

---

## **Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica de un Adulto con Hipertensión Intracraneal Idiopática**

---

*Trabajo Final de Máster de Neuropsicología*

---

Autor: Eriz Badiola García

Directora: Cristina Fernández Baizán

Fecha de realización del trabajo: Junio de 2021

**Agradecimientos:**

***A Cristina Fernandez Baizán, mi tutora del presente trabajo, por su dedicación, tiempo y sus maravillosos feedback que me ayudaron a sacarlo adelante.***

***A M.G. por su disponibilidad, comunicación y entusiasmo en ayudarme, en buscar una vía para visibilizar y ayudar a las personas con Hipertensión Intracraneal Idiopática. Especial mención a ADEFHIC, sin las cuales no podría siquiera haber conocido su realidad.***

***A Julen, Ginés, Alex, Patricia, Ángela, Eduardo, Elena, María y Paloma, por ser unas grandes influencias coetáneas en nuestro campo.***

***A mis padres, por creer en mi y estimularme desde bien pequeño. Por apoyar mis neuromovidas y por abrazar mi pasión por la ciencia y la clínica.***

## Resumen

La paciente con la que se realiza el presente trabajo es una mujer de 32 años con estudios superiores, diagnosticada de Hipertensión Intracraneal Idiopática desde 2011 aunque sufre los síntomas desde 1997. Vive independizada, pero con una incapacidad laboral del 100%.

La HII es una enfermedad crónica que consiste en una elevada presión intracraneal sin origen conocido. Esta enfermedad puede implicar desde cefaleas, vómitos e insomnio hasta deterioro cognitivo y alteraciones emocionales secundarias.

En la evaluación se evidencian dificultades en procesos atencionales (atención sostenida y selectiva), mnésicos (codificación) y lingüísticos (escritura), junto a praxias visoconstructivas y funciones ejecutivas (fluencia verbal y abstracción). Asimismo, se observa una depresión moderada secundaria a la enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud se ve mermada.

El objetivo de la intervención es la rehabilitación de los procesos atencionales y lingüísticos, así como compensar los déficits mnésicos con apoyos externos. A su vez, se busca intervenir sobre los componentes emocionales y establecer estrategias para reducir el impacto funcional de la enfermedad.

El programa de intervención tiene una duración inicial de 10 semanas con un total de 20 sesiones. Es un planteamiento flexible ya que las crisis de la enfermedad pueden interceder en el curso previsto. Se realizará psicoeducación sobre los aspectos neuropsicológicos de la HII y su impacto, así como un entrenamiento en herramientas emocionales y técnicas de relajación. Además, se realizará estimulación cognitiva, dotándole a su vez de estrategias compensatorias. Finalmente, se utilizarán nuevas tecnologías para intervenir sobre las dificultades funcionales.

## Palabras clave

Cefalea, deterioro cognitivo, depresión secundaria, hipertensión intracraneal idiopática, evaluación neuropsicológica

## Abstract

*This work involves the following clinical case: a 32-year-old woman with higher education, diagnosed with Idiopathic Intracranial Hypertension since 2011, but with symptoms since 1997. She lives independently, but with a 100% incapacity for work.*

*IIH is a chronic disease consisting of elevated intracranial pressure with an unknown origin. This disease can involve from headaches, vomiting and insomnia to cognitive impairment and secondary emotional disturbances.*

*The assessment shows difficulties in attentional processes (sustained and selective attention), mnemonic (encoding) and linguistic (writing), along with visuoconstructive praxis and executive functions (verbal fluency and abstraction). Likewise, moderate depression secondary to the disease is observed and the quality of life related to health is diminished.*

*The objective of the intervention is the rehabilitation of the attentional and linguistic processes, as well as to compensate the memory deficits with external supports. In turn, it is aimed to intervene on the emotional components and establish strategies to reduce the functional impact of the disease.*

*The intervention program has an initial duration of 10 weeks with a total of 20 sessions. It is a flexible approach since disease's crises can intercede in the intended course. Psychoeducation will be carried out on the neuropsychological aspects of IIH and its impact, as well as training in emotional tools and relaxation techniques. In addition, cognitive stimulation will be implemented, providing also compensatory strategies. Finally, new technologies will be used to intervene on functional difficulties.*

## Keywords

*Cognitive impairment, headache, Idiopathic intracranial hypertension, neuropsychological assessment, secondary depression*

# ÍNDICE

<b>1. Hipertensión Intracraneal Idiopática .....</b>	<b>6</b>
1.1. Prevalencia, incidencia y diagnóstico.....	6
1.2. Etiología .....	7
1.3. Sintomatología general asociada.....	7
1.4. Perfil neuropsicológico.....	8
1.5. Impacto familiar, social, laboral y educativo de la HII.....	9
1.6. Abordajes terapéuticos .....	10
<b>2. Evaluación neuropsicológica .....</b>	<b>11</b>
2.1. Objetivos de la evaluación .....	11
2.2. Técnicas e instrumentos de evaluación .....	11
2.3. Resultados de las pruebas neuropsicológicas .....	13
<b>3. Informe neuropsicológico.....</b>	<b>15</b>
3.1. Anamnesis de la paciente.....	15
3.2. Resultados principales de la evaluación .....	15
3.3. Recomendaciones para la intervención .....	17
<b>4. Propuesta de intervención.....</b>	<b>18</b>
4.1. Objetivos de la intervención .....	18
4.2. Plan de intervención .....	18
4.3. Planificación completa de tres sesiones .....	20
4.3.1. Sesión 1: 12-07-21 – Psicoeducación sobre HII .....	20
4.3.2. Sesión 10: 06-08-21 – Intervención sobre componentes lingüísticos.....	21
4.3.3. Sesión 20: 03-09-21 – Prevención de incapacidad en crisis y organización .....	22
4.4. Resultados esperados de la intervención .....	24
<b>5. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>25</b>
<b>6. Anexos .....</b>	<b>29</b>

# 1. Hipertensión Intracraneal Idiopática

La paciente protagonista del presente trabajo es M. G., una mujer de 32 años con estudios superiores procedente de Valencia. Ella sufre una enfermedad rara y crónica llamada Hipertensión Intracraneal Idiopática (HII), la cual consiste en un aumento considerable de la presión intracraneal sin etiología conocida y su diagnóstico se establece cuando la presión de apertura al realizar una punción lumbar es superior a 20cm de agua (Hulens et al., 2018). Fue diagnosticada hace 10 años, a pesar de que la sintomatología se remonta hasta hace 24 años. Una característica principal que se explicita en la literatura sobre las personas con HII, es la presencia de papiledema como consecuencia de la inflamación del nervio óptico por la filtración de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el mismo (Álvarez, Calvo, y Martínez, 2019; Hulens et al., 2018; Monge et al., 2017). Sin embargo, M. G. no ha llegado a tener nunca papiledema y sus neurólogos y neurocirujanos tienen la hipótesis de que puede deberse al posible Ehler-Danlos con el que puede estar cursando. El síndrome de Ehler-Danlos es una colagenopatía autosómica dominante que adopta diversas formas. En el caso de M. G. aparece bajo el tipo hiper móvil, con la siguiente sintomatología: hiperlaxitud articular, piel suave e hiperelástica, cicatrices atróficas y estrías, aracnodactilia, problemas gastrointestinales y cansancio constante. Los informes de neuroimagen (TAC y RM) de la paciente inciden en resultados perfectos, sin lesiones significativas ni que expliquen la patología. Actualmente cuenta con una incapacidad laboral revisable del 100% y vive independizada. Se trata de un caso al que accedo gracias a la colaboración con ADEFHIC, la Asociación de Enfermos y Familiares con Hipertensión Intracraneal Idiopática/Pseudotumor Cerebri.

## 1.1. Prevalencia, incidencia y diagnóstico

La HII se considera una enfermedad de baja prevalencia, situada entre 0,5-2 por cada 100.000 habitantes a nivel mundial (Markey et al., 2016). A pesar de la baja prevalencia, la incidencia va en aumento considerable como puede apreciarse en la población estadounidense: en 1999 se estimó la presencia de 1 caso anual por cada 100.000 habitantes al año, mientras que en 2014 ascendió hasta los 2.4 casos anuales por cada 100.000 habitantes (Kilgore et al., 2017). Cabe comentar que el diagnóstico, habitualmente, es un procedimiento clínico que sigue el descarte de otras patologías. Esto es, es necesario descartar otros determinantes que podrían aumentar la presión intracraneal, así como traumatismos craneoencefálicos, procesos inflamatorios como la meningitis o la encefalitis, así como lesiones que provoquen efecto masa (Álvarez et al., 2019). Existe la posibilidad de una gran tasa de infradiagnóstico tanto en población infantil como en adulta debido a que la literatura enfatiza su diagnóstico asociado a un perfil de “mujer en edad fértil con sobrepeso” (Contreras-Martin y Bueno-Perdomo, 2015; Hulens et al., 2018; Markey et al., 2016; Zur et al., 2015). Del mismo modo, cierto porcentaje de las personas con HII no desarrollará papiledema (o coexistirá con pseudopapiledema), siendo este síntoma uno de los indicadores en el diagnóstico, pudiendo entorpecer la identificación del HII en este tipo de pacientes (Galletta y Digre, 2016).

Los criterios diagnósticos no habían cambiado desde 1937 (Dandy, 1937), hasta que en 2002 se propusieron unos “Criterios de Dandy modificados”, y, posteriormente en 2013, se hizo una revisión de los mismos (Friedman et al., 2013). Estos últimos criterios consisten en: síntomas de aumento de presión intracraneal (junto a presencia de papiledema), neuroimagen normal, ausencia de alteraciones focales neurológicas (salvo en, aumento de la presión de apertura del LCR (>20 cm de agua), paciente consciente y descarte de causas alternativas que puedan la elevada presión intracraneal (Contreras-Martin y Bueno-Perdomo, 2015). Más recientemente, se proponen variables de neuroimagen que permiten el diagnóstico en personas que no padecen papiledema: presencia de silla turca vacía (el LCR inunda la hipófisis ejerciendo presión y esta aparece prensada o aplanada en las pruebas de neuroimagen, cogiendo una forma similar a una silla de montar), aplanamiento de la cara posterior del globo ocular, distensión del espacio subaracnoideo perióptico con o sin un nervio tortuoso y estenosis del seno venoso transversal (Pineles et al., 2019). Dados estos criterios, el diagnóstico debe ser realizado por neurólogos, neurocirujanos o neurooftalmólogos (Galetta y Digre, 2016).

