



Alberto Savinio

Perfil Neuropsicológico de un Adulto con Discapacidad Cognitiva en el Departamento del Meta

Neuropsychological Profile of an Adult with Cognitive Disability in the Department of Meta

Manuel Fernando Díaz Bermeo
Mariana Parra Herrera
Santiago Andrés Martínez Polanía

Resumen

La Discapacidad Cognitiva DC es una condición que afecta a más del 6% de la población colombiana; consiste en un déficit que compromete los dominios conceptual, social y funcional del individuo que la padece, variando en cuatro grados de leve a profundo, con criterios diferenciales para su evaluación, diagnóstico, intervención y pronóstico. Por consiguiente, la presente investigación tuvo por objetivo identificar el grado de discapacidad cognitiva y características neuropsicológicas de una paciente de 43 años de edad, procedente del departamento del Meta (Colombia), para orientar a la familia en su proceso de tratamiento y aportar a la comunidad científica de la región con información relacionada a esta condición. Para cumplir con el objetivo se realizó entrevista, aplicación de pruebas cognitivas, escalas de estado de ánimo y funcionalidad. Las cuales permitieron concluir que la paciente había sufrido de hipoxia neonatal, la cual produjo una DC moderada, que, aunque se manifestó desde la primera infancia no fue diagnosticada y tratada hasta que la paciente tuvo 33 años, desencadenando así problemas emocionales, comportamentales y funcionales, que hubieran podido tener menos impacto si hubiera recibido atención temprana.

Palabras claves: Discapacidad cognitiva, neuropsicología, atención temprana.

Abstract

Cognitive Disability DC is a condition that affects more than 6% of the Colombian population, it consists in a deficit that compromises the conceptual, social and functional domains of the individual who suffers from it, it varies in four degrees from mild to profound, with differential criteria for evaluation, diagnosis, intervention and prognosis. Therefore, this research aimed to identify the degree of cognitive disability and neuropsychological characteristics of a patient 43-year-old from the department of Meta (Colombia), to guide the family in their treatment process and contribute to the scientific community in the region with information related to this condition. To meet the objective, an interview, application of cognitive tests, mood scales and functionality were carried out. Which allowed us to conclude that the patient had suffered from neonatal hypoxia, which produced a moderate CD, which, although it manifested itself from early childhood, was not diagnosed and treated until the patient was 33 years old, thus triggering emotional, behavioral and functional problems, which could have had less impact if they had received early attention

Keywords: Cognitive disability, neuropsychology, early attention.

Perfil Neuropsicológico de un Adulto con Discapacidad Cognitiva en el Departamento del Meta

Artículo de investigación

Recibido: 01/09/2022– Aprobado: 22/09/2022 - Publicado: 23/11/2022

ISSN - 2619-6336

DOI: <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.6.1.4675.2023>

Volumen 6-1 2023

Para citar este artículo

Díaz, M. F., Parra, M y Martínez, S. A. (2023). Perfil Neuropsicológico de un Adulto con Discapacidad Cognitiva en el Departamento del Meta. *Tempus psicológico*, 6(1), 64-76. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.6.1.4675.2023>

Manuel Fernando Díaz Bermeo¹
Mariana Parra Herrera²
Santiago Andrés Martínez Polanía³

¹ Universidad Santo Tomás, Sede Villavicencio. Correo: manueldiazb@usantotomas.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2145-7056>

² Universidad Santo Tomás, Sede Villavicencio. Correo: mariana.parra@usantotomas.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7811-0582>

³ Universidad Santo Tomás, Sede Villavicencio. Correo: santiagomartinezp@usantotomas.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0002-3060-437X>

Introducción

La discapacidad cognitiva (DC) consiste en un déficit del funcionamiento de los dominios conceptual, social y funcional, produciendo en las personas que la padecen limitaciones que varían en mayor o menor grado para adaptarse a los contextos que lo rodean (Morley, 2018). Su etiología es heterogénea, los síntomas se manifiestan en la infancia perdurando a lo largo del ciclo vital (Echavarría y Tirapu, 2021; Perkins y Small, 2006), la cual impacta al 6.9% de la población colombiana (Correa y Castro, 2016).

La discapacidad cognitiva se aborda de manera interdisciplinar; en su caracterización se identifican cuatro grados de discapacidad cognitiva, que varían de leve a profundo (Morley, 2018). El **grado leve** representa aproximadamente al 85% de la población (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020), que se caracteriza principalmente por retraso sensoriomotor, afecta el desarrollo de habilidades académicas de lectura, escritura y cálculo, leves fallos cognitivos en memoria, y funciones ejecutivas, así como algunas dificultades para detectar señales de ajuste social, regulación emocional y comportamental (Morrison, 2015). No obstante, estas personas pueden permanecer en el sistema educativo y ejercer una actividad profesional (Echavarría y Tirapu, 2021). En este sentido, Torti et al. (2019) destacan un pronóstico favorable en estos pacientes que pueden lograr autonomía personal, siempre y cuando exista una adecuada estimulación ambiental.

El **grado moderado** representa aproximadamente el 10% de la población (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020). Se caracteriza por mayor retraso a nivel sensoriomotor y lingüístico, afecta significativamente el proceso de aprendizaje y las habilidades sociales (American Psychiatric Association [APA], 2013). A nivel neuropsicológico, esta población presenta principalmente fallos en procesos atencionales de velocidad de procesamiento, atención dividida y alternante, memoria visual, control inhibitorio, memoria de trabajo y planeación (Castañeda et al., 2017). Por consiguiente, requieren de un mayor apoyo para actividades básicas, instrumentales y avanzadas; no obstante, estas personas son capaces de establecer relaciones con el entorno y hacer vínculos con otras personas, a partir de niveles concretos de relación (Morrison, 2015). Por su parte Torti et al. (2019) resaltan que estos pacientes pueden ser capaces de trabajar con ayuda de supervisores y colaboradores en empleos no muy demandantes.

El **grado grave**, representa aproximadamente el 5% de la población (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020). Se evidencia un desarrollo muy bajo de las habilidades sensoriomotoras y lingüísticas, siendo estas últimas las de mayor afectación, ya que su lenguaje suele ser muy precario, tanto a nivel expresivo como comprensivo, lo que afecta significativamente la interacción social (Echavarría y Tirapu, 2021). De igual forma, la APA (2013) reporta que se debe desarrollar su aprendizaje escolar en centros especializados, orientados en la adquisición de habilidades asociadas, autocuidado, autonomía y comunicación, ya que necesitan ayuda de por vida debido a sus limitaciones en las actividades básicas, instrumentales y avanzadas.

Por último, el **grado profundo**, representa entre el 1% y el 2% de la población con este diagnóstico (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020). Suele derivarse de un trastorno neurológico grave y representa un deterioro importante respecto a las características sensoriomotoras y comunicativas de la persona que la padece, generando un compromiso significativo en actividades básicas, instrumentales y avanzadas, por lo que depende completamente de otra persona para cumplir con sus necesidades (APA, 2013). En este sentido, Echavarría y Tirapu (2021) resaltan que las personas con esta discapacidad tienen bastantes dificultades a la hora de comprender el lenguaje simbólico, por

lo cual recurren al uso de gestos de comunicación, y a la comunicación no verbal, siendo esta una de sus mayores fortalezas al momento de la interacción social, junto con la gesticulación (APA, 2013).

Por consiguiente, es importante reconocer las principales características de los diferentes grados de la DC, ya que ellas permiten identificar causas, pronósticos, potencialidades y dificultades en las personas que la padecen, por lo cual se requieren implementar protocolos de valoración integral que incluyan, pruebas genéticas, sensoriales, psicológicas, cognitivas, sociales y ocupacionales (Yáñez, 2016).

La importancia de estos protocolos integrales radica en que, las pruebas genéticas han mostrado un porcentaje de efectividad que oscila entre el 30% y el 95% para la detección de DC en enfermedades como Síndrome de Down o Síndrome de X frágil (Bass y Skuse, 2018). De igual manera, las pruebas electrofisiológicas de optometría y audiometría han permitido detectar entre el 8% y el 10% de falsos positivos de personas con limitaciones sensoriales que se confunden con casos de DC (Torrents y Ruf, 2008; Mattsson et al., 2019). Al mismo tiempo Barquín et al. (2018) señalan que los pacientes con DC suelen presentar síntomas de estrés 10% a 45%, ansiedad 4% a 8% y depresión 1% a 6%, que influyen directamente en el curso, pronóstico y tratamiento de la DC (Medina y Gil, 2017).

