



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UNA PACIENTE CON TRASTORNO NEURODEGENERATIVO MAYOR DE INICIO TARDÍO

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad
profesional en Neuropsicología

Autora:

Astocondor Pastor, Evelyn Roxana

Asesor:

Villanueva Vásquez, Henrich

ORCID: 0000-0002-0532-7171

Jurado:

Zegarra Martínez, Vilma Bartola

Miranda Suyón, Patricia Roxana

Morí Doria, Marco Antonio

Lima - Perú

2023

Reporte de Análisis de Similitud

Archivo: 1A- EVELYN ROXANA ASTOCONDOR PASTOR - OFICIO N° 040-2023- OGGE -AS-FAPS-UNFV

Fecha del Análisis: 20/03/2023

Operador del Programa Informático: Sofia Teresa Salazar Chamba

Correo del Operador del Programa Informático: ssalazar@unfv.edu.pe

Porcentaje: 5 %

Asesor: Mg. Henrich Villanueva Vásquez

Título: "PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UNA PACIENTE CON TRASTORNO NEURODEGENERATIVO MAYOR DE INICIO TARDÍO"

Enlace: <https://secure.urkund.com/old/view/154266649-759027-964240#DYg7agNREATvsnfh5tMz81ZXMqMsmM0GVqLQ+O5+UBTV/Xv8vI7bu+H41nbgIQsvvPHBF0EY4cSOJEU0cQQiyQ3IoschAw5CpRoz0KNFjopyiingkpK1H6aGmpRJ00b7XTQSRc99KJPhnEmmGRx3jle1/fz+roeH8/H53GzN5OpU25ao6qcv38=>

Jefe de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado:



Mg. VILMA B. ZEGARRA MARTINEZ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UNA PACIENTE CON TRASTORNO NEURODEGENERATIVO MAYOR DE INICIO TARDÍO

Línea de investigación:

Salud Mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en
Neuropsicología

Autora:

Astocondor Pastor, Evelyn Roxana

Asesor:

Villanueva Vásquez, Henrich
ORCID: 0000-0002-0532-7171

Jurado:

Zegarra Martínez, Vilma Bartola
Miranda Suyón, Patricia Roxana
Morí Doria, Marco Antonio

Lima- Perú

2023

Pensamientos

“Nadie tiene éxito sin esfuerzo.

Los que tienen éxito deben su
éxito a la perseverancia”.

Iyer, Venkataraman

“Si haces lo que siempre has hecho,
Obtendrás lo que siempre has conseguido”.

Robbins, Anthony J.

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a mi amada hija Cielo Camila y a mi querido esposo Mario Torres. A mis amados padres. Asimismo, a las señoras Irma Ayma, Mirtha Torres y amiga Nidia Pérez que me han brindado apoyo constante en cada momento que necesitaba.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme cumplir mis objetivos establecidos. De la misma manera, agradezco a mis profesores y asesores de la especialidad en Neuropsicología en la prestigiosa Universidad Nacional Federico Villarreal. Asimismo, agradezco a mi querida colega y amiga Déborah De la Vega quien con su apoyo logré desarrollar el presente estudio científico.

Índice

Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	10
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Antecedentes	14
1.3 Objetivos	73
1.4 Justificación	74
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	75
II. Metodología	76
III. Resultados	133
IV. Conclusiones	146
V. Recomendaciones	148
VI. Referencias	150
VII. Anexos	167

Índice de Tablas

N°	Pág.
Tabla 1. Tipos de demencia.	35
Tabla 2. Clasificación de las demencias según la localización de las lesiones cerebrales.	38
Tabla 3. Principales características de las demencias.	43
Tabla 4. Estrategias de restauración y compensación del daño cerebral.	65
Tabla 5. Áreas de evaluación neuropsicológica.	98
Tabla 6. Resultados de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS- IV).	101
Tabla 7. Resultados de la Escala Neuropsicológica Breve en español (NEUROPSI).	102
Tabla 8. Resultados de Mini- Mental de Folstein (MMSE).	103
Tabla 9. Resultados de Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	104
Tabla 10. Resultados de Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE).	105
Tabla 11. Resultados de la Escala de Memoria de Wechsler (WMS).	106
Tabla 12. Resultados del Test de Retención Visual de Benton.	106
Tabla 13. Resultados del Test de Alteración de Memoria (T@M).	107
Tabla 14. Resultados del Test de Figura Compleja de Rey de Osterrieth.	108
Tabla 15. Resultados de las evaluaciones neuropsicológicas en relación a las áreas evaluadas.	109
Tabla 16. Análisis diagnóstico según Ardila.	123
Tabla 17. Áreas cognitivas con fortalezas y debilidades.	124
Tabla 18. Áreas intervenidas en cada una de las sesiones del Programa de estimulación neuropsicológica.	130

Tabla 19. Resultados del pre-test y post-test de las pruebas
psicológicas y neuropsicológicas aplicadas.

133

Resumen

Objetivo: Determinar los efectos de un programa de estimulación neuropsicológico en esta paciente de iniciales S.M.R. de 86 años que presenta un trastorno neurodegenerativo mayor de inicio tardío. **Método:** Tiene un diseño de estudio de caso único, cuya investigación es de tipo empírica. **Resultados:** Al comparar el perfil neuropsicológico antes y después de la aplicación del programa de estimulación neuropsicológica se logró un incremento parcial en el área de la memoria, la gnosis, la praxia y las habilidades visoespaciales; así como también, un ligero incremento en el área de la orientación, la atención, el cálculo, las funciones ejecutivas en relación a la fluidez verbal y a la capacidad de organización y planificación. **Conclusiones:** El programa de estimulación neuropsicológica de 22 sesiones generó mejoría en el desempeño de las funciones cognitivas de la paciente, con el uso de diversas estrategias y técnicas neuropsicológicas y psicológicas que se realizaron con ella, y con el empleo de la psicoeducación, de la retroalimentación y el uso de las técnicas psicológicas que se efectuaron con los familiares con quienes vive.

Palabras clave: Alzheimer, trastorno neurodegenerativo mayor, estimulación neuropsicológica, atención selectiva, atención sostenida, memoria sensorial, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo.

Abstract

Objective: To determine the effects of a neuropsychological stimulation program in a patient of initials S.M.R. of 86 years-old that presents late-onset major neurodegenerative disorder. **Method:** It has a single case study design, whose research is empirical. **Results:** When comparing the neuropsychological profile before and after the application of the neuropsychological stimulation program achieved a partial increase in the area of memory, gnosis, praxia and visuospatial abilities; as well as a slight increase in the area of orientation, attention, calculation, executive functions in relation to verbal fluency and organizational and planning capacity. **Conclusions:** The neuropsychological stimulation program of 22 sessions generated improvement in the performance of the patient's cognitive functions, with the use of various neuropsychological and psychological strategies and techniques that were carried out with her and, with the use of psychoeducation, of the feedback and use of psychological techniques that were carried out with whom he lives.

Keywords: Alzheimer's major neurodegenerative disorder, neuropsychological stimulation, selective attention, sustained attention, sensory memory, short-term memory, long-term memory.

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una etapa del ciclo de la vida que se inicia a partir de los 60 años y que se da de manera natural, generando cambios a nivel biológico, psicológico, mental y social.

De tal manera, las personas adultas mayores que presentan un envejecimiento normal compatibilizan con la lentificación del cerebro, cambios en la motricidad, en la capacidad sensorial, en las capacidades memorísticas y en las cognitivas, pero sin la presencia de un deterioro o cuadro demencial; y, por el contrario, las que presentan un envejecimiento patológico evidencian un deterioro cognitivo o cuadro demencial. (Instituto Nacional de Geriátrica, 2017)

Por lo tanto, el presente estudio científico consta de una evaluación neuropsicológica que permitirá identificar el nivel de las áreas cognoscitivas y el pronóstico de la enfermedad que presenta una paciente con deterioro cognitivo moderado; para luego, elaborar un programa de estimulación neuropsicológica que fomente la recuperación o compensación de las funciones que se encuentren alteradas y fortalecer las áreas conservadas.

La paciente de iniciales S.M.R. tiene 86 años y presenta olvidos frecuentes desde hace 08 años aproximadamente, acompañados de otras áreas cognoscitivas alteradas y con cambios fluctuantes de su carácter, manifestándose de manera progresiva y cada vez, más intensa. Estas situaciones han generado dificultades en su autonomía y en las actividades de su vida diaria, por ende, dificultades en el clima del entorno familiar.

El capítulo I corresponde a la introducción, en donde se describe el problema de la enfermedad de Alzheimer, se menciona las investigaciones nacionales e internacionales en las que se efectuaron los programas neuropsicológicos. Además, se realizó el marco teórico de la neuropsicología del envejecimiento, neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer, neuropsicología del deterioro cognitivo, la evaluación y rehabilitación neuropsicológica. De

la misma manera, se establece el objetivo general del presente estudio científico con sus respectivos objetivos específicos, y la justificación de la investigación respectiva.

El capítulo II consta de la metodología de la investigación el cual corresponde a un tipo de estudio descriptivo, con un diseño de estudio de caso. Se describió la evaluación neuropsicológica con las técnicas e instrumentos empleados. Se presenta los resultados de cada prueba neuropsicológica y a su vez, el respectivo informe neuropsicológico donde se detallan los resultados de todas las pruebas evaluadas con las conclusiones y las recomendaciones efectuadas tanto para la usuaria como para sus familiares. Asimismo, se manifiesta el esquema del programa de rehabilitación neuropsicológica con sus respectivos objetivos; así como los diagnósticos según el modelo de Ardila con sus correspondientes fortalezas y debilidades.

El capítulo III comprende el perfil neuropsicológico luego de la aplicación del Programa de estimulación neuropsicológica, como resultado de 22 sesiones (dos veces por semana) y con una duración de 45 minutos aproximadamente.

El capítulo IV está dedicado a las conclusiones de la presente investigación. El capítulo V corresponde a las recomendaciones que se realiza a la usuaria y a sus familiares. El capítulo VI comprende las referencias bibliográficas del presente estudio. El capítulo VII muestra los anexos en las cuales se detalla el consentimiento informado, las sesiones del programa con sus respectivos materiales.

1.1. Descripción del problema

El envejecimiento es una etapa del ciclo de la vida que se desarrolla a partir de los 60 años en adelante. (Organización de Estados Americanos [OEA], 2015)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) definió al envejecimiento como un proceso fisiológico que ocasiona cambios en las características de las especies durante

todo el ciclo de vida, siendo particularmente diferente para cada especie, conllevándoles a manifestar limitaciones en la adaptación de su entorno.

A nivel mundial, la OMS (2021) indicó que para el 2030, una de cada seis personas, tendrá 60 años o más, cuyo número incrementaría de 1000 millones a 1400 millones de personas. Asimismo, mencionó que para el 2050 la cantidad se duplicará a 2100 millones.

En el Perú, existen 4 millones, 140 mil adultos mayores de 60 años a más, representando el 12.7% de la población total, siendo el 53.45% son mujeres y el 47.6% son hombres. (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2020)

Asimismo, las Naciones Unidas (2019) mencionó que en Latinoamérica y en el Caribe, la expectativa de crecimiento de la población de adultos mayores será de 71%, seguida por Asia (66%), África (64%), Oceanía (47%), América del Norte (41%) y Europa (23%).

En la etapa del envejecimiento, las personas experimentan diversos cambios complejos a nivel biológico, psicológico, mental, asociado a otras transiciones vitales como la jubilación, el traslado a viviendas y el fallecimiento de amistades y parejas. (OMS, 2021)

Bajo este contexto, hay una población adulta mayor que presenta un envejecimiento normal comprendido por múltiples modificaciones que afectan los sistemas funcionales en diferentes grados y genera un envejecimiento cerebral normal donde no hay patologías ni riesgos de padecerlas. (Instituto Nacional de Geriátrica, 2017)

Y, por el contrario, la otra parte de la población adulta mayor experimenta un envejecimiento patológico donde la persona cursa un deterioro cognitivo o presencia de un cuadro de demencia con la disminución del funcionamiento cognitivo. (Instituto Nacional de Geriátrica, 2017)

OMS (2016) mencionó que la demencia es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en los adultos mayores. La Organización Panamericana de la Salud (OPS,

2021) definió a la demencia como el síndrome que ocasiona deterioro de la memoria, comportamiento y capacidad para realizar las actividades diarias.

De la misma manera, la OPS (2021) indicó que más de 55 millones de personas viven con demencia en todo el mundo, siendo el 8.1% de las mujeres y el 5.4 de los hombres, mayores de 65 años. Se estima que los países más afectados serán en América Latina y en el Caribe, por lo que se calcula un incremento de 7,6 millones de personas con demencias para el 2030.

La OPS (2021) mencionó que la demencia más común es la enfermedad de Alzheimer, siendo el 60 – 70% de los casos, estimando que para el año 2050 podrían existir 131,5 millones de personas con demencia en todo el mundo. (Alzheimer Disease International, 2015)

En el Perú, la OMS (2021) informó que la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia de los adultos mayores, así como también, se encuentra entre las primeras causas de la pérdida de años de vida saludables, generando pérdidas de 29.8 años por mil habitantes, afectando en promedio entre el 5% y el 8% de las personas que tienen más de 65 años de edad.

En una investigación aislada, se estimó que el 36.9% de las personas adultas mayores de 65 años que se encuentran hospitalizadas en los pabellones de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, presentan demencia. (Chinga, 2009)

Bajo el mismo contexto, MINSA (2009) resaltó que el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) consideró que del 1% al 16% de las personas adultas mayores que viven en el Perú con edades que fluctúan de entre los 60 y 75 años, padecen Alzheimer. Años más tarde, MINSA (2019) indicó que hay más de 200 mil personas adultas mayores con Alzheimer en el Perú.

Según la literatura científica, existen pocas investigaciones que traten sobre programas de rehabilitación neuropsicológica que aborden a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

Ante lo manifestado, el presente estudio consta de la aplicación de un programa de rehabilitación neuropsicológica a una paciente de 86 años del sexo femenino que presenta la enfermedad de Alzheimer desde hace 08 años.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Chinga (2009) efectuó un estudio sobre los síndromes geriátricos del paciente adulto mayor hospitalizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El objetivo fue identificar la prevalencia de síndromes geriátricos en pacientes mayores de 65 años y que se encuentren hospitalizados en los pabellones de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La evaluación neuropsicológica consistió en la encuesta y la administración de las siguientes pruebas: el Cuestionario Postal del Woodside Health Center (Anciano de riesgo), el Índice de Barthel (Dependencia), el Mini examen cognoscitivo de Lobo (Deterioro Cognitivo), la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (versión reducida) y la Escala de Fried (Anciano Frágil). Los resultados fueron los siguientes: Existe una alta prevalencia de los síndromes geriátricos, siendo el 36.9% las personas que presentan demencia, el 66.7% tienen discapacidad, el 14.4% manifiestan depresión y el 31.8% presentan fragilidad. Se concluye la presencia de una alta prevalencia de los síndromes geriátricos en los adultos mayores hospitalizados.

Chávez – Romero et al. (2014) realizaron un tamizaje de deterioro cognitivo leve en 244 adultos mayores con enfermedad cardiovascular en un Hospital Nacional de Chiclayo. El objetivo fue estimar la frecuencia de deterioro cognitivo leve en los adultos mayores de esa institución. La evaluación neuropsicológica consistió en la revisión de las historias clínicas en

base a los criterios diagnósticos de Peterson (en base a la información referida por el paciente e informador fiable, y los resultados de un test que evalúa memoria), los resultados de la aplicación del Minimental State Examination (MMSE) y el índice de las actividades de vida diaria de Katz. Los resultados indicaron lo siguiente: En cuanto al sexo, se encontró mayor prevalencia de deterioro cognitivo leve en las personas de género femenino. Respecto a la edad, existió mayor prevalencia en personas mayores de 80 años. En base al grado de instrucción, existió mayor prevalencia en personas con menor grado de instrucción (primaria). Asimismo, se encontró mayor prevalencia de hipertensión arterial. De la misma manera, el área de atención y cálculo eran las áreas más afectadas. La conclusión fue la siguiente: El deterioro cognitivo leve es más frecuente en el sexo femenino, en personas de mayor edad y con menor grado de instrucción.

Mattos y Talavera (2016) realizaron una investigación sobre el programa de estimulación cognitiva y funcional en los signos de deterioro cognitivo leve de 23 adultos mayores de la Asociación La Libertad, Perú. El estudio es de tipo cuantitativo, cuasiexperimental con diseño prospectivo longitudinal. El objetivo fue determinar su efecto del programa. La evaluación neuropsicológica comprendió de una encuesta y tuvo como conclusiones: El programa de estimulación cognitiva y funcional ha tenido resultados significativos en la mejora de casi todas las funciones evaluadas, así como en la disminución significativa del nivel de depresión.

Rosas (2019) realizó un programa de estimulación cognitiva en 10 personas de entre 50 a 80 años, de ambos sexos, con diagnóstico de deterioro cognitivo leve y moderado, compatible con la enfermedad de Alzheimer incipiente, de un Hospital nacional, Perú. El estudio es de tipo cuasi-experimental con un diseño experimental, de sobre un Programa de estimulación cognitiva en 10 personas. El objetivo fue determinar los efectos del determinado programa en la memoria y orientación. Los instrumentos administrados fueron: Minimental

State Examination (MMSE) y el test de Alteración de la Memoria (T@M). El programa consignó 12 sesiones grupales con una duración de 100 y 180 minutos respectivamente. El objetivo fue el siguiente: Determinar los efectos del programa en la memoria y orientación en personas con diagnóstico de deterioro cognitivo leve y moderado de un hospital Nacional. Se logró los resultados siguientes: Existió diferencias significativas en las siguientes capacidades: la memoria de evocación libre y con pistas; así como también, la orientación de tipo temporal (solo siendo evaluado con el T@M mas no con el test de Minimental). De la misma manera, después del programa se redujo a solo dos grupos de diagnóstico: normal y deterioro cognitivo. No existieron diferencias significativas en la memoria inmediata y semántica. Las conclusiones fueron las siguientes: El programa demostró efectos significativos en las áreas evaluadas.

Barazorda (2020) realizó un programa de intervención neuropsicológica en una paciente de 75 años con deterioro cognitivo moderado. El estudio científico de diseño de caso único y tipo descriptivo. El objetivo fue propiciar un mayor desenvolvimiento a nivel cognitivo, conductual y social reduciendo los déficits cognitivos de su nivel de orientación, atención selectiva, memoria a corto plazo y capacidad viso- constructiva. La evaluación neuropsicológica consistió en la aplicación de las siguientes pruebas: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS- IV), Minimental State Examination (MMSE), Exploración Neuropsicológica breve en español (NEUROPSI), test de la Figura Compleja de Rey de Osterrieth, test de Aprendizaje Audioverbal de Rey, test de Retención Visual de Benton, Escala de Memoria de Wechsler, test de Alteración de la Memoria (T@M), Cognistat- versión en español y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. El programa estuvo conformado por 16 sesiones. Tuvo los siguientes resultados: A nivel intelectual, no se ha registrado cambios significativos, en el área de orientación (de tiempo y espacio) se observaron un ligero incremento, la atención se observó un incremento en su desempeño, así

mismo, se evidenció mejora en la memoria audioverbal, y la memoria visual no se observó cambios. Las conclusiones fueron las siguientes: El programa logró cambios favorables en el área de orientación y atención selectiva; mientras que las áreas de atención sostenida, la memoria, las praxias y las funciones ejecutivas, no se evidenciaron cambios favorables en su desempeño.

Arteaga (2021) realizó un programa de rehabilitación neuropsicológica en un paciente de 88 años con demencia de tipo Alzheimer en la Ciudad de Trujillo. El objetivo fue propiciar un mayor desenvolvimiento a nivel cognitivo, conductual y emocional a través del uso de estrategias de restauración, compensación y sustitución para reducir sus déficits cognitivos en áreas como la atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas; así como también, preservar sus áreas conservadas. La evaluación neuropsicológica consistió en la aplicación de las siguientes pruebas: Minimal State Examination (MMSE), test del Dibujo del Reloj (CDT), test de Alteración de la Memoria (T@M) y test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP). El programa estuvo conformado por 11 sesiones, y se obtuvieron los siguientes resultados: En el área de orientación (de tiempo y espacio), el lenguaje y la gnosia se observaron un ligero incremento en su desempeño; así como también, la praxia y las funciones ejecutivas se evidenciaron mejoras; finalmente, la atención y la memoria tuvieron un incremento evidente en su desempeño. Se plantearon las siguientes conclusiones: La aplicación del programa de rehabilitación neuropsicológica demostraron una importante mejoría en los procesos cognitivos y un adecuado mantenimiento de sus funciones cognitivas, presentando diferencias entre el pre- test y el post- test.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Doménech (2004) realizó un estudio sobre la aplicación de un programa de estimulación de memoria a 24 personas con edades de entre los 65 – 85 años que presentan Alzheimer en fase leve, pertenecientes a la Unidad de Diagnóstico de Trastornos Cognitivos

y de la Conducta de la Fundación ACE, Institut Catalá de Neurociències Aplicades de Barcelona, España. Tuvo como objetivo: Evaluar el programa de entrenamiento estructurado de la memoria a personas con Alzheimer con un grado de deterioro leve. En base a los instrumentos de evaluación, se les administró a los pacientes los siguientes instrumentos de evaluación Minimental State Examination (MMSE), Alzheimer's Disease Assessment Scale, Cognitive Scale, Adas – cog., Test Conductual de Memoria RIVERMEAD (RBMT) y Syndrom Kurztest, SKT a los familiares cuidadores, los siguientes: Escalas de valoración de las actividades de la vida diaria tales como: Rapid Disability Rating Scale (RDRS-2) y la Escala de Blessed; así como también, el Neuropsychiatric (NPI). El programa consistió en 97 sesiones con 3 visitas de seguimiento. El programa se desarrolla en 2 grupos comprendidos por 6 personas, homogéneos en relación al diagnóstico clínico (demencia tipo Alzheimer) y al grado de deterioro del paciente, siendo dos sesiones semanales de 01 hora y 30 minutos, para cada grupo. Se obtuvieron los resultados que se muestran a continuación: Mejoraron sus puntuaciones medias desde el inicio hasta el final de tratamiento en la valoración psicopatológica general. Los pacientes tuvieron cambios conductuales a partir de los seis meses hasta finalizar el estudio y mejoraron su estado de ánimo disminuyendo su inercia hacia la apatía; no obstante, se mostraron menos depresivos a partir de los 12 meses. Las personas que estaban en el grupo control presentaron mayores cambios de personalidad y de conducta, aumentando su apatía. Se concluyó en que el programa resultó efectivo en el rendimiento cognitivo global de las personas con la enfermedad de Alzheimer leve, mejorando las funciones cognitivas generales de manera gradual tras la intervención. De la misma manera, demostró efectividad en el mantenimiento de la orientación temporal, de la memoria a lo largo del año de tratamiento, así como también, evidenció una leve mejoría en la memoria visual a los 6 meses de iniciado el tratamiento hasta finalizar el mismo, en especial en el mantenimiento de la memoria visual inmediata y de la memoria visual de

reconocimiento. Demostró una leve mejoría en la memoria visual recuente a partir de los 06 meses de tratamiento hasta finalizar el mismo. El tratamiento fue eficaz en la velocidad de la realización de las tareas cognitivas y en el mantenimiento de las actividades de la vida diaria (básica e instrumental). No obstante, no mostró eficacia en la memoria verbal durante todo el periodo de tratamiento.

Zamarrón et al. (2008) efectuó un estudio sobre la plasticidad cognitiva en 26 personas con enfermedad de Alzheimer en fase leve que reciben programas de estimulación cognitiva, cuyas edades medias son de 72 y 76 años, pertenecientes a la Unidad de Diagnóstico de Fundación ACE, España. Tuvo los siguientes objetivos: Evaluar la plasticidad cognitiva, antes y después del tratamiento. La evaluación neuropsicológica consistió en la aplicación de las siguientes pruebas: Minimental State Examination (MMSE) y la Batería de Evaluación de Potencial de Aprendizaje en Demencias (BEPAD). El programa constó de 6 meses y se obtuvieron los siguientes resultados: Los participantes incrementaron su rendimiento en todas las pruebas de evaluación de potencial de aprendizaje con respecto al nivel previo al entrenamiento: memoria viso- espacial, audio – verbal y fluidez verbal. Se concluyó: El entrenamiento cognitivo realizado pudo incrementar la plasticidad cognitiva en los pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase leve, en tareas de memoria viso- espacial, audio – verbal y en fluidez verbal; y cuyos pacientes que no fueron tratados declinaron en su plasticidad cognitiva.

Rondón et al. (2011) realizaron un programa de rehabilitación neuropsicológica en 3 pacientes con edades de entre los 74 a 81 años, con Alzheimer en su fase leve y moderada, correspondiente a distintos centros de salud y geriátricos de Colombia. Tuvo como objetivos: Mantener o mejorar la actividad mnésica de los pacientes diagnosticados con demencia tipo Alzheimer. Los instrumentos administrados fueron: Minimental State Examination (MMSE), el formato de entrevista a los pacientes y el protocolo de evaluación neuropsicológica. El

programa constó de 20 sesiones. Tuvo los siguientes resultados: Hubo mejoría de la actividad mnésica en los pacientes con Alzheimer en su fase leve y moderada. Se concluyó la efectividad del programa de rehabilitación neuropsicológica, al lograr detener el proceso de deterioro progresivo mnésico de una fase a otra.

Mogollón (2014) realizó una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor en Costa Rica, tomando como referente las evidencias empíricas presentadas por los investigadores del campo de neurociencias, teniendo el apoyo de las tecnologías del mapeo cerebral. Tuvo como objetivo: Proponer una alternativa del mejoramiento cognitivo de acuerdo con los aportes y evidencias presentadas por expertos en el tema. Se tuvo como resultados: Estas investigaciones analizaban las posturas que estaban a favor o en contra del uso del entrenamiento cerebral. Finalmente, se concluyó en la viabilidad de la propuesta a pesar de la vulnerabilidad natural del adulto mayor.

García (2015) efectuó un programa de estimulación cognitiva en una muestra de 5 personas adultos mayores cuyas edades comprenden de entre 70 y 85 años, con probable enfermedad de Alzheimer en fase leve, pertenecientes de un municipio de Madrid, España. Tuvo como objetivo: Evaluar la eficacia del programa de estimulación cognitiva en personas con probable enfermedad de Alzheimer. Los instrumentos administrados fueron: Mini Examen Cognitivo (MEC), Escala de Depresión Geriátrica. El programa se desarrolló en 36 sesiones aprox. Y en un plazo de 9 meses. Tuvo los siguientes resultados: Mejoría significativa tras el programa de estimulación cognitiva en los dominios cognitivos como la memoria, el lenguaje, las habilidades visuoespaciales; así como en el estado de ánimo. Finalmente, se concluyó que la estimulación cognitiva reportó beneficios tanto a nivel cognitivo y emocional.

Martínez (2018) efectuó un programa de estimulación cognitiva para el incremento del funcionamiento cognitivo de 30 adultos mayores de un centro de atención de Guatemala,

cuya edad promedio fue de 75 años. El objetivo fue evaluar la eficiencia del programa de estimulación cognitiva para adultos mayores. El estudio constó de un grupo experimental y un grupo control. El instrumento administrado fue la exploración neuropsicológica breve en español (NEUROPSI). El programa se desarrolló en 16 sesiones. Tuvo como resultados: Mejor rendimiento en la orientación, la concentración, la detección visual. Respecto a la memoria, lo que corresponde a la capacidad para codificar objetos, copiar figuras y concentrarse en los detalles específicos. Se conservó los resultados obtenidos en lenguaje, funciones ejecutivas, conceptuales y motoras. Tuvo las siguientes conclusiones: El programa brindó mejoría significativa sobre todo en las áreas visoespaciales, de memoria, de reconocimiento de palabras y figuras.

León y Miranda (2018) desarrollaron un programa sobre la eficacia del tratamiento de la demencia valorado por la progresión evolutiva en 128 pacientes geriátricos con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, pertenecientes a la consulta externa del Instituto de neurociencias de Guayaquil, Ecuador. Pacientes que tuvieron mayor de 12 meses de tratamiento y, por otro lado, pacientes que tuvieron menor o igual a 12 meses de tratamiento. El objetivo es orientar en determinar la eficacia del tratamiento en mención en la evolución de los pacientes. Se realizó la revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con demencia en cuanto a la edad, sexo, factores de riesgo, antecedentes familiares y comorbilidades. Tuvo como resultados: No existe la presencia de una relación directa entre el tiempo de tratamiento y la progresión de la enfermedad, en los pacientes menores de 72 años que no presentan factores de riesgo. Se concluyó que existe progresión de la enfermedad en pacientes con más de un año de tratamiento y cuando además tengan factores de riesgo asociados y edad sea mayor a 72 años.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1. Neuropsicología de la demencia. Se detalla lo siguiente:

A. Evolución histórica. El término demencia se usó en el poema “Dererum natura” del autor Tito Lucrecio del siglo I a. C., definiéndose como una enfermedad cerebral que se da con el paso de los años, con la connotación de locura o estado de deterioro cognitivo y conducta anormal incomprensible. (Slachevsky, 2016)

García – Albea (2009, citado en Custodio et al., 2018) mencionó que posiblemente Celsius en el siglo II a. C. empleó el término demencia con connotaciones médicas. Años más tarde, Arateous de Capadocia, empleó el término demencia con las primeras alusiones del “demencia senil”, el cual la asociaba con la edad.

Nitrini (2011, citado en Custodio et al., 2018) refirieron que Pablo de Egina intentó hacer una distinción entre el deterioro cognitivo y la demencia, siendo la demencia un proceso adquirido, mientras que el deterioro cognitivo se debe a factores congénitos que implica retraso mental.

Slachevsky (2016) manifestó que en 1700 empezó a usarse el término de demencia para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica más precisa, definiéndola como una enfermedad que es considerada como la parálisis del espíritu, que consiste en la abolición de la facultad de razonar. De esta manera, la demencia se debe a la abolición de las fibras que no pueden reaccionar a los cambios, por un efecto de alguna enfermedad o de la vejez; o a un pequeño volumen de la cabeza o causa del cerebro, por un golpe en la cabeza, de una enfermedad como la epilepsia.

Custodio et al. (2018) señalaron que el término de demencia se usa para cuadros de trastornos cognitivos adquiridos; mientras que en el siglo XIX se restringe a los trastornos irreversibles que afectan a los ancianos. De la misma manera, el mismo autor refirió que, a la segunda mitad del siglo XIX, se proponen las taxonomías de las enfermedades mentales para identificar la presencia de demencias seniles y de las lesiones en el sistema nervioso central.

Kertesz et al. (1996, citados en Custodio et al., 2018) mencionó la presencia del caso de Augusto de 71 años del Instituto Psiquiátrico de Praga en el año 1892, quien, al presentar un severo desorden del lenguaje, reveló una severa atrofia cerebral con predominio del lóbulo temporal izquierdo.

Slachevsky (2016) manifestó que el actual concepto de la demencia se construyó a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, considerándola como el resultado de los trastornos irreversibles de las funciones intelectuales.

Berríos (1990, citado en Berríos, 2005) manifestó que a principios de 1900 se consolidó el paradigma cognitivo, en el cual se creía que la demencia era un trastorno irreversible de las funciones intelectuales, por lo que finalmente se modificó esta perspectiva, tratando de buscar los sitios cerebrales responsables de su enfermedad.

Nitrini (2011, citado en Custodio et al., 2018) mencionó a Alzheimer quien describió los cuerpos y células de Pick en el año 1911, así como, los marcadores típicos de la demencia fronto – temporal.

Posteriormente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales (DSM-3, 1980) de American Psychiatric Association (APA) mencionó los siguientes criterios diagnósticos de la demencia:

- i. Una pérdida de habilidades intelectuales de suficiente gravedad que interfiere en el funcionamiento social y ocupacional.
- ii. Deterioro de la memoria.
- iii. Al menos 1 de los siguientes criterios:
 - a. Deterioro del pensamiento abstracto.
 - b. Deterioro del juicio.
 - c. Otras alteraciones de la función cortical superior.
 - d. Cambio de personalidad.

- iv. Estado de conciencia no cumple con los criterios para delirio o embriaguez.
- v. Sea:
 - a. Con evidencia en la historia, examen físico o laboratorio.
 - b. En ausencia de un factor orgánico necesario para que se pueda suponer trastornos mentales orgánicos.

Años más tarde, Mckhann et al. (1984) refirieron que la National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS – ADRDA, 1984) indicó que la demencia es el declive de las funciones cognitivas en comparación con el nivel de su desenvolvimiento del paciente en su vida cotidiana, determinado por la historia de declive y por las alteraciones apreciadas en las pruebas neuropsicológicas. Asimismo, la enfermedad de Alzheimer como una enfermedad que tiene un inicio insidioso y el deterioro progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas. No hay déficits motores, sensoriales o de coordinación al principio de la enfermedad.

Custodio et al. (2018) mencionaron que conforme fue avanzando las neurociencias, se planteó la necesidad de perfilar los criterios diagnósticos en un consenso.

B. Definición de demencia. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE -10, 1992) de la OMS, definió a la demencia como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, tales como: la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Existe un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Produce un deterioro intelectual que repercute en la actividad cotidiana; así como el deterioro de la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva. De esta manera, los criterios son los siguientes:

G1. Existen pruebas de cada uno de los siguientes síntomas:

1. Deterioro de la memoria sobre todo para el aprendizaje de nueva información de material verbal y no verbal. La gravedad del deterioro debe ser valorada de la siguiente forma:

a. Leve: El grado de pérdida de la memoria interfiere con las actividades habituales, aunque no se observa tanta afectación que involucra su autonomía.

b. Moderado: El grado de pérdida de la memoria representa una dificultad seria para la vida independiente. Sólo se retiene el material muy bien aprendido o que sea muy familiar. Es incapaz de evocar información básica sobre la dirección de su domicilio, nombres de personas cercanas o las actividades que recientemente ha realizado.

c. Grave: El grado de pérdida de la memoria se caracteriza por la incapacidad completa de retener nueva información. Sólo existen fragmentos aislados. Fracasa al intentar reconocer a los familiares cercanos.

2. Presencia de déficit de otras habilidades cognoscitivas como el deterioro en el juicio y pensamientos; entre ellas, se encuentra la planificación y organización, y el procesamiento general de la información. La gravedad del déficit de las capacidades cognitivas debe ser valorada de la siguiente forma:

a. Leve: El déficit de las capacidades cognitivas interfiere con los rendimientos y actividades de la vida diaria.

b. Moderado: El déficit de las capacidades cognitivas genera incapacidad de manejarse sin la asistencia de los demás en su vida diaria.

c. Grave: El déficit de las capacidades cognitivas se caracteriza por la ausencia, real o virtual, de ideación inteligible.

G2. Ausencia de conciencia durante un periodo de tiempo suficientemente largo.

G3. Deterioro de control emocional, motivación en el comportamiento con los demás, manifestándose al menos uno de los siguientes:

- d. Labilidad emocional.
- e. Irritabilidad.
- f. Apatía.
- g. Embrutecimiento en el comportamiento social.

G4. Los síntomas deben haberse presentado al menos seis meses.

El DSM – 4 (1994) manifestó los siguientes criterios:

- A. Desarrollo de múltiples trastornos cognitivos manifestados por:
 - 1. Alteración de la memoria.
 - 2. Alteración de uno o más de los siguientes aspectos:
 - a. Afasia.
 - b. Apraxia.
 - c. Agnosia.
 - d. Alteración de la función ejecutiva.
- B. Alteración significativa del funcionamiento familiar, social o laboral.
- C. Inicio gradual y disminución cognitiva continuada respecto al nivel previo de funcionamiento.

Peña- Casanova (1998) definió la demencia como una alteración de las capacidades neuropsicológicas que implica distintos grados de dependencia y una carga para la familia y sociedad. Un año más tarde, el mismo autor, la conceptualizó como una disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de función, cuya disminución está manifestada en cambios psicológicos y del comportamiento, alteración de las capacidades sociales y laborales. (Peña- Casanova, 1999)

El DSM-5 (2011) introdujo el concepto de trastorno neurocognitivo, que se haya dentro de los trastornos mentales orgánicos, ubicando la demencia como parte de un trastorno neurocognitivo mayor. Entre los criterios se encuentran los siguientes:

1. La evidencia de un declive cognitivo sustancial en relación a un nivel previo de mayor, desempeño en uno o más de los dominios cognitivos, referidos como preocupación o quejas del paciente.
2. El declive en el desempeño neuropsicológico que implica un desempeño en las pruebas cognitivas del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica normada y validada.
3. Interfiere con la independencia.
4. Que no ocurre exclusivamente en el contexto de delirium.

La demencia es un deterioro adquirido, crónico y generalizado que afecta a dos o más áreas: memoria, capacidad para resolver problemas, realización de actividades perceptivo – motrices, manejo emocional y habilidades de la vida diaria. (Jurado et al., 2013)

Slachevsky et al. (2008) definieron la demencia como un conjunto de enfermedades que causan disfunción cerebral, visible en la pérdida de las habilidades cognitivas asociadas a los trastornos de la conducta, cuya afectación interfiere con las actividades habituales.

Custodio y Montesinos (2015) definieron la demencia como el resultado de la afectación de las funciones mentales o cognitivas que comprometen la capacidad funcional de la persona hasta ser totalmente dependiente. Para ello, se requiere evaluar la memoria y al menos de una de las otras áreas que pueden estar comprometidas, entre ellas, el lenguaje, praxia, juicio, cálculo o habilidades visuo-espaciales; las cuales interfieren con su funcionalidad y autonomía.

Bagnati (2015) describieron a la demencia como un deterioro cognitivo adquirido y persistente de una o más capacidades cognitivas, que están asociadas a alteraciones conductuales y de severidad suficiente que afecta la autonomía.

La Sociedad Española de Neurología (2018) definió la demencia como un empeoramiento cognitivo progresivo que conlleva a la afectación gradual de las actividades cotidianas desembocando en un deterioro significativo que interfiere con la autonomía e independencia del paciente. El deterioro evoluciona sucesivamente desde la fase leve, en las cuales las actividades instrumentales están ligeramente afectadas y las actividades básicas se encuentran preservadas; sin embargo, cuando el paciente se encuentra en una fase avanzada, el paciente se vuelve totalmente dependiente.

La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelectual, el pensamiento, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. (OMS, 2021; OPS, 2021)

Alzheimer's Association (2022) describe la demencia como un término general para un deterioro grave de la capacidad mental que interfiere con la vida diaria. Los trastornos contemplados en la demencia son causados por cambios cerebrales anormales. Los cambios desencadenan disminución en las habilidades de pensamiento y habilidades cognitivas, afectando en su vida diaria y la función independiente, el comportamiento, los sentimientos y las relaciones.

C. Ámbitos. Se detallan los siguientes:

c1. Ámbito psicológico.

Portellano (2005) mencionó que en las demencias se presentan las siguientes alteraciones psíquicas: Presencia de manifestaciones de suspicacia, egocentrismo, agresividad, pasividad y ansiedad. Tendencia a la fuga y vagabundeo. Evidencia de mutismo y amimia. Síntomas depresivos y pseudodepresión. Puede haber desinhibición sexual y

conductas perseverativas. Manifestación de gatismo en las fases terminales que implica desestructuración personal y del autocuidado e higiene, con incontinencia urinaria y fecal, puede desaparecer la sonrisa y presentar ausencia de capacidad relacional.

Años más tarde, Olazarán- Rodríguez et al. (2012) mencionaron que los síntomas psicológicos que se manifiestan en la demencia son los siguientes:

- Alteración del pensamiento: Creencias erróneas o falsas interpretaciones, delirios, identificaciones y fabulaciones.
- Ilusiones y alucinaciones: Percepciones distorsionadas de tipo visual, auditivo, olfatorio, gustativo, somático u otra experiencia sensorial.
- Agresividad: Conducta física o verbal que puede causar daño físico o moral.
- Depresión: La suma de tristeza, anhedonia, sentimiento de ser una carga, falta de esperanza, que generan un malestar significativo o pérdida de funcionalidad.
- Ansiedad: Sentimiento de pérdida de control excesivo o injustificado.
- Euforia: Humor anormal elevado o apropiado.
- Apatía: Falta de interés, motivación, sentimiento, emoción o preocupación.
- Desinhibición: Falta de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal.
- Irritabilidad: Cambios de humor rápidos no justificados, intolerancia.
- Hiperactividad motora: Aumento de la deambulación que no explica por necesidades básicas.
- Vocalizaciones repetidas: Expresión vocal que no obedece a un cambio en el paciente o en su entorno.
- Alteración del sueño: Pérdida del ciclo sueño – vigilia fisiológica.
- Aumento del apetito. Impulso elevado para la ingesta de todos o de algún tipo de alimento, o ingesta de otras sustancias.
- Disminución del apetito: Falta del impulso para la ingesta.

c2. Ámbito cognitivo.

Portellano (2005) mencionó que las características de la demencia son:

- Es definido como una alteración global de las capacidades cognitivas previamente adquiridas.
- El deterioro cognitivo es un proceso generalmente progresivo.
- El deterioro cognitivo se va percibiendo mayor número de funciones afectadas y un mayor grado de deterioro.
- La pérdida de memoria es el síntoma más característico.
- Se acompaña de síntomas de afasia, agnosia y apraxia.
- Tiene carácter crónico.
- Tiene que tener una duración superior a los 06 meses.
- La demencia no está causada por un trastorno delirante, coma o disminución transitoria del estado de conciencia.
- No existe deterioro de la conciencia.
- Interfiere de forma significativa en la capacidad para la realización de actividades de la vida diaria en la persona afectada.
- Presenta una conciencia clara del problema en las fases iniciales.
- Está conservado el nivel de alerta.
- Frecuentemente es un proceso de deterioro irreversible.
- Suele implicar a ambos hemisferios cerebrales.

El mismo autor manifestó que las manifestaciones semiológicas de la demencia son:

- Memoria: Existencia de alteraciones de la memoria es el trastorno más frecuente y característico de la demencia. La memoria implícita se encuentra mejor preservada mientras que la memoria de hechos recientes está más afectada.

- Lenguaje: Evidencia de un empobrecimiento cuantitativo y cualitativo, siendo más acentuado en las demencias corticales. Aumento de alteraciones disfásicas (anóminas). Presencia de otras alteraciones como: circunlocuciones paligrafía, logoclonia y parafrasis.

- Praxias: Evidencia disminución en el flujo motor. Existencia de apraxias ideomotrices, ideatorias, constructivas y del vestir.

- Gnosias: Presencia de agnosias visuales, alteraciones visoperceptivas y desorientación espacio- temporal.

- Cálculo: Anaritmética.

- Funciones ejecutivas: Evidencia de dificultad para realizar acciones propositivas, presencia de perseveración y lentificación del procesamiento cognitivo.

Asimismo, Portellano (2005) indicó las características neuropsicológicas de acuerdo a cada una de los diferentes tipos de demencias:

- Demencia por la enfermedad de Alzheimer: La pérdida de la memoria a corto plazo, fundamentalmente la memoria explícita es el síntoma más característico, que se da de manera progresiva, al que se le van añadiendo otros déficits en otras áreas cognitivas afectando la memoria, lenguaje, gnosias y praxias, así como área afectivo- comportamentales. Deterioro progresivo e irreversible de las funciones cerebrales superiores con pérdida de la memoria, capacidad de razonamiento y lenguaje. Empobrecimiento del pensamiento y pérdida de iniciativa conductual y cognitiva. No existe conciencia de su déficit.

- Demencia de Pick o demencia fronto – temporal: Inicia con alteraciones en la conducta personal y adaptativa; es decir, evidencia dificultades en el autocuidado intensos trastornos de la memoria a comparación de la enfermedad de Alzheimer; no obstante, presenta intensos trastornos de atención, distractibilidad y evitación de actividades que requiere mayor demanda cognitiva. Manifiesta un lenguaje pobre, más obedece normas

gramaticales y sintácticas. Presenta logorrea. Las áreas conservadas (orientación espacial, cálculo, gnosias y praxias) solo se evidencian alteraciones en las fases avanzadas.

- Demencia por Cuerpos de Lewy o Parkinson- Plus: Presenta combinación de trastornos motores, cognitivos y psiquiátricos. Al inicio no se manifiestan alteraciones de memoria, sino signos parkinsonianos extrapiramidales, alteraciones cognitivas, alucinaciones visuales, generando deterioro progresivo. De forma progresiva, se va evidenciando deterioro en la memoria y otras funciones cognitivas.

- Parkinson: Alteraciones motoras y del tono muscular que tiende a la involución, temblores, bradicinesia, trastornos musculares, trastornos del equilibrio, hipomimia, hipometría, inestabilidad postural, dificultad para el inicio de la marcha, disminución del volumen del habla, disartia y micrografía. En la fase final, el individuo presenta acinesia generalizada.

- Enfermedad de Huntington: Presentan deterioro progresivo de memoria, razonamiento abstracto y capacidad de juicio. Posteriormente, puede existir trastornos psicomotores, dificultades para el control ocular y almacenamiento mnésica.

- Demencia vascular o demencia multi- infarto: Chui (2006, citado en Bayona, 2010) refirió que la memoria no es función intelectual más comprometida. La atención, el aprendizaje y las funciones ejecutivas son las áreas más alteradas en diferentes grados.

- Demencia por Virus de la Inmunodeficiencia Humana: cambios cognitivos sutiles con dificultad para de atención y concentración, presencia de trastornos mnésicos y lentitud de respuestas motoras y verbales. Asimismo, incluye apatía, trastornos en la concentración y memoria, lentificación psicomotora y rendimiento cognitivo disminuido.

- Esclerosis Múltiple: ataxia, debilidad motora, espasticidad, neuritis óptica, disartria, crisis epilépticas e incontinencia de esfínteres. Asimismo, manifiestan alteración del

rendimiento intelectual, de las funciones ejecutivas, de la atención y velocidad del procesamiento, y memoria, del lenguaje y alteraciones emocionales.

- Enfermedad de Wilson: Presencia de rigidez muscular creciente, temblores y demencia progresiva.

c3. Ámbito anatómico.

- Demencia por la enfermedad de Alzheimer: se relaciona con la atrofia en los lóbulos temporales y la pérdida de neuronas en las capas profundas de la corteza cerebral, con alargamiento de los ventrículos. Asimismo, se manifiesta un deterioro dopaminérgico en los ganglios basales con alteración del patrón neuroquímico.

Cummings et al. (1998, citados en Beteta, 2004) manifestó que los cambios histopatológicos incluyen: Placas neuríticas, ovillos neurofibrilares, pérdida de sinapsis y neuronas, degeneración gránulo vacuolar, angiopatía amiloide y placas AMY no amiloides asociadas a presencia de mediadores inflamatorios.

Desde el punto de vista bioquímico, Beteta (2004) refirió que existe la presencia de inflamación, anomalías del stress oxidativo y del metabolismo lípido, destacando el hallazgo de una reducción de sulfátido, el 90% en la sustancia gris, el 50% en la sustancia blanca y el 40% en el líquido cefalorraquídeo.

Asimismo, Squitt et al. (2003, citados en Beteta, 2004) mencionó la presencia de la elevación del nivel de cobre sérico, revelando la homeostasis perturbada del cobre, zinc y hierro, que se deposita en las placas seniles, en los ovillos neurofibrilares y en el líquido cefalorraquídeo.