## 1.2. Etiología

Como el propio nombre indica, la hipertensión intracraneal en HII es idiopática, esto es, de origen desconocido por ahora. Las hipótesis explicativas que se han propuesto a lo largo de los años han ido desde las alteraciones hormonales hasta la sobreproducción de líquido cefalorraquídeo (LCR), pasando por déficits en el sistema glinfático o estenosis en los senos venosos craneales. Sin embargo, ninguna de estas se sostiene actualmente, por lo que este aspecto sigue siendo un gran frente sobre el que trabajar y dirigir las futuras investigaciones (Raouf y Hoffmann, 2021).

## 1.3. Sintomatología general asociada

La HII es muy heterogénea, los pacientes suelen acudir con cuadros clínicos muy variados y sintomatología diversa. Por ello, mencionaremos los síntomas más comunes que aparecen en la limitada literatura sobre esta enfermedad: habitualmente va acompañada por cefaleas, aumento de peso corporal, debilidad en miembros superiores e inferiores, parestesias, papiledema y pérdida de visión progresiva, náuseas y vómitos, ataxia o alteración del sueño (Hulens et al., 2018).

El papiledema en HII surge cuando la presión intracraneal que ejerce el LCR influye sobre el nervio óptico, provocando una hinchazón intraocular. Secundariamente, esta patología podría dar pie a las náuseas y vómitos y finalmente ocasionar la pérdida completa de la visión. En el contexto oftalmológico, la fotofobia (mayor sensibilidad a la luz) y la diplopía (visión doble) también suelen estar asociados a la HII (Hulens et al., 2018; Markey et al., 2016).

Asimismo, cada vez son más los artículos que recalcan la importancia de considerar los déficits cognitivos, la ansiedad y la depresión como comorbilidades y su impacto en el día a día de las personas con HII (Kharkar et al., 2011; Markey et al., 2016; Palaus et al., 2013; Raouf y Hoffmann, 2021).

#### 1.4. Perfil neuropsicológico

En lo que respecta a las variables neuropsicológicas, la literatura existente sobre la HII muestra una asociación evidente con **alteraciones cognitivas** de diversa índole: memoria verbal y no verbal, aprendizaje, velocidad de procesamiento, fluencia verbal fonética y semántica, procesamiento visoespacial, atención, habilidades motoras y funciones ejecutivas (Hulens et al., 2018; Palaus et al., 2013; Sørensen et al., 1986; Zur et al., 2015). Existen autores que enmarcan las alteraciones cognitivas en la HII dentro del deterioro cognitivo leve (Kharkar et al., 2011).

En este contexto, debe tenerse en cuenta la presencia de papiledema y otras patologías oftalmológicas a la hora de evaluar las habilidades visoespaciales. Del mismo modo, se sabe que tanto la depresión como la ansiedad están relacionadas con déficits cognitivos. Sin embargo, sería un error reducir la presencia de las alteraciones cognitivas a una causalidad secundaria a las alteraciones oftalmológicas y/o los trastornos del estado del ánimo, en vez de enfocarlo como comorbilidades que pueden potenciar el deterioro cognitivo (Rock et al., 2014). Otro dato a favor de considerar las dificultades neuropsicológicas como alteración primaria es que estas prevalecen también en aquellas personas con HII que aparentemente no presentan sintomatología ansiosa ni depresiva (Zur et al., 2015).

Adentrándonos en la **esfera emocional**, un estudio reciente realizado con 81 sujetos (Raggi et al., 2018) muestra puntuaciones en el BDI-II (Beck et al., 1996) con una media de 22,8; puntuaciones que podrían describir la presencia de una depresión moderada (Sanz et al., 2014). Además, la falta de información a nivel institucional, sanitario y social sobre la HII muchas veces acarrea diagnósticos erróneos e incomprensión de los pacientes, que puede generar un gran impacto a nivel emocional. Tal y como se puede leer en los testimonios de los socios de ADEFHIC (2019b), es habitual recibir comentarios como “ponte unas gafas y se te arregla” o “¿qué te crees que tienes Alzheimer?” y rotar de profesional en profesional hasta hallar uno que les escuche y comprenda. A nivel institucional, suelen tener dificultades para que se les reconozca la discapacidad o la incapacidad laboral (ADEFHIC, 2019a). En el entorno social, también pueden verse apartados ante la incomprensión de la heterogénea sintomatología que puedan sufrir (ADEFHIC, 2019b). Cabe considerar este contexto para explicar, al menos, parte de la carga emocional con la que acarrean estas personas.

En una investigación transversal y con grupos control se evaluó la presencia y nivel de ansiedad y depresión junto a la calidad de vida de mujeres con HII (Kleinschmidt et al., 2000). Los resultados mostraron que las preocupaciones no relacionadas con la salud y a nivel psicosocial eran similares entre los grupos. Sin embargo, la presencia de dificultades causadas por la enfermedad estuvo relacionada con mayor presencia de depresión y ansiedad, así como una peor calidad de vida, en las mujeres con HII.

En lo que corresponde a lo **funcional**, los frecuentes dolores físicos en gran parte de las personas con HII, así como los déficits cognitivos, provocan la necesidad de dejar de realizar actividades tanto instrumentales como básicas. Esto, sin duda alguna, tiene

un gran impacto en su vida diaria, estando asociados principalmente las cefaleas y las alteraciones visuales con una peor calidad de vida (Digre et al., 2015).

### 1.5. Impacto familiar, social, laboral y educativo de la HII

Dada la heterogeneidad de la enfermedad y las diversas comorbilidades con las que suele cursar, el impacto en su vida diaria es multifactorial. Empezando por el **impacto a nivel laboral**, las alteraciones cognitivas que acontecen a edades tempranas obligan a tener que readaptar las tareas laborales, a cambiar de puesto de trabajo o a pedir una incapacidad laboral. En un estudio realizado en EEUU se observó que 93 personas habían referido pérdidas salariales debido a la HII, siendo el motivo un cambio ocupacional relacionado con la enfermedad para 60 de los mismos y, para los 33 restantes, las pérdidas salariales estuvieron directamente asociadas a la enfermedad (Friesner et al., 2011). Así pues, personas que llevan toda su vida formándose o que necesitaron de tiempo y esfuerzo para conseguir el trabajo que desempeñan, ven como deben relegar de ciertas funciones debido a un condicionante que no escogieron, suponiendo un gran motivo de malestar. Bajo este pretexto y dado el desconocimiento de la enfermedad, es posible encontrarse con poca aceptación de esta y dificultades para readaptar sus condiciones laborales, así como para obtener certificados de incapacidad laboral o discapacidad que reflejen adecuadamente el impacto en su vida diaria de la enfermedad. Esto supone un aumento de su malestar y frustración, pues no solo ven transformado su contexto laboral, sino que encuentran más trabas externas que entorpecen su correcta adaptación al entorno de trabajo.

La población infanto-juvenil también sufre las **consecuencias en el entorno educativo**. Los déficits cognitivos pueden entorpecer severamente el estudio, sobre todo aquellos de índole mnésica, en un sistema educativo donde se prima la memorización a la adquisición de los conceptos. Cada vez existen más adaptaciones curriculares para alumnos con necesidades educativas especiales, pero el desconocimiento de la HII dificulta la concienciación para la implementación de intervenciones en el entorno educativo.

Al hilo de la incompreensión externa, a **nivel social** se pueden escuchar comentarios como “¿aún sigues de baja?” por parte de conocidos y los pacientes más jóvenes pueden llegar a recibir acoso escolar. Por si fuera poco, muchas veces se ven en la tesitura de necesitar convencer del dolor que sufren, dado el carácter tan subjetivo del dolor percibido (ADEFHIC, 2019a). Por otro lado, debido a la situación actual en el contexto de la COVID-19, las personas con HII ven sus contactos sociales aún más limitados que la población general, al ser grupo de riesgo. Esta situación podría agravar la existencia de malestar psicosocial, así como catalizar el declive de la sintomatología ansiosa o depresiva (Ozamiz-etxebarria et al., 2020).

A **nivel familiar**, pueden surgir conflictos si no existe una adecuada educación o psicoeducación sobre las repercusiones de la HII en la vida de quienes lo padecen. De esta manera, debido a las limitaciones para realizar actividades básicas e instrumentales, pueden darse situaciones en las que el paciente se vea frustrado al no poder concluir determinadas labores del día a día sin la ayuda de convivientes o familiares. La presencia de los déficits cognitivos puede implicar olvidos de nombres

de familiares, como refiere M. G. y la toma de fármacos incompatibles con la conducción de vehículos puede limitar las visitas a personas que pueden ser pilares fundamentales para ellos, llevando a un mayor aislamiento que el provocado por la situación de la COVID-19.

A falta de un tratamiento eficaz para la HII y las comorbilidades heterogéneas que suelen estar asociadas a la misma, los pacientes deben acudir con asiduidad a centros de salud, hospitales e incluso quirófanos para ajustar su medicación, cambiarla o ser intervenidos. Esto supone una gran cantidad de tiempo en el que se someten a situaciones estresantes y desestabilizantes, en detrimento de la realización de otras actividades significativas para ellos.

### **1.6. Abordajes terapéuticos**

Los abordajes terapéuticos actuales recogen esencialmente planteamientos biomédicos, además de suponer muchas veces un parche temporal o paliativo. El tratamiento farmacológico suele incluir inhibidores de la anhidrasa carbónica (acetazolamida y metazolamida), los cuales pueden influir en la disminución del flujo de LCR, mejorando así la sintomatología ocular. Sin embargo, los efectos secundarios pueden ir desde parestesias distales hasta la presencia de náuseas y vómitos. El topiramato, un antiepiléptico, suele usarse también para el tratamiento de la sintomatología visual, pudiendo causar a su vez parestesias y problemas de concentración. A estos fármacos se les suman el uso de la octeotrida, corticoesteroides, o diuréticos. Asimismo, es habitual el uso de analgésicos de diversa índole para tratar el dolor, sin gran mejoría a pesar de llegar a usar opiáceos (Friedman, 2019). Las recomendaciones generales suelen incurrir en la pérdida de peso (Piper et al., 2015), pero este objetivo puede no resultar tan sencillo dada la multitud de comorbilidades, tratamientos y sus repercusiones (Digre et al., 2015).

