



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**  
**PSICÓLOGO CLÍNICO**

**PROBLEMA:**

**DETERIORO COGNITIVO Y SU AFECTACIÓN EL CONTEXTO**  
**PSICOSOCIAL DE UN ADULTO MAYOR DE 67 AÑOS DE MATA DE**  
**CACAO.**

**AUTOR:**

**VILLEGAS COELLO SAUL ALEXANDER**

**TUTOR:**

**MSC. ZUMBA VERA INGRID YOLANDA**

**BABAHOYO – 2023**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**PSICOLOGIA CLINICA**  
**RESUMEN**



Durante el periodo de vida del ser humano este cursa por varias etapas del desarrollo siendo la vejez la última que este cursa, durante esta etapa ocurre un cambio significativo a nivel neurológico y psicológico denominado deterioro cognitivo, generando grandes repercusiones en el sistema nervioso central, provocando disminución de neurotransmisores específicos, generando predisposición a enfermedades físicas y mentales, produciendo deterioro en memoria, atención, orientación, funciones ejecutivas, pensamiento y lenguaje, además de impactar en el contexto psicosocial del individuo, principalmente porque el deterioro cognitivo en el adulto mayor provoca dependencia en otras personas (familiares, amigos o cuidadores), por ende se pretende estudiar el tema de deterioro cognitivo y su afectación en el contexto psicosocial de un adulto mayor de 67 años de Mata de Cacao, que tiene como objetivo determinar el impacto del deterioro cognitivo en el contexto psicosocial de un adulto mayor de 67 años y cual se llevara a cabo mediante la aplicación de técnicas de recolección como; observación, entrevista, revisión bibliográfica, historia clínica y aplicación del pruebas psicométricas como MOCA y la escala de demencia de Blessed, Timlison y Roth, información que será organizada y especificada mediante las sesiones, hallazgos donde se plantea el diagnostico de F00.1. Demencia en la enfermedad de alzheimer de inicio tardío, y como soluciones planteadas se establece la metodología de la rehabilitación cognitiva para reducir o enlentecer el proceso de deterioro, concluyendo que se logró cumplir el objetivo del a investigación.

**Palabras clave**

Deterioro cognitivo, psicosocial, adulto mayor, rehabilitación, Alzheimer



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN**  
**PSICOLOGIA CLINICA**



**ABSTRACT**

During the period of life of the human being, it goes through several stages of development, being old age the last one that it goes through, during this stage a significant change occurs at the neurological and psychological level called cognitive deterioration, generating great repercussions in the central nervous system, causing decrease in specific neurotransmitters, generating a predisposition to physical and mental illnesses, producing deterioration in memory, attention, orientation, executive functions, thought and language, in addition to impacting the psychosocial context of the individual, mainly because cognitive deterioration in the elderly causes dependency in other people (relatives, friends or caregivers), therefore it is intended to study the issue of cognitive impairment and its affectation in the psychosocial context of an adult older than 67 years of Mata de Cacao, which aims to determine the impact of cognitive impairment in the psychosocial context of an adult over 67 years and which will be carried out through the application of collection techniques such as; observation, interview, bibliographical review, clinical history and application of psychometric tests such as MOCA and the Blessed, Timlison and Roth dementia scale, information that will be organized and specified through the sessions, findings where the diagnosis of F00.1 is proposed. Dementia in late-onset Alzheimer's disease, and as proposed solutions, the cognitive rehabilitation methodology is established to reduce or slow down the deterioration process, concluding that the objective of the investigation was achieved.

**KEYWORDS**

Cognitive impairment, psychosocial, elderly, rehabilitation, Alzheimer



## INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	Desarrollo .....	2
2.1.	Justificación.....	2
2.2.	Objetivo.....	2
2.3.	Sustento teórico .....	3
2.4.	Deterioro Cognitivo.....	3
2.5.	Tipos de deterioros cognitivos .....	3
2.6.	Deterioro cognitivo leve.....	3
2.7.	Demencia.....	4
2.8.	Demencia moderada.....	5
2.9.	Demencia grave.....	5
2.10.	Psicosocial.....	6
2.11.	Factores psicosociales presente en la tercera edad.....	7
2.12.	Cambios psicosociales del envejecimiento .....	7
2.13.	Cuidado del adulto mayor .....	8
2.14.	Postura psicológica.....	10
2.15.	Técnicas aplicadas para la recolección de información. ....	11
2.16.	Observación.....	11
2.17.	Entrevista.....	11
2.18.	Revisión Bibliográfica.....	11
2.19.	Pruebas psicométricas .....	12
2.20.	Historia clínica .....	12
2.21.	Resultados obtenidos.....	13
2.22.	Sesiones.....	13
2.23.	Situaciones detectadas (Hallazgos) .....	15
2.24.	Soluciones planteadas .....	17
3.	Conclusiones.....	19
4.	Bibliografía.....	21
5.	Anexos.....	23

## **1. INTRODUCCIÓN.**

El presente estudio de caso se enfoca en “deterioro cognitivo y su afectación en el contexto psicosocial de un adulto mayor de 67 años de Mata de Cacao”, dicho tema se encuentra inmerso en la línea de investigación: prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, y la sublínea de investigación de psicoterapias individuales y/o grupales.

A lo largo que el ser humano envejece, el deterioro celular aumenta, y los procesos cognitivos no son una excepción, las alteraciones en el pensamiento, pérdida de memoria, dificultad para completar actividades, concentrarse, seguir instrucciones son unas cuantas de las consecuencias del deterioro cognitivo y esta pérdida de funciones repercuten directamente en el ámbito psicosocial del adulto mayor, ya que comenzaran a presentar dificultades en la relaciones sociales o incumplimiento en sus actividades laborales.

Por ende, debido a la afección del deterioro cognitivo el adulto mayor se vuelve dependiente lo que imposibilita un desenvolvimiento psicosocial adecuado, encaminándose a un deterioro progresivo, hasta los últimos días de vida, generando predisposición a repercutir o adquirir enfermedades como alzhéimer, cáncer, Parkinson, entre otras afectaciones física o neurológicas.

Se pretende investigar sobre estas problemáticas porque en la actualidad, la población de adultos mayores se ven propensos a perder gran parte de sus funciones ejecutivas al inicio de su vejez, provocando que se vean envuelto en conflictos y dificultades en su contexto psicosocial como pérdida de empleo, comorbilidad con enfermedades debido a la edad, dificultad de movilidad, entre otros.

En este sentido, se aborda esta temática para establecer una adecuada evaluación e intervención psicológica, para determinar factores de protección, riesgo y tiempo de evolución de la enfermedad, con la finalidad de aplicar rehabilitación cognitiva para disminuir la velocidad del deterioro cognitivo y así mejor la calidad de vida del adulto mayor en su contexto psicosocial.

El abordaje del presente estudio de caso fue realizado en dos etapas, la primera en evaluación psicológica de los procesos cognitivos y aplicación de rehabilitación cognitiva, a continuación, se registran los resultados a través de la justificación, objetivo, sustento teórico, técnicas aplicadas para la recolección de información, resultados obtenidos y las conclusiones.