En cuanto a la estimación de las características cognitivas, diferentes investigaciones resaltan las afectaciones sensoriomotrices y lingüísticas que están presentes desde la infancia y que se mantienen a lo largo del ciclo vital, afectando el desarrollo de procesos cognitivos básicos, superiores y funciones ejecutivas (Yáñez, 2016). En este sentido, García y Medina (2017) señalan que las personas con DC que presentan fallos principalmente lingüísticos en los grados grave y profundo compensan sus dificultades con el desarrollo de habilidades no verbales para fortalecer procesos de atención, memoria y aprendizaje. Por lo cual, Grau y Fortes (2012) afirman que estas capacidades no verbales deben ser direccionadas para fortalecer el aprendizaje simbólico del lenguaje, las que no son diferenciales sino complementarias.

Así mismo, Verdugo y Rodríguez (2012) resaltan como las dificultades en los procesos sensoriomotores afectan las destrezas manipulativas, que en algunos casos producen balances repetitivos, movimientos excesivos y dificultades con el equilibrio, que pueden asociarse con comportamientos agresivos o conductas de retraimiento. De igual forma, Rodríguez et al. (2011) han encontrado que las personas con DC presentan mayores fallos en las tareas de Funciones Ejecutivas FFEE, particularmente en la Memoria de Trabajo y control de impulsos, lo cual podría explicar el por qué requieren tanto acompañamiento y supervisión externa para el desarrollo de tareas cotidianas o de alta demanda cognitiva.

En síntesis, la DC es una condición de etiología múltiple, que puede clasificarse en grados de severidad y que impactan no solo al sujeto que la padece, sino también a la familia, entorno social, cultura e instituciones, por lo cual es una condición compleja que debe abordarse de manera integral, entendiendo que la discapacidad no es solo un problema biológico, sino también social (Morley, 2018; Silva, 2012). Es por esto por lo que, la presente investigación tiene como objetivo identificar el grado de discapacidad cognitiva y características neuropsicológicas de una paciente procedente del departamento del Meta (Colombia), con el fin de aportar al conocimiento a la comunidad científica en esta región.

Método

Estudio descriptivo de caso único, el cual busca describir y comprender las particularidades de la paciente que participó en esta investigación (Hernández y Mendoza, 2018).

Descripción del caso

Paciente femenino de 43 años, procedente del departamento del Meta (Colombia), dependiente económicamente de sus cuidadores, con diagnóstico de DC desde los 32 años; el diagnóstico se realizó con base en los resultados de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos WAIS III, que arrojó un Coeficiente Intelectual Total CIT = 47 deficiencia moderada, CI Verbal = 56 deficiente moderada y CI Manipulativo = 54 Deficiente moderada.

Durante la entrevista, la cuidadora reporta antecedentes familiares de síndrome de Down (primo materno). A nivel de desarrollo, la cuidadora reporta que la paciente nació en su casa, requirió maniobras de resucitación por hipoxia, tuvo atraso en el desarrollo psicomotor y lingüístico, ya que caminó a los 3 años y habló a partir de los 5 años, terminó el bachillerato a los 22 años y realizó cursos ocupacionales de producción de lácteos, arreglos navideños y repostería. No obstante, debido a dificultades en el seguimiento instruccional no los pudo ejercer.

Desde los 32 años, la paciente cuenta con una declaración juramentada de dependencia económica, validada por medicina laboral, por pérdida de la capacidad laboral del 52%. Desde esa misma edad, recibe tratamiento farmacológico con fluoxetina y risperidona, para controlar brotes de esquizofrenia paranoide.

La cuidadora reporta que la paciente es una persona activa, que demuestra intención al momento de relacionarse con otras personas, sin embargo, la describe como una “nerviosa, olvidadiza y testaruda”, lo que genera conflictos al interior de la dinámica familiar y ocupacional.

Instrumentos

Se realizó un protocolo de evaluación de las funciones cognitivas y ejecutivas, se implementaron pruebas específicas de inteligencia, funciones ejecutivas, estado de ánimo y funcionalidad, que se registran a continuación.

Tabla 1.

Protocolo de evaluación implementado.

	Dominio	Prueba
-	Inteligencia	Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos WAIS III. (Wechsler, 1999).
-	Funciones ejecutivas dorsolateral, anterior y orbitomedial	Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales BANFE (Flores et al., 2012).
-	Estado de ánimo	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21 (Lovibond y Lovibond, 1995).

- | | |
|------------------------------|--|
| - Funcionalidad instrumental | Escala de Lawton y Brody traducida al español en 1993, evalúa Actividades Instrumentales de la Vida Diaria AIVD (Centro Geriátrico de Filadelfia, 1993). |
| - Funcionalidad básica | Índice de Barthel, evalúa Actividades Básicas Diarias AVD (Granger, 1979). |

Fuente: Elaboración propia.