A nivel quirúrgico, se realizan habitualmente punciones lumbares para poder aliviar la presión intracraneal, suponiendo el cese levemente temporal de la sintomatología más severa. En el contexto oftalmológico existe la posibilidad de realizar una fenestración, esto es, ejecutar una pequeña incisión en el nervio óptico para aliviar la presión ocular y con el objetivo final de prevenir mayor deterioro visual. Finalmente, se suele recomendar la realización de una derivación del LCR, que puede ser ventriculoperitoneal, lumboperitoneal o ventriculoatrial. Esta última intervención puede mejorar la sintomatología visual de las personas con HII, sin embargo, implica habitualmente la necesidad de acudir repetidas veces al quirófano y realizar una monitorización recurrente (Friedman, 2019).

A día de hoy, no existe ninguna publicación de intervenciones neuropsicológicas individuales en pacientes con HII, probablemente, debido al gran desconocimiento que existe sobre la patología y sus posibles consecuencias cognitivas. No obstante, podemos deducir que los abordajes neuropsicológicos basados en la evidencia que se realizan con otro tipo de pacientes neurológicos podrían ser potencialmente eficaces en la HII. Estos incluyen la estimulación cognitiva, apoyo en ayudas externas y adquisición de estrategias compensatorias, psicoeducación a los pacientes, familiares y amigos, psicoterapia individual y grupal, e intervenciones multidisciplinares con otros

profesionales sanitarios como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o logopedas. No obstante, es importante recalcar que sería necesario contar con mayor evidencia empírica de los problemas neuropsicológicos en la HII y de su posible abordaje cognitivo para establecer que estas formas de intervención sean realmente eficaces con estos pacientes.

## 2. Evaluación neuropsicológica

### 2.1. Objetivos de la evaluación

**Objetivo general:** realizar una exploración neuropsicológica de los aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y funcionales, con la finalidad de recabar información para una intervención neuropsicológica.

**Objetivos específicos:**

- Recopilar informes médicos previos para elaborar la anamnesis
- Evaluar los distintos dominios cognitivos: atención, orientación, velocidad de procesamiento, memoria, praxias, gnosias, lenguaje y funciones ejecutivas
- Evaluar los aspectos conductuales
- Evaluar si existe presencia de sintomatología depresiva o ansiosa
- Evaluar la funcionalidad, autonomía y calidad de vida relacionada con la salud, permitiendo entender el impacto a nivel funcional de los problemas cognitivos y diseñar una intervención ecológica

### 2.2. Técnicas e instrumentos de evaluación

Se realizó una **entrevista** inicial para recabar información sobre aspectos sociodemográficos, historia clínica e indagar sobre las quejas a nivel cognitivo, conductual, emocional y funcional que refiere la paciente. La administración de pruebas se realizó durante tres sesiones de una hora. La elaboración del **protocolo** de evaluación fue encaminada a realizar una evaluación neuropsicológica completa, explorando con mayor detenimiento las posibles alteraciones en fluencia verbal, memoria y escritura que comentaba M. G., así como el impacto consecuente en su día a día. Del mismo modo, se complementa la recogida de información cuantitativa de las pruebas, con la observación y **análisis cualitativo** durante la administración de estas.

**Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** (Nasreddine et al., 2005) es una prueba que se utiliza con el objetivo de detectar la presencia de deterioro cognitivo. Permite explorar brevemente la orientación, atención, memoria, abstracción, habilidades visoespaciales, lenguaje y funcionamiento ejecutivo. Tiene un punto de corte de 21 (sensibilidad de 0,714, especificidad de 0,745), para deterioro cognitivo leve, siendo también sensible a la población con baja escolaridad, pudiendo ajustar la puntuación. Para diferenciar aquellos sujetos con DCL y demencia se utiliza un punto de corte de 14 (sensibilidad de 0,843 y especificidad de 0,710) (Delgado et al., 2017). La fiabilidad test-retest es de 0,921, mientras que la fiabilidad inter-examinadores es de 0,914 (CIBER, 2015).

**Trail Making Test A y B (TMT)** (Reitan et al., 1958) es una herramienta que se divide en dos partes, donde se le pide a la persona evaluada que recorra un trazo por determinados estímulos visuales. Recientemente se plantea que permite explorar procesos atencionales, visuomotores y ejecutivos. Sin embargo, no existe un consenso sobre la validez del constructo (Sánchez-Cubillo et al., 2009).

**Escala de Memoria de Wechsler (WMS-III)** (Wechsler, 1997) es una batería de pruebas que tienen como objetivo evaluar procesos mnésicos verbales y visuales, junto al aprendizaje. De esta escala se han seleccionado las pruebas de Dígitos y Letras y Números. La WMS cuenta con una fiabilidad test-retest entre 0,62 y 0,72 y una fiabilidad inter-examinadores superior al 0,90 (Pereña et al., 2004).

**Fluencia verbal fonológica y semántica.** El uso de las palabras P, M y R para evaluar la fluencia verbal fonológica surge como una adaptación española del FAS (Artiola et al., 1999). La prueba original, el FAS, cuenta con una consistencia interna de 0,83 y una fiabilidad test-retest de 0,74 (Tombaugh et al., 1999). Asimismo, se plantea la evocación de palabras que no contengan A, E ni S para completar la evaluación fonológica de la fluencia verbal. Por otro lado, la exploración de la fluencia verbal semántica se realiza ordenando al sujeto que evoque palabras de las categorías animales, frutas y verduras, y utensilios de cocina (Peña-Casanova et al., 2009). No contamos con datos sobre fiabilidad y validez para la fluencia verbal en España, sin embargo, obtenemos datos normativos corregidos por edad y escolaridad gracias al proyecto NEURONORMA (Peña-Casanova et al., 2009).

**Figura Compleja de Rey** (Rey, 1942) permite evaluar las praxias visoconstructivas, habilidades visoespaciales, memoria visual y planificación mediante la copia y la posterior repetición demorada de una figura compleja. Obtiene una fiabilidad de 0,828 para la copia y de 0,783 para la ejecución demorada (Cortés et al., 1996).

**Test de Vocabulario de Boston** (Kaplan et al., 2005) es una prueba que permite indagar la denominación en pacientes que tienen problemas de lenguaje mediante la confrontación de 60 dibujos. Esta prueba tiene un coeficiente de fiabilidad de 0,98 en la versión española (Kaplan et al., 2005).

**Hayling Test (test de completamiento de frases)** (Burgess y Shallice, 1996) es una prueba que permite evaluar el control inhibitorio de respuestas verbales automáticas, mediante la presentación de frases que el sujeto debe completar con una palabra. Las propiedades psicométricas para la adaptación española son: fiabilidad de 0,846 (tiempo parte A), 0,797 (tiempo B) y de 0,839 para la puntuación de la parte B (Pérez-Pérez et al., 2016).

**Test de Orientación de Líneas de Benton** (Benton et al., 1983) es una prueba mediante la cual se exploran las habilidades visoespaciales, necesitando indicar los ángulos a los que corresponden determinadas combinaciones de líneas. Los datos

psicométricos para población anglosajona muestran una fiabilidad test-retest de 0,90, además de una validez interna de 0,90 para la versión extendida y 0,82 para la abreviada (Irani, 2011). A pesar de que no existen datos sobre fiabilidad y validez en los estudios con población española, obtenemos datos normativos gracias al proyecto NEURONORMA (Calvo et al., 2013).

**Test Barcelona Revisado (TB-R)** (Peña-Casanova, 2010) es una batería de pruebas neuropsicológicas que permite realizar una exploración completa del rendimiento cognitivo del sujeto. Se han utilizado las subpruebas de gesto simbólico, secuencias de posturas, imitación de posturas bilateral, semejanzas y escritura narrativa. Presenta una fiabilidad test-retest de 0,92 y una fiabilidad interevaluador de 0,99 (Peña-Casanova, 2010).

**Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II)** (Beck et al., 1996) es una herramienta que se utiliza para el apoyo del diagnóstico clínico de la depresión, basándose en los criterios del DSM-IV. Muestra una fiabilidad de consistencia interna de 0,87 (Sanz et al., 2003).

**Cuestionario de ansiedad estado – rasgo (STAI)** (Spielberger et al., 1968) es un cuestionario autoadministrado que evalúa la ansiedad estado (transitoria) y la ansiedad rasgo (predisposición estable). La consistencia interna muestra una fiabilidad con valores entre 0,83 y 0,92, siendo alta (Spielberger et al., 1982).

**Cuestionario de Salud SF-36** (Ware, 1993) es un cuestionario autoadministrado que permite explorar la calidad de vida relacionada con la salud y el impacto en su día a día mediante ocho escalas que envuelven desde el dolor físico hasta la salud mental. Tiene una alta consistencia interna (0,76-0,80) y la validez test-retest se encuentra entre 0,60 y 0,80 (Alonso et al., 1995).