- Demencia de Pick o demencia fronto – temporal: por la atrofia cortical progresiva asociada a gliosis de la sustancia blanca temporal anterior y en menor grado del cuerpo estriado, tálamo y amígdala.

- Demencia por Cuerpos de Lewy o Parkinson- Plus: Presencia de inclusiones protoplasmáticas esféricas situados en el núcleo motor dorsal del vago, en la corteza límbica, núcleo basal, tálamo e hipotálamo, entre otros.

- Parkinson: causada por la degeneración de las neuronas productoras de dopamina de la sustancia negra y en los ganglios basales; generado por la afectación de la sustancia negra y del locus coeruleus.

Abou – Sleiman (2003, citado en Beteta, 2004) manifiesta la existencia de 4 genes como la alfa sinucleína, el Parkin y DJ-1 y el UCH – L1.

- Enfermedad de Huntington: causada por la mutación de un gen en el cromosoma 04.

- Demencia vascular o demencia multi- infarto: Beteta (2004) señaló que la hipertensión arterial es un factor de riesgo que produce isquemia persistente, generando desmielinización progresiva. Esta demencia no solo afecta la sustancia blanca, que se observan a través a través de los infartos en el tálamo y núcleo caudado; sino que también causan desmielinización multifocal o difusa del cerebro.

Portellano (2005) indicó que es causada por multi- infarto cerebral, encefalopatía arteriosclerótica subcortical y lesiones que producen hemiparesia, trastornos de la marcha e incontinencia urinaria. Presencia de presencia de síntomas focales neurológicos e hiperreflexia.

Beteta (2004) informó que, desde el punto de vista bioquímico, eexiste la alteración de la degradación del sulfátido que se encuentra aumentado en el líquido cefalorraquídeo.

- Enfermedad de Wilson: Producto de la degeneración hepatolenticular+, causada por la presencia de un gen autonómico que genera trastorno en el metabolismo del cobre y acumulándose en los ganglios basales.

D. Clasificación de las demencias. Se clasifica las demencias en 02: Por la etiología y por la localización de las lesiones cerebrales. (Ardila y Ostrosky, 2012)

D1. Por su etiología

Se clasifica en demencias degenerativas, vasculares y demencias producidas por otros factores causales. (Ardila y Ostrosky, 2012)

- Demencias degenerativas: Alzheimer, síndromes focales progresivos (demencia frontotemporal, demencia de Pick, etc.) y otras enfermedades degenerativas (Parkinson, demencia por cuerpos de Lewy, etc.)
- Demencias vasculares: Hipóxica, multi-infartob, etc.
- Demencias producidas por otros factores causales: Infecciosas, endocrino-metabólicas, neoplásicas, carenciales, tóxicas, etc.

Tabla 1

Tipos de demencia

TIPOS	CORTICAL	SUBCORTICAL	TRATABLE
DEGENERATIVAS:			
Enfermedad de Alzheimer.	X		NO
Demencia frontotemporal.	X		NO
Enfermedad de Parkinson.		X	NO
Enfermedad de Huntington.		X	NO
Parálisis supranuclear progresiva.		X	NO
VASCULARES:			
Demencia multi-infartos.	X		Parcialmente

Enfermedad de Biswanger.		X	NO
--------------------------	--	---	----

TRAUMÁTICAS:

Hematoma subdural crónico.	X		SI
----------------------------	---	--	----

Pugilística.	X		NO
--------------	---	--	----

INFECCIOSAS:

Neurosífilis.	X		SI
---------------	---	--	----

Jacob – Creutzfeldt.	X	X	NO
----------------------	---	---	----

VIH		X	NO
-----	--	---	----

OBSTRUCTIVAS:

Hidrocefalia.	X		SI
---------------	---	--	----

METABÓLICA:

Enfermedad de Wilson.	X		SI
-----------------------	---	--	----

TÓXICAS:

Intoxicación por plomo.	NA	NA	SI
-------------------------	----	----	----

NEOPLÁSICAS:

Tumores frontales.	X		Depende
--------------------	---	--	---------

PSIQUIÁTRICAS:

Esquizofrenia.	NA	NA	NA
----------------	----	----	----

Nota. Tomado de *Tipos de demencia*, por Ardila y Ostrosky, 2012, Guía para el Diagnóstico Neuropsicológico.

D2. Por la localización de las lesiones cerebrales.

Se clasifican en demencia corticales, subcorticales y axiales. (Portellano, 2005; Ardila y Ostrosky, 2012)

- Demencias corticales: Son producidas por una lesión de las áreas asociativas del córtex frontal y temporoparietooccipital. Presencia de déficit inicial en la memoria y aparición progresiva de manifestaciones afásicas, apráxicas y agnósicas, y alteraciones psíquicas. En la fase inicial, no existe la presencia de síntomas neurológicos positivos. El deterioro intelectual global es prominente; no obstante, en las fases iniciales del cuadro de demencia, puede estar encubierto por un adecuado manejo postural, buenas relaciones y expresión vivaz. Es usual que el paciente no sea consciente de sus déficits; sin embargo, los familiares han observado sus olvidos y las dificultades de memoria. Entre ellas, se encuentran: Alzheimer, Demencia de Pick o traumatismo craneoencefálico.

- Demencias subcorticales: Son producidas por una lesión de los núcleos grises del interior de los hemisferios cerebrales (ganglios basales, tálamo o núcleos del tronco cerebral). Presencia de una afectación del sistema extrapiramidal, siendo un rasgo característico. Existe un déficit mnémico provocado por una lentificación en los procesos de información previamente consolidada. Presencia de síntomas neurológicos positivos, con bradipsiquia generalizada. Presencia de trastornos del humor y pérdida de las estrategias de resolución de tareas complejas. Afectación motora con hipoactividad, acinesia e inatención. Entre ellas, tenemos: Parkinson, Huntington, etc.

- Demencias axiales: Son producidas por una lesión de las estructuras ubicadas en el eje medio del encéfalo (hipocampo, hipotálamo, fórnix, cuerpos mamilares); asimismo, esta demencia es causada frecuentemente por el consumo abusivo y continuado de alcohol tras 15 o 20 años aprox. Además, se asocia con la alteración frontal y alargamiento de los ventrículos cerebrales con atrofia cortical difusa y disminución en el grosor del córtex. Presencia de pérdida de memoria de fijación, pérdida de iniciativa y despreocupación frente

al entorno. Además, manifiesta pobreza en la capacidad de juicio, alteración de la atención y memoria reciente. Presencia del individuo aparentemente normal; sin embargo, se observa la pérdida de iniciativa va siendo progresiva. Entre ellas se encuentra la Encefalopatía de Wernicke- Korsakoff.

Es importante considerar que algunas demencias no cumplen específicamente con esta clasificación, ya que pueden afectar de manera conjunta a varias áreas del cerebro. Estas reciben la denominación de demencias mixtas- córtico- subcorticales, puesto que existe afectación tanto de la corteza cerebral como los núcleos grises subcorticales. Además, pueden producir signos disfuncionales similares a los de una demencia cortical. Entre ellas, se encuentran: Demencia de Lewy, algunas demencias vasculares, etc.

Tabla 2

Clasificación de las demencias según localización de las lesiones cerebrales

CARACTERÍSTICAS	DEMENCIAS CORTICALES	DEMENCIAS SUBCORTICALES	DEMENCIAS AXIALES
Patologías incluidas.	Alzheimer. Pick. Multi-infarto. Jacob – Creutzfeld. Neuro- sífilis. Demencia por TCE.	Parkinson. Huntington. Wilson. Demencia Vascular. Demencia talámica. Esclerosis múltiple. Hidrocefalia a presión normal. Parálisis supranuclear progresiva. Demencia por VIH.	Korsakoff.
Localización de la lesión.	Corteza asociativa.	Ganglios basales. Tálamo. Sustancia negra. Mesencéfalo.	Hipotálamo. Hipocampo. Cuerpos mamilares. Fórnix.
Aspecto.	Normal. Tono lucido.	Hipocinético. Pérdida de expresividad.	Normal.
Deterioro Global.	Más acentuado.	Menos acentuado.	Inicialmente

			menos acentuado.
Control motor	Normal en las fases iniciales. Apraxias.	Alteraciones extrapiramidales. Lentificado desde el principio. Deterioro progresivo. Temblor, corea, rigidez. Torpeza, desmañamiento, tosquedad. Ausencia de apraxias.	Pérdida de iniciativa variable.

Nota. Tomado de *Clasificación de las demencias según localización de las lesiones cerebrales*, por Portellano, 2005, Introducción a la neuropsicología.

D3. Clasificación según Longorria et al. (2016). Se indica lo siguiente:

i. Clasificación anatómica o topográfica. Esta clasificación está de acuerdo a las áreas o estructuras que presenten mayor afectación.

- Demencias corticales:

Engloban aquellas demencias que presentan alteraciones de las funciones relacionadas con el procesamiento neocortical; es decir, problemas en la orientación, memoria y lenguaje, sin afección de las funciones motoras finas. Entre ellas se encuentran: Enfermedad de Alzheimer, demencia fronto- cortical y atrofas corticales asimétricas.

- Demencias Subcorticales:

La disfunción principal está relacionada con las estructuras subcorticales (núcleo estriado, tálamo, sustancia blanca, núcleos del tronco cerebral y cerebelo. Produce retraso psicomotor, alteraciones motoras (temblor, bradicisensia, rigidez, caídas y alteraciones de la marcha), apatía, bradipsiquia, trastornos amnésicos.

Entre ellas se encuentran: Demencia con cuerpos de Ley, enfermedad de Parkinson, parálisis supranuclear progresiva, demencia vascular, enfermedad de Creutzfeldt Jakob, demencia por VIH, neurosífilis, enfermedades sistémicas endocrinas, estados de deficiencia

vitamínica, encefalopatías tóxicas, demencia postraumática, hidrocefalia, neoplasias, desmielinización.

ii. Clasificación etiopatogénica. Se orienta el origen fisiopatológico de la enfermedad que tiene relación entre los antecedentes del paciente, la temporalidad y la evolución de la sintomatología.

- Demencias degenerativas primarias.

Obedecen a una causa externa que produce muerte neuronal. Esto se debe a isquemia, infecciones, toxicidad, etc. Las lesiones son corticales y subcorticales.

- Demencias degenerativas secundarias.

Son las demencias más comunes, las cuales se relacionan con los problemas vasculares. Son por causa de: vasculares, metabólicas, carenciales, infecciosas, tóxicas, traumática, neoplasias, desmielinizantes, medicamentos, hidrocefalia y alteraciones psiquiátricas.

- Demencias mixtas.

Son debidos a más de una causa; es decir, a los procesos neurodegenerativos que tienen un componente vascular y un componente externo.

1.2.3.2. Neuropsicología del Alzheimer. Se detalla lo siguiente:

A. Evolución histórica.

El trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad del Alzheimer, se ha reconocido desde el inicio del siglo XX.

Alois Alzheimer en 1907 describió la enfermedad a través de una paciente de 51 años que desarrolló una demencia con afectación predominante del lenguaje y cambios en su conducta. Se consideró la enfermedad Alzheimer bajo en cuadro de la demencia de inicio precoz y clínica no amnésica, la cual lo diferenciaba de la demencia senil cuyo inicio era más

tardío con predominio amnésico atribuida al envejecimiento. (Alzheimer et al., 1995, citados en Tellechea et al., 2018)

Entre 1960 y 1970, se demostró que la neuropatología era la misma en la demencia de inicio precoz y en la senil, deduciendo que ambas pertenecían a la misma enfermedad de Alzheimer. (Katzman, 1976, citado en Tellechea et al., 2018)

B. Definición.

El CIE -10 (1992) describe la enfermedad de Alzheimer como una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida, con rasgos neuropatológicos y neuroquímicos particulares. Suele tener un inicio insidioso y se desarrolla de forma progresiva, durante un periodo de varios años. Manifiesta los siguientes criterios diagnósticos:

Deben cumplirse los criterios generales de demencia.

A. No existen pruebas en la historia clínica, exploración física o investigaciones especiales de otra posible causa de la demencia, de un trastorno sistémico o de abuso de alcohol o sustancias.

B. Los siguientes rasgos pueden reforzar el diagnóstico, pero no son elementos necesarios: repercusión de funciones corticales como la afasia, agnosia o apraxia, disminución de la motivación e impulso, apatía o ausencia de espontaneidad, irritabilidad y desinhibición en el comportamiento social. En casos graves, puede haber cambios extrapiramidales parkisoniformes.

De acuerdo a ello, se subdivide en:

- Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz:
 - Se inicia antes de los 65 años.
 - Se requiere la presencia de al menos una de las siguientes circunstancias:
 - Pruebas de inicio y progresión relativamente rápidos.

- Manifiesto deterioro de la memoria, afasia, agrafia, alexia, acalculia o apraxia.
- Incluye la enfermedad de Alzheimer tipo II.
- Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío:
 - Se inicia después de los 65 años.
 - Se requiere la presencia de al menos una de las siguientes circunstancias:
 - Pruebas de inicio y progresión muy lentos y graduales.
 - Manifiesto deterioro de la memoria sobre el deterioro intelectual.
 - Incluye la enfermedad de Alzheimer tipo I.
- Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta:
 - Incluye las demencias mixtas vascular y de Alzheimer.
- Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

El DSM – 4 (1994) manifestó que la enfermedad de Alzheimer presenta los siguientes criterios:

- A. Desarrollo de múltiples déficits cognitivos que se manifiesta por ambos:
 1. Deterioro de la memoria.
 2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - a. Afasia.
 - b. Apraxia.
 - c. Agnosia.
 - d. Alteración de la ejecución.
- B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 Y A2 provocan:
 1. Un deterioro significativo de la actividad laboral o social.
 2. Representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.

D. Lo déficit cognitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognitivos (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, tumor cerebral, etc.)

2. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, deficiencia de la vitamina B₁₂, deficiencia de ácido fólico, etc.)

E. El déficit no aparece exclusivamente en el trascurso de un delirium.

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje I (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

El DSM – 5 (2011) describió el trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer. Se da en personas adultas mayores, pero también es común en personas mayores de los 40 años con síndrome de Down. El primer síntoma que aparece es la pérdida de la memoria, comprendido por la memoria reciente y memoria remota. La conciencia puede conservarse hasta una fase avanzada de la enfermedad, pudieran no reconocer a sus familiares de mucho tiempo, e incluso ser incapaces de indicar sus propios nombres. Así mismo, puede presentar aparente cambio de personalidad, ya que puede volverse más obsesivo, reservado, o también, demostrar apatía, labilidad emocional o pérdida de un buen sentido del humor previo. Finalmente, pérdida de la función ejecutiva y de las funciones del lenguaje como la afasia, dificultad para encontrar palabras, el vocabulario se contrae y la conversación se vuelve más errática.

Se evidencia dos alternativas para integrar el diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor debido a la demencia de Alzheimer.

Tabla 3

Principales características de las demencias

	TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.		TRASTORNO NEUROCOGNITIVO LEVE DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	
	Probable	Posible	Probable	Posible
	Cumple los criterios para trastorno neurocognitivo.			
	Evidencia discapacidad de inicio insidioso, progresivo gradual.			
Número de dominios afectados.	Dos o más.		Uno o más.	
Evidencia genética posible de enfermedad de Alzheimer.	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer.	-	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer.	-
Declinación constante, gradual; sin mesetas prolongadas. Sin evidencia de causas mixtas. Declinación de la memoria y el aprendizaje.	Presencia de los 3 factores.	Falta cualquiera de los 3 factores.	Presencia de los 3 factores.	

Nota. Tomado de *Principales características de las demencias*, por American Psychiatric Association, 2011, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5^a ed.).

Custodio y Montesinos (2015) definen la enfermedad de Alzheimer como una enfermedad cerebral degenerativa y progresiva que causa al inicio, un problema con las funciones mentales o cognitivas; entre ellas, la memoria, el pensamiento, el carácter y el comportamiento. De esta manera, rescatan que no es una forma normal en el envejecimiento.

National Institute on Aging (2022) definió a la enfermedad de Alzheimer como un trastorno cerebral irreversible y progresivo que afecta la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar las tareas más simples. Inicialmente involucra partes del cerebro

relacionados a la memoria como la corteza entorrinal e hipocampo. Más tarde, afecta las partes responsables del lenguaje, el razonamiento y el comportamiento social.

Allegri et al. (2011) mencionó que NIN-CDS-ADRDA describió a la enfermedad de Alzheimer probable, con los siguientes criterios:

A. Criterios para el diagnóstico de Alzheimer probable:

1. Demencia establecida por examen clínico y documentada por el Mini Mental State Examination (MMSE), la escala de demencia de Blessed o alguna prueba similar y confirmada por test neuropsicológicos.
2. Déficit en dos o más áreas de la cognición.
3. Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
4. Ausencia de alteraciones de la conciencia.
5. Inicio entre los 40 y 90 años, más frecuentemente después de los 65 años de edad.
6. Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que por ellas mismas pudieran dar cuenta de los trastornos progresivos en la memoria y la cognición.

B. El diagnóstico de Alzheimer probable está apoyado por:

1. Deterioro progresivo de funciones cognitivas específicas como el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción.
2. Alteración de las actividades de la vida diaria y patrones de conducta alterados.
3. Historia familiar de trastornos similares, particularmente cuando están confirmados neuropatológicamente.
4. Exploración de laboratorio que muestran:
 - a. Punción lumbar normal evaluada mediante técnicas estándar.
 - b. Patrón normal o cambios inespecíficos en el EEG tales como incremento de actividad lenta.

c. Evidencia de atrofia cerebral en la tomografía computarizada (TC) y progresión documentada mediante observaciones seriadas.

C. Otros rasgos clínicos consistentes con el diagnóstico de Alzheimer probable, tras la exclusión de otras causas de demencias distintas de la enfermedad de Alzheimer:

1. Mesetas en el curso de progresión de la enfermedad.
2. Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, delirios, ilusiones, alucinaciones, alteraciones sexuales y pérdida de peso, etc.
3. Otras alteraciones neurológicas en ciertos pacientes especialmente en las fases más avanzadas de la enfermedad.
4. Convulsiones en estadios avanzados de la enfermedad.
5. TC normal para la edad.

D. Rasgos que hacen incierto el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable:

1. Inicio brusco.
2. Hallazgos neurológicos focales, como hemiparesia, defectos de campos visuales.
3. Crisis epilépticas o trastornos de la marcha en el inicio o muy al principio del curso de la enfermedad.

E. Diagnóstico de enfermedad de Alzheimer posible:

1. Se puede realizar sobre la base del síndrome de demencia, en ausencia de otras alteraciones neurológicas, psiquiátricas o sistémicas suficientes que causan demencia.
2. Se puede realizar en presencia de una segunda enfermedad sistémica o enfermedad cerebral suficiente para producir demencia.
3. Debería usarse en estudios de investigación cuando se identifica un único trastorno cognitivo grave en ausencia de otra causa.

C. Ámbito cognitivo

Peña – Casanova (1999) mencionó que los síntomas que se manifiestan en la enfermedad de Alzheimer son los siguientes:

- Memoria: La evolución de la enfermedad de Alzheimer demuestra alteración progresiva de la memoria.

La alteración de la memoria tiene el nombre de amnesia.

Se puede hablar de:

- Memoria episódica: Están relacionados a la desorientación en tiempo y espacio. Consiste en olvidos progresivos de los acontecimientos que realiza, la cual tiene el nombre de amnesia anterógrada.

Más adelante, se van borrando recuerdos cada vez más antiguos (amnesia retrógrada). Es ahí que los trastornos son más graves, como, por ejemplo: El paciente llegar a olvidar los nombres de los hijos.

Se debe a las lesiones precoces de la zona cerebral que recibe el nombre de hipocampo.

- Memoria semántica o de conocimientos: Se manifiesta por el olvido progresivo de conocimientos adquiridos a lo largo de la vida. De esta manera, se va olvidando el conocimiento de los objetos, de los gestos y de las palabras.

- Memoria de procedimientos o procesal: Esta capacidad está preservada en las fases tempranas de la persona que tiene la enfermedad de Alzheimer. Por ejemplo: manejar bicicleta.

- Memoria de trabajo: Es la capacidad de mantener temporalmente la información en la mente y de manipularla mientras se realizan las tareas mentales. Cuando una persona presenta Alzheimer, tiene alteración en la capacidad de planificación y atención, por lo que puede notarse alteración en la fase inicial.

Así de esta manera, se puede visualizar en la realización de tareas de la vida diaria: calcular el dinero para realizar una compra y resolver problemas. Y esto genera dificultades en las actividades que requieren planificación y control; es decir en las tareas ejecutivas.

- Orientación: La evolución de la enfermedad de Alzheimer genera alteración de la orientación. Al inicio muestra desorientación con respecto al tiempo, luego, alteración de orientación espacial y más adelante, respecto a sí mismo.

- Capacidad visual y visoespacial: Las alteraciones de las capacidades visuales se relacionan con el reconocimiento de los objetos.

Las alteraciones de las capacidades visuoespaciales, se relacionan con las capacidades de la atención y orientación en el espacio, la discriminación de formas, la rotación mental de los objetos, etc.

Se relacionan con las lesiones de la corteza asociativa visual, situada en los lóbulos occipitales y las zonas colindantes de los lóbulos parietales.

- Lenguaje oral: Las alteraciones de esta área son habituales y muy sutiles al inicio de la enfermedad de Alzheimer. En etapas finales, se presenta la ausencia total del lenguaje. Se inician con una dificultad para evocar las palabras o tienden a usar palabras más generales.

Se puede distinguir 03 patrones sucesivos:

▪ Afasia anómica: Al inicio de la enfermedad de Alzheimer se evidencia dificultad para la evocación de las palabras y en la comprensión de manera leve. Presenta lenguaje repetitivo conservado.

▪ Afasia sensorial transcortical: Alteración significativa del lenguaje comprensivo; no obstante, el lenguaje repetitivo se encuentra conservado. Puede ser capaz de leer frases en voz alta y órdenes escritas, mas tiene dificultad para ejecutar las órdenes.

- Afasia global: Fase terminal existiendo una grave reducción de todas las capacidades del lenguaje, tanto en el lenguaje comprensivo como el lenguaje expresivo.

- Lenguaje escrito (lectura y escritura): Las alteraciones de esta área son sutiles al inicio de la enfermedad de Alzheimer.

La alteración de la capacidad de la lectura lleva el nombre de alexia. La alteración de la capacidad de la escritura tiene el nombre de agrafia.

- Praxis: Consiste en la habilidad para manipular objetos y comunicarse con gestos. La alteración lleva el nombre de apraxia.

- Capacidades ejecutivas: Encargadas de las capacidades de razonamiento, la planificación y la flexibilidad a fin de regular patrones de conducta adaptativa con el medio y a las normas sociales. Se relaciona con las capacidades conceptuales (búsqueda de semejanzas y diferencias), las capacidades de planificación (organización de proyectos en el futuro), capacidad de juicio (evaluación de una conducta en función de las normas), así como el tener conciencia de estar enfermo. La alteración lleva el nombre de “síndrome disejecutivo”.

D. Ámbito funcional.

Peña – Casanova (1999) refirió que desde el punto de vista funcional hace mención al plano de su alteración funcional y su consecuente dependencia del entorno familiar.

De esta manera, es importante realizar la valoración del estado funcional del paciente con la finalidad de seguir la evolución y determinar su grado de dependencia con el cuidador y la sobrecarga de éste.

Para ello, es necesario realizar las siguientes actividades:

- Actividades básicas de la vida diaria: Consiste en las actividades primarias de la persona relacionados a su autocuidado y movilidad que hacen evidente la autonomía e

independencia de la persona. Entre ellas tenemos: Comer, controlar los esfínteres, vestirse, bañarse, trasladarse a un lugar etc.

- Actividades instrumentales de la vida diaria: Consiste en adaptarse a su entorno manteniendo una autonomía e independencia en su comunidad. Entre ellas tenemos: Hablar por teléfono, hacer compras, cocinar, usar los medios de transporte, controlar su medicación, manejar el dinero, etc.

- Actividades avanzadas de la vida diaria: Comprende en las actividades complejas y elaboradas relacionadas al control del medio físico y del entorno social, generando un papel social, buena salud mental y disfrute de la calidad de vida. Entre ellas tenemos: Participación social, hacer deporte, realizar aficiones, viajes, etc.

E. Ámbito psicológico y del comportamiento.

Peña- Casanova (1999) indicó que se trata de la presencia de alteraciones en su comportamiento, relacionados a la agresividad, las alucinaciones, la ansiedad, la depresión, la deambulación, los trastornos del sueño, etc., que pueden presentar de manera heterogénea en los pacientes con Alzheimer. Tenemos las siguientes:

- Problemas relacionados con los trastornos de memoria y la conciencia de estar enfermo: En algunos casos, el paciente no tiene conciencia de enfermedad conllevando a frecuentes conflictos familiares.

- Delirios: Son creencias falsas que generan conclusiones incorrectas sobre la realidad y que el paciente lo afirma a pesar de no tener evidencia alguna.

- Alucinaciones: Son impresiones sensoriales sin la presencia del estímulo real, por lo que el paciente actúa en función de lo que falsamente percibe.

- Interpretaciones erróneas e incapacidad para reconocer personas y cosas: Son interpretaciones equivocadas o delirantes causado por los trastornos del razonamiento.

- Depresión: Reacción ante la conciencia de la propia pérdida de sus capacidades, como, por ejemplo, tener sentimientos de culpa o de inutilidad, sentirse como una carga para los demás. Como consecuencia puede generar: problemas en el sueño y en la salud.

- Labilidad emocional: Es la propensión a presentar cambios bruscos y fluctuaciones en sus sentimientos y expresiones emocionales. Ejemplo: Puede oscilar de los sentimientos depresivos a la desesperación, de la ansiedad a los estados de euforia, etc.

- Las reacciones catastróficas: Son arranques de angustia o precipitados desproporcionados con respecto a la causa, debido a síntomas cognitivos y no cognitivos como las alteraciones perceptivas, las alucinaciones y los delirios.

- Los enfados: Generado por la dificultad que tiene el paciente para comprender lo que está sucediendo.

- Ansiedad: Es una manifestación compuesta por una excesiva preocupación anticipada sobre los acontecimientos futuros, sentimientos de miedo, y de peligro.

- Agitación /agresión: Es un estado de ansiedad que se demuestra con conductas hiperactivas y conductas de molestia. Estas conductas pueden generar daño a sí mismo, a las personas cercanas y al entorno.

- Alteraciones de personalidad.

- Alteraciones del sueño y alteraciones del ritmo diurno: Es muy frecuente en personas con Alzheimer.

- Cambios en el apetito y conducta alimentaria: Generalmente en la fase moderada de la enfermedad de Alzheimer, ya que está comprometida con la alteración de la memoria.

- Cambios en la actividad sexual: Es más común que el paciente tenga una disminución del impulso y del interés sexual. Se ha demostrado que como han perdido la capacidad de la crítica, pueden tener comportamientos como, por ejemplo: desabrocharse la ropa para miccionar sin saber dónde está el lavadero diciendo “porque le molesta”.

- Alteraciones de la actividad psicomotora:

- Deambulaci3n errante: Tendencia clara de deambular sin tener un objetivo.

Las causas aparentes son los miedos, la desorientaci3n, etc. Ejemplo: El paciente se empeña en marcharse y resulta difi3cil retenerlo en casa.

- Seguimiento persistente del cuidador: El paciente puede seguir al cuidador.
- Actos y manipulaci3n repetidos: Repetir acciones sin ser capaces de finalizarlas.

F. mbito neuropsicol3gico.

Peña – Casanova (1999) manifest3 que el ámbito neuropatol3gico consiste en la detecci3n de una serie de lesiones cerebrales de las personas con enfermedad de Alzheimer. Siendo las más fundamentales: Placas seniles y los ovillos neurofibrilares.

-Placas seniles: Comprende las formaciones extracelulares constituidas por el amiloide (sustancia insoluble) que est rodeada de prolongaciones nerviosas an3malas.

- Ovillos neurofibrilares: Las lesiones están formadas por pares de filamentos que conforman una especie de ovillo o bola dentro de las neuronas afectadas. Cada filamento est constituido por unas proteínas llamas *tau*.

-Degeneraci3n granulovacuolar: Está comprendida por la presencia de vacuolas (cavitaciones rodeadas por una membrana) en el interior de las neuronas, presentadas exclusivamente en el hipocampo y en la amígdala situadas en el l3bulo temporal.

-Angiopatía amiloide: Consiste en la alteraci3n de las arterias de pequeño o mediano calibre de la corteza cerebral causada por la acumulaci3n de sustancia amiloide dentro de sus paredes.

G. Estadios o fases

Chrem y Amengual (2015) clasificaron los cinco estadios del curso de la enfermedad de Alzheimer:

1. Enfermedad de Alzheimer Preclínica: Estos cambios se producen de 10 a 20 años antes de la aparición de los síntomas y se detectan por estudios de biomarcadores. Consiste en la aparición de los primeros cambios cognitivos y en el cerebro.

2. Deterioro cognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer: Es una etapa de transición entre el envejecimiento normal y la demencia tipo Alzheimer, ya que de 10 a 15% de estos pacientes continúan a demencia en el transcurso de un año. Este estadio se caracteriza por el compromiso de la memoria episódica que se manifiesta por las reiteraciones continuas.

3. Demencia tipo Alzheimer leve: Es un síndrome caracterizado por dificultades cognitivas y conductuales que se presenta como un deterioro con relación a los niveles de funcionamiento interfiriendo las actividades de la vida diaria. Este deterioro avanza de manera progresiva en torno a la pérdida de la memoria comprometiendo las demás funciones cognitivas. El paciente requiere supervisión y asistencia leve para realizar sus funciones.

Romano et al. (2007) definieron como la etapa inicial, cuya sintomatología es ligera o leve, manteniendo una autonomía y necesitando supervisión cuando se trata de tareas complejas.

La Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer Bezmiliana (ASALBEZ, 2018) describió esta fase como leve o temprana, mencionando que la persona empieza a manifestar las primeras señales de la enfermedad, a pesar de que realiza su vida normal. Se aprecia los síntomas siguientes: Olvidos de las tareas cotidianas, dificultad para resolver problemas y organizar las actividades, afectación en el estado de ánimo, desorientación en el entorno, dificultad para concentrarse y frecuentes olvidos de algunas palabras conllevando a tener dificultades para expresarse. Asimismo, se estima una duración de 1 a 3 años aproximadamente, aunque puede variar.

4. Demencia tipo Alzheimer moderada: Cuando se evidencia el deterioro de las otras áreas cerebrales como el lenguaje, razonamiento y procesos sensoriales. Las regiones comprometidas generan atrofia. El síndrome se vuelve más pronunciado. El paciente requiere mayor supervisión y asistencia leve para realizar sus funciones, porque se vuelve más dependiente.

Romano et al. (2007) la describieron como intermedio, cuya sintomatología son de gravedad moderada, cuya persona depende de un cuidador para realizar las actividades cotidianas.

ASALBEZ (2018) describió esta fase como moderada o media, mencionando que la persona presenta cambios en su comportamiento y memoria, apareciendo diversos problemas como el lenguaje y en la comprensión, problemas con las funciones aprendidas como vestirse o ducharse, y a su vez, problemas agnósicos. Generalmente, sospechan de las personas de su entorno. Se estima una duración de 2 a 10 años, siendo más prolongada.

5. Demencia tipo Alzheimer severa: Son de estado avanzado o terminal de la enfermedad, cuya persona es completamente dependiente.

ASALBEZ (2018) describió esta fase como severa o final, mencionando que la persona presenta alteraciones de la memoria acerca de hechos recientes y pasados, presentan dificultad para reconocer a sus familiares y amistades, muestran un lenguaje muy reducido, son muy dependientes y necesitan asistencia diaria para las actividades cotidianas. De la misma manera, pueden mostrar cambios bruscos de comportamiento sin motivo. Se estima una duración de 6 y 10 años aproximadamente.

Peña – Casanova (1999) tradujo la Escala de deterioro global (GDS) realizado por Reisberg y sus colaboradores en el año 1982, donde se establece una distinción de las 7 fases que van desde la normalidad hasta los estadios más avanzados de la enfermedad de Alzheimer.

- GDS 1: Ausencia de alteración cognitiva:

- Corresponde con las capacidades de un adulto mayor normal.
- No existe quejas subjetivas de olvido.
- Ausencia de alteraciones evidentes de la memoria, durante la entrevista

clínica.

- GDS 2: Disminución cognitiva muy leve:

- Existe quejas subjetivas de olvido.
- Existe alteraciones de la memoria.
- Ausencia de evidentes defectos de la memoria, durante la entrevista clínica.
- Ausencia de evidentes defectos en el trabajo o situaciones sociales.
- Preocupación por parte del paciente por su sintomatología.

- GDS 3: Defecto cognitivo leve:

- Se refiere a la presencia de primeros defectos claros.
- En la entrevista, se observa una evidencia objetiva de defectos de la memoria.
- El rendimiento de las actividades laborales y sociales ha disminuido.
- El paciente niega tener defectos cognitivos.
- Los síntomas van acompañados por ansiedad leve o moderada.
- Debe de haber más de una de las siguientes alteraciones:
 - El paciente puede haberse perdido dirigiéndose a un lugar.
 - Sus compañeros de trabajo son conscientes de su rendimiento laboral.
 - Dificultad para evocar palabras y nombres.
 - Recuerda relativamente el pasaje de un libro el cual ha leído.
 - Muestra capacidad disminuida para recordar el nombre de las personas que ha

conocido recientemente.

- Puede haber perdido un objeto o haberlo colocado en un lugar errado.

- Tiene un defecto de concentración, durante la exploración clínica.

- GDS 4: Defecto cognitivo moderado:

- Presencia de defectos claramente definidos en la entrevista clínica cuidadosa.
- Muestra déficits manifiestos en las siguientes áreas:
 - Disminución del conocimiento de los acontecimientos actuales y recientes.
 - Cierta déficit en el recuerdo de su historia personal.
 - Defecto de la concentración.
 - Disminución de la capacidad para dirigirse a un lugar, controlar la propia

economía.

- Con frecuencia, no se da defecto en las siguientes áreas:
 - Orientación en el tiempo.
 - Orientación en la persona.
 - Reconocimiento de las personas.
 - Reconocimiento de las caras familiares.
 - Capacidad para dirigirse a lugares familiares.

- GDS 5: Defecto cognitivo moderado- grave:

- El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin algún tipo de asistencia.
- Presenta cierta desorientación de tiempo y lugar.
- Mantiene el conocimiento sobre muchos hechos de mayor interés que le

afecten a sí mismo y a otros.

- Conoce su nombre, el nombre de su cónyuge e hijos.
- No requiere asistencia en el aseo ni para comer.
- Una persona con educación formal podría tener dificultades para contar hacia

atrás.

- Durante la entrevista clínica, se hace manifiesto de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida:

- Una dirección o número de teléfono que no han cambiado desde hace muchos años.

- Nombres de familiares cercanos.

- El nombre de la escuela donde estudió.

- GDS 6: Defecto cognitivo grave:

- Ocasionalmente, puede tener olvidos el nombre del cónyuge, del cual depende totalmente para sobrevivir.

- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.

- Mantiene conocimiento de su vida pasada, pero de forma muy fragmentada.

- Generalmente, no reconoce su entorno, el año, estación.

- Incapaz de contar desde 10 hacia atrás.

- Frecuentemente, está alterado el ritmo diurno.

- Casi siempre recuerda su nombre.

- Frecuentemente, es capaz de distinguir las personas familiares de las personas que no son familiares.

- Requiere asistencia en las actividades diarias:

- Puede presentar incontinencia.

- Necesita asistencia para dirigirse a un lugar, o ir a lugares familiares.

- Tiene cambios emocionales y de personalidad:

- Conducta delirante.

- Síntomas obsesivos.

- Síntomas de ansiedad.

- Abulia cognitiva.

- GDS 7: Defecto cognitivo muy grave:

- Va perdiendo todas las capacidades verbales.
- Al inicio puede articular palabras, pero el lenguaje es limitado.
- Al final, sólo emplea sonidos inarticulados y no se expresa por medio del lenguaje.
- Se van perdiendo habilidades psicomotoras básicas. Ejemplo: Caminar.
- Presenta incontinencia urinaria.
- Requiere asistencia en el aseo y también para ingerir alimentos.
- El cerebro parece incapaz de indicarle al cuerpo lo que tiene que hacer.
- Se detectan signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

Valls – Pedret et al. (2010) describieron la fase prodrómica y fase pre-clínica de la enfermedad de Alzheimer.

Fase prodrómica:

Está caracterizada por la presencia de síntomas que no son graves como para cumplir con los criterios diagnósticos actuales de la enfermedad de Alzheimer.

Valls – Pedret et al. (2010) desarrollaron los siguientes criterios de investigación para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer:

Enfermedad de Alzheimer probable: Cumple con el criterio A más uno o más de uno de los criterios B, C, D o E.

Criterio diagnóstico central:

A. Presencia de alteración de la memoria episódica significativa que incluya las siguientes características:

- Cambio gradual y progresivo de la función mnésica referido por los pacientes o informaciones de al menos seis de evolución.

- Evidencia objetiva de la alteración significativa de la memoria episódica a través de los tests que evalúen el déficit de evocación que no mejore con pistas o en las pruebas de reconocimiento.

- La alteración de la memoria episódica puede ser aislada o asociada a otros cambios cognitivos cuando la enfermedad de Alzheimer es inicial o conforme esta avanza.

Rasgos que apoyan el diagnóstico:

B. Presencia de atrofia del lóbulo temporal medial.

Pérdida de volumen hipocampal, córtex entorrinal y amígdala, evidenciada por cambios cualitativos visuales observadas en la resonancia magnética o bien, cambios cuantitativos evaluados mediante estudios de volumetría en las regiones de interés.

C. Biomarcador anormal en líquido cefalorraquídeo.

- Concentraciones bajas de B- amiloide, concentraciones incrementadas de tau o concentraciones incrementadas de fosfo- tau, o la combinación de estas tres.

- Otros biomarcadores futuros si están bien validadas.

D. Patrón específico funcional cerebral mediante tomografía por emisión de positrones.

- Reducción del metabolismo en áreas temporo-parietales bilaterales.

- Incluyendo aquellos que emergerán en un futuro inmediato.

E. Mutación autosómica dominante probada con un familiar de primer grado afecto.

Presenta criterios de exclusión:

Historia:

- Inicio agudo.

- Aparición temprana de los síntomas: alteración de la marcha, crisis epilépticas, cambios conductuales.

Rasgos clínicos:

- Signos neurológicos focales, que incluyen la hemiparesia, pérdida sensitiva, déficits en los campos visuales.

- Signos extrapiramidales tempranos.

Otros trastornos médicos que sean suficientes para causar la alteración de la memoria o síntomas relacionados.

- No demencia tipo enfermedad de Alzheimer.

- Depresión mayor.

- Enfermedad cerebrovascular.

- Alteraciones tóxicas o metabólicas que requiriese un estudio específico.

- Anormalidades detectadas en las secuencias de resonancia magnética o en el lóbulo temporal medial compatibles con procesos infecciosos o vasculares.

Criterios definitivos para la enfermedad de Alzheimer:

Se considera definitiva la enfermedad de Alzheimer, solo y cuando cumplen con los criterios siguientes:

- Evidencia clínica e histopatológica de la enfermedad de Alzheimer y post mortem.

Ambos criterios deben estar presentes.

- Evidencia de criterios clínicos y genéticos de la enfermedad de Alzheimer. Ambos

criterios deben estar presentes.

Fase preclínica.

Esta fase se explica en la evidencia de que el proceso patológico de la enfermedad de Alzheimer empieza años antes de la manifestación clínica.

Se producen las primeras alteraciones moleculares que conllevan el inicio de un proceso de degeneración neuronal.

1.2.3.3. Estimulación neuropsicológica. Se detalla lo siguiente:

A. Evolución histórica. Se tuvo el siguiente desarrollo:

Walsh (1987, citado en Santos y Bausela, 2005) refirió que existió un documento muy antiguo, de hace 3000 años, que fue descubierto en Luxor en 1862, el cual trató sobre el tratamiento de las personas con daño cerebral.

Posteriormente, se empleó técnicas del siglo XVIII en el manejo de un niño salvaje de Aveyron.

Años más tarde, Hanigan (1988, citado en García-Molina y Enseñat- Cantallops, 2019) señaló que el comienzo de la rehabilitación cognitiva se dio durante la I Guerra Mundial en Alemania, que, debido a la presencia de soldados sobrevivientes, muchos de ellos con secuelas neurológicas o neuropsicológicas, se requirieron de intervenciones especializadas en aras de lograr su inserción social y laboral.

Poser (1996, citado en García-Molina y Enseñat- Cantallops, 2019) indicaron que, en Gran Bretaña y Alemania, los neurólogos y psicólogos trataron de contribuir en el tratamiento de los soldados con lesiones cerebrales.

De la misma manera, Kurt Goldstein fue considerado como el principal precursor de la rehabilitación neuropsicológica, asumiendo la dirección del Instituto de Investigación sobre los Efectos de las Lesiones Cerebrales en el año 1916. (García-Molina y Enseñat- Cantallops, 2019)

García- Molina y Enseñat- Cantallops (2019) refirieron que el neurólogo Walter Poppelreuter abrió un centro de rehabilitación en Colonia en el año de 1941, con la publicación del primer tratado sobre la rehabilitación neuropsicológica. En el tratado describió los déficits visuoespaciales y visuoperceptivos asociados a las lesiones occipitales, así como la recuperación y la rehabilitación espontánea.

Posteriormente, se realizaron otros centros de rehabilitación en Múnich, Mannheim y Fráncfort, y luego, en Austria y Viena. (García-Molina y Enseñat- Cantallops, 2019)

Prigatano et al. (2021) indicaron que Luria en 1969 realizó estudios sobre el proceso de la restauración de las funciones cerebrales integradoras superiores, el cual se logra a través de esfuerzos cognitivo- conductuales sistemáticos; así de esta manera, se desinhibía las regiones de actividad neuronal que se volvieron temporalmente disfuncionales por el proceso de diasquisis.

Santos y Bausela (2005) manifestaron que Zangill sugirió tres enfoques principales: La compensación, la sustitución y el aprendizaje.

Prigatano et al. (2021) señalaron que, en el año 2002, Newcombe realizó una importante observación en la cual, la rehabilitación neuropsicológica vendría ser el resultado de la colaboración con otras disciplinas, tales como: la psicología experimental, la neuropsicología cognitiva y la teoría del aprendizaje.

En síntesis, la aplicación neuropsicológica ha surgido en base a la investigación y a la práctica en las últimas décadas con los avances de la rehabilitación cognitiva y del reentrenamiento. (Witskein et al., 2008)

B. Definición.

Sohlberg y Mateer (1989, citados en Ardila y Roselli, 2007) definieron a la rehabilitación neuropsicológica como un procedimiento terapéutico a fin de incrementar o mejorar la capacidad para procesar y emplear adecuadamente la información y potenciar su funcionamiento en su vida cotidiana.

Herrmann y Parente (1994, citados en Portellano, 2005) mencionaron que la rehabilitación neuropsicológica también tiene el nombre de rehabilitación cognitiva. Refirieron que la rehabilitación cognitiva tiene como el objetivo de mejorar las funciones mentales afectadas como consecuencia del daño cerebral, funciones ejecutivas y pensamiento, memoria, lenguaje, atención, percepción, motricidad y conducta emocional.

Wilson (1999, citado en Paúl- Lapedriza et al. (2011) definió a la rehabilitación neuropsicológica como un término que se puede aplicar a cualquier estrategia de intervención o técnica que tiene como objetivo de sobrellevar o reducir el déficit cognitivo que tiene el paciente que presenta una lesión cerebral.

El anterior autor mencionó que el objetivo consiste en capacitar a la persona con daño cerebral con la finalidad de que se pueda desenvolverse de la mejor manera en su medio ambiente, a través de la reducción de las consecuencias de las deficiencias cognitivas en su vida diaria y la reducción del nivel de las deficiencias que impiden el funcionamiento adecuado en su mundo circundante. Mencionó que existen cuatro objetivos específicos:

- Asegurar la autonomía personal y favorecer la socialización.
- Permitir la estimulación de las funciones cognitivas superiores.
- Acompañar a la persona en la toma de conciencia de sus déficits y a sus familiares para elaborar un nuevo proyecto de vida.

Posteriormente, la OMS (2021) definió a la rehabilitación como un proceso de restablecimiento más amplio para los pacientes en diferentes planos, entre ellas, el físico, el psicológico y el socioadaptativo. En base a ello, se orienta a reducir el impacto de las condiciones discapacitantes permitiéndoles alcanzar un nivel óptimo de integración social.

Portellano (2005) añadió que diversos científicos indican que la rehabilitación neuropsicológica tiene una fundamentación en la plasticidad del sistema nervioso.

Periañez et al. (2008) refirieron que la rehabilitación neuropsicológica es un proceso interactivo que implica diferentes tipos de intervención, por ejemplo, rehabilitación cognitiva, modificación de conducta, intervención con familias y readaptación vocacional o profesional. Asimismo, tiene como objetivo reducir las alteraciones cognitivas y conductuales, manejar estas dificultades y reducir el impacto en su vida diaria, a través de:

- Refuerzo de patrones de conducta y actividad cognitiva previamente aprendidos.
- Establecimiento de nuevos patrones de actividad cognitiva, mediante estrategias sustitutorias.
- Introducción de nuevos patrones de actividad a través de mecanismos compensatorios tanto internos como externos.
- Apoyo al paciente y su familia a fin de adaptarse a la nueva condición de discapacidad y mejorar su funcionamiento global.

C. Técnicas y estrategias neuropsicológicas en la rehabilitación. Se consideraron las siguientes:

Luria (1948 – 1963, citado en Ardila y Roselli, 2007) refirió que existen dos estrategias de la rehabilitación neuropsicológica que se orientan a restaurar los procesos cognoscitivos:

- El reentrenamiento o reaprendizaje.
- Las técnicas compensatorias o reorganización del sistema funcional.

Años más tarde, Portellano (2005) mencionó que existen tres tipos de estrategias de rehabilitación neuropsicológica, las cuales son:

- Restauración y recuperación: Consiste en la repetición sucesiva de una actividad que ha sido suprimida por un daño cerebral.
 - Recuperación espontánea: Se refiere a la recuperación parcial o total de la función afectada, que se manifiesta de una manera espontánea. Esto se debe a que las zonas adyacentes al lugar donde se ha producido la lesión cerebral, incrementan su metabolismo recuperando así, la función suprimida. Generalmente, los procesos de recuperación espontánea se manifiestan de manera intensa a los días inmediatamente posteriores a la lesión cerebral.

- Restauración inducida mediante la rehabilitación: Se enfoca a la estimulación y el entrenamiento de las capacidades residuales, las cuales producen una mejora funcional. Esto se debe a que la estimulación produce un incremento del metabolismo en las áreas afectadas. Asimismo, el ambiente estimulador y enriquecedor favorece la recuperación de las funciones perdidas. Solo los mecanismos cerebrales y los procesos cognitivos afectados en casos graves, presentan una baja capacidad para la recuperación.

- Compensación y sustitución.

- Sustitución: Es la construcción de un método nuevo de respuesta que reemplaza el daño producido tras la lesión cerebral.

- Compensación: Se establece la compensación desde el otro sistema cerebral que se encuentra preservado, cuando se produce la pérdida completa de un sistema funcional como consecuencia del daño cerebral. En ella se emplea las técnicas de sustitución o activar otros sistemas funcionales, las cuales consisten en proporcionar alternativas conductuales que compensan el déficit. La intervención establece mayor énfasis en la posibilidad de realizar actividades con un objetivo funcional, a través de alternativas externas que reduzcan la necesidad de requisitos cognitivos. Por ejemplo: enseñar a emplear libros sonoros en los invidentes, enseñar a emplear la mano izquierda a pacientes con hemiplejia derecha, enseñar el lenguaje de señas a los pacientes con afasia o enseñar un libro de memoria a los pacientes con amnesia.

- Estrategias mixtas: Consiste en la utilización de ambas estrategias de rehabilitación tanto de restauración como de sustitución, la cual irá a depender según las necesidades de cada caso; ya que estará en función del grado de recuperación y mejoría que experimente el paciente en cada momento.

Tabla 4

Estrategias de restauración y compensación del daño cerebral

	RESTAURACIÓN RECUPERACIÓN.	Y COMPENSACIÓN Y SUSTITUCIÓN.
Fundamento	Es la estimulación de las capacidades residuales dentro de un sistema funcional cuando no ha sido abolido en su totalidad.	Es la utilización de otros sistemas alternativos cuando un sistema funcional ha sido abolido en su totalidad.
Actuación	Intrasistémica.	Intersistémica.
Gravedad de la lesión	En lesiones cerebrales de menor gravedad.	En lesiones cerebrales de mayor gravedad.
Momento para su utilización	Se da preferentemente cuanto más próximo esté el momento de haberse producido el daño cerebral.	Se da preferentemente cuanto más tiempo haya transcurrido desde que se produjo la lesión cerebral hasta el inicio de la terapia.
Población	Preferentemente en los niños. Ya que existe mayor plasticidad cerebral. Ésta facilita la recuperación funcional.	Preferentemente en los adultos. Ya que existe menor capacidad de recuperación funcional espontánea.

Nota. Tomado de *Estrategias de restauración y compensación del daño cerebral*, por Portellano, 2005, Introducción a la neuropsicología.

De igual manera, Lubrini et al. (2009) distinguieron tres abordajes en la rehabilitación neuropsicológica:

- Restauración o reentrenamiento de las funciones alteradas: Interviene directamente sobre las áreas alteradas con la finalidad de incrementar el rendimiento hacia lo más normalizado posible.

Anderson et al. (2003, citados en Lubrini et al., 2009) refirieron que este proceso consta de una serie de ejercicios donde se ve reflejado la función alterada. De esta manera, la red neural que participa en la ejecución de dicha actividad, está siendo entrenada, facilitando

los mecanismos de recuperación espontánea, en el que se promueve la plasticidad neuronal y la regeneración de neuronas.

- **Compensación de las funciones:** Se orienta en facilitar la rehabilitación de actividades funcionales a través de estrategias alternativas o ayudas externas que permitan decrementar la necesidad de los requisitos cognitivos.

De esta manera, Anderson et al. (2003, citados en Lubrini et al., 2009) refirieron que la compensación asume que el tratamiento induce la sustitución de la función; es decir, que los procesos cognitivos que se han quedado intactos en el cerebro se orientan a compensar sus déficits. Así, el paciente aprende y reaprende a realizar actividades funcionales significativas, aunque la función alterada no mejore de forma específica. Por tanto, el paciente desarrolla una nueva conducta o habilidad que sustituya la que se es deficitaria o ha perdido.

Lubrini et al. (2009) mencionaron que los abordajes compensatorios más frecuentes son:

- **Entrenamiento en habilidades específicas:** Consiste en entrenar determinadas habilidades específicas con la finalidad de que el paciente aprenda y reaprenda habilidades funcionales importantes.

- **Entrenamiento en estrategias metacognitivas:** Se trata de un conjunto de herramientas cognitivas y conductuales que se orienta a que el paciente interiorice una serie de estrategias eficaces para que controle y supervise su conducta.

- **Entrenamiento en ayudas externas para compensación de los déficits:** Consiste en usar dispositivos o herramientas que ayuden al paciente a estructurar la información e iniciar actividades (calendarios, agendas, alarmas, entre otros) a fin de reducir la participación de los procesos cognitivos afectados.

Wilson et al., (2001 citados en Lubrini et al., 2009) indicaron que en este entrenamiento se requiere que las instrucciones sean sistemáticas, que se incorpore cuidadores para el uso y supervisión de la herramienta.

- Modificación del entorno y acomodación o ajuste de las tareas: Consiste en facilitar la ejecución de las tareas eliminando posibles distractores, guiándoles en su aprendizaje, proporcionarles un ambiente más apropiado, entre otros.

- Sustitución de la función: Está dirigida en mejorar el rendimiento de la función alterada mediante el empleo de la sustitución y optimización de las áreas conservadas. La sustitución puede ser:

-Intrasistémica: Consiste en entrenar al paciente a efectuar las tareas empleando niveles más básicos o más elevados dentro del mismo sistema funcional.

-Intersistémica: Consiste en adiestrar al paciente a emplear otros sistemas funcionales, distintos al dañado.

Finalmente, muchos autores prefieren reducirlo solo a dos: restauración de la función y compensación de la función. (Lubrini et al., 2009)

En síntesis, Lubrini et al. (2009) anunciaron que es importante discriminar si se desea recuperar la capacidad perdida o si se desea compensar el déficit de esa capacidad. Ellos mencionan que las actividades de restauración suelen ser muy artificiales siendo imprescindibles generalizar los logros en las diferentes actividades de la vida diaria. Asimismo, las actividades de compensación van directamente a entrenar las diferentes habilidades.

Arroyo- Anlló et al. (2012) expresaron tres tipos de técnicas de re-adaptación neuropsicológica de los trastornos de memoria para el intento de mejorar el funcionamiento mnésico de los pacientes con Alzheimer, las cuales son:

A. Técnicas para facilitar la recodificación y recuperación de la información antigua:

Las estrategias mnemotécnicas; dar indicios de tipo semántico, emocional, motor o multimodal, secuencia automatizada (p.e. meses del año) para la potenciación de la codificación de tipo léxico semántico; subdividir el recuerdo en hechos.

B. Técnicas para aprender nuevas informaciones: Aprendizaje sin errores (Errorless learning), Recuperación espaciada (Spaced Retrieval), difuminación de los indicios de recuperación (Vanishing Cues) y procedimentalización de las rutinas de la vida cotidiana.

- Aprendizaje sin error (Errorless learning): Consiste en impedir o minimizar el número de errores mediante la manifestación de la consigna de evitar dar una respuesta incorrecta o intrusiones, durante el aprendizaje de una nueva tarea o en la adquisición de una nueva información. Asimismo, es una de las principales técnicas que se emplea en el tratamiento cognitivo de las personas con Alzheimer. (De los Reyes et al., 2012)

Esta técnica es eficaz porque explica el restablecimiento de las relaciones entre las representaciones fonológicas y semánticas, las cuales están situadas en las regiones neocorticales.

- Recuperación espaciada (Spaced Retrieval): Consiste en presentarle estímulos con un intervalo de tiempo creciente, aumentando así la retención y evocación de la información específica a través del tiempo que tiene como objetivo aprender información nueva a través del aumento de los intervalos de tiempo que se encuentra entre la evocación de una y otra información. (Camp, 2001, citado en De los Reyes et al., 2012)

De la misma manera, es una de las principales técnicas que se emplea en el tratamiento cognitivo de las personas con Alzheimer. (Arroyo- Anlló et al., 2012; De los Reyes et al., 2012)

Arroyo – Anlló et al. (2012) aclararon que esta técnica se usa con el fin de mejorar la denominación, la memoria para la localización de objetos, asociaciones nombre-cara y la memoria prospectiva.

- Difuminación o desvanecimiento de pistas o de los indicios de la recuperación (Vanishing cues): Comprende en hacer aprender nueva información mediante de la introducción de varias pistas; así de esta manera, los indicios o pistas se van difuminando o disminuyendo de forma progresiva en cada momento de la recuperación o evocación de la información. (Glisky et al., 1986, citados en Arroyo- Anlló , 2012)

Es una de las principales técnicas que se emplea en el tratamiento cognitivo de las personas con Alzheimer. (De los Reyes et al., 2012)

- Procedimentalización de actividades: Los pacientes con Alzheimer conservan la memoria procedimental. Esta técnica consiste en hacer aprender una actividad de la vida cotidiana mediante la práctica o la repetición estereotipada, e intensiva teniendo en cuenta que el paciente tiene algún problema con la ejecución de dicha actividad.

C. Técnicas de ayudas externas o ayudas de memoria y acondicionamiento del entorno: Emplea la ayuda física o externa denominada prótesis de memoria, con la finalidad de reducir el impacto de las alteraciones cognitivas en el funcionamiento del paciente en su vida cotidiana.

Es una de las principales técnicas que se emplea en el tratamiento cognitivo de las personas con Alzheimer. (De los Reyes et al., 2012)

Entre ellas tenemos, las agendas, alarmas, relojes, las listas, las citas escritas sobre un calendario o en una agenda, etc. (Arroyo- Anlló et al., 2012; De los Reyes et al., 2012)

De los Reyes et al. (2012) hicieron mención también a la técnica de la Imaginería visual (Visual Imagery) la cual es utilizada para la memorización de la información (De los Reyes et al., 2012) es decir, se le solicita al paciente que preste atención a los detalles

visuales que debe aprender, las cuales son específicos de la información, o que visualice el objeto que se le presenta en modalidad verbal. (Grandmaison y Simard, 2003, citados en De los Reyes et al., 2012)

A. Técnicas y estrategias psicológicas en la rehabilitación neuropsicológica. Se desarrollaron las siguientes:

Ojeda et al. (2000) indicaron que el entrenamiento en habilidades sociales es un elemento esencial de la rehabilitación neuropsicológica a personas con daño cerebral.

- Entrenamiento en habilidades conversacionales.
- Entrenamiento en habilidades comprensivas y expresivas.
- Entrenamiento en habilidades pragmáticas.
- Entrenamiento en comunicación no verbal.
- Entrenamiento en asertividad.
- Entrenamiento en solución de problemas sociales.

Santos y Bausela (2005) manifestaron que las técnicas de modificación de conducta se dan cuando existen alteraciones conductuales y emocionales provocados por el daño cerebral.

Asimismo, el desarrollo de técnicas y estrategias conductuales y/o cognitivas – conductuales son necesarias para la rehabilitación neuropsicológica.

Artigas – Pallarés y Narbona (2011, citados en Aguilar- Valera y Caycho, 2016) indicaron que es posible administrar las técnicas clásicas de incremento, reducción y mantenimiento de conductas, y el efecto de la generalización de respuestas son posibles en personas con lesiones cerebrales, como en la población infantil con trastornos del neurodesarrollo, con problemas de control de impulsos, y déficit de atención.

En base a lo manifestado en el último párrafo, Ardila et al. (2003, citados en Aguilar- Valera y Caycho, 2016) señalaron que las técnicas de conducta también se emplean en

pacientes con trastornos degenerativos (demencias) teniendo en cuenta la condición en la que se encuentra el paciente, la severidad del cuadro, el grado de severidad y de funcionalidad.

De Noreña et al. (2010) indicaron que el empleo de las técnicas de reforzamiento encubierto, los autorregistros y el entrenamiento en autoinstrucciones son notablemente eficaces para regular el comportamiento del paciente; y sobre todo en pacientes que requiere atención en el área de lenguaje.

Aguilar – Valera y Caycho (2016) refirieron que de acuerdo a la percepción del desarrollo integral de otras disciplinas afines y de los métodos conductuales, la rehabilitación neuropsicológica tiene una visión en el tratamiento de las funciones cognitivas, y a su vez, de los problemas emocionales y conductuales.

Paúl- Lapedriza et al. (2011) describieron en la Guía de manejo cognitivo y conductual de personas con daño cerebral, las diferentes técnicas:

- Las técnicas habituales para aumentar la frecuencia de conductas adaptativas.
 - El refuerzo.
 - Hojas de registro.
 - Economía de fichas o programa de puntos.
- Las técnicas habituales para disminuir conductas poco adaptativas.
 - Control del ambiente.
 - Pedir al paciente lo que realmente puede dar (paso a paso).
 - Utilizar una forma de comunicación eficaz.
 - Establecer límites.
 - Explorar el motivo o la necesidad.
 - Contrato de conducta.
 - Extinción.
 - Redirigir la atención.

- Reforzamiento diferencial de otras conductas.
- Sobrecorrección.
- Coste de respuesta.
- Tiempo fuera.

Paúl- Lapedriza et al. (2011) consideraron que aplicar la intervención conductual en la rehabilitación neuropsicológica conlleva a analizar los problemas cognitivos y valorar las manifestaciones diarias de los problemas cognitivos. De esta manera, brindaron una serie de estrategias de intervención como son:

- Modelado.
- Desensibilización.
- Extinción.
- Reforzamiento positivo.
- Coste de respuesta.
- Economía de fichas.
- Inundación.
- Etc. Que se adaptan a cada problema cognitivo específico.

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los efectos de un programa de estimulación neuropsicológica de un caso con trastorno neurodegenerativo mayor de inicio tardío de un consultorio particular de Lima Metropolitana.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el perfil neuropsicológico antes de la aplicación del programa de estimulación neuropsicológica de un caso de un trastorno neurodegenerativo mayor de inicio tardío de un consultorio particular de Lima Metropolitana.

- Comparar el perfil neuropsicológico antes y después de la aplicación del programa de estimulación neuropsicológica de un caso de un trastorno neurodegenerativo mayor de inicio tardío de un consultorio particular de Lima Metropolitana.

1.4. Justificación

A nivel teórico, la demencia es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en el adulto mayor en el mundo. (OMS, 2021)

OPS (2021) estimó más de 55 millones de personas en todo el mundo que presenta demencia. Se estimó un incremento en los años venideros. (Alzheimer Disease International 2015)

La demencia más común es la enfermedad de Alzheimer, cuya prevalencia oscila entre el 60 – 70% de los casos en todo el mundo. (OPS, 2021)

MINSa (2019) estimó más de 200 mil personas adultas mayores que presentan la enfermedad de Alzheimer en el Perú.

Bajo el mismo contexto, MINSa (2021) confirmó que la demencia es una de las principales causas de discapacidad y como una de las primeras causas de la cantidad de años de vida saludables perdidos.

En tal sentido, fue relevante evaluar neuropsicológicamente y con ello, realizar un programa de estimulación neuropsicológica idónea que permita estimular las áreas que se encuentran afectadas; y con ello, fomentar a que se desenvuelva en su día a día de manera más autónoma.

A nivel metodológico, en el Perú existen pocas investigaciones que realicen programas de estimulación neuropsicológica en pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

A nivel práctico, los resultados de la presente investigación proporcionarán información fidedigna, objetiva y confiable sobre el estudio de la estimulación

neuropsicológica en los pacientes adultos mayores con trastornos neurodegenerativos; la cual permitirá servir a las futuras investigaciones.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

El presente trabajo de investigación se orientará a la realización de un programa de rehabilitación neuropsicológica en una paciente con trastorno neurodegenerativo de inicio tardío. Para ello, se efectuará las evaluaciones neuropsicológicas que permitirá conocer la naturaleza de esta enfermedad neurodegenerativa y cómo impacta a la usuaria en su vida diaria.

Seguidamente, se busca que el programa de estimulación neuropsicológica favorezca a la usuaria en rehabilitar las áreas que se encuentran afectadas y fortalecer las áreas que están actualmente conservadas; así como también, se espera que la usuaria pueda desenvolverse de manera autónoma en su vida cotidiana.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación.

La presente investigación tiene un diseño de estudio de caso único. Roussos (2007) refirió que el diseño de estudio de caso único tiene como objetivo el estudio de un individuo, pero que en la práctica puede ser más de un sujeto. Este estudio en mención, se encontraría dentro de los diseños observacionales de caso único, ya que se manipula directamente las variables independientes. Asimismo, el uso del estudio de caso sería la evaluación diagnóstica ya que se orienta a la medición de las características del estudio de caso a través de la aplicación de instrumentos, logrando describirlas y explicarlas.

De la misma manera, la investigación es de tipo empírico. Ato et al. (2013) manifestaron que en el estudio de caso de tipo empírico ya que no hay manipulación de las variables, cuyo tratamiento e intervención se asigna al azar. Sumado a ello, el estudio de caso es descriptivo.

2.2. Ámbito temporal y espacial

La evaluación neuropsicológica se realizó en el consultorio, en 07 sesiones de 45 minutos aproximadamente. Se realizaron en las siguientes fechas:

20/02/2022-23/02/2022-26/02/2022-04/03/2022-05/03/2022-09/03/2022-11/03/2022.

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. Variable independiente

La variable independiente es el Programa de estimulación neuropsicológica.

- Definición conceptual: La rehabilitación neuropsicológica es una estrategia de intervención que tiene como objetivo permitir a los pacientes y familiares, sobrellevar o reducir el déficit cognitivo que tiene el paciente que presenta lesión cerebral. (Wilson, 1999, citado en Paúl- Lapedriza et al., 2011)

- Definición operacional: Conjunto de actividades relacionados a los procesos superiores tales como: la memoria de corto plazo y largo plazo, la memoria verbal, la atención sostenida y selectiva.

2.3.2. Variable dependiente

La variable dependiente es el trastorno neurocognitivo mayor, específicamente la variable de la memoria.

- Definición conceptual: La memoria es el proceso cognitivo o la facultad del cerebro por medio del cual la información se codifica, se almacena y posteriormente, se recupera; es decir, permite recordar las experiencias pasadas y registrar las nuevas informaciones. (Custodio y Montesinos, 2015)

2.4. Participante

- Nombres y apellidos : S.M.R.
- Edad : 86 años.
- Fecha de nacimiento : 10/06/1935.
- Lugar de nacimiento : Lima.
- Sexo : Mujer.
- Grado de instrucción : Técnico superior.
- Ocupación : Contadora.
- Lateralidad : Diestra.
- Estado civil : Soltera.
- Religión : Católica.
- Distrito : Cercado de Lima.
- Informante : Marlene (hija).

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas. Son las siguientes:

Técnicas psicológicas:

- Observación de la conducta.
- Entrevista a la usuaria e informante.

A. Instrumentos psicológicos:

- Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS – IV).
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Técnicas neuropsicológicas:

A. Instrumentos neuropsicológicos:

- Mini – Mental de Folstein (MMSE).
- Montreal Cognitive Assessment (MOCA).
- Addenbrooke´s Cognitive Examination – ACE.
- Exploración Neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).
- Escala de Memoria de Wechsler.
- Test de Retención Visual de Benton.
- Test de Alteración de Memoria (T@M).
- Test de la Figura Compleja de Rey de Osterrieth.

2.5.2. Instrumentos. Se desarrollan las siguientes:

A. Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV).

A.1. Ficha técnica.

- Nombre original : Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition.
- Autores : David Wechsler.
- Año de edición original : 2008.

- Nombre en español : Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto WAIS – IV.
- Autores de la adaptación española : Elena De la Guía., Ana Hernández, Érica Paradell, y Frédérique Vallar.
- Año de adaptación española : 2012.
- Editor de la adaptación española : Pearson Educación, 2012
- Forma de aplicación: Individual.
- Duración : Entre 60 y 90 minutos aproximadamente.
- Población : De entre 16 años 0 meses a 89 años, 11 meses.
- Material : Manual, 2 cuadernillos de láminas, protocolo, lápiz y borrador.
- Área de aplicación : Psicología clínica, psicología educativa, neuropsicología y psicología forense, psicología del trabajo y las organizaciones.
- Objetivo : Evaluar la aptitud intelectual del adulto.

A.2. Descripción de la prueba.

Es una versión revisada de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos - III. Es un instrumento clínico de aplicación individual. Ofrece puntuaciones que demuestra el funcionamiento intelectual y el perfil de las áreas cognitivas, tales como: La comprensión verbal, el razonamiento perceptivo, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. Asimismo, brinda puntuaciones compuestas como los índices de cada área cognitiva.

A.3. Validez y confiabilidad.

La versión estadounidense constó de una muestra estratificada de 2200 participantes de la población de Estados Unidos cuyas edades oscilaban entre los 16 años y los 90 años, 11 meses, pertenecientes a 13 grupos especiales. (De la Guía et al., 2012)

Existen varios estudios donde validan el WAIS- IV, donde avalan la validez predictiva y concurrente en contextos clínicos. Asimismo, cuenta con excelente fiabilidad y validez según los estudios aportados.

La validación española se realizó en una muestra española de 1002 participantes con la editorial Pearson Educación. Manifestó una consistencia interna cuyo coeficiente de fiabilidad se obtuvo mediante el método de dos mitades y el coeficiente de alfa de Cronbach. El coeficiente de estabilidad test- retest (> 0.80), concordando con la naturaleza estable de las aptitudes cognitivas evaluadas. Los coeficientes de fiabilidad promedios en las puntuaciones compuestas son de buenos a excelentes (de 0.81 a 0.94). (De la Guía et al., 2012)

En la versión chilena, participaron 887 sujetos estratificado por edad, nivel educativo y género. Presenta un alfa de Cronbach de 0.941 y el alpha de Cronbach a nivel de subprueba desde 0.73 hasta 0.92. Los coeficientes de consistencia interna en las subpruebas fueron de 0,628 en Cancelación hasta 0.937 en Información. En todas las variables hubo adecuados coeficientes de consistencia interna. Tuvo un análisis factorial confirmatorio entre las subpruebas y las índices factoriales, siendo más fuertes los siguientes: Vocabulario, construcción con cubos, retención de dígitos y búsqueda de símbolos. Evidencia una validez convergente con la Prueba de Evaluación de Inteligencia Fluida. Tuvo una confiabilidad a través del método test- retest. (Rosas et al., 2014)

En la versión peruana, participaron 120 estudiantes (60 universitarios y 60 no universitarios) con edades de 16 a 25 años. Presenta elevada confiabilidad en cada uno de los subtest que conforman la inteligencia cristalizada, con un Alpha de Cronbach (analogía, 0.693; vocabulario, 0.893; información, 0.799 y comprensión, 0.803) y por división por

mitades- coeficiente Spearman Brown (analogía, 0.619; vocabulario, 0.648; información, 0.739 y comprensión, 0.763). Prueba de evaluación de Inteligencia Fluida (FIX) presenta validez ítem test al correlacionar todos sus ítems con el puntaje total. Asimismo, presenta confiabilidad de la homogeneidad con un alpha de Cronbach, 0.626 y por división por mitades con un Spearman Brown con un 0.604. (Mayorga et al., 2019)

B. Mini – Mental de Folstein (MMSE).

B1. Ficha técnica.

- Nombre original : Mini- mental State Examination MMSE.
- Autores : Marshal F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHugh.
- Año : 1975.
- Nombre en español : Examen Mini- Mental.
- Forma de aplicación: Individual.
- Duración : De 05 a 10 minutos.
- Población : Personas mayores de edad que presentan sospecha de deterioro cognitivo.
- Material : Lápiz, papel, manual de aplicación y corrección.
- Objetivo : Descartar déficit cognitivo.

B2. Descripción de la prueba.

Carnero- Pardo (2014) mencionaron que es una de las pruebas cognitivas breves que permite descartar déficit cognitivo. Asimismo, es uno de los instrumentos de screening cognitivo más conocido y utilizado. Ha sido traducida a más de 50 idiomas.

Está compuesta por 11 preguntas que evalúa las 05 dimensiones como: Orientación espacial y temporal, atención y concentración, comprensión, lectura, escritura y dibujo.

B3. Validez y confiabilidad.

El test original tuvo una confiabilidad de Pearson de 0.887 a través del método test – retest en los tres diferentes grupos. El test original tuvo una confiabilidad de Pearson de 0.887 a través del método test – retest en los tres diferentes grupos las cuales tuvo correlaciones de 0.887, de 0.827 y 0.98 en las diversas confiabilidades que se hallaron con el método test-retest en 24 horas, con dos veces cada 24 horas y en 24 días, respectivamente.

El test fue validado en el Perú por Yolanda Robles Arana en el 2003 y, por Custodio y Lira en el 2014.

El estudio de Yolanda Robles Arana se realizó en una muestra de adultos mayores de 45 años, sanos (n=345), con diagnóstico de DTA (n=50) y con diagnóstico de depresión (n=45), de Lima Metropolitana en el año 2000 fue la siguiente: Tuvo una validez relacionada con el criterio, estableciendo un punto de corte de 23 independientemente del nivel educativo, evidenciándose una sensibilidad de 85 y una especificidad de 94%. Tuvo una confiabilidad por consistencia interna, siendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.61 para el grupo de pacientes normales y 0.82 para el grupo de pacientes con demencia y 0.80 para el grupo que pacientes que tienen depresión. (Robles, 2003)

En el estudio de Custodio y Lira se propuso el punto de corte de 27 en aquellas personas que tenía 07 años de escolaridad; el punto de corte 23 en las personas que tenían 04 a 07 años de escolaridad; el punto de corte 21 en aquellos con 1 a 3 años de educación; y finalmente, el punto de corte 18 en los analfabetos. (Custodio y Lira, 2014)

C. Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

C1. Ficha técnica.

- Nombre original : Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA) Versión 8.1.
- Nombre en español : Test de evaluación cognitiva de Montreal.

- Autores : Ziad Nasreddine, Natalie Phillips, Valérie Bédirian, Simon Charbonneau, Victor Whitehead, Isabelle Collin, Jeffrey L. Cummings y Howard Chertkow.
- Año : 2005.
- Forma de aplicación: Individual.
- Duración : 10 minutos.
- Población : Personas mayores de edad que presentan sospecha de deterioro cognitivo.
- Material : Lápiz, papel, manual de aplicación y corrección.
- Objetivo : Detectar deterioro cognitivo leve.

C2. Descripción de la prueba.

MoCA es una herramienta de tamizaje para detectar el deterioro cognitivo leve. Evalúa funciones ejecutivas, atención, abstracción, memoria, lenguaje, capacidades visuoconstructivas, cálculo y orientación.

C3. Validez y confiabilidad.

En la versión original, se realizó un estudio de 90 personas con deterioro cognitivo leve y 93 pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y 90 ancianos sanos. El punto de corte para descartar deterioro cognitivo leve y demencias es de < 26 . Tuvo mayor porcentaje de sensibilidad el MoCA que el MMSE, respecto a las personas con DCL y EA leve, pues el MoCA tuvo una sensibilidad de 90% y 100% de sensibilidad respectivamente, y el MMSE tuvo una sensibilidad de 18% y 78% respectivamente. (Nasreddine et al., 2005)

En la actualidad, existen pocas validaciones del MoCA en la población de habla hispana, traducido y adaptado a diferentes idiomas. Fue validado en España, Colombia, Chile y México.

Lozano-Gallego et al. (2009) realizaron su estudio en una muestra de 103 pacientes en España, entre los cuales, había personas con deterioro cognitivo leve, con demencia y sin deterioro. La consistencia interna fue de 0,76. La confiabilidad para todo el test fue de 0.914. La confiabilidad test- retest para todo el test fue de 0.921.

Gil et al. (2015) realizaron un estudio en una muestra de 192 personas de Colombia, de los cuales, había pacientes con deterioro cognitivo leve, con demencia leve y sanos. Tuvo buena consistencia interna, confiabilidad entre los observadores y validez de contenido.

Delgado et al. (2019) efectuaron su estudio en una muestra de 172 personas chilenas con diagnóstico de deterioro cognitivo leve amnésico y deterioro cognitivo no amnésico, demencia leve y sanos. La consistencia interna tuvo un alfa de Cronbach de 0,772, confiabilidad interevaluador con un coeficiente de correlación de Spearman de 0.846 y una confiabilidad intraevaluador test – retest de 0,922.

Aguilar- Valera y Caycho (2016) realizaron un estudio en 168 participantes mexicanos que contenía grupos cognitivamente sanos, con deterioro cognitivo leve y con demencia. Tuvo una confiabilidad de 0.89 intraclass de 0.9555. La sensibilidad fue de 80% y especificidad de 75%. Tuvo una sensibilidad de 98% y la especificidad de 93% en personas con demencia.

D. Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE).

D.1. Ficha técnica.

- Nombre original : Addenbrooke's Cognitive Examination – ACE.
- Autores : Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowicz, W., & Hodges, J. R.
- Año : 2000
- Adaptación española : Sarasola, D., de Luján-Calcagno, M., Sabe, L., Crivelli, L., Torralva, T., Roca, M., García-Caballero, A., & Manes, F. (2005).

- Forma de aplicación : Individual.
- Ámbito de aplicación : Adultos y adultos mayores.
- Duración : Media hora aproximadamente.
- Materiales : Manual, protocolo, lápiz y borrador.
- Objetivo : Detectar demencia leve y diferenciar la Enfermedad de Alzheimer de la demencia Frontotemporal.

D.2. Descripción de la prueba.

Es un test de cribado para el diagnóstico de demencia. (Matia et al., citados en Carrión (2021))

Es un instrumento útil para el diagnóstico de demencia y para diferenciar entre la demencia tipo Alzheimer y demencia frontotemporal. El ACE evalúa 6 dominios cognitivos: Orientación, atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje y habilidades visuoespaciales. Permite calcular los 30 puntos del MMSE que se encuentran incluidos en el cuestionario. (Junco y Prieto, 2014)

Asimismo, ha evidenciado consistentemente mayor sensibilidad y valor predictivo para detectar demencias en etapa temprana, obteniendo validez en diferentes contextos clínicos y socioculturales. (Mioshi et al., 2006, citados en Véliz et al., 2020)

D.3. Validez y confiabilidad.

En su versión original, ACE se efectuó en una muestra de 139 pacientes nuevos que asistieron a una clínica de la memoria, diferenciándose dos grupos, un grupo con demencia y el otro grupo sin demencia. Resultaron dos valores de corte para la puntuación compuesta de ACE (88 y 83) las cuales fueron de utilidad óptima según la muestra. Tuvo una alta confiabilidad, validez de constructo y sensibilidad de 93%, empleando el punto de corte de 88. Y tuvo una sensibilidad de 82% cuando empleaba el punto de corte de 83. Tuvo un mayor valor predictivo que el MMSE para una amplia gama de la prevalencia de demencia.

Asimismo, diferenció la demencia tipo Alzheimer y la demencia frontotemporal, y la relación VLOM., obteniéndose <2.2 para demencia frontotemporal y > 3.2 para la demencia tipo Alzheimer, siendo altamente discriminadora. (Mathuranath et al., 2000)

En España ha sido validado inicialmente por Sarasola y sus colaboradores en una muestra de 128 personas seleccionadas en tres grupos, un grupo que cumplía con los criterios de la demencia frontotemporal según criterios del Consenso de Lund y Manchester; el otro segundo grupo de pacientes con probable demencia tipo Alzheimer según los criterios del NINCS- ADRDA, y el tercer grupo con pacientes sin demencia. El test mostró una coherencia interna aceptable, una sensibilidad del 92% (IC =83.6 – 97.0) y especificada de 96.2 (IC= 86.8 – 99.4). Asimismo, se demostró una mayor sensibilidad y especificidad del ACE sobre el MMSE para discriminar entre grupo control y demencia. El coeficiente VLOM permite orientar el diagnóstico hacia la demencia frontotemporal si el valor es menor a 1.82 y hacia la demencia tipo Alzheimer sí es mayor a 4.87. (Sarasola et al., 2004)

Años más tarde, se validó nuevamente en España por Junco y Prieto en una muestra de 103 participantes, de los cuales, 53 tenían el diagnóstico de demencia, de entre 41 y 95 años de edad. Los índices de fiabilidad de los ítems son adecuados. La consistencia interna del MMSE tuvo un alfa de Cronbach de .92, siendo levemente menor a la del ACE que tuvo un alfa de Cronbach de .98. Los resultados de los resultados promedio y las desviaciones típicas de ajuste de los ítems conllevan a un buen ajuste global del ACE al modelo de Rasch (*Infit=1.01; DT= 0.22; Outfit= 1.12, DT = 1.29*). (Junco y Prieto, 2014)

En Argentina, ha sido validado por Sousa y Vivas en una muestra de 75 participantes de los cuales 31 tenían demencia tipo Alzheimer y 44 del grupo normativo, con edades promedio de 78 y 80 años de edad. Tuvo una consistencia interna de 0,709 y una validez concurrente mediante la correlación con el Clinical Dementia Rankin (CDR) de $Rho= -0,425$, $p < 0,017$. Se efectuó el análisis de curva ROC para el ACE y para el MMSE

encontrándose que el ACE mostró un área bajo la curva mayor, indicando mayor capacidad de discriminación. Se estableció un punto de corte sugerido con un valor de 70, con una sensibilidad del 84% y una especificidad del 84%. (Sousa y Vivas, 2017)

E. Escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).

E.1 Ficha técnica.

- Nombre original : Batería neuropsicológica breve en español NEUROPSI
- Autores : Feggy Ostrosky Solís, Alfredo Ardila y Mónica Rosselli.
- Año : 1994.
- Forma de aplicación: Individual.
- Duración : De 25 a 40 minutos aproximadamente.
- Población : 16 años a 85 años.
- Material : Láminas, protocolos de registro, tablas de puntajes y lápiz.
- Objetivo : Detectar el perfil individual de funciones cognoscitivas.

E.2. Descripción de la prueba.

NEUROPSI evalúa los dominios cognoscitivos como la orientación, atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo. Puntaje máximo es de 130 puntos y se obtiene un perfil individual de funciones cognoscitivas. El desempeño para cada intervalo según edad y nivel de escolaridad son: normal, leve, moderado y severo. (Ostrosky et al., 1994)

E.3. Validez y confiabilidad.

La versión original se efectuó en una muestra de 883 personas normales hispanohablantes, entre los 16 y 85 años. En cada rango, se diferenciaron cuatro niveles educativos de acuerdo a la cantidad de años de estudios. Presentó altos índices de validez y confiabilidad en casos de demencia. (Abrisqueta – Gómez et al., 2008)

La validez se realizó en un grupo clínico de diferentes diagnósticos, por ejemplo: Depresión, esquizofrenia, alcoholismo, daño en ambos hemisferios cerebrales, logrando un 95% de aciertos. La confiabilidad se determinó a través del test – retest manifestando una confiabilidad de 0,89 a 0,95. (Ostrosky et al., 1994)

La versión peruana se realizó en una muestra de 432 historias clínicas de pacientes adultas mayores con o sin alteraciones cognitivas o demencia. Tuvo un análisis factorial de estructura interna que registra un buen ajuste de los 06 factores y el rendimiento cognitivo difiere en relación al rango de edad, manifestando una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,863. (Marreros – Tananta y Guerrero- Alcedo, 2022)

F. Test de alteración de la memoria (T@M).

F.1. Ficha técnica.

- Nombre original : Test de alteración de la memoria T@M.
- Autores : Rami, L., Molinuevo, JL., Bosch, B., Sanchez-Valle, R., & Villar, A.
- Año : 2007
- Forma de aplicación: Individual.
- Duración : 04 – 07 minutos.
- Población : Personas que presentan posible alteración de la memoria.
- Material : Cuestionario y lápiz.
- Área de aplicación : Adultos y adultos mayores.
- Objetivo : Detectar deterioro cognitivo leve amnésico como la enfermedad de Alzheimer en sus fases iniciales.

F.2. Descripción de la prueba.

Es un test breve que presenta propiedades psicométricas para detectar deterioro cognitivo leve de tipo amnésico. 27. Es un test de cribado que consta de 43 ítems, siendo el

puntaje máximo de 50 puntos. Evalúa los subtipos de la memoria (memoria inmediata, memoria de orientación temporal, memoria remota semántica, memoria de evocación libre y memoria de evocación con pistas). El punto de corte es de 37 para diferenciar el deterioro cognitivo de quejas subjetivas de memoria. (Rami et al., 2007)

F.3. Validez y confiabilidad.

En el estudio original, el T@M comprendió de una muestra de 400 adultos mayores de los centros poblacionales de atención primaria de Barcelona (España); de los cuales, 50 participantes presentaron DCL-A teniendo en cuenta los criterios de Petersen y sus colaboradores, y 66 participantes presentaron la enfermedad de Alzheimer precoz en base a los criterios de NINCDS- ADRDA. El punto de corte para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve – A fue de 37 puntos, con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 79% (AUC= 0,932). El punto de corte para el diagnóstico precoz de la Enfermedad de Alzheimer fue de 28 puntos, con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 98% (AUC=0,99). Finalmente, tuvo una sensibilidad del 87% y una especificidad del 82% para diferenciar entre los pacientes con DCL-A y EA. (Rami et al., 2007)

El estudio fue validado en el Perú por Custodio en una muestra de 247 personas adultos mayores, de los cuales 81 presentaron Alzheimer, deterioro cognitivo leve y estado cognitivo sano. Tuvo una consistencia interna muy buena con un alfa de Cronbach de 0.79 y una validez concurrente dada por las correlaciones significativas entre el T@M y el MMSE ($r=0,79$ $p < 0,01$) y T@M con el CDR ($r=0,85$ $p < 0,01$). (Custodio, 2016)

Asimismo, tiene una validez discriminativa, cuyo punto de corte es el puntaje 26 para discriminar entre el deterioro cognitivo leve amnésico y la enfermedad de Alzheimer, con una sensibilidad de 100% y una especificidad de 97,53%. De la misma manera, el punto de corte es el puntaje 35 para discriminar entre el deterioro cognitivo leve amnésico y los

cognitivamente sanos, con una sensibilidad de 99,17% y una especificidad de 91,11%. De la misma manera, tiene buena validez convergente con el MMSE.

De acuerdo al análisis correlacional, no se comprobó diferencias significativas entre los puntajes de T@M y el nivel de instrucción y género; no existen diferencias significativas entre las personas con demencia y sin demencia con respecto a su nivel de instrucción; no se encontró diferencias significativas entre los puntajes de T@M, MMSE y CDR con relación a su nivel de instrucción o género; y el T@M con respecto a su nivel de instrucción.

G. Escala de Memoria de Wechsler (WMS – III).

G.1. Ficha técnica.

- Nombre original : Wechsler Memory Scale – Third Edition.
- Autores : David Wechsler.
- Año : 1997
- Adaptación española: Jaime Pereña, Nicolás Seisdedos, Sara Corral, David Arribas, Pablo Santamaría, Manuel Sueiro. Departamento I+D de TEA Ediciones, S.A. (2004).
- Nombre : Escala de Memoria de Wechsler III.
- Forma de aplicación: Individual.
- Ámbito de aplicación: Adultos, desde 16 años a 89 años.
- Duración : Una hora y media aproximadamente.
- Materiales : Manual técnico, manual de aplicación, dos cuadernos de elementos, cuadernillo de anotación, cuadernillo de dibujos y tablero con cubos.
- Objetivo : Evaluar las diversas funciones de la memoria a corto y medio plazo.

G.2. Descripción de la prueba.

Es una batería destinada a evaluar el aprendizaje, la memoria y la memoria de trabajo. Consta de 11 subtests y evalúa la memoria de estímulos auditivos y visuales, de las cuales 6 son pruebas principales y 5 son optativos.

Entre los test principales son: Textos I y II, pareja de palabras I y II, letras y números, caras I y II, escenas I y II, y localización.

Los test optativos son: Información y orientación, listas de palabras I y II, control mental y dígitos.

G.3. Validez y confiabilidad.

En la versión original, el estudio estuvo compuesto por 1250 adultos de los EEUU, de 16 a 89 años. En la versión española, el estudio se realizó en una muestra representativa de la población española (890 personas).

H. Test de retención visual de Benton.

H.1. Ficha técnica.

- Nombre original : Revised Visual Retention Test. Clinical and Experimental Applications.
- Nombre traducido : Test de Retención Visual de Benton.
- Autores : Arthur L. Benton.
- País de origen : EEUU.
- Año : 1945.
- Forma de aplicación: Individual.
- Duración : 05 minutos aproximadamente en la aplicación de cada una de las formas: Forma C, forma D y forma E.
- Población : Desde los 8 años.

- Material : Láminas del test, hojas de protocolo, 5 hojas bond partidas por la mitad, lámina, lápiz, borrador y un cronómetro.
- Objetivo : Detectar las anomalías en la percepción visual, la memoria visual y las habilidades viso- constructivas.

H.2. Descripción de la prueba.

Benton (1945) manifestó que es un test que consiste en la presentación de una serie de 10 láminas, donde aparecen reflejadas unas figuras geométricas y que difieren en el grado de dificultad, la cual el sujeto debe de copiar y memorizar para después reproducir, acorde al tipo de la administración (Forma A, Forma B, Forma C y Forma D), las cuales son:

- Forma A: Cada diseño es expuesto por 10 segundos, seguido inmediatamente de la reproducción de memoria por parte del evaluado.
- Forma B: Cada diseño es expuesto por 5 segundos, seguido inmediatamente de la reproducción de memoria por parte del evaluado.
- Forma C: Cada diseño es copiado por el evaluado.
- Forma D: Cada diseño es expuesto por 10 segundos, seguido inmediatamente de la reproducción de memoria por parte del evaluado, luego de un intervalo de 15 segundos.

La ejecución se valora según el número de reproducciones correctas midiendo la eficacia general de su ejecución y también se valoran los errores de acuerdo al tipo específico, como, por ejemplo: omisiones, distorsiones, desplazamientos, perseveraciones, rotaciones, tamaño y derecha – izquierda.

Benton (1992, citado en Mokwa et al., 2012) mencionó que existe hasta cinco versiones del instrumento.

H.3. Validez y confiabilidad.

En su versión original, el test cuenta con una confiabilidad por el método test- retest de la aplicación A, cuyo coeficiente de correlación es de 0.85. Whaler (1956, citado en Mokwa et al., 2012) manifestó que el coeficiente de correlación es de 0,97 entre las puntuaciones totales de error obtenidos por dos evaluadores independientes.

Mitrushina et al. (2005, citados en Romero, 2018) refirieron que el test ha sido confirmado a través de numerosos estudios con pacientes sanos o enfermos y han sido aceptables con 0,79 a 0,84; asimismo, hay estudios que reportan un valor de fiabilidad de entre 0,85 a 0,96 para las respuestas correctas y de 0,93 a 0,97 para la valoración de los errores.

Hay una validación brasileña efectuado por Mokwa y sus colaboradores en una muestra de 29 personas adultas mayores, con edad de entre 60 y 79 años, con escolaridad baja y media. Tuvo una validez convergente entre las pruebas de Test de retención visual de Benton con el Test Pictórico de Memoria (TEPIC- M). Hubo pocas correlaciones entre el Test de retención visual de Benton con la Prueba de Figuras Complejas de Rey. (Mokwa et al., 2012)

I. Test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth.

I.1. Ficha técnica.

- Nombre original : Rey, Test de Copia y Reproducción de Memoria de Figuras Geométricas Complejas.
- Autor : André Rey.
- Año : 1941.
- Forma de aplicación: Individual.
- Población : Niños a partir de los 04 años, y adultos.
- Material : Lápiz, papel, manual de aplicación y corrección.

- Objetivo : Detectar posibles trastornos neurológicos relacionados con problemas de carácter perceptivo o motriz. Grado de desarrollo y maduración de la actividad gráfica.

I.2. Descripción de la prueba.

Es una prueba que consiste en copiar y después, en reproducir de memoria un dibujo geométrico complejo. (Rey, 1941)

Asimismo, evalúa la memoria visual y organización perceptual visual en personas con daño cerebral. (Lezak, 1983, citado en Rey, 1941)

I.3. Validez y confiabilidad.

En la versión original, Osterrieth en 1944 realizó el estudio en 295 niños normales con un rango de 4 a 15 años, y 60 adultos con un rango de entre los 16 años y los 60 años. Luego, logró estandarizarlo e identificar los diferentes tipos de procedimiento de acuerdo al nivel de organización y puntuación de la precisión de la copia y de la memoria, basada en el sistema de calificación por unidades. (Lezak, 1983, citado en Rey, 1941)

Posteriormente, Carr y Lincoln (1988, citados en Rey, 1941) realizaron un estudio con personas con y sin antecedentes de accidentes cerebrovasculares, obtuvo un coeficiente de correlación de $r=0.99$ y un alto grado de confiabilidad.

J. Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS).

J.1. Ficha técnica.

- Nombre original : Geriatric Depression Scale (GDS).
- Autores : Brink T.L.; Yesavage, J.A.; Lun O.; Heersema P.H., Adey M. y Rose.
- Año : 1983.
- País de origen : Estados Unidos.
- Forma de aplicación: Individual o colectiva.

- Ámbito de aplicación: A partir de los 60 años.
- Duración : 15 a 20 minutos.
- Población : Personas geriátricos.
- Material : Cuestionario y lápiz.
- Objetivo : Detectar los niveles de depresión de pacientes geriátricos.

J.2. Descripción de la prueba.

El instrumento está constituido por 30 ítems que contiene respuestas dicotómicas, las cuales son Sí equivale 01 y No equivale a 0.

J.3. Validez y confiabilidad.

En su versión original, el instrumento se realizó en 100 sujetos normales y severamente deprimidos. Tiene una validez convergente con las escalas de calificación de Hamilton para la depresión (HRS- D) y la Escala de Depresión de Autoevaluación Zung (SDS) siendo internamente consistentes y asimismo, confiables para la detección de la depresión en la población de edad avanzada. Presenta realizar la validez concurrente de la GDS era buena ($r=0.82$; $p < 0,001$) y una confiabilidad de dos mitades con un alfa de Cronbach es de 0,94; y una confiabilidad test- retes $p < 0,001$. (Yesavage et al., 1982)

En la versión española, el instrumento fue validado por Martínez de la Iglesia y sus colaboradores en una muestra de 249 participantes, tuvo una validez convergente con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,618 ($p > 0,001$) de la escala con el cuestionario de Montgomery – Asberg. Tuvo una validez discriminante obteniendo una correlación de Spearman de 0,235 ($p < 0,001$). Además, encontraron una confiabilidad a través del Kappa con valores de 0,655 ($p > 0,001$) y 0,951 ($p < 0,001$) como interobservador e intraobservador respectivamente. La consistencia interna alcanzó un valor de 0,994. (Martínez de la Iglesia et al., 2002)

En la versión peruana, se validó el estudio por De la Torre y sus colaboradores cuya muestra fue de 400 participantes. Tuvo una confiabilidad con un valor Kappa de 0,52. En torno a la validación, presentó una sensibilidad del 49% y una especificidad del 96% con un valor de predicción del 90% cuyo predictor positivo fue del 72% y punto de corte de 5 puntos a más. (De la Torre et al., 2006)

2.5.3. Evaluación Neuropsicológica. Se realizaron las siguientes acciones:

2.5.3.1 Etapa preliminar. En esta fase se consideró la siguiente historia clínica:

A. Datos de afiliación: Se cuentan los siguientes datos:

- Nombres y apellidos : S.M.R.
- Edad : 86 años.
- Fecha de nacimiento : 10/06/1935.
- Lugar de Nacimiento : Lima.
- Sexo : Mujer.
- Grado de instrucción : Técnico superior.
- Ocupación : Contadora.
- Lateralidad : Diestra.
- Estado civil : Soltera.
- Religión : Católica.
- Distrito : Cercado de Lima.
- Informante : Marlene (hija)

B. Motivo de consulta. Se expone a continuación el siguiente video:

La usuaria de iniciales S.M.R. asiste en compañía de su hija, refiriendo que su madre “*olvida frecuentemente las cosas*”, por ejemplo, “*no sabe qué día y qué año es, olvida donde dejó sus llaves*”, y en especial, “*donde dejó su dinero y su monedero*”. Además, menciona que su madre “*llegó a decir que sus familiares le estaban robando su dinero*”, “*que había*

observado cómo su nieta había entrado a coger el dinero de su monedero". De la misma manera, refiere que está preocupada por los cambios fluctuantes de su carácter, *"reniega varias veces al día, te responde de mala manera, es ofensiva"* lo que ha conllevado a que exista discusiones en la familia.

C. *Enfermedad actual.* A la fecha del estudio, se indica lo siguiente:

La hija menciona que su madre presenta problema de olvidos desde hace ocho años, siendo esto de manera progresiva. Asimismo, la hija refiere que su madre indica que algunos familiares cogen su dinero sin haber pedido el permiso respectivo. Es por ello, que esconde el dinero en distintos lugares de su cuarto *por* miedo a que le "roben".

D. *Historia personal.* Se detallan los siguientes episodios:

- Historial de nacimiento y desarrollo: La evaluada nació por parto normal y no ha tenido ninguna complicación en el periodo prenatal, perinatal y posnatal.
- Historial médico: Presenta hipertensión arterial controlada, diabetes y ha tenido una cirugía de prótesis de cadera (2015).
- Historial educativo: Se desempeñó como buena estudiante en el nivel primario y secundario. Estudió la secundaria completa, la cual incluía estudios técnicos de contabilidad, desempeñándose de manera óptima.
- Historia laboral: Ha trabajado como secretaria en una fábrica desde los 16 años hasta los 60 años.
- Historia familiar: Vivió con sus padres dentro de un entorno familiar funcional. Cuando tenía 35 años, falleció su padre de cáncer al pulmón. Veinte años más tarde, falleció su madre de neumonía. Tuvo una pareja con el cual tuvo dos hijas. Esta relación fue disfuncional y distante, presencia de infidelidades por parte de su pareja. Actualmente, vive con su hija menor, su yerno, una nieta y tres bisnietos en la Unidad Vecinal Los Mirones, en el distrito de Cercado de Lima.

2.5.3.2 Etapa de investigación selectiva de las funciones superiores. Se trabajo con lo siguiente:

A. Técnicas psicológicas:

- Observación de la conducta.
- Entrevista a la usuaria e informante.

Instrumentos psicológicos:

- Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS – IV).
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

B. Técnicas neuropsicológicas:

Instrumentos neuropsicológicos:

- Mini – Mental de Folstein (MMSE).
- Montreal Cognitive Assessment (MOCA).
- Addenbrooke´s Cognitive Examination – ACE.
- Exploración Neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).
- Escala de Memoria de Wechsler.
- Test de Retención Visual de Benton.
- Test de Alteración de Memoria (T@M).
- Test de la Figura Compleja de Rey de Osterrieth.

Tabla 5

Áreas de evaluación neuropsicológica

ÁREA	OBJETIVO	PRUEBAS
Intelectual	Determinar el nivel intelectual.	Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV).
Orientación	Determinar el estado de orientación de tiempo, persona	Mini – Mental de Folstein (MMSE). Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Subtest de la escala neuropsicológica

	y espacio.	breve en español (NEUROPSI). Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). Test de alteración de la memoria (T@M).
Atención	Identificar el nivel de atención dirigida y sostenida.	Mini – Mental de Folstein (MMSE). Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).
Memoria	Describir el nivel de memoria auditiva y visual, inmediata a corto y largo plazo.	Subtest de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV). Mini – Mental de Folstein (MMSE). Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI). Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). Escala de Memoria de Wechsler (WMS – III). Test de alteración de la memoria (T@M). Test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth.
Gnosia	Determinar la capacidad para reconocer los objetos	Test de retención visual de Benton. Test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth.
Praxia	Identificar la capacidad para realizar movimientos coordinados.	Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI). Test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth.
Lenguaje	Determinar el nivel del lenguaje.	Índice de comprensión verbal de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV). Mini – Mental de Folstein (MMSE). Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI). Subtest de la Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE).

Lectura	Determinar el nivel en el área de la lectura.	Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE). Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE). Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).
Escritura	Determinar el nivel en el área de la escritura.	Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE). Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE). Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).
Cálculo	Determinar el nivel en el área de cálculo.	Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE). Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE). Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).
Habilidades visoespaciales	Determinar la capacidad de manipular los objetos.	Índice de razonamiento perceptivo de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV). Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE). Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE). Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).
Funciones ejecutivas	Describir la capacidad de organización y planificación.	Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).
Emocional	Identificar el estado emocional.	Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS).

Nota. Elaboración propia.

2.5.3.3 Resultado de cada test evaluado. Se detallan los resultados a continuación:

A. Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS – IV). La usuaria obtiene un CI total de 97 que la ubica en la categoría diagnóstica promedio. Tiene un índice de

memoria de trabajo (IMT) de 111 obteniendo una categoría promedio alto. Presenta un índice de comprensión verbal (ICV) de 92 y un índice de velocidad de procesamiento (IVP) de 105 ubicándose en una categoría diagnóstica promedio. Manifiesta un índice de razonamiento perceptivo (IRP) de 89 ubicándose en una categoría promedio bajo.

En el área de memoria de trabajo (MT), obtiene un puntaje de 24 que equivale a un índice de 111 y que la ubica en la categoría promedio alto. Esto indica que la usuaria tiene una adecuada capacidad para procesar, retener y almacenar la información auditiva inmediata; así como también, presenta una habilidad para hacer asociaciones numéricas que tienen relación con las abstracciones mentales ante la resolución de un problema.

El área de velocidad de procesamiento (VP) que consiste en las capacidades de atención dirigida y sostenida permitiendo la discriminación de los estímulos visuales de manera óptima y dentro de un límite de tiempo esperado, la usuaria logra un puntaje de 22 que equivale a un índice de 105, ubicándola dentro de la categoría promedio.

En el área de comprensión verbal (CV), la usuaria obtiene un puntaje de 26 correspondiéndole un índice de 92 que la ubica en un nivel promedio. Esto indica que la usuaria manifiesta una óptima capacidad para comprender las palabras y demostrar una adecuada cantidad de expresión verbal y conocimiento adquirido; como también, hacer conceptualizaciones y responder apropiadamente a situaciones específicas que requieren de la inteligencia práctico- social, criterio y juicio.

El área de razonamiento perceptivo (RP) que consiste en la habilidad para manipular materiales en la búsqueda de la solución a un problema específico que requiere de habilidades de organización y razonamiento visual y motor, la usuaria logra un puntaje de 25 que equivale a un índice de 89, y que la ubica en un nivel promedio bajo.

Tabla 6

Resultados de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS- IV)

ÁREA	PUNTUACIÓN ESCALAR	ÍNDICE	CATEGORÍA
Comprensión Verbal.	26	92	Normal promedio.
Razonamiento Perceptual.	25	89	Promedio bajo.
Memoria de trabajo.	24	111	Promedio alto.
Velocidad de procesamiento.	22	105	Normal promedio.
Total	97	97	Normal promedio.

Nota. Elaboración propia.

B. Exploración Neuropsicológica breve en español (NEUROPSI). La usuaria obtiene un puntaje general de 63.5 puntos, la cual, considerando la edad y los años de escolaridad, lo ubican en una condición diagnóstica de “deterioro cognitivo moderado”. Manifiesta áreas conservadas en las siguientes áreas: Orientación espacial, lenguaje (repetitivo, comprensivo), lectura y escritura (dictado y copia). Manifiesta una ligera alteración en: cálculo, lenguaje denominativo y lenguaje de abstracción. Presenta una alteración parcial en: memoria auditiva inmediata, habilidades visoespaciales, fluidez verbal y funciones ejecutivas.

Por otro lado, las áreas que presenta déficit son: Orientación temporal, atención y concentración (dificultad en dígitos en regresión y detención visual), memoria visual y auditiva de corto plazo y praxias.

Tabla 7

Resultados de la Escala Neuropsicológica Breve en español (NEUROPSI)

ÍNDICE	PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
Orientación.	2/6	Alteración parcial.
Atención y concentración.	10/26	Alteración parcial.
Codificación.	9.5/18	Alteración parcial.
Lenguaje.	21/26	Ligeramente alterado.
Lectura	3/3	Normal.
Escritura.	2/2	Normal.
Funciones ejecutivas.	10/18	Alteración parcial
Funciones de evocación.	6/30	Deficiente.
Total	63.5	Deterioro Moderado

Nota. Elaboración propia.

C. Mini – Mental de Folstein (MMSE). La usuaria presenta una puntuación de 21 correspondiente a Deterioro Cognitivo.

Tabla 8

Resultados de la Mini – Mental de Folstein (MMSE)

ÁREA	PUNTUACIÓN
Orientación	5/10
Registro	2/3
Atención- cálculo.	5/5
Recuerdo.	1/3
Lenguaje.	8/8

Praxia.	0/1
Total	21

Nota. Elaboración propia.

D. Montreal Cognitive Assessment (MoCA). La usuaria presenta una puntuación de 10 correspondiente a Deterioro Cognitivo.

Tabla 9

Resultados de la Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

ÁREA	PUNTUACIÓN
Visuoespacial /ejecutiva	3/5
Identificación	1/3
Atención	4/6
Lenguaje	0/3
Abstracción	0/2
Espontáneo	0/5
Pista de categorías	0/5
Pista elección múltiple	2/5
Orientación	2/6
Total	10

Nota. Elaboración propia.

E. Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE). La usuaria obtiene un puntaje general de 54 puntos, que, considerando la cantidad de años de estudios, se ubica por debajo

del punto de corte (85). Presenta un coeficiente VLOM de 5,8 ubicándose dentro del intervalo (por encima de 4.87), siendo un indicador de probable presencia de enfermedad de tipo Alzheimer.

Manifiesta áreas conservadas: Orientación espacial, atención y concentración (regresión), lenguaje (repetitivo y comprensivo), lectura (palabras regulares) y escritura. Presenta una alteración parcial en las siguientes áreas: memoria verbal inmediata, lenguaje denominativo, fluencia verbal y habilidades visoespaciales. Manifiesta áreas en déficit: Orientación de tiempo, cálculo, lectura (palabras irregulares) y memoria de corto plazo.

Tabla 10

Resultados de la Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE)

ÁREA	PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
Orientación	5/10	Alteración parcial.
Atención y concentración	8/8	Normal.
Memoria	9/31	Alteración parcial.
Fluencia verbal	8/14	Alteración parcial.
Lenguaje	21/28	Ligera alteración.
Habilidades visoespaciales	3/5	Alteración parcial.
Total	54/100	Deterioro
Coeficiente VLOM	5,8	Probable presencia de enfermedad de tipo Alzheimer.

Nota. Elaboración propia.

F. Escala de Memoria de Wechsler (WMS). La usuaria presenta un nivel promedio bajo en las capacidades de la memoria auditiva inmediata, memoria visual demorada y memoria de trabajo. Manifiesta categoría inferior en la memoria visual inmediata, en la memoria inmediata, en la memoria demorada y en la memoria de reconocimiento auditivo demorado.

Tabla 11

Resultados de la Escala de Memoria de Wechsler

ÁREA	PUNTUACIÓN	ÍNDICES	CATEGORÍA
Memoria Auditiva Inmediata	13	83	Promedio bajo.
Memoria Visual Inmediata	10	74	Inferior.
Memoria inmediata	23	73	Inferior.
Memoria Auditiva demorado	14	84	Promedio bajo.
Memoria Visual demorada	15	86	Promedio bajo.
Memoria de Reconocimiento auditivo demorado	5	76	Inferior.
Memoria demorada	34	79	Inferior.
Memoria de trabajo	14	82	Promedio bajo.

Nota. Elaboración propia.

G. Test de Retención Visual de Benton. La usuaria presenta el puntaje de 1 teniendo los siguientes errores: omisión, distorsión, rotación y desplazamiento.

Tabla 12

Resultados del Test de Retención Visual de Benton

ÁREA	PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN	ERRORES
Lámina C	1/10	Deficiente.	Omisión, distorsión, desplazamiento, rotación, error de tamaño.
Lámina D	0/10	Deficiente.	Omisión, distorsión, desplazamiento, error de tamaño y rotación.
Lámina E	0/10	Deficiente.	Omisión, distorsión, desplazamiento, rotación, error de tamaño.
Total	1/30	Deficiente.	

Nota. Elaboración propia.

H. Test de Alteración de Memoria (T@M). La usuaria obtiene un puntaje de 16/50 ubicándose por debajo del punto de corte 26, establecido en la validación peruana. Alcanzó un puntaje de 9 puntos en la memoria remota semántica; 7 puntos en la memoria inmediata, y finalmente alcanzó un puntaje de 0 tanto en la memoria de orientación temporal, memoria de evocación libre y memoria de evocación con pistas.

Tabla 13

Resultados del Test de Alteración de Memoria (T@M)

ÁREA	PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
Memoria inmediata	7/10	Alteración parcial.
Memoria de orientación temporal	0/5	Deficiente.

Memoria remota semántica	9/15	Alteración parcial.
Memoria de evocación libre	0/10	Deficiente.
Memoria de evocación con pistas	0/10	Deficiente.
Total	16/50	Cuadro demencial

Nota. Elaboración propia.

I. Test de la Figura Compleja de Rey de Osterrieth. Se dieron estos resultados:

COPIA: La usuaria tuvo una puntuación de 21.5 que se ubica en el percentil I, la cual tiene una interpretación de Muy por debajo del promedio. Asimismo, realizó la copia con el tipo de construcción I, empezando por el gran rectángulo central, continuando con los detalles. El tipo I corresponde a un percentil 75 que se interpreta como Por encima del promedio. Efectuó el dibujo dentro en un tiempo de 9 minutos y 30 segundos, que la ubica en el percentil 10, la cual se interpreta como Muy por debajo del promedio.

MEMORIA: La usuaria realizó el dibujo de una casa el cual no corresponde al dibujo mostrado, ubicándola en el percentil de 1 y teniendo una interpretación de Muy por debajo del promedio.

Tabla 14

Resultados del Test de Figura Compleja de Rey de Osterrieth

ELEMENTOS	TIPO DE CONSTRUCCIÓN	PUNTAJE	TIEMPO
Copia	I	21.5	9'30''
Percentil	75	1	10
Interpretación	Por encima del promedio.	Muy por debajo del promedio.	Muy por debajo del promedio.

Memoria	0	0	13'23''
Percentil	1	1	
Interpretación	Muy por debajo del promedio.	Muy por debajo del promedio.	

Nota. Elaboración propia.

J. Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS). La usuaria obtiene un puntaje de 0 equivalente a normal, la cual evidencia que no presenta sintomatología depresiva.

Tabla 15

Resultados de las evaluaciones neuropsicológicas en relación a las áreas evaluadas

AREA	OBJETIVO	INSTRUMENTO	RESULTADOS PRE-TEST
Intelectual	Determinar el nivel intelectual.	Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV).	IC Total: 97 Promedio. ICV: 92 IRP: 89 IMT: 111 IVP: 105
Orientación	Determinar el estado de orientación de tiempo, persona y espacio.	Mini – Mental de Folstein (MMSE).	5/10 Alteración parcial.
		Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	2/6 Alteración parcial.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	2/6 Deficiente.
		Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE).	5/10 Alteración parcial.
		Test de alteración de la memoria (T@M).	0/5 Deficiente.

Atención	Identificar el nivel de atención dirigida y sostenida.	Mini – Mental de Folstein (MMSE).	5/5 Normal.
		Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	4/6 Alteración parcial.
		Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE).	8/8 Normal.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	10/26 Deficiente.
Memoria	Describir el nivel de memoria auditiva y visual, inmediata a corto y largo plazo.	Índice de memoria de trabajo de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV).	IMT: 111
		Mini – Mental de Folstein (MMSE).	1/3 Deficiente.
		Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	0/5 Deficiente. (2/5 pista elección múltiple)
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	6/30 Deficiente.
		Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE).	9/31 Alteración parcial.
		Escala de Memoria de Wechsler (WMS –III).	Auditiva Inmediata: 13 (IMAI= 83) Promedio bajo.
			Visual Inmediata: 10 (IMVI= 74) Inferior.
	Memoria inmediata: 23 (IMMI= 73) Inferior.		

			Auditiva demorado: 14 (IMAD= 84) Promedio bajo.
			Visual demorada: 15 (IMVD= 86) Promedio bajo.
			Reconocimiento auditivo demorado: 5 (IRAD= 76) Inferior.
			Memoria demorada: 34 (IMD= 79) Inferior.
			Memoria de trabajo: 14 (IMTI= 74) Promedio bajo.
		Test de alteración de la memoria (T@M).	Total: 16/50 Deficiente. Memoria inmediata: 7/10 Memoria de orientación temporal: 0/5 Memoria remota semántica: 9/15 Memoria de evocación libre: 0/10 Memoria de evocación con pistas: 0/10
		Test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth.	Fase memoria: 0/36 Tiempo: 13'23''
Gnosia	Determinar la capacidad para reconocer los objetos	Test de retención visual de Benton.	1/30 Deficiente.
		Test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth.	Fase copia: 21.5 /36 (Pc 1) Categoría: Muy por debajo del promedio.
			Tipo de construcción I (Pc 75) Categoría: Por encima del promedio.

			Tiempo: 9'30'' (Pc 10) Categoría: Muy por debajo del promedio.
Praxia	Identificar la capacidad para realizar movimientos coordinados.	Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	3/8 Deficiente
		Test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth.	Fase copia: 21.5 /36 (Pc 1) Categoría: Muy por debajo del promedio.
			Tipo de construcción I (Pc 75) Categoría: Por encima del promedio.
			Tiempo: 9'30'' (Pc 10) Categoría: Muy por debajo del promedio.
Lenguaje	Determinar el nivel del lenguaje.	Índice de comprensión verbal de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV).	ICV: 92
		Mini – Mental de Folstein (MMSE).	Total: 8/8 Normal. Denominativo: 2/2 Comprensivo: 4/4 Repetición: 1/1 Lectura: 1/1
		Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	Total: 1/6 Deficiente. Denominativo: 1/3 Repetitivo: 0/2 Fluidez verbal: 0/1
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	Total: 21/26 Ligera alteración. Denominativo: 7/8 Repetitivo: 4/4 Comprensivo:6/6 Fluidez verbal: 4/8
		Subtest de la Addenbrooke´s	Total: 21/28 Ligera alteración.

		Cognitive Examination (ACE).	Denominativo: 6/12 Comprensivo: 8/8 Repetición: 5/5 Fluencia verbal: 8/14 Alteración parcial.
Lectura	Determinar el nivel en el área de la lectura.	Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE).	1/1 Normal.
		Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE).	Lectura: 1/2 Ligera alteración.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	3/3 Normal.
Escritura	Determinar el nivel en el área de la escritura.	Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE).	1/1 Normal.
		Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE).	Escritura: 1/1 Normal.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	2/2 Normal.
Cálculo	Determinar el nivel en el área de cálculo.	Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE).	1/5 Deficiente.
		Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	1/3 Alteración parcial.
		Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE).	1/5 Deficiente.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español	2/3 Ligera alteración.

(NEUROPSI).			
Habilidades visoespaciales	Determinar la capacidad de manipular los objetos.	Índice de razonamiento perceptual de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV).	IRP: 89
		Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE).	0/1 Deficiente.
		Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	3/5 Alteración parcial.
		Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE).	3/5 Alteración parcial.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	8/12 Alteración parcial.
Funciones ejecutivas	Describir la capacidad de organización y planificación.	Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	10/18 Alteración parcial.
Emocional	Identificar el estado emocional.	Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS).	0 no equivalente a Normal, es decir, No presenta sintomatología depresiva.

Nota. Elaboración propia.

2.5.3.4 Informe neuropsicológico final.

A. Datos de filiación: Se obtuvieron los siguientes datos:

- Nombres y apellidos : S.M.R.
- Edad : 86 años.

- Fecha de nacimiento : 10/06/1935.
- Lugar de Nacimiento : Lima.
- Sexo : Mujer.
- Grado de instrucción : Técnico superior.
- Ocupación : Contadora.
- Lateralidad : Diestra.
- Estado civil : Soltera.
- Religión : Católica.
- Distrito : Cercado de Lima.
- Informante : Marlene (hija)

B. Motivo de consulta. Se desarrolla a continuación:

La usuaria de iniciales S.M.R. acude a la evaluación neuropsicológica en compañía de su hija, quien refiere que, desde hace 08 años aproximadamente, su madre “*olvida frecuentemente las cosas*” y que este problema se ha intensificado de manera progresiva,” por ejemplo, “*no sabe qué día y qué año es*”, “*olvida dónde dejó sus llaves*”, y en especial, “*dónde dejó su dinero y su monedero*”.

Además, menciona que en pocas oportunidades “*llegó a decir que sus familiares le estaban robando su dinero*”, “*que había observado el momento en que su nieta había entrado a coger el dinero de su monedero*”, llegando a culparla en varias circunstancias hasta el día de hoy; sin embargo, cuando los familiares buscaban el dinero, usualmente, lo encontraban dentro de una bolsa de uno de los cajones de su closet, o sino, en otros lugares de su mismo cuarto.

De la misma manera, refiere que está preocupada por los cambios fluctuantes de su carácter, “*reniega varias veces al día, te responde de mala manera, es ofensiva*” lo que ha conllevado a que exista discusiones en la familia.

C. Antecedentes de la enfermedad. La usuaria presenta hipertensión arterial controlada, diabetes y ha tenido una cirugía de prótesis de cadera.

La hija refiere que su madre siempre ha tenido un carácter dominante y era muy autónoma, pero que sus cambios de estado de ánimo han ido presentándose de manera progresiva, demostrando irritabilidad en varios momentos del día, sobre todo cuando no satisfacen su solicitud. Asimismo, refiere que, en reiteradas oportunidades, solicita que le sirvan la comida por segunda vez (desayuno, almuerzo y cena), minutos después de haber terminado de comer sus alimentos.

Por otro lado, la hija refiere que el doctor le comentó que el procedimiento de la cirugía a la cadera en el 2015, la conllevaría a incidir en mayores problemas en su memoria, puesto que tenía que colocarle una medicación para hacerla dormir para proceder con la cirugía respectiva.

D. Observación de conducta. La usuaria de tez trigueña de sexo femenino de 86 años, de tez trigueña clara, estatura acorde a su edad cronológica, contextura gruesa, de cabello lacio, corto y de color amarillo.

Esta persona se muestra con adecuado alineo y aseo personal vistiendo prendas de acuerdo a la estación, en todas las fechas programadas para la evaluación.

Antes de iniciar la evaluación, manifiesta una actitud colaboradora y dispuesta de colaborar con la evaluación, y refiriendo comentarios espontáneos acerca del clima.

Durante las sesiones de evaluación, se muestra lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Establece adecuado contacto visual. Demuestra un lapso de atención idónea que le permite concentrarse en los estímulos auditivos y gráficos. Da respuestas a las preguntas evidenciándose adecuado lenguaje expresivo y comprensivo.

Al finalizar la última sesión de evaluación, la usuaria se muestra motivada y pregunta sobre la fecha correspondiente a los resultados de evaluación.

E. Técnicas e instrumentos empleados: Se empleó lo siguiente:

Técnicas psicológicas:

- Observación de la conducta.
- Entrevista a la usuaria e informante.

Instrumentos psicológicos:

- Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS – IV).
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS).

Técnicas neuropsicológicas:

Instrumentos neuropsicológicos:

- Mini – Mental de Folstein (MMSE).
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA).
- Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE).
- Exploración Neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).
- Escala de Memoria de Wechsler (WMS –III).
- Test de Retención Visual de Benton.
- Test de Alteración de Memoria (T@M).
- Test de la Figura Compleja de Rey de Osterrieth.

F. Interpretación de los resultados. Se detallan los resultados hallados:

F1. Área intelectual:

La usuaria obtiene un CI total de 97 que la ubica en la categoría diagnóstica promedio.

Tiene un índice de memoria de trabajo (IMT) de 111 obteniendo una categoría promedio alto. Presenta un índice de comprensión verbal (ICV) de 92 y un índice de velocidad de procesamiento (IVP) de 105 ubicándose en una categoría diagnóstica promedio.

Manifiesta un índice de razonamiento perceptivo (IRP) de 89 ubicándose en una categoría promedio bajo.

En el área de memoria de trabajo (MT), obtiene un puntaje de 24 que equivale a un índice de 111 y que la ubica en la categoría promedio alto. Esto indica que la usuaria tiene una adecuada capacidad para procesar, retener y almacenar la información auditiva inmediata; así como también, presenta una habilidad para hacer asociaciones numéricas que tienen relación con las abstracciones mentales ante la resolución de un problema.

El área de velocidad de procesamiento (VP) que consiste en las capacidades de atención dirigida y sostenida permitiendo la discriminación de los estímulos visuales de manera óptima y dentro de un límite de tiempo esperado, la usuaria logra un puntaje de 22 que equivale a un índice de 105, ubicándola dentro de la categoría promedio.

En el área de comprensión verbal (CV), la usuaria obtiene un puntaje de 26 correspondiéndole un índice de 92 que la ubica en un nivel promedio. Esto indica que la usuaria manifiesta una óptima capacidad para comprender las palabras y demostrar una adecuada cantidad de expresión verbal y conocimiento adquirido; como también, hacer conceptualizaciones y responder apropiadamente a situaciones específicas que requieren de la inteligencia práctico- social, criterio y juicio.

El área de razonamiento perceptivo (RP) que consiste en la habilidad para manipular materiales en la búsqueda de la solución a un problema específico que requiere de habilidades de organización y razonamiento visual y motor, la usuaria logra un puntaje de 25 que equivale a un índice de 89, y que la ubica en un nivel promedio bajo.

F2. Área neuropsicológica:

F2.1 Orientación:

- **Orientación en persona:** Manifiesta ligera dificultad.
- **Orientación en espacio:** La usuaria presenta adecuada orientación espacial.

- **Orientación en tiempo:** Presenta una marcada dificultad.

F2.2 Atención:

- **Selectiva:** Demuestra una adecuada capacidad para atender a un estímulo de otros que se encuentran a su alrededor.
- **Sostenida:** Evidencia dificultad parcial manifestándose en la capacidad para atender un estímulo durante un periodo de tiempo.
- **Alternante:** Demuestra parcial dificultad para alternar de una tarea a otra.

F2.3 Gnosias:

- **Visuales:** Muestra adecuada capacidad para reconocer los estímulos visuales (objetos, colores, imágenes) y brindarles un significado.
- **Auditivas:** Demuestra una capacidad adecuada para reconocer los estímulos auditivos.
- **Táctiles:** Adecuada capacidad para reconocer los estímulos táctiles.

F2.4 Praxias:

- **Praxias ideomotoras:** Muestra una adecuada capacidad para realizar movimientos simples de manera intencionada.
- **Praxias ideatorias:** Manifiesta una adecuada capacidad para realizar movimientos propositivos, relacionados a la manipulación de objetos o realizando una secuencia serial de gestos o movimientos.
- **Praxias faciales:** Presenta adecuada capacidad para realizar movimientos de gestos de forma voluntaria.
- **Praxias visoconstructivas:** Muestra un nivel deficiente en la capacidad para poder ensamblar y construir objetos.

F2.5 Lenguaje:

- **Espontáneo:** Presenta un adecuado lenguaje conservado teniendo facilidad de palabras y expresando comentarios con suma espontaneidad.
- **Expresivo:** Presenta un discurso claro y comprensible.
- **Comprensivo:** Manifiesta una adecuada capacidad para comprender verbalmente las palabras, ejecutar consignas simples y semicomplejas que tengan más de dos o tres palabras.
- **Denominativo:** Presenta una ligera dificultad para denominar objetos.
- **Abstracción:** Presenta ligera dificultad para emitir respuestas con un lenguaje abstracto que compromete la capacidad para categorizar.
- **Repetitivo:** Presenta ligera dificultad para reproducir palabras simples y frases semicomplejas que comprenden más de tres palabras.
- **Fluidez verbal:** Presenta dificultad parcial para poder nombrar y con eficiencia.
- **Lectura:** Muestra capacidad para la lectura de un texto escrito.
- **Escritura:** Escribe ante el dictado y la copia de un texto, sin alteraciones; es decir, sin presentar omisiones o adiciones de letras o palabras.
- **Articulatorio:** Articula adecuadamente las palabras, no presentando alteraciones.

F2.6 Memoria:

- **Memoria sensorial:**
 - **Visual:** Presenta adecuada capacidad para reconocer los estímulos presentados visualmente.
 - **Auditiva:** Presenta adecuada capacidad para reconocer los estímulos presentados de forma auditiva.
 - **Táctil:** Presenta adecuada capacidad para reconocer los estímulos presentados de forma táctil.
- **Memoria de corto plazo:**

- **Visual:** Presenta un nivel deficiente en la reproducción de estímulos visuales.
- **Auditiva:** Presenta un nivel deficiente en la evocación de estímulos verbales.

- **Memoria de largo plazo:**

- **Memoria semántica:** Presenta evidente dificultad para recordar información de tipo cultural.

- **Memoria episódica:** Presenta dificultad parcial para recordar hechos recientes vividos comprendiendo un tiempo y espacio.

- **Memoria procedimental:** Se encuentra conservado, pues conoce cómo se hacen las cosas. De esta manera, se evidencia que la evaluada recoge y almacena la información relacionada con procedimientos y habilidades motrices y repertorios conductuales.

- **Cálculo:** Presenta dificultad parcial en la capacidad para resolver problemas de cálculo y de razonamiento.

- **Funciones ejecutivas:**

- **Memoria de trabajo:** Presenta disminuida capacidad mnésica para almacenar la información de forma temporal en un corto plazo y para evocar la información del momento.

- **Fluidez verbal:** Presenta dificultad parcial en relación a la manifestación de los correctos sonidos fonológicos.

- **Toma de decisiones:** Muestra capacidad adecuada para elegir una opción de entre otras, tomando en cuenta las consecuencias de las mismas.

- **Planificación:** Presenta adecuada capacidad para organizar procedimientos anticipándose e n las consecuencias de los mismos.

G. Área emocional. La evaluada manifiesta cambios fluctuantes de estado de ánimo mostrándose irritable, evidenciando rasgos de desconfianza hacia los demás, sobre todo hacia

familiares cercanos. Esto conlleva a presentar frecuentes conflictos interpersonales, generando dificultades en el clima familiar. Asimismo, no presenta sintomatología depresiva.

H. Conclusiones. Se indican las siguientes conclusiones:

H.1. Área intelectual: La usuaria obtiene un CI total de 97 que la ubica en la categoría diagnóstica promedio. Tiene un índice de memoria de trabajo (IMT) de 111 obteniendo una categoría promedio alto. Presenta un índice de comprensión verbal (ICV) de 92 y un índice de velocidad de procesamiento (IVP) de 105 ubicándose en una categoría diagnóstica promedio. Manifiesta un índice de razonamiento perceptivo (IRP) de 89 ubicándose en una categoría promedio bajo.

H.2. Área neuropsicológica: En este ámbito, se presentó lo siguiente:

Presenta áreas conservadas: Orientación espacial, atención selectiva, gnosia (visual, auditiva y táctil), praxia (ideomotora, ideatoria y facial), lenguaje (espontáneo, expresivo, articulatorio, comprensivo, repetitivo), lectura (palabras regulares) y escritura (dictado y copia).

Manifiesta ligera dificultad en la orientación en persona y lenguaje (denominativo, de abstracción). Dificultad parcial en: La atención sostenida, atención alternante, lenguaje (fluidez verbal), cálculo, memoria de trabajo de tipo auditivo y memoria episódica. Áreas en déficit: Orientación de tiempo, lectura (palabras irregulares), praxia visoconstructiva, memoria de trabajo de tipo visual, memoria de corto plazo (visual y auditivo) y memoria semántica.

H.3. Área emocional: La usuaria manifiesta cambios fluctuantes de estado de ánimo mostrándose irritable, evidenciando rasgos de desconfianza hacia sus familiares cercanos, generando dificultades en el clima familiar. No presenta sintomatología depresiva.

I. Recomendaciones: Se listan a continuación:

I.1. Para la usuaria: Se brindaron las siguientes recomendaciones.

– Realizar una intervención neuropsicológica el cual contribuya con la estimulación de las áreas o funciones cognitivas que se encuentran conservadas y la restauración o compensación de los niveles de las áreas afectadas, según sea el caso, orientadas a favorecer la autonomía de la usuaria.

– Se recomienda realizar un seguimiento neuropsicológico en un plazo de 06 meses.

– Se recomienda realizar un seguimiento neurológico.

I.2. Para los familiares: Se recomienda realizar una psicoeducación a los familiares acerca de: La naturaleza de las áreas o funciones cognoscitivas conservadas y afectadas en la usuaria, la finalidad de la intervención neuropsicológica a realizar, y el apoyo necesario durante la intervención neuropsicológica.

Análisis diagnóstico según Ardila.

Tabla 16

Análisis diagnóstico según Ardila

DIAGNÓSTICO SINTOMÁTICO	DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO	DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO
Frecuentes olvidos: - No recuerda dónde guarda sus cosas. - Olvida que ya realizó alguna actividad, previamente ya ejecutadas (comer sus alimentos, tomar medicación) Presume que sus familiares le roban sus cosas (sobre todo monedero). Cambios fluctuantes de humor (irritabilidad)	Enfermedad de demencia de tipo Alzheimer.	Alteraciones temporales y de hipocampo.	Alteración en la orientación temporal. Alteración de la atención sostenida. Alteración de la atención alternante. Alteración de la capacidad de fluidez verbal. Alteraciones en la capacidad de cálculo. Alteraciones en la memoria visual y auditivo a corto plazo. Alteraciones en la

memoria de trabajo de tipo auditivo y visual.
Alteración en la memoria semántica.
Alteración en la memoria episódica.
Apraxia visoconstructiva.

Nota. Elaboración propia.

Fortalezas y debilidades:

Tabla 17

Áreas cognitivas con fortalezas y debilidades

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Orientación en espacio y persona.	Orientación temporal.
Atención selectiva.	Atención sostenida.
Gnosia (visual, auditiva y táctil)	Atención alternante.
Praxia (ideomotora, ideatoria y facial).	Cálculo.
Lenguaje (espontáneo, expresivo, articulatorio, comprensivo, repetitivo).	Fluidez verbal.
Lectura (palabras regulares).	Memoria visual y verbal a corto plazo.
Escritura (dictado y copia).	Memoria visual y verbal a largo plazo.
	Memoria semántica.
	Memoria episódica.
	Praxia visoconstructiva.

Nota. Elaboración propia.

2.6. Estimulación Neuropsicológica

2.6.1. Propuesta de un programa de intervención o rehabilitación neuropsicológica. Se propone a continuación el método a seguir para el tratamiento de la usuaria.

A. Datos Generales.

- **Denominación** : Programa de estimulación neuropsicológica.
- **Caso** : Usuaria de inicial S.M.R. (86 años)
- **Nº Sesiones** : 21 sesiones.
- **Duración** : 45 minutos.
- **Responsable** : Evelyn Astocondor Pastor.

B. Fundamentación.

Romero y Vásquez (2002) mencionaron que la memoria es una de las funciones más apreciadas para la capacidad humana adaptativa. Siendo también importante en el proceso de aprendizaje, ya que permite retener la información aprendida. (Gonzales y Muñoz, 2008)

Custodio y Montesinos (2015) definieron a la memoria como el proceso cognitivo o la facultad del cerebro por medio del cual la información se codifica, se almacena y posteriormente, se recupera; es decir, permite recordar las experiencias pasadas y registrar las nuevas informaciones.

Muñoz y Gonzáles (2009) refirieron las fases del proceso de la memoria se dividen tres: Codificación, almacenamiento o consolidación y recuperación. La codificación se trata de la transformación de la estimulación sensorial en diferentes códigos de almacenamiento con la finalidad de almacenar la información recibida; siendo este proceso consciente e inconsciente. El almacenamiento es el resultado de la elaboración de la información codificada con la finalidad de crear un registro temporal o permanente de la información. La recuperación es la evocación verbal o procedimental de la información almacenada previamente.

Los mismos autores mencionaron que las bases neuroanatómicas de la memoria son el sistema límbico, diencéfalo, córtex cerebral, los ganglios basales y el cerebelo.

El hipocampo es la estructura cerebral del sistema límbico que consiste en la adquisición de nueva información, la cual interviene tanto en la codificación y en la consolidación del material, permitiendo que la información almacenada en la memoria a corto plazo se transfiera al almacén a largo plazo. Los núcleos dorsomedial y anterior del tálamo y los cuerpos mamilares del hipotálamo son las principales estructuras diencefálicas relacionados con la memoria. Estas áreas intervienen en la codificación y en el almacenamiento a largo plazo de la memoria declarativa o procedimental. La corteza entorrinal, perrininal y parahipocámpica realizan aferencias y eferencias con el hipocampo. El córtex entorrinal constituye la vía de entrada y de salida de la información del hipocampo. Otra estructura es la amígdala, el cual está implicada en el procesamiento y almacenamiento de los aspectos emocionales.

El córtex cerebral está constituido por redes neuronales, lugar donde se almacenan los recuerdos. La corteza posterior o postrolándica almacena todos los recuerdos que se adquieren a través de los canales sensitivos. El córtex frontal o prerolándica se encarga de las acciones motoras, el razonamiento y la producción del lenguaje. El lóbulo temporal y el lóbulo frontal (córtex prefrontal) están implicados en los procesos de memoria. El córtex temporal se encarga del mantenimiento de la memoria a largo plazo, puesto que las lesiones en esta área generan una amnesia retrógrada. El córtex parietal se encuentra implicado en el almacenamiento del conocimiento semántico, sobre todo del hemisferio derecho que se vincula al recuerdo de la disposición espacial de los objetos y de las personas.

Los ganglios basales y el cerebelo son dos estructuras que están relacionados con la formación de hábitos, la adquisición de habilidades y destrezas, el aprendizaje por condicionamiento y la memoria procedimental. El cerebelo tiene la función principal de la

coordinación y el aprendizaje motor, y a su vez, juega un papel importante en la memoria implícita porque interviene en el aprendizaje por condicionamiento clásico y en la adquisición de habilidades sensoriomotoras.

Entre los principales modelos teóricos, existe el modelo multialmacén de Atkinson y Shifrin (1968, citados en Muñoz y Gonzáles, 2009), el cual la memoria está constituida por 03 almacenes: La memoria sensorial, el almacén a corto plazo y el almacén a largo plazo.

La memoria sensorial es el registro mnésico cuyo mantenimiento de la información es de muy escasa duración, como alrededor de los 250 milisegundos, dividiéndose en ecoica (auditivo) e icónica (visual). La memoria a corto plazo posee la capacidad limitada breve, alrededor de los 20 segundos. La memoria a largo plazo constituye el depósito permanente en el cual se retiene el conocimiento que se ha ido acumulando a lo largo de la vida. (Muñoz y Gonzáles, 2009)

La memoria a largo plazo consta de dos grandes subsistemas: La memoria declarativa y la memoria procedimental. La memoria declarativa comprende de conocimiento general y personal almacenado, siendo conocimientos adquiridos de forma consciente y que son fácilmente expresados a través de del lenguaje. La memoria declarativa se divide en: Memoria semántica y memoria episódica. La memoria semántica comprende la información de carácter general que se ha abstraído de un contexto. La memoria episódica está sujeta a parámetros espacio- temporales. La memoria procedimental comprende la información que tiene relación con los procedimientos y habilidades motoras y repertorios conductuales.

Es importante considerar que, en la actualidad, la OMS la demencia es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en las personas adultas mayores en todo el mundo (OMS, 2021), siendo a nivel nacional, una de las principales causas de discapacidad y una de las primeras causas de la cantidad de años de vida saludables perdidos. (MINSa, 2021)

En esta misma línea, Herrman y Parente (1994, citados en Portellano, 2005) mencionaron que la rehabilitación neuropsicológica es un proceso terapéutico idóneo que tiene el objetivo de mejorar las funciones mentales que han resultado afectadas, producto del daño cerebral, sobre todo de las funciones ejecutivas, pensamiento, memoria, lenguaje, atención, percepción, motricidad y conducta emocional. De esta manera, viene a ser un proceso interactivo que implica diferentes tipos de intervención, por ejemplo, rehabilitación cognitiva, modificación de conducta, intervención con familias, etc., a fin de superar sus dificultades, reducción de las consecuencias de las deficiencias cognitivas y fomentar la autonomía en sus actividades de vida diaria. (Wilson, 1999, citado en Paúl- Lapedriza et al., 2011).

Bajo este contexto, el presente trabajo propone un programa de rehabilitación neuropsicológica en una paciente con trastorno neurocognitivo mayor. Con el programa se desea estimular la atención selectiva y sostenida en una tarea determinada para potenciar el proceso de registro de la información, así como también, ejercitar las estrategias de almacenamiento de la memoria a corto plazo y largo plazo por las modalidades espontánea, con claves y por reconocimiento.

C. Justificación.

A nivel teórico, el programa de estimulación neuropsicológica busca contribuir con la neuropsicología involutiva que se preocupa de las relaciones cerebro – conducta durante el envejecimiento. (Portellano, 2005)

La neuropsicología involutiva conlleva a la afectación en las funciones cognitivas superiores, sobre todo en la memoria; asimismo, el programa vendría a ser importante para las personas adultas mayores porque mejoraría la manera de desenvolverse en su vida diaria.

A nivel práctico, se orienta en proporcionar información fidedigna, objetiva y confiable sobre el diseño y la aplicación del programa de estimulación neuropsicológica;

siendo de utilidad para las futuras investigaciones en beneficio de los pacientes con trastorno neurodegenerativo mayor.

D. Objetivos:

D.1 Objetivo general del programa:

Determinar estrategias de estimulación de las funciones cognitivas superiores.

D.2 Objetivos específicos del programa:

1. Estimular la atención selectiva y sostenida en una tarea determinada para potenciar el proceso de registro de la información.
2. Ejercitar estrategias de almacenamiento de la memoria sensorial de tipo auditiva, visual y táctil.
3. Desarrollar estrategias de almacenamiento de memoria verbal y visual a corto plazo y largo plazo.
4. Aplicar estrategias de estimulación cognitiva con la familia con la finalidad de que puedan reforzar los ejercicios.

E. Propósito.

Estimular las funciones cognitivas superiores de la usuaria con trastorno neurocognitivo mayor.

F. Metodología.

F.1. Recursos metodológicos.

- Participante:

Usuaria con iniciales S.M.R. de 86 años, de sexo femenino que presenta trastorno neurocognitivo mayor.

- Material:

El programa de estimulación neuropsicológica fue de manera presencial y empleó los siguientes recursos:

F.2. Recursos humanos:

La autora del presente estudio científico.

F.3 Recursos materiales:

- Mesa y silla.
- Materiales de escritorio: Lápices, hojas bond.
- Láminas.
- Impresora.

G. Programa de sesiones.

El programa de estimulación neuropsicológica constó de 22 sesiones (Anexo C) que se llevaron a cabo entre los meses de marzo y junio con una frecuencia de dos sesiones por semana aproximadamente, con una duración de 50 minutos.

A continuación, se indican las áreas cognitivas que se llevó a cabo en cada una de las sesiones del programa de estimulación neuropsicológica.

Tabla 18

Áreas intervenidas en cada una de las sesiones del Programa de Estimulación Neuropsicológica

Nº SESIONES	TEMAS
1º sesión	Sensibilización.
2º sesión	Atención selectiva y sostenida.
3º sesión	Atención selectiva y sostenida.
4º sesión	Atención sostenida y alternante.
5º sesión	Atención sostenida y alternante.
6º sesión	Orientación personal.

7° sesión	Orientación espacial.
8° sesión	Orientación temporal.
9° sesión	Memoria sensorial visual, auditiva y táctil.
10° sesión	Memoria visual y verbal a corto plazo.
11° sesión	Memoria visual y verbal a corto plazo.
12° sesión	Memoria visual a corto plazo.
13° sesión	Memoria visual a corto plazo.
14° sesión	Memoria verbal a corto plazo.
15° sesión	Memoria verbal a corto plazo.
16° sesión	Memoria episódica.
17° sesión	Memoria semántica.
18° sesión	Memoria episódica y semántica.
19° sesión	Praxia ideomotora y praxia ideatoria.
20° sesión	Praxia constructiva.
21° sesión	Funciones ejecutivas.
22° sesión	Funciones ejecutivas.

Nota. Elaboración propia.

2.7. Procedimiento

El presente estudio científico se inició estableciendo una reunión con la usuaria y sus familiares con el propósito de detallar el objetivo de la evaluación neuropsicológica, así como también, de establecer las fechas y horas. Además, se explicó la importancia de la evaluación respectiva para la ejecución posterior del programa de estimulación neuropsicológica, la cual

consiste en fortalecer las áreas que están conservadas, rehabilitar los niveles de las áreas que se encuentran afectadas o desarrollar estrategias de compensación de los déficits cognoscitivos encontrados en la usuaria.

Luego, se les brindó un consentimiento informado y se le informó que la participación es voluntaria, anónima y que tiene el derecho de retirarse del estudio en el momento que lo considere necesario. Además, se les comentó que los datos serán tratados confidencialmente y solo se utilizarán únicamente para propósitos académicos.

2.8. Consideraciones éticas

- Se estableció una reunión con la usuaria y sus familiares a fin de detallar los objetivos del procedimiento de evaluación y del programa de estimulación neuropsicológica.
- Se les hizo entrega de un consentimiento informado (ANEXO A).
- Se le informó que los datos recogidos serán tratados confidencialmente y solo se utilizarán únicamente para propósitos académicos.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de los resultados

A continuación, se brindan los resultados pre-test y post-test de las evaluaciones con las pruebas psicológicas y neuropsicológicas; es decir, antes y después del programa de estimulación neuropsicológica.

Tabla 19

Resultados del pre- test y post- test de las pruebas psicológicas y neuropsicológicas aplicadas

ÁREA	OBJETIVO	INSTRUMENTO	RESULTADOS PRE- TEST	RESULTADOS POST- TEST
Intelectual	Determinar el nivel intelectual.	Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV).	ICT: 97 Promedio. ICV: 92 Promedio. IRP: 89 Promedio bajo. IMT: 111 Promedio alto. IVP: 105 Promedio.	ICT: 106 Promedio. ICV: 94 Promedio. IRP: 95 Promedio. IMT: 125 Superior. IVP: 111 Promedio alto.
Orientación	Determinar el estado de orientación de tiempo, persona y espacio.	Mini – Mental de Folstein (MMSE).	5/10 Alteración parcial.	7/10 Alteración parcial.
		Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	2/6 Alteración parcial.	3/6 Alteración parcial
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	2/6 Deficiente.	4/6 Alteración parcial.
		Addenbrooke’s Cognitive Examination (ACE).	5/10 Alteración parcial.	7/10 Alteración parcial.
		Test de alteración de la memoria (T@M).	0/5 Deficiente	1/5 Deficiente.

Atención	Identificar el nivel de atención dirigida y sostenida.	Mini – Mental de Folstein (MMSE).	5/5 Normal.	5/5 Normal.
		Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	4/6 Alteración parcial.	3/6 Alteración parcial.
		Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE).	8/8 Normal.	8/8 Normal.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	10/26 Deficiente.	13/26 Alteración parcial.
Memoria	Describir el nivel de memoria verbal y visual, inmediata a corto y largo plazo.	Índice de la memoria de trabajo de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV).	IMT: 111 Promedio alto.	IMT: 125 Superior.
		Mini – Mental de Folstein (MMSE).	1/3 Deficiente.	3/3 Normal.
		Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	0/5 Deficiente. (2/5 pista elección múltiple)	0/5 Deficiente. (4/5 pista elección múltiple)
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	6/30 Deficiente.	6/30 Deficiente.
		Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE).	9/31 Alteración parcial.	15/31 Alteración parcial.
	Escala de Memoria de Wechsler (WMS – III).	Auditiva Inmediata: 13 (IMAI= 83) Promedio bajo. Visual Inmediata: 10 (IMVI= 74) Inferior.	Auditiva Inmediata: 19 (IMAI= 99) Promedio. Visual Inmediata: 12 (IMVI= 78) Inferior.	

		Memoria inmediata: 23 (IMMI= 73) Inferior.	Memoria inmediata: 31 (IMMI= 87) Promedio bajo.
		Auditiva demorado: 14 (IMAD= 84) Promedio bajo.	Auditiva demorado: 16 (IMAD= 89) Promedio bajo.
		Visual demorada: 15 (IMVD= 86) Promedio bajo.	Visual demorada: 15 (IMVD= 86) Promedio bajo.
		Reconocimiento auditivo demorado: 5 (IRAD= 76) Inferior.	Reconocimiento auditivo demorado: 7 (IRAD= 87) Promedio bajo.
		Memoria demorada: 34 (IMD= 79) Inferior.	Memoria demorada: 38 (IMD= 84) Promedio bajo.
		Memoria de trabajo: 14 (IMTI= 74) Promedio bajo.	Memoria de trabajo: 20 (IMTI= 98) Promedio.
	Test de alteración de la memoria (T@M).	Total: 16/50 Deficiente.	Total: 21/50 Alteración parcial.
		Memoria inmediata: 7/10	Memoria inmediata: 8/10
		Memoria de orientación temporal: 0/5	Memoria de orientación temporal: 1/5
		Memoria remota semántica: 9/15	Memoria remota semántica: 11/15
		Memoria de evocación libre: 0/10	Memoria de evocación libre: 0/10
		Memoria de evocación con pistas: 0/10	Memoria de evocación con pistas: 1/10
	Test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth.	Fase memoria: 0/36 Tiempo: 13'23''	Fase memoria: 0/36 Tiempo: 9'33''
Gnosia	Determinar la capacidad para reconocer los objetos	Test de retención visual de Benton.	1/30 Deficiente.
		Test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth.	2/30 Deficiente.
		Fase copia: 21.5 /36 (Pc 1)	Fase copia: 27/36 (Pc 25)
		Categoría: Muy por debajo del	Categoría: Por debajo del promedio.

			promedio. Tipo de construcción I (Pc 75) Categoría: Por encima del promedio. Tiempo: 9'30'' (Pc 10) Categoría: Muy por debajo del promedio.	Tipo de construcción I (Pc 75) Categoría: Por encima del promedio. Tiempo: 5'43'' (Pc 10) Categoría: Muy por debajo del promedio.
Praxia	Identificar la capacidad para realizar movimientos coordinados.	Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI). Test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth.	3/8 Deficiente Fase copia: 21.5 /36 (Pc 1) Categoría: Muy por debajo del promedio. Tipo de construcción I (Pc 75) Categoría: Por encima del promedio. Tiempo: 9'30'' (Pc 10) Categoría: Muy por debajo del promedio.	3/8 Deficiente Fase copia: 27/36 (Pc 25) Categoría: Por debajo del promedio. Tipo de construcción I (Pc 75) Categoría: Por encima del promedio. Tiempo: 5'43'' (Pc 10) Categoría: Muy por debajo del promedio.
Lenguaje	Determinar el nivel del lenguaje.	Índice de comprensión verbal de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS- IV). Mini – Mental de Folstein (MMSE). Subtest del Montreal Cognitive Assessment	ICV: 92 Promedio. Total: 8/8 Normal. Denominativo: 2/2 Comprensivo: 4/4 Repetición: 1/1 Lectura: 1/1 Total: 1/6 Deficiente. Denominativo: 1/3	ICV: 94 Promedio. Total: 8/8 Normal. Denominativo: 2/2 Comprensivo: 4/4 Repetición: 1/1 Lectura: 1/1 Total: 5/6 Ligera alteración. Denominativo: 2/3

		(MoCA).	Repetitivo: 0/2 Fluidez verbal: 0/1	Repetitivo: 2/2 Fluidez verbal: 1/1
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	Total: 21/26 Ligera alteración. Denominativo: 7/8 Repetitivo: 4/4 Comprensivo: 6/6 Fluidez verbal: 4/8	Total: 21/26 Ligera alteración. Denominativo: 7/8 Repetitivo: 4/4 Comprensivo: 6/6 Fluidez verbal: 4/8
		Subtest de la Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE).	Total: 21/28 Ligera alteración. Denominativo: 6/12 Comprensivo: 8/8 Repetición: 5/5 Fluencia verbal: 8/14 Alteración parcial.	Total: 21/28 Ligera alteración. Denominativo: 7/12 Comprensivo: 7/8 Repetición: 5/5 Fluencia verbal: 10/14 Alteración parcial.
Lectura	Determinar el nivel en el área de la lectura.	Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE).	1/1 Normal.	1/1 Normal.
		Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE).	Lectura: 1/2 Ligera alteración.	Lectura: 1/2 Ligera alteración.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	3/3 Normal.	3/3 Normal.
Escritura	Determinar el nivel en el área de la escritura.	Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE).	1/1 Normal.	1/1 Normal.
		Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE).	Escritura: 1/1 Normal.	Escritura: 1/1 Normal.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	2/2 Normal.	2/2 Normal.
Cálculo	Determinar el nivel en el área de cálculo.	Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE).	1/5 Deficiente.	1/5 Deficiente.

		Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	1/3 Alteración parcial.	1/3 Alteración parcial.
		Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE).	1/5 Deficiente.	1/5 Deficiente.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	2/3 Ligera alteración.	3/3 Normal.
Habilidades visoespaciales	Determinar la capacidad de manipular los objetos.	Índice de razonamiento perceptual de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto (WAIS – IV).	IRP: 89 Promedio bajo.	IRP: 95 Promedio.
		Subtest del Mini – Mental de Folstein (MMSE).	0/1 Deficiente.	1/1 Normal.
		Subtest del Montreal Cognitive Assessment (MoCA).	3/5 Alteración parcial.	3/5 Alteración parcial
		Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE).	3/5 Alteración parcial.	4/5 Ligera alteración.
		Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	8/12 Alteración parcial.	10.5/12 Ligera alteración.
Funciones ejecutivas	Describir la capacidad de organización y planificación.	Subtest de la escala neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).	10/18 Alteración parcial.	11/18 Alteración parcial.
Emocional	Identificar el estado emocional.	Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS).	0 no equivalente a Normal, es decir, No presenta	0 no equivalente a Normal, es decir, No presenta

sintomatología
depresiva.

sintomatología
depresiva.

Nota. Elaboración propia. ICT: Índice de coeficiente total, ICV: Índice de comprensión verbal. IRP: Índice de razonamiento perceptual, IMT: Índice de memoria de trabajo, IVP: Índice de velocidad de procesamiento.

En comparación de los resultados obtenidos en el pre- test y post – test, se puede observar que a nivel intelectual se registran cambios significativos relacionados al índice de capacidad total, índice de comprensión verbal, índice de razonamiento perceptual, índice de memoria de trabajo e índice de velocidad de procesamiento. De la misma manera, se evidencia un ligero incremento en el área de la orientación, la atención, el cálculo, las funciones ejecutivas en relación a la fluidez verbal y a la capacidad de organización y planificación. Demuestra un incremento parcial en el área de la memoria, la gnosis, la praxia y las habilidades visoespaciales. No obstante, se encontró que las áreas de lenguaje, lectura y escritura se encuentran conservadas en la usuaria.

Por tanto, los resultados de la evaluación post- test luego de la aplicación del Programa de Estimulación Neuropsicológica, demuestran que la usuaria mejoró en el desempeño de las funciones cognitivas, tales como: La orientación, la atención, la memoria, la gnosis, la praxia, las habilidades visoespaciales, el cálculo, las funciones ejecutivas en relación a la fluidez verbal y a la capacidad de organización y planificación.

3.2. Discusión de Resultados

El presente estudio científico realizado tuvo el objetivo de determinar los efectos del programa de estimulación neuropsicológica en un caso con trastorno neurodegenerativo mayor de inicio tardío. Para ello, se inició con la evaluación neuropsicológica para obtener el perfil neuropsicológico antes de la aplicación del programa de estimulación neuropsicológica.

Con relación a la evaluación psicológica, se empleó la escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS – IV) con la finalidad de adquirir los índices de cada área tales

como, el índice de capacidad total, índice de comprensión verbal, índice de razonamiento perceptual, índice de memoria de trabajo e índice de velocidad de procesamiento. Finalmente, se evaluó con la escala de depresión geriátrica de Yesavage a fin de detectar sintomatología depresiva.

Respecto a la evaluación neuropsicológica, se empleó herramientas de tamizajes y pruebas neuropsicológicas propiamente dichas. Se empleó tres herramientas de tamizaje como el Mini- Mental de Folstein (MMSE) y el Montreal Cognitive Assessment (MoCA) a fin de detectar la presencia de un déficit cognitivo, teniendo en cuenta que ésta última incorpora el área de memoria de corto plazo con el empleo de pistas (de categoría y de elección múltiple), las cuales permitirán demostrar si la persona ha logrado guardar las palabras en el área de almacenamiento de la memoria. De la misma manera, se empleó el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE), porque, además, de detectar el posible deterioro, también se obtiene el indicador de VLDM, el cual detecta la posible enfermedad de tipo Alzheimer.

Se prosiguió en evaluar con test Exploración Neuropsicológica breve en español (NEUROPSI) con la finalidad de detectar el perfil individual de funciones cognitivas. Posteriormente, se empleó el test de alteración de la memoria (T@M) con la finalidad de adquirir el desempeño de la capacidad de la memoria auditiva a corto y largo plazo, así como también, detectar la presencia de deterioro cognitivo amnésico como la enfermedad de Alzheimer. Asimismo, se aplicó la Escala de Memoria de Wechsler (WMS – III) a fin de evaluar las diversas funciones de la memoria auditiva a corto plazo y memoria visual inmediata.

A continuación, se administró el test de Retención Visual de Benton a fin de determinar la capacidad para reconocer los objetos y detectar las anomalías en la percepción visual, la memoria visual y las habilidades viso- constructivas. Y el test de la Figura

Compleja de Rey de Osterrieth con la finalidad de evaluar el área de la gnosis y la praxia; así como detectar problemas de carácter perceptivo o motriz.

En el presente estudio se halló que existen diferencias en el perfil neuropsicológico antes y después de la aplicación del programa de estimulación neuropsicológica, demostrando que la usuaria obtuvo resultados significativos en la restauración de las funciones cognitivas que presentaron con alteración ligera y parcial en el perfil neuropsicológico del pre-test.

Por tal sentido, se comprueba que el programa de estimulación neuropsicológica se orienta a reducir el déficit de las funciones cognitivas, haciendo referencia a lo expuesto por Wilson (1999, citado en Paúl- Lapedriza et al., 2011), quien manifestó que la finalidad de la rehabilitación neuropsicológica consistía en reducir el déficit cognitivo que tiene el paciente y de esta manera, generar un manejo de sus dificultades.

De esta manera, es necesario precisar que se realizó un programa de estimulación neuropsicológica que se desliga de la rehabilitación neuropsicológica debido a que el presente trabajo se orienta a estimular los procesos cognitivos pero que debido al grado de afectación del trastorno que presenta la usuaria, no va a mostrar cambios muy marcados en las diferentes esferas de su vida.

Según lo manifestado por Chinga (2009), la evaluada en la presente investigación se encontraría dentro del 36.9%, siendo el porcentaje correspondiente a la demencia como parte de los síndromes geriátricos hallados en un hospital a nivel nacional.

Al realizar la comparación de los resultados hallados en el post- test con los trabajos científicos a nivel nacional, se encuentra una coincidencia con lo reportado por Arteaga (2021), quien luego de realizar la aplicación de un programa de rehabilitación neuropsicológica en una paciente adulta mayor con similar edad a la usuaria de la presente investigación, también demostró una mejoría en torno a las funciones cognitivas, tales como:

la orientación, la atención, la memoria, el lenguaje, la gnosis, la praxia y las funciones ejecutivas.

De la misma manera, coincidió con las investigaciones científicas realizados por Mattos y Talavera (2016), y Barazorda (2020), quienes habiendo efectuando un programa neuropsicológico a personas adultas con deterioro leve o moderado, también demostraron mejoras en casi todos los procesos cognitivos evaluados entre el pre- test y el post test. No obstante, muestra diferencia con lo reportado por Barazorda (2020) ya que el presente trabajo sí mostró cambios favorables en los procesos cognitivos de la atención sostenida, la memoria, la praxia y las funciones ejecutivas.

Por otro lado, el presente trabajo mostró diferencia con lo manifestado por Rosas (2019), quien habiendo realizado un programa de estimulación cognitiva a 10 personas de entre los 50 a 80 años, no encontró diferencias significativas en la memoria inmediata y la memoria semántica; no obstante, la presente investigación sí mostró cambio favorable en la memoria inmediata y una ligera mejoría en la memoria semántica. Asimismo, el programa realizado por Rosas (2019) mostró diferencias significativas en los puntajes de desempeño en evocación libre y con pistas, después de la aplicación de su programa; sin embargo, en el presente trabajo, si bien hay mejora en el puntaje de desempeño con pistas, no existe ningún cambio en la memoria de evocación libre, luego de la aplicación del programa de estimulación neuropsicológica.

A nivel internacional, los resultados del programa de la estimulación neuropsicológica del presente estudio coincidieron con lo reportado con García (2015), Rondón et al. (2011) y Zamarrón et al. (2008), quienes a través de la aplicación de un programa de estimulación neuropsicológica a personas adultas mayores con Alzheimer que oscilaban entre los 70 y 85 años, también observaron un incremento en el rendimiento en las áreas de la memoria visoespacial, audio-verbal y fluidez verbal. Asimismo, se verificó que los pacientes adultos

mayores con probable enfermedad de Alzheimer en fase leve, también presentaron mejora significativa en la memoria y demás áreas como en el lenguaje, las habilidades visuoespaciales y estado de ánimo.

De la misma manera, coincidió con la investigación científica realizado por Martínez (2018), quien habiendo efectuando un programa neuropsicológico a personas adultas de edad promedio (75 años), también observó un mejor rendimiento en la orientación, atención, memoria y habilidades visuoespaciales. Además, coincidió con los resultados emitidos en el área de lenguaje y la praxia ideatoria, siendo los procesos cognitivos donde no demostró cambios en ambas investigaciones.

Asimismo, se comprueba lo manifestado por León y Miranda (2018) quienes habiendo realizado un programa de intervención neuropsicológica en pacientes con demencia de tipo Alzheimer en un periodo de alrededor a los 12 meses, demostraron que, si bien existe la progresión de la enfermedad, disminuye la velocidad del deterioro debido a los beneficios del mismo programa.

Es importante manifestar que un programa de estimulación neuropsicológica consta de estrategias y técnicas, a fin de ser efectivo y generar logros en el paciente, tal cual lo mencionó Periañez et al. (2008), refiriendo que, si bien el objetivo de la rehabilitación neuropsicológica consiste en reducir el impacto de las dificultades en su vida diaria, también requiere del establecimiento de nuevos patrones de actividad cognitiva mediante estrategias restaurativas y compensatorias.

De esta manera, se empleó las estrategias restaurativas y compensatorias que se orientaron, por un lado, en el incremento del rendimiento a través de la intervención directa sobre las áreas alteradas, y por el otro lado, en el decremento de la necesidad de los requisitos cognitivos a través de la facilitación de ayudas externas. (Lubrini et al., 2009)

Bajo el mismo contexto, en la presente investigación se evidenció que además del empleo de las estrategias y técnicas de estimulación de las funciones cognitivas superiores, se requirió de técnicas y estrategias psicológicas, tal como lo mencionaron Ardila et al. (2003, citados en Aguilar- Valera y Caycho, 2016) los cuales señalaron que las técnicas conductuales se emplean en pacientes con trastornos degenerativos, teniendo en cuenta el grado de severidad y funcionalidad del paciente.

Prosiguiendo con el párrafo anterior, se usó diversas técnicas psicológicas como la técnica del reforzamiento positivo que permitió aumentar la presentación de la respuesta adecuada. Esta explicación, afirma lo manifestado por Paúl- Lapedriza et al. (2011), quienes consideraron a la aplicación de las técnicas psicológicas como una manera de analizar y comprender el cambio comportamental de la paciente. Así de esta manera, se coincide con Aguilar- Valera y Caycho (2016) quienes aclararon que los cambios de comportamiento dependen de los mecanismos neurobiológicos de la plasticidad cerebral; así como también, enfatizaron que el hecho de aplicar un programa de estimulación neuropsicológica no solo se orienta al tratamiento de las funciones cognitivas, sino también al tratamiento de los problemas emocionales y conductuales del paciente.

De la misma forma, se requirió del apoyo de los familiares para lograr la efectividad del programa de estimulación neuropsicológica, tal como lo manifestó Periañez et al. (2008), quienes señalaron a la rehabilitación cognitiva como un proceso interactivo, la cual requiere del apoyo familiar, beneficiando al paciente en el proceso de adaptación a una nueva condición y al mejoramiento de su funcionamiento global.

Es por ello, que se estableció en la primera sesión, la sensibilización a los familiares sobre la importancia de su apoyo en el programa de estimulación neuropsicológica; así como también, se brindó la psicoeducación acerca de las técnicas psicológicas que se iban a

emplear y beneficiar en el progreso evolutivo de la usuaria durante todo el programa de estimulación neuropsicológica.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, cabe mencionar que la presencia de las fluctuaciones emocionales de la usuaria influyó de manera negativa en la realización de las tareas para casa; no obstante, el apoyo permanente que le brindaron sus familiares permitió que la usuaria las cumpliera, beneficiando su proceso de evolución.

IV. CONCLUSIONES

4.1 El perfil neuropsicológico antes del programa de estimulación neuropsicológica fue la siguiente: las áreas conservadas como la orientación espacial, atención selectiva, gnosia (visual, auditiva y táctil), praxia (ideomotora, ideatoria y facial), lenguaje (espontáneo, expresivo, articulatorio, comprensivo, repetitivo), y la lectura (palabras regulares) y escritura (dictado y copia); las áreas con ligera alteración son la orientación en persona y lenguaje (denominativo, de abstracción); las áreas con dificultad parcial en la atención sostenida, atención alternante, lenguaje (fluidez verbal), cálculo, memoria auditiva inmediata y memoria episódica; y finalmente, las áreas en déficit vienen a ser la orientación de tiempo, lectura (palabras irregulares), praxia visoconstructiva, memoria visual inmediata, memoria de corto plazo (visual y auditivo) y memoria semántica.

4.2 El programa de estimulación neuropsicológica propone estrategias de estimulación de las funciones cognitivas superiores; es decir, en el rendimiento de la atención selectiva y sostenida en una tarea determinada, en los procesos cognitivos superiores a nivel de la memoria sensorial (de tipo auditiva, visual y táctil), la memoria visual y verbal a corto y largo plazo; así como también en la capacidad de almacenamiento semántico a través de las actividades de la memoria verbal.

4.3 La comparación de los resultados antes y luego del programa de estimulación neuropsicológica fueron los siguientes: Un incremento del índice total del Coeficiente intelectual, en las cuales figura los índices (de comprensión verbal, de razonamiento perceptual, de la memoria de trabajo y de la velocidad perceptual). Asimismo, presentó mayor mejoría en las áreas de la memoria, la gnosia, la praxia y las habilidades visoespaciales. Además, manifestó ligera mejoría en la orientación, la atención, el cálculo, las

funciones ejecutivas en relación a la fluidez verbal y a la capacidad de organización y planificación. Las áreas que quedaron conservadas teniendo un rendimiento favorable fueron el lenguaje, la lectura y la escritura.

4.4 El programa de estimulación neuropsicológica demuestra mejoría en el desempeño de las funciones cognitivas de la usuaria, tales como: La orientación, la atención, la memoria, la gnosia, la praxia, las habilidades visoespaciales, el cálculo, las funciones ejecutivas en relación a la fluidez verbal y a la capacidad de organización y planificación.

4.5 La retroalimentación que se realizó al inicio de las sesiones de estimulación neuropsicológica permitió reforzar las actividades que se realizaron en la sesión anterior y de la respectiva tarea para casa.

4.6 Las técnicas y las estrategias psicológicas y neuropsicológicas que se usaron con la usuaria en el programa del presente trabajo científico, permitieron a la mejora de los procesos cognitivos.

4.7 La psicoeducación y retroalimentación que se le dio a los familiares fueron eficaces logrando reforzar los ejercicios planteados en el programa.

4.8 El apoyo permanente de los familiares de la usuaria permitió que la usuaria efectuara las tareas para casa, cuando ésta presentaba cambios de ánimo.

V. RECOMENDACIONES

5.1 Se sugiere realizar la comparación de los efectos del Programa estimulación neuropsicológica en pacientes con trastorno neurodegenerativo mayor de inicio tardío, que habitan en las diferentes regiones del país.

5.2 Efectuar las sesiones del programa de estimulación neuropsicológica en pacientes adultos mayores con trastorno neurodegenerativo mayor de inicio inicial.

5.3 Iniciar las sesiones de estimulación neuropsicológica con la retroalimentación de las actividades que se realizaron en la sesión anterior y de la respectiva tarea para casa.

5.4 Realizar las sesiones de estimulación neuropsicológica empleando las técnicas y las estrategias psicológicas y neuropsicológicas que se usaron con la usuaria en el programa del presente trabajo científico.

5.5 Efectuar la psicoeducación y retroalimentación a los familiares de los pacientes a intervenir, con la finalidad de reforzar las actividades propias de la estimulación neuropsicológica.

5.6 Se recomienda ampliar la cantidad de sesiones del programa de estimulación neuropsicológica a fin de incrementar su efectividad.

5.7 Se recomienda que la usuaria continúe con más sesiones de estimulación neuropsicológica con el objetivo de incrementar los hallazgos logrados.

5.8 Se recomienda que los familiares sigan brindando su apoyo permanente a la usuaria con la finalidad de que puedan reforzar las actividades similares a las trabajadas en las sesiones del programa de estimulación neuropsicológica.

5.9 Se recomienda realizar una intervención familiar a fin de brindar orientación y soporte emocional.

VI. REFERENCIAS

- Alzheimer Disease International (2015). *World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*.
<https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/>
- Abrisqueta- Gomez, J., Ostrosky-Solis, F., Bertolucci, P. y Bueno, O. (2008). Applicability of the Abbreviated Neuropsychologic Battery (NEUROPSI) in Alzheimer Disease Patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorder*, 22(1), 72-78.
<https://doi.org/10.1097/wad.0b013e3181665397>
- Aguilar- Valera, J. y Caycho, T. (2016). Análisis conductual aplicado en neuropsicología: fundamentos teóricos, experimentales y empíricos. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 10 (1), 45-54.
<https://doi.org/10.7714/CNPS/10.1.203>
- Allegri, R., Arizaga, R., Bavec, C., Colli, L., Demey, I., Fernández, M., Frontera, S., Garau, M., Jiménez, J., Golimstok, A., Kremer, J., Labos, E., Mangone, C., Ollari, J., Rojas, G., Salmini, O., Ure, J. y Zuin, D. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3(2), 120- 137. [https://doi.org/10.1016/S1853-0028\(11\)70026-X](https://doi.org/10.1016/S1853-0028(11)70026-X)
- Alzheimer's Association (2022). *¿Qué es la demencia?*. <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-demencia>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3ª ed.). APA.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4ª ed.). APA.

American Psychiatric Association (2011). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ª ed.). APA.

Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). Neuropsicología clínica. Manual moderno.

Ardila, A. y Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. UNAM.

Arroyo- Anlló, E., Poveda Díaz-Marta, J., y Chamorro Sánchez, J. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 107-127.

Arteaga, J. (2021). *Rehabilitación Neuropsicológica en un paciente con demencia tipo Alzheimer de la Ciudad de Trujillo* [Trabajo académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5453>

Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer Bezmiliana (16 de noviembre de 2018). *Las fases del Alzheimer*. <https://asalbez.es/las-fases-del-alzheimer/>

Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

- Bagnati, P. (2015). Trastornos conductuales en demencias. En R. Allegri y M. Roqué (Eds.), *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias. Formación Profesional para el Equipo Socio- Sanitario* (pp. 47- 57). Mónica Laura Roqué.
- Barazorda, E. (2020). *Aplicación de un Programa de Intervención Neuropsicológica en una paciente con Deterioro Cognitivo Moderado* [Trabajo académico de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4591>
- Bayona, H. (2010). Demencia vascular: un reto para el clínico. *Acta Neurológica Colombiana*, 26(3, supl.3:1), 69 – 77.
- Benton, A.L. (1945). A visual retention test for clinical use. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 54(3), 212-216.
<https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1945.02300090051008>
- Berríos, G. (2005). Dementia: Historical Overview. En: A. Burns, J. O' Bryen y D. Ame (Ed.), *Dementia* (pp. 3- 15). Hodder Arnold.
- Beteta, E. (2004). Neuropatología de las demencias. *Revista de Neuro-Psiquiatría*; 67(1-2), 80 –105. <https://doi.org/10.20453/rnp.v67i1-2.1566>
- Carnero – Pardo, C. (2014). ¿Es hora de jubilar al Mini-Mental? Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. *Neurología*, 29(8), 473-481.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.07.003>

- Carrión, C. (2021). *Alzheimer en familiares de primer grado de consanguinidad, de los pacientes diagnosticados con la enfermedad en el cantón Loja* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Institucional UNL.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/24003>
- Chávez- Romero, L., Núñez-López, I., Díaz- Vélez, C. y Poma- Ortiz, J. (2014). Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. *Revista Médica de Risaralda*, 20 (1), 14-19.
<http://doi.org/10.22517/25395203.8311>
- Chinga, J. (2009). *Síndromes geriátricos del paciente adulto mayor hospitalizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3045>
- Chrem, P. y Amengual, A. (2015). Enfermedad de Alzheimer. En R. Allegri y M. Roqué (Eds.), *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias. Formación Profesional para el Equipo Socio- Sanitario* (pp. 47- 57). Mónica Laura Roqué.
- Custodio, N. (2016). *Rendimiento del test de alteración de memoria para detectar deterioro cognitivo leve y enfermedad de alzhéimer en estadios iniciales en población de bajo nivel de instrucción de dos distritos de Lima* [Tesis de maestría, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP.
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/3734>

Custodio, N. y Lira, D. (2014). Adaptación peruana del Minimental State Examination (MMSE). *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(1), 69.

<https://doi.org/10.15381/anales.v75i1.6951>

Custodio, N. y Montesinos, R. (2015). *Enfermedad de Alzheimer: conociendo la enfermedad, que llegó para quedarse*. <https://bit.ly/2E3lvwz>

Custodio, N., Montesinos, R. y Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(4), 235 – 250. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>

De la Guía, E., Hernández, A., Paradell, E. y Vallar, F. (2012). *Escala de Inteligencia de Wechsler para adulto WAIS – IV*. Pearson Educación.

De la Torre, J., Shimabukuro, R., Varela, L., Krüger, H., Huayanay, L., Cieza, J., y Gálvez, M. (2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Médica Peruana*, 23(3), 144-147.

Delgado, C., Araneda, A., y Behrens, M. I. (2019). Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. *Neurología*, 34(6), 376–385.

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013>

- De los Reyes, C., Arango, J., Rodríguez, M., Perea, M. y Ladera, V. (2012). Rehabilitación Cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 421-455.
- De Noreña, D., Ríos-Lago M., Bombín-González I., Sánchez-Cubillo I., García-Molina A. y Tirapu-Ustárroz J. (2010). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (I): atención, velocidad de procesamiento, memoria y lenguaje. *Revista de Neurología*, 51 (11): 687-698.
<https://doi.org/10.33588/RN.5111.2009652>
- De Noreña, D., Sánchez-Cubillo, I., García-Molina, A., Tirapú-Ustárroz, J., Bombín-González, I. y Ríos-Lago, M. (2010). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (II): Funciones ejecutivas, modificación de conducta y psicoterapia, y uso de nuevas tecnologías. *Revista de Neurología Española*, 51(12), 733-744. <https://doi.org/10.33588/RN.5112.2009653>
- Doménech, S. (2004). *Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve* [Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona]. Repositorio Institucional UB. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/42709>
- García, S. (2015). Eficacia de un Programa de Estimulación Cognitiva en un grupo de personas con probable Enfermedad de Alzheimer en fase leve. Estudio Piloto. *Revista Discapacidad Clínica y Neurociencias*, 2(1), 24-37.
<https://doi.org/10.14198/dcn.2015.2.1.03>

García – Molina A. y Enseñat-Cantallops A. (2019) La rehabilitación neuropsicológica en el siglo XX. *Revista Neurológica.*, 69 (9), 383-391.
<https://doi.org/10.33588/rn.6909.2019247>

Gil, L., Ruiz de Sánchez, C., Gil, F., Romero, S. y Pretelt, B. (2015). Validation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Spanish as a screening tool for mild cognitive impairment and mild dementia in patients over 65 years old in Bogotá, Colombia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(6), 655—662.
<https://doi.org/10.1002/gps.4199>

González, B. y Muñoz, E. (2008). *Estimulación de la memoria en personas mayores: principios básicos y ejercicios prácticos*. Síntesis.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (25 de agosto de 2020). *En el Perú existen más de cuatro millones de adultos mayores*. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/#:~:text=El%20Instituto%20Nacional%20de%20Estad%3%ADstica,el%2012%2C7%25%20de%20la>

Instituto Nacional de Geriatria (13 de noviembre de 2017). *Envejecimiento*.
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>

Jurado, A., Mataró, M. y Pueyo, R. (2013). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. Síntesis.

- Junco, J. y Prieto, G. (2014). Análisis del test neuropsicológico Addenbrooke's Cognitive Examination mediante el Modelo de Rasch. *Revista de Psicología*, 23(1), 40-52. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2014.32873>
- León, M. y Miranda, M. (2018). *Eficacia del tratamiento de demencia valorado por la progresión evolutiva en pacientes geriátricos de la consulta externa del Instituto de Neurociencias durante el periodo enero 2016 a junio del 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio Institucional UCSG. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/10495>
- Lozano – Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Turró-Garriga O., Pericot-Nierga I., López-Pausa S. y Vilalta-Franch J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer Realidades e Investigación en Demencia*, 43, 4—11.
- Longoria, M., Salinas, R. y Sosa, A. (2016). Clasificación y criterios diagnósticos actuales de las demencias. En M. Alonso, A. Sosa y Z. Trujillo (Ed.), *Archivos de neurociencias* (pp. 7- 25). Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.
- Lubrini, G., Periañez, J. y Ríos- Lago, M. (2009). Introducción a la Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. En E. Marrón (Ed.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica* (pp. 13-34). UOC.
- Marreros- Tananta, J. y Guerrero- Alcedo, J. (2022). Propiedades psicométricas del test de evaluación neuropsicológica – Neuropsi en población peruana. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 31(1), 40-48. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol31100040>

Martínez, D. (2018). *Eficiencia del Programa “Estimulación Cognitiva para Adultos”, en el Incremento del Funcionamiento Cognitivo de Adultos Mayores del Centro de Atención “Mis Dorados”* [Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio Institucional URL. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Martinez-Damaris.pdf>

Martínez de la Iglesia, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630.

Mathuranath, P.S, Nestor, P.J., Berrios, G.E., Rakowicz, W. y Hodges, J. R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Neurology*, 55(11), 1613–1620. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000434309.85312.19>

Mattos, D. y Talavera, M. (2016). *Efecto de un programa de estimulación cognitiva y funcional en los signos de deterioro cognitivo leve del adulto mayor. Asociación La Libertad, Paucarpata. Arequipa - 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Católica San Pablo]. Repositorio Institucional UCSP. <http://repositorio.ucsp.edu.pe/handle/20.500.12590/14936>

Mayorga, E., Ñiquen, M., Henostroza, C. y Vásquez, J. (2019). Habilidades intelectuales en universitarios y no universitarios de Lima Metropolitana. *Cátedra Villarreal - Psicología*, 2(2), 363–370. <https://revistas.unfv.edu.pe/CVFP/article/view/322>

McKhann, G., Drachman, D., Folstein M., Katzman, R., Price D. & Stadlan, E. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer’s disease — report of the NINCDS-ADRDA work

group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology*, 34(7), 939-944.
<http://dx.doi.org/10.1212/wnl.34.7.939>

Ministerio de Salud (13 de setiembre de 2009). *El 10% de la población adulta mayor sufre de Alzheimer*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/38068-el-10-de-la-poblacion-adulta-mayor-sufre-de-alzheimer>

Ministerio de Salud (20 de setiembre de 2019). *Alzheimer afecta a más de 200 mil adultos mayores en Perú*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/51175-alzheimer-afecta-a-mas-de-200-mil-adultos-mayores-en-peru/>

Ministerio de Salud (21 de setiembre de 2021). *La demencia de Alzheimer afecta a entre el 5% y el 8% de los adultos mayores de más de 65 años*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/524109-la-demencia-de-alzheimer-afecta-a-entre-el-5-y-el-8-de-los-adultos-mayores-de-mas-de-65-anos>

Mogollón, E. (2014). Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Revista Electrónica Educare*, 18 (2), 1-17.
<http://dx.doi.org/10.15359/ree.18-2.1>

Mokwa, Z., Wagner, Peretti, G., Lannes, Rocha, D., Salles, J., Bandeira, D. y Trentini, C. (2012). Teste de Retenção Visual de Benton (BVRT): Evidências de validade para idosos. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 287-296.

- Muñoz, E. y Gonzáles, B. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de la memoria. En E. Marrón (Ed.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica* (pp. 81-131). UOC.
- Naciones Unidas (2019). Envejecimiento. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- National Institute on Aging (5 de abril de 2022). *Alzheimer's Disease Fact Sheet*.
<https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/alzheimers-disease-fact-sheet>
- Nasreddine, Z., Phillips, N., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. 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. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Ojeda, N., Ezquerro-Iribarren, J., Urruticoechea-Sarriegui, I., Quemada, J. & Muñoz-Céspedes, J. (2000). Entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista de Neurología*, 30 (08):783-787.
<https://doi.org/10.33588/rn.3008.99650>
- Olazarán- Rodríguez, J., Agüera – Ortiz, L. y Muñiz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55(10), 598-608. <https://doi.org/10.33588/rn.5510.2012370>
- Organización de Estados Americanos (15 de junio de 2015). Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Organización Mundial de la Salud (09 de mayo de 2016). *Salud mental de los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud (2 de septiembre de 2021). *El mundo no está abordando el reto de la demencia*. <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>

Organización Mundial de la Salud (4 de octubre de 2021). *Envejecimiento y salud. Detail*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Ostrosky, F., Ardila, A. y Roselli, M. (1994). *Evaluación neuropsicológica breve en español*. Manual Moderno.

Pan American Health Organization (31 de julio de 2021). *Dementia*. <https://www.paho.org/en/topics/dementia>

Paúl- Lapedriza, N., Bilbao- Bilbao, A. y Ríos-Lago, M. (2011). Rehabilitación Neuropsicológica. En J. Tirapú, M. Ríos y F. Maestú (Eds.), *Manual de Neuropsicología* (pp. 473-496). Viguera.

Peña- Casanova, J. (1998). Escalas funcionales e instrumentales de las actividades de la vida diaria. *Revista de Neurología*, 27(S1), 27- 29. <https://doi.org/10.33588/rn.27S1.98445>

- Peña- Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Fundación “la Caixa”.
- Periañez, J.A., Ríos-Lago, M., Barceló, F., Madrid, E. y Ruz, M. (2008). Atención y neuroimagen. En F. Maestú, M. Ríos y R. Cabestrero (Eds.), *Neuroimagen: técnicas y procesos cognitivos* (pp. 281-316). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-84-458-1776-6.50013-7>
- Portellano, A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. McGraw Hill.
- Prigatano, G. P., Braga, L. W., Johnson, S. F. y Souza, L. M. N. (2021). Neuropsychological rehabilitation, neuroimaging and neuroplasticity: A clinical commentary. *NeuroRehabilitation*, 49(2), 255–265. <https://doi.org/10.3233/NRE-218024>
- Rami, L., Molinuevo, J. L., Sanchez-Valle, R., Bosch, B. y Villar, A. (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary care population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 294–304. <https://doi.org/10.1002/gps.1672>
- Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. (Les problems). *Archives de Psychologie*, 28(1), 215–285.
- Robles, Y. (2003). *Adaptación del Mini-Mental State Examination* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMS. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3303>

- Romano, M., Nissen, M., Del Huerto, N. y Parquet, C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 175, 9-12.
- Romero, D. (2018). *Cambios en el Proceso Cognitivo de Percepción Visual en pacientes con trastornos psicóticos* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Institucional UANL. <http://eprints.uanl.mx/16385/>
- Romero, E. y Vásquez, G. (2002) *Actualización en neuropsicología clínica*. GeKa.
- Rondón, J., Velásquez, B. y Roca, M. (2011). Efectos de un Programa de Rehabilitación Neuropsicológica en los Procesos Mnésicos de tres Pacientes con Demencia Tipo Alzheimer. *Revista Neuropsicológica, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(2), 103-132. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4937930>
- Rosas, C. (2019). *Efectos de un Programa de Estimulación Cognitiva en Personas con Diagnóstico de Deterioro Cognitivo de un Hospital Nacional* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/3824>
- Rosas, R., Tenorio, M., Pizarro, M., Cumsille, P., Bosch, A., Arancibia, S., Carmona-Halty, M. Pérez-Salas, C., Pino, E., Vizcarra, B. y Zapata-Sepúlveda, P. (2014). Estandarización de la Escala Wechsler de Inteligencia Para Adultos: Cuarta Edición en Chile. *Psykhe (Santiago)*, 23(1), 1-18. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.23.1.529>
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (3), 261-270.

- Santos, J. y Bausela, E. (2005). Rehabilitación neuropsicológica. *Papeles del Psicólogo*, 26(90), 15-21.
- Sarasola, D., De Luján-Calcano, M., Sabe, L., Crivelli, L., Torralva, T., Roca, M., García-Caballero, A. y Manes, F. (2005). El Addenbrooke's Cognitive Examination en español para el diagnóstico de demencia y para la diferenciación entre enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal. *Revista de neurología*, 41(12), 717–721.
<https://doi.org/10.33588/rn.4112.2004625>
- Sociedad Española de Neurología (2018). *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en Demencia*. SEN.
https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf
- Sousa, L. y Vivas, L. (2017). Valores normativos del Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) para la población con bajo nivel socioeducativo. *Neurología Argentina*; 9(4): 219 – 224. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2017.07.005>
- Slachevsky, A., Parrao, T., Oyarzo, F. y Lillo, P. (2008). Las demencias: historia, concepto, clasificación y aproximación clínica. En E. Labos, A. Slachevsky, T. Torralva, P. Fuentes y F. Manes (Eds.), *Tratado de Neuropsicología Clínica: Bases Conceptuales y Técnicas de Evaluación*. (2ª ed.) (pp. 449-466). Akadia.
- Slachevsky, A. (2016). Las demencias: historia, concepto, clasificación y dificultades diagnósticas. En G. Guajardo (Ed.), *Salud mental y personas mayores: Reflexiones teórico- conceptuales para la investigación social de las demencias* (pp.45 -63). FLACSO- Chile.

- Tellechea, P., Pujol, N., Esteve- Belloch, P., Echeveste, B., García – Eulate, M.R., Arbizu, J. y Riverol, M. (2018). Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz y de inicio tardío: ¿son la misma entidad? *Neurología*, 33 (4): 244- 253.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.08.002>
- Valls- Pedret, C., Molinuevo J.L. y Rami L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Revista de Neurología*, 51(8), 471-480.
<https://doi.org/10.33588/rn.5108.2010501>
- Véliz, O., Calderón, C. y Beyle, C. (2020). Propiedades Psicométricas del Addenbrooke's Cognitive Examination III: Estructura Factorial, Análisis TRI y Utilidad Diagnóstica para la detección de demencia en Atención Primaria de Salud. *Revista Médica de Chile*, 148(9), 1279-1288. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000901279>
- Witsken, D.E., D'Amato, R. C. y Hartlage, L. C. (2008). Understanding the past, present, and future of clinical neuropsychology. In R. C. D'Amato and L. C. Hartlage (Eds.), *Essentials of neuropsychological assessment: Treatment planning for rehabilitation* (pp. 3–29). Springer Publishing Company.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. (10^a ed.). OMS
- Yesavage, J. A., Brink T. L., Rose T. L., Lum O., Huang V., Adey M. y Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Zamarrón, Ma., Tárraga, L. y Fernández-Ballesteros, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437.

VII. ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado.

Anexo B: Sesiones del programa de rehabilitación neuropsicológica.

Anexo C: Evidencias.

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Querido participante e informante, quiero brindarles mi más cordial saludo y agradecimiento por su iniciativa de prestar apoyo al presente estudio, cuyo objetivo es determinar los efectos del programa de estimulación neuropsicológica a través de la identificación y comparación del perfil neuropsicológico antes y después de la aplicación de la misma.

El presente estudio es efectuado por Evelyn Roxana Astocondor Pastor, estudiante de la especialidad de Neuropsicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Este estudio es de gran importancia para fines académicos a fin de obtener el título de Especialidad de Neuropsicología.

Para la participación se requiere su conformidad. Es importante mencionarle que los datos recogidos serán tratados confidencialmente y solo se utilizarán únicamente para propósitos de este estudio científico. Asimismo, su participación es voluntaria y tiene el derecho de retirarse del estudio en el momento que lo considere necesario.

A partir de lo explicado, ¿Acepta participar voluntariamente de esta investigación? De aceptar participar, debe marcar “SI ACEPTO” en la casilla inferior y colocar sus nombres completos, DNI y fecha respectiva.

() SI ACEPTO

() NO ACEPTO

Nombre del
participante: _____

DNI: _____

Fecha: D _____

Nombre de la
informante: _____

DNI : _____

Fecha: _____

e

la misma manera, podrá acceder a una copia de la ficha de consentimiento, y podrá pedir información sobre los resultados de este estudio cuando se haya concluido.

ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Querido participante, quiero brindarte mi más cordial saludo y agradecimiento para tu iniciativa de prestar apoyo al presente estudio, el cual tiene como objetivo de saber la efectividad de la intervención neuropsicológica.

El presente estudio es efectuado por Evelyn Roxana Astocondor Pastor, estudiante de la especialidad de Neuropsicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Este estudio es de gran importancia para fines académicos a fin de obtener el título de Especialidad de Neuropsicología.

Para la participación se requiere su conformidad. Es importante mencionarle que los datos recogidos serán tratados confidencialmente y solo se utilizarán únicamente para propósitos de este estudio científico. Asimismo, su participación es voluntaria y tiene el derecho de retirarse del estudio en el momento que lo considere necesario.

A partir de lo explicado, ¿Acepta participar voluntariamente de esta investigación? De aceptar participar, debe marcar "SI ACEPTO" en la casilla inferior y colocar sus nombres completos, DNI y fecha respectiva.

SI ACEPTO
 NO ACEPTO

Nombre del participante: _____
DNI: _____
Fecha: _____

De la misma manera, podrás acceder a una copia de la ficha de consentimiento, y podrá pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.

ANEXO B: SESIONES DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Tema : Sensibilización.

Sesión : 1

Objetivo : Sensibilizar e informar sobre las sesiones del programa de estimulación neuropsicológica.

Nº	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
1	23/03/2022	Sensibilización.	Sensibilizar e informar sobre las sesiones del programa de estimulación neuropsicológica.	Se informa a la usuaria y a los familiares cercanos sobre la naturaleza e importancia de la estimulación neuropsicológica para la paciente.	Psicoeducación.	25'	Programa de rehabilitación neuropsicológica.	Ps. Evelyn	La usuaria y sus familiares cercanos mostraron interés y disposición optando por escuchar activamente la psicoeducación sobre la naturaleza del programa de estimulación neuropsicológica.
				Asimismo, se le menciona el número de las sesiones, la duración de la misma y la importancia del apoyo de los familiares en el programa de estimulación neuropsicológica.		25'	Ficha donde se visualizan las técnicas psicológicas.		Asimismo, manifestaron su colaboración en el cumplimiento de los objetivos del determinado programa, entendiéndose así la importancia de la misma, ya que generaría beneficios en el proceso de evolución de la usuaria.
			Psicoeducar sobre las técnicas psicológicas que benefician el progreso evolutivo de la usuaria.	Se brinda la psicoeducación de las técnicas psicológicas que permiten el aumento de la frecuencia de las conductas adaptativas y la disminución de las conductas poco adaptativas.					La usuaria y los familiares cercanos manifestaron escucha activa y realizaron preguntas en relación a las técnicas psicológicas, orientadas a generar beneficios en el progreso evolutivo de la usuaria.

Área cognitiva : Atención selectiva y sostenida.

Sesión : 2

Objetivo : Estimular la capacidad de atención selectiva y sostenida con empleo de estímulos visuales con la finalidad de potenciar el proceso de registro de la información.

Nº	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
2	28-03-2022	"Retroalimentando la sesión anterior"	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación.	5'	-	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		"Cancelación con un sólo estímulo".	Estimular la capacidad de atención selectiva con un sólo estímulo.	Se solicita a la usuaria que tache todos los "5" que aparecen en un conjunto de letras y números presentados visualmente.	Restauración. Reforzamiento positivo.	7'	Láminas con diferentes letras y números.		Tuvo el 100% de aciertos.
		"Cancelación con dos estímulos".	Estimular la capacidad de atención selectiva con dos estímulos.	Se pide a la usuaria que tache todas las "G" y las "R" sólo y cuando aparecen consecutivamente ante un conjunto de letras presentadas visualmente.		9'	Láminas con diferentes letras.		Tuvo el 100% de aciertos.
		"Cancelación con un sólo estímulo".	Estimular la capacidad de atención selectiva con un sólo estímulo.	Se solicita a la usuaria que tache todos los símbolos "&" que aparecen en un conjunto de símbolos colocados de manera aleatoria y presentados visualmente.		10'	Láminas con diferentes símbolos.		Tuvo el 100% de aciertos.
		"Búsqueda de símbolos / dibujos".	Estimular la capacidad de atención selectiva y sostenida con diversos estímulos.	Se pide que verifique el número con su símbolo, a fin de que pueda escribir el símbolo correspondiente al número respectivo que se encuentra dentro de la casilla en la parte inferior de la hoja.		12'	1 lámina con símbolos y números. 1 lámina con símbolos y con recuadros en blanco.		Tuvo el 100% de aciertos.
		"Retroalimentando a los familiares"	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Así como también, se brinda la psicoeducación de la importancia de la atención selectiva y sostenida en la vida diaria.		Retroalimentación. Restauración Psicoeducación. Reforzamiento positivo.	4'		-

		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la capacidad de atención selectiva y sostenida a través de la ejecución de las 2 láminas de "Búsqueda de símbolos" con supervisión de un familiar.</p>		3'	<p>1 lámina con símbolos y números.</p> <p>1 lámina con símbolos y con recuadros en blanco.</p>		
--	--	--------------------	-----------------------------------	--	--	----	---	--	--

Cancelación con un sólo estímulo.

Busca y tacha todas las letras “5” como indica en el recuadro que aparece en la parte superior de la hoja de trabajo.

5

A 4 C R 5 T 6 U 1 S 9 0 4 G 6 J K R 5 P W T 5 U V 7 N 9 Z X
 3 M P E 3 V 6 B 5 J Y 5 L 0 S W Z X 2 C V 4 T 5 Y P 6 S D U
 5 N M 9 M P A Q 3 E R T 4 T Y V B 5 N K S 5 R T 7 T 9 Y 1
 0 2 P 3 R 3 U W P Q S D 5 F G H J 6 K L 7 Z X 8 C V B N 9 M
 Q 2 W 3 E 4 R T Y 6 U I 5 P O S F H 7 J K L 8 V C S 5 B N M
 6 X S Y I 5 4 J K L 5 0 B M T R 6 R B O P 0 6 B A W 5 U O L
 P Ñ 5 V T B N J 5 M I F D E 5 C T G B 5 N M U T 7 F D E 4 S
 R T 3 J K 2 O P 1 G C 5 B X E 5 M P Ñ 9 Z X 5 C V B 5 B N
 M Y 6 D T H C 4 B O P 9 N T C 5 E B U 6 C R E T 7 M O P 9
 X E 5 C Y V 5 N E S 6 V M P 7 C X H E Ñ 8 R D 5 B Q T 7 X
 P I U B 9 D V 5 B U N T R 5 E T U O 8 V W 1 C O P 4 V B R
 5 N W E T C S D 6 V M P 5 L P H K Y 4 5 Y U F G R V B U J
 D X C E R T Y U 6 V E D 4 V B Y 9 F D E X C T H N 4 V B
 T D 2 C V 5 W S 3 X C E 2 7 U K I O L P 9 K L I J N 7 B H Y
 B T 6 V B 7 U 8 I K M 9 O L K 6 H B G T 5 T G R F 4 R F C
 D 3 E D X C 3 W E D R 2 E S D G H 1 A S X C E 3 4 G B N 5
 L M I O P 9 8 U H Y G B T 6 G V R F C 8 Y H J M 4 G B H 5
 H N H J K I 6 H N M I K 7 T G 8 J

Cancelación con dos estímulos.

Busca y tacha todas las letras “G” y todas las letras “R” pero sólo y cuando aparecen consecutivamente, como indica en el recuadro que aparece en la parte superior de la hoja de trabajo.

GR

AGRPGRIGRMGRTYGRDROMZWGRNSXT
 KGTCMGRAPÑWTGRZQPRGTNUVWTGR
 LGYUIETGRBYIOGRMNDTFGGREUIOPB
 NXDFGTBCGRTIRVCGRBRTYQEBCGRP
 OIGRVRSDTYGRVHISXTWGRQCLÑPBV
 RETUIPWOPEIOGRKJHGEГУYTERCDSV
 BNMWERTGRHJKETQSVSGNMFSIPBGR
 MHTKETYCFGHLÑPWEGRYPOMNVGYIF
 RYHJXCGRYRTYUIOPIOFGHGJKLÑASC
 EVRBGRNTWQSZAERTWCRGYHUIJKMN
 VGFRXNIMOPLÑFBHTYNYRECVRTYUW
 SXCRFGNOPLMKIUJNHERCTTYRFGRXC
 PESBMFYJSETUOPLMÑKNHYGRVTDCR
 ESXCWZRUOPLÑMJIUBYGRERGC SXWT
 IUZW CXERASDV TBNTHUIOFCRTHJKLP
 ÑOKMJUNHYBGTVFRCFRED CWSXWAS
 ZQSEDC FVGTBH YNUJIKMO

Área cognitiva : Atención selectiva y sostenida.

Sesión : 3

Objetivo : Estimular la capacidad de atención selectiva y sostenida con empleo de estímulos visuales con la finalidad de potenciar el proceso de registro de la información.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIA/ TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
3	04-04-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación.	5’	-	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“Sopa de letras”	Estimular la capacidad de atención selectiva, atención sostenida y rastreo visual.	Se solicita que encuentre una serie de palabras (21 palabras) que se encuentran inmersas en un conjunto de letras desordenadas.	Restauración. Reforzamiento positivo.	17’	1 lámina cuadriculada que contienen una letra en cada una de las celdas.		Tuvo el 100% de aciertos. Lo hizo con facilidad.
		“Búsqueda de diferencias”	Estimular la capacidad de atención selectiva, atención sostenida y rastreo.	Se solicita que encuentre los detalles diferentes en ambas imágenes en cada una de las láminas mostradas.		18’	4 láminas con dos imágenes que contienen detalles diferentes.		Tuvo el 100% de aciertos. Lo hizo con facilidad.
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Así como también, se brinda la psicoeducación de la importancia de la atención selectiva y sostenida en la vida diaria.	Retroalimentación. Restauración Psicoeducación.	5’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa. La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la capacidad de atención selectiva y sostenida a través de la ejecución de la lámina de sopa de letras y la lámina con dos imágenes que contienen detalles diferentes.	Reforzamiento positivo.	3’	1 sopa de letras. 1 lámina con dos imágenes que contienen detalles diferentes.		

Área cognitiva : Atención sostenida y alternante.

Sesión : 4

Objetivo : Estimular la capacidad de atención sostenida y alternante con empleo de estímulos verbales y visuales con la finalidad de potenciar el proceso de registro de la información.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
4	07-04-2022	“Retroalimentación de la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación.	5'	1 sopa de letras. 1 lámina con dos imágenes que contienen detalles diferentes.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“¿Qué le sigue?”	Estimular la capacidad de atención sostenida y alternante con un grado de dificultad menor en función al número de secuencias.	Se solicita a la paciente que exprese verbalmente, los números de forma creciente (1 al 30), y que dé una palmada entre número y número.	Restauración. Reforzamiento positivo.	10'	-		Tuvo el 100% de aciertos. Lo hizo con facilidad.
			Estimular la capacidad de atención sostenida y alternante con un grado de dificultad ligeramente moderada en función al número de secuencias.	Se pide a la paciente que exprese verbalmente, los números de forma creciente (1 al 30), y que, entre número y número, siga las siguientes indicaciones: dé una palmada y luego, coloque las palmas de ambas manos sobre la mesa.		10'	-		Tuvo el 95% de aciertos. Lo hizo con facilidad; no obstante, el 5% tuvo equivocaciones.
			Estimular la capacidad de atención sostenida y alternante con un grado de dificultad moderada en función al número de secuencias.	Se indica a la paciente que exprese verbalmente, los números de forma creciente (1 al 30), y que, entre número y número, sigas las siguientes indicaciones: dé una palmada, luego coloque las palmas de ambas manos sobre la mesa y seguidamente, levante las dos manos.		10'	-		Tuvo el 90% de aciertos. No lo hizo con facilidad. El 10% restante tuvo equivocaciones ya que decía el número al mismo tiempo que levantaba ambas manos, o que algunas veces, se olvidaba de levantar las dos manos.
			Estimular la capacidad de atención sostenida y alternante con un grado de dificultad mayor en función al número de secuencias.	Se solicita a la paciente que exprese verbalmente, los números de forma creciente (1 al 30), y que, entre número y número, siga las siguientes indicaciones: dé una palmada, luego coloque las palmas de ambas manos sobre la mesa,		10'	-		Tuvo el 50% de aciertos. No lo hizo con facilidad. El 50% restante tuvo equivocaciones ya que decía el número al mismo tiempo que daba un golpe a la mesa con una mano.

				seguidamente, levante las dos manos y finalmente, dé un golpe sobre la mesa con una mano.					En muchas situaciones, se olvidaba de las dos últimas indicaciones, de levantar las manos y dar un golpe a la mesa con una mesa.
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Así como también, se brinda la psicoeducación de la importancia de la atención sostenida y alternante en la vida diaria.	Restauración Retroalimentación.	5’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa. La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la capacidad de atención sostenida y alternante a través de la ejecución de actividades similares a las realizadas en la sesión, con la supervisión de su familiar.	Psicoeducación.	5’	-		

Área cognitiva : Atención sostenida y alternante.

Sesión : 5

Objetivo : Estimular la capacidad de atención sostenida y alternante con empleo de estímulos verbales y visuales con la finalidad de potenciar el proceso de registro de la información.

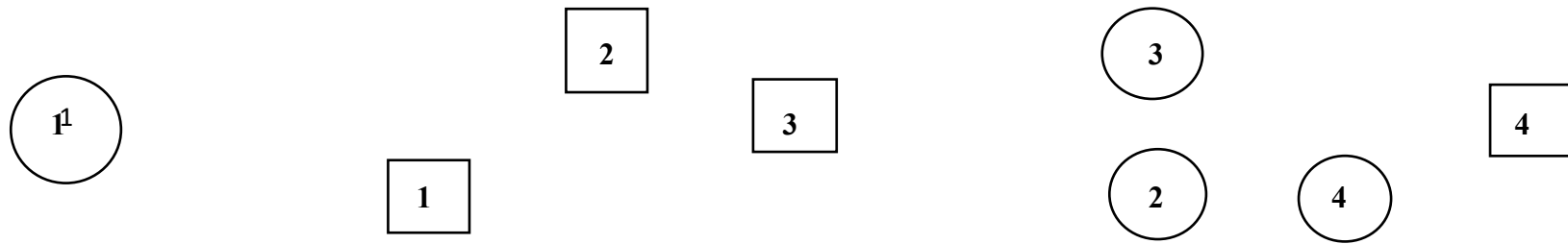
N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
5	14-04-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5’	-	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		¿Qué le sigue?	Estimular la capacidad de atención sostenida y alternante con un grado de dificultad menor en función al número de secuencias	Se indica a la paciente que una en orden creciente, los números que se encuentran enmarcados en círculos o cuadrados. Para ello, solicita que inicie con el número 1, y siguiendo el orden respectivo (círculo y luego, cuadrado), tal cual como se presenta en el modelo manifestado en el ejemplo. De esta manera, el número 1 que está ubicado dentro de un círculo se unirá al número 2 que se encuentra dentro de un cuadrado; seguidamente, se unirá al número 3 que se encuentra dentro del círculo, y así sucesivamente.	Restauración. Modelado. Reforzamiento positivo	20’	Lámina en la que aparecen los números enmarcados en un círculo o cuadrado, distribuidos de forma desordenada.		Tuvo el 100% de aciertos. Lo hizo con facilidad.
			Estimular la capacidad de atención sostenida y alternante con un grado de dificultad mayor en función al número de secuencias.	Se le solicita a la paciente que una los números en orden creciente, alternando los números y cuadrados (de color rojo y de color azul), tal cual como se presenta en el modelo manifestado en el ejemplo. De esta manera, el número 1 se unirá al cuadrado de color rojo, la cual se unirá al cuadrado de color azul, y seguidamente, unirse al número 02, y así sucesivamente.		20’	Lámina en la que aparecen números y cuadrados (rojos y azules), distribuidos de forma desordenada.		Tuvo el 40% de efectividad. Tuvo equivocaciones ya que olvidaba en varias oportunidades, el estímulo que le sigue en la serie.
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Así como también, se brinda la psicoeducación de la importancia de la atención sostenida y alternante en la vida diaria.	Restauración Retroalimentación. Psicoeducación.	3’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.

		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la capacidad de atención sostenida y alternante a través de la ejecución de una lámina “¿Qué le sigue?”, con la supervisión de un familiar.</p>		2'	Lámina en la que aparecen números y cuadrados (rojos y azules), distribuidos de forma desordenada.		
--	--	--------------------	-----------------------------------	---	--	----	--	--	--

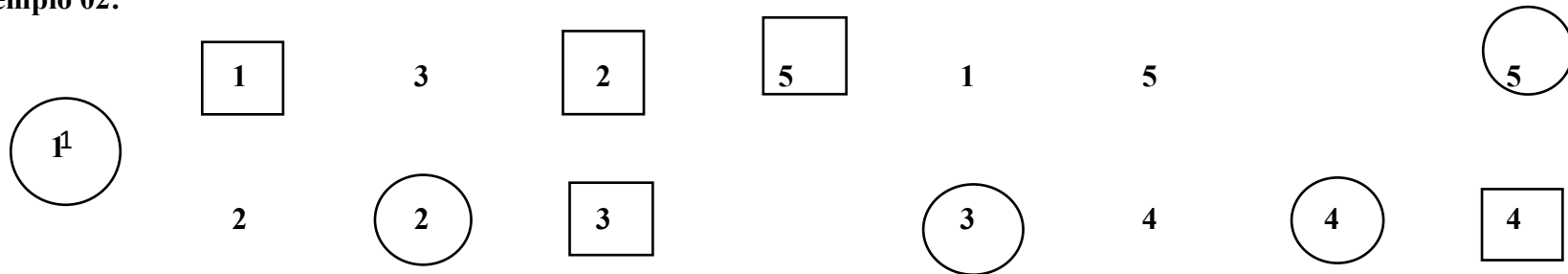
¿QUÉ LE SIGUE?

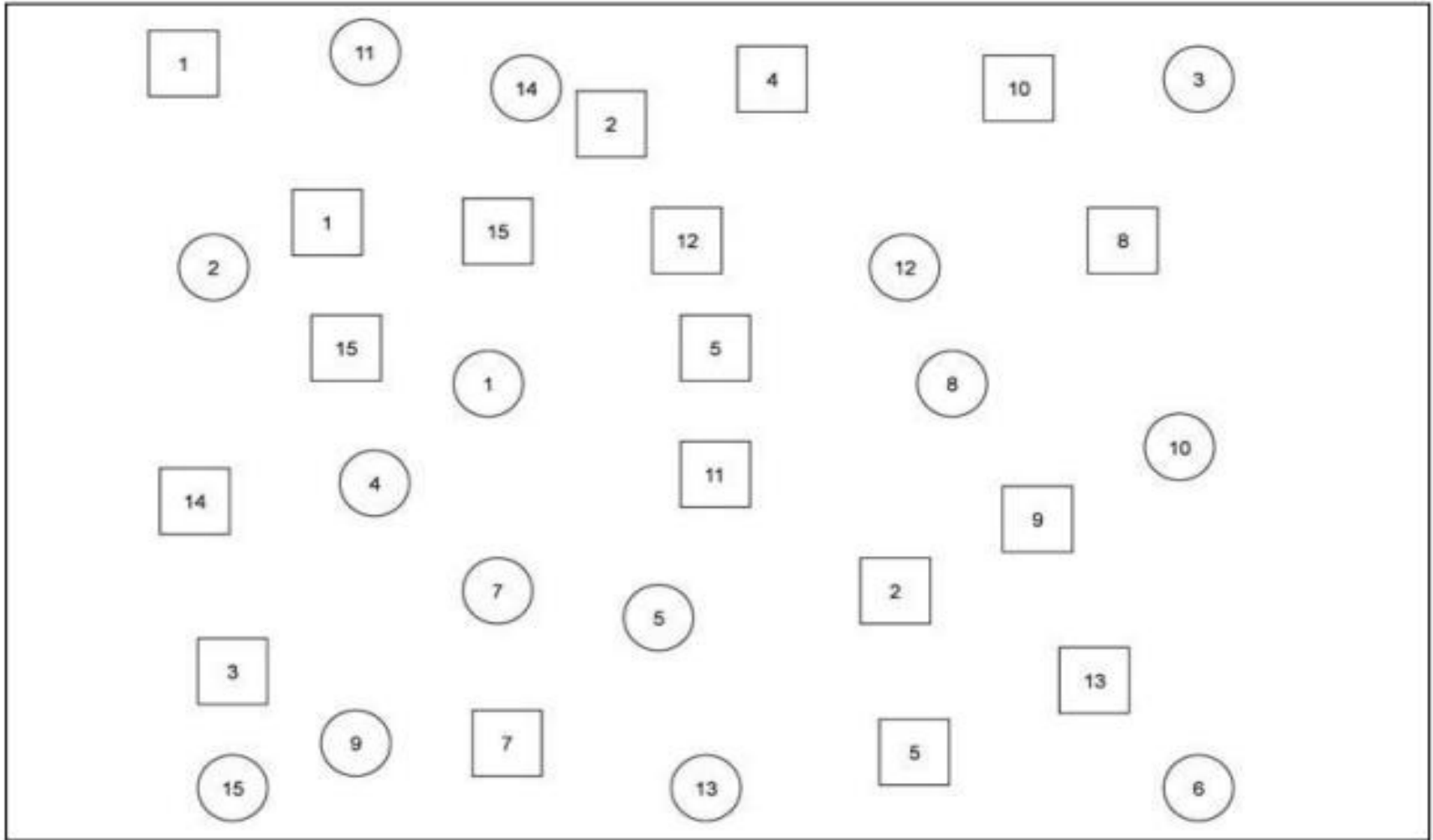
Une los números en orden creciente, empezando por el número 1, alternando círculos y cuadrados. De esta manera, el número 1 que está ubicado dentro del círculo se unirá al número 2 enmarcado en un cuadrado, por ende, continuará el número 3 que se encuentra dentro del círculo, y así sucesivamente.

Ejemplo 1:



Ejemplo 02:



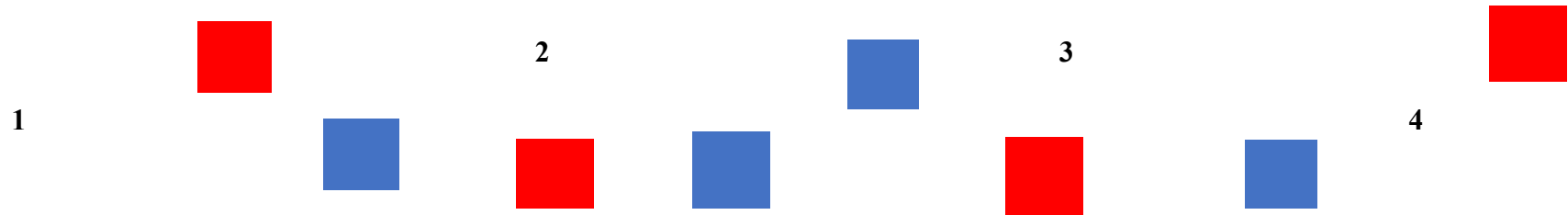


Fuente: Lubrini et al. (2009)

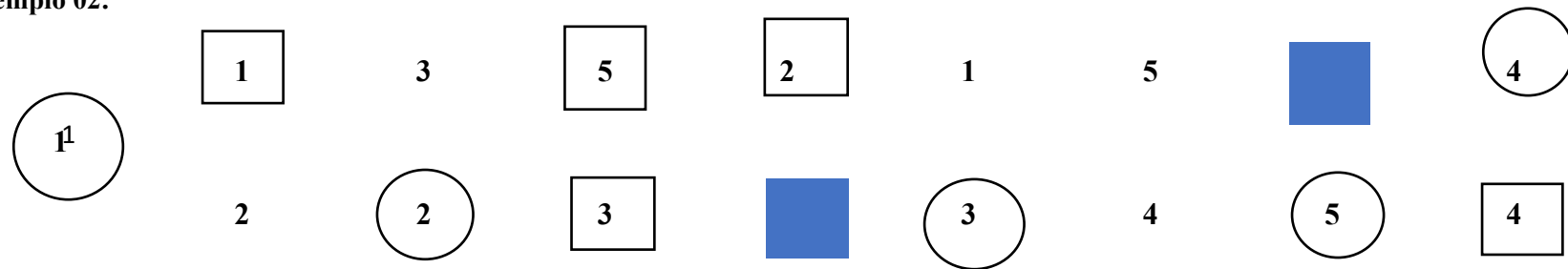
¿QUÉ LE SIGUE?

Une los números en orden creciente, empezando por el número 1, alternando los números y cuadrados (de color rojo y de color azul). De esta manera, el número 1 se unirá al cuadrado de color rojo, y éste se unirá al cuadrado de color azul, para luego unirse al número 02, y así sucesivamente.

Ejemplo 1:



Ejemplo 02:



Área cognitiva : Orientación personal.

Sesión : 6

Objetivo : Estimular la orientación personal.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
6	18-04-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5’	Lámina en la que aparecen números y cuadrados (rojos y azules), distribuidos de forma desordenada.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“¿Quién soy?”	Estimular el recuerdo de su nombre.	Se solicita a la paciente que mencione sus datos personales tales como: - Nombres y apellidos. - Edad. - Fecha de nacimiento. - Lugar de nacimiento.	Restauración.	5’	-		La paciente logró decir sus datos completos de manera correcta (99 % de logro), pero se evidencia mayor dificultad en la identificación de su edad cronológica.
		“¿Con quiénes vivo?”	Estimular el recuerdo de los nombres de las personas con quien vive.	Se indica que mencione los nombres de sus familiares con quienes vive.	Reforzamiento positivo.	15’	Tarjetas con nombres.		Mostró leve dificultad para poder recordar los nombres de sus tres nietos.
		“¿Cuáles son los nombres de mis familiares cercanos?”	Estimular el recuerdo de los nombres de sus familiares cercanos.	Se indica que mencione los nombres de sus familiares cercanos.		15’	Tarjetas con nombres.		Mostró mediana dificultad para poder mencionar los nombres de sus familiares cercanos (esposo e hijos de su hija Marlene).
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Además, se realiza la psicoeducación de la técnica Difuminación de los indicios de recuperación (Vanishing Cues) y se da ejemplos que sirvan de modelo para que pueda emplearlo con la usuaria.	Retroalimentación Psicoeducación. Restauración. Compensación. Difuminación de los indicios de recuperación (Vanishing Cues.) Reforzamiento positivo.	8’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.

				<p>Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo “muy bien”, “te felicito”.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la orientación personal en la vida diaria.</p>				
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la personal a través de la lámina en los cuales se encuentran los nombres de los familiares con quienes vive y de la lámina de los familiares cercanos que realizó en la sesión, a través de la repetición y ejercicios realizados con el empleo de la difuminación de los indicios de recuperación, con supervisión de un familiar.</p> <p>Para ello, se solicita que coloque ambas láminas en un ambiente visible.</p>	2'	<p>Lámina con los nombres de los familiares con quienes vive.</p> <p>Lámina de los familiares cercanos.</p>		

¿Con quiénes vivo?

Tarjetas que tienen los nombres de los familiares con quienes vive.

MARLENE

TITO

JORGE

DEBORAH

STÉFHANO

MARIANO

FABIANA

¿Cuáles son los nombres de mis familiares cercanos?

Tarjetas que tienen los nombres de los familiares cercanos.

JHONATAN

DENISSE

CARMEN

ARNAU

VALENTINA

TITIN

DAVID

JULIO

ANTONIO

DORA

OMAR

Área cognitiva : Orientación espacial.

Sesión : 7

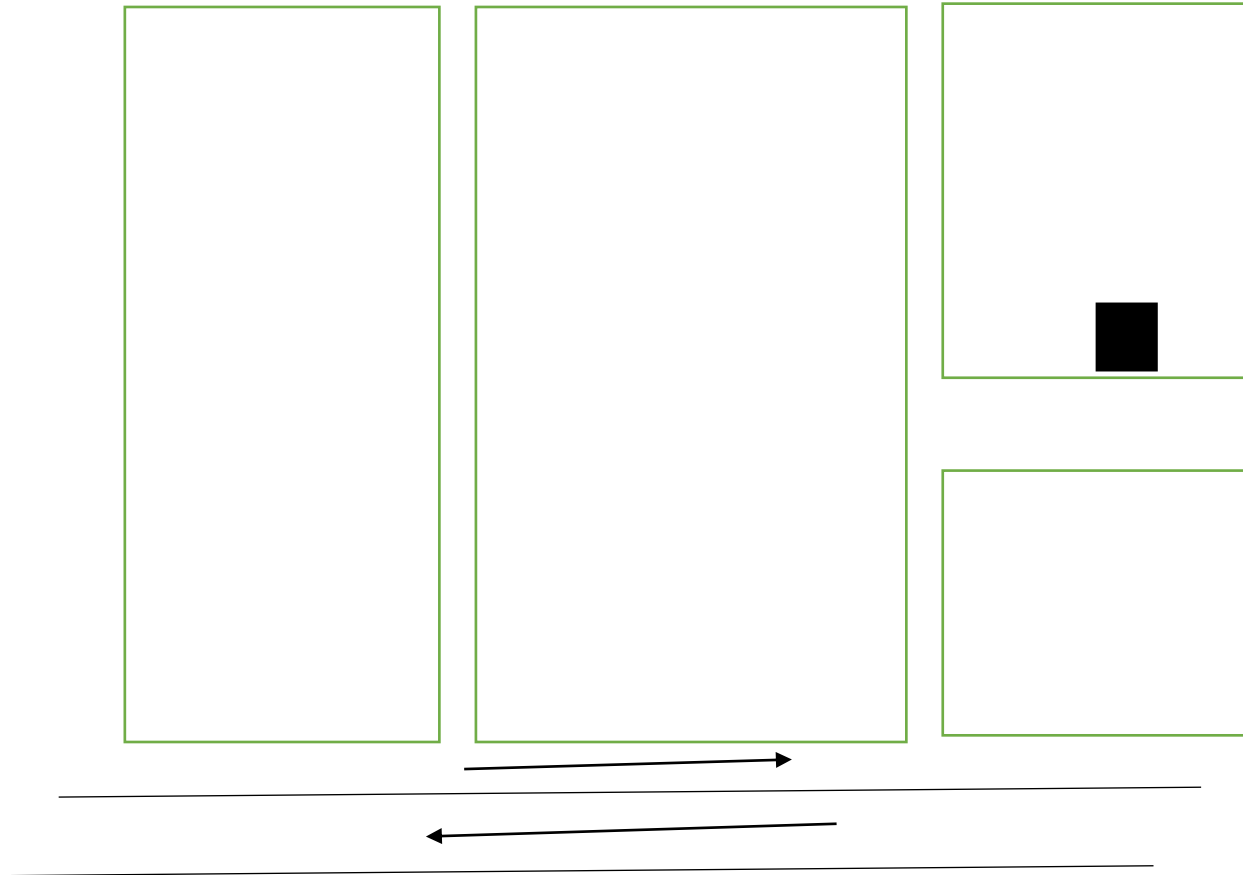
Objetivo : Estimular la orientación espacial.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
7	21-04-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5’	Lámina con los nombres de los familiares con quienes vive. Lámina de los familiares cercanos.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“¿Dónde vivo?”	Fomentar el recuerdo de la dirección de su domicilio.	Se solicita a la paciente que mencione la dirección de la casa donde vive.	Restauración.	5’	-		La paciente logró decir su dirección de manera correcta.
		“Croquis”.	Proponer que dibuje el croquis de su domicilio.	Se indica que elabore un croquis de su casa.	Reforzamiento positivo.	15’	Hoja bond.		Mostró mediana dificultad para recordar el nombre de las avenidas y calles cercanas a su casa.
		“¿Qué es, para qué sirve y dónde se coloca?”	Fomentar la utilidad y dónde se encuentran los objetos familiares.	Se pide que mencione el nombre del objeto, diga para qué sirve y cuál es su ubicación.		15’	Objetos del ambiente. Tarjetas con imágenes de objetos.		Mostró leve dificultad para poder recordar los nombres. Recordó la utilidad y la ubicación de los objetos de manera correcta.
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Además, se realiza la psicoeducación de la técnica Difuminación de los indicios de recuperación (Vanishing Cues) y se da ejemplos que sirvan de modelo para que pueda emplearlo con la usuaria. Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo “muy bien”.	Retroalimentación. Psicoeducación. Restauración. Compensación. Difuminación de los indicios de recuperación (Vanishing Cues.) Reforzamiento positivo.	8’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.

				<p>“te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la orientación espacial en la vida diaria.</p>					
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la orientación espacial a través de la lámina del croquis de su domicilio, a través de la repetición y ejercicios realizados con el empleo de la difuminación de los indicios de recuperación, con supervisión de un familiar.</p> <p>Para ello, se solicita que coloque ambas láminas en un ambiente visible.</p>	2'	Lámina del croquis de su domicilio.			

“Croquis”

Ubica en el croquis, los nombres de las calles que se encuentran alrededor de donde vive.



Área cognitiva : Orientación temporal.

Sesión : 8

Objetivo : Estimular la orientación temporal.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
8	02-05-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5'	Lámina del croquis de su domicilio.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“Ordenamos los números”.	Ordenar los números.	Se solicita a la paciente que ordene de manera creciente, del menor al mayor. - Los números del 1 – 30, de uno en uno. - Los números del 80 – 90, de uno en uno. - Los números de 1935 – 2015, de 10 en 10. - Los números 2000 – 2022, de uno en uno.	Restauración. Reforzamiento positivo.	6'	Tarjetas con números: 1 al 20. 80 – 90. 1935 – 2015. 2000 – 2022.	Ps. Evelyn	La paciente logró ordenar de manera correcta los números del 01 al 20 (logro del 100%).
		“Ordenamos los meses del año”.	Ordenar los meses del año.	Se pide a la paciente que ordene los meses del año, empezando por enero.		6'	Tarjetas con los meses del año.		La paciente logró ordenar de manera correcta los números del 01 al 20 (logro del 100%).
		“¿Cuándo nací?”	Fomentar el recuerdo de su fecha de nacimiento.	Se solicita a la paciente que ubique su fecha de nacimiento en el calendario de 1935.		6'	Calendario del año 1935.		La paciente logró identificar correctamente (logro del 100%).
		“¿Cuándo es mi cumpleaños?”	Fomentar el recuerdo del día de su cumpleaños.	Se solicita a la paciente que ubique su onomástico en el calendario.		6'			La paciente logró identificar correctamente (logro del 100%).
		“¿En qué fecha nos encontramos hoy?”	Fomentar la orientación temporal en relación a la fecha del día de hoy (día, mes, año).	Se solicita que mencione: - El año en que se encuentra.		8'	Calendario del año actual.		Logro regular. Tuvo un desempeño del 50%.
				- El mes en que se encuentra.					Logro regular. Tuvo un desempeño del 50%.
- La fecha de hoy.	Logro regular. Tuvo un desempeño del 50%.								
		“Retroalimentando a los	Retroalimentar las actividades de la	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las	Retroalimentación.	7'	-		La usuaria y familia escucharon activamente.

		familiares”	sesión.	<p>actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria.</p> <p>Además, se realiza la psicoeducación de la técnica Difuminación de los indicios de recuperación (Vanishing Cues) y se da ejemplos que sirvan de modelo para que pueda emplearlo con la usuaria. Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la orientación temporal en la vida diaria.</p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Restauración.</p> <p>Compensación.</p> <p>Difuminación de los indicios de recuperación (Vanishing Cues.)</p> <p>Reforzamiento positivo.</p>				Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la orientación espacial a través de la lámina del croquis de su domicilio, a través de la repetición y ejercicios realizados con el empleo de la difuminación de los indicios de recuperación.</p> <p>Para ello, se solicita que coloque el calendario y marcador en un ambiente visible. Y así como también, se le recomienda que use el marcador para señalar con una equis (x) el día a día, con supervisión de un familiar.</p> <p>Así como también, se pide también, señale la fecha de su cumpleaños con el empleo del calendario vigente.</p>		6’	<p>Calendario del año vigente.</p> <p>Marcador.</p>		

“Ordenamos los números”

Tarjetas del 01 al 20.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

“Ordenamos los números”**Tarjetas del 80 al 90.**

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

“Ordenamos los números”

Tarjetas de 1935 al 2015.

1935

1945

1955

1965

1975

1985

1995

2005

2015

“Ordenamos los números”

Tarjetas del 2000 al 2022.

2000	2001	2002	2003	2004
2005	2006	2007	2008	2009
2010	2011	2012	2013	2014
2015	2016	2017	2018	2019
2020	2021	2022		

“Ordenamos los meses del año”

Tarjetas de los meses del año.

ENERO

FEBRERO

MARZO

ABRIL

MAYO

JUNIO

JULIO

AGOSTO

SEPTIEMBRE

OCTUBRE

NOVIEMBRE

DICIEMBRE

“¿Cuándo nació?”

Enero 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Febrero 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28			

Marzo 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Abril 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Mayo 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Junio 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Julio 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Agosto 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Septiembre 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Octubre 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Noviembre 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Diciembre 1935						
Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

“¿Cuándo nació?”

Junio 1935

Lu **Ma** **Mi** **Ju** **Vi** **Sá** **Do**

					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Área cognitiva : Memoria sensorial auditiva, visual y táctil.

Sesión : 9

Objetivo : Estimular la capacidad de memoria sensorial auditiva, visual y táctil.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
9	05-05-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación.	5’	Calendario del año vigente. Marcador.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“¿Qué es?”	Estimular la capacidad de memoria sensorial auditiva.	Se le solicita a la usuaria que encierre en círculo el animal de acuerdo al sonido que escucha.	Restauración. Reforzamiento positivo.	11	Reproductor de sonidos.		90% de logro.
		“¿Cuál corresponde?”	Estimular la capacidad de memoria sensorial visual.	Se le solicita a la usuaria que identifique los objetos que visualiza en la lámina.		12	Lámina de Imágenes.		80% de logro.
		“¿Qué es?”	Estimular la capacidad de memoria sensorial táctil.	Con los ojos vendados se solicita que identifique los objetos que manipula con sus manos.		11	Objetos.		90% de logro.
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta. Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la memoria sensorial auditiva, visual y táctil en su vida cotidiana.	Retroalimentación. Psicoeducación. Restauración. Reforzamiento positivo.	9’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.

		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la memoria sensorial auditiva, visual y táctil con empleo de ejercicios similares realizados en la sesión, con la supervisión de un familiar.</p>		2'	Objetos.		
--	--	--------------------	-----------------------------------	---	--	----	----------	--	--

Área cognitiva : Memoria visual y verbal a corto plazo.

Sesión : 10

Objetivo : Estimular la capacidad de memoria visual y verbal a corto plazo.

8	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS	
10	09-05-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5'	Objetos.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.	
		“Descripción de Camila”	Estimular la capacidad de memoria verbal a corto plazo.	Se le muestra una lámina con la fotografía de una persona y se le da verbalmente, información acerca de ella. “Voy a enseñarte una fotografía de una persona y te voy a decir algunas cosas sobre ella; por ejemplo, su nombre, a qué se dedica, su edad, dónde ha nacido, y otras cosas más. Cuando termine de brindarte la información, deberá repetirme todo lo que recuerda acerca de esa persona”.	Restauración. Reforzamiento positivo.	8	Lámina con el dibujo de una persona.		La paciente logró identificar con un logro regular (logro del 60% - 70%).	
				Seguidamente, se le solicita que responda verbalmente a las preguntas de respuesta abierta, acerca del dibujo anterior, tales como: ¿Cuál es su nombre? ¿Cuántos años tiene? ¿Dónde ha nacido? ¿Con quiénes vive? ¿Estudia? ¿Qué estudia? ¿Qué le gusta hacer?		9				
		“Descripción de un dibujo”.	Estimular la capacidad de memoria visual a corto plazo.	Se le presenta una lámina con un dibujo durante un minuto para luego retirarlo. Y se le da la instrucción “ <i>Voy a enseñarte un dibujo, quiero que la mires detenidamente durante un minuto. Luego la retiraré y deberás describirmela con la mayor cantidad de detalles posible</i> ”.	Seguidamente, se le solicita que responda a las preguntas que se dan verbalmente acerca del dibujo anterior. ¿Había un hombre? ¿Había un niño? ¿Había una mujer que estaba caminando? ¿Qué llevaba en la mano la mujer que estaba caminando? ¿Había un grupo de 03 personas sentadas en el pasto? ¿Qué actividad estaban haciendo, el grupo de 03 personas?	Lámina con un dibujo.	7			La paciente logró identificar con un logro regular (logro del 60% - 70%).
				9						

				<p>¿Cuántos árboles había? ¿Cuántas sillas había? ¿Qué animalito había en el dibujo? ¿Quién estaba paseando al perrito, un hombre o una mujer? ¿Qué color era el vestido que tenía puesto la mujer que estaba sentada en la silla?</p>					
		<p>“Retroalimentando a los familiares”</p>	<p>Retroalimentar las actividades de la sesión.</p>	<p>Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria.</p> <p>Además, se realiza la psicoeducación de la técnica de subdividir el recuerdo en hechos, con la supervisión de un familiar.</p> <p>Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la memoria verbal y visual a corto plazo en su vida cotidiana.</p>	<p>Retroalimentación.</p> <p>Psicoeducación.</p> <p>Restauración.</p> <p>Técnica de subdividir el recuerdo en hechos.</p> <p>Reforzamiento positivo.</p>	<p>9’</p>	<p>-</p>		<p>La usuaria y familia escucharon activamente.</p> <p>Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.</p>
		<p>Tarea para la casa</p>	<p>Fomentar las tareas para la casa.</p>	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la capacidad de la memoria verbal y visual a corto plazo, con ejercicios similares a lo realizado en la sesión, con supervisión de un familiar.</p>		<p>2’</p>	<p>-</p>		

“Descripción de Camila”

Observa detenidamente la fotografía de esta persona y escucha atentamente lo que te voy a decir de ella. Cuando termine, deberá repetirme todo lo que recuerda acerca de esa persona.



Información acerca de la persona de la fotografía:

Su nombre es Camila.

Tiene 25 años.

Ha nacido en el departamento de La Libertad.

Vive con sus padres y sus dos hermanas menores.

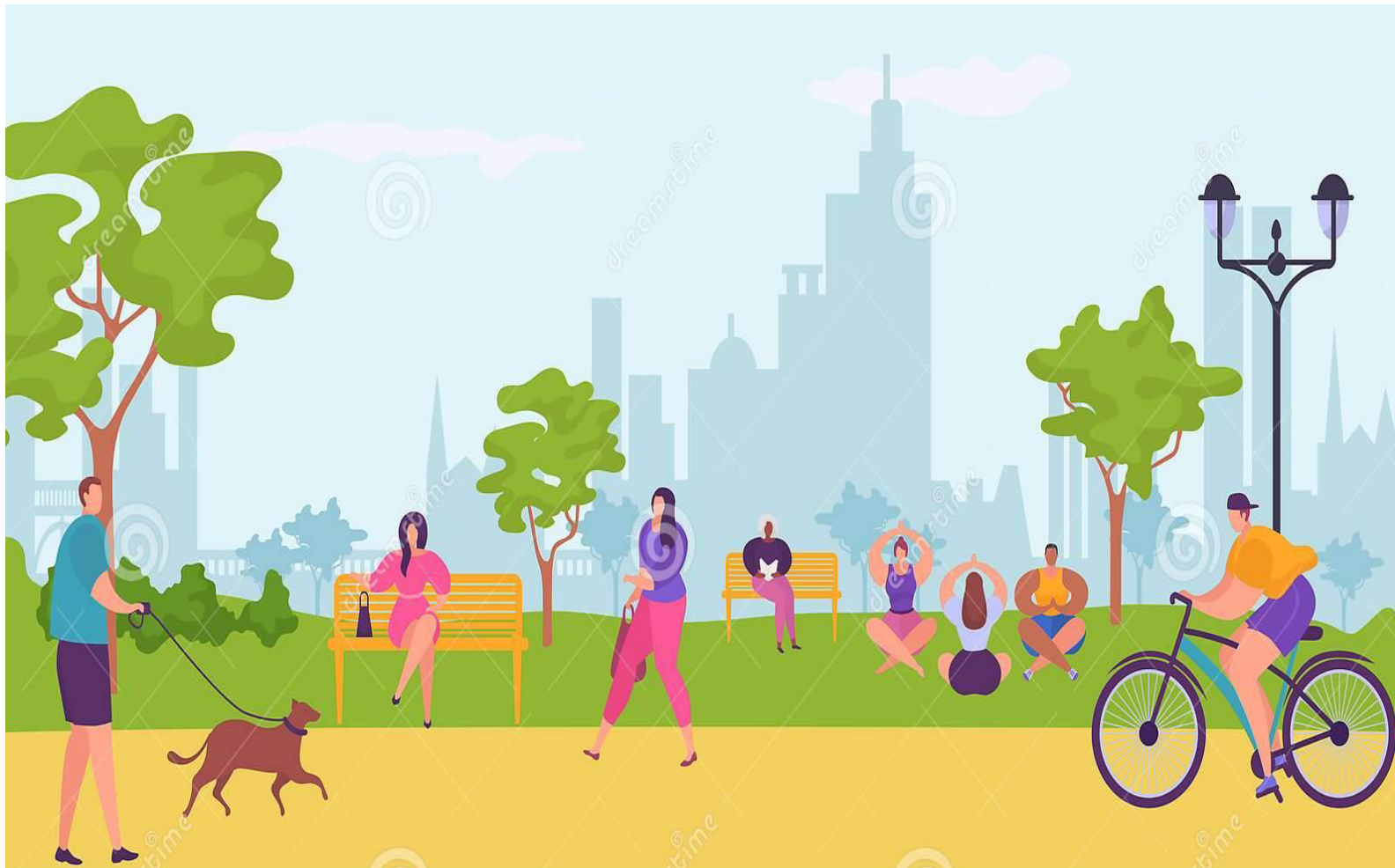
Es estudiante universitaria. Estudia la carrera de enfermería.

Le gusta cocinar, leer y escuchar música.

Preguntas:	1° vez	2° vez	3° vez
¿Cuál es su nombre?			
¿Cuántos años tiene?			
¿Dónde ha nacido?			
¿Con quiénes vive?			
¿Estudia?			
¿Qué estudia?			
¿Qué le gusta hacer?			

“Descripción de un dibujo”

Ejercicio A: Observa detenidamente el dibujo durante un minuto. Luego, se retirará el dibujo y deberá describirlo con la mayor cantidad de detalles posibles.



1° vez	2° vez	3° vez

EJERCICIO B: Las preguntas realizadas verbalmente son las

siguientes:

- ¿Había un hombre?
- ¿Había un niño?
- ¿Había una mujer que estaba caminando?
- ¿Qué llevaba en la mano la mujer que estaba caminando?
- ¿Había un grupo de 03 personas sentadas en el pasto?
- ¿Qué actividad estaban haciendo, el grupo de 03 personas?
- ¿Cuántos árboles había?
- ¿Cuántas sillas había?
- ¿Qué animalito había en el dibujo?
- ¿Quién estaba paseando al perrito, un hombre o una mujer?
- ¿Qué color era el vestido que tenía puesto la mujer que estaba sentada en la silla?

EJERCICIO B: Observa detenidamente el dibujo durante un minuto. Luego, se retirará el dibujo y responderá las preguntas que se dan verbalmente acerca del dibujo.

Preguntas:	1° vez	2° vez	3° vez
¿Había un hombre?			
¿Había un niño?			
¿Había una mujer que estaba caminando?			
¿Qué llevaba en la mano la mujer que estaba caminando?			
¿Había un grupo de 03 personas sentadas en el pasto?			
¿Qué actividad estaban haciendo, el grupo de 03 personas?			
¿Cuántos árboles había?			
¿Cuántas sillas había?			
¿Qué animalito había en el dibujo?			
¿Quién estaba paseando al perrito, un hombre o una mujer?			
¿Qué color era el vestido que tenía puesto la mujer que estaba sentada en la silla?			

Área cognitiva : Memoria visual y verbal a corto plazo.

Sesión : 11

Objetivo : Estimular la capacidad de la memoria visual y verbal a corto plazo.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
	5-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5'	-	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“Yo dibujo”	Estimular la capacidad de memoria visual a corto plazo con pistas.	Se le solicita que dibuje 10 imágenes y que los observe por 1'. Seguidamente, se le pide que recuerde las imágenes de forma espontánea. Luego, se le solicita que realice un cuento con todas ellas y de manera secuencial. La psicóloga apunta lo que manifiesta verbalmente la usuaria. Se le puede ayudar haciéndole recordar partes del cuento.	Restauración.	17	Hoja bond.		Tuvo un rendimiento del 80%.
		“Mi cuento”	Estimular la capacidad de memoria verbal a corto plazo con pistas.	Se le solicita que mencione 10 palabras de manera indistinta, mientras se anota en una hoja con la finalidad de expresarlas verbalmente. Seguidamente, se le pide que recuerde la lista de palabras de forma espontánea. Asimismo, se pide que realice un cuento que involucre a todas las 10 palabras de manera secuencial. La psicóloga apunta lo que manifiesta verbalmente la usuaria. Si la usuaria le cuesta recordar, se le indica que puede emplear el cuento que la usuaria realizó anteriormente. Se le puede ayudar haciéndole recordar partes del cuento.	Técnica de la subdivisión del recuerdo en hechos. Reforzamiento positivo.	17	Hoja bond.		Tuvo un rendimiento del 80%.
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria.	Retroalimentación. Psicoeducación. Restauración.	9'	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.

				<p>Además, se realiza la psicoeducación de la técnica de la subdivisión del recuerdo en hechos, y se da ejemplos que sirvan de modelo para que pueda emplearlo con la usuaria.</p> <p>Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la memoria verbal y visual a corto plazo en su vida cotidiana.</p>	<p>Técnica de la subdivisión del recuerdo en hechos.</p> <p>Reforzamiento positivo.</p>				
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la memoria verbal y visual a corto plazo con ejercicios similares realizados en la sesión, con supervisión de su familiar.</p>		2'	-		

Área cognitiva : Memoria visual a corto plazo.

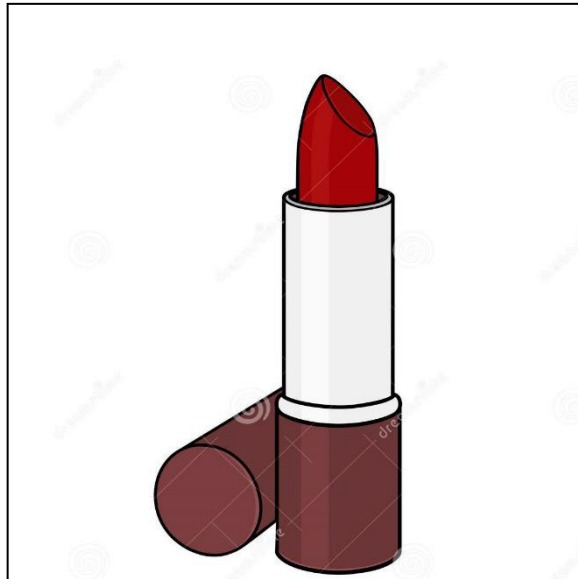
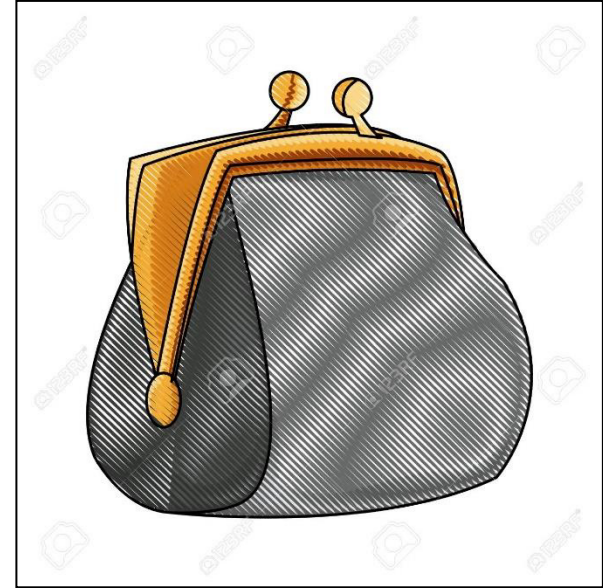
Sesión : 12

Objetivo : Estimular la capacidad de la memoria visual a corto plazo.

Nº	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
		"Retroalimentando la sesión anterior"	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5'	-	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
12	16-05-2022	"Mis objetos familiares"	Estimular la capacidad de memoria visual de corto plazo.	Se le solicita a la paciente que observe las 5 imágenes de objetos familiares por el lapso de 1'. Luego se retira las imágenes y se le pide que recuerde las imágenes de los objetos que se han mostrado.	Restauración. Reforzamiento positivo.	11	Lámina con imágenes de 05 objetos familiares.	Ps. Evelyn	Tuvo un rendimiento del 60%.
		"¿Cuál le corresponde?"	Estimular la capacidad de memoria visual de corto plazo con empleo de pistas.	Empleando las mismas imágenes de la actividad anterior, se solicita que asocie una imagen con otra, de acuerdo al grado de relación (por ejemplo, "el lápiz labial y los aretes se usan en la cara"). La psicóloga apunta lo que manifiesta verbalmente la usuaria.	Restauración. Técnica de Difuminación o desvanecimiento de pistas o de los indicios de la recuperación (Vanishing Cues)	12			Tuvo un rendimiento del 80%.
		"¿Dónde se encuentra?"		Luego, se oculta las imágenes se le pide que las recuerde de manera espontánea. Se le puede ayudar a recordar mencionándole la relación que hace la usuaria de ambos objetos, como, por ejemplo: "están relacionados con la cara" Se coloca cada una de las imágenes en diferentes lugares sugeridas por la usuaria. Luego, se solicita que fundamente verbalmente porqué ubica la imagen en un determinado lugar (teniendo en cuenta su utilidad o función, como, por ejemplo: "las llaves tienen que estar en el llavero, para abrir la puerta de entrada"). La psicóloga apunta lo que manifiesta verbalmente la usuaria.	Reforzamiento positivo.	11			Tuvo un rendimiento del 80%.

				<p>Luego, se le solicita a la paciente, que recuerde la ubicación de cada imagen de manera espontánea.</p> <p>Se le puede ayudar a recordar la ubicación de cada una de las imágenes a través pistas, como, por ejemplo: “Tiene que estar cerca de la puerta”, “tiene que estar en el llavero”.</p>					
		“Retroalimentando a los familiares”	<p>Retroalimentar las actividades de la sesión.</p>	<p>Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria.</p> <p>Además, se realiza la psicoeducación de la técnica de Difuminación o desvanecimiento de pistas o de los indicios de la recuperación (Vanishing Cues), y se da ejemplos que sirvan de modelo para que pueda emplearlo con la usuaria, y se da ejemplos que sirvan de modelo para que pueda emplearlo con la usuaria.</p> <p>Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la memoria visual a corto plazo en su vida cotidiana.</p>	<p>Retroalimentación.</p> <p>Psicoeducación.</p> <p>Restauración.</p> <p>Técnica de Difuminación o desvanecimiento de pistas o de los indicios de la recuperación (Vanishing Cues)</p>	9'	-		<p>La usuaria y familia escucharon activamente.</p> <p>Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.</p>
		Tarea para la casa	<p>Fomentar las tareas para la casa.</p>	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la memoria visual a corto plazo con ejercicios similares realizados en la sesión, con supervisión de un familiar.</p>	<p>Reforzamiento positivo.</p>	2'	-		

IMÁGENES

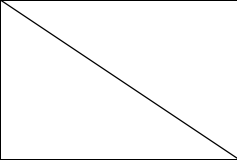


Área cognitiva : Memoria visual a corto plazo.

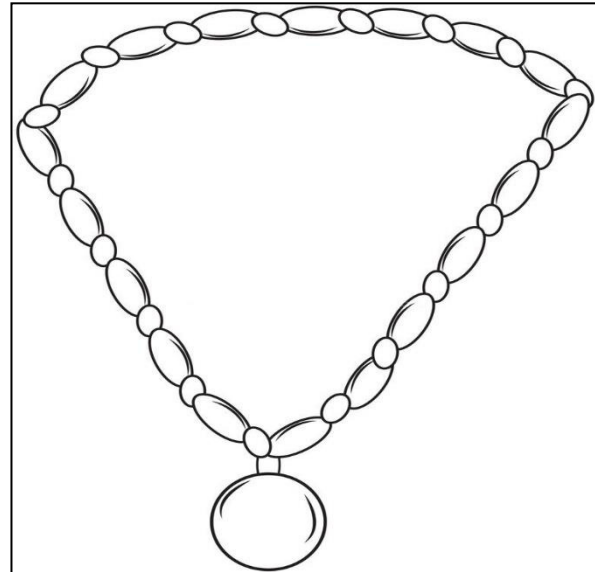
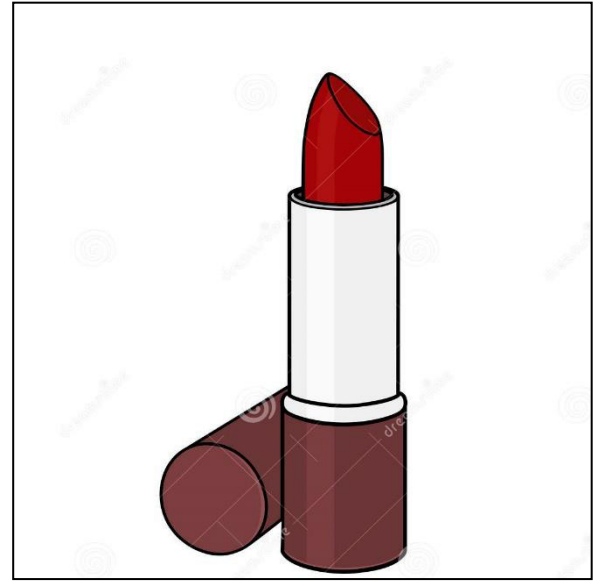
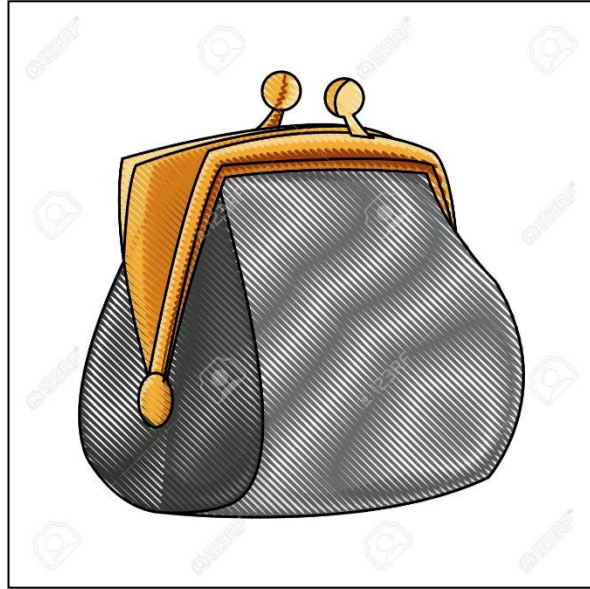
Sesión : 13

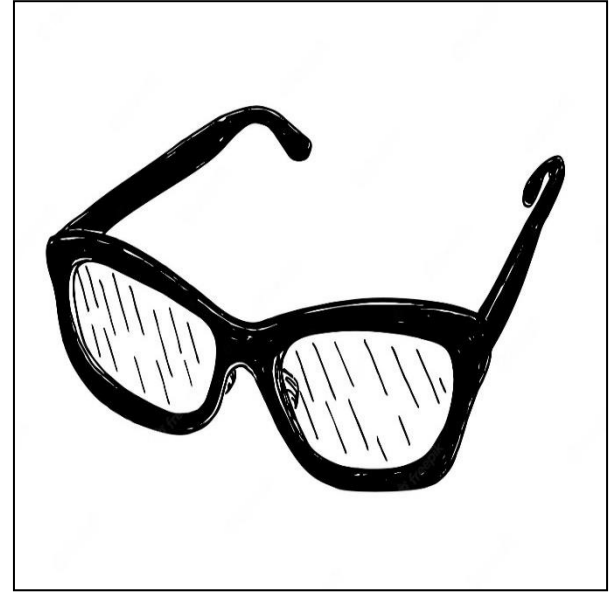
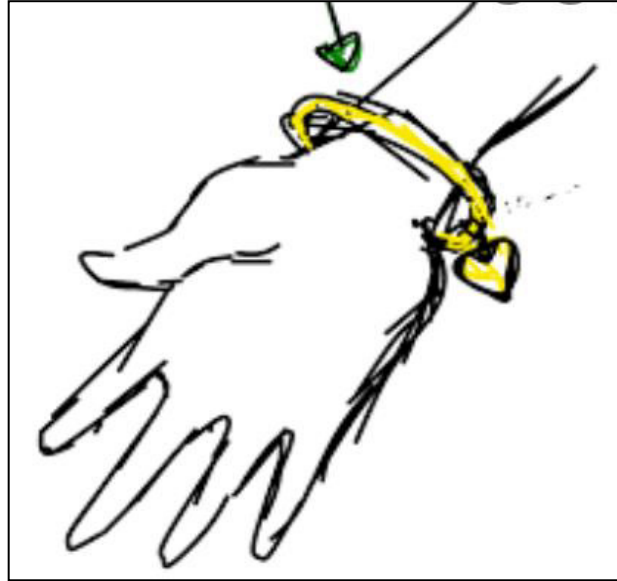
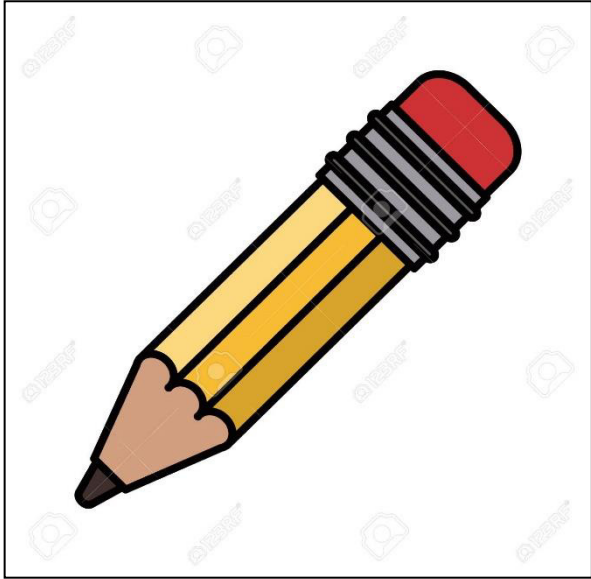
Objetivo : Estimular la capacidad de la memoria visual a corto plazo.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	OBJETIVO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
13	19-05-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5´	-	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“Mis objetos familiares”	Estimular la capacidad de memoria visual a corto plazo.	Se le solicita a la paciente que observe las 10 imágenes de objetos familiares por el lapso de 1´. Luego se les retira las imágenes, y se le pide que recuerde las imágenes de los objetos que se han mostrado.	Restauración. Reforzamiento positivo.	11	Lámina con imágenes de 10 objetos familiares.	Ps. Evelyn	Tuvo un rendimiento del 40 al 50%.
		“¿Cuál le corresponde?”	Estimular la capacidad de memoria visual a corto plazo con empleo de pistas.	Empleando las mismas imágenes de la actividad anterior, se solicita que realice una oración con relación a la utilidad o función, como, por ejemplo: “Uso mi monedero para salir a comprar”. La psicóloga apunta lo que manifiesta verbalmente la usuaria. Luego, se oculta las imágenes y luego, se le pide que las recuerde de manera espontánea. Se le puede ayudar con pistas, como, por ejemplo: “lo usa para salir a comprar”.	Restauración. Técnica de Difuminación o desvanecimiento de pistas o de los indicios de la recuperación (Vanishing Cues) Reforzamiento positivo.	12			Tuvo un rendimiento del 80 al 90%.
		“¿Dónde se encuentra”	Estimular la capacidad de memoria visual a corto plazo con empleo de reconocimiento.	Se coloca cada una de las imágenes en diferentes lugares sugeridas por la usuaria. Luego, se solicita que fundamente verbalmente porqué ubica la imagen en un determinado lugar (teniendo en cuenta su utilidad o función, como, por ejemplo: “las llaves tienen que estar en el llavero, para abrir la puerta de entrada”). La psicóloga apunta lo que manifiesta verbalmente la usuaria. Luego, se le solicita a la paciente, que recuerde la ubicación de cada imagen de manera espontánea. Se le puede ayudar a recordar la ubicación de cada una de las imágenes a través del reconocimiento; es decir, se le enseña una lista de 03 figuras que tienen relación con la imagen a recordar.	Restauración. Reconocimiento. Reforzamiento positivo.	12			Tuvo un rendimiento del 80 al 90%.

		<p>“Retroalimentando a los familiares”</p>	<p>Retroalimentar las actividades de la sesión.</p>	<p>Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria.</p> <p>Además, se realiza la psicoeducación de la técnica Técnica de Difuminación o desvanecimiento de pistas o de los indicios de la recuperación (Vanishing Cues), y se da ejemplos que sirvan de modelo para que pueda emplearlo con la usuaria.</p> <p>Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la memoria visual a corto plazo en su vida cotidiana.</p>	<p>Retroalimentación</p> <p>Psicoeducación.</p> <p>Restauración.</p> <p>Técnica de Difuminación o desvanecimiento de pistas o de los indicios de la recuperación (Vanishing Cues)</p>	<p>9’</p>	<p>-</p>	<p>La usuaria y familia escucharon activamente.</p> <p>Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.</p>
		<p>Tarea para la casa</p>	<p>Fomentar las tareas para la casa.</p>	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la memoria visual a corto plazo con la lámina de imágenes, con la supervisión de un familiar.</p>	<p>Reforzamiento positivo.</p>	<p>2’</p>	<p>Lámina con imágenes.</p>	

IMÁGENES





Área cognitiva : Memoria verbal a corto plazo.

Sesión : 14

Objetivo : Estimular la capacidad de memoria verbal a corto plazo.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
14	23-05-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5'	-	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“Mi lista de palabras”	Estimular la capacidad de memoria verbal de corto plazo.	Se le solicita que mencione 10 palabras de manera indistinta, mientras se anota en una hoja con la finalidad de expresar verbalmente la lista de palabras mencionadas. Luego, se le pide que evoque de manera espontánea, las palabras que recuerda de la lista.	Restauración. Reforzamiento positivo.	17	Hoja bond.		Tuvo un rendimiento del 50%.
			Estimular la capacidad de memoria verbal de corto plazo con empleo de pistas.	Empleando la misma lista de palabras, se solicita que realice un cuento que involucre a todas las 10 palabras de manera secuencial. La psicóloga apunta lo que manifiesta verbalmente la usuaria. Luego, se le pide que recuerde la lista de palabras de manera espontánea y si le cuesta hacerlo, se le indica que puede emplear el cuento la usuaria realizó anteriormente. Se le puede ayudar haciéndole recordar partes del cuento.		17			Tuvo un rendimiento del 80 al 90%.
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Además, se realiza la psicoeducación de la técnica de la subdivisión del recuerdo en hechos, y se da ejemplos que sirvan de modelo para que pueda emplearlo con la usuaria. Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la	Retroalimentación. Psicoeducación. Restauración. Técnica de la subdivisión del recuerdo en hechos. Reforzamiento positivo.	9'	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.

				<p>respuesta correcta.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la memoria verbal a corto plazo en su vida cotidiana.</p>					
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la memoria verbal a corto plazo con ejercicios similares realizados en la sesión, con supervisión de un familiar.</p>	2'	-			

Área cognitiva : Memoria verbal a corto plazo.

Sesión : 15

Objetivo : Estimular la capacidad de memoria verbal a corto plazo.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
		“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5’	-	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
15	26-05-2022	“Mi lista de palabras”	Estimular la capacidad de memoria verbal de corto plazo.	Se le solicita que mencione 10 palabras de manera indistinta, mientras se anota en una hoja con la finalidad de expresar verbalmente la lista de palabras mencionadas. Luego, se le pide que evoque de manera espontánea, las palabras que recuerda de la lista.	Restauración. Reforzamiento positivo.	17	Hoja bond.	Ps. Evelyn	Tuvo un rendimiento del 50%.
			Estimular la capacidad de memoria verbal de corto plazo con empleo de pistas.	Empleando la misma lista de palabras, se solicita que realice un cuento que involucre a todas las 10 palabras de manera secuencial. La psicóloga apunta lo que manifiesta verbalmente la usuaria. Luego, se le pide que recuerde la lista de palabras de manera espontánea y si le cuesta hacerlo, se le indica que puede emplear el cuento la usuaria realizó anteriormente. Se le puede ayudar haciéndole recordar partes del cuento.		17			Tuvo un rendimiento del 80 al 90%.
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Además, se realiza la psicoeducación de la técnica Técnica de Difuminación o desvanecimiento de pistas o de los indicios de la recuperación (Vanishing Cues), con supervisión de su familiar, y se da ejemplos que sirvan de modelo para que pueda emplearlo con la usuaria.	Retroalimentación. Psicoeducación. Restauración. Técnica de Difuminación o desvanecimiento de pistas o de los indicios de la recuperación (Vanishing	9’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.

				<p>Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la memoria verbal a corto plazo en su vida cotidiana.</p>	<p>Cues)</p> <p>Reforzamiento positivo.</p>				
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la memoria verbal a corto plazo con la lámina de palabras, con supervisión de un familiar.</p>		2'	Lámina con lista de palabras.		

Área cognitiva : Memoria episódica.

Sesión : 16

Objetivo : Estimular la capacidad de la memoria episódica.

Nº	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCION	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
16	02-06-2022	“Retroalimentan do la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5’	-	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“¿Qué hiciste ayer?”.	Estimular la memoria episódica.	Se le solicita que comente sobre lo que realizó el día domingo. Previamente, se le pregunta a un familiar para constatar la información de la usuaria.	Restauración. Reforzamiento positivo.	6’	-		60% de logro.
		“¿Cómo fue el nacimiento de mis dos hijas?”		Se le solicita que comente sobre el nacimiento de sus dos hijas. Previamente, se le pregunta a un familiar para constatar la información de la usuaria.		6’	-		60% de logro
		“Una historia”.		Se le cuenta una historia solicitándole que repita lo que ha escuchado con la mayor cantidad de detalles, ni bien termine de escuchar la historia. <i>“Ana fue con su hija de 2 años, Marta, a comprar a la frutería. Por el contrario, observaron un incidente en el que un hombre de mediana edad, robaba un bolso marrón a una chica joven. Decidieron ir a denunciar los hechos a la comisaría de la calle Orense. El comisario tomó nota de la información y Ana y Marta pudieron irse a realizar las compras previstas”</i> (Blázquez et al., 2009, p. 102) Al cabo de 20 minutos, se le pide que repita la historia previamente contada.		22’	Lámina con una historia.		60% de logro.
“Retroalimentan do a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Además, se realiza la psicoeducación de la técnica de ayuda externa (agenda) en el cual, la usuaria tendrá que escribir las actividades específicas por día (en día, tarde, noche) en una agenda, con supervisión de su familiar.	Retroalimentación. Psicoeducación. Restauración. Compensación. Técnica de ayuda externa (agenda)	9’	-	La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.			

			<p>Asimismo, se manifiesta que, para aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, se brinde el reforzamiento positivo "muy bien", "te felicito" luego de haber obtenido la respuesta correcta.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la memoria episódica en su vida cotidiana.</p>	Reforzamiento positivo.				
		Tarea para la casa	<p>Fomentar las tareas para la casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la capacidad de la memoria episódica a través de la siguiente pregunta "¿Qué hiciste por la mañana?", "¿qué hiciste por la tarde?", "¿qué hiciste por la noche?" realizándolo de la siguiente manera: Primero a través de la evocación espontánea y luego, con el empleo de la técnica de ayuda externa (agenda).</p>		2'	Agenda.		

“Una historia”

“Ana fue con su hija de 2 años, Marta, a comprar a la frutería. Por el contrario observaron un incidente en el que un hombre de mediana edad, robaba un bolso marrón a una chica joven. Decidieron ir a denunciar los hechos a la comisaría de la calle Orense. El comisario tomó nota de la información y Ana y Marta pudieron irse a realizar las compras previstas”

(Blázquez et al., 2009, p. 102)

Área cognitiva : Memoria semántica.

Sesión : 17

Objetivo : Estimular la capacidad de la memoria semántica.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCION	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
17	06-06-2022	“Retroalimentand o la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación.	5'	Agenda.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“Completa los refranes”		Se solicita que la usuaria complete la ficha de refranes incompletos.	Restauración.	12	Ficha de 10 refranes incompletos.		80% de logro.
		“¿Qué es?”.	Estimular la memoria semántica.	Se pide que identifique las fotografías de lugares y presidentes del Perú.	Reforzamiento positivo.	13	Ficha de trabajo (lugares y presidentes del Perú).		70% de logro.
		“Retroalimentand o a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. De la misma manera, se realiza la psicoeducación de la recuperación espaciada (Spaced retrieval) y ejemplos de cómo emplearlo con su familiar. Asimismo, se motiva a que continúen empleando la técnica de reforzamiento positivo, con la finalidad de aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, como, por ejemplo, “muy bien”, “te	Retroalimentación. Psicoeducación. Recuperación espaciada (spaced retrieval) Restauración. Reforzamiento positivo.	15'	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.

				<p>felicito" luego de haber obtenido la respuesta correcta.</p> <p>Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la memoria semántica en su vida cotidiana.</p>				
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la capacidad de la memoria semántica a través de la realización de la lámina de los refranes y, de la lámina de los lugares y presidentes del Perú, realizados en la sesión.</p>	5'	<p>Lámina de refranes.</p> <p>Lámina donde se hayan fotografías de los lugares y presidentes del Perú.</p>		

Completa los siguientes refranes:

“Perro que ladra, ...”

“A caballo regalado, ...”

“El hábito no ...”

“A palabras necias, ...”

“Al que madruga, ...”

“Tal palo, ...”

“Quien mal anda, ...”

“A mal tiempo, ...”

“Más vale poco ...”

“El que calla ...”

Identifica cada uno de los presidentes del Perú.



¿Qué es?



Área cognitiva : Memoria episódica y memoria semántica.

Sesión : 18

Objetivo : Estimular la capacidad de la memoria episódica y memoria semántica.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCION	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
18	09-06-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación.	5’	Lámina de refranes. Lámina donde se hayan fotografías de los lugares y presidentes del Perú.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“Qué es?”	Estimular la memoria episódica.	Se solicita que defina las palabras indicadas en las tarjetas.	Restauración. Recuperación espaciada (spaced retrieval)	14’	Tarjetas de palabras.		80% de logro.
		“Una historia”.	Estimular la memoria semántica.	Se le cuenta una historia solicitándole que repita lo que ha escuchado con la mayor cantidad de detalles, ni bien termine de escuchar la historia. Al cabo de 20 minutos, se le pide que repita la historia previamente contada.	Reforzamiento positivo.	20’	Lámina con una historia.		30- 40% de logro.
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. De la misma manera, motiva a que la psicoeducación de la recuperación espaciada (Spaced retrieval) y ejemplos de cómo emplearlo con su familiar. Asimismo, se motiva a que continúen empleando la técnica de reforzamiento positivo, con la finalidad de aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, como, por ejemplo, “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta. Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la memoria episódica y memoria semántica en su vida cotidiana.	Retroalimentación. Psicoeducación. Recuperación espaciada (spaced retrieval) Restauración. Reforzamiento positivo.	9’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.

		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la capacidad de la memoria semántica a través de la realización de la lámina de los refranes y, de la lámina de los lugares y presidentes del Perú, realizados en la sesión,</p>		2'	<p>Lámina de palabras.</p> <p>Lámina con una historia.</p>		
--	--	--------------------	-----------------------------------	--	--	----	--	--	--

“¿QUÉ ES?”

DESAYUN

ARETE

MONEDER

DINERO

LLAVE

MESA

SILLA

LIBRO

TERMÓMET

“Una historia”

María es una señora de 60 años que tiene dos hijas. Ella vive con su hija, su yerno y sus tres nietos llamados: Clarisa, Omar y Guillermo. Clarisa tiene 09 años, Omar tiene 07 años y Guillermo tiene 3 años. Toda la familia sale a pasear los fines de semana. A Clarisa le gusta ir a la playa. A Omar le gusta ir al cine y a Guillermo le gusta ir al parque de diversiones.

Área cognitiva : Praxia ideatoria y praxia ideomotora.

Sesión : 19

Objetivo : Estimular la capacidad de la praxia ideatoria y praxia ideomotora.

Nº	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCION	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
19	13-06-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación.	5’	Lámina de palabras. Lámina con una historia.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“¿Qué tienes que imitar?”	Estimular la praxia ideatoria.	Se le solicita que imiten diversos movimientos que se le presenta con complejidad gradual.	Restauración. Modelado. Reforzamiento positivo.	14’	-	Ps. Evelyn	99% de logro.
		“Gestos”	Estimular la praxia ideomotora.	Se le solicita que realice diversos gestos como: Decir “Hola”. Decir “Adiós”. Lavarse los dientes. Ponerse los zapatos. Peinarse. Colocarse los aretes. Decir “muy bien” con las manos. Decir “espera” con las manos. Escribir con un lápiz. Tomar el té.	Restauración. Modelado. Procedimentalización de actividades. Reforzamiento positivo.	20’	-		100% de logro.
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. De la misma manera, motiva a que la psicoeducación de la técnica del modelado y de la técnica de procedimentalización de actividades, y se da ejemplos que sirvan de modelo para que pueda emplearlo con la usuaria. Asimismo, se motiva a que continúen empleando la técnica de reforzamiento positivo, con la finalidad de aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, como, por ejemplo, “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta. Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la praxia ideatoria y praxia ideomotora en su vida cotidiana.	Retroalimentación. Restauración. Psicoeducación. Modelado. Reforzamiento positivo.	9’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa. La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando las láminas de las praxias ideatorias y praxias ideomotoras que se realizaron en la sesión.		2’	Lámina de las praxias ideatorias. Lámina de las praxias ideomotoras.		

¿QUÉ TIENES QUE IMITAR?

Se le pide a la usuaria que imite los siguientes gestos:

A. Primera actividad:

		Intento 1	Intento 2
1	Tocar con su mano derecha, la oreja izquierda.		
2	Tocar con su dedo índice derecho, su rodilla derecha.		
3	Tocar la nariz con su dedo índice izquierdo.		
4	Poner la mano izquierda sobre la cabeza.		
5	Tocar su pierna derecha con la mano izquierda.		
6	Entrelazar las manos.		
7	Entrelazar los pies.		
8	Tocar las yemas de todos los dedos de ambas manos.		
9	Tocar las yemas de los dedos pulgar, medio y meñique de ambas manos.		
10	Formar un triángulo juntando las yemas de los dedos pulgar e índice de ambas manos.		

B. Segunda actividad:

		Intento 1	Intento 2
1	Mover la cabeza hacia la izquierda y tocarse la punta de la nariz con el dedo pulgar de la mano derecha.		
2	Mover la cabeza hacia la derecha y tocarse la punta de la nariz con el dedo pulgar de la mano izquierda.		
3	Mover la cabeza hacia la izquierda y tocarse la punta de la nariz con el dedo pulgar de la mano izquierda.		
4	Mover la cabeza hacia la derecha y tocarse la punta de la nariz con el dedo pulgar de la mano derecha.		
5	Mover la cabeza hacia arriba y tocarse la quijada con el dedo índice de la mano derecha.		
6	Mover la cabeza hacia abajo y tocarse la quijada con el dedo índice de la mano izquierda.		
7	Mover la pierna izquierda hacia un costado y tocar la rodilla izquierda con la mano derecha.		
8	Mover la pierna derecha hacia un costado y tocar la rodilla izquierda con la mano izquierda.		
9	Colocar la pierna derecha al frente y tocar la rodilla izquierda con la mano izquierda.		
10	Colocar la pierna izquierda al frente y tocar la rodilla derecha con la mano derecha.		

C. Tercera actividad:

		Intento 1	Intento 2
1	Levantar la mano derecha y coger la oreja izquierda con la mano izquierda.		
2	Levantar la mano izquierda y coger la oreja derecha con la mano derecha.		
3	Levantar la mano derecha y coger la oreja derecha con la mano izquierda.		
4	Levantar la mano izquierda y coger la oreja izquierda con la mano derecha.		
5	Levantar la pierna izquierda y levantar el brazo derecho.		
6	Levantar la pierna derecha y levantar el brazo izquierdo.		
7	Mover la cabeza hacia la izquierda y levantar el brazo derecho.		
8	Mover la cabeza hacia la derecha y levantar el brazo izquierdo.		
9	Colocar su pierna derecha al frente y tocarse el codo izquierdo con la mano izquierda.		
10	Colocar su pierna izquierda al frente y tocarse el codo izquierdo con la mano derecha.		

“GESTOS”

Se le pide a la usuaria que realice los siguientes gestos:

1	Decir “Hola”.
2	Decir “Adiós”.
3	Lavarse los dientes.
4	Ponerse los zapatos.
5	Peinarse.
6	Colocarse los aretes.
7	Decir “muy bien” con las manos.
8	Decir “espera” con las manos.
9	Escribir con un lápiz.
10	Tomar el té.

Área cognitiva : Praxia constructiva.

Sesión : 20

Objetivo : Estimular la capacidad de la praxia constructiva.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCION	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
20	16-06-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación	5’	Lámina de las praxias ideatorias. Lámina de las praxias ideomotoras.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“Completamiento visual”	Estimular la praxia constructiva.	Se le solicita que observe la imagen del modelo con la finalidad de completar cada dibujo que se encuentra en la parte inferior, hasta que sea parecido al modelo.	Restauración. Reforzamiento positivo.		Lámina con figuras.		95% de logro. Cuando cometía un error trataba de corregirlo de inmediato.
		“Rompecabeza”		Se le indica que arme la rompecabeza. Para ello, se indica que arme cada uno de los cuadrantes, empezando por el primer cuadrante y terminando por el cuarto cuadrante.			Rompecabeza.		60 al 70% de logro.
		“Hazlo igual”		Se le solicita que observe cada detalle de la figura modelo, figura geométrica armada con las fichas de la rompecabeza, con la finalidad de que lo copie en la hoja tratando de que sea lo más parecido posible al modelo.			Rompecabeza. Hoja bond.		60% de logro.
		“Retroalimentando a los familiares”		Retroalimentar las actividades de la sesión.			Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Asimismo, se motiva a que continúen empleando la técnica de reforzamiento positivo, con la finalidad de aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, como, por ejemplo, “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta. Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de la praxia constructiva en su vida cotidiana.		Retroalimentación Psicoeducación. Restauración. Reforzamiento positivo.

		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando la praxia constructiva con el empleo de la rompecabeza que se realizaron en la sesión y otros que tengan de su uso.</p>		2'	Rompecabeza.		
--	--	--------------------	-----------------------------------	---	--	----	--------------	--	--

Área cognitiva : Función ejecutiva de planificación y toma de decisiones.

Sesión : 21

Objetivo : Estimular la capacidad de la función ejecutiva de planificación y toma de decisiones.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCION	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
21	20-06-2022	“Retroalimentando la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación.	5’	Rompecabeza.	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“Dime”	Estimular las funciones ejecutivas de planificación y toma de decisiones.	Se le solicita que escriba: - Palabras que empiezan con D, en un periodo de tiempo (1’). - Nombre que empiezan con R, en un periodo de tiempo (1’). - Nombre que empiezan con S, en un periodo de tiempo (1’).	Restauración. Reforzamiento positivo.	17’	Ficha de trabajo.		80% de logro.
		“¿Qué haría usted si ...?”		Se le brinda diversas situaciones donde tiene que encontrar soluciones a cada situación problema.			17’		Ficha de trabajo
		“Retroalimentando a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Asimismo, se motiva a que continúen empleando la técnica de reforzamiento positivo, con la finalidad de aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, como, por ejemplo, “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta.	Retroalimentación. Psicoeducación. Restauración. Reforzamiento positivo.	9’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.

				Finalmente, se brinda la psicoeducación de la importancia de las funciones ejecutivas de planificación y toma de decisiones. en su vida cotidiana.					
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa. La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando con ejercicios similares a las que se realizaron en la sesión.		2'	-		

Área cognitiva : Función ejecutiva de planificación, fluidez verbal y fonológica.

Sesión : 22

Objetivo : Estimular la capacidad de la función ejecutiva de planificación, fluidez verbal y fonológica.

N°	FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	DESCRIPCION	TÉCNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	RECURSOS MATERIALES	RESPONSABLE	LOGROS
22	27-06-2022	“Retroalimentan do la sesión anterior”	Retroalimentar las actividades y la tarea para casa, correspondientes a la estimulación del área cognitiva realizada en la sesión anterior.	Se pregunta a la usuaria sobre las actividades que se realizaron en la sesión anterior y se revisa las respectivas tareas para casa.	Retroalimentación.	5’	-	Ps. Evelyn	La usuaria logró manifestar las actividades que se realizaron en la sesión anterior, con apoyo de la psicóloga. La usuaria muestra la tarea para casa que se le dejó en la sesión anterior. Esto lo logró a través de la instigación y supervisión de su familiar.
		“Jugando con las sílabas”.	Estimular las funciones ejecutivas de planificación, fluidez verbal y fonológica.	Se solicita que la usuaria forme palabras empleando las tarjetas de vocales y consonantes, que se eligen al azar. Por ejemplo: Vocales: a, i, o, u. Consonantes: m, p, r, s.	Restauración. Reforzamiento positivo.	17’	Hoja bond. Tarjetas de consonantes.	Ps. Evelyn	80 al 90% de logro. Hubo algunos errores de repetición.
				Se solicita que la usuaria forme palabras empleando las tarjetas de vocales y consonantes, que se eligen al azar. Por ejemplo: Vocales: a, e, i, o. Consonantes: c, d, l, n.		17’	Tarjetas de vocales.		80 al 90% de logro. Hubo algunos errores de repetición.
“Retroalimentan do a los familiares”	Retroalimentar las actividades de la sesión.	Se solicita que un familiar acompañe a la usuaria con el objetivo de establecer la retroalimentación de las actividades realizadas en la sesión, en relación al desempeño y logros de la usuaria. Asimismo, se motiva a que continúen empleando la técnica de reforzamiento positivo, con la finalidad de aumentar la frecuencia de respuestas positivas dadas por la usuaria, como, por ejemplo, “muy bien”, “te felicito” luego de haber obtenido la respuesta correcta. Finalmente, se brinda la	Retroalimentación. Psicoeducación. Restauración. Reforzamiento positivo.	9’	-		La usuaria y familia escucharon activamente. Los familiares y reforzaron el desempeño de la usuaria.		

				psicoeducación de la importancia de las funciones ejecutivas de planificación, fluidez verbal y fonológica. en su vida cotidiana.					
		Tarea para la casa	Fomentar las tareas para la casa.	<p>Seguidamente, se propicia junto a su familiar, las indicaciones relacionadas a la tarea para casa.</p> <p>La tarea para casa consiste en que se continúe estimulando con ejercicios similares a las que se realizaron en la sesión.</p>	2'	-			

ANEXO C: EVIDENCIAS

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
Av. Alfonso Ugarte N° 848 - Lima 1 - Tel: 814-4646

RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

MINISTERIO DE SALUD

Nombres y Apellidos: [REDACTED]

Código de Atención del SIS: [REDACTED] H.C. [REDACTED]

USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD MÉDICA
Demanda	<input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa	Medicina
SIS	<input type="checkbox"/> Emergencia	Pediatría
Clínica	<input type="checkbox"/> Hospitalización	Cirugía
Intervenciones Sanitarias	<input type="checkbox"/> UCI	Gineco-Obstetricia
SOAT	<input type="checkbox"/> Otros	Otros
Otros convenios		

Diagnóstico: F00.9 H.C. (CIE-10) [REDACTED]

MEDICAMENTO O INSUMO (Obligatorio DCI)	CONCENTRACIÓN	Forma Farmacéutica	Cantidad
- Memantina 10g		#	120ds
Lo IM			IN

Marco A. Limache Tueros
MÉDICO PSQUIATRA
C.M.P. 59808 RNE 30224

Sello/Firma/Col. Profesional: [Signature]

Fecha de Atención: 12/10/22

Válido hasta: 12/12/22

WAIS-IV

Test de inteligencia de Wechsler para adultos - Cuarta edición

Nombre: _____ Sexo: _____
 Centro: _____ Grado: _____
 Examinador: _____
 Lateralidad: _____ Observaciones: _____

Conversión de puntuaciones directas a puntuaciones escalares

Prueba	Puntaje directo	Puntajes escalares	Punt. esc. grupo ref.
Cubos	20	11	11
Semejanzas	11	9	9
Dígitos	20	14	14
Matrices	5	8	8
Vocabulario	19	11	11
Aritmética	8	10	10
Búsqueda de símbolos	7	10	10
Puzles visuales	5	6	6
Información	2	6	6
Clave de números	22	12	12
Letras y números *	9	()	()
Balanzas *	5	()	()
Comprensión	6	(7)	7
Cancellation *	13	()	()
Figuras incompletas	4	(11)	11
Suma de puntajes escalares		26	25
		24	22
		22	97

* Sólo 16-89 años

CV RP MT VP Escala total

Cálculo de la edad cronológica

Año	Mes	Día
2022	02	20
1935	06	10
Edad cronológica	86	8m 10d

Conversión suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Prueba	Suma de punt. escalares	Puntuación compuesta	Percentil	Intervalo de confianza 90% o 95%
Comprensión Verbal	26	ICV 92	30	85-100
Razonamiento Perceptivo	25	IRP 89	23	83-97
Memoria de Trabajo	24	IMT 111	77	102-118
Velocidad de Procesamiento	22	IVP 105	63	95-112
Escala Total	97	CIT 97	42	91-103

Perfil de puntuaciones escalares

Escala	Comprensión verbal				Razonamiento perceptivo				Memoria de trabajo				Velocidad de procesamiento			
	S	V	I	(CO)	C	M	PV	(B)	(FI)	D	A	(LN)	BS	CN	(CA)	
19	
18	
17	
16	
15	
14	
13	
12	
11	
10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	

Perfil de puntuaciones compuestas

Escala	ICV	IRP	IMT	IVP	CIT
160	92	89	111	105	97
150					
140					
130					
120					
110					
100					
90					
80					
70					
60					
50					
40					

MINI MENTAL STATE EXAMINATION - FOLSTEIN

(Validado por Yolanda Robles Arana)

Nombre: _____
 Edad: _____ Grado de instrucción: _____
 Sexo: _____ Fecha: _____
 I. ORIENTACIÓN: (5/10)

Solicitar al evaluado nos precise los siguientes datos:
 Año: (X) Estación del año: (X) Fecha: (X) Mes del año: (X) Día de la semana: (X)
 País: (X) Provincia: (X) Distrito: (X) Lugar: (X) Piso: (X)

II. REGISTRO: (2/3)
 "Le voy a nombrar 3 palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar 1 minuto más adelante" (Máximo 6 repeticiones, en caso no registre las 3 palabras en el primer ensayo):
 Pelota (X) Caballo (X) Manzana (-)

* Para la calificación considere la evocación en el primer ensayo

III. ATENCION Y CALCULO: (5/5)
 Diga ¿cuánto es 100-7?: 100-7= 93 -7= 84 -7= 77 -7= 70 -7= _____

Deletree la palabra **MUNDO** al revés:
 M-U-N-D-O: O (X) D (X) N (X) U (X) M (X)

*Considerar el mejor puntaje sobre las dos tareas (1 punto por cada acierto)

IV. RECUERDO: (1/3)
 Solicitar que recuerde las 3 palabras que al principio aprendió:
 Pelota (X) Caballo (-) Manzana (-)

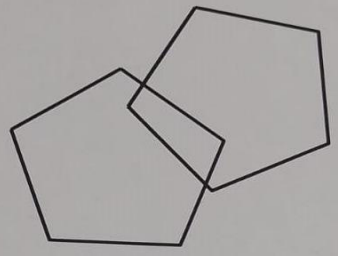
V. LENGUAJE: (8/8)
 Se le muestra dos objetos de alta frecuencia para que los nombre
 Denominación: Reloj: _____ Lápiz: _____ (2/2)
 Repetición: Solicitar que repita literalmente la siguiente frase (en una sola presentación):
 "TRES PERROS EN UN TRIGAL" _____ (1/1)
 Comprensión escrita: (haga lo que dice en la tarjeta) _____ (1/1)
 Se le muestra la tarjeta con la orden escrita
CIERRE LOS OJOS
 Comprensión audioverbal:
 Orden: "voy a entregarle una hoja de papel usted lo recibirá con su mano derecha, luego dóblelo por la mitad con ambas manos y finalmente lo pone sobre sus rodillas":
 Recibe con la mano derecha: _____ (1/1)
 Dobla por la mitad con ambas manos: _____ (1/1)
 Pone el papel sobre las rodillas: _____ (1/1)

72

Escritura: (Solicitar al evaluado que escriba en la parte posterior de la hoja una oración de una línea que tenga sentido) _____ (L/1)

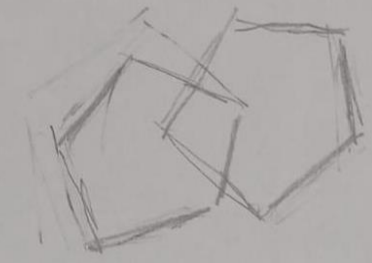
VI. PRAXIA: (0/1)

Copie la figura en la parte inferior:



ESCRITURA:

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: (21/30)



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

20/02/2022
In test

NOMBRE: _____
Fecha de nacimiento: _____
Nivel de estudios: _____
SEXO: _____
FECHA: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA

Copiar el cubo [0] Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos) [1] Puntos [0] 3/5

IDENTIFICACIÓN

[1] Contorno [1] Números [0] Aguja

MEMORIA

Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuerdese las 5 minutos más tarde.

ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1er intento					
2º intento					

ATENCIÓN

Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos. [1] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos a la inversa. [1] 4 7 4 2

Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [1] FBACMNAAJLBAFAKDEAAJAMOFAB

Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [1] 93 [1] 86 [1] 79 [1] 72 [1] 65

4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.

LENGUAJE

Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [1] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida [1]

Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [0] (N ≥ 11 palabras)

ABSTRACCIÓN

Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla []

RECUERDO DIFERIDO

ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS Únicamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Optativo: Pista de categoría [] Pista elección múltiple []

ORIENTACIÓN

Día del mes [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad []

Normal ≥ 26 / 30 TOTAL 10/30

© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org

Evaluación Neuropsicológica Breve en Español
NEUROPSI (Abreviado)

Apellidos y Nombres: _____
Edad: 80 Lugar de Nac.: _____ H.C.: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Sexo: F Fecha de Evaluación: _____
Lateralidad: Derecha
Dx. Neurológico: _____
Dx. Neuropsicológico: _____
RMN: _____
TAC: _____
EEG: _____
Otros: _____
Motivo de consulta: Derivado por _____ para una evaluación Neuropsicológica
Observaciones de importancia: _____

Antecedentes personales y familiares de importancia:

HTA Hipertensión Alcoholismo Enfermedades Pulmonares Tiroidismo
TEC Diabetes Disminución Visual y Auditiva Alergias
ACV Cirugías Farmacodependencia

tuvo cirugía y prótesis de cadera.

I.- ORIENTACIÓN

Tiempo : Día 16 Mes Enero Año 2019
Espacio : Ciudad Lima Lugar Casa
Personal: Edad 80

Pje. Total (6) 2

II.- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

Dígitos en regresión: Pje. 4
4-84 9-1 (2) 2-8-34 7-1-6 (3)
8-6-3-2 12-6-1-7 (4) 6-3-5-9-1 7 3-8-1-6-2 (5)

Detención Visual: Pje. 1
Aciertos: 3 Errores: 2

Sustracción: Pje. 5
2017/14/11/18/5

Pje. Total (26) 10

III.- CODIFICACIÓN

A. Memoria Verbal Espontánea: Pje. (6) 3
Intrusiones: _____ Perseveraciones: _____
Primacia: _____ Presencia: _____

I Ensayo	II Ensayo	III Ensayo
Gato <input checked="" type="checkbox"/>	Mano <input checked="" type="checkbox"/>	Codo <input type="checkbox"/>
Pera <input checked="" type="checkbox"/>	Vaca <input checked="" type="checkbox"/>	Fresa <input type="checkbox"/>
Mano <input type="checkbox"/>	Fresa <input checked="" type="checkbox"/>	Pera <input type="checkbox"/>
Fresa <input checked="" type="checkbox"/>	Gato <input type="checkbox"/>	Vaca <input type="checkbox"/>
Vaca <input checked="" type="checkbox"/>	Codo <input type="checkbox"/>	Gato <input type="checkbox"/>
Codo <input checked="" type="checkbox"/>	Pera <input type="checkbox"/>	Mano <input type="checkbox"/>
Total 6	Total 2	Total 1

B. Proceso Visoespacial: 50 Pje. (12) 65
(Lámina 1) Pje. Total (18) 45

IV.- LENGUAJE

A. Denominación: Pje. Total (6) 4
1. chivo 2. guitarra 3. trompeta
4. dedo 5. llave 6. serpiente
7. reloj 8. bicicleta

B. Repetición: Pje. Total (4) 4
1. Sol 2. Ventana 3. El niño llora
4. El hombre camina lentamente por la calle

C. Comprensión: Pje. Total (6) 6
1. Señale el cuadrado pequeño
2. Señale un círculo y un cuadrado
3. Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande
4. Toque el círculo pequeño si hay un cuadrado grande
5. Toque el cuadrado grande en lugar del círculo pequeño
6. Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño

D. Fluidez Verbal: Pje. 2
Fluidez Semántica: N° palabras (Anim) 9 = Pje. 2
gato, silla, gallina, pato, zapato, araña, cacerol y león.

fonológica: N° palabras F...+ = Pje. 2
 festivo, ficha, fantasma
 fúerica, fuente, futbol, falso, femenino

Pje. Total (8)

Fluidez Semántica
 Puntaje Natural Valor Codificado
 0 - 8 1
 9 - 18 2
 19 - 24 3
 25 - 50 4

Fluidez Fonológica
 Puntaje Natural Valor Codificado
 0 - 6 1
 7 - 13 2
 14 - 18 3
 19 - 50 4

V.- LECTURA
 1.- Por qué se ahogó el gusano?
 porque nadó.
 2.- Qué pasó con el otro gusano?
 se.
 3.- ¿Cómo se salvó el gusano?
 volando

Pje. Total (3)

VI.- ESCRITURA
 a)- El perro camina por la calle.
 b) Las naranjas crecen en los árboles

Pje. Total (2)

VII.- FUNCIONES EJECUTIVAS
A).- CONCEPTUAL:
 Semejanzas: Pje.(6)
 1. Naranja / Pera : son frutas
 2. Perro / Caballo : son animales
 3. Ojo / Nariz : de la nariz a la cara
 Cálculo:
 1. 13 + 15 = 28
 2. 12 soles + 9 - 14 = 7
 3. 2½ docena = 30
 Secuenciación: Pje.(3)
 Pje. Total

B).- MOTORA:
 Posición de la mano: Pje.(4)
 Derecha
 Izquierda
 Movimientos alternos: Pje.(2)
 Movimientos Opuestos: Pje.(2)
 Pje. Total (16)

VIII.- FUNCIONES DE EVOCACIÓN
A. Memoria Visoespacial: "No recuerda"
 (Lámina 1) Pje. Total (12)
B. Memoria Verbal: (1, 2, 3) "No recuerda"
 1) Evocación 2) C/clave
 Partes del cuerpo
 ojo, nariz, boca
 Frutas
 pera, manzana, plátano
 Animales
 perro, gato, papero
 Pje.(6) Pje.(6)

3) Reconocimiento:
 boca No codo No vaca No
 gato Si árbol Si mano Si
 cama No gallo No zorro No
 pera Si lápiz No ceja No
 flor Si fresa Si
 (Intrusiones / Perseveraciones / Primacia / Presencia)
 2 intrusiones Pje. Total(18)

RESUMEN GENERAL

Áreas	Totales
Orientación	6
Atención Concentración	26
Codificación	18
Lenguaje	26
Lectura	3
Escritura	2
Funciones Ejecutivas	13
Funciones de Evocación	30

PUNTAJE GENERAL: (129)

Escolaridad Nula (Analfabeto)

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16 - 30	91 - 60	59 - 45	44 - 30	29 - 14
31 - 50	94 - 68	67 - 54	53 - 41	40 - 28
51 - 65	90 - 59	58 - 44	43 - 28	27 - 13
66 - 85	75 - 48	47 - 34	33 - 20	19 - 06

1 a 4 años (primaria incompleta)

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16 - 30	104 - 73	72 - 58	57 - 42	41 - 27
31 - 50	104 - 81	80 - 69	68 - 58	57 - 46
51 - 65	97 - 77	76 - 67	66 - 57	56 - 47
66 - 85	89 - 61	60 - 46	45 - 32	31 - 18

5 a 9 años (primaria completa y Sec. incompleta)

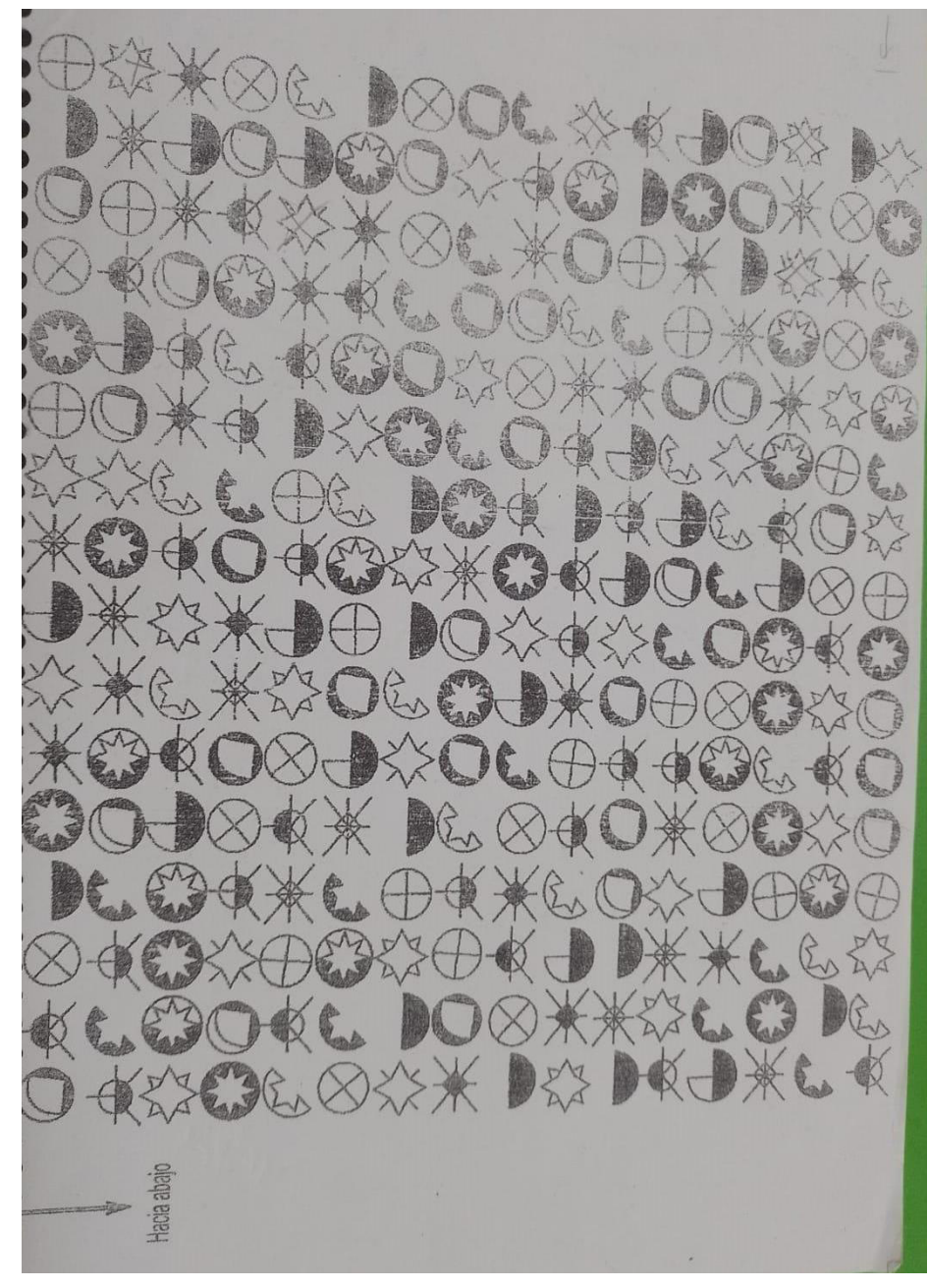
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16 - 30	113 - 102	101 - 97	95 - 86	85 - 75
31 - 50	117 - 106	105 - 101	100 - 90	89 - 79
51 - 65	110 - 98	97 - 91	90 - 79	78 - 67
66 - 85	90 - 80	79 - 72	71 - 56	55 - 39

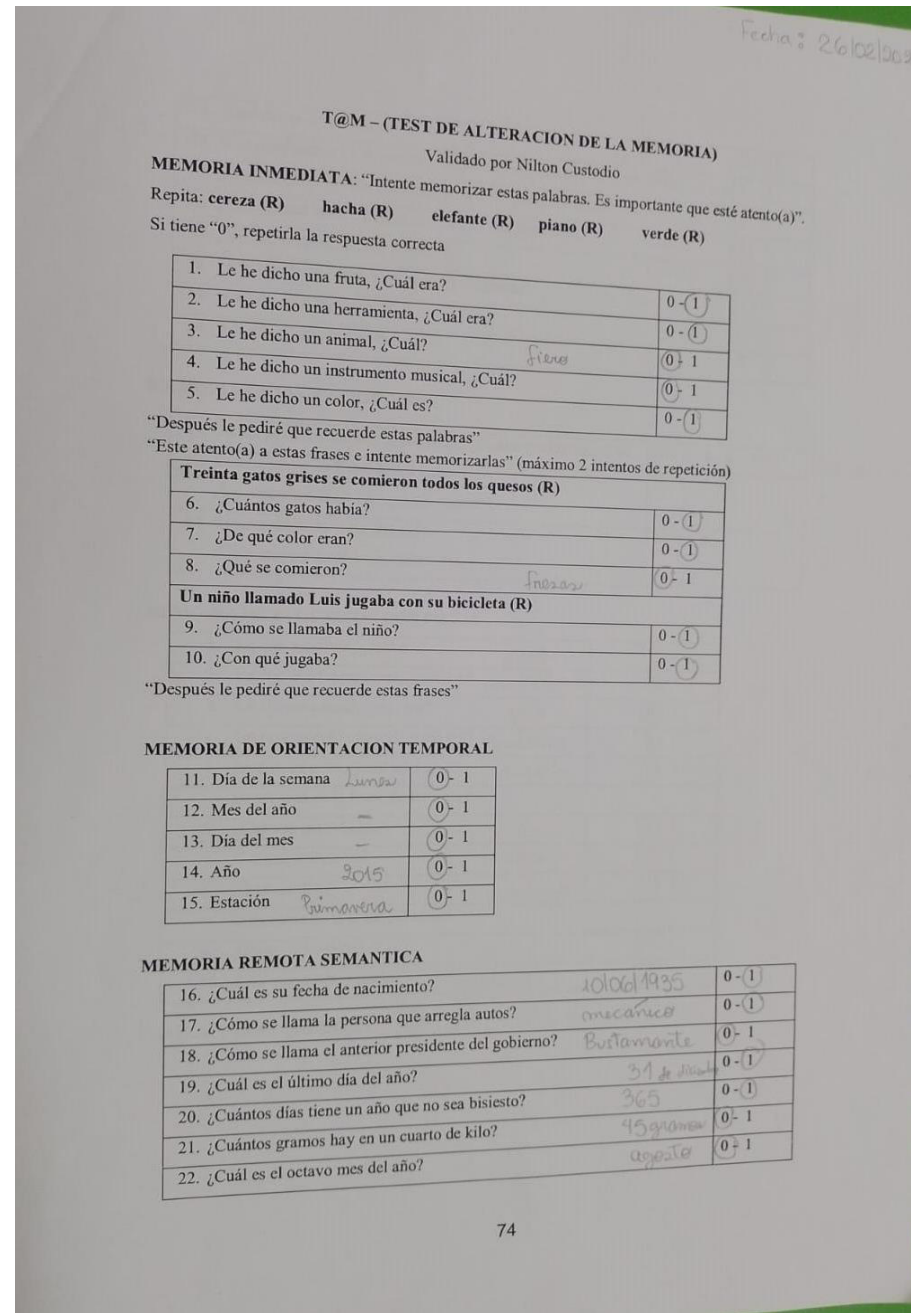
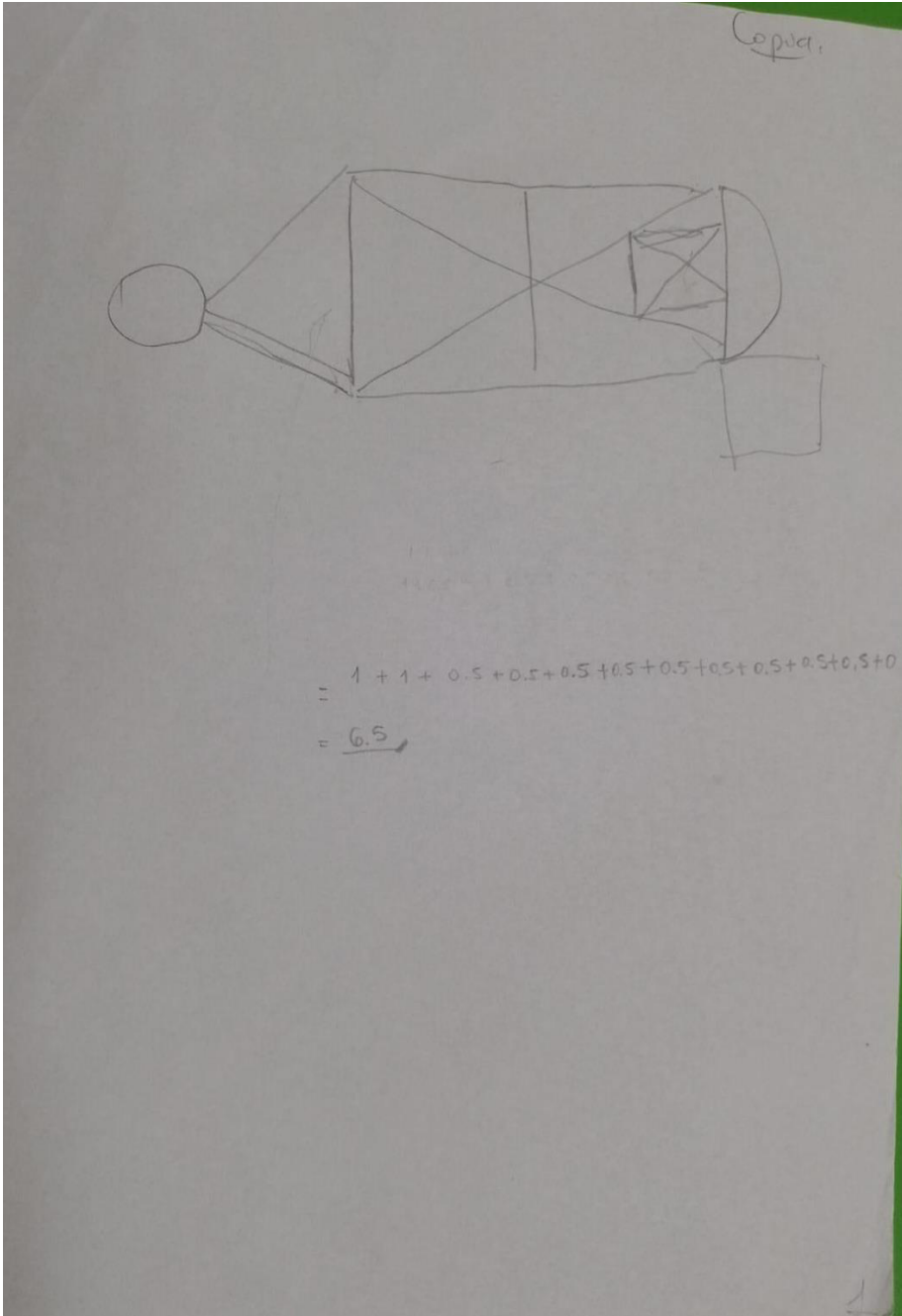
10 a 24 años (Secundaria completa y Supe completa)

Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16 - 30	114 - 103	102 - 98	97 - 87	86 - 77
31 - 50	112 - 102	101 - 97	96 - 88	87 - 78
51 - 65	101 - 93	92 - 88	87 - 80	79 - 72
66 - 85	91 - 78	77 - 72	71 - 59	58 - 40

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA:
 Adaptado

RECOMENDACIONES:





23. ¿Qué día se celebra la navidad?		0-1
24. Si el reloj marca 11 en punto, ¿en qué número se sitúa la aguja larga?	diciembre	0-1
25. ¿Qué estación del año empieza en abril después del verano?	marzo	0-1
26. ¿Qué animal bíblico engañó a Eva con una manzana?	—	0-1
27. ¿De qué fruta se obtiene el pisco?	uva	0-1
28. ¿A partir de qué fruto se obtiene el chocolate?	—	0-1
29. ¿Cuánto es el triple de 1?	3	0-1
30. ¿Cuántas horas hay en dos días?	48	0-1

MEMORIA DE EVOCACION LIBRE

31. De las palabras que dije al principio ¿Cuáles podría recordar?	0-1-2-3-4-5	libre, casa, mar
32. Se acuerda de la frase de los gatos: (Un punto por idea: 30 - grises - quesos)	0-1-2-3	3
33. Se acuerda de la frase del niño: (Un punto por idea: Luis - bicicleta)	0-1-2	0

MEMORIA DE EVOCACION CON PISTAS

1. Le dije una fruta, ¿cuál era?	fresa	0-1
2. Le dije una herramienta, ¿cuál era?	martillo	0-1
3. Le dije un animal, ¿cuál era?	gato	0-1
4. Un instrumento musical, ¿cuál era?	guitarra	0-1
5. Le dije un color, ¿cuál era?	rojo	0-1
Se acuerda de la frase de los gatos:		
6. ¿Cuántos gatos había?	3	0-1
7. ¿De qué color eran?	negros	0-1
8. ¿Qué comían?	croquetas	0-1
Se acuerda de la frase del niño:		
9. ¿Cómo se llamaba?	—	0-1
10. ¿Con qué estaba jugando?	pelota	0-1

PUNTAJE TOTAL OBTENIDO: 16 {7, 0, 9, 0, 0}

ENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION - ACE **Reminyl ER**
galantamina original CAPSULAS DE LIBERACION PROLONGADA

APELLIDO Y NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 86 años
 AÑOS DE EDUCACION: Técnico Superior (Secretariado) HISTORIA CLINICA:
 FECHA DE NACIMIENTO: 10/06/1935 FECHA: 26/02/2022
 EXAMINADOR: DERIVADO POR: —
 ANTECEDENTES:

Todas las instrucciones que se le dirán al paciente están en negrita.

A. ORIENTACION:
 Pedir al paciente que conteste las siguientes preguntas y puntuar cada respuesta correcta con 1 punto.
 Escribir los errores.

1a) ¿Qué año es? 2015	1b) ¿En qué país vivimos? Perú	5
¿En qué estación estamos? primavera	¿En qué barrio estamos? Miraflores	
¿Qué fecha es? 11 de mayo	¿En qué ciudad estamos? Lima	
¿Qué día es? lunes	¿En qué lugar estamos? Casa	
¿En qué mes estamos? marzo	¿En qué piso estamos? 10	

Puntaje (0-10) * Tolerancia +/- 2

B. ATENCION Y CONCENTRACION:

1) Decir al paciente "Voy a decirle 3 palabras y quiero que las repita cuando yo termine de decir las".
 Decir: pelota, bandera, árbol. Luego pedir al paciente que las repita.
 Otorgar 1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento solamente.

PELOTA ✓ BANDERA ✓ ARBOL ✓

Luego de que el sujeto repita las palabras decirle "Trate de recordarlas por que se las voy a volver a preguntar después". Si el score es menor a 3 repetir los tres ítems hasta que el sujeto las aprenda a todas.

Puntaje (0-3)

2) Preguntar al paciente "¿Cuánto es 100 menos 7?" (100-7) 93-86-79-72-65
 - Otorgue 1 punto sólo si responde correctamente (93).
 - Si el sujeto responde erróneamente, decirle la respuesta correcta.

Si el puntaje es menor a 5, pedir al paciente que deletree la palabra "mundo" al revés.
 El puntaje es el número de letras en el orden correcto.

W O R L D

Tener en cuenta el mejor puntaje de las dos pruebas.

Puntaje (0-5)

C. MEMORIA:

1) Pedir al sujeto "Podría decirme las 3 palabras que le pedí que repita y recuerde"
 Puntuar 1 punto por cada respuesta correcta.

PELOTA ✓ BANDERA — ARBOL ✓

Puntaje (0-3)

2) Memoria anterógrada:
 Decir al paciente "Voy a decirle el nombre de una persona con su dirección y pedirle que la repita después de mí. Vamos a hacerlo 3 veces, para que pueda aprenderlo. Luego se la volveré a preguntar". Ahora lea las siguientes direcciones. Otorgue 1 punto por cada elemento recordado correctamente. Luego de puntuar el primer ensayo, repita las instrucciones y realice la tarea dos veces exactamente de la misma manera. Registrar la puntuación en cada ensayo.

Luis Reinal	1 ^o . Ensayo	2 ^o .	3 ^o .	5 min. Recuerdo Diferido	Ensayo 1 a 3 Puntaje (0-27) 7/27 5 min. Recuerdo Diferido Puntaje (0-7)
Pedro Goyena 420		Goyena	Reyena x		
Rosario					
Santa Fe					
	4/7	2/7	1/7	0/7	

3) Memoria Retrógrada:
Otorgue 1 punto por cada respuesta correcta y registre los errores. "Dígame el nombre completo del:"

Presidente _____
 Gobernador _____
 Presidente anterior _____
 Ministro de Economía _____

Puntaje (0-4)

D) FLUENCIA VERBAL:

1) LETRAS:
Pedir al paciente: "Voy a decirle una letra del abecedario y quisiera que usted generara la mayor cantidad de palabras que pueda con esa letra, pero no nombres propios de personas o lugares. ¿Está listo? Tiene un minuto y la letra es P."
 Tiempo de toma: 1 minuto. Escribir en el lugar sugerido. Tipos de error: perseveraciones e intrusiones.

2) CATEGORIA:
Decir al sujeto "Ahora nombre todos los animales que pueda, comenzando con cualquier letra."
 Tiempo de toma: 1 minuto. Escribir en el lugar sugerido. Tipos de error: perseveraciones e intrusiones.

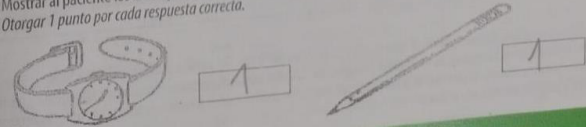
P	Animales	Puntaje bruto	Puntaje	Puntaje escalado
		P	Animales	Score
patia	perro	>17	>21	7
pelota	gato	14-17	17-21	6
pueblo	pelicano	11-13	14-16	5
pieza	pez	8-10	11-13	4
pinos	perro	6-7	9-10	3
pelicano	pescader	4-5	7-8	2
puerta	pubes espín	<4	<7	1
palta	pollo			
pisco	poscado			
pinacho				
pie				
TOTAL: 14	TOTAL: 7			

Registrar el número total de respuestas. Para calcular el Puntaje Bruto otorgar 1 punto por cada respuesta correcta y excluir toda repetición. Ingresar a Puntajes Escalares utilizando la tabla como se muestra anteriormente.

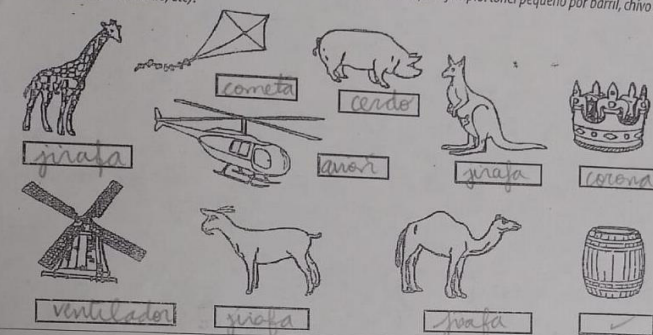
Puntajes Escalares (0-7): 6/7
 Puntajes Escalares (0-7): 2/7
 Puntaje Total: 8/14

E) LENGUAJE:

1) Denominación:
Mostrar al paciente los 2 dibujos y pedirle que nombre cada uno de ellos. Registrar las respuestas y errores. Otorgar 1 punto por cada respuesta correcta.

 Puntaje (0-2) 2/2

2) Denominación:
Mostrar al paciente los 10 siguientes dibujos y pedirle que nombre cada uno de ellos. Registrar las respuestas y los errores. Otorgar 1 punto por cada respuesta correcta. Permitir los sinónimos (por ejemplo: tonel pequeño por barril, chivo por cabra, dromedario por camello, etc).



girafa, cometa, cerdo, kangaro, corona, avion, amor, girafa, corona, ventilador, vaca, vaca, barril

Puntaje (0-10) 4/10

3) Comprensión (Órdenes de un comando):
Pedir al sujeto "Por favor obedezca las siguientes órdenes simples:"

- Señale la puerta
- Señale el techo

Mostrar al paciente la siguiente instrucción y pedirle que "lea y obedezca lo siguiente:"

CIERRE LOS OJOS Otorgue 1 punto si es realizado correctamente.

Puntaje (0-2) 2

4) Comprensión (3 órdenes):
Dar al sujeto un papel y decirle "Tome este papel con sus manos. Dóblelo por la mitad. Luego póngalo en el suelo." Otorgar 1 punto por cada orden correctamente realizada.

Puntaje (0-3) 3

5) Comprensión (Gramática compleja):
Decir al sujeto "Por favor obedezca las siguientes órdenes:"

- Señale el techo y luego la puerta
- Señale la puerta después de tocar el escritorio/cama

Otorgar 1 punto por cada realización de orden correcta.

Puntaje (0-2) 2

6) Repetición (palabras simples):
Pedir al paciente que "Repita cada una de las siguientes palabras después que yo las diga." Otorgar 1 punto por cada repetición correcta. Permitir una sola repetición.

- Marrón
- Conversación
- Diccionario

Puntaje (0-3) 3

7) Repetición (de frases):
Pedir al paciente "Repita cada una de las siguientes frases después de mí." Permitir una sola repetición.

- El flan tiene frutillas y frambuesas
- La orquesta tocó y la audiencia la aplaudió

Puntaje (0-1) 1

8) Lectura (regular):
Pedir al sujeto que "lea cada una de las siguientes palabras" y mostrarle al paciente las mismas.

- Pipa
- Oveja
- Contrario
- Estacionamiento
- Ventana

Otorgar 1 punto si todas las palabras son leídas correctamente.

Puntaje (0-1) 1

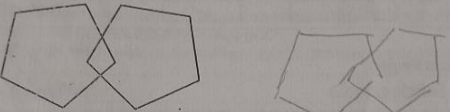
9) Lectura (irregular): Pedir al sujeto que "lea cada una de las siguientes palabras" y mostrarle al paciente las mismas.
 • Gillete • Jeep • Beige /Beisho
 • Sandwich • Toilette /toilette/

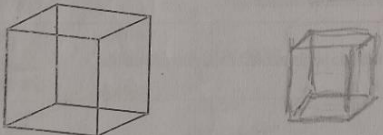
Otorgar SOLO 1 punto si todas las palabras son leídas correctamente. Puntaje (0-1) 0


10) Escritura: Pedir al paciente "piense una oración y escríbala en estos renglones." Si refiere no poder sugerirle un tópico: por ejemplo del clima, de la jornada.
 Otorgar 1 punto si la oración es escrita correctamente (sujeto-verbo-predicado) y si tiene sentido.
 Que bonito está el día 1 Puntaje (0-1)

11) En este ítem se deberá chequear el Recuerdo Diferido. Decirle al paciente "¿Puede Ud. decirme el nombre y las direcciones que le dije y Ud. practicó?" Registrar la puntuación, puntajes y errores en la pregunta C en el espacio provisto. (Pág. 1)

HABILIDADES VISUO ESPACIALES:

1) Pentágonos superpuestos: Mostrar al paciente la siguiente figura y pedirle que "Copie este diagrama en el espacio provisto." Puntar con 1 punto si la copia es correcta.
 0 Puntaje (0-1)

2) Cubo: Mostrar al paciente la siguiente figura y pedirle que "Copie este diagrama en el espacio provisto." Puntar con 1 punto si la copia es correcta.
 1 Puntaje (0-1)

3) Reloj: Pedir al paciente que "Dibuje un reloj con los números y las agujas indicando que son las 10:05 hs." Otorque 1 punto por el círculo correcto, por la numeración correcta y por la posición correcta de las agujas.
 2 Puntaje (0-3)

CHEQUEANDO: ¿Testeó el Recuerdo Diferido el nombre y de las direcciones en la pregunta C.2?

PUNTAJES TOTALES: MMSE* 23 / 30 ACE** 55 / 100 → Deterioro.

* Sumar las puntuaciones registrada en la casilla sombreada. ** Sumar las puntuaciones registradas en todas las casillas.

VALOR TOTAL: V 9 SL*** 21 EA 30
 0 5 NI 0 5 6

Pre-test

BENTON TEST DE RETENCIÓN VISUAL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

NOMBRE: [REDACTED] DPTO: [REDACTED] FECHA: [REDACTED]

EDAD: 86 SEXO: F CASO N°: [REDACTED] EXMINADOR (A): Evelyn Astorander Pastor

FORMA C FORMA D

DISÑO	PUNTAJE	ERRORES	DISÑO	PUNTAJE	ERRORES
I	1		I	0	TMD
II	0	DM	II	0	DM
III	0	OPD	III	0	DM-OPI
IV	0	OPI-DMD	IV	0	OPD
V	0	OPI-ID	V	0	OPI-AD
VI	0	OPD-DM-DM	VI	0	OPD-DM
VII	0	OPD-DM-AD	VII	0	OPD-DMD-90MI-AD
VIII	0	OPD-OV	VIII	0	OPD
IX	0	OV-DM-180MI-RA	IX	0	DM-DMD-OPI
X	0	OPD-DMD	X	0	OPD-90MI-DM

N° Correcto: 1 N° de Errores: 9 N° Correcto: 0 N° de Errores: 10

CATEGORÍA DE ERRORES

OMISIÓN	DISTORSIÓN	PERSEVERACIÓN	ROTACIÓN
7	7		1 = 1
DESPLAZ	ERRO.TAMAÑ	IZQUIERDA	DERECHA
3			

CATEGORÍA DE ERRORES

OMISIÓN	DISTORSIÓN	PERSEVERACIÓN	ROTACIÓN
11111=6	11111111=9		11=2
DESPLAZ	ERRO.TAMAÑ	IZQUIERDA	DERECHA
	1=1		

OBSERVACIONES: Forma C: Buena 4 adición, rotación, omisión, distorsión. Total en total 15 errores.

INTERPRETACIÓN: 2 adición

Pre-test

BENTON TEST DE RETENCIÓN VISUAL

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

NOMBRE:
 DPTO:
 EDAD: SEXO: CASO N°: EXMINADOR (A):
 FECHA:
 FORMA E FORMA

DISEÑO	PUNTAJE	ERRORES	DISEÑO	PUNTAJE	ERRORES
I	0	1	I		
II	0	1 DPI, Ov	II		
III	0	2	III		
IV	0	2	IV		
V	0	3	V		
VI	0	2	VI		
VII	0	2	VII		
VIII	0	3	VIII		
IX	0	3	IX		
X	0	1	X		

N° Correcto: 0 N° de Errores: 10 N° Correcto: N° de Errores:

CATEGORÍA DE ERRORES

OMISIÓN	DISTORSIÓN	PERSEVERACIÓN	ROTACIÓN
✓	✓		✓
DESPLAZ	ERRO.TAMAÑ	IZQUIERDA	DERECHA

CATEGORÍA DE ERRORES

OMISIÓN	DISTORSIÓN	PERSEVERACIÓN	ROTACIÓN
DESPLAZ	ERRO.TAMAÑ	IZQUIERDA	DERECHA

OBSERVACIONES:

INTERPRETACIÓN:

Pre-test

PROTOCOLO DE CALIFICACIÓN TEST DE COPIA DE UNA FIGURA COMPLEJA

(Andrés Rey)

APELLIDOS Y NOMBRES: H.C. N°:
 SEXO: F GRADO DE INSTRUCCIÓN: Kenia EDAD: 27 años
 LATERALIDAD: D EXAMINADOR(A): Evelyn Adonides P. OCUPACIÓN:
 ANTECEDENTES CLÍNICOS: FECHA:/...../.....

FASE	ITEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	TOTAL	TIEMPO	Pct.
COPIA		1	1	1	1	0	5	1	0	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	21.59'30"	1
MEMORIA I		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	13'23"	1

Tiempo: ↑ (pre)

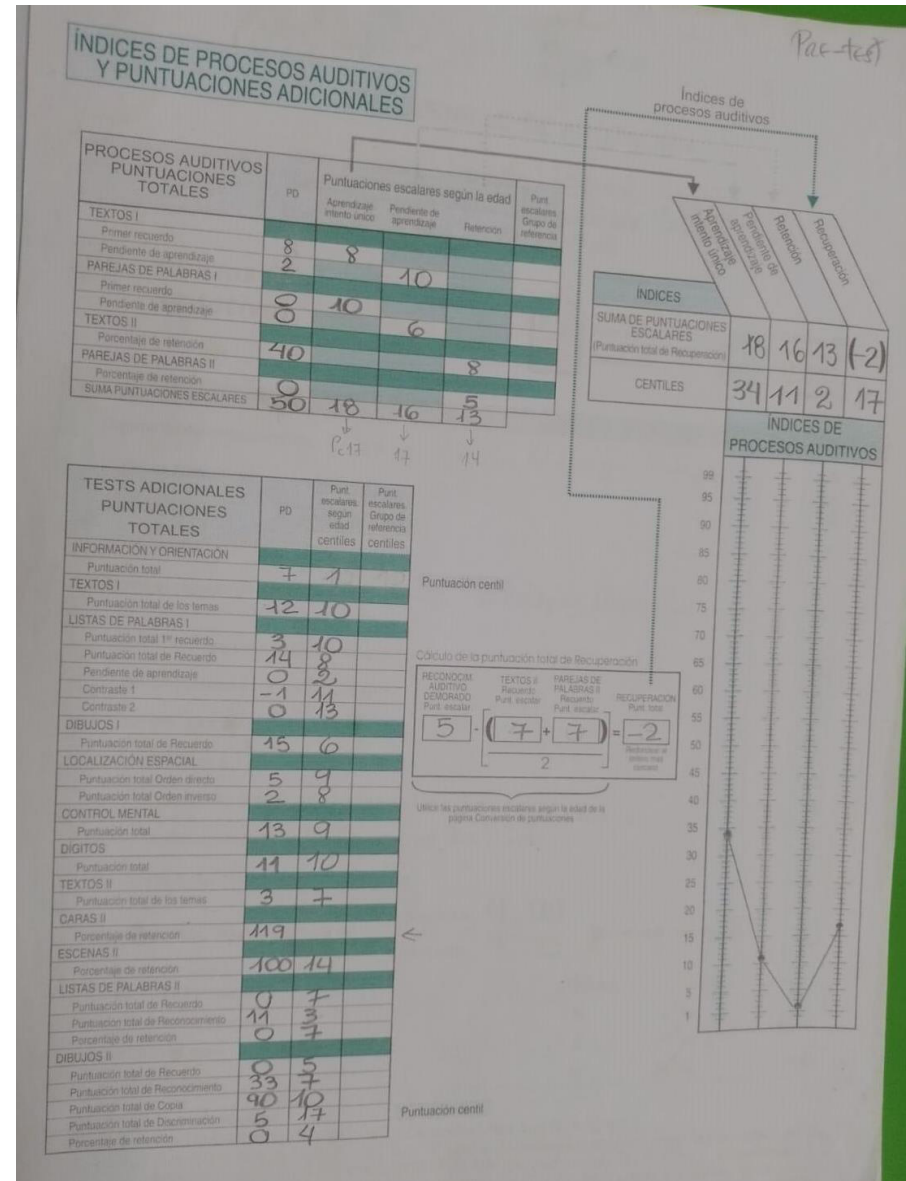
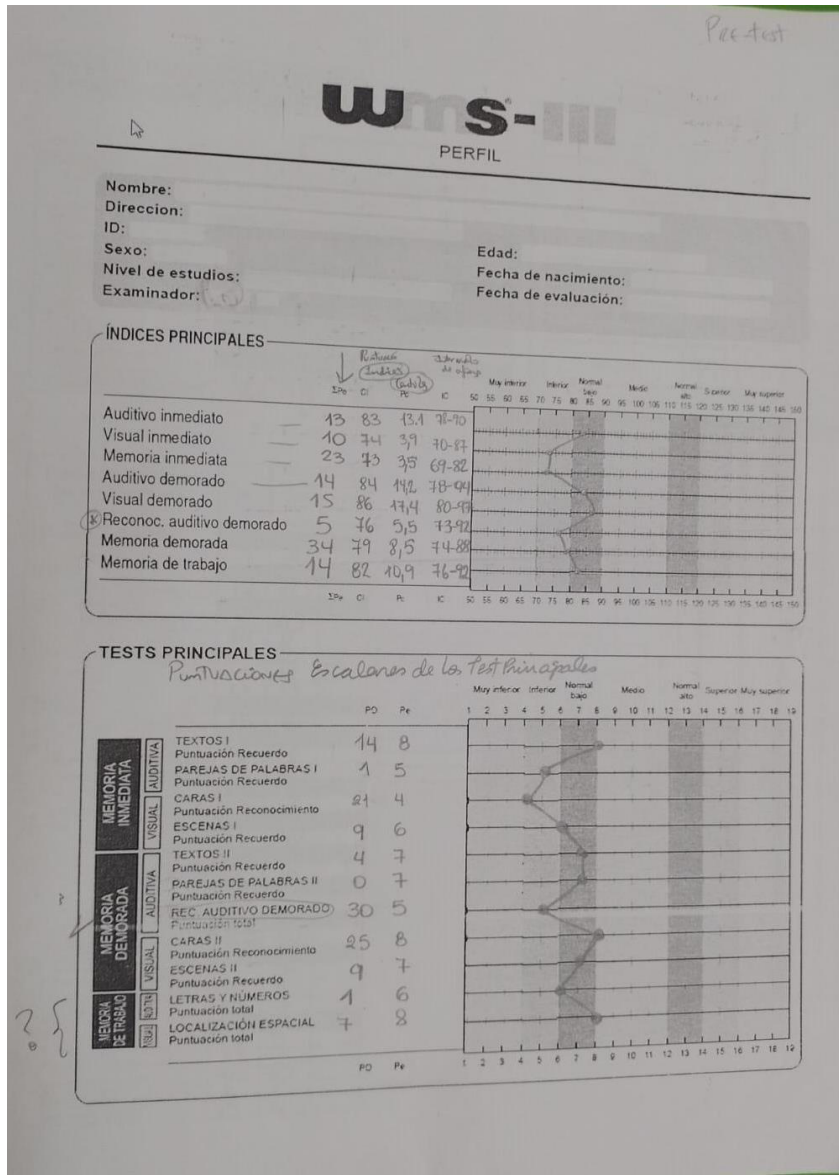
FASES	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA
COPIA	
MEMORIA I	

OBSERVACIONES:

CONCLUSIONES

FASE COPIA: Tipo de Construcción Tipo I (Pc = 75)

FASE MEMORIA I:



Pre-test

CUADERNILLO DE ANOTACIÓN

Nombre y apellidos: [REDACTED]
 Examinador: Evelyn Astocarden Pastor
 Edad: Fecha: 05/10/31/2022

1 Información y orientación (optativa)

ANOTACIÓN: Todas las respuestas literalmente. PUNTAJACIÓN: Elementos 1 a 13, 0 ó 1 punto, Elementos 14 a 17 no se puntúan.

Elemento	Respuesta	Punt.
1	Dígame su nombre completo Sandra Mercedes Melórga Rodríguez	0 1
2	¿Cuántos años tiene? 80 años	0 1
3	¿Qué día nació? 10/06/1935	0 1
4	¿Dónde nació? Lina	0 1
5	Dígame el nombre de su madre Rosa Rodríguez González	0 1
6	Dígame el nombre del presidente del gobierno	0 1
7	¿En qué año estamos? 2015	0 1
8	¿En qué mes estamos? Mayo	0 1
9	¿Qué día del mes es hoy?	0 1
10	¿Cómo se llama este lugar? Unidad Vecinal de Mérida	0 1
11	¿En qué ciudad estamos? Treviño de Lina	0 1
12	¿Qué día de la semana es hoy? Lunes	0 1
13	Sin mirar al reloj, dígame qué hora es. Respuesta: 11:00 Hora real: 11:23 Diferencia en minutos: 23'	0 1
14	¿Es usted diestro o zurdo? <input checked="" type="checkbox"/> Diestro <input type="checkbox"/> Zurdo	7
15	¿Tiene problemas de oído? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	Puntuación total (máx. = 13)
16	¿Usa gafas para leer? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
17	¿Es usted daltónico? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	

Autor: D. Wechsler. Copyright © 1997 by The Psychological Corporation, New York 17, N.Y., U.S.A. Copyright © 2004 by TEA Ediciones, S.A. - Traducido y adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en tinta negra en beneficio de la profesión y en el suyo propio. NO LA UTILICE en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. Impreso en España. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain.

2 Textos I

ANOTACIÓN: Haga una marca (✓) en cada unidad que se recuerde literalmente. Anote igualmente en cada unidad las respuestas que no se den literalmente. PUNTAJACIÓN: 0 ó 1 punto por cada unidad según los criterios citados en el manual. *greción*

Texto A
 Ana López, de Sevilla la Nueva, empleada como cocinera en la cafetería de una empresa, denunció en la comisaría de policía que había sido asaltada la noche anterior frente al número 56 de la calle Mayor y que le habían robado su dinero. Tenía cuatro niños pequeños, no había podido pagar el alquiler y llevaban dos días sin comer. La policía, conmovida por la historia de la mujer, realizó una colecta para ayudarla.

Texto A	Unidad	Tema	Criterio de puntuación
Ana	0 1	Mayor	Ana, o una variante del nombre
López,	0 1		Se exige López
de Sevilla	0 1		Sevilla (en cualquier contexto)
La Nueva,	0 1		La Nueva (en cualquier contexto)
empleada	0 1	0 1	Indicación de un protagonista femenino
como cocinera	0 1		Indicación de que tiene un trabajo
en la cafetería	0 1		Cocinera u otra palabra similar
de una empresa,	0 1		Se exige cafetería
denunció	0 1	0 1	Se exige empresa
en la comisaría	0 1		Indicación de que la protagonista está trabajando
de policía	0 1		Indicación de que se ha presentado una demanda oficial ante la autoridad, en cualquier contexto
que había sido asaltada	0 1		Comisaría o palabra sinónima, en cualquier contexto
la noche anterior	0 1		Policía (en cualquier contexto)
frente al número 56	0 1		Indicación de asalto, atraco, amenaza con armas, etc.
de la calle Mayor	0 1		Indicación de que el atraco se produjo la noche anterior
y que la habían robado su dinero.	0 1		Número comprendido entre 49 y 60
Tenía cuatro niños pequeños,	0 1	0 1	Calle Mayor (en cualquier contexto)
no había podido pagar el alquiler	0 1		Indicación de que le robaron
y llevaban dos días sin comer.	0 1		Indicación de que habían robado a la protagonista
La policía,	0 1	0 1	Se exige el número cuatro y la idea de que los niños eran suyos
conmovida por la historia de la mujer,	0 1		Se exige niños o algún sinónimo
realizó una colecta para ayudarla.	0 1	0 1	Indicación de que la protagonista tenía hijos pequeños
	0 1		Cualquier frase que refleje esta idea
	0 1		Se exige la indicación de dos días o duración similar
	0 1	0 1	Indicación de que la familia estaba sin comer
	0 1		Indicación de que los protagonistas estaban necesitados de ayuda
	0 1		Palabra o frase que signifique uno o más miembros de la policía, en cualquier contexto
	0 1		Indicación de que la historia provocó simpatía y emoción
	0 1	0 1	Indicación de que la policía se conmovió con la historia de la mujer
	0 1		Cualquier frase que indique la recogida de dinero
	0 1		Indicación de que el dinero era para la mujer o los niños
	0 1	0 1	Indicación de que la policía ayudó a la mujer

Texto A Punt. de unidades (máxima = 25) **4** Punt. de temas (máxima = 7) **3**

2 Textos I (continuación)

W S -

Texto B
1º recuerdo

A las 8 de la tarde del viernes, Juan Francisco Rodríguez escuchaba la radio mientras preparaba su maleta para viajar. Una noticia llamó su atención: se había producido un accidente en la pista número 2 del aeropuerto de su ciudad. El locutor informaba que no se habían producido víctimas, aunque al menos todos los vuelos internacionales. El incidente estaba provocando entre 3 y 4 horas de retraso en para la mañana siguiente. Juan decidió aplazar su viaje. Llamó a la compañía y reservó un vuelo para la mañana siguiente.

Texto B	Unidad	Tema	Criterio de puntuación
A las ocho de la tarde del viernes, Juan Francisco Rodríguez	0 1	0 1	Se exige la hora exacta Tarde (en cualquier contexto) Se exige citar el viernes Juan o una variante del nombre Francisco o una variante del nombre Rodríguez o una variante del nombre Se exige citar el apellido
escuchaba la radio mientras preparaba su maleta para viajar.	0 1	0 1	Indicación de un personaje principal masculino Indicación de que estaba oyendo la radio Indicación de preparar la maleta Indicación de que pensaba ir de viaje
Una noticia llamó su atención:	0 1	0 1	Indicación de que el protagonista pensaba marcharse Indicación de que había una información Indicación de que captó su interés
se había producido un accidente en la pista número 2 del aeropuerto de su ciudad.	0 1	0 1	Indicación de que surge una noticia Indicación de la existencia de un accidente Debe aparecer el número de la pista Indicación del lugar del accidente
El locutor informaba que no se habían producido víctimas, aunque al menos 15 personas estaban siendo atendidas.	0 1	0 1	Indicación de que se ha producido un accidente Indicación de que alguien estaba dando la noticia Indicación de que no había habido muertos Mencionar el número de 15 personas heridas o afectadas
El incidente estaba provocando entre 3 y 4 horas de retraso en todos los vuelos internacionales.	0 1	0 1	Indicación de las consecuencias Deben mencionarse las 3 ó 4 horas de retraso Se debe mencionar todos Deben citarse los vuelos internacionales
Juan decidió aplazar su viaje.	0 1	0 1	Indicación de los retrasos debidos al accidente Indicación del aplazamiento
Llamó a la compañía y reservó un vuelo para la mañana siguiente.	0 1	0 1	Indicación del cambio de planes del personaje Indicación de que se puso en contacto con la compañía Indicación de que hizo una reserva Se debe mencionar la mañana siguiente Indicación de que el personaje cambió su vuelo

Texto B. 1º recuerdo
Punt. de unidades (máxima = 25)

4 4

Texto B. 1º recuerdo
Punt. de temas (máxima = 7)

4 4

CALCULO DE LA PUNTUACIÓN TOTAL PARA EL 1º RECUERDO

Puntuación de unidades TEXTO A (máxima = 25) Puntuación de unidades TEXTO B 1º REC. (máxima = 25) Puntuación total 1º rec. (máxima = 50)

4 + 4 = 8

2 Textos I (continuación)

Texto B
2º recuerdo

A las 8 de la tarde del viernes, Juan Francisco Rodríguez escuchaba la radio mientras preparaba su maleta para viajar. Una noticia llamó su atención: se había producido un accidente en la pista número 2 del aeropuerto de su ciudad. El locutor informaba que no se habían producido víctimas, aunque al menos 15 personas estaban siendo atendidas. El incidente estaba provocando entre 3 y 4 horas de retraso en todos los vuelos internacionales. Juan decidió aplazar su viaje. Llamó a la compañía y reservó un vuelo para la mañana siguiente.

Texto B	Unidad	Tema	Criterio de puntuación
A las ocho de la tarde del viernes, Juan Francisco Rodríguez	0 1	0 1	Se exige la hora exacta Tarde (en cualquier contexto) Se exige citar el viernes Juan o una variante del nombre Francisco o una variante del nombre Rodríguez o una variante del nombre Se exige citar el apellido
escuchaba la radio mientras preparaba su maleta para viajar.	0 1	0 1	Indicación de un personaje principal masculino Indicación de que estaba oyendo la radio Indicación de preparar la maleta Indicación de que pensaba ir de viaje
Una noticia llamó su atención:	0 1	0 1	Indicación de que el protagonista pensaba marcharse Indicación de que había una información Indicación de que captó su interés
se había producido un accidente en la pista número 2 del aeropuerto de su ciudad.	0 1	0 1	Indicación de que surge una noticia Indicación de la existencia de un accidente Debe aparecer el número de la pista Indicación del lugar del accidente
El locutor informaba que no se habían producido víctimas, aunque al menos 15 personas estaban siendo atendidas.	0 1	0 1	Indicación de que se ha producido un accidente Indicación de que alguien estaba dando la noticia Indicación de que no había habido muertos Mencionar el número de 15 personas heridas o afectadas
El incidente estaba provocando entre 3 y 4 horas de retraso en todos los vuelos internacionales.	0 1	0 1	Indicación de las consecuencias Deben mencionarse las 3 ó 4 horas de retraso Se debe mencionar todos Deben citarse los vuelos internacionales
Juan decidió aplazar su viaje.	0 1	0 1	Indicación de los retrasos debidos al accidente Indicación del aplazamiento
Llamó a la compañía y reservó un vuelo para la mañana siguiente.	0 1	0 1	Indicación del cambio de planes del personaje Indicación de que se puso en contacto con la compañía Indicación de que hizo una reserva Se debe mencionar la mañana siguiente Indