y evocación de información hace parte fundamental de los procesos de aprendizaje. En este apartado se presentarán los resultados encontrados en relación con: memoria episódica, curva de memoria, corto y largo plazo, visual y de trabajo.

Como se evidencia en la valoración del paciente existe por su acompañante una queja subjetiva de memoria refiriéndose a “olvidos” relacionados con la memoria episódica, a corto plazo, prospectiva, y también con anomia.

Con relación a la ejecución en procesos de curva de memoria, se aplicó la prueba de Grober y Buchske, en la valoración se muestra en la curva, un buen nivel de codificación de palabras, obteniendo unos resultados acordes a lo esperado sin embargo la recuperación a corto y largo plazo están comprometidos, por dificultad que presenta el paciente en los procesos de evocación de la información, observándose un mejor desempeño cuando la información se evoca con la presentación de claves semánticas con un puntaje máximo de trece palabras evocadas de en los tres ensayos con clave demostrando un acorde almacenamiento de la información.

En relación a la lista de reconocimiento, el paciente identifica claramente los ítems ensayados, muestra 6 falsos positivos dentro de este tipo de tareas, lo que evidencia la presencia de respuestas patológicas tipo intrusión y confabulación, aunque el paciente tiene un buen proceso de almacenamiento de la información y cuando se le leen las palabras.

En relación a la revaloración los resultados de memoria fueron superiores a la valoración inicial, en relación a la ejecución en procesos; se aplicó también la prueba de Grober y Buchske, demostrando en la curva de memoria un buen nivel de codificación y registro de palabras.

A si mismo tuvo 15 palabras identificadas en la lista de reconocimiento manteniendo la aumentando la capacidad de almacenamiento de la información facilitándole organizar la información con ayuda de la repetición y 16 palabras recordadas en los tres ensayos con apoyo de la clave semántica, indicando que el paciente se beneficia con las claves y estas le ayudan a mejorar su nivel del recuerdo.

Como se mencionó en el apartado de atención, su incremento puede ser explicado por la exposición a intervención terapéutica de tipo cognitivo.

Con respecto a la memoria visual su desempeño se encuentra afectado, dado que el paciente presenta alteraciones en el almacenamiento y recuerdo de información de este tipo. Con la aplicación de la Figura de Rey- Osterrieth en la valoración se observa una importante dificultad en la evocación de información no verbal ya que es evidente durante la reproducción de la Figura los pocos elementos elaborados y la dificultad en la planeación para su ejecución.

En la revaloración se aumenta, el tiempo de ejecución en el recobro afectando la ejecución por alteración en la velocidad de procesamiento, la cual es lenta o demorada en la capacidad que establece la relación entre la ejecución cognitiva y el tiempo invertido en realizar la tarea por la falla en la planeación y organización de información relacionada con la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas de tipo dorso lateral.

Igualmente, en relación a la memoria de trabajo, en la valoración se observan importantes alteraciones que se evidenciaron en la aplicación de la sub prueba de dígitos (orden inverso), el paciente no logra mantener la información mientras es procesada

simultáneamente, conllevando a que se afecte la ejecución en las tareas que requieren de este tipo de procesos.

En la revaloración de la memoria de trabajo se mantienen las puntuaciones bajas para el promedio esperado de $7 + 2$, por lo que se observa la dificultad en la resolución de problemas complejos y en el almacenamiento de partes del problema, así como en el acceso a la memoria a largo plazo.

El paciente en el dominio de memoria logra codificar la información que le llega del ambiente para almacenarla y puede conservarla en la fase de almacenamiento, pero cuando necesita tratar de recordar la información almacenada le cuesta recuperar la información que previamente ha codificado y almacenado, pero el paciente se beneficia de las claves semánticas lo que indica la pérdida de acceso a la información, mas no de la información como tal.

En cuanto a la memoria de trabajo que hace parte de las funciones ejecutivas, el paciente a pesar de que logra almacenar la información puede conservarla pero esta alterada en la medida de que le cuesta resolver un problema como invertir los dígitos y le cuesta mantener la concentración para retenerlos, también se ve reflejado en su área de realizar cálculos mentales donde el paciente le cuesta llevar a cabo hechos aritméticos y el almacenamiento de los números dados.