### 2.3. Resultados de las pruebas neuropsicológicas

PRUEBA	PD	PE	SIGNIFICACIÓN
<b>Test de Cribado</b>			
Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA)	26	PE 7	<b>Deterioro cognitivo leve</b>
<b>Atención y V. Procesamiento</b>			
Trail Making Test - Parte A	46s	PE 4	<b>Puntuación por debajo de la media</b> Puntuación promedio bajo
Trail Making Test - Parte B	72s	PE 8	
<b>Lenguaje</b>			
Escritura Narrativa TB-R	18	PE 5	<b>Puntuación por debajo de la media</b> Puntuación por encima de la media
Test de Denominación de Boston	58	PE 15	
<b>Memoria</b>			
RIAS Memoria verbal	26	PE 8	Puntuación promedio bajo
RIAS Memoria no verbal	71	PE 7	Puntuación promedio bajo
Aprendizaje seriado de palabras TB-R	87	PE 9	Puntuación promedio
Figura compleja de Rey - recuerdo	18	PE 9	Puntuación promedio

diferido

**Praxias**

Gesto simbólico TB-R	10	PE 15	Puntuación por encima de la media
Secuencias posturas TB-R	8	PE 15	Puntuación por encima de la media
Imitación posturas bilateral TB-R	8	PE 15	Puntuación por encima de la media
Figura compleja de Rey - copia	26	PE 5	<b>Puntuación por debajo de la media</b>
Figura compleja de Rey – tiempo copia	165s	PE 9	Puntuación promedio

**Funciones ejecutivas**

Dígitos directos (span) WMS	5	PE 8	Puntuación promedio bajo
Dígitos inversos (span) WMS	4	PE 8	Puntuación promedio bajo
Letras y números – Span WMS	4	PE 10	Puntuación promedio
Letras y números – Total WMS	9	PE 7	Puntuación promedio bajo
Fluencia verbal semántica - animales	18	PE 8	Puntuación promedio bajo
Fluencia v. s.– frutas y verduras	19	PE 8	Puntuación promedio bajo
Fluencia v. s. - utensilios de cocina	15	PE 10	Puntuación promedio
Fluencia v. fonológica- palabras con P	9	PE 5	<b>Puntuación por debajo de la media</b>
Fluencia v. fonológica - palabras con M	9	PE 3	<b>Puntuación excepcionalmente baja</b>
Fluencia v. fonológica - palabras con R	11	PE 8	Puntuación promedio bajo
Fluencia v. fonológica – Sin A	9	PE 9	Puntuación promedio
Fluencia v. fonológica – Sin E	10	PE 8	Puntuación promedio bajo
Fluencia v. fonológica – Sin S	13	PE 7	Puntuación promedio bajo
Test de Hayling – Tiempo	3,22	PE 10	Puntuación promedio
Test de Hayling - Puntuación	0,7	PE 17	Puntuación excepcionalmente alta
Semejanzas TB-R	7	PE 5	<b>Puntuación por debajo de la media</b>

**Gnosias y hab. visoespaciales**

Figuras superpuestas TB	20	PE 15	Puntuación por encima de la media
Test de Orientación de Líneas de Benton	25	PE 9	Puntuación promedio

**Depresión y Ansiedad**

BDI-II	27	-	<b>Depresión moderada</b>
STAI – Ansiedad Estado	20	PE 10	Puntuación promedio
STAI – Ansiedad Rasgo	24	PE 10	Puntuación promedio

Calidad de vida relacionada con la salud	PD	PTr <sup>a</sup>	SIGNIFICACIÓN
SF-36 – Función física	16	30	<b>Alterado</b>
SF-36 – Rol Físico	4	0	<b>Alterado</b>
SF-36 – Dolor Corporal	2	0	<b>Alterado</b>
SF-36 – Salud General	5	0	<b>Alterado</b>
SF-36 – Vitalidad	6	10	<b>Alterado</b>
SF-36 – Función Social	5	37,5	<b>Alterado</b>
SF-36 – Rol Emocional	3	0	<b>Alterado</b>
SF-36 – Salud Mental	16	44	<b>Alterado</b>

<sup>a</sup> Puntuaciones transformadas de las escalas en acorde a la ecuación de Ware (1993), para obtener valores entre 0 y 100, significando mayor alteración cuanto menor es la puntuación.

## 3. Informe neuropsicológico

### 3.1. Anamnesis de la paciente

M.G, de 32 años, sufre una enfermedad crónica llamada Hipertensión Intracraneal Idiopática (HII), la cual consiste en un aumento considerable de la presión intracraneal sin etiología conocida. Tiene estudios superiores en magisterio de educación infantil, los cuales tuvo que interrumpir debido a su situación. Actualmente tiene incapacidad laboral permanente revisable del 100%. Su anterior trabajo fue como administrativo en un hospital, desde los 18 años hasta los 28. Vive independizada en un municipio donde también reside una tía suya, con la que mantiene una relación cercana. Tiene una amplia red de apoyo. Su lateralidad es diestra.

La paciente, diagnosticada desde 2011 de HII, ha sufrido los síntomas de la enfermedad desde el año 1997. Previamente le diagnosticaron de migrañas, pero ningún tratamiento analgésico ni específico para esta patología fue eficaz. La sintomatología que sufre M.G. va desde cefaleas constantes, hasta problemas para conciliar el sueño, pasando por náuseas y vómitos, y problemas de micción. A nivel cognitivo, refiere dificultades para recuperar información y para memorizar contenido relevante, además de olvidarse de nombres de allegados. Comenta posible disortografía, teniendo fallos básicos que no cometía y problemas de acceso al léxico. Además, sufre episodios en los que refiere quedarse en blanco y ausente, sin poder expresarse. La sintomatología cognitiva parece empeorar cuando sufre fases de cefaleas continuas. Los informes de neuroimagen (TAC y RM) de la paciente inciden en resultados perfectos, sin lesiones significativas ni que expliquen la patología.

M. G. padece también otras enfermedades a nivel orgánico que cursan junto a la HII: hipotiroidismo, ovario poliquístico y asma, junto al posible Ehler-Danlos (aún sin diagnóstico definitivo). En su familia existe diversidad de antecedentes, dado que tanto su padre como su abuelo paterno fallecieron a los 50 años por accidentes vasculares. El padre tenía un aneurisma que desembocó en un ACV hemorrágico y el abuelo falleció por un infarto de miocardio. Asimismo, por parte paterna también, la familia de su abuela cuenta con varios miembros que padecen diabetes mellitus. Su hermano está diagnosticado con TDAH.

En lo que respecta al tratamiento, ha probado fármacos de todo tipo para aliviar la sintomatología provocada por la HII, sin apenas resultado positivo, junto con aquellos que necesita para tratar las otras patologías. Su tratamiento actual consiste en Eutirox 100, Esomeprazol, Tapentadol (según el nivel de la crisis), Fentanilo de 100 (a demanda, según crisis) y punciones lumbares eventuales para aliviar la presión.

### 3.2. Resultados principales de la evaluación

**Test de Cribado:** En el MoCA se obtiene una puntuación de 26, la cual sugiere un deterioro cognitivo leve teniendo en cuenta la edad y la escolaridad de M. G.

**Orientación:** En el momento de la evaluación, la paciente se encuentra orientada en todas las esferas: en la personal, temporal y la espacial. Sin embargo, en su día a día

refiere dificultades para orientarse temporalmente, haciendo uso de apoyos externos para compensarlo.

**Atención y velocidad de procesamiento:** Las puntuaciones en atención selectiva, sostenida y velocidad de procesamiento se encuentran por debajo de la media, mientras que la atención dividida y alternante se encuentran en puntuaciones promedio bajo. Esto concuerda con la información que obtenemos por parte de la paciente durante la entrevista, refiriendo dificultades para concentrarse en tareas cotidianas donde puede haber distracciones (no puede estar mucho tiempo leyendo porque no se concentra y tiene que volver a leer lo anterior, muchas veces sin conseguir recordarlo) y también en aquellas donde requiera estar atenta a dos tareas simultáneas (p. ejem, cocinando). Estas dificultades existen desde los 8 años, pero se exacerban desde hace 7-8 años.

**Memoria y aprendizaje:** Se obtienen puntuaciones promedio bajo a la hora de recuperar información que se ha presentado previamente mediante textos, así como para recordar e identificar figuras geométricas inmediatamente después de su presentación. A pesar de que los resultados de estas pruebas (RIAS MV y MNV) no suponen un rendimiento asociado a alteraciones (PE=8 y PE=7, respectivamente), la paciente refiere problemas para recordar hechos recientes (haber puesto el lavavajillas o tener la plancha encendida), pudiendo estar relacionado con los déficits atencionales que impiden una correcta codificación de la información, dificultando su uso posterior.

**Lenguaje:** La paciente obtiene una puntuación por debajo de la media cuando se le pide que describa de manera escrita una escena cotidiana mostrada en una lámina. Esta puntuación está determinada por la presencia de disortografía y agramatismos. Esto último concuerda con las dificultades referidas por la paciente bajo este pretexto, teniendo en cuenta que son déficits no esperables para su edad y su formación.

**Praxias:** Se observa un rendimiento por debajo de la media para praxias visoconstructivas, cuando se le pide que copie una figura compleja en dos dimensiones, a pesar de que el tiempo necesitado se encuentra dentro de lo esperado. Además, muestra dificultades para plasmar el volumen cuando se trata de reproducir figuras geométricas en tres dimensiones.

**Gnosias y habilidades visoespaciales:** Muestra una puntuación por encima de la media en tareas donde debe identificar figuras superpuestas y dotarles de significado, preservándose la identificación de objetos por vía visual. Asimismo, obtiene un rendimiento promedio a la hora de estimar la relación espacial de estímulos en dos dimensiones, así como para la reproducción de dibujos en las mismas dimensiones.

**Funciones ejecutivas:** Destaca la dificultad para evocar palabras que comienzan por P y M, obteniendo un rendimiento por debajo de la media y excepcionalmente bajo, respectivamente. Asimismo, se evidencian dificultades en la abstracción, al obtener un rendimiento por debajo de la media a la hora de encontrar semejanzas entre palabras.

**Aspectos emocionales:** La administración del BDI-II resulta en una puntuación que corresponde a una depresión moderada. La sintomatología depresiva es secundaria a la enfermedad y sus consecuencias. M. G. Refiere que comienza a agudizarse en

consonancia al curso de la enfermedad y la percepción de sus limitaciones también influye a la hora de tomar decisiones o dejar de hacer cosas que le resultaban enriquecedoras.

**Calidad de vida Relacionada con la Salud:** Todos los factores evaluados en el contexto de la CVRS se encuentran alterados. Especialmente, se evidencian peores puntuaciones en dolor corporal, rol físico, rol emocional y salud general. Como mencionábamos anteriormente, la HII impacta de gran manera en la vida de M. G. Durante la administración de la prueba comenta que su pulsera de actividad registra una media de 2h de sueño diarias, lo cual puede empeorar aún más su estado en los diferentes factores que evalúa la prueba. El impacto de la enfermedad en su día a día es palpable, dejando de estudiar, trabajar, socializando menos y con dificultades para conciliar el sueño y desempeñar actividades instrumentales y básicas.