Procedimiento

El presente estudio de caso incluyó cuatro fases: *Fase 1.* Acceso y selección del estudio de caso; recolección de información por medio de entrevista semiestructurada, documentos aportados por la paciente y firma del consentimiento informado. *Fase 2.* Aplicación del protocolo de valoración descrito anteriormente, que se llevó a cabo en 3 sesiones, de aproximadamente 1 hora de duración. *Fase 3.* Análisis de datos, que incluyó calificación de las pruebas y conversión de las puntuaciones directas en puntuaciones normalizadas según lo indicado en los manuales. *Fase 4.* Análisis y comparación de los resultados con base en la teoría encontrada y elaboración del artículo.

Resultados

La presentación de los resultados se realizará a partir de dos figuras y dos tablas. La primera figura contiene información de la prueba de inteligencia evaluada con el WAIS III; la segunda describe su desempeño en las tareas de función ejecutiva dorsolateral, anterior y orbitomedial las cuales fueron evaluadas con la BANFE. En cuanto a las tablas, la primera corresponde a la valoración del estado de ánimo, realizada con el DASS-21 y la otra a la funcionalidad en AIVD y AVD evaluadas con el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody, respectivamente.

El perfil cognitivo que evaluó la prueba WAIS III, mostró un Coeficiente Intelectual Total bajo, (CIT = 60, Déficit leve), destacando mayor desempeño en los procesos donde requirió entender información verbal, razonar y expresar sus pensamientos por medios de palabra (CV = 80 promedio bajo), en comparación con las tareas donde debió resolver problemas no verbales y trabajar rápida y efectivamente con información no verbal (OP = 69 Déficit leve) y baja velocidad para procesar la información (VP = 62, Déficit leve). Sin embargo, este coeficiente intelectual mostró altos niveles de discrepancia entre sus componentes, porque su confiabilidad es baja ya que puede estar influenciado por variables como el estado del ánimo y el grado de dificultad de la prueba. Por esta razón, los procesos de atención, lenguaje y razonamiento perceptual deben ser analizados de forma independiente.

Al evaluar el desarrollo de los procesos atencionales, se evidenció en la paciente un adecuado nivel para inhibir información irrelevante seleccionar el foco atencional y permanecer en la ejecución de una tarea. No obstante, para que estos procesos fueran adecuados ella debió estar constantemente activando su sistema de supervisión atencional para que la velocidad de procesamiento fuera baja.

En cuanto al lenguaje, se evidenciaron los siguientes elementos: 1) A nivel de lenguaje expresivo, la paciente cuenta con un bajo almacén léxico, porque su vocabulario es escaso, generando así un bajo nivel de producción y longitud narrativa; 2) En el nivel comprensivo, se evidenció un bajo nivel de desempeño para seguir instrucciones semicomplejas y complejas, junto a dificultades

para abstraer información, debido a su nivel de pensamiento concreto; 3) En cuanto a los aspectos pragmáticos del lenguaje, se evidenció un adecuado uso del lenguaje para interactuar con su entorno, coherencia semántica y completitud narrativa.

Por último, el razonamiento perceptivo, se caracterizó por un bajo desempeño generalizado al momento de manipular información visual, resolver problemas, seguir patrones lógicos y acceder a su repertorio léxico, que sugiere inmadurez en el desarrollo de las funciones visoperceptuales.

Figura 1. Resultados prueba de inteligencia.

	Escala verbal					
	Comprensión verbal				Memoria de trabajo	
	V	S	I	C	A	RD
19	•	•	•	•	•	•
18	•	•	•	•	•	•
17	•	•	•	•	•	•
16	•	•	•	•	•	•
15	•	•	•	•	•	•
14	•	•	•	•	•	•
13	•	•	•	•	•	•
12	•	•	•	•	•	•
11	•	•	•	•	•	•
10	•	•	•	•	•	•
9	•	•	•	•	•	•
8	•	•	•	•	•	•
7	•	•	•	•	•	•
6	•	•	•	•	•	•
5	•	•	•	•	•	•
4	•	•	•	•	•	•
3	•	•	•	•	•	•
2	•	•	•	•	•	•
1	•	•	•	•	•	•

V = Vocabulario; S = Semejanzas, I = Información, C = Comprensión
A = Aritmética, & RD = Retención de dígitos