LENGUAJE:

Teniendo en cuenta que el lenguaje se convierte en el principal medio de comunicación e interacción del ser humano, éste es parte fundamental del proceso evaluativo. La evaluación de este proceso, se llevó a cabo con la exploración de cada uno de los niveles como son: comprensión auditiva, expresión oral, denominación,

En la comprensión auditiva, entendida como la capacidad para decodificar el estímulo sonoro, se encontró que el paciente logra comprender palabras aisladas y frases

cortas pero se detectan alteraciones más en el seguimiento que en la comprensión de instrucciones a nivel complejo, esto es debido a los fallos atencionales y de memoria de trabajo.

En relación a la expresión oral, en la valoración el paciente presenta un lenguaje con disminución en su volumen de producción, tanto en componentes conversacionales espontaneas como en tareas de fluidez verbal.

Con respecto a la fluencia verbal, se observa un bajo desempeño en su lenguaje conversacional, ya que en pruebas formales de fluidez (FAS fonológico y semántico) se observa un desempeño muy por debajo de lo esperado para su edad y grado de escolaridad. Se observa dificultades en la recuperación de palabras específicas (anomia).

En ejercicios de denominación por confrontación visual, se evidencian parafasias fonológicas y semánticas, con predominio de estas últimas. Se observa un mejor desempeño a través de las claves semánticas que las claves fonológicas en la evocación de información relacionada.

En la revaloración el lenguaje de la comprensión auditiva se encontró en un nivel adecuado que se mantuvo en la valoración interpretando el discurso oral. Sin embargo en las instrucciones que requieren de un procesamiento complejo de información se le genero dificultad y demora en el tiempo pero referidas más a la lentitud en el procesamiento de información.

En la ejecución de pruebas estandarizadas y que realizan estimación de la fluidez verbal (semántico y fonológico) se observa un pobre desempeño, en las categorías fonológicas los puntajes registran con un menor número de palabras evocadas manteniéndose muy parejos los resultados en la revaloración, donde hay dificultades en la evocación de palabras que empiezan por un fonema particular, por lo que la capacidad de cambio de la información en la búsqueda de las subcategorías , las

respuestas dadas y las estrategias que usa el paciente para acceder a la información esta alteradas relacionadas con la función ejecutiva.

En la prueba de denominación de Boston se mantuvo la presencia de anomia, requiriendo de varias claves semánticas y fonológicas, siendo estas últimas las que más le sirven para este proceso y mostrando dificultad para acceder al almacén semántico.

En los procesos del dominio de lenguaje; en el de comprensión auditiva en la valoración y revaloración se encuentra en el paciente normalidad percibiendo los estímulos sonoros.

El entendimiento del lenguaje comprensivo estuvo mediado por la alteración en la velocidad de procesamiento que implicaba demoras en la comprensión compleja de las actividades y en la memoria de trabajo.

En relación a la expresión oral, el paciente presento en la revaloración en comparación a la valoración inicial una disminución en la fluidez verbal, con tendencia a ser monosilábico y sin realizar contra preguntas en el lenguaje conversacional.

Hay reducción de la fluidez verbal y presento dificultades para generar palabras, lo que llamamos fluidez verbal. El lenguaje en el paciente tiende a ser escaso..

GNOSIAS:

En este apartado se evalúa el reconocimiento e identificación de estímulos presentados por las diferentes modalidades sensoriales, al igual que la correspondiente orientación en el espacio de los estímulos y las mismas relaciones entre los diferentes elementos que lo componen.

Durante el proceso de valoración y revaloración neuropsicológica, se evaluaron las gnosis auditivas, encontrando que no presenta dificultades con el proceso de

identificación y discriminación de estímulos presentados por esta vía sensorial, por lo que reconoce los elementos verbales y no verbales. De igual manera, con las gnosias visuales, se encuentra un desempeño adecuado para el reconocimiento de figuras y patrones geométricos en dos y tres dimensiones, al igual que los aspectos cromáticos de los mismos.