## **2. DESARROLLO**

### **2.1. Justificación**

La importancia de estudio surge a través de la necesidad social de prevenir el deterioro cognitivo que se observa en los adultos mayores, la cual no se toma en consideración y estos normalizan con la vejez, pero estos repercuten significativamente a nivel psicosocial tanto para ellos como para la convivencia social, debido que es un factor predisponente para la mendicidad, y maltrato y discriminación al adulto mayor, en este sentido, el presente estudio de caso resalta que el deterioro cognitivo no depende netamente de la vejes, sino que depende del estilo de vida que lleve la persona.

El principal beneficiario de la realización del presente caso es el paciente adulto mayor de 67 años, el cual presenta afectación en sus funciones cognitivas, además como beneficiarios indirectos, se encuentran los cuidadores del asilo, debido a que el paciente muestra mejoría en procesos cognitivos como la atención y memoria, facilitando el cuidado hacia el mismo, además beneficia de manera indirecta a la institución, debido a que queda como modelo de intervención en rehabilitación cognitiva el abordaje que se realizó en el estudio de caso

El presente estudio se vuelve trascendental por que brinda un aporte teórico y práctico en referencia al deterioro cognitivo, y como prevenirlo o disminuir su afección en los adultos mayores por medio de la rehabilitación cognitiva. En el presente caso se pretende verificar la factibilidad de la intervención de rehabilitación cognitiva en un adulto mayor de 67 años, con la finalidad de brindar un aporte a futuras investigaciones similares. Promoviendo el desarrollo de aportes teóricos, en beneficio del cuidado de los adultos mayores.

El presente caso fue factible gracias a la predisposición mostrada por el adulto mayor a la igual de su colaboración y la colaboración del centro donde se llevaron a cabo las practicas preprofesionales, cabe reiterar que no fue necesario realizar inversiones económicas significativas ya que se contaba con todo el material necesario los cuales eran historia clínica, y pruebas psicométricas.

### **2.2. Objetivo**

Determinar el impacto del deterioro cognitivo en el contexto psicosocial de un adulto mayor de 67 años.

### **2.3. Sustento teórico**

### **2.4. Deterioro Cognitivo**

A medida que el ser humano cursa por las etapas del desarrollo vital, este transitara por muchos cambios tanto físicos como psicológicos, la vejez o la tercera edad no es una excepción, el cambio más importante significativo que se produce a esta edad, es que la regeneración celular se ve reducida significativamente.

Siendo la aparición del deterioro cognitivo un factor de riesgo para la vejez. Según Parada et al. (2022), “Declive en las funciones cerebrales superiores, tales como atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social, el cual se basa en las quejas percibidas del propio individuo o su familia” (p. 80). Siendo el proceso de la memoria el más afectado, tanto a corto, medio y largo plazo, seguido de la habilidad verbal y la comprensión.

Es común que en esta edad se logren observar enlentecimientos tanto en el pensamiento como la motricidad, justamente sucede porque el cuerpo del ser humano pasa a un declive en cuanto a su regeneración. “Respecto a los tratamientos no farmacológicos centrados en las alteraciones cognitivas, se encuentran la estimulación cognitiva, el entrenamiento y la rehabilitación cognitivos” (González et al., 2021, p. 288). Pero estos no curan como tal el deterioro, solo enlentecen el proceso degenerativo, pero existe evidencia científica que con el estímulo indicado la rehabilitación cognitiva genera cambios significativos en el estilo de vida del paciente.

### **2.5. Tipos de deterioros cognitivos**

La forma ideal de clasificar los deterioros cognitivos es mediante el nivel de gravedad. “Si bien el envejecimiento se asocia a importantes cambios en nuestra salud, el deterioro cognitivo ha recibido un énfasis especial debido a su fuerte asociación con demencia” (Martínez et al., 2019, p. 1014). En este sentido, la demencia no es más que un deterioro cognitivo que excedió el estándar leve. Esta clasificación se detalla de la siguiente manera.

### **2.6. Deterioro cognitivo leve**

Podemos hacer referencia del DCL (deterioro cognitivo leve) cuando observamos a un paciente que no cumple con los criterios diagnósticos de una demencia, pero si manifiesta quejas con respecto a su memoria o atención, Según de la Hoz (2021), “Se entiende como

deterioro cognitivo leve (DCL) el declive progresivo de una o varias funciones cognitivas, entre las que se incluyen la memoria, las funciones ejecutivas y el lenguaje” (p. 67). En este sentido, la gravedad de este deterioro no es considerada como una demencia, y del 15 al 20% de los adultos mayores suelen padecerla

Por ende, la evaluación psicológica debe estar acompañada de pruebas psicométricas que respalden el diagnóstico, en estos casos el objetivo del especialista es “identificar el DCL de forma precoz puede facilitar el control del declive cognitivo. Además, permitiría poner en marcha técnicas de prevención secundarias para desacelerar el progreso a la demencia” (de la Hoz, 2021, p. 67). En este caso las pruebas psicométricas deben estar orientadas a evaluar el estado de la memoria, orientación, atención, concentración, funciones ejecutivas, para poder determinar la gravedad de la patología.

Además, que, debido al enlentecimiento de los procesos psicológicos, estas afecciones se ven reflejados por medio del comportamiento y conducta de los adultos mayores, “los pacientes con DCL presentan dificultades importantes en áreas esenciales del lenguaje” (de la Hoz, 2021, p. 67). Y esta situación se convierte en un factor de riesgo que amenaza la adaptabilidad del adulto mayor, ya que con la incapacidad de comunicarse adecuadamente.

El adulto mayor se verá obligado a experimentar situaciones de soledad y abandono debido a que presentara dificultades al momento de comunicarse en soledad, repercutiendo en la comorbilidad de alguna otra enfermedad física o de salud mental, por ejemplo, si el adulto mayor se aísla puede desarrollar depresión y esta patología generar cambios bruscos en su manera de dormir y alimentarse, ocasionando alguna enfermedad gastrointestinal.

## **2.7. Demencia**

Se le denomina así al deterioro de la memoria en conjunto de otro proceso cognitivo, este afecta al adulto mayor en su entorno psicosocial. Según González et al. (2021):

La eficacia de intervenciones cognitivas para las personas con demencia está siendo cuestionada y debatida actualmente debido a los pequeños efectos encontrados sobre las variables cognitivas y la ausencia de efectos en las variables relacionadas con la independencia funcional en las actividades de la vida diaria. (p. 288)

Con frecuencia las áreas afectadas de la demencia suelen ser; la memoria a corto, medio y largo plazo; la comprensión, elaboración y vocabulario; las praxias; ciertas

funciones cerebrales asociadas con la capacidad de resolver conflictos o la planificación de acciones y los rasgos de personalidad.

Aparece el deterioro afectando en las actividades cotidianas de manera leve, este suele presentar desorientación en espacio y tiempo, suele olvidar nombres, tiene dificultades con la retención, y suele manifestar mal humor o irritabilidad, para estos casos es habitual el uso de fármacos como el Aricept, Exelon y Razadyne, que sirven como estimulantes para la producción de neurotransmisores que participan en la memoria y el juicio coherente.

## **2.8. Demencia moderada**

También conocida como demencia de segundo nivel, se observa pérdida de memoria, en la cual se ve que la independencia de la persona ha sido invalidada, ya que solo puede desempeñar tareas sencillas, la capacidad de adquisición de nuevos conocimientos a través de la memoria retentiva se ve deteriorada, es común observar adultos mayores que presentan amnesia (no recuerdan sus propios nombres, donde viven o familiares).