**Conclusiones:** Tras la presente evaluación podemos concluir que se observa un rendimiento inferior al esperado a su edad y con su nivel educativo. Se evidencian dificultades principalmente en atención sostenida y selectiva, así como en la velocidad de procesamiento, en fluencia verbal fonológica, en lenguaje escrito, praxias visoconstructivas y en abstracción. Como podemos observar, existe la presencia de alteraciones a nivel emocional y cognitivo. A pesar de la confluencia de ambas, las dificultades cognitivas no se explican por los aspectos emocionales, sino por ser secundarios a la presencia de Hipertensión Intracraneal Idiopática. En otras palabras, la HII provoca en M. G. tanto alteraciones cognitivas como emocionales. Encontramos muchos resultados en las pruebas administradas que no corresponden con un rango de alteración (PE=7 o PE=8), estando en un rendimiento promedio bajo. Sin embargo, existe una diferencia cualitativa significativa respecto al nivel premórbido referido por la paciente, empezando el declive hace 7-8 años, sobre todo en los aspectos atencionales, mnésicos y lingüísticos. Por ello, cabe tener en cuenta estas puntuaciones, los comentarios de la paciente y la observación cualitativa, para que la presente evaluación sea ecológica y coherente con la realidad de M. G.

### 3.3. Recomendaciones para la intervención

- Rehabilitar los componentes atencionales, en especial la atención selectiva y la sostenida, así como los problemas de acceso al léxico.
- Compensar los déficits mnésicos mediante apoyos externos.
- Atender a los componentes emocionales, en especial aquellos secundarios a la enfermedad.
- Establecer estrategias para prevenir las limitaciones funcionales durante las cefaleas.
- Se recomiendan 2 sesiones semanales y evaluaciones de control cada 6 meses

## 4. Propuesta de intervención

### 4.1. Objetivos de la intervención

**Objetivo general:** intervenir sobre los aspectos cognitivos, emocionales y funcionales en los que se han encontrado dificultades, buscando incrementar la independencia funcional de la paciente y tratar de mejorar su calidad de vida. Este trabajo tiene el propósito último de sentar una base para intervenciones futuras con personas que sufren HII.

#### Objetivos específicos:

- Psicoeducar sobre los procesos cognitivos e implicaciones en la vida cotidiana
- Rehabilitar los componentes atencionales y del proceso de codificación
- Rehabilitar los problemas de acceso al léxico y la escritura
- Compensar de los déficits mnésicos mediante apoyos externos
- Abordar de los componentes emocionales desde el dolor crónico
- Establecer estrategias para prevenir limitaciones funcionales durante cefaleas

### 4.2. Plan de intervención

Tras la comunicación de los resultados a la paciente en una sesión posterior a la delimitación del informe, se preguntará por los horarios en los que la paciente siente menor peso de la sintomatología, para establecer el plan acorde a sus necesidades. Se debe tener en cuenta que el plan debe ser flexible, ya que pueden producirse crisis de la enfermedad en las que M.G. no podría realizar las actividades. Asimismo, se considera que un total de dos sesiones por semana podría implicar tanto la adquisición de lo trabajado durante las sesiones, como la prevención de mayor fatiga por un número superior de sesiones.

El programa contará con un total de 20 sesiones de 1h, divididas en psicoeducación, rehabilitación de componentes atencionales, rehabilitación de componentes lingüísticos, aprendizaje en uso de apoyos externos, intervención emocional y prevención de limitaciones funcionales.

- **Psicoeducación:** Mediante estas sesiones se tiene el objetivo de educar a la paciente sobre qué significa tener dificultades cognitivas y en qué limitaciones del día a día pueden estar implicadas, teniendo en cuenta la información a nivel clínico y científico con la que contamos hasta ahora sobre la HII. Asimismo, estas dos sesiones servirán de base para establecer un vínculo terapéutico que permita un entorno de trabajo cómodo y sin prejuicios para la paciente, un espacio donde pueda desarrollarse la intervención adaptada a sus necesidades. Por otro lado, se planteará la posibilidad de que acuda algún familiar o amigo en la segunda sesión para poder informarle también a él o a ella.
- **Atención:** En las sesiones que impliquen los procesos atencionales, se tendrá como objetivo rehabilitar los procesos atencionales más básicos, así como el

proceso de codificación, de tal manera que se pueda generalizar posteriormente a procesos más complejos. Se empleará el uso de fichas de cancelación, copias de matrices, escucha de series de letras, así como búsqueda de símbolos para intervenir sobre la atención selectiva y sostenida. Para la codificación se trabajará con lectura de textos breves y su posterior escritura, así como con claves de números.

- **Lenguaje:** el subproceso del lenguaje que más dificultad muestra tanto en la evaluación presente como en su día a día es el de la fluidez verbal fonológica. A su vez, refiere dificultades en la escritura que han quedado patentes en la evaluación. Por ello, el objetivo de las sesiones destinadas al lenguaje será la rehabilitación de los problemas de acceso al léxico y la escritura. Para ello, se empleará la lectura en alto de textos con complejidad progresiva, denominación de objetos cotidianos, dictado de textos con complejidad progresiva y detección de errores en textos, con su correspondiente corrección posterior.
- **Memoria y apoyos externos:** La hipótesis que más peso cobra sobre los problemas mnésicos se traduce a errores previos en la codificación de la información para su posterior almacenamiento, implicando procesos atencionales. Por ello, será necesario tener en cuenta los pasos en las sesiones dirigidas a los procesos atencionales. En su día a día, donde más impacto recobra esto es en el recuerdo de fechas o citas importantes, por lo que el objetivo de estas sesiones será el de utilizar las nuevas tecnologías (NNTT) como apoyo en el recuerdo de determinados eventos. Partimos de una base considerable, puesto que la paciente cuenta con un dispositivo de asistente de voz en su hogar. Asimismo, M. G. refiere que le gusta la lectura, pero que se ve mediatizada por tener que releer capítulos al no poder recordar lo leído recientemente. Por ello, también trabajaremos la codificación y el almacenamiento de este tipo de información.
- **Emoción:** Se tendrá como referencia el abordaje psicológico en dolor crónico. Como se ha comentado anteriormente, las personas con HII cursan con un dolor base incapacitante que se acentúa espontáneamente, impidiendo realizar actividades básicas e instrumentales para los pacientes. De este modo, el objetivo de estas sesiones será que M. G. pueda adquirir herramientas emocionales que le ayuden a realizar un afrontamiento emocional sano y coherente con su situación crónica. Se seguirán los planteamientos para la intervención en dolor crónico por Miró (2003).
- **Funcionalidad:** Uno de los grandes impedimentos que provoca la HII en M. G. es la incapacidad de poder realizar tanto actividades básicas como instrumentales cuando se encuentra en periodos de crisis, en las cuales requiere el uso de opiáceos prescritos de manera crónica. El objetivo de estas sesiones será el de elaborar estrategias que permitan prevenir el mayor impacto posible sobre las AVD. Se establecerá una jerarquía sobre las posibles tareas a desempeñar en periodos de crisis y cómo anteponerse a las necesidades derivadas de aquellas más complejas que no pueda realizar.

Para la información detallada sobre las fechas, tareas y objetivos de cada sesión, se recomienda consultar el **cronograma** disponible en el Anexo 1.

### 4.3. Planificación completa de tres sesiones

#### 4.3.1. Sesión 1: 12-07-21 – Psicoeducación sobre HII

**Justificación y objetivos:** Introducir la propuesta de intervención, buscando ajustarlo a su disponibilidad y necesidades. Informar sobre implicaciones neuropsicológicas de la HII y resolver dudas. Esta sesión se introduce con la finalidad de que la paciente comprenda mejor las posibles dificultades cognitivas derivadas de la enfermedad y para comenzar a forjar el vínculo terapéutico.

**Estado esperado de la paciente:** similar al recogido en la evaluación inicial, con marcadas limitaciones cognitivas en sus procesos atencionales, fluidez verbal, y codificación y recuperación de la información aprendida. Además, es esperable que, aunque esté informada sobre los aspectos más biológicos de la HII, aún no tenga mucha información sobre qué puede esperar de esta enfermedad a nivel neuropsicológico.

**Organización y planificación de la sesión:** se utilizará como soporte teórico la introducción del presente trabajo, para explicar la implicación de la HII en los aspectos cognitivos, emocionales y funcionales. Asimismo, se explicará en qué consiste la intervención y se atenderá a las dudas que tenga la paciente sobre lo expuesto y preguntas de diversa índole relacionadas con la HII y la neuropsicología.

**Esquemas del desarrollo de la actividad** (Figura 1a y 1b, véase completo en Anexo 2):



**1- Información sobre la relación de la HII y aspectos neuropsicológicos**

- a. Mención de las **dificultades principales** encontradas en **investigaciones**
- b. Comentar y profundizar sobre el funcionamiento de las **dificultades** encontradas **durante la evaluación**
- c. Enlazar con las **implicaciones en la vida diaria** que refiere la paciente
- d. Atender a las **dudas** que puedan surgir

Figura 1a. Esquema de la primera parte de la sesión 1 de psicoeducación.

## 2- Planteamiento de la propuesta de intervención

- a. Coordinar **disponibilidad**
- b. Explicar diferentes **fases** y la **dificultad progresiva** de las actividades
- c. Mencionar los **objetivos** de la intervención
- d. Informar sobre la **generalización de los aprendizajes** a la vida cotidiana
- e. Atender a las **dudas** que puedan surgir

Figura 1b. Esquema de la segunda parte de la sesión 1 de psicoeducación.

### 4.3.2. Sesión 10: 06-08-21 – Intervención sobre componentes lingüísticos

**Justificación y objetivos:** Trabajar los componentes lingüísticos tanto del habla como de la escritura, buscando su mejora. Dicho objetivo se plantea dadas las dificultades de acceso al léxico, especialmente siguiendo claves fonológicas, y de escritura, manifestada en las faltas ortográficas y problemas con la gramática.

**Estado esperado de la paciente:** se espera una mejoría en el rendimiento atencional y lingüístico, dado que para la décima sesión se habrán completado 3 sesiones dirigidas a la atención y 4 al lenguaje. Por tanto, se espera que la paciente pueda mantenerse concentrada durante toda la sesión y las tareas de lenguaje pueden plantearse ya con cierto nivel de dificultad.

**Organización y planificación de la sesión:** 25 y 35 minutos. Para esta sesión se necesitarán los Anexos 3 y 4, y un lápiz o bolígrafo. La sesión se dividirá en dos partes o tareas, con una duración estimada de 25 minutos para la primera tarea y de 35 minutos para la segunda.

#### **Tareas y actividades que se realizarán:**

##### Tarea 1. Abecedario de palabras

**Objetivo de la tarea:** mejorar el rendimiento en fluidez verbal fonológica

**Nivel de dificultad:** ascendente. Se empieza por las vocales y letras sencillas, terminando con aquellas más difíciles, excluyéndose las letras como “x, y, z”.

