

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

TRABAJO DE TITULACIÓN:

Funciones cerebrales superiores en pacientes con cefalea. Hospital Provincial General
Docente Riobamba, 2018-2019

Autores:

Ochoa Maxi David Andrés
Santander Samaniego Luis Felipe

Tutora:

Dra. Rosario Isabel Cando Pilatuña

**Riobamba - Ecuador
Año 2019**

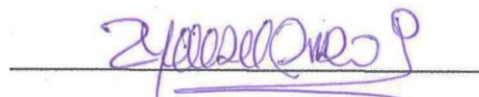
APROBACIÓN POR PARTE DEL TUTOR

Dra. Rosario Isabel Cando Pilatuña, Docente de la Carrera de Psicología Clínica, de la Facultad Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO.

Haber asesorado y revisado el informe final del Proyecto de Investigación titulado **FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES EN PACIENTES CON CEFALEA. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, 2018-2019. PERIODO 2018 – 2019**, realizado por los señores Ochoa Maxi David Andrés con CI. 0106457021 y Santander Samaniego Luis Felipe con CI. 0605072412, el mismo que cumple con los parámetros establecidos por la institución.

En tal virtud autorizo que sea presentado en la respectiva pública ante el tribunal.



Dra. Rosario Isabel Cando Pilatuña.

TUTORA

APROBACIÓN DE TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación del título: **FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES EN PACIENTES CON CEFALEA. HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA, 2018-2019.** presentado por los señores Ochoa Maxi David Andrés con CI. 0106457021 y Santander Samaniego Luis Felipe con CI. 0605072412

Una vez realizado el informe final del proyecto de investigación escrito con fines de graduación, en el cual se ha constado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso u custodia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Por la constancia de lo expuesto firman:

Dra. Rosario Isabel Cando Pilatuña

Tutora



Dra. Jenny Rocío Tenezaca Sánchez

Miembro del Tribunal



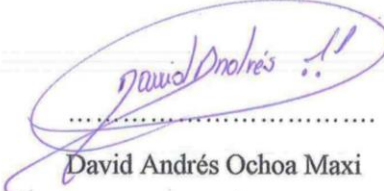
Mgs. María Soledad Fierro Villacreses

Miembro del Tribunal



AUTORÍA DEL PROYECTO


El presente proyecto de investigación es responsabilidad exclusiva de: David Andrés Ochoa Maxi y Luis Felipe Santander Samaniego, bajo la supervisión de la Dra. Isabel Cando, como docente tutora. Los derechos intelectuales son propiedad de la Universidad Nacional del Chimborazo.



.....

David Andrés Ochoa Maxi

0106457021



.....

Luis Felipe Santander Samaniego

0605072412

AGRADECIMIENTO

Al Dios de la vida por su bendición durante este largo camino, a mi familia, mi madre Esperanza por educar en mi la capacidad para afrontar mi destino, José mi padre, por su infinita paciencia para verme crecer lejos de casa y siempre recibirme con un abrazo; mis princesas, Paula, la más grande sonrisa en mis días y Sofía mi mayor cómplice, mi gran tesoro. Lo que soy, es gracias a todo su amor.

A mi tutora Dra. Isabel Cando, por siempre exigir mi mayor potencial, a todos los docentes que compartieron su saber y amistad, mis compañeros durante todos estos años, mi familia lejos de casa, a mis amigas cercanas Gabriela, Jessica, Lizbeth, Estefanía, por su apoyo incondicional, a mi compañero y gran amigo Luís Santander, con quién culmino mis estudios y quién siempre acompañó mi diario vivir.

A todos quienes hicieron de mi estancia en Riobamba un camino más ligero, a todos ellos, mi infinito agradecimiento.

David A. Ochoa

La familia siempre ha sido y será lo más importante para mí, por tal motivo quiero empezar agradeciendo a toda mi familia por el apoyo que me han sabido brindar. Pero quiero agradecer infinitamente a mi madre Olga Samaniego por todo su apoyo incondicional, sus consejos, sus sabias palabras y por su don universal de perdonar, gracias por enseñarme que no importa que tan difícil se ponga la vida siempre existe una solución.

Quiero agradecer a mis hermanos por ser el motor que me motiva a ser mejor cada día.

A mi amada Universidad que me han entregado tan buenas experiencias, especialmente a la Dra. Isabel Cando por la paciencia que me ha tenido y por ayudarme a culminar exitosamente el proyecto de investigación.

Finalmente agradezco a mi compañero de tesis David Ochoa por tantos años de amistad y a mi grupo de amigas por tan buenos momentos juntos.

Luis F. Santander

DEDICATORIA

Dos grandes motores de mis días se han ido de mi lado en este año, por ello en memoria de **(+)** María Eugenia Sarmiento Barros, quién me educo en el amor, esfuerzo, servicio y caridad; Alba Gissela Castillo C; mi compañera de vida, gracias a su amor y paciencia pude alcanzar esta meta, su compañía fue pilar fundamental para llevar la vida fuera de casa y esforzarme por cada día ser mejor, quién hizo de mis años, gratos recuerdos.

A ellas dedico esta tesis con infinita gratitud y afecto.

David A. Ochoa

Quiero dedicar con mucho afecto este trabajo a mi abuelita, donde se encuentre para usted con mucho cariño.

Luis F. Santander

ÍNDICE GENERAL

APROBACION POR PARTE DEL TUTOR	i
APROBACION DEL TRIBUNAL.....	ii
AUTORÍA DEL PROYECTO	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	3
OBJETIVO GENERAL:	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	3
MARCO TEÓRICO	4
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	4
METODOLOGÍA	14
Enfoque	14
Tipos de investigación.....	14

Diseño de la investigación.....	14
Nivel de la investigación	14
Población y Muestra.....	15
Población.....	15
Muestra.....	15
Técnicas.....	15
Instrumentos	15
Técnicas para el procedimiento e interpretación de datos.....	16
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	16
RESULTADOS.....	16
PSICOEDUCACION.....	22
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	25
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada.....	16
Tabla 2. Diagnósticos neurológicos obtenidos en la revisión de los historiales clínicos.....	18
Tabla 3. Pacientes sin afectación y con afectación en las funciones cerebrales superiores.....	18
Tabla 4. Funciones cerebrales superiores afectadas.....	19
Tabla 5. Niveles de afectación de las funciones cerebrales superiores.....	20
Tabla 6. Funciones cerebrales superiores afectadas y niveles de afectación.....	21

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Guía de observación para los resultados del test Neuropsi.....	28
ANEXO 2. Guía de Psicoeducación.....	29

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo analizar las Funciones Cerebrales Superiores de los pacientes con cefalea atendidos en el área de neurología de consulta externa del Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2018-2019, se realizó mediante la revisión de 50 historiales clínicos de pacientes con enfermedades neurológicas, seleccionando una muestra de 29 que presentaron cefalea y una evaluación neuropsicológica por medio del test Neuropsi; esta investigación es de tipo cuantitativo, documental y bibliográfico con un diseño transversal y descriptivo. Se empleó una guía de observación; la que incluía datos informativos, diagnóstico neurológico y resultados del test Neuropsi. Los resultados obtenidos determinaron que las Funciones Cerebrales Superiores afectadas son la atención-concentración, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas. En relación con estos resultados se planteó una guía de psicoeducación para que los pacientes y el área de servicio neurológico tengan mayor información para abordar esta problemática.

Palabras claves: Cefalea, función cerebral, Neuropsi.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the higher brain functions in patients with cephalalgia. These individuals had been treated in the outpatient area of the HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE of RIOBAMBA between 2018-2019. A total of 50 clinical records of patients with neurological diseases were collected. From there, a sample of 29 individuals who presented cephalalgia, and a neuropsychological evaluation carried out using the Neuropsi test was chosen. This research work is a quantitative, documentary, and bibliographic study with a transversal and descriptive design.

Moreover, an observation guide was used, which included informative data, neurological diagnoses, and results from Neuropsi tests. The obtained results indicated that the affected higher brain functions were the attention-concentration, memory, language, and the executive brain functions. Finally, to correlate these results with a solution, a psychoeducational action was proposed. Thus, we expect the patients and the neurological area staff will have more and better information to address this problematic.