Además de la aparición de otras enfermedades mentales como ansiedad y depresión debido a la desorientación suelen producirse cuadros bruscos de estas patologías además de conductas erráticas y agresivas, por este motivo el adulto mayor con demencia moderada pierde totalmente la capacidad de ser independientes y es necesaria la intervención de un cuidador.

## **2.9. Demencia grave**

El tercer nivel de la demencia, es la pérdida total de la memoria, el que la padece pierde totalmente la capacidad de expresar o comunicarse con los demás, y se vuelve incapaz de cuidar de sí mismo. Según Vargas (2022):

La demencia grave supone un problema para la salud pública que afecta a la funcionalidad de los mayores de los países desarrollados y a su entorno social. Entre otras características, las personas con esta enfermedad poseen un perfil sintomatológico definido por la presencia de agitación conductual y un estado afectivo negativo (ansiedad y depresión). (p. 1)

Cabe recalcar que, existe evidencia científica que algunas personas padecen predisposición neurobiológica para padecer demencia y sus consecuencias mientras que otras simplemente mantienen su predisposición, pero no aparece la patología.

Se emplea el término “demencia” en la práctica clínica para hacer alusión a la categoría diagnóstica a la que se recurre para referirse a aquella persona que presenta una pérdida crónica adquirida de múltiples facultades cognitivas lo suficientemente grave como para alterar su funcionamiento cotidiano en el ámbito social y laboral. (Vargas, 2022, p. 2)

Esto se asocia al estilo de vida del adulto mayor en su juventud ya que la base teórica del enlentecimiento del deterioro cognitivo a través de la rehabilitación cognitiva parte del ejercicio mental, es un hecho que una persona con hábitos saludables de lectura o actividad mental (matemáticas, ajedrez, entre otros), disminuirá el impacto del deterioro cognitivo en la vejez

Esto se debe a la reserva cognitiva que no es más que el aprendizaje continuo, lo cual estimula al cerebro a modificar sus procesos neuronales para que el individuo pueda lograr su adaptación para hacer frente a las situaciones o conflictos de su contexto psicosocial. Por ende, actividades como bailar, dibujar o aprender otro idioma, entrena estos procesos cognitivos y promueven la adaptabilidad innata del ser humano.

## **2.10. Psicosocial**

Esta rama pretende encontrar el bienestar de las personas a través de los cambios sociales. Según Salamanca et al. (2019), “El surgimiento del factor de riesgo psicosocial en el ambiente que rodea al individuo, el cual genera consecuencias en la salud mental y física” (p. 40). Esta intervención normalmente actuando sobre redes que puede convertirse en apoyo para el individuo paciente.

En este sentido, para poder realizar una intervención psicosocial es necesario depender de factores ecológicos, sociológicos, económicos y políticos a eso refiere con psicosocial, por ende, se establece que la intervención psicosocial es de carácter interdisciplinario.

Como se mencionó anteriormente esta rama busca lograr el bienestar de las personas desde tres dimensiones; la primera, el bienestar subjetivo que la persona sienta satisfacción y afecto tanto negativo como positivo; segundo, bienestar psicológico, que esta tenga aceptación, autonomía, vínculos con otros, habilidades sociales, objetivos vitales; tercero, bienestar social, que el individuo se logre integrar, sea aceptado por su medio social, que contribuya con su rol en la convivencia social.

### **2.11. Factores psicosociales presente en la tercera edad**

El envejecimiento es un estado dinámico, progresivo e irreversible en el cual factores biológicos, sociales y psíquicos interceden en el proceso, desde el aspecto biológico el deterioro da origen a varias enfermedades encaminando al adulto mayor a la hospitalización.

Los factores de riesgo psicosocial en ocasiones se asocian o se limitan al campo del trabajo, y realmente tienen más fondo, ya que se deben a muchos factores del ambiente donde se encuentre el individuo, así pues, se da con más representación en los trabajadores, puesto que se encuentran en un mismo entorno constantemente, donde su estado de ánimo cambia debido a su ambiente. (Salamanca et al., 2019, p. 43)

Con respecto al factor psicológico, se refiere a la pérdida de capacidades o deterioro cognitivos, donde se pueden observar síntomas de pesimismo, irritabilidad, carencia de habilidades de afrontamiento, valoración negativa de si mismo, del mundo, de los demás, estrés, entre otros.

Factores sociales, se suele observar que existe perdida de roles en la integración social, sustitución, abandonos, carencia de redes de apoyo, el adulto mayor se vuelve dependiente, suele pasar solo, tiene conflictos del tipo generacional, es decir el adulto mayor necesita de compañía y la necesidad de sentirse acompañado para considerar que se encuentra en un estado de bienestar mental.

Factores económicos, desde esta perspectiva existe prevalencia en conducta de mendicidad por parte de la población de adultos mayores, debido a su condición las oportunidades laborales escasean, y muchos de ellos no cuenta con una jubilación o respaldo económico de alguna institución, gobierno o estado, desde esta perspectiva el factor económico se vuelve un determinante para el adulto mayor volver dependiente.

### **2.12. Cambios psicosociales del envejecimiento**

Durante este periodo al igual que la trascendencia entre adolescente y adultos, en la vejez también se producen cambios físicos y psicológicos, siendo lo psicológico los que tienen mayor impacto. Según Torío López (2021), “Los cambios sociales, que han transformado la vida de las mujeres y de los hombres a lo largo del siglo XX, reclaman poner en práctica estrategias creativas para vivir felices durante los últimos años de la vida” (p. 12). Las motivaciones o las metas cambian, generando más atención satisfacer necesidades que hacen trascender como persona ante la necesidad económicas o materiales.

Otro cambio que están obligados a experimentar él es la carencia de convivencia intergeneracional, los actos sexuales, el pensamiento liberal y la madurez filial, a demás son más propensos a padecer de depresión debido a las situaciones que se vuelven común en su entorno, es caso de los abandonos familiares o las pérdidas de seres amados, repercutiendo y provocando síntomas comunes como aislamiento, tristeza, soledad y culpabilidad. Por este motivo se recomienda realizar adaptaciones a su entorno las cuales son:

1. Prevenir accidentes
2. Aumentar la calidad de vida
3. Optimizar el aprovechamiento de las habilidades funcionales de la persona
4. Evitar comportamientos problemáticos
5. Generar un ambiente agradable

Es importante conocer estos cambios, ya que estos pueden ser preventivos a diferencia de una patología clínica, las cuales no son reversibles, es por este motivo que un adulto mayor en un ambiente protegido puede gozar una vida plena durante sus últimos días, pero si este se rodea de situaciones riesgosas, el recorrido al fallecimiento será más corto y doloroso.

### **2.13. Cuidado del adulto mayor**

Los adultos mayores en esta etapa de vida van perdiendo su funcionalidad e independencia por ende es necesaria la presencia del apoyo familiar para brindarle acompañamiento tanto en actividades recreativas pasear, jugar, conversar, como en actividades necesarias para la supervivencia, darles de comer, asearlos, ayudarlos a moverse, entre otros.

Cuidar a una persona dependiente es una tarea compleja que trasciende la simple ejecución de tareas: implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender necesidades cambiantes de la persona cuidada. (Cordero et al., 2019, p. 196).

Cabe recalcar que, en la actualidad los adultos mayores pasaron y sobrevivieron a un cambio mundial llamado pandemia donde los confinamientos, si bien salvaron vidas, repercutieron en la salud mental de estos adultos mayores. Según Osorio et al. (2021), “Aparece una resignificación del hogar como un espacio de intimidad en el cual se realizan

nuevas actividades. Así, a las prácticas de cuidado propias del espacio familiar se suman prácticas de producción asociadas a otros espacios en tiempos prepandemia” (p. 240). La intervención psicológica fue factible en estos casos siempre y cuando se haya contado con el apoyo familiar, ya que la familia es la única que puede crear un ambiente cómodo y saludable para el adulto mayor.

Hay que cambiar la perspectiva que se tiene de la vejez, más que todo para generar mayor impacto en los niños y adolescente, para que estos los involucren, los vean con el respeto que se merecen, y les puedan brindar una ayuda adecuada en algún momento determinado. Según Pinargote y Alcívar (2020):

La vejez, lejos de ser una derrota, es un período en el cual el hombre ha dado a la humanidad todo lo creativo y útil que le ha correspondido de acuerdo con su época. A pesar de los cambios orgánicos, las modificaciones del aspecto físico y el empobrecimiento gradual de las capacidades; el anciano no está exento de potencialidades creativas y de necesidades emocionales. (p. 180)

Además, se considera que el cuidador o familiar a cargo del adulto mayor debe tener en consideración que deberá acompañar al adulto mayor en los siguientes aspectos:

1. Cuidados personales
2. Aseo personal
3. Problemas para vestirse
4. Renuencia al bañarse
5. En la alimentación
6. Dificultades al comer
7. Monitoreo de medicinas
8. Acostarlo para que duerma

Otro aspecto para considerar es el cuidado que debe tener el cuidador así mismo, porque gran parte de las actividades que realiza suelen desgastar física y mentalmente, repercutiendo en el desarrollo del síndrome de bournout, es decir síndrome del quemado, en el cual el cuidador, sentirá fatiga mental, hostigamiento, irritabilidad, impaciencia, y rechazo a realizar sus actividades laborales.

Si esto no se tomas en consideración al momento desempeñar la actividad laboral, puede conllevar a situaciones de maltrato hacia al adulto mayor, siendo esta unas de las principales problemáticas que los adultos mayores viven, siendo esto un factor de riesgo para el agravamiento de enfermedades físicas o psicológicas.

Por este motivo, se recomienda a los cuidadores realizar descansos paulatinos o que varios cuidadores se encuentren a cargo de un paciente, esto con la finalidad de brindarle al adulto mayor un tratamiento y cuidado de calidad, ya que en este periodo o etapa de vida el ser humano vive en constante deterioro, y lo que se busca es enlentecer este deterioro para que el adulto mayor en sus últimos años de vida pueda tener una mejor calidad o estilo de vida.

#### **2.14. Postura psicológica**

Una de las problemáticas más visibles en la vejez, son los deterioros cognitivos, lamentablemente desde la intervención de la psicología clínica debido a la severidad de la patología no se pueden realizar abordajes terapéuticos, con esta población, pero si se puede trabajar en función a él enlentecimiento del deterioro por medio de la rehabilitación cognitiva.

La principal característica del deterioro cognitivo es la incapacidad de utilizar el proceso cognitivo de la memoria por ende incapacitando al adulto mayor en el aprendizaje de nuevas conductas y comportamientos, por este motivo el abordaje psicoterapéutico se vuelve inadecuado en la intervención.

Se puede determinar que uno de los factores para se produzca la demencia o el deterioro cognitivo, o más bien definir que su severidad depende del desenvolvimiento del individuo en su contexto psicosocial, durante su juventud, ya que, si este realiza desde muy joven actividades como leer, hacer ejercicio, jugar ajedrez, el deterioro cognitivo tendrá un impacto reducido durante la vejez.

El deterioro cognitivo repercute en gran medida en el adulto mayor en su desenvolvimiento en su contexto psicosocial, principalmente por que este se vuelve dependiente a cuidados, ya que no solo los síntomas de la demencia participan en la situación sino también patologías como el alzhéimer o enfermedades catastróficas como el cáncer.

### **2.15. Técnicas aplicadas para la recolección de información.**

Con la finalidad de recolectar de manera sistemática toda la información relevante del caso, fue necesario utilizar técnicas e instrumentos como; observación directa, llenado de historia clínica, aplicación de pruebas psicométricas, entrevista y revisión bibliográfica, con el objetivo de establecer los resultados y analizar su factibilidad y cumplimiento con el objetivo planteado

### **2.16. Observación**

Se hizo uso de la técnica de observación para obtener información sobre la conducta del paciente, si esta era coherente con respecto a lo que narraba sobre su vida y modo de actuar, para lograr eso fue necesario realizar la intervención en un espacio cerrado sin distractores tanto para el paciente como para el evaluador ya que por medio de la observación se percibió el comportamiento, la actitud, las aptitudes y los signos que mostraba el paciente durante la sesión.

### **2.17. Entrevista**

Este es un método para la recolección de información sobre el paciente, la cual siempre se emplea en contextos clínicos, ya que es la manera más adecuada de empaparse de la situación por la que pasa el paciente. Con respecto a la entrevista del presente caso, se realizaron 6 sesiones, a partir de 14h00 a 14h45 de la tarde donde se aplicaron técnicas e instrumentos.

### **2.18. Revisión Bibliográfica**

Se realizaron investigaciones para sustentar la evidencia científica del presente caso. Además de conocer las variables que intervienen en el presente estudio de caso, en el presente estudio de caso para lograr esto fue necesario, identificar definiciones, características, causas y consecuencias del deterioro cognitivo, y también con respecto a la variable psicosocial, factores psicosociales presentes en la tercera edad, cambios psicosociales en el envejecimiento, cuidados del adulto mayor y la postura psicológica referente a la temática.

## **2.19. Pruebas psicométricas**

Las pruebas psicométricas son cuestionarios estructurados, elaborados a partir de criterios diagnósticos con la finalidad de identificar una patología determinada en la persona que se pretende evaluar.

Para la elaboración de presente estudio de caso se realizaron la aplicación de las siguientes pruebas psicométricas; Montreal Cognitive Assessment (MOCA) y Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth (1968).

### ***2.19.1. Montreal Cognitive Assessment (MOCA)***

Es un cuestionario psicométrico de tipo screening fue utilizado para evaluar orientación, memoria a corto plazo / recuperación retardada, función ejecutiva / habilidad visoespacial, habilidades del lenguaje, abstracción, denominación de animales, atención y prueba de dibujo del reloj. El cual se califica en un rango de 30 puntos, siendo el punto de corte de la normalidad a partir de los 26 puntos, tiene una duración entre 10 a 12min, se tomó en consideración la presente prueba a diferencia de otras pruebas, debido a que esta cuenta con una evaluación más precisa en lo que se refiere a atención y memoria, esta contribuyo a esclarecer que tan severo o grave era el nivel de deterioro en el paciente.