**Descripción:** Se le mostrará una tabla (Anexo 3) con la gran mayoría de las letras del abecedario, debajo de las cuales deberá escribir (con 1 minuto para cada letra) todas

las palabras que pueda, excluyendo nombres propios y derivados de palabras. A la vez que escribe las palabras, deberá de nombrarlas en voz alta.

Tarea 2. ¿Qué? ¿Dónde? y ¿Cómo?

**Objetivo de la tarea:** mejorar la formación de oraciones y potenciar la fluidez en la escritura, buscando a su vez rehabilitar la disortografía y los agramatismos.

**Nivel de dificultad:** progresiva. Se empezará con ilustraciones sencillas para terminar con situaciones más complejas a describir.

**Descripción:** Se le mostrarán estímulos visuales en forma de ilustraciones, con tres preguntas debajo de cada una: “¿qué?”, “¿dónde?” y “¿cómo?” (Figura 2 y Anexo 4), estando dispuesto cada elemento en un A4 apaisado. Deberá responder a estas preguntas escribiendo frases cortas y en relación con lo que le sugieren las imágenes expuestas. Después, se le dará feedback sobre la escritura y procederá a ajustar los fallos en caso de que los hubiera. Finalmente, deberá describir la escena adaptando las frases previas en un tiempo limitado de 5 minutos. Al finalizar cada texto, se le dará también feedback sobre la escritura.

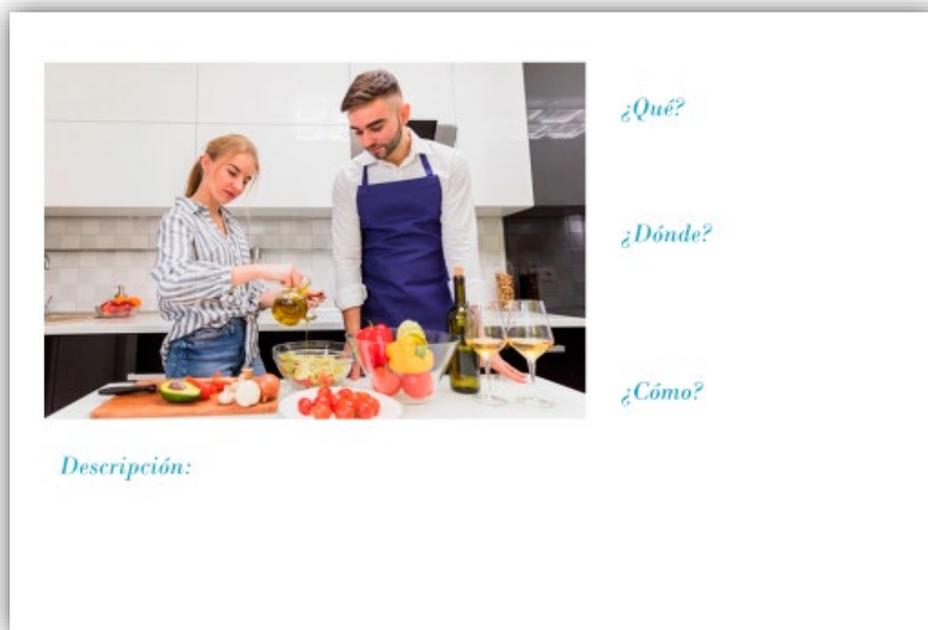


Figura 2. Primer estímulo de la tarea “¿Qué? ¿Dónde? y ¿Cómo?” Elaboración propia con imágenes de libre uso de Freepik.com.

4.3.3. Sesión 20: 03-09-21 – Prevención de incapacidad en crisis y organización

**Justificación y objetivos:** Disminuir impacto de las crisis sobre las AVD y ampliar el uso de herramientas digitales como apoyo. En estas sesiones, se busca incrementar la independencia funcional de M.G., la cual se ve afectada especialmente por las crisis de su enfermedad.

**Estado esperado de la paciente:** Motivada y con mayor capacidad atencional que al inicio de la intervención, pudiendo mantener la atención en las tareas durante mayor tiempo. Su capacidad de expresión verbal también habrá mejorado, así como su recuerdo de la información a largo plazo gracias al trabajo en estrategias de codificación. También contará con herramientas de regulación emocional.

**Organización y planificación de la sesión:** Los materiales que se necesitarán serán el Anexo 5, un bolígrafo o lápiz, el altavoz inteligente de Alexa (también puede servir la aplicación del móvil), la aplicación Todoist en el smartphone y su guía de conexión con Alexa (Todoist, 2021). La sesión se dividirá en dos partes (dos tareas), la primera durará 30 minutos y la segunda otros 30 minutos.

**Tareas y actividades que se realizarán:**

*Tarea 1. Planificación de prevención en crisis incapacitantes.*

**Objetivo de la tarea:** Adquirir estrategias para prevenir limitaciones en las AVD

**Niveles de dificultad:** Sencillo, la paciente es consciente de las limitaciones en los periodos de crisis.

**Descripción:** Se le pedirá a la paciente que complete la primera y segunda columna del registro de actividades limitadas en periodos de crisis (Anexo 5). Después se le pedirá que las ordene jerárquicamente, de manera que establezca una prioridad a las actividades que mayor peso considere que tengan en su día a día. De este modo, obtendremos información necesaria para plantear estrategias convenientes, que será con lo que se finalizará la tarea.

*Tarea 2. Uso de Alexa y Todoist para planificar citas, alarmas y tareas*

**Objetivo de la tarea:** Aprender a usar aplicaciones complementarias al asistente de voz para la organización diaria.

**Nivel de dificultad:** Sencillo. M.G. está acostumbrada a usar el asistente de voz Alexa para poner alarmas y recordarle citas.

**Descripción:** La presente tarea consistirá en introducirle una herramienta complementaria como es Todoist, mediante la cual podrá planificar las actividades diarias, con diferentes etiquetas, subtareas y proyectos. Asimismo, esta herramienta permite sincronizarse con Google Calendar y está disponible para su consulta desde Android, iPhone o desde el navegador en PC y Mac. Para ello, se utilizará la guía disponible en la página de Todoist (2021). De esta manera, integraremos lo planeado en la primera tarea, para poder organizar los pasos a seguir y se le dará la opción de realizarlo mediante el dictado por voz o introduciéndolo manualmente en la aplicación (Figura 3).



## 5. Referencias bibliográficas

- ADEFHIC. (2019a). *El día a día de un paciente con HII*.  
<http://adefhic.org/2019/04/01/el-dia-a-dia-de-un-paciente-con-hii/>
- ADEFHIC. (2019b). *Testimonios de pacientes con HII*.  
<http://adefhic.org/categoria/testimonios/>
- Alonso, J., Prieto, L., y Anto, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Álvarez, M., Calvo, R., y Martínez, J. (2019). Hipertensión intracraneal idiopática: casuística y revisión de la bibliografía. *Revista de Pediatría en Atención Primaria*, 21, 15-20.
- Artiola, L., Hermosillo, D., Heaton, R., y Pardee, R. E. (1999). *Manual de normas y procedimientos para la batería neuropsicológica en español*. M. Press Tucson.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. (1996). Beck depression inventory--II. *Psychological Assessment*.
- Benton, A. L., Hamsher, K., Varney, N., y Spreen, O. (1983). Judgement of line orientation test. *Iowa City, IA: University of Iowa*.
- Burgess, P. W., y Shallice, T. (1996). Response suppression, Initiation and strategy use following frontal lobe lesions. *Neuropsychologia*, 34(4), 263-272.  
[https://doi.org/10.1016/0028-3932\(95\)00104-2](https://doi.org/10.1016/0028-3932(95)00104-2)
- Calvo, L., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R. M., Rognoni, T., Palomo, R., Aranciva, F., Tamayo, F., y Peña-Casanova, J. (2013). Estudios normativos españoles en población adulta joven (proyecto NEURONORMA jóvenes): Normas para las pruebas Visual Object and Space Perception Battery y Judgment of Line Orientation. *Neurología*, 28(3), 153-159.  
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.03.007>
- CIBER. (2015). *Montreal Cognitive Assessment. Ficha técnica del Instrumento*.  
<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=98>
- Contreras-Martin, Y., y Bueno-Perdomo, J. H. (2015). Hipertensión intracraneal idiopática: Análisis descriptivo en nuestro medio. *Neurología*, 30(2), 106-110.  
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.08.009>
- Cortés, J. F., Galindo, G., Villa, M., y Salvador, J. (1996). La figura compleja de Rey: propiedades psicométricas. *Salud mental*, 19(3), 42-48.
- Dandy, W. E. (1937). Intracranial pressure without brain tumor: diagnosis and treatment. *Annals of surgery*, 106(4), 492.
- Delgado, C. A. Araneda, y M.I. Behrens. (2017). Validación del instrumento Montreal Cognitive. *Sociedad Española de Neurología*, 34(6), 1-10.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013>
- Digre, K. B., Bruce, B. B., Mcdermott, M. P., y Wall, M. (2015). *Quality of life in idiopathic intracranial hypertension at diagnosis IIH Treatment Trial results*. 2449-2456.
- Friedman, D. I. (2019). Contemporary management of the pseudotumor cerebri syndrome. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 19(9), 881-893.