Keyword: cephalgia, brain functions, Neuropsi.

Translation reviewed by;



MsC. Edison Damián

INTRODUCCIÓN

La cefalea es una enfermedad neurológica donde el dolor se localiza alrededor del cráneo, caracterizado por un dolor pulsátil, explosivo u opresivo. Es una enfermedad multifactorial con mayor demanda de los servicios de salud pública, la cual afecta a las personas entre los 18 y 65 años aproximadamente.

Las funciones cerebrales superiores son aquellas capacidades que de manera conjunta sirven al ser humano para su desenvolvimiento diario y adaptación a las diversas circunstancias que se le presentan. Ciertas situaciones patológicas, enfermedades neurológicas o lesiones en zonas críticas producen manifestaciones específicas que afectan de manera parcial o total su funcionalidad.

Tales afectaciones podrían estar relacionadas con la cefalea, debido que varios de sus síntomas físicos pueden dificultar la ejecución óptima de la atención, concentración, memoria, lenguaje, escritura y funciones ejecutivas.

El estudio tiene como objetivo analizar las funciones cerebrales superiores de los pacientes con cefalea atendidos en el área de consulta externa de neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba. La investigación consta de problemática, justificación, objetivos, marco teórico, metodología, resultados, acción de psicoeducación, discusión, conclusiones y recomendaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cefalea constituye un problema de salud pública, que generan un impacto económico en el área de salud y en el estilo de vida de las personas, como consecuencia representa un factor de atención prioritario.

El atlas de la OMS (2011); menciona sobre los dolores de cabeza; a nivel mundial, entre el 50% y el 75% de la población adulta entre los 18 y 65 años sufren algún tipo de cabeza por año. Con respecto a su frecuencia, entre 1.7% y un 4% de la población adulta tiene dolores de cabeza, al menos, cada 15 días al mes.

(Gómez & Serna, 2015) refieren sobre las cefaleas:

Constituyen uno de los motivos de consulta más común por el cual las personas acuden a los servicios de urgencia, cuenta con una prevalencia en adultos del 47%. Al menos la tercera parte de la población entre 18 y 65 años han padecido de dolor de cabeza. En niños la prevalencia es de 37% a 51% a los 7 años y de 57 a 82% entre los 7 y 15 años, siendo de mayor prevalencia en hombres que mujeres entre los 3 y 7 años. Luego de la pubertad esta relación varía de forma sustancial y se estima que es de tres mujeres por cada hombre.

Con referencia al Ecuador específicamente en la provincia del Cañar, tenemos una investigación realizada por (Wong, 2017):

Donde fueron atendidas 500 consultas por enfermedades neurológicas, correspondientes al 5.2% del total de consultas en este periodo. El motivo de consulta con mayor frecuencia fue la cefalea (con 207 casos) seguido de las neuralgias con (195 casos). En atenciones de control resaltaron las enfermedades crónicas como epilepsia, migraña y Parkinson. Se encontraron 207 pacientes con factores de riesgo para desencadenar algún evento cerebrovascular. (p.85)

Dentro de las prácticas pre profesionales realizadas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba además de la atención a pacientes con trastornos de depresión, ansiedad, ideación e intento suicida en el área de primera acogida; se pudo evidenciar en el área de neurología frecuentes consultas de pacientes con cefalea, donde el neurólogo abordaba principalmente el malestar físico y aplicaba el test Neuropsi para evidenciar si existían afectaciones en las funciones cerebrales superiores. La experiencia durante la observación en las evaluaciones reflejó que existía un número elevado de pacientes con dificultades en la memoria y atención, lo que permitió inferir la correlación entre las funciones cerebrales superiores y las cefaleas, de allí el interés de la presente investigación.

Si no se llegará a abordar la relación existente entre las funciones cerebrales superiores y las cefaleas, se daría una evaluación incorrecta a los pacientes que acuden al área de neurología, dificultando su total mejoría, generando mayores interrogantes en su padecimiento y repercutiendo en la calidad de vida de los pacientes.

JUSTIFICACIÓN

La mayoría de los estudios revisados relacionan a la cefalea con el malestar físico y el tratamiento médico, sin tomar en cuenta la afectación que pueden producir en la esfera psíquica; esta relación es importante debido que el ser humano es un ser biopsicosocial que se encuentran en constante interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. Los resultados de la investigación aportaran información necesaria para determinar que funciones cerebrales superiores se encuentran afectadas en los pacientes diagnosticados con cefalea.

Los beneficiarios directos serán los familiares y pacientes atendidos en el área de neurología y el personal médico responsable del servicio. Por medio de la acción de psicoeducación se permitirá a los beneficiarios reconocer los principales síntomas asociados a las cefaleas y comprender la afectación que se producen en las funciones cerebrales superiores.

Esta investigación ha sido factible gracias a la Dirección Médica del Hospital Provincial General Docente Riobamba, quienes autorizaron los permisos correspondientes y por medio de la posterior colaboración del área de neurología, se accedió a la revisión de los historiales clínicos para su posterior análisis. Además, este estudio fue posible por ser autofinanciado.

El proyecto consta de sustento científico y un marco teórico-conceptual con base en las bibliografías como libros, artículos científicos y revistas con temas relacionados a las variables planteadas. Con el presente estudio se pretende aportar con el sustento científico a futuras investigaciones.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar las funciones cerebrales superiores de los pacientes con cefalea atendidos en el área de consulta externa de neurología del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las funciones cerebrales superiores afectadas en los pacientes con cefalea.
- Especificar el nivel de afectación de las funciones cerebrales superiores en pacientes con cefalea a través de la revisión de historiales clínicos donde consta la aplicación del test Neuropsi.
- Proponer una acción de psicoeducación para los pacientes diagnosticados con cefalea en relación con las funciones cerebrales superiores afectadas.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

(Wong, 2017) realizó una investigación titulada Enfermedades neurológicas en atención primaria. Centro de Salud Ingapirca, donde su objetivo fue “dar a conocer las patologías neurológicas observadas con mayor frecuencia en este centro de salud y que la información pueda ser utilizada como objeto de investigaciones futuras” (p.85).

La metodología se basó en la información recolectada durante 12 meses, de forma prospectiva, obtenida del servicio de consulta externa, de pacientes con diagnóstico neurológico. Se revisó la información del perfil epidemiológico de la parroquia, el análisis situaciones de salud y la matriz de pacientes con enfermedades crónicas. Además, se incluyeron condiciones identificadas como factores de riesgo para eventos cerebrovasculares. (Wong, 2017, p.87)

Los resultados obtenidos se dieron por la atención de un total de 500 consultas de enfermedades neurológicas, correspondientes al 5.2% del total de consultas en este periodo. De estas, el 74.2 % fueron primeras atenciones, mientras el 25.8% fueron atenciones subsecuentes de control por enfermedades crónicas. El motivo de consulta más frecuentes en primera atención fue la cefalea con (207 casos correspondiente al 55.8%), seguido de las neuralgias, epilepsia, migrañas (14.7%), párkinson y neuropatías (Wong, 2017, p. 87).

El análisis de consultas mostro un porcentaje bajo de enfermedades neurológicas en relación con el total de atenciones. El diagnóstico más frecuente fue cefaleas, condición comúnmente vista en atención primaria a nivel mundial (...) otra condición prevalente fueron los trastornos convulsivos y epilepsia, siendo ecuador uno de los países con alta prevalencia en Latinoamérica (Wong, 2017, p.88).

(Usero Ruiz, Prieto León, González Oria, Bernal Sánchez, & Jiménez, 2013) Realizaron una investigación sobre Alteración de funciones cerebrales superiores en migraña con aura, que buscaba determinar el porcentaje de pacientes que presentan afectación, así como estudiar si existe algún factor asociado.