### ***2.19.2. Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth (1968)***

Es un cuestionario semiestructurado, con una aplicación de tipo hetero aplicada, la cual es utilizada para evaluar el estado mental de un individuo, y como este se desenvuelve en la vida diaria, esta escala consta de 22 items que se subdividen en tres áreas las cuales son; cambios en la ejecución de las actividades de vida diaria, cambios en los hábitos, cambios en la personalidad, intereses e impulsos.

## **2.20. Historia clínica**

El registro sistemático de información con respecto al estado de salud del paciente, a esto se refiere con historia clínica, desde la psicología, es utilizada para registrar el motivo de consulta, antecedentes patológicos, personales y familiares del paciente, así como también identificar y registrar su diagnóstico.

## **2.21. Resultados obtenidos**

### **2.22. Sesiones**

Paciente adulto mayor de 67 años de sexo masculino, con lugar y fecha de nacimiento en Mata de Cacao, 29 de enero de 1956, actualmente divorciado, de nivel académico bachiller, jubilado, situado en la Cdla. Febres Cordero, acude a consulta por voluntad propia acompañado por la cuidadora del asilo.

En la intervención psicológica con el paciente se determinó a realizar 6 sesiones, de las cuales la primera sesión se centró en el llenado de la historia clínica, en la segunda sesión aplicación de pruebas psicométricas, para la tercera sesión ya se había identificado y diagnosticado el trastorno, por ende, durante esa sesión se inició la rehabilitación cognitiva, de igual manera para las sesiones posteriores. Todas las sesiones duraron 45min estas fueron realizadas en el mismo horario de 10 am a 10:45 am

En la primera sesión se llevó a cabo el día 14 de septiembre del 2022, antes de iniciar se realiza el encuadre sobre cómo se llevará a cabo la intervención psicológica, el paciente se muestra de acuerdo y otorga consentimiento, en la cual se registra al paciente y se le solicita que el motivo de consulta. Manifiesta que acude por dificultad para recordar las cosas, seguido se le pregunta respecto a su historia familiar, la cual refiere que estuvo casado hace 20 años y actualmente tiene dos hijas de las cuales no tiene contacto, refiere que ya no recuerda desde cuándo, se realiza la evaluación de la historia personal en la que refiere ser bachiller y estar jubilado, al finalizar la sesión se realiza la exploración del estado mental, se le comunica que en la siguiente sesión se le aplicara unas pruebas psicométricas en las cuales refiere el que está de acuerdo, se da por cerrada la sesión.

En la segunda sesión se llevó a cabo el día 21 de septiembre del 2022, se inició la sesión preguntándole sobre alguna novedad del día de hoy y el refiere que se había olvidado de que ese día tenía la consulta, que gracias a su cuidadora logro acudir el presente día, a continuación, se realiza la aplicación psicométrica. La primera prueba psicométrica; Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth (1968) para ello se realizó por medio de hetero aplicación, luego se realizó una pausa de 10min, acto seguido se aplicó la prueba Montreal Cognitive Assessment MOCA, al finalizar la prueba, se da por terminada la sesión y se le comunica al paciente que la siguiente sesión se iniciara con el tratamiento.

La tercera sesión se llevó a cabo el día 28 de septiembre del 2022, para iniciar la sesión se realizó el encuadre correspondiente donde se le manifestó al paciente que la sesión presente y las subsecuentes a esta, se centraría en realizar rehabilitación cognitiva, luego se

le socializa sobre el diagnóstico que se le estableció al paciente, y durante esa sesión, se le solicita al paciente para dar inicio al tratamiento, el cual estuvo de acuerdo.

En esta primera sesión de rehabilitación cognitiva se decidió trabajar el deterioro de la atención mediante el cuadernillo del taller de estímulos de atención, se observó al paciente que no tuvo ninguna actitud de rechazo, y de esta manera se dio inicio presentándole el cuadernillo de trabajo y la metodología de trabajo en la cual se le brindó asistencia para que logre completar las actividades del cuadernillo, luego se le presentó el cuadernillo “taller de estímulos de memoria” en el cual se usó para mejorar el deterioro en la memoria del paciente, al finalizar el cuadernillo se dio por cerrada la sesión, sin antes comentarle que el realizara durante la semana varios ejercicios del cuadernillo para trabajar memoria y atención, para ello le asistirá su cuidadora.

La cuarta sesión se llevó a cabo el día 05 de octubre del 2022, se dio inicio la sesión en la cual se le preguntó cómo se sentía el presente día, refiriéndose que se sentía bien, luego se le preguntó si realizó las actividades que se le había dejado para la semana lo que respondió de manera positiva, luego se le presentó el cuadernillo “taller de estímulos de funciones ejecutivas”, que tiene como objetivo entretener su deterioro, una vez terminada la aplicación del cuadernillo bajo la misma metodología de la anterior sesión, se da por finalizada la sesión enviando que se adjunte a las actividades de la semana el nuevo cuadernillo.

La quinta sesión se llevó a cabo el día 12 de octubre del 2022, e dio inicio la sesión en la cual se le preguntó cómo se sentía el presente día, refiriéndose que se sentía bien, luego se le preguntó si realizó las actividades que se le había dejado para la semana lo que respondió de manera positiva, acto seguido se le presentó el cuadernillo del “Taller de estímulos del lenguaje” que se utilizó para ayudarlo en el dominio del lenguaje del paciente una vez terminada la actividad, ya que no presenta una alteración exagerada en el lenguaje se decide solo realizar una vez a la semana en sus actividades, luego se da por cerrada la sesión sin antes comentarles que por factores de tiempo en relación a las prácticas preprofesionales, la siguiente sesión sería la última.

La sexta sesión se llevó a cabo el día 19 de octubre del 2022, se dio inicio la sesión en la cual se le preguntó cómo se sentía el presente día, refiriéndose que se sentía bien, luego se le preguntó si realizó las actividades que se le había dejado para la semana lo que respondió de manera positiva, luego se le presentó el cuadernillo “taller de estímulos de percepción” para su deterioro, al finalizar la actividad, se le designa dos veces a la semana y se da por cerrada la sesión y la intervención psicológica.

### **2.23. Situaciones detectadas (Hallazgos)**

Durante cada una de las sesiones de evaluación que fueron dos, la primera y segunda sesión se registraron los hallazgos a partir de la narrativa del paciente, la observación de su conducta, la elaboración del examen mental y la aplicación de las pruebas psicométricas, durante la primera sesión se pudo identificar los siguientes hallazgos.

Motivo de consulta, el paciente acude a consulta acompañado de la cuidadora lo cual el paciente manifiesta que “vine porque parece que se me olvidan las cosas, me dicen los doctores que tengo Alzheimer, entonces vine con usted para que me haga terapia” El paciente previamente diagnosticado con Alzheimer.

Acude a consulta para realizar rehabilitación cognitiva. Este presenta la patología hace un año atrás, actualmente vive en asilo, además paciente manifiesta “se me olvida donde dejo mis cosas, mi dinero, mis golosinas o mis implementos de aseo, a veces me pierdo en los pasillos”.

Con respecto a los antecedentes familiares se registra que Paciente divorciado hace 20 años, actualmente convive en asilo de ancianos, tiene dos hijas una con una edad aproximada de 30 años y la otra de 27, se desconoce sus actividades, presenta distanciamiento con respecto a ellas, como antecedente familiar en paciente violentaba de manera física a su ex esposa y verbal y psicológica a sus hijas, se presume que los actos debieron generar gran resentimiento, por este motivo el paciente no tiene conocimiento de sus hijas.

Con respecto a su historia personal, en el ámbito académico refiere solo haber realizado bachillerato, considera haber sido buen alumno, no presenta complicaciones durante este periodo, trabajó para la Prefectura de los Ríos en cargos administrativos de obra pública, refiere haber tenido buen estatus económico.

En su tiempo libre conversa con sus compañeros y juega naipes, con respecto al antecedente médico padece de Alzheimer diagnosticado hace 2 años, también refiere que como proyecto de vida desea vivir sus últimos días con tranquilidad.

Con respecto a la exploración del estado mental del paciente, se lo observa con vestimenta apropiada y acorde a su sexo, coherencia en su lenguaje verbal, de biotipo ectomorfo, montuivo, lenguaje acorde a su contexto, dificultad para orientarse en espacio, dificultad para atender, deterioro en la memoria de corto plazo, en relación al pensamiento se observa su velocidad braquipsiquia, además de presentar deterioro cognitivo, en la psicomotricidad se observa enlentecida con temblores en las manos, con respecto a la

afectividad presenta sentimientos de culpa y remordimiento, juicio coherente, consciente, no presenta ideación suicida, al finalizar esta sesión se plantea como hipótesis que el paciente cursa por un trastorno relacionado a la demencia, por ende se preparan pruebas psicométricas para la siguiente sesión.

En la segunda sesión, se observa después de la aplicación de las pruebas psicométricas en el protocolo de interpretación del test MOCA Montreal Cognitive Assessment el paciente presenta un puntaje de 18 el cual es mejor al puntaje de normalidad que es 26, lo que refiere que existe presencia de deterioro en los procesos cognitivos.

Con respecto la Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth (1968) en su protocolo de interpretación presenta una puntuación de 11 puntos lo que indica que probablemente el paciente presente un deterioro cognitivo moderado, en relación con la información obtenida se elaboró la matriz del cuadro psicopatológico que se puede observar en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Cuadro sindrómico*

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
Cognitivo:	Deterioro de la memoria, sensopercepción, atención, lenguaje y funciones ejecutivas	F00.1. DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDIO
Afectivo:	Irritabilidad, labilidad emocional	
Conducta social - escolar	Dificultad para realizar actividades recreativas complejas (rompecabezas)	
Somática	Fatiga, cefaleas, mareos.	

*Nota.* Elaborado por Saul Villegas (2023)

Antes de iniciar la tercera sesión, mediante la revisión del CIE-10 se logra determinar que el paciente cumple con los criterios diagnósticos para el trastorno F00.1. Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío, por este motivo la tercera sesión fue preparada para la intervención con el tratamiento del paciente.

## 2.24. Soluciones planteadas

Con la finalidad de dar solución a la problemática del paciente, se determinó por medio de la evidencia que un tratamiento de rehabilitación cognitiva es el más adecuado para trabajar con el trastorno F00.1. Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío, por ende, se elabora el presente plan de tratamiento que se puede observar en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Plan de rehabilitación cognitiva*

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Nºde Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Deterioro en la atención	Tiene como objetivo que el paciente mantenga la concentración	Taller de estímulos de atención	Tercera de sesión	28/09/22	Se observa al paciente que muestra dificultad para realizar los ejercicios, pero al final logra dominarlos
Deterioro en la memoria	Ayuda a mejorar el rendimiento mnésico del paciente	Taller de estímulos de memoria	Tercera de sesión	28/09/22	
Deterioro en las funciones ejecutivas	Desarrollar el proceso de planificación y organización de información, capacidad de seguir secuencias.	Taller de estímulos de funciones ejecutivas	Cuarta de sesión	05/10/22	Se observan dificultades para cumplir con las actividades de asociación de oraciones de acuerdo con el contexto

<b>Deterioro en el lenguaje</b>	Entrena la capacidad comunicativa del paciente	Taller de estímulos del lenguaje	de	Quinta sesión	12/10/22	No se observan dificultades
<b>Deterioro en la percepción</b>	Estimular la capacidad de identificar objetos.	Taller de estímulos de percepción	de	Sexta sesión	19/10/22	Se observa capacidad de identificar objetos sin compilación

*Nota.* Elaboración por Saul Villegas (2023)

### 3. CONCLUSIONES

En conclusión, se observaron congruencias entre la realidad del estudio de caso y el sustento teórico, como mencionaba Parada et al. (2022) el deterioro cognitivo es la pérdida o deterioro de los procesos cognitivos, como la atención, memoria, orientación, función ejecutiva y lenguaje, mismos que se observaron en el paciente que padece de Alzheimer y tenía dificultades en recordar fechas, actividades o incluso llegar a perder en los pasillos.

Otra congruencia que también se observó tiene relación a lo que manifestaba Gonzáles et al (2021) que refiere que el mejor tratamiento o intervención psicológica es la rehabilitación cognitiva, al momento de implementarla al paciente se observó una adecuada adherencia al tratamiento, además de mejoría en su conducta observable, por ende, el proceso de enlentecimiento del deterioro es efectivo.

Así mismo Gonzales refiere que la demencia se da en conjunto al deterioro de otro proceso aparte del de la memoria, y esto fue observable en el paciente, ya que el proceso cognitivo más afectados en el aparte de la memoria fueron la orientación y la atención, es por este motivo que la rehabilitación cognitiva priorizo su intervención.

Otro aspecto que se pudo identificar en el caso es el ambiente psicosocial ya que el paciente se observaba animado y con intención de vivir, y uno de los factores que incidían para que este tenga esta perspectiva, se presume que es el ambiente o el tipo de convivencia que se da en el asilo, aunque sus familiares no lo visitan este no se lo observa niveles altos de depresión, gracias a la integración que tiene con sus compañeros.

Como logro identificado durante la realización del caso, fue la viabilidad de la intervención en el tratamiento psicológico, lo cual se hace la aclaración que esta intervención psicoterapéutica en adultos mayores normalmente no es recomendable, debido a que el deterioro cognitivo limita la capacidad de cambio del individuo.

Pero es importante considerar que existen casos donde los adultos mayores aun presenta la capacidad para afrontar un proceso terapéutico, pero usualmente los tratamientos se orientan al desarrollo de gestión o inteligencia emocionales, debido a que gran parte de los procesos de modificación de creencias no suelen tener efectividad con respecto a las creencias centrales.

Esto se debe a que los adultos mayores tienen creencias bastantes acentuadas en esa etapa de vida, es decir, una creencia sostiene una ideología de vida, la cual le da sentido a su identidad, al intentar modificar esa creencia, el paciente instintivamente mostrara rechazo debido a que más allá de modificar la creencia, sentirá que modificara la que este percibe sobre el mundo, él y los demás.

Se puede concluir que se logró cumplir con el objetivo del presente caso el cual es determinar el impacto del deterioro cognitivo en el contexto psicosocial de un adulto mayor de 67 años, ya que se puede definir que el contexto psicosocial es un contexto agresivo para el adulto mayor, debido a que este por el deterioro cognitivo pierde su capacidad de independencia, y en muchos casos carecen de los recursos necesarios para contratar una cuidadora.

En el Ecuador existe un alto índice de adultos mayores abandonados, que no pueden trabajar, que no tienen dinero, y que tienen que mendigar para poder alimentarse, entonces el impacto que el deterioro cognitivo en el adulto mayor son significativos, ya que le quita los pocos medios para que este se pueda defender en la vida.

Es necesario mencionar que se siente satisfactorio el haber realizado el presente trabajo de investigación, ya que, por medio de la presente actividad, se logró generar nuevos conocimientos sobre trastornos degenerativos, su metodología de intervención, así como las limitaciones que tiene el psicólogo clínico ante este tipo de problemáticas.

Desde una perspectiva emocional, se identifica gran confort haber obtenido los resultados planteados previamente, personalmente fue grato haber ayudado al paciente con su problemática, también es triste que por la finalización de las practicas pre profesionales, se tuvo que dar por terminadas las sesiones.

Se recomienda para futuras investigaciones relacionadas a esta temática que se establezca como foco objetivo la viabilidad y factibilidad de los tratamientos psicoterapéuticos del ámbito cognitivos en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve, seria considerable observar los resultados que se obtengan de dicha intervención, lo cual podría trascender en la intervención con adultos mayores en la provincia de los Ríos.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

- Campos y Covarrubias, G., & Martínez, N. (2012). “LA OBSERVACIÓN, UN MÉTODO PARA EL ESTUDIO DE LA REALIDAD”. *Xihmai*, 7(13), 45-60.
- Cordero Cabrera, M., Ferro González, B., García Veloz, M., & Domínguez Álvarez, J. (2019). Cuidado informal al adulto mayor encamado en un área de salud. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(2), 195-205.
- de la Hoz, M., Garrido, D., & García Retamero, R. (2021). Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revisión sistemática. *Rev Neurol*, 72(3), 67-76.
- Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Gómez Luna, E., Navas, D., Aponte Mayor, G., & Betancourt Buitrago, L. (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *DYNA*, 81(184), 158-163.
- González Martínez, P., Oltra Cucarella, J., Sitges Maciá, E., & Bonete López, B. (2021). Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Revista de neurología*, 72(8), 288-295.
- Martínez Sanguinetti, M., Leiva, A., Petermann Rocha, F., Troncoso Pantoja, C., Villagrán, M., Lanuza Rilling, F., . . . Celis Morales, C. (2019). Factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores en Chile. *Revista médica de Chile*, 147(8), 1013-1023.
- Osorio Parraguez, P., Jorquera, P., & Araya Tessini, M. (2021). Vejez y vida cotidiana en tiempos de pandemia: estrategias, decisiones y cambios. *Horizontes Antropológicos*, 27(1), 227-243.
- Parada Muñoz, K., Guapizaca Juca, J., & Bueno Pacheco, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93.
- Pinargote Parrales, G., & Alcívar Molina, S. (2020). La familia en el cuidado de los adultos mayores. *Revista Cognosis*, 5(1), 179-190.
- Salamanca Velandia, S., Pérez Torres, J., Infante Alvarado, A., & Olarte Ardila, Y. (2019). Análisis de los factores de riesgo psicosocial a nivel nacional e internacional. *Revista TEMAS*, 3(13), 39-45.

- Torío López, S. (2021). LA VIVENCIA DE LA SOLEDAD EN LA VEJEZ. UNA MIRADA EN TIEMPOS DE PANDEMIA. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 37, 9-16.
- Vargas César, A. (2022). Estimulación multisensorial y musicoterapia individual: tratamiento de la agitación y estado afectivo en demencia grave. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 25(1), 1-12.

## 5. ANEXOS

### HISTORIA CLÍNICA

HC. # \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: M.C.N. A

Edad: 67

Lugar y fecha de nacimiento: Mata de Cacao, 29 de enero del 1956

Género: Masculino Estado civil: Divorciado Religión: No refiere

Instrucción: Bachiller

Ocupación: Jubilado

Dirección: Cdla. Febres Cordero Teléfono: 0986530770

Remitente: Voluntad propia

#### 2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta acompañado por cuidadora del asilo. Paciente manifiesta “vine porque parece que se me olvidan las cosas, me dicen los doctores que tengo Alzheimer, entonces vine con usted para que me haga terapia”

El paciente previamente diagnosticado con Alzheimer acude a consulta para realizar rehabilitación cognitiva.

#### 3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Este presenta la patología hace un año atrás, actualmente vive en asilo, además paciente manifiesta “se me olvida donde dejo mis cosas, como mi dinero o mis golosinas o mis cosas de aseo, a veces me pierdo en los pasillos”.

#### 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).

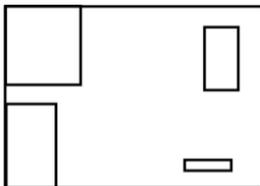
b. Tipo de familia.

Nuclear

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Paciente divorciado hace 20 años, actualmente convive en asilo de ancianos, tiene dos hijas una con una edad aproximada de 30 años y la otra de 27, se desconoce sus actividades, presenta distanciamiento con respecto a ellas, como antecedente familiar en paciente violentaba de manera física a su ex esposa y verbal y psicológica a sus hijas.

#### 5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



1 una sala

1 un baño

1 una cama

1 ropero

1 televisión

## **6. HISTORIA PERSONAL**

### **6.1. ANAMNESIS**

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.  
Se desconoce

**6.2. ESCOLARIDAD** (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

El paciente refiere solo haber realizado bachillerato, considera haber sido buen alumno, no presenta complicaciones durante este periodo

### **6.3. HISTORIA LABORAL**

trabajo para la prefectura de los ríos en cargos administrativos de obra pública, refiere haber tenido buen estatus económico.

### **6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

**En la actualidad no se observa complicación para desenvolverse en el medio en el que se rodea**

### **6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE** (ocio, diversión, deportes, intereses)

Le gusta conversar con sus compañeros

### **6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

Sentimientos de culpa y remordimiento, irritabilidad

### **6.7. HÁBITOS** (café, alcohol, drogas, entre otros)

Jugar naipes

### **6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

Sin alteración

### **6.9. HISTORIA MÉDICA**

Presenta Alzheimer

### **6.10. HISTORIA LEGAL**

No refiere

### **6.11. PROYECTO DE VIDA**

Vivir sus últimos días con tranquilidad

## **7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

### **7.1. FENOMENOLOGÍA** (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

Se lo observa con vestimenta apropiada y acorde a su sexo, coherencia en su lenguaje verbal, de biotipo ectomorfo, montuvio, lenguaje acorde a su contexto.