	CIV	CIE	CIT	ICV	IOP	IMT	IVP
	66	77	60	80	69	86	62
160	•	•	•	•	•	•	•
150	•	•	•	•	•	•	•
140	•	•	•	•	•	•	•
130	•	•	•	•	•	•	•
120	•	•	•	•	•	•	•
110	•	•	•	•	•	•	•
100	•	•	•	•	•	•	•
90	•	•	•	•	•	•	•
80	•	•	•	•	•	•	•
70	•	•	•	•	•	•	•
60	•	•	•	•	•	•	•
50	•	•	•	•	•	•	•
40	•	•	•	•	•	•	•

CIV = Coeficiente Intelectual Verbal, Coeficiente Intelectual Ejecución
ICV = Índice de Comprensión Verbal; IOP = Índice de Organización Perceptual; IMT = Índice de Memoria de Trabajo E Índice de Velocidad de Procesamiento.

Fuente. Elaboración propia.

Para evaluar las funciones ejecutivas, se tuvo como referente la clasificación sugerida por Flores et al. (2012) quienes plantean que las funciones ejecutivas se dividen en: dorsolateral, anterior y orbitomedial. El componente **dorsolateral** incluye procesos relacionados con memoria de trabajo, planeación, flexibilidad cognitiva y fluidez; la porción **anterior**, incluye el pensamiento abstracto; y el área **orbitomedial**, el control inhibitorio.

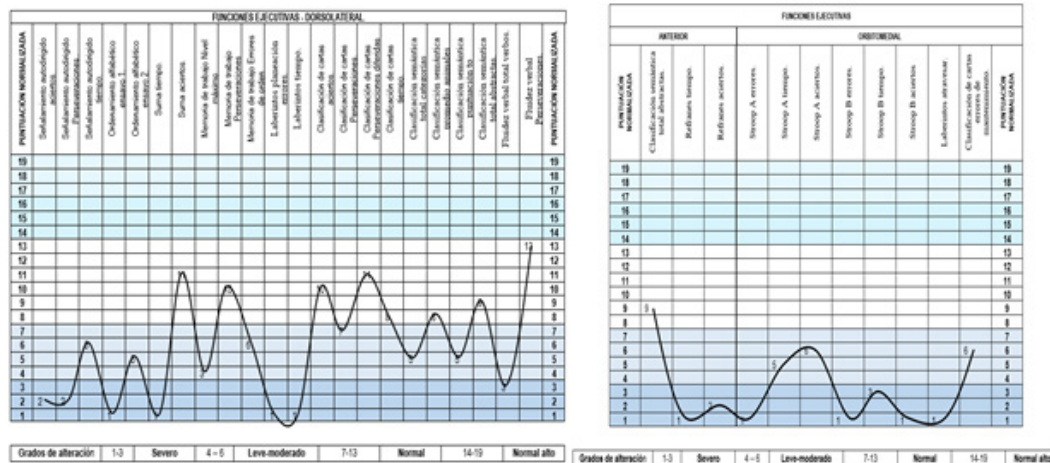
En cuanto a los procesos dorsolaterales se pudo evidenciar en la paciente dificultades en la **memoria de trabajo**, afectando la capacidad para para retener y manipular la información mentalmente, así como para resolver problemas de forma activa, sirviéndose de los componentes fonológico, visoespacial y ejecutivos. En cuanto a **planeación**, se evidenció, por un lado, que invirtió más tiempo del esperado y, por otro lado, dificultades para generar e implementar estrategias lo que resultó en conductas desorganizadas las cuales se manifestaron con una respuesta de ansiedad y estrés. En cuanto a la **flexibilidad cognitiva**, se evidenció un desempeño adecuado, no obstante, en ocasiones le costó aprender de sus errores; sin embargo, logró superar esos inconvenientes e identificar estrategias para ajustarse a los cambios. Y en **fluidez verbal**, se evidenció un bajo desempeño, lo cual podría estar relacionado con el bajo nivel de vocabulario reportado a nivel de lenguaje.

Al evaluar las funciones de la porción anterior, relacionadas con el pensamiento abstracto, se evidenció en la paciente, predominio del pensamiento concreto, por lo que su nivel de abstracción fue bajo, requirió constante ayuda para generar procesos categoriales y supramodales; esto afecta la forma

en la que ella procesa la información, generando actitudes inflexibles y distorsionando la intención de lo que se le quiere transmitir.

Por último, en el control inhibitorio relacionado con el área orbitomedial, se evidenció un nivel de desempeño muy bajo, por lo que automatismos cognitivos, comportamentales y emocionales se manifestaron fácilmente sin ser procesados conscientemente, generando conductas impulsivas, con una fuerte carga emocional o irracional.