Respecto, a la gnosias viso-espaciales en la valoración, se observaron importantes alteraciones, que impiden al paciente integrar una figura compleja en un todo coherente, por lo que la percepción se lleva a cabo de manera desorganizada y con poco nivel de estrategia.

En la revaloración las gnosias viso-espaciales se mantuvieron las alteraciones en la percepción donde se observa dificultad a la hora de realizar dibujos espontáneamente y dificultades para copiar figuras complejas relacionadas con la inadecuada estrategia para realizarlos.

En el dominio de las gnosias visuales y auditivas el paciente en la valoración y en la revaloración se encontró que no había dificultades, pero en las gnosias visoespaciales el paciente presento puntuaciones similares de percentil bajo que no están relacionadas con el componente de percepción y reconocimiento de la forma, sino más con la función ejecutiva donde se observa cómo se dijo anteriormente dificultad a la hora de realizar el dibujo y a su vez fallas en la planeación y en la estrategia para copiar la figura.

PRAXIAS:

En relación a las praxias, que refiere a las actividades organizadas de forma motora; en el paciente, no se encontraron alteraciones en praxias educativas e ideomotoras, lo cual evidencia una adecuada representación mental de las secuencias a realizar.

En los procesos de praxias construccionales, se identificó que el paciente tuvo dificultades para el ensamblaje tridimensional de figuras y tareas de copia, pero se relaciona más con la alteración en la planeación y organización de la información teniendo más estrategias de ensayo y error y de confrontación visual para ejecutar los modelos solicitados esto hace referencia a un componente más ejecutivo que praxico, aspecto que interfiere con una adecuada ejecución aumentando el tiempo realización en diferentes tipos de actividades y tareas.

En relación a las praxias no se encontraron alteraciones en praxias ideacionales e ideomotoras, pero en procesos de praxias construccionales, el paciente tuvo las dificultades para llevar a cabo el ensamblaje tridimensional, realizó las figuras más básicas de los cubos con algunas estrategias de ensayo y error y aumento los tiempos de ejecución. Asimismo, hay problemas con la construcción bidimensional de figuras complejas, tal y como se observó, en la realización de la Figura Rey-Osterrieth. Pero referidas a las dificultades en la función ejecutiva en la planeación secuencial del armado del cubo, más a la dificultad de atender diversos estímulos de forma simultánea y a la flexibilidad cognitiva.

FUNCION EJECUTIVA:

Las funciones ejecutivas hacen referencia a los procesos de abstracción, secuenciación, flexibilidad de pensamiento, categorización y planeación

En la valoración en relación a los procesos de abstracción y conceptualización, se evidencia un desempeño bajo mostrando dificultad para aspectos simbólicos y abstractos del lenguaje. Respecto a la capacidad de categorización y conceptualización, se muestra una capacidad que se encuentra dentro del rango bajo para su media de edad y grado de escolarización.

En la valoración logró completar 1 de las 6 categorías en la prueba de Wisconsin Card Sorting Test, presentando dificultades para establecer patrones a partir de la

presentación de diferentes estímulos visuales o categorías conceptuales. Su ejecución en esta prueba, también muestra que el paciente presenta una disminución importante alteración en la flexibilidad de pensamiento, corroborada con el componente clínico a lo largo de la evaluación.

En la revaloración se mantuvo también en la formación de una de 6 categorías, en la prueba de Wisconsin CardSorting Test, donde mantuvo las dificultades en el establecimiento de patrones conceptuales y planeación de la actividad de acuerdo a los estímulos presentados, y dificultades en el entendimiento de la instrucción, su proceso de abstracción comprometido no logrando captar el objetivo de la prueba, ni identificar las señales cuando se le decía que no estaban correctas. Aumento el número de errores perseverativos, y disminuyo sus respuestas conceptuales, lo que puede indicar que al paciente le cuesta cambiar su parámetro de respuestas, lo cual se obstaculiza para pasar de una categoría a otra por la alteración en la flexibilidad cognitiva y la velocidad del procesamiento de la información.

Se observa disminución en las respuestas correctas bajando a un 64% por ciento relacionados con los fallos para mantener la actitud en este sentido el paciente le cuesta llevar un conteo de la suma de las categorías realizadas constándole tener atención alternante y flexibilidad cognitiva en la monitorización de estrategias.