La metodología fue un estudio observacional y descriptivo, para ello se elaboró una encuesta telefónica a 50 pacientes con migraña con aura de nuestra consulta de cefaleas y los interrogamos sobre la presencia durante el aura de otros tipos propios de afectación de otras áreas

corticales como praxias, gnosias, atención, alteración del lenguaje, orientación, alucinaciones. Lo dividimos en 2 grupos dependiendo de si existe o no afectación de funciones cerebrales superiores, con la intención de saber si había diferencia entre los 2 grupos en relación del tipo de aura, número de aurea mensuales y duración de las mismas (Usero Ruiz et al., 2013).

Los resultados del total del 50 pacientes el 74% presenta afectación en las FCS; y el 26% no presenta afectación; existe una duración del aura por minutos 57.62 minutos para pacientes con afectación de FCS; y 45 minutos sin afección (Usero Ruiz et al., 2013).

Atendiendo a nuestros resultados la afectación de otras áreas corticales en los pacientes con migraña durante el aura es más frecuente de lo que pensamos. En este estudio la disminución de la atención y los trastornos difásicos fueron los más frecuentes. La duración del aura fue mayor en los individuos con afectación de FCS, aunque no se establecieron diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados coinciden con la literatura descrita (Usero Ruiz et al., 2013).

Funciones Cerebrales Superiores (FCS)

Definiciones.

Para (J. Gonzáles, 2009) El termino FCS se utiliza para “designar aquellas capacidades relacionadas a la adquisición, retención y/o manipulación de la información” (p. 6).; en contexto, es un conjunto ordenado de actividades sistematizadas que permiten poner en marcha aquellas acciones propias del ser humano; así mismo la limitación clara del concepto general de las funciones cerebrales se basa en la complejidad para poder determinarlas dentro de un área específica del cerebro humano.

(J. Gonzáles, 2009) refiere que las más relevantes son “la atención, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, cada una de estas esferas se relaciona a estructuras neuronales específicas, de modo que su alteración nos permite plantear una localización aproximada de daño cerebral” (p. 6).

Se entiende que las funciones cerebrales representan funciones destinadas de manera selectiva y constante al aprendizaje; se dictan por factores externos que, percibidos a través de los sentidos, estos pasan a ser interpretadas y de acuerdo a la relevancia de la información, pueden pasar a formar parte de nuestro marco referencial; se entienden de manera directa a las funciones cerebrales como:

- Exclusivas del ser humano y no descritas en los animales
- Producto del aprendizaje durante la vida individual
- Constituyendo factores indispensables para otros procesos de aprendizaje.

(Louise Bérubé; como citó (Rodríguez-Rey, Toledo, & Díaz- Polizzi, Mario; Viñas, 2009) hablan desde un factor de desarrollo. “Las funciones cerebrales superiores crecieron en paralelo con el aumento del tamaño cerebral y terminaron confiriéndole a nuestra especie las particularidades que hoy la caracterizan y la diferencia de otras especies” (p.20).

(Rodríguez-Rey et al., 2009) refieren sobre la corteza cerebral; “No solo contiene los cuerpos neuronales principales que soportan las funciones consideradas simples o inferiores, como las motoras, sensitivo motoras, auditivos o visuales, sino que integran funciones muy elaboradas como la memoria, lenguaje, razonamiento abstracto o actividades gestuales” (p.21).

Por lo tanto, las FCS no en encuentran localizados en centros aislados del cerebro, sino que se hallan integrados como una red cerebral, basada en interconexiones neuronales.

Se han dividido para este estudio a las funciones cerebrales superiores con referencia a las funciones que evalúa el test Neuropsi.

Atención

Definición:

Es una función en la cual un estímulo se sitúa en el foco de la conciencia, destacando por encima de otros estímulos, es focalizada de manera interna o externa por medio de los sentidos, depende de otras funciones como la memoria y las funciones ejecutivas.

(Gutiérrez-Soriano, JR Ortiz-León, S., Follioux, C., Zamora-López, B., Petra, 2012) “El proceso atencional está dividido en tres partes, inicio o captación de la atención; mantenimiento (importante para la focalización durante un tiempo sobre el proceso); cese (finalización el proceso)” (p. 22).

Se divide en:

- Atención Espontanea: Se caracteriza por estímulos externos en relación a las necesidades o interés del ambiente.
- Atención Voluntaria: Se caracteriza por la focalización y movilización del estímulo por una decisión propia del sujeto.

Patología:

(Gutiérrez-Soriano, Jr et al.2012) La hiperprosexia se caracteriza por una disminución del foco atencional donde otros estímulos irrelevantes interfieren con este proceso, el aumento en la atención es conocido como hiperprosexia.

Sustrato Neuroanatómico:

(A. González, García, & Junqué, 1997) Relacionan el sustrato anatómico de la atención como:

La base neurofisiológica de la atención es una amplia red neuronal entrelazada de estructuras subcorticales y corticales, el colículo superior, el pulvinar (tálamo), el núcleo caudado (neostriado) y de la sustancia negra constituyen las principales estructuras subcorticales relacionadas con la atención (p.1991).

Conciencia

Definición:

De la Fuente (2016) define la conciencia como. “tener conocimiento, saber de, percibir, darse cuenta”; es mantenerse despierto, conocerse a uno mismo y sus medios, englobando componentes perceptuales y motores, tanto la percepción como la capacidad motriz son funciones propias, la conciencia es parte fundamental, como lo es la atención.

Sustrato Neuroanatómico:

Las estructuras relacionadas con la conciencia son: el locus coeruleus, el lóbulo frontal y parietal y el tálamo.

Patología:

En relación con la conciencia, el estado o capacidad del sujeto de mantenerse en contacto con los estímulos y ambiente, la neurología clínica plantea 4 niveles de conciencia que deben ser evaluados:

- Obnubilación o Letargo: Reducción moderada del estado de alerta, respuesta lenta a los estímulos.
- Estupor: Sujeto solo consigue obtener un tipo de respuesta con verbalización incoherente, ejecución de ordenes sencillas de forma errónea.

- Coma: Falta de respuesta ante cualquier tipo de estímulo, grado más profundo de disminución de los componentes de la conciencia (Gutiérrez-Soriano, JR et al., 2012 p. 24).

Memoria

Definición:

(Rodríguez-Rey et al., 2009) define la memoria como “la facultad del cerebro que permite registrar experiencias nuevas, y recordar otras pasadas. Dicho, en otros términos, es la capacidad de incorporar, almacenar y evocar en forma clara y efectiva” (p. 23).

Para su estudio y evaluación (Rodríguez-Rey et al., 2009) lo dividieron en:

- Inmediata: Oscila entre 30 a 60 segundos, permite recordar una serie de actividades que suceden en tiempos cortos.
- Reciente: Se prolonga por minutos u horas, permite realizar actividades hechas durante algunos días.
- Remota: Es la extiende a periodos más o menos lejanos de la vida del paciente y en general, en las lesiones degenerativas más se conservan.
-

Sustrato Neuroanatómico:

Bauer, Grande y Valenstein, (2003). “El funcionamiento normal de la memoria depende, esencialmente, de tres grandes áreas: los lóbulos temporales, el diencéfalo y el cerebro anterior basal”

Patología:

Las patologías más comunes dentro de esta función son las amnesias cuando existe una incapacidad para recuperar la información almacenada, las hipermnesias se refieren a la capacidad elevada de recobrar información, un proceso elevado de aprendizaje por su capacidad de almacenar información y las Dismnesias: se considera a la disminución de la memoria, imposibilita evocar un recuerdo en un momento dado y evoca otros en forma borrosa o poco nítida.

Lenguaje y Habla

Definición:

(Gutiérrez-Soriano, JR et al., 2012) El lenguaje es un código de sonidos o gráficos que sirven para la comunicación social entre los seres humanos (...) La gramática estudia el lenguaje, la semántica el significado de las palabras y la sintaxis su combinación; es parte importante para la comunicación en la sociedad.

Sustrato Neuroanatómico:

El encéfalo está dividido en área receptiva (regulación del lenguaje expresivo) mediante lóbulo temporal procesamiento auditivo en el cerebro, las áreas de Heschl y de Wernicke; el lóbulo occipital, permite la identificación visual de las imágenes lingüísticas, mientras el lóbulo parietal permite la integración de estímulos visuales y auditivos.

Área expresiva, (genera estrategias para la comunicación verbal, oral y escrita); Área prefrontal es la organización motora, codificación del habla. Además, coordina la actividad de los músculos. El Área de Broca permite el funcionamiento motor; habla (movimiento bucofonatorios para pronunciar las palabras) y escritura.

La evaluación de esta área estará dividida en funciones de la comprensión verbal expresión verbal y exploración del lenguaje.

Patología:

- Afasia: Trastorno de la producción y comprensión del lenguaje oral y escrito, causado por lesiones encefálicas.
- Disartrias – anartrias: Son defectos en la musculatura de la articulación, con funciones mentales comprensión y memoria de palabras normales, ya sea por parálisis, rigidez o espasmos repetitivos.
- Afonía – Disfonía: Pérdida parcial o total de la voz, a causa de trastornos de la laringe o su inervación, habitualmente de origen inflamatorio. (Rodríguez-Rey et al., 2009, p. 25)

Funciones Ejecutivas

Definición:

Las funciones ejecutivas según Lezak como citó (Delgado-mejía & Etchepareborda, 2013) “son habilidades mentales que permiten llevar a cabo la formulación de metas, planificación de

actividades y su correcto cumplimiento, permiten desarrollar un comportamiento eficaz, creativo y socialmente aceptado” (p. 96).

Sustrato Neuroanatómico:

Según (Delgado-mejía & Etchepareborda, 2013) “Se ubica en las superficies laterales, medial e inferior del lóbulo frontal, y abarca el 30% de la corteza cerebral total”

Patología:

Podemos distinguir tres síndromes prefrontales diferentes y definidos por las zonas involucradas, a los que se denomina síndrome prefrontal dorsolateral, síndrome prefrontal medial o cingular y síndrome prefrontal orbitofrontal (Delgado-mejía & Etchepareborda, 2013).

De esta manera las funciones cerebrales superiores pueden verse afectadas por diferentes acontecimientos físicos como psicológicos, los cuales pueden disminuir de manera parcial o total su correcto funcionamiento; ante esto la cefalea representa una de las causas para la disminución de las funciones cerebrales superiores, así (Benavides, Rodríguez, Restrepo, & Vargas, 2016) en referencia a la fisiopatología de la migraña dicen ha sido estudiada durante largo tiempo y aún sigue siendo un tema de discusión cuál es el mecanismo exacto que pueda explicar en su totalidad los eventos que generan la dolencia, el aura y los eventos posteriores al malestar físico, este último en relación con otras afectaciones que pueden desencadenarse luego de la cefalea, como la disminución de la memoria o atención.

Cefalea

Definición.

La cefalea (dolor de cabeza) es una de las enfermedades neurológicas frecuentes en la sociedad se caracterizada principalmente por un dolor pulsátil, opresivo y explosivo en el cráneo. La localización de dolor se limitará alrededor del cráneo. Yusta Izquierdo, Andrés del Barrio, & Alavena Brou (2011) refieren: “En sentido estricto, el término cefalea se aplica a todas aquellas sensaciones molestas localizadas en la parte superior de la cabeza, desde la región suboccipital hasta la zona orbitaria” (p.1).

Al ser una enfermedad neurológica se encuentra afecta el SNC y el SNP. Harrison T.R. y Braunwald Eugene (2012) afirman: “El dolor también puede surgir cuando se lesionan o activan inapropiadamente vías sensoriales (del dolor) del sistema nervioso periférico o central” (p.112). Provocando que el dolor sea reconocido fisiológicamente como una respuesta normal.

La cefalea al ser una enfermedad que afecta principalmente a la salud física trae como consecuencia afectaciones en la vida diaria y en el estado emocional de quien lo padece. OMS (2017) afirma: “Las cefaleas imponen además una carga personal bajo la forma de intenso sufrimiento, (...)”. Esta enfermedad llega a ser un limitante en las actividades sociales, laborales y académicas. Desencadena ansiedad, angustia, estrés, alteraciones en el sueño, etc.

Tipos

La cefalea se divide en dos grupos: primarias y secundarias. Las cefaleas primarias se caracterizan por tener síntomas específicos que sirven para establecer su tipo; mientras que las cefaleas secundarias son de origen subsiguiente a otra patología presentándose como un síntoma de la enfermedad. Harrison T.R. y Braunwald Eugene (2012) afirman: “La primaria es aquella en que el dolor y sus características constituyen el cuadro intrínseco, en tanto que la secundaria es causada por problemas exógenos” (p.112).

Las cefaleas constan de su respectiva categorización con base en las pautas diagnósticas establecidas por la Clasificación Internacional de las Cefaleas la cual realiza una subdivisión de las cefaleas primarias y secundarias.

En la revisión de los historiales clínicos las cefaleas de mayor prevalencia eran las correspondientes al grupo de cefaleas primarias siendo la cefalea tensional la más frecuente dentro de los pacientes atendidos seguida por la migraña sin aura y con aura. Correspondiente al grupo de cefaleas secundarias las más comunes era la atribuida a un traumatismo craneoencefálico.

Cefaleas Primarias

Cefalea tensional.

La cefalea tensional se caracteriza por una contracción o tensión en los músculos, su foco de dolor se encuentra principalmente en el cuello, el cuero cabelludo y los hombros. La tensión se sitúa en la parte frontal, lateral y posterior de la cabeza. Se presenta producto de largas horas de trabajo donde los músculos permanecen en una sola posición. Puede ser causada debido a situaciones estresantes, resfriados, mala alimentación, etc. Se considera una de las cefaleas con mayor relación a problemas o conflictos psicológicos relacionada con situaciones de ansiedad o depresión.

La cefalea tensional, se caracteriza por molestias bilaterales, como si una banda constrictiva rodeara el cráneo. En forma típica el dolor evoluciona lentamente, tiene oscilaciones en su intensidad y persiste de manera más o menos continua durante varios días (Harrison T.R.y Braunwald Eugene, 2012, p.120)

Migraña.

Dentro de la clasificación de las cefaleas se encuentra la migraña. Se caracteriza por un dolor pulsante a un lado de la cabeza, aunque en ciertos casos el foco de dolor se sitúa a ambos lados. (“Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition,” 2018) refiere: “La migraña sin es un síndrome clínico por cefalea con características específicas y síntomas asociados; la migraña con aura se caracteriza por síntomas neurológicos que suelen preceder o en ocasiones acompañar a la cefalea” (p.19). Entre los síntomas principales se encuentra una debilidad física, náuseas y sensibilidad a estímulos de luz o sonidos

Migraña sin aura y con aura

La Migraña sin aura se caracteriza por presentar náuseas, vómitos, aborrecimiento a la luz y al sonido. Después del episodio migrañoso la persona presenta cansancio físico, dificultad para poder concentrarse en diversas actividades. La (“Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition,” 2018) refiere: “(...) Entre ellos se incluyen distintas combinaciones de cansancio, dificultad para concentrarse, rigidez cervical, sensibilidad a la luz o al ruido, náuseas, visión borrosa, bostezos o palidez (...)” (p.20). Dichos síntomas afectan por ende a la concentración y atención en quien lo padece.

Con respecto a la Migraña con aura los síntomas más característicos son las náuseas, dificultad en la visión debido, audición, dificultad en el habla y el lenguaje. (“Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition,” 2018) refiere: “Crisis recurrentes de varios minutos de duración con síntomas visuales, sensitivos o del sistema nervioso central de localización unilateral y completamente reversibles que suelen desarrollarse de manera gradual y preceder a una cefalea y a síntomas asociados a migraña” (p.21). Como consecuencia de estos síntomas las funciones cerebrales superiores afectadas son la atención, la lectura y el lenguaje.

(“Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition,” 2018):“Los estudios sistemáticos han demostrado que muchos pacientes con auras visuales ocasionalmente presentan síntomas en las extremidades y/o disartria” (p.22).

Cefaleas Secundarias.

Cefalea atribuida a un traumatismo craneoencefálico.

En el caso de un traumatismo craneoencefálico la cefalea aparecerá como un síntoma por la afección en los músculos, huesos, nervios, zonas subcorticales, etc., producto del traumatismo (“Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition,” 2018) refiere: “La cefalea puede aparecer como un síntoma aislado posterior al traumatismo o como parte de un conjunto que habitualmente incluye mareos, cansancio, disminución de la capacidad de concentración, enlentecimiento psicomotor, problemas leves de memorización, insomnio, ansiedad, (...)”(p. 83). Entre las funciones cerebrales superiores afectadas esta la concentración, atención, memoria y dificultades en la ejecución de las funciones ejecutivas.

Cuadro Clínico

Un cuadro clínico es un conjunto de síntomas y signos característicos de una enfermedad, que tiene como finalidad servir de guía para establecer un correcto diagnóstico. (Unidad Editorial Revistas, 2018) la cefalea se caracteriza por sus síntomas físicos que son detectables a simple vista como el enrojecimiento de los ojos, una pupila más dilatada que la otra, los parpados más cerrados o caídos y espasmos faciales; conjuntamente se presentan otros síntomas no tan visibles como las náuseas, el vómito, debilidad en las extremidades, fotofobia y fonofobia. Los tipos de dolor más comunes son eléctricos, opresivos, pulsátiles y explosivos que se producen alrededor de la bóveda craneal, en ciertos casos el dolor abarca también el cuello y los hombros.

Factores desencadenantes

La cefalea se considera una enfermedad multifactorial (“Factores desencadenantes de las Cefaleas | PortalCLÍNICA”, 2019) Entre los factores principales están la edad, la herencia puesto que el 80% de los pacientes con la patología han tenido algún familiar con una condición similar,

situaciones de estrés debido que se relaciona con la cefalea tensional, la alimentación, el alcohol especialmente el vino que se ha relacionado posiblemente con la migraña, cambios hormonales, cambios climáticos, falta de sueño y la ingesta o suspensión de ciertos medicamentos.

METODOLOGÍA

Enfoque

- **Cuantitativo:** Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio (2014) explican: “Enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis (...) con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p.4). Este estudio es cuantitativo debido que utiliza medición numérica y análisis estadísticos.

Tipos de investigación

- **Bibliográfica:** Gómez-Luna, Fernando-Navas, Aponte-Mayor, & Betancourt-Buitrago (2014) especifican: “ El trabajo de revisión bibliográfica (...), debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio” (p.158). El estudio se basó en artículos académicos relacionados al tema que sirvió para fundamentar la investigación.
- **Documental:** “Diferentes tipos de documentos donde se indaga, interpreta, presenta datos o información (...) que tiene como finalidad obtener resultados que pueden ser base para el desarrollo de la creación científica” (Freire, 2016). Esta investigación se desarrolló mediante la revisión de los historiales clínicos de los pacientes atendidos en el área de neurología, donde constan los resultados del test Neuropsi.

Diseño de la investigación

- **Transversal:** Hernández, et al., (2014) exponen: “Su propósito es describir datos en un momento único las variables y analizar sus incidencia e interrelación en un momento dado” (p.154). La información se obtuvo de los historiales clínicos pertenecientes al área de neurología de consulta externa en el Hospital Provincial General Docente Riobamba del mes de octubre del 2018 hasta febrero del 2019.

Nivel de la investigación

- **Descriptiva:** Hernández, et al., (2014) refieren: “ El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, fenómenos, situaciones y proporcionar sus descripción. Son por tanto datos descriptivos (...)” (p.155). La investigación permitió establecer las características clínicas de las variables planteadas. Se

determinó por medio de los historiales clínicos las cualidades sociodemográficas, los tipos de cefalea y el nivel de afectación de las funciones cerebrales superiores

Población y Muestra

Población

Se estableció por 50 historiales clínicos que corresponden a enfermedades neurológicas.

Muestra

La investigación consta de 29 historiales clínicos de pacientes con diagnóstico de cefalea y donde se encuentran los resultados del test Neuropsi.

El neurólogo del H.P.G.D.R. para realizar una exploración más detallada de las funciones cerebrales superiores, aplicaba el test Neuropsi con la finalidad de establecer un perfil cognoscitivo de habilidades e inhabilidades de cada paciente.

Técnicas

Observación: Es una técnica por la cual un fenómeno, acontecimiento o actividad de la investigación puede ser registrada o tomada en consideración para un posterior registro y análisis. (Hernández, et al., (2014) afirman: “ Este método de recolección de datos consiste en el registro sistemático, valido y confiable de las situaciones observables” (p.252). Se utilizo esta técnica con la finalidad de determinar la forma como se registrará la información y la recolección de los datos correspondientes a los historiales clínicos que permiten sustentar las variables planteadas.

Instrumentos

Guía de Observación: La guía de observación es un instrumento estructurado que sirve para recolectar información que permita llevar un registro de los datos obtenidos. (Pérez Porto Julián y Merino María, 2014). Sirve para dar validez y objetividad a ciertos fenómenos que se obtienen por medio de la observación, está estructurada por medio de columnas y filas que facilitan la organización de los datos recogidos. La guía de observación fue elaborada por los investigadores en la que constan los siguientes datos, nombre de la institución, datos de identificación como numero de historia clínica, edad, sexo; diagnóstico neurológico; evaluación de funciones cerebrales superiores tales como la orientación, atención y concentración, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, lectura y escritura. Además, de los niveles del test Neuropsi como el nivel normal, leve, moderado, severo y sus respectivos puntajes. (ANEXO 1).

Técnicas para el procedimiento e interpretación de datos.

Para el proceso e interpretación de la información obtenida se empleará el paquete estadístico SPSS versión 25. En donde se realizará la base de datos y el análisis de las variables planteadas con el fin de elaborar las recomendaciones y conclusiones de la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la población estudiada

Características	Fi	%
Sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	12	41.4%
Femenino	17	58.6%
TOTAL	29	100%
Rangos de edad		
0-19	6	20.6%
20-39	11	37.9%
40-59	11	37.9%
>60	1	3.4%
TOTAL	29	100%

Fuente: Datos obtenidos por la revisión de los historiales clínicos

Se determina que del 100% de los pacientes que conforman la muestra: el 58.6% corresponden al sexo femenino, la razón por la que es más prevalente en las mujeres se debe a un factor hormonal producto de la fluctuación en los niveles de estrógeno; seguido del 41.4% que

corresponde al sexo masculino siendo el estrés la causa principal. Sin embargo, es menos prevalente en los hombres porque a diferencia de las mujeres no son afectados significativamente por cambios hormonales.

La cefalea y sus síntomas afectaran de una manera característica dependiendo del sexo y tipo de cefalea que el paciente padezca. Es más común la cefalea tensional en el sexo masculino debido a factores estresantes, los síntomas asociados serán las contracturas musculares en el cuello y hombros, el dolor abarcará toda la parte posterior del cráneo avanzando hasta la parte frontal y bilateral, el foco de dolor se localizará alrededor del cráneo simulando una banda constrictiva. La duración e intensidad son significativamente mayores en los ataques de cefalea que padece el sexo femenino donde la más común es la migraña, los síntomas principales que se observa son las náuseas, el vómito, la fotofobia y la fonofobia. Tanto la frecuencia de aparición de la cefalea y sus síntomas dependerán de la edad del paciente.

Con respecto a los rangos de edad el 37.9% de los pacientes que conforman la muestra se encuentran entre los rangos de edad de 20-39 y 40-59 años, es más común en la adultez debido a factores estresantes relacionados con el ámbito laboral, académico, social y ciertos cambios hormonales. Además, que en esta etapa varias personas consumen con frecuencia alcohol y cafeína, presentan cambios significativos en su rutina alimenticia y horas de sueño lo que predispone a la aparición de la enfermedad. Seguido del 20.6% correspondiente entre las edades de 16 a 19 años, es frecuente en la adolescencia donde se marcan periodos de cambios psicológicos, sociales y hormonales, lo que influye en la aparición de la cefalea tensional y la migraña que son comunes en esta etapa. Y en un rango menor el 3.4% corresponden a mayores de 60 años dado que la cefalea y sus desencadenantes cambian a medida que las personas envejecen los dolores de cabeza se vuelven poco frecuentes y menos severos, son más comunes otros tipos de enfermedades neurológicas como el Alzheimer, Parkinson, las demencias de origen vascular, meningitis, encefalitis por tal motivo la cefalea es considerada como una consecuencia de estas enfermedades, por ende, es poco diagnosticada a estas edades.

Tabla 2.*Diagnósticos neurológicos*

Diagnósticos Neurológicos	Fi	%
Cefalea	29	58.0%
Otras enfermedades neurológicas	21	42.0%
TOTAL	50	100%

Fuente: Datos obtenidos de los historiales clínicos

Se determina que del 100% de los pacientes que conforman la población: el 58% de pacientes atendidos presentan un diagnóstico de cefalea; seguido del 42.0% que presentan otras enfermedades neurológicas. Lo que indicaría que la cefalea es la enfermedad neurológica con mayor demanda de atención en el servicio de neurología. Aproximadamente el 50 % de los adultos padecen de cefalea una vez al año acrecentando su demanda de atención en los servicios de salud pública.

Tabla 3.*Pacientes sin afectación y con afectación en las funciones cerebrales superiores*

Pacientes	Fi	%
Sin afectación	15	51.7%
Con afectación	14	48.2%
TOTAL	29	100%

Fuente: Datos obtenidos de los historiales clínicos

Se determina que del 100% de los pacientes que conforman la muestra; el 51.7% no presentan afectación en las funciones cerebrales superiores; mientras que el 48.2% presentan afectación en las funciones cerebrales superiores. Es posible que las funciones cerebrales superiores solo se encuentren afectadas en un subconjunto de pacientes con determinado tipo de cefalea como la atribuida a un traumatismo craneoencefálico y las migrañas con y sin aura. Además, de un tiempo considerable con la enfermedad, el consumo de medicamentos y en ciertos casos a una comorbilidad con otras enfermedades neurológicas y psicológicas.

Tabla 4.

Funciones Cerebrales Superiores afectadas de los pacientes con cefalea

Funciones cerebrales superiores	Fi	%
Atención y Concentración	2	14.3%
Memoria	10	71.4%
Lenguaje	1	7.1%
Funciones Ejecutivas	1	7.1%
TOTAL	14	100%

Fuente: Datos obtenidos de los historiales clínicos

Se determina que del 100% de los pacientes con afectación en las funciones cerebrales superiores, la memoria corresponde al porcentaje de afectación más alto (71.4%), el planteamiento principal del porque la cefalea afecta mayormente a la memoria se debe a un desequilibrio químico que ocurre durante la aparición de la enfermedad, específicamente en los niveles de serotonina la cual está estrechamente relacionada con los procesos de la memoria. Por consiguiente, los pacientes con afectación comúnmente presentan pérdida en la memoria a corto plazo, la memoria verbal y complicaciones en las tareas visoespaciales. Sin embargo, la pérdida de memoria también se puede deber a los efectos secundarios producidos por los medicamentos y debido a la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo como la depresión y la ansiedad; seguido de una afectación en la atención y concentración (14.3%), síntomas de la cefalea como la fotofobia y la fonofobia afectan

la sensibilidad sensorial provocando confusión mental lo que dificulta mantener atención sobre un estímulo u objeto seleccionado. Además, de dificultar la concentración en actividades y tareas que se realiza; y en un porcentaje menor correspondiente a una afectación en el lenguaje y las funciones ejecutivas (7.1% respectivamente), es menos probable la afectación en estas funciones porque los síntomas de la cefalea no afectan considerablemente a los procesos cognitivos para planificar u organizar información, así como a los procesos involucrados en la comprensión y expresión del lenguaje.

Tabla 5.

Niveles de afectación de las funciones cerebrales superiores

Niveles de afectación	Fi	%
Leve	5	35.7%
Moderado	3	21.4%
Severo	6	42.9%
TOTAL	14	100%

Fuente: Datos obtenidos de los historiales clínicos

Se determina que del 100 % de los pacientes con afectación en las funciones cerebrales superiores correspondiente a los niveles de afectación en las funciones cerebrales superiores, se obtuvo los siguientes resultados; el 42.9% presento un nivel de afectación severo; seguido del 35.7% con un nivel de afectación leve y en un porcentaje menor el 21.4% correspondiente al nivel moderado. Estableciendo que el nivel de afectación más alto es el nivel severo (42.9%). El nivel de afectación severo se comprende desde la poca o nula capacidad para desarrollar una actividad, este nivel de afectación puede tener relación a una o varias funciones cerebrales superiores, donde el nivel estará medido desde la disminución de la capacidad de una función hasta su total deterioro o incapacidad.

Los pacientes con niveles de afectación en las funciones cerebrales superiores como consecuencia presentan confusión, problemas para pensar con claridad, deficiencia cognitiva y complicaciones significativas en las tareas o actividades que realizan. Entre las afectaciones

relacionadas con la memoria se encuentran la dificultad para recordar el nombre de alguien que acaban de conocer, números telefónicos previamente aprendidos o algo que acaban de leer, llaman a las personas por nombres equivocados, omiten ingredientes en recetas que han realizado en otras ocasiones u olvidan porque motivo entraron en una habitación; con respecto a la atención y concentración presentan una distraibilidad marcada que dificulta la ejecución óptima de las tareas y actividades; referente al lenguaje presentan problemas en la lectura, el dictado, copiado de oraciones, complicaciones en la fluidez semántica y fonológica; en las funciones ejecutivas presentan complicaciones en la organización de información para un examen o presentación de un trabajo, dificultad en la planificación de actividades que realizaran durante el día, en la búsqueda de alternativas eficientes para resolver un problema y/o en la toma de decisiones.

Tabla 6.

Tabla Cruzada de Funciones Cerebrales Superiores afectadas y Niveles de afectación en pacientes con cefalea

Niveles de afectación	Leve		Moderado		Severo		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Funciones Cerebrales Superiores								
Atención y Concentración	0	0.0%	1	7.1%	1	7.1%	2	14.3%
Memoria	5	35.7%	2	14.3%	3	21.4%	10	71.4%
Lenguaje	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	1	7.1%
Funciones Ejecutivas	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	1	7.1%
TOTAL	5	35.7%	3	21.4%	6	42.9%	14	100%

Fuente: Datos obtenidos de los historiales clínicos

Con los datos obtenidos pertenecientes al 100% de los pacientes con afectación en las funciones cerebrales superiores, se elaboró una tabla cruzada con el objetivo de realizar una relación entre las funciones cerebrales superiores y los niveles de afectación, obteniendo los siguientes resultados. Del 14.3% de pacientes con afectación en la atención y concentración el 7.1 % respectivamente presenta un nivel de afectación moderado y un nivel de afectación severo. Del 71.4% de pacientes con afectación en la memoria el 35.7% presentan un nivel de afectación leve, el 14.3% un nivel de afectación moderado y el 21.4% un nivel de afectación severo. Del 7.1% de pacientes con afectación en el lenguaje, el 7,1% presentan un nivel de afectación severo. Del 7.1% de pacientes con afectación en las funciones ejecutivas, el 7.1% presentan un nivel de afectación severo.

Por tanto, se concluye que existe relación entre las funciones cerebrales superiores y los niveles de afectación, debido que del 100 % de pacientes con afectación en las funciones cerebrales superiores el nivel de afectación severo repercutió en las funciones cerebrales superiores del 42.9% de los pacientes, seguido del nivel de afectación leve que afecto al 35.5% y finalmente el nivel de afectación moderado afecto al 21.4% de los pacientes.

PSICOEDUCACION PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CEFALEA EN RELACION CON LAS FUNCIONES CEREBRALES SUPERIROES AFECTADAS.

Introducción

Con base en los resultados obtenidos se evidencia que los pacientes con cefalea presentan afectación en las funciones cerebrales superiores, lo que repercute significativamente en la ejecución óptima de varias actividades y tareas que realizan cotidianamente.

Objetivos

- Informar a los pacientes acerca de la cefalea y las funciones cerebrales superiores.
- Establecer como la cefalea afecta a las funciones cerebrales superiores.
- Proponer actividades preventivas para la cefalea y tareas para mejorar el rendimiento de las funciones cerebrales superiores.

Desarrollo

El documento se ha diseñado como un tríptico, está dirigido a los pacientes y familiares atendidos en el área de neurología, contiene conceptos y clasificaciones de las variables planteadas para proporcionar información esencial acerca de la enfermedad y sus consecuencias en la vida diaria con respecto a las funciones cerebrales superiores, además de los resultados obtenidos en el proyecto de investigación con el fin de exponer los datos encontrados en el Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se estableció las consecuencias de la cefalea con relación a las funciones cerebrales superiores afectadas, así como acciones de prevención para prevenir las cefaleas y mejorar el rendimiento de las funciones cerebrales superiores (ANEXO2).

DISCUSIÓN

La cefalea constituyo el principal motivo de atención en la población estudiada (58%) de la historiales clínicos dela rea de neurología del H.P.G.D.R.; en similitud con los datos obtenidos por (Wong, 2017) en su investigación explica que el motivo de consulta más frecuente fue la cefalea (207 casos representando el 55.8%) de la muestra poblacional que acudió a la consulta de neurología del Centro de Salud Ingapirca Ecuador; (Gómez & Serna, 2015) refieren que “la cefalea constituye uno de los motivos de consulta más comunes por el cual las personas acuden al servicio de urgencias, cuenta con una prevalencia en adultos del 47%” (p.43).

Con referencia al sexo la investigación reflejo un alto número de pacientes femeninos con cefalea 58.6%, estos datos se relacionan con la investigación hecha por (Gómez & Serna, 2015), Donde “la cefalea es predominante femenina, las mujeres tiene una prevalencia al año casi tres veces mayor que los hombres (17% vs. 6%) y la incidencia de por vida es casi tres veces mayor (43% vs. 18%)” (p.43). Esta relación de datos son de interés puesto que en la investigación hecha por (Deza, 2010), la razón por la cual existe mayor incidencia en el sexo femenino está relacionada con cambios hormonales. (Deza, 2010) menciona la fluctuación en los niveles de estrógeno mantiene una relación la aparición de la migraña y en ciertos casos agravar los síntomas. Además, que, en las etapas de gestación, menstruación, menopausia respectivamente de cada mujer varias han asegurado que los síntomas de la migraña han desaparecido o reducido considerablemente,

aunque ciertas mujeres refieren que los dolores de cabeza se producen a la par del consumo de anticonceptivos orales o en ciertas terapias hormonales.

Con relación a la afectación de funciones mentales superiores, el estudio presentó un porcentaje de 51.7 % sin afectación, mientras el 48.2% presentaron afectación de las FCS: existe diferencia en correlación al estudio hecho por (Usero Ruiz et al., 2013); donde el 74% presentó afectación en las FCS; y el 26% no presenta afectación, esta comparación puede darse con relación al estudio hecho por (Usero Ruiz et al., 2013) estuvo conformada de pacientes diagnosticados con migraña, subclasificación de las (cefaleas primarias) donde según (Benavides et al., 2016) “ la fisiopatología de la migraña ha sido estudiada por décadas (...) aún sigue siendo tema de discusión y de controversia (...) que puedan explicar en su totalidad los eventos que generan el dolor y la cascada de eventos subsiguientes” (p.84). ; mientras que el área de neurología del H.P.G.D.R., reúne dentro de sus historiales clínicos la cefalea como diagnóstico sin ninguna subclasificación.

Con relación a los niveles de afectación (leve, moderado, grave) que mide el test Neuropsi, se encontró que en las cefaleas existe una afectación de tipo severo 42.9%, estos datos explican que existe un alto riesgo y deterioro clínico en las FCS; no existe en los estudios cotejados instrumentos de evaluación donde los niveles de afectación permitan comparar estos datos.

Dentro de las escalas que estudia el Neuropsi se encontró que la función cerebral superior con mayor afectación fue la memoria con 71.4 % seguido de la atención con 14.3% y el 7.1% estos resultados tienen una similitud con relación al estudio de (Usero Ruiz et al., 2013) donde las funciones cerebrales superiores afectadas fueron la atención y el lenguaje, la memoria ni fue evaluada durante esta investigación. Estos datos están relacionados debido a la afectación que se produce por la migraña, donde se presume existe una afectación general de los hemisferios cerebrales, generando una disminución en las FCS; más no existen pruebas de imagen o test durante los estadios de la migraña que permitan dar mayor claridad a estas hipótesis; lo que genera un replanteamiento del abordaje y conocimiento que se tiene sobre las cefaleas y su relación con las funciones cerebrales superiores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- Del 100% de pacientes con diagnóstico de cefalea el 48.2% presentan afectación en las funciones cerebrales superiores.
- Del 100% de pacientes con afectación en las funciones cerebrales superiores el 71.4% presentan afectación en la memoria, el 14.3% en la atención -concentración y con el 7.1% respectivamente en el lenguaje y las funciones ejecutivas.
- El 100% de pacientes con afectación en las funciones cerebrales superiores el 42.9% presentan un nivel de afectación severo.
- Con los datos obtenidos se elaboró una guía de psicoeducación con la finalidad de educar e informar al paciente y familiares sobre las cefaleas, las consecuencias en las funciones cerebrales superiores e indicadores de cómo prevenirlas.

RECOMENDACIONES

- Compartir los resultados de la presente investigación con el personal del área de neurología con el fin de informar, optimizar la atención y realizar una exploración más profunda en las áreas afectadas.
- Considerar el documento de psicoeducación propuesto para los pacientes diagnosticados con cefalea con relación a las funciones cerebrales superiores afectadas con la finalidad de brindar un documento que sirva para educar e informar al paciente y sus familiares acerca de la enfermedad y las consecuencias que se lleguen a presentar.
- Pariendo del presente estudio, se motive a los estudiantes de la carrera de psicología clínica a realizar investigaciones relacionadas con las enfermedades neurológicas y las alteraciones que pueden producir en el ámbito psicológico, social y familiar. Así como el impacto de la enfermedad en el estilo y localidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benavides, D., Rodríguez, L. C., Restrepo, J., & Vargas, D. (2016). Fisiopatología de la migraña: Teoría vascular, ¿Cierta o no? *Acta Neurológica Colombiana*, 31(1), 84–91.
<https://doi.org/10.22379/2422402213>
- Delgado-mejía, I. D., & Etchepareborda, M. C. (2013). Delgado-Mejia-ID-2013-Trastornos-de-las-funciones-ejecutivas.-Diagnóstico-y-tratamiento (RAE 6). *Rev Neurol*, 57(Supl 1), 95–103.
- Deza, L. (2010). La Migraña, 27(2), 129–136.
- Factores desencadenantes de las Cefaleas | PortalCLÍNICA. (n.d.). Retrieved April 17, 2019, from <https://portal.hospitalclinic.org/enfermedades/cefalea-1/factores-desencadenantes>
- Freire, P. (2016). INVESTIGACION DOCUMENTAL-GEIUMA. *Geiuma*, 2(4334), 6.
Retrieved from <http://www.geiuma-oax.net/invdoc/importanciaydef.htm>
- Gómez-Luna, E., Fernando-Navas, D., Aponte-Mayor, G., & Betancourt-Buitrago, L. A. (2014). Literature review methodology for scientific and information management, through its structuring and systematization Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematizaci. *Dyna*, 81(184), 158–163. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2017.04.017>
- Gómez, M. A., & Serna, L. (2015). Cefalea: Más que un simple dolor. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 16, 41–53.
- González, A., García, C., & Junqué, C. (1997). La atención: una compleja función cerebral. *Rev Neurol*, 25(148).
- González, J. (2009). *Funciones cerebrales superiores*. Chile.
- Gutiérrez-Soriano, JR., Ortiz-León, S., Follieux, C., Zamora-López, B., Petra, I. (2012). Funciones mentales: Neurobiología, pp. 22–33. <https://doi.org/10.1039/an9840900923>
- Harrison T.R., Braunwald Eugene, F. A. et a. (2012). *Harrison principios de medicina interna*. (Harrison's Principles of Internal Medicine, Ed.), *Harrison Principios De Medicina Interna* (18e ed.). New York, NY: The McGraw-Hill Companies.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. (2018). *Cephalalgia : An International Journal of Headache*, 38(1), 1–211.
<https://doi.org/10.1177/0333102417738202>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación. Metodologia de la investigacion*. <https://doi.org/>- ISBN 978-92-75-32913-9
- OMS | ¿Qué son los trastornos neurológicos? (2017). *WHO*. Retrieved from <https://www.who.int/features/qa/55/es/>
- Pérez Porto Julián y Merino María. (2014). Definición de guía de observación - Qué es, Significado y Concepto. Retrieved March 26, 2019, from <http://definicion.de/guia-de-observacion/>
- Rodríguez-Rey, R., Toledo, R., & Díaz- Polizzi, Mario; Viñas, M. M. (2009). Funciones Cerebrales Superiores : Semiología Y Clínica. *Revista de La Facultad de Medicina*, 7, 20–27.
- Unidad Editorial Revistas. (2018). Todo sobre la cefalea o dolor de cabeza. Retrieved February 18, 2019, from <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/cefaleas.html>
- Usero Ruiz, M., Prieto León, M. ;, Gonzalez Oria, C. ;, Bernal Sánchez, A., & Jimenez, H. (2013). Alteración De Funciones Cerebrales Superiores En Migraña Con Aura. *LXV Reunión Anual de La Sociedad Española de Neurología*, p. 1.
- Wong, A. (2017). Neurología Argentina. *Neurología Argentina*, 0(4), 85–89.
- Yusta Izquierdo, A., Andrés del Barrio, M. T., & Alavena Brou, M. (2011). Mielopatías. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(77), 5191–5199. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(11\)70078-6](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(11)70078-6)