Figura 2. Resultados prueba de funciones ejecutivas dorsolateral.



Fuente: elaboración propia

Estado del ánimo

Al evaluar este indicador, se evidenció la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés, que se caracterizaron por: **Ansiedad**, la paciente reporta tener síntomas fisiológicos ante situaciones cotidianas como: resequeza en la boca, temblores en la mano y taquicardia, junto con síntomas cognitivos como no creer contar con los suficientes recursos para afrontar las tareas cotidianas. **Depresión**: reporta no experimentar sentimientos placenteros, pérdida de la ilusión, sentimientos de tristeza y baja autoestima. **Estrés**, por dificultades al momento de descargar tensión, invertir más energía de la necesaria para la solución de actividades cotidianas, dificultad para relajarse y frustración constante que le generan emoción de enfado.

Tabla 2.

Resultados prueba de estado de ánimo.

Escala	Puntaje	Interpretación
Depresión	11 / 6	Depresión severa
Ansiedad	15 / 4	Ansiedad extremadamente severa
Estrés	14 / 9	Estrés severo

Fuente. Elaboración propia.

Funcionalidad. En este componente se evidenció que, a nivel instrumental la paciente no logra manipular con facilidad elementos básicos como el móvil, hacer compras, preparar alimentos, hacer tareas del hogar, manejar el dinero o transportarse, ya que requiere de un tercero para realizar estas actividades cotidianas. En cuanto a sus funciones básicas también se evidencia que depende levemente de sus cuidadores para realizar actividades como comer, vestirse, ir al baño y trasladarse.

Tabla 3.

Resultados prueba de funcionalidad.

Escala	Puntaje	Interpretación
Escala de Lawton y Brody de AIYD.	4/8	Alterado significativamente
Índice de Barthel de ABC	60/100	Levemente alterado

Fuente. Elaboración propia.

Discusión

El presente estudio evaluó el caso de una paciente, bachiller, de 43 años con diagnóstico de discapacidad cognitiva desde los 32 años, que además tiene antecedentes de hipoxia, retraso en el desarrollo psicomotor y psicolingüístico y con pérdida de la capacidad laboral del 52%. La valoración se realizó con el objetivo de identificar el grado de la DC y describir sus características neuropsicológicas.

El proceso de valoración incluyó la entrevista, revisión de antecedentes clínicos y aplicación de instrumentos estandarizados, los cuales arrojaron información relevante sobre la paciente. Dentro de esa información se pudo identificar la presencia de un evento hipóxico que podría explicar el atraso en el desarrollo de las habilidades psicomotoras y lingüística de la paciente en los primeros 5 años de su vida, que son indicadores iniciales de DC (Echavarría y Tirapu, 2021). Estas características estuvieron presentes desde muy temprano en el desarrollo y afectaron los dominios conceptual, social y funcional de la paciente, siendo estos componentes importantes para el diagnóstico de la DC (Morley, 2018).

Al analizar el dominio conceptual, que para Morley (2018) está estrechamente relacionado con los procesos cognitivos, se pudo evidenciar que la paciente contaba con una valoración de CI de hace 11 años, que sirvió como referente para el diagnóstico de DC, al comparar esa valoración con el protocolo aplicado en este estudio, se evidenció que en la actualidad las puntuaciones globales aumentaron, pasando de CIT = 47 a CIT = 60. De igual forma los componentes verbal y manipulativo aumentaron en su desempeño, pasando de CIV = 56 a CIV = 66 y CIM = 54 a CIM = 77, lo que permite inferir que, aunque ha habido mejoría en los procesos verbales, cuenta con un menor desarrollo en comparación con los procesos motrices o manipulativos, lo que afecta funciones básicas como el vocabulario, la expresión y la comprensión. En comparación con el desarrollo de habilidades operativas, que han servido como forma de compensación para su adaptación, guardando estrecha relación con el grado moderado de la DC (APA, 2013).

De igual forma, en este dominio conceptual se encontró que la paciente tiene dificultades en procesos de velocidad de procesamiento, control inhibitorio, memoria de trabajo y planeación, los cuales comprometen la capacidad de la paciente para inhibir sus respuestas automáticas, dimensionar el riesgo, tomar decisiones, resolver problemas de manera dinámica y generar estrategias, lo que a su vez produce comportamientos desorganizados y erráticos. Estos hallazgos tienen relación con los aportes realizados por Rodríguez et al. (2011) quienes afirman que estos procesos están involucrados de manera prioritaria en la afectación de los pacientes con DC moderada, razón por la cual requieren mayor apoyo para el desarrollo de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.