En el análisis de los componentes de la función ejecutiva se encontró que:

Frente a los procesos de abstracción verbal el paciente en la valoración y la revaloración presento dificultades en el análisis de la información y asociación de conceptos verbales como en la prueba de semejanzas, presentando concretismo de pensamiento.

El paciente mostró en la valoración y revaloración incapacidad para organizar un plan de acciones, flexibilizarse ante las diversas respuestas y dificultades para ordenar los acontecimientos en el tiempo, o seguir una secuencia, tanto verbal como motora, reflejada

en las pruebas de Rey, en las de dígitos de orden directo y en las pruebas de Wisconsin teniendo perseveraciones e incapacidad para pasar de una categoría a otra.

El paciente presenta alteración en la manera de recibir información como en la manera de expresar las ideas y adaptarse a las exigencias de las situaciones nuevas. Le cuesta pasar de una modalidad a otra y esto se observó en las pruebas de Wisconsin donde no pudo cambiar de categoría.

El paciente tiene dificultades en la Solución de Problemas y en la toma de decisiones está mediatizada por procesos motivacionales, emocionales y cognitivos, el marcador somático y por la valoración de contexto.

Hay incapacidad para utilizar la información contextual observada en el contexto clínico y dificultad en dar un juicio por su alteración comportamental y emocional, ya que la apatía, la abulia y la falta de motivación no le permiten tomar decisiones, ser consciente de sus acciones y comprender como estas pueden afectar a los demás.

El paciente no es capaz de planear, es decir, de la capacidad de pensar en una "meta concreta" y ser capaz de organizar los medios para su consecución, de prever sus consecuencias y valorar las posibilidades de éxito, de concentrarse en los puntos clave, de reflexionar sobre si se está realizando el plan según lo acordado y de modificarlo si no es así.

El paciente presenta incapacidad para organizar un plan de acción e incapacidad para inhibir respuestas inapropiadas y perseveración o repetición anormal de una conducta.

ASPECTO COMPORTAMENTAL:

El paciente presentó lentitud en la ejecución de las actividades, alteraciones atencionales dependientes del ambiente, y requirió de motivación externa para la

ejecución de las mismas. Así mismo se observó falta de motivación e iniciativa y presentó desinterés en la llegada a la meta de las pruebas aplicadas.

CONCLUSIONES:

Durante la evaluación y revaloración neuropsicológica, se observó que en el paciente existe una alteración en los procesos cognoscitivos que en su mayoría no tuvo cambios significativos en la comparación de las puntuaciones, a excepción de procesos asociados a función ejecutiva en sus tres componentes (orbito frontal, dorso lateral y frontomedial) con mayor agudización de los síntomas en componentes motivacionales y de iniciativa.

Sin embargo los tiempos de ejecución en las pruebas de TMT formas A y B y en la ejecución de la figura de rey aumentaron. Se evidenciaron dificultades en procesos de atención (sostenida, dividida y alternante), acompañadas de fatigabilidad y de alto grado de interferencia. Su velocidad de procesamiento fue baja y no correspondió a su grupo normativo, de igual forma en la valoración y revaloración fue una de las áreas más afectadas

Con respecto a la memoria, se encuentra compromiso de procesos básicos como la evocación de la información, ya que el proceso de registro es adecuado con información verbal. En cuanto al nivel visual se observa una pobre ejecución ya que en la figura de Rey hay la omisión de la mayoría de los ítems copiados, se mantiene de igual forma en la revaloración las alteraciones pero estas están relacionadas con mayor relacionadas en la planificación y organización de la información asociadas con la función ejecutiva la cual es un área en el paciente con mayor afectación que aumenta en la dificultad de evocación por el aumento de tiempo en ejecución en la revaloración y el empleo de pocas estrategias en la organización de la información.

En cuanto a su lenguaje se observa alteraciones en procesos de fluidez semántica y fonológica, de la misma manera hay presencia de anomia y déficit en procesos de denominación y se mantienen con ejecuciones en las puntuaciones muy similares a las

de la valoración pero con predominancia de la alteración un poco más baja en cuanto a la evocación de palabras en su fluidez fonológica relacionado con su alteración en la función ejecutiva.