<https://doi.org/10.1080/14737175.2019.1660163>

- Friedman, D. I., Liu, G. T., y Digre, K. B. (2013). Revised diagnostic criteria for the pseudotumor cerebri syndrome in adults and children. *Neurology*, *81*(13), 1159-1165.
- Friesner, D., Rosenman, R., Lobb, B. M., y Tanne, E. (2011). Idiopathic intracranial hypertension in the USA: The role of obesity in establishing prevalence and healthcare costs. *Obesity Reviews*, *12*(5), 372-380. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00799.x>
- Galetta, S. L., y Digre, K. B. (2016). Misdiagnosing idiopathic intracranial hypertension. *Neurology*, *86*(4), 318-319. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002320>
- Hasan-Olive, M. M., Hansson, H. A., Enger, R., Nagelhus, E. A., y Eide, P. K. (2019). Blood-brain barrier dysfunction in idiopathic intracranial hypertension. *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, *78*(9), 808-818. <https://doi.org/10.1093/jnen/nlz063>
- Hulens, M., Rasschaert, R., Vansant, G., Stalmans, I., Bruyninckx, F., y Dankaerts, W. (2018). The link between idiopathic intracranial hypertension, fibromyalgia, and chronic fatigue syndrome: Exploration of a shared pathophysiology. *Journal of Pain Research*, *11*, 3129-3140. <https://doi.org/10.2147/JPR.S186878>
- Irani. F. (2011). Judgment of Line Orientation. In: Kreutzer J.S., DeLuca J., Caplan B. (eds) *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3\\_1376](https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_1376)
- Kaplan, E., Goodglass, H., y Weintraub, S. (2005). *Test de vocabulario de Boston*. Médica Panamericana.
- Kharkar, S., Hernandez, R., Batra, S., Metellus, P., Hillis, A., Williams, M. A., y Rigamonti, D. (2011). Cognitive Impairment in patients with Pseudotumor Cerebri Syndrome. *Behavioural Neurology*, *24*(2), 143-148. <https://doi.org/10.3233/BEN-2011-0325>
- Kilgore, K. P., Lee, M. S., Leavitt, J. A., Mokri, B., Hodge, D. O., Frank, R. D., y Chen, J. J. (2017). Re-evaluating the Incidence of Idiopathic Intracranial Hypertension in an Era of Increasing Obesity. *Ophthalmology*, *124*(5), 697-700. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2017.01.006>
- Kleinschmidt, J., Digre, K., y Hanover, R. (2000). Idiopathic intracranial hypertension Relationship to depression, anxiety, and quality of life. *Neurology*, *54*(2), 314-319. <https://doi.org/10.1212/wnl.54.2.314>
- Markey, K. A., Mollan, S. P., Jensen, R. H., y Sinclair, A. J. (2016). Understanding idiopathic intracranial hypertension: Mechanisms, management, and future directions. *The Lancet Neurology*, *15*(1), 78-91. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00298-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00298-7)
- Miró, J. (2003). *Dolor Crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica* (Segunda ed). Desclée De Brouwer.
- Monge, L., Fernando, R., Fuertes, C., Fustero, D., Pueyo, V., García, J. P., López-Pisón, J., y Peña-Segura, J. L. (2017). Idiopathic intracranial hypertension: Experience over 25 years and a management protocol. *Anales de Pediatría*, *87*(2), 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.09.001>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin,

- I., Cummings, J. L., y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Ozamiz-etxebarria, N., Dosil-santamaria, M., Picaza-gorrochategui, M., y Idoiaga-mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Reports In Public Health*, 36(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Palaus, M., Poca, M. A., Cañas, V., Rădoi, A., y Sahuquillo, J. (2013). Disfunción cognitiva en pacientes con hipertensión intracraneal idiopática (pseudotumor cerebri). En *VI Congreso Nacional de Neuropsicología FANPSE*.
- Peña-Casanova, J. (2010). *Test Barcelona revisado (TBR): programa integrado de exploración neuropsicológica*. Elsevier Masson.
- Peña-Casanova, J., Quiñones-Úbeda, S., Gramunt-Fombuena, N., Quintana-Aparicio, M., Aguilar, M., Badenes, D., Cerulla, N., Molinuevo, J. L., Ruiz, E., Robles, A., Barquero, M. S., Antúnez, C., Martínez-Parra, C., Frank-García, A., Fernández, M., Alfonso, V., Sol, J. M., Blesa, R., y Team, for the N. S. (2009). Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): Norms for Verbal Fluency Tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24(4), 395-411. <https://doi.org/10.1093/arclin/acp042>
- Pereña, J., Seisdedos, N., Corral, S., Arribas, D., Santamaría, P., y Sueiro, M. (2004). *WMS-III. Escala de Memoria de Wechsler-III (Adaptación)*. Tea Ediciones.
- Pérez-Pérez, A., Matias-Guiu, J. A., Cáceres-Guillén, I., Rognoni, T., Valles-Salgado, M., Fernández-Matarrubia, M., Moreno-Ramos, T., y Matías-Guiu, J. (2016). The Hayling Test: Development and Normalization of the Spanish Version. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(5), 411-419. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw027>
- Pineles, S. L., Mallery, R. M., Rehmani, O. F., Woo, J. H., Chen, Y. J., Reddi, S., Salzman, K. L., Pinho, M. C., Ledbetter, L., Tamhankar, M. A., Shindler, K. S., Digre, K. B., Friedman, D. I., y Liu, G. T. (2019). Utility of Magnetic Resonance Imaging Features for Improving the Diagnosis of Idiopathic Intracranial Hypertension Without Papilledema. *Journal of Neuro-Ophthalmology*, 39(3), 299-307. <https://doi.org/10.1097/WNO.0000000000000767>
- Piper, R. J., Kalyvas, A. V., Young, A. M. H., Hughes, M. A., Jamjoom, A. A. B., y Fouyas, I. P. (2015). Interventions for idiopathic intracranial hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003434.pub3>
- Raggi, A., Marzoli, S. B., Chiapparini, L., Ciasca, P., Erbetta, A., Faragò, G., Grazi, L., Leonardi, M., y D'Amico, D. (2018). Headache frequency and symptoms of depression as predictors of disability in patients with idiopathic intracranial hypertension. *Neurological Sciences*, 39, 139-140. <https://doi.org/10.1007/s10072-018-3361-y>
- Raouf, N., y Hoffmann, J. (2021). Diagnosis and treatment of idiopathic intracranial hypertension. *Cephalalgia*, 41(4), 472-478. <https://doi.org/10.1177/0333102421997093>
- Rey, A. (1942). L'examen psychologique dans les cas d'encephalopathie traumatique. *Arch Psychol*, 28, 112.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., y Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment

- in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029-2040. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
- Sánchez-Cubillo, I., Periáñez, J. A., Adrover-Roig, D., Rodríguez-Sánchez, J. M., Ríos-Lago, M., Tirapu, J., y Barceló, F. (2009). Construct validity of the Trail Making Test: Role of task-switching, working memory, inhibition/interference control, and visuomotor abilities. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(3), 438-450. <https://doi.org/10.1017/S1355617709090626>
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el «Inventario de depresión de Beck-II»(BDI-II). *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 22(1), 37-59.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Sørensen, P. S., Thomsen, A. M., y Gjerris, F. (1986). Persistent disturbances of cognitive functions in patients with pseudotumor cerebri. *Acta Neurologica Scandinavica*, 73(3), 264-268. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.1986.tb03273.x>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Tea Ediciones.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1968). *State-trait anxiety inventory (self-evaluation questionnaire)*. Consulting Psychologists Press.
- Todoist. (2021). *Utiliza Alexa de Amazon con Todoist*. <https://todoist.com/es/help/articles/use-amazon-alexa-with-todoist>
- Tombaugh, T. N., Kozak, J., y Rees, L. (1999). Normative data stratified by age and education for two measures of verbal fluency: FAS and animal naming. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 14(2), 167-177. [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(97\)00095-4](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(97)00095-4)
- Ware, J. E. (1993). *SF-36: Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. New England Medical Center.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Memory Scale - Third Edition*. The Psychological Corporation.
- Zur, D., Naftaliev, E., y Kesler, A. (2015). Evidence of multidomain mild cognitive impairment in idiopathic intracranial hypertension. *Journal of Neuro-Ophthalmology*, 35(1), 26-30. <https://doi.org/10.1097/WNO.000000000000199>

## 6. Anexos

### ANEXO 1. CRONOGRAMA DE LAS SESIONES

	Martes	Viernes
<b>Semana 1</b>  12-07-21 al 16-07-21	<p><i>Psicoeducación</i></p> <p><b>Objetivo:</b> comprensión de la implicación de las dificultades cognitivas en el día a día y forjar el vínculo terapéutico.</p> <p><b>Actividad:</b> psicoeducación y resolución de dudas con la paciente.</p>	<p><i>Psicoeducación</i></p> <p><b>Objetivo:</b> comprensión de la implicación de las dificultades cognitivas en el día a día por parte de allegados.</p> <p><b>Actividad:</b> psicoeducación y resolución de dudas con familiar(es) o amigo/a(os/as) y la paciente.</p>
<b>Semana 2</b>  19-07-21 al 23-07-21	<p><i>Atención</i></p> <p><b>Objetivo:</b> mejorar el rendimiento en atención sostenida y selectiva.</p> <p><b>Tareas:</b> cancelación de figuras, sopa de letras y contar estímulos por tipo (NeuronUP).</p>	<p><i>Lenguaje</i></p> <p><b>Objetivo:</b> potenciar la fluencia verbal fonológica y la escritura.</p> <p><b>Tareas:</b> completar palabras escritas, corrección de puntuación en oraciones y copia de textos.</p>
<b>Semana 3</b>  26-07-21 al 30-07-21	<p><i>Atención</i></p> <p><b>Objetivo:</b> mejorar el rendimiento en atención sostenida y selectiva, además de estimular el proceso de codificación.</p> <p><b>Tareas:</b> búsqueda de símbolos, lectura y posterior escritura de textos y “mandalas” (NeuronUP).</p>	<p><i>Lenguaje</i></p> <p><b>Objetivo:</b> mejorar la ortografía y gramática.</p> <p><b>Tareas:</b> dictado de palabras, pseudopalabras y frases, y ordenar palabras para formar oraciones.</p>

<p><b>Semana 4</b></p> <p>26-07-21 al 30-07-21</p>	<p><i>Atención</i></p> <p><b>Objetivo:</b> mejorar el rendimiento en atención sostenida y selectiva, además de estimular el proceso de codificación.</p> <p><b>Tareas:</b> cancelación de figuras, claves de números y “comparación de textos” (NeuronUP).</p>	<p><i>Lenguaje</i></p> <p><b>Objetivo:</b> mejorar la fluidez fonológica con y sin claves contextuales.</p> <p><b>Tareas:</b> completar palabras de forma oral y escrita con claves fonológicas, evocar oralmente palabras que empiecen con una clave fonológica y completar texto con huecos con claves fonológicas.</p>
<p><b>Semana 5</b></p> <p>02-08-21 al 06-08-21</p>	<p><i>Memoria</i></p> <p><b>Objetivo:</b> potenciar el rendimiento en codificación, el almacenamiento y la recuperación de información.</p> <p><b>Tareas:</b> Escucha de listas de palabras y posterior escritura. Tareas distractoras de búsqueda de símbolos y claves de números. Después, recuperación de listas de palabras. Para finalizar: recuerdo y escritura de fechas señaladas con familiares.</p>	<p><i>Lenguaje</i></p> <p><b>Objetivo:</b> Trabajar la fluidez verbal fonológica y la escritura.</p> <p><b>Tareas:</b> Abecedario de palabras (evocación con claves fonológicas) y descripción de imágenes tras previa redacción de frases que responden a ¿Qué? ¿Cómo? Y ¿Dónde?</p>
<p><b>Semana 6</b></p> <p>09-08-21 al 13-08-21</p>	<p><i>Memoria</i></p> <p><b>Objetivo:</b> estimular la codificación y almacenamiento de la información mediante la lectura.</p> <p><b>Tareas:</b> Lectura de un capítulo corto de una novela que esté leyendo, posterior resumen oral</p>	<p><i>Emoción</i></p> <p><b>Objetivo:</b> Explorar creencias y teorías sobre el dolor e introducir diálogo socrático.</p> <p><b>Tareas:</b> Explorar mediante entrevista cuales son los miedos que han surgido a costa de la</p>