Estos fallos en el dominio conceptual pueden influir directamente en el dominio social, ya que como lo menciono Torti et al. (2019) estos pacientes requieren de mayor supervisión y acompañamiento para desenvolverse en los contextos laboral y educativo, apoyos con los que contó la paciente, y le permitió terminar su bachillerato y realizar cursos de formación ocupacional. No obstante, estos procesos no fueron siempre permanentes, debido a múltiples variables como lo mencionó la cuidadora: ella es muy nerviosa, es muy olvidadiza, le disgusta que le digan lo que tiene que hacer etc., variables que pudieron influir en el desarrollo de su ajuste social.

Los reportes de la cuidadora tienen estrecha relación con los síntomas de ansiedad, estrés y depresión que reportó la paciente, que según Castañeda et al. (2017) están presentes en más del 50% de la población con DC repercutiendo en el curso y pronóstico de la enfermedad. Para el caso de la paciente estas alteraciones en el estado de ánimo sumadas a su perfil cognitivo, favorecieron la aparición de distorsiones cognitivas, ideas perseverativas, episodios de paranoia y despersonalización que durante los últimos 11 años han sido tratadas con antipsicóticos y antidepresivos.

De esta forma, el proceso de valoración neuropsicológica, permitió concluir que el perfil cognitivo de la paciente concuerda con DC moderada, la cual podría tener su causa con el evento hipóxico perinatal, que manifiesta síntomas desde la primera infancia con retraso en el desarrollo psicomotor y psicolingüístico, que al ser aprestamientos importantes para el desarrollo de las funciones cognitivas, y a la vez incluyen las funciones ejecutivas, la regulación emocional y comportamental, afectan el ajuste de la paciente en sus diferentes contextos.

Sin embargo, al comparar la valoración inicial con la valoración actual, se evidenció una mejoría en el resultado de las pruebas cognitivas, lo que fue confirmado por la cuidadora de la paciente y podría estar relacionado con el tratamiento farmacológico recibido.

Conclusión

Tras el proceso de valoración neuropsicológica se pudo evidenciar la presencia de una Discapacidad Cognitiva Moderada, la cual inicio en la infancia, manifestada por un atraso en el desarrollo de la función psicomotora y psicolingüística, la cual afectó el ajuste de la paciente en su contexto educativo, social y laboral.

De igual forma se evidencia que la DC se trató tardíamente lo cual pudo favorecer el desarrollo de síntomas asociados como estrés, ansiedad, depresión y alteraciones comportamentales. No obstante, desde el diagnóstico y hasta la fecha esas manifestaciones sintomáticas han sido tratadas farmacológicamente, generando un efecto positivo en la paciente.

Limitaciones

La presencia de DC es una problemática que afecta a más del 6% de la población colombiana (Correa y Castro, 2016). Y aunque es una condición que permanece a lo largo del ciclo vital, no siempre se diagnostica ni se trata a tiempo, como fue el caso de esta paciente, quien recibió diagnóstico y tratamiento a la edad de 32 años; por consiguiente, esa se considera una de las principales limitaciones de este estudio, ya que desde que recibió el diagnóstico junto con el tratamiento sus procesos cognitivos, emocionales y comportamentales, empezaron a mejorar, como se evidenció en las pruebas y en el reporte de la cuidadora.

Esta falta de atención temprana podría explicarse por diferentes variables como pertenecer

a una zona vulnerable, falta de educación en materia de salud mental y no contar con acceso a los recursos de salud oportuno; características propias de la paciente, quien procedía de una vereda ubicada en la región del Meta.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (5 Ed.). DSM-V. Masson. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Barquín, R., Begoña, M. y Pérez, G. (2018). El uso de estrategias de afrontamiento del estrés en personas con discapacidad intelectual, *Psychosocial Intervention*, 27(2), 89-94. <https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v27n2/1132-0559-inter-27-2-0089.pdf>
- Bass, N. y Skuse, D. (2018). Genetic testing in children and adolescents with intellectual disability, *Curr Opin Psychiatry*, 31(6), 490-495. DOI. [10.1097/YCO.0000000000000456](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000456)
- Castañeda, N., Arias, L., y Castellanos, N. (2017). Executive functioning in adults with moderate intellectual disability. *Tesis psicologica*, 12(1), 62-80. <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/issue/view/106/158>
- Correa Montoya, L. y Castro Martínez, M. C. (2016). Discapacidad e inclusión social en Colombia. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pcd_discapacidad_inclusion_social.pdf
- Echavarría, L. y Tirapu, J. (2021). Exploración neuropsicológica en niños con discapacidad intelectual. *Rev. Neurol*, 73(02), 66-76. <https://doi.org/10.33588/rn.7302.2021025>
- García, M., y Medina, M. (2017). Comportamiento, lenguaje y cognición de algunos síndromes que cursan con discapacidad intelectual, *International Journal of Developmental and Educational Pshychological*, 4(1) 55-65. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853537005.pdf>
- Grau, C. y Fortes, M. (2012). Intervención psicoeducativa en discapacidad intelectual. En C. Grau y Mª.D Gil. (Ed). *Intervención psicoeducativa en necesidades educativas de apoyo educativo*. (pp. 177-207). Pearson Educación. https://www.researchgate.net/publication/331114421_CAPITULO_VI_Intervencion_psicoeducativa_en_discapacidad_intelectual
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- Mattsson, T., Lind, O., Follestad, T., Grondahl, K., Wilson, W., Nicholas, J., Nordgard, S., y Andersson, S. (2019). Electrophysiological characteristics in children with listening difficulties, with or without auditory processing disorder, *Int j Audiol*, 58(11), 704-716. doi: [10.1080/14992027.2019.1621396](https://doi.org/10.1080/14992027.2019.1621396)
- Medina, M. y Gil, R. (2017). Estrés y estrategias de afrontamiento en personas con discapacidad intelectual: revisión sistematica, *Ansiedad y estrés*, 23(1) 38-44. <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-pdf-S1134793716300501>
- Ministerio de Salud y la Protección Social. (2020). Boletines poblacionales: Personas con Discapacidad – PCD¹ oficina de promoción social I-2020 [Boletín n° 1]. Oficina de

- promoción social, grupo de gestión en discapacidad. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidadI-2020.pdf>
- Morley, J. (2018). An overview of cognitive impairment. *Clin Geriatr Med*, 34(4), 505-513. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.003>
- Morrison, J. (2015). Trastornos del Neurodesarrollo, *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico. Editorial* (pp. 17-54). Manual Moderno. <https://clicking4kids.com/wp-content/uploads/2018/07/DSM-5-Gui%C3%A1-para-el-diagno%C3%81stico-cli%C3%81nico-Morrison.pdf>
- Perkins, E. y Small, B. (2006). Aspects of cognitive functioning in adults with intellectual disabilities, *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 3(3), 181-194. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2006.00078.x>
- Rodríguez, M., López, M., García, A. y Rubio, J. (2011). Funciones ejecutivas y discapacidad intelectual: evaluación y relevancia, *Campo abierto*, 30(2) 79-93. https://www.researchgate.net/publication/258505933_Funciones_ejecutivas_y_discapacidad_intelectual_evaluacion_y_relevancia
- Silva, T. (2012). La familia de la persona con discapacidad mental: una intervención desde el trabajo social. *Revista de Trabajo Social*, 5(1) 113-129. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154901.pdf>
- Torrents, T. y Ruf, A. (2008). Recursos materiales para el desarrollo visual de personas con discapacidad visual y otros trastornos: un enfoque centrado en la experiencia perceptiva integrada. *Integración*, 54(1), 23-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2987247>
- Torti, E., Keren, B., Palmer, EE., Zhu, Z., Afenjar, A., Anderson, IJ., Andrews, MV., Atkinson, C., Au, M., Berry, SA., Bowling, KM., Boyle, J., Buratti, J., Cathey, SS., Charles, P., Cogne, B., Courtin, T., Escobar, LF., Finley, SL., Graham, JM., ... Juusola, J. (2019). Variants in TCF20 in neurodevelopmental disability: description of 27 new patients and review of literatura. *Clin Geriatr Med*, 21(9), 2036-2042. <https://doi.org/10.1038/s41436-019-0454-9>
- Verdugo, M. y Rodríguez, A. (2012). La inclusión educativa en España desde la perspectiva de alumnos con discapacidad intelectual, de familias y de profesionales. *Revista de educación*, 358(1), 450-470. DOI: 10-4438/1988-592X-RE-2010-358-086
- Yáñez, M. (2016). Discapacidad Intelectual. En Y. Moreno (Ed.), *Neuropsicología de los trastornos del Neurodesarrollo diagnóstico, evaluación e intervención* (pp. 83-99). Ciudad de México: Manual Moderno.