En relación a las praxias y gnosias, no se encuentran alteraciones en las praxias ideacionales, ideomotoras, pero con la ejecución en tareas de tipo viso-construccional se observa es la dificultad de planeación y búsqueda de estrategias en la construcción de los cubos pero más por componente ejecutivo dorso lateral.

El funcionamiento ejecutivo, se observa afectado, con problemas en conceptualización, planificación y flexibilidad de pensamiento e inhibición, que interfiere de manera importante con otros procesos cognitivos y en su conducta.

En las funciones ejecutivas es donde mayores niveles de alteración registra el paciente existen tres subprocesos importantes de acuerdo a la región donde este localizada la lesión, en el paciente en su área dorsolateral hay alteración en la planificación de la información sustentadas en la ejecución de la prueba de Rey, déficit en la manipulación mental y memoria de trabajo con la pruebas de dígitos en orden inverso con bajos niveles de puntuación en la retención y evocación de los mismos, en la inflexibilidad cognitiva se refleja dificultades en los cambios de estrategias para cambiar de categorías y en las pruebas de TMT B la alteración en la velocidad de procesamiento en el aumento en la revaloración de los tiempos de ejecución, no realiza sino una categoría del test de Wisconsin y los errores en las respuestas perseverativas, estas repeticiones consideradas como signos patognómicos de la lesión, en el área orbito frontal el paciente presenta alteraciones en la inhibición de respuestas no pertinentes a la categoría de los test de Wisconsin y en el área ventromedial por medio del proceso clínico y en entrevista semiestructurada con la familia los trastornos de activación y la motivación están alterados incrementándose la dependencia para realizar las habilidades básicas instrumentales pasando de un grado normal a severo mostrados en las escalas realizadas de Lawton y Brady, sin embargo se aclara que no es que el paciente no pueda

realizarlas sino que sus niveles de apatía y desmotivación no lo dejan tomar la iniciativa para realizarlas por sí mismo perdiendo de esta manera autonomía.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Teniendo en cuenta las consideraciones referidas en la anamnesis, junto con la observación objetiva y cualitativa del desempeño en la evaluación, se considera que el perfil clínico compatible con un perfil del paciente es con un cuadro de demencia mixta con componente frontotemporal y alteración cognoscitiva asociada a enfermedad cerebro vascular

DISCUSION

El presente estudio tuvo como objetivo describir la evolución del cuadro clínico de un paciente diagnosticado un cuadro de demencia mixta con componente frontotemporal y alteración cognoscitiva asociada a enfermedad cerebro vascular

A continuación se realiza la descripción de los datos observados en el proceso de evaluación y reevaluación del paciente.

En este estudio de caso el paciente presenta una evolución de un deterioro cognitivo leve a un cuadro demencial recordando que la demencia según (Bernal y Román, 2002) es un trastorno multidimensional que compromete áreas conductuales y potencialmente afectivas con desajustes en el medio socio laboral y con pérdida de autonomía y con marcada interferencia en la vida del próximo quien lo cuida.

Las dificultades para establecer un diagnóstico diferencial entre envejecimiento y demencia como lo dice (Miranda, 2010) han llevado a instaurar de manera artificiosa ,diferentes entidades asociadas a déficits de memoria, pero cuya utilidad no se ha

establecido con solidez, por lo que en el caso se describió como la evolución del deterioro diagnóstico previamente evoluciono a una demencia pero por deterioro en su comportamiento que implicó pérdida de autonomía e independencia pero en este caso por lesión ventromedial con abulia, apatía y desmotivación que es lo que afectó al paciente para llegar al punto de deterioro personal.

En cuanto a ello además es importante resaltar que en el concepto del deterioro cognitivo leve se observa como también lo nombra (Miranda,2010) se reduce exclusivamente al área cognitiva, las alteraciones en las diferentes esferas cognitivas son el corte de los distintos criterios y no contemplan que este concepto debe trascender de la esfera exclusivamente cognitiva a otras como la funcional, psicomotriz o psiquiatría pudiendo ayudar a su caracterización lo cual se reflejó en este caso su inicio por deterioro funcional que ocasiono pérdida de autonomía e independencia.

Es de vital resaltar que el deterioro cognitivo debe ser objetivado a través de la exploración neuropsicológica y corroborado por un informador fiable refiere (Miranda 2010), la repercusión funcional, social o laboral debe tener en cuenta el contexto socio cultural del sujeto y hay que tener en cuenta que en el diagnóstico de demencia se supone un deterioro intelectual y funcional pero con respecto a determinar un nivel previo de valoración es importante valorar el estado clínico del paciente desde una perspectiva biográfica.

En este sentido también es significativo retomar los conceptos de (Modrego 2004) donde refiere que la depresión aumenta dos veces en el riesgo de transición a demencia en sujetos con deterioro cognitivo leve que en nuestro caso no es la precisión porque el paciente no tenía alterado su estado anímico y prueba de ello se da en la medicación que tomó el paciente porque se consideró que tenía una depresión pero esta no causó un impacto en los síntomas del paciente, llevando a concluir que en este caso la alteración se asume en el área específica ventromedial donde el paciente presentó y aumento su niveles de desmotivación, desinterés, apatía y abulia.

En un estudio se evidenció que sujetos con deterioro cognitivo leve con presencia de rasgo de apatía rendían menos en los test de memoria que su controles con deterioro cognitivo leve sin apatía y padecieron mayor deterioro de memoria al año en este caso de revaloración en es te sentido el paciente conservo un buen proceso de registro de la información y ayudado con las claves semánticas mejoro su nivel de evocación. (Arnold, Liu, P., Demers, Dorian, P., Giannetti, Haddad, & White, 2006)

En los últimos años cuando se habla de deterioro cognitivo los aspectos vasculares han tomado relevancia como factores de riesgo como la hipertensión, la microangiopatía o enfermedades cerebro vasculares. Este factor ha sido poco estudiado en la relación de le trastorno y al presencia del Deterioro cognitivo pese a que se presume que el componente vascular es un factor principal en el desarrollo del deterioro cognitivo. En este caso el paciente cuenta con antecedente vascular que tiene incidencia en su perfil subcortical (Jiménez, Suárez y Porro, 2006)

En el paciente se observa una evolución a un cuadro de categoría mixta o demencia cortico-subcortical que afectan las dos regiones, la afectación de la corteza cerebral y subcortical mente los ganglios basales, el tálamo el tronco del encéfalo, la sustancia blanca.(Weissmann, Solís y Ramírez, 2002).

En el factor cortical se comprende alteraciones de memoria pero en este caso de aprendizaje y evocación reciente pero en el paciente no hay alteración de aprendizaje, el componente de memoria tiene falla es en la evocación de la información, pero mejora significativamente con las claves semánticas. Hay alteraciones en el lenguaje como en este caso la anomia en el paciente, las capacidades visoperceptuales y constructivas estuvieron acordes pero en este caso cortical se eleven sin embargo la planeación y organización de la información por alteración en la función ejecutiva influenciaron el bajo rendimiento en este aspecto (Ciampi, Vargas, Hernández y González, 2009).

En las demencias corticales se distingue la demencia frontotemporal que coincide con los resultados de las valoraciones preservando la memoria , la orientación,

las praxias mientras que lo predominante en este cuadro fue los trastornos de comportamiento como la apatía y la falta de motivación, no nos quedamos por lo tanto solo con un perfil cortical ya que esta referencia de este síndrome induce a pensar en un componente neurodegenerativo pero en este caso el paciente tuvo componentes de este síndrome pero no se manifestaron todos como ya se había nombrado en la descripción se conservaron algunos llevando al caso a un cuadro mixto.

En el componente subcortical el paciente refleja el enlentecimiento en los procesos de pensamiento y la alteración afectiva que en este caso se derivó hacia un componente comportamental, también se tiene en cuenta el enlentecimiento del habla , de los procesos cognitivos que aunque en este caso sus diferencias no fueron significativas si se produjo mayores niveles de enlentecimiento en la ejecución de las actividades , hay dificultades en la evocación, pero no en el aprendizaje y en este caso se mejora cuando es ayudado con las claves semánticas . El deterioro cognitivo de pacientes en este aspecto se caracteriza por la dificultad para organizar secuencialmente los pasos de una tarea compleja. Otra área bastante importante en este componente como se validó en las valoraciones del paciente fue la aparición de síntomas de apatía y falta de motivación que han sido la causa más certera del deterioro en la independencia y autonomía del paciente.

Las conclusiones que generaron el estudio de ambos casos, son las descritas a continuación:

4. A nivel general se observó que el concepto de Deterioro cognitivo leve se reduce exclusivamente al área cognitiva, las alteraciones en las distintas esferas cognitivas son la modalidad de los distintos criterios y no contemplan otros factores que pudieran llegar a completar el cuadro clínico.

5. En la actualidad existen evidencias que nos hacen pensar que el concepto de demencia debe trascender de la esfera exclusivamente cognitiva

a otras como la funcional, comportamental, emocional, psicomotriz o psiquiátrica, pudiendo ayudar a su caracterización.

6. En relación a la memoria de trabajo, se encontró comprometida en las pacientes, relaciona también con fallas atencionales y ejecutivas.

7. El cuadro del paciente frente a su diagnóstico no cuenta en su totalidad con todos los síntomas de una sola demencia, no abarca un solo tipo de diagnóstico tiene algunos componentes corticales y otros subcorticales que implicaron un cuadro mixto cortical y subcortical, lo que sugiere la presencia de diversas etiologías.

8. Los antecedentes de riesgo vascular comprometen las regiones subcorticales del paciente ya que la hipertensión arterial, la presencia de microangiopatía y el accidente isquémico transitorio tienen repercusiones en el cerebro por características estudiadas como la hipo perfusión, alteraciones atencionales y fallos en la ejecución de las pruebas

Las recomendaciones y limitaciones que presento el estudio, fueron las siguientes:

Los “síntomas conductuales y psicológicos” habían recibido una atención muy escasa, en comparación con los síntomas cognitivos. Sin embargo, quedó bien establecido que constituyen un componente intrínseco de la práctica totalidad de las demencias y tienen enormes repercusiones para el paciente y sus familiares (sufrimiento, pérdida de autonomía, disminución de la calidad de vida y costes económico).

Referencias

Arango Tobón, O. E., Puerta, I. C., & Pineda, D. A. (2008). Estructura factorial de la función ejecutiva desde el dominio conductual. *Diversitas*, 4(1), 63-77.

Arnold, J. M. O., Liu, P., Demers, C., Dorian, P., Giannetti, N., Haddad, H., & White, M. (2006). Canadian Cardiovascular Society consensus conference commendation on heart failure 2006: diagnosis and management. *Canadian Journal of Cardiology*, 22(1), 23-45.

Bayona, H. (2010). Demencia vascular: un reto para el clínico. *Acta Neurológica Colombiana, Bogotá*, 26(3), 69-77.

Bernal, O & Román, G (2002). Guía neurológica 8, una aproximación hacia la demencia vascular, cap. 17 pág. 288

Ciampi, E., Vargas, O., & González-Hernández, J. (2009). Enfrentamiento diagnóstico y clínico de las Demencias Frontotemporales. *Revista Memoriza. com*, 4, 22-35.

Coutin Marie, G., Borges Soria, J., Batista Moliner, R., & Feal Cañizares, P. (2001). El control de la hipertensión arterial puede incrementar la esperanza de vida: Verificación de una hipótesis. *Revista Cubana de Medicina*, 40(2), 103-108.

Dai, W., López, O. L., Carmichael, O. T., Becker, J. T., Kuller, L. H., & Gach, H. M. (2008). Abnormal regional cerebral blood flow in cognitively normal elderly subjects with hypertension. *Stroke*, 39(2), 349-354.

De León, J. M. R. S., Llanero-Luque, M., Lozoya-Delgado, P., Fernández-Blázquez, M. A., & Pedrero-Pérez, E. J. (2010). Estudio neuropsicológico de adultos jóvenes con quejas subjetivas de memoria: implicación de las funciones ejecutivas y otra sintomatología frontal asociada. *Revista de neurología*, 51(11), 650-660.

Goodling, M., Amaya, E., Parra, M., & Ríos, A. (2006). Prevalencia de las demencias en el municipio de Neiva 2003-2005. *Acta Neurol Colomb*, 22(3), 243-248.

Jiménez, L. F. H., Suárez, J. D., & Porro, Y. L. (2006). Una nueva mirada a los factores de riesgo para la aparición de la enfermedad. Un análisis en los accidentes cerebro vasculares. *Duazary*, 3(1).

Henao-Arboleda, E., Aguirre-Acevedo, D. C., Muñoz, C., Pineda, D. A., & Lopera, F. (2008). Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. *Revista de neurología*, 46(12), 709-713

Herreras, E. B., Cela, J. L. S., & de León España, U. (2006). Disfunción ejecutiva: Sintomatología que acompaña a la lesión y/o disfunción del lóbulo frontal. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5(2).

Hesse, H. (2009). Prevalencia de demencia en población general: una revisión. *Rev. Med Hondur*, 77(1).

Meléndez Moral, J. C., Sanz-Álvarez, T., & Navarro-Pardo, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación. *Anales de psicología*, 28(2), 604-610.

Montañés, P., Cano, C., Pedraza, O., Peñalosa, M., Rubiano, L. D., & Gámez, A. (2003). Demencia no Alzheimer: variante frontal de la demencia fronto-temporal. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 17, 539-83.

Paula Weissmann, d. C., Solís, p., Hugo, b., & Agustín Ramírez, R. S. (2002). Hipertensión arterial y deterioro cognitivo en el anciano. *CARDIOL*, 70, 231-238.

Pasquier F, Delacourte A. Non-Alzheimer degenerative dementias. *Curro Opin Neurol*. 1998; 11:417-27.

Pradilla, G., Vesga, B. E., León-Sarmiento, F. E., & Grupo Geneco. (2003). Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano. *RevPanam Salud Pública*, 14(2), 105.

Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Lozoya-Delgado, P., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G., & Puerta-García, C. (2011). Evaluación de los síntomas prefrontales: propiedades psicométricas y datos normativos del cuestionario disejecutivo (DEX) en una muestra de población española. *Revista de Neurología*, 52(7), 394-404.

Lezak, M. D. (1993). Newer contributions to the neuropsychological assessment of executive functions. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8(1), 24-31.

Llibre Rodriguez, J. D. J. (2013). Envejecimiento y demencia: implicaciones para la comunidad científica, la salud pública y la sociedad cubana.

Lyly, A. (2008). Molecular interactions underlying neuronal ceroidlipofuscinoses CLN1 and CLN5.

Modrego, P. J., & Fernández, J. (2004). Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type: a prospective cohort study. *Archives of Neurology*, 61(8), 1290-1293.

Rascovsky K, Hodges J, Kipps C, Johnson J, Seeley W, Mendez M, et al. Diagnostic criteria for the behavioral variant of frontotemporal dementia (bvFTD): current limitations and future directions. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2007; 21:S14-8.

Rodríguez Álvarez, M., & Sánchez Rodríguez, J. L. (2004). Reserva cognitiva y demencia.

Rascovsky K, Hodges J, Knopman D, Mendez M, Kramer J, Neuhaus J, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011; 134:2456- 77.

Silva, F. A., Zarruk, J. G., & Quintero, C. (2002). Guía Neurológica 8: enfermedad cerebro vascular. Epidemiología de la ECV. *Acta Neurol Colomb*, 23-29.

Vicario, A., Vainstein, N. E., Zilberman, J. M., del Sueldo, M., & Cerezo, G. H. (2010). Hipertensión arterial: otro camino hacia el deterioro cognitivo, la demencia y las alteraciones conductuales. *Neurología Argentina*, 2(4), 226-233.

Zarranz Imirizaldu, J. J. (1997). Tratamiento antiagregante para la prevención de los ictus cerebrales isquémicos: un análisis de beneficio/riesgo. *Medicina clínica*, 109(20), 802-807.