	<p>y escrito de lo leído. Después, realización de esquemas con las situaciones iniciales y finales de los personajes.</p>	<p>enfermedad y actividades positivas que se han dejado de hacer por el dolor; enumerarlas en un listado, introducir la herramienta del diálogo socrático para romper esquemas negativos que influyan en su bienestar psicológico. Enumerar posibles acercamientos a actividades positivas o alternativas.</p>
<p><b>Semana 7</b></p> <p>16-08-21 al 20-08-21</p>	<p style="text-align: center;"><i>Memoria</i></p> <p><b>Objetivo:</b> Identificar las estrategias compensatorias y adaptación a NNTT.</p> <p><b>Actividad:</b> Enumerar las estrategias que utiliza la paciente en una tabla y proponer más estrategias o estrategias alternativas mediante NNTT</p>	<p style="text-align: center;"><i>Emoción</i></p> <p><b>Objetivo:</b> Aprender a diferenciar estados de tensión y relajación muscular. Implementar una activación conductual progresiva.</p> <p><b>Tareas:</b> Relajación progresiva de Jacobson: se le proveerá de un audio para que pueda realizarla también por su cuenta. Por otro lado, se utilizará el listado de actividades de la sesión pasada, priorizando las actividades más sencillas y accesibles, para desgranarlas en secuencias de pasos con el objetivo de ir realizándolas de manera gradual.</p>

<p><b>Semana 9</b></p> <p>23-08-21 al 27-08-21</p>	<p><i>Funcionalidad</i></p> <p><b>Objetivo:</b> Organizar las comidas y sus recetas para anticipar periodos de crisis.</p> <p><b>Actividad:</b> Utilizaremos la dieta que le ha planteado la nutricionista para organizar en una tabla que posteriormente se tendrá a mano en la cocina. Esta tabla contendrá las comidas de cada día y cuándo se podrían cocinar con anterioridad (<i>batch cooking</i>), para prevenir las crisis y poder seguir comiendo respecto a la dieta. Asimismo, cada receta estará anexada a cada comida.</p>	<p><i>Emoción</i></p> <p><b>Objetivo:</b> Aprender a diferenciar estados de tensión y relajación muscular. Fomentar la percepción de autoeficacia y reforzar la consecución de las actividades.</p> <p><b>Tareas:</b> Relajación progresiva de Jacobson. Después se comentarán las actividades que se han podido realizar, se reforzará positivamente la consecución de las tareas desempeñadas y se hará un registro de los impedimentos que han existido si no se han podido realizar. Se pautará que realice al menos una de las actividades positivas al día y que utilice el diálogo socrático cuando se pueda ver ofuscada.</p>
<p><b>Semana 10</b></p> <p>30-08-21 al 03-09-21</p>	<p><i>Funcionalidad</i></p> <p><b>Objetivo:</b> Identificar dificultades ocupacionales y realizar cambios que faciliten el desempeño en las AVD.</p> <p><b>Tareas:</b> Acudiremos a su hogar y se realizará una tabla con posibles dificultades ocupacionales que puedan influenciar las AVD. Se elaborará junto a la paciente un listado de posibles cambios y se implementarán in situ.</p>	<p><i>Funcionalidad</i></p> <p><b>Objetivo:</b> Disminuir impacto de las crisis sobre las AVD y ampliar el uso de herramientas digitales como apoyo.</p> <p><b>Tareas:</b> Planificación de prevención en crisis incapacitantes mediante una tabla y uso de Alexa junto a Todoist para la planificación de tareas y citas.</p>

## ANEXO 2. ESQUEMAS DE LA PRIMERA SESIÓN DE PSICOEDUCACIÓN

Universitat Oberta de Catalunya
 
 Eriz Badiola  
Neuropsicología

# Hipertensión Intracraneal Idiopática: aspectos neuropsicológicos

Esquemas para sesiones de psicoeducación introductorias a la intervención

## 1- Información sobre la relación de la HII y aspectos neuropsicológicos

- a. Mención de las **dificultades principales** encontradas en **investigaciones**
- b. Comentar y profundizar sobre el funcionamiento de las **dificultades** encontradas **durante la evaluación**
- c. Enlazar con las **implicaciones en la vida diaria** que refiere la paciente
- d. Atender a las **dudas** que puedan surgir

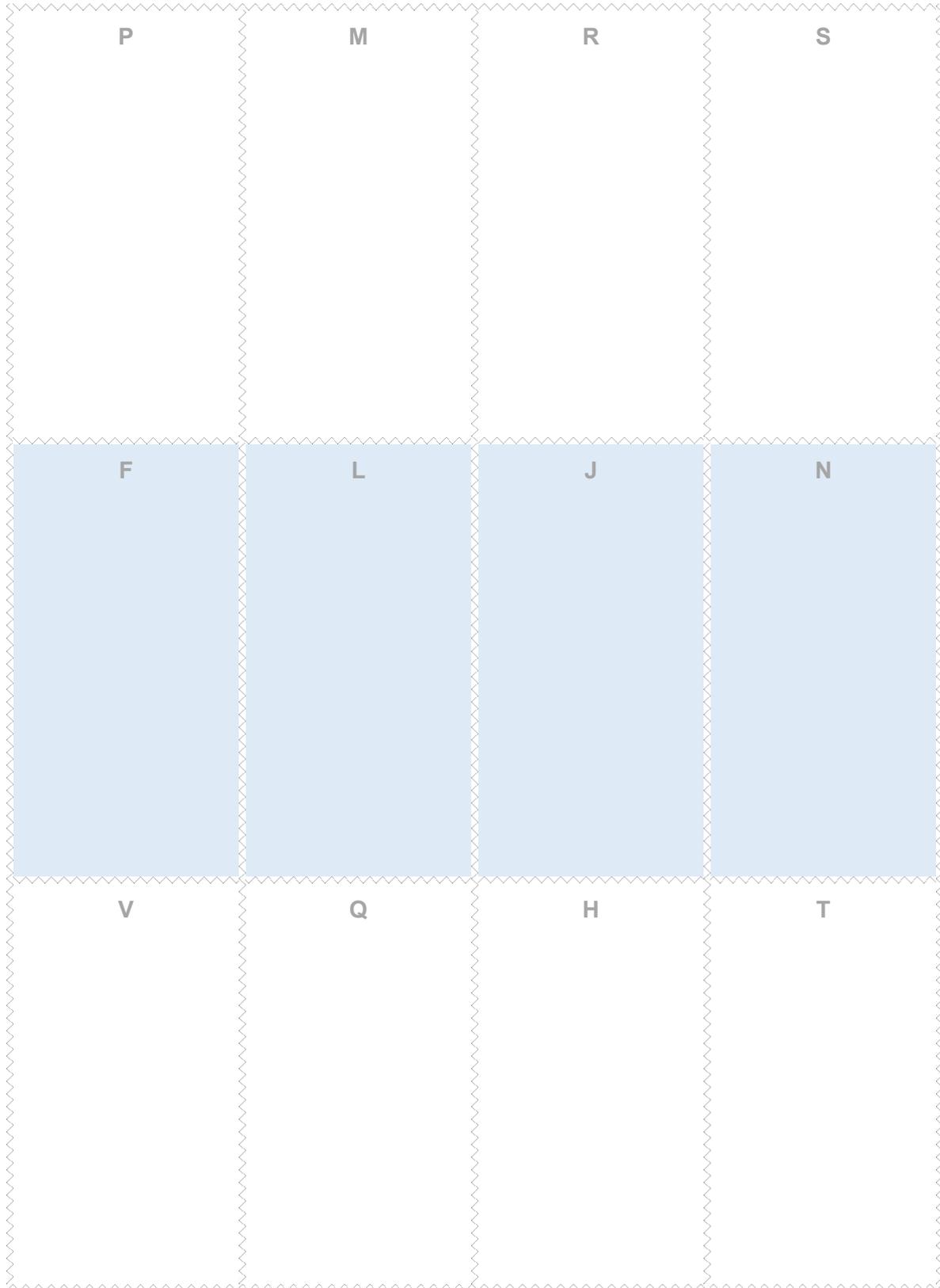
## 2- Planteamiento de la propuesta de intervención

- a. Coordinar **disponibilidad**
- b. Explicar diferentes **fases** y la **dificultad progresiva** de las actividades
- c. Mencionar los **objetivos** de la intervención
- d. Informar sobre la **generalización de los aprendizajes** a la vida cotidiana
- e. Atender a las **dudas** que puedan surgir



### ANEXO 3. ABECEDARIO DE FLUENCIA

A	E	I	O
U	C	B	D



#### ANEXO 4. ¿QUÉ? ¿DÓNDE? Y ¿CÓMO?



¿Qué?

¿Dónde?

¿Cómo?

*Descripción:*



¿Qué?

¿Dónde?

¿Cómo?

*Descripción:*



*¿Qué?*

*¿Dónde?*

*¿Cómo?*

*Descripción:*



*¿Qué?*

*¿Dónde?*

*¿Cómo?*

*Descripción:*

#### ANEXO 4. REGISTRO DE ACTIVIDADES LIMITADAS EN CRISIS Y ESTRATEGIAS

PRIORIDAD	ACTIVIDAD LIMITADA	¿CÓMO SE AFRONTA?	POSIBLES ESTRATEGIAS