### **7.2. ORIENTACIÓN**

Dificultada para orientarse en espacio

### **7.3. ATENCIÓN**

Dificultad para atender

### **7.4. MEMORIA**

deterioro en la memoria a corto plazo

### **7.5. INTELIGENCIA**

Sin alteracion

### **7.6. PENSAMIENTO**

Deterioro cognitivo

### **7.7. LENGUAJE**

Sin alteración

### **7.8. PSICOMOTRICIDAD**

Enlentecida y motricidad fina se observa temblores

### **7.9. SENSOPERCEPCION**

No se observan alteraciones

### **7.10. AFECTIVIDAD**

Sentimiento de culpa y remordimiento

### **7.11. JUICIO DE REALIDAD**

acorde

### **7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

Consciente

### **7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS**

No presenta ideación suicida

## **8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS Y RESULTADOS**

MOCA Montreal Cognitive Assessment

Escala de Demencia de Blessed, Timlison y Roth (1968)

## **9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
Cognitivo:	Deterioro de la memoria	F00.1. DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDIO
Afectivo:	Irritabilidad, labilidad emocional	
Conducta social - escolar	Dificultad para realizar actividades recreativas complejas (rompecabezas)	
Somática	Fatiga	

**9.1. Factores predisponentes:** No desarrollo hábitos de lectura o que requieran ejercitación mental

**9.2. Evento precipitante:** Envejecimiento

**9.3. Tiempo de evolución:** 1 AÑO

## **10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

F00.1. DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DE INICIO TARDIO

## **11. PRONÓSTICO**

Favorable, ya que realiza la rehabilitación cognitiva

## **12. RECOMENDACIONES**

Realizar rehabilitación cognitiva.

Incentivar el acercamiento con sus familiares

## **13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Deterioro en la atención	Tiene como objetivo que el paciente mantenga la concentración	Taller de estímulos de atención	Tercera sesión	28/09/2022	Se observa al paciente que muestra dificultad para realizar los ejercicios, pero al final logra dominarlos
Deterioro en la memoria	Ayuda a mejorar el rendimiento mnésico del paciente	Taller de estímulos de memoria	Tercera sesión	28/09/2022	
Deterioro en las funciones ejecutivas	Desarrollar el proceso de planificación y organización de información, capacidad de seguir secuencias.	Taller de estímulos de funciones ejecutivas	Cuarta sesión	05/10/2022	Se observan dificultades para cumplir con las actividades de asociación de oraciones de acuerdo con el contexto
Deterioro en el lenguaje	Entrena la capacidad comunicativa del paciente	Taller de estímulos del lenguaje	Quinta sesión	12/10/2022	No se observan dificultades
Deterioro en la percepción	Estimular la capacidad de identificar objetos.	Taller de estímulos de percepción	Sexta sesión	19/10/2022	Se observa capacidad de identificar objetos sin compilación

Firma del pasante

# ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED, TIMLISON Y ROTH (1968)

Paciente M.C.N.A.  
 Edad 63 Años 0 Sexo (V/M) M H.ª Clínica núm. 007 Fecha de valoración 21/09/2022

	Total	Parcial	Ninguna
<b>Cambios en la ejecución de las actividades diarias</b>			
1. Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	1/2	0
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	1/2	0
3. Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (por ejemplo, compras)	1	1/2	0
4. Incapacidad para orientarse en casa	1	1/2	0
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	1/2	0
6. Incapacidad para valorar el entorno (por ejemplo, reconocer si está en casa o en el hospital, discriminar entre parientes, médicos y enfermeras, etc.)	1	1/2	0
7. Incapacidad para recordar hechos recientes (por ejemplo, visitas de parientes o amigos, etc.)	1	1/2	0
8. Tendencia a rememorar el pasado	1	1/2	0
	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>9. Comer:</b>			
a) Limpiamente, con los cubiertos adecuados	0		
b) Desaliñadamente, sólo con la cuchara	2		
c) Sólidos simples (galletas)	2		
d) Ha de ser alimentado	3		
<b>10. Vestir:</b>			
a) Se viste sin ayuda	0		
b) Fallos ocasionales (en el abotonamiento)	2		
c) Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse	2		
d) Incapaz de vestirse	3		
<b>11. Control de esfínteres:</b>			
a) Normal	0		
b) Incontinencia urinaria ocasional	2		
c) Incontinencia urinaria frecuente	2		
d) Doble incontinencia	3		
	<b>2</b>		

## Cambios de personalidad y conducta

Sin cambios

- |  |   |
|--|---|
| 12. Retraimiento creciente   | 0 |
| 13. Egocentrismo aumentado   | 0 |
| 14. Pérdida de interés por los sentimientos de otros                                   | 1 |
| 15. Actividad embotada   | 0 |
| 16. Perturbación del control emocional (aumento de la susceptibilidad e inestabilidad) | 0 |
| 17. Hilaridad inapropiada  | 1 |
| 18. respuesta emocional disminuida   | 1 |
| 19. Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)                                    | 3 |
| 20. Falta de interés en las aficiones habituales                                       | 0 |
| 21. Disminución de la iniciativa o apatía progresiva                                   | 0 |
| 22. Hiperactividad no justificada  | 1 |

5

Puntaje Total: 11 puntos

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: *M.G.N.A.*  
Nivel de estudios: *Doctorado*  
Sexo: *M*

Fecha de nacimiento: *---*  
FECHA: *21/09/2022*

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA							Puntos																
<p>Final (E), Comienzo (1), A, B, 2, D, 4, 3, C, 5</p>	<p>Copiar el cubo</p>	<p>Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)</p>																					
[0]	[1]	[1]	[0]	[1]		<b>3/5</b>																	
IDENTIFICACIÓN																							
[1]	[1]	[1]	[1]	[1]		<b>3/3</b>																	
MEMORIA	<p>Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdoselas 5 minutos más tarde.</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>ROSTRO</td> <td>SEDA</td> <td>IGLESIA</td> <td>CLAVEL</td> <td>ROJO</td> </tr> <tr> <td>1er intento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2º intento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	1er intento						2º intento									Sin puntos
	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO																		
1er intento																							
2º intento																							
ATENCIÓN	<p>Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlo. [1] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlo a la inversa. [0] 7 4 2</p>				<b>1/2</b>																		
	<p>Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [0] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB</p>				<b>0/1</b>																		
	<p>Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [0] 93 [0] 86 [0] 79 [1] 72 [0] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.</p>				<b>1/3</b>																		
LENGUAJE	<p>Repetir: El gato se escondió bajo el sofá cuando los perros entraron en la sala. [1] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. [1]</p>				<b>2/2</b>																		
Fluidez del lenguaje.	<p>Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [0] _____ (N ≥ 11 palabras)</p>				<b>0/1</b>																		
ABSTRACCIÓN	<p>Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [1] tren-bicicleta [0] reloj-regla</p>				<b>1/2</b>																		
RECUERDO DIFERIDO	<p>Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>ROSTRO</td> <td>SEDA</td> <td>IGLESIA</td> <td>CLAVEL</td> <td>ROJO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[1]</td> <td>[1]</td> <td>[1]</td> <td>[1]</td> <td>[1]</td> </tr> </table>		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO		[1]	[1]	[1]	[1]	[1]				Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente						
	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO																		
	[1]	[1]	[1]	[1]	[1]																		
Optativo	<p>Pista de categoría</p> <p>Pista elección múltiple</p>																						
ORIENTACIÓN	<p>[✓] Día del mes (fecha) [✓] Mes [✓] Año [✓] Día de la semana [x] Lugar [✓] Localidad</p>				<b>5/6</b>																		
<p>© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org</p>		<p>Normal ≥ 26 / 30</p>			<p><b>TOTAL</b> <b>16/30</b> Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios</p>																		