ANEXOS

ANEXO 1. Guía de observación para los resultados del test Neuropsi



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

DATOS DEL PACIENTE	No. Historia Clínica							
	Edad:							
	Sexo:				Masculino			
DIAGNOSTICO NEUROLÓGICO	Cefalea				Otras enfermedades neurológicas			
FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES	Orientación				Sin afectación:			
					Con afectación:			
	Atención y Concentración				Sin afectación:			
					Con afectación:			
	Memoria				Sin afectación:			
					Con afectación:			
	Lenguaje				Sin afectación:			
					Con afectación:			
	Lectura y Escritura				Sin afectación:			
					Con afectación:			
	Funciones Ejecutivas				Sin afectación:			
					Con afectación:			
NIVELES DEL TEST NEUROPSI	Nivel Normal (Sin Afectación)		Nivel de afectación Leve		Nivel de afectación Moderado		Nivel de afectación Severo	
	Puntaje		Puntaje		Puntaje		Puntaje	

ANEXO 2. Guía de Psicoeducación para pacientes diagnosticados con cefalea en relación con las funciones cerebrales superiores afectadas.

¿QUÉ HACER EN CASO DE PADECER CEFALEA?

- Evite la automedicación.
- Acudir a un hospital o centro de salud.
- La cefalea es una enfermedad que requiere de la atención de un especialista y de un adecuado diagnóstico.
- Cumplir con la prescripción médica realizada por el doctor.
- Aprenda técnicas de relajación,
- Reducir el consumo de cafeína y alcohol
- Tener hábitos alimenticios saludables
- Duerma lo suficiente.

Es muy útil informar al médico los síntomas que se presenta, los tratamientos recibidos y de qué manera la enfermedad está afectando su vida individual, familiar y social.

COMO MEJORAR EL RENDIMIENTO DE LAS FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES

- Practicar ejercicios matemáticos simples todos los días
- Leer un libro ayuda a potenciar la creatividad, mejorar la memoria y agilizar los procesos mentales.
- Aprenda el significado de una palabra nueva todos los días.
- Memorice números telefónicos, listas de compras, actividades o de palabras.
- Realice mapas de calles y lugares donde desea ir
- Escoja una fotografía y describa todo lo que observa en la imagen.
- Algunos días use la mano contraria a la que usa comúnmente para lavarse los dientes, peinarse, escribir, comer.
- Mantener una alimentación saludable
- Descanse/ duerma lo suficiente

TODAS ESTAS ACTIVIDADES GENERARAN NUEVAS CONEXIONES CEREBRALES.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

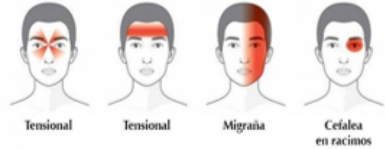
Psicoeducación para pacientes con cefalea en relación con las funciones cerebrales / superiores afectadas.



Autores: - David A. Ochoa
- Luis F. Santander

Tutora del proyecto de investigación:
- Dra. Isabel Cando

ANEXO 2. Psicoeducación para pacientes diagnosticados con cefalea en relación con las funciones cerebrales superiores afectadas.

<p>El Objetivo del presente documento es psicoeducar a los pacientes acerca de las afectaciones en las funciones cerebrales superiores provocadas por la cefalea.</p>	<p>FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES</p>	<p>¿QUÉ AFECTACIONES PRODUCE LA CEFALEA EN LAS FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES?</p>
<p>CEFALEA</p>	<p>Las funciones cerebrales superiores son un conjunto de capacidades que sirven a las personas para cumplir con las tareas y actividades que realizan diariamente.</p>	<p>Atención y Concentración Se presenta una distractibilidad marcada que dificulta una ejecución óptima de las tareas y actividades en el ámbito laboral y académico.</p> <p>Memoria Dificultad para recordar el nombre de alguien que acaban de conocer, números telefónicos previamente aprendidos o algo que terminaron de leer, llaman a las personas por nombres equivocados, omiten ingredientes en recetas que han realizado en otras ocasiones u olvidan porque motivo entraron en una habitación</p> <p>Lenguaje Se presentan problemas con la lectura, el dictado, copiado de oraciones, complicaciones en la fluidez semántica y fonológica</p> <p>Funciones Ejecutivas Se presentan complicaciones en la organización de información para un examen o presentación de un trabajo, planificación de las actividades que se realizara durante el día, en la búsqueda de alternativas eficientes para resolver un problema y en la toma de decisiones.</p>
<p>La Cefalea (dolor de cabeza) se caracteriza por un dolor pulsátil, explosivo u opresivo alrededor del cráneo. Es una enfermedad multifactorial que afecta a las personas entre los 18 a 65 años aproximadamente</p>	<p>¿Cuáles son las funciones Cerebrales superiores? Son: la orientación, atención-concentración, memoria, el lenguaje, la lectura-escritura y las funciones ejecutivas.</p>	
<p>¿Cuáles son los principales síntomas de la cefalea? Los principales síntomas son: fotofobia (mayor sensibilidad a la luz), fonofobia (mayor sensibilidad a los ruidos), párpados más cerrados, lagrimeo, náuseas, vomito, debilidad en las extremidades.</p>	<p>Por medio de la investigación: Funciones cerebrales superiores en pacientes con cefalea. Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2018-2019, se pudo determinar que la Función Cerebral Superior con mayor afectación es la memoria, seguido de la atención y concentración y en menor porcentaje el lenguaje y las funciones ejecutivas.</p>	
<p>¿Cuáles son los tipos de cefalea más comunes? Las cefaleas más comunes son: La cefalea tensional, de racimos, migraña o jaquecas y cefalea atribuida a un traumatismo craneal.</p>	<p>Varios síntomas de la cefalea dificultan la óptima ejecución de las funciones cerebrales superiores.</p>	
 <p>Tensional Tensional Migraña Cefalea en racimos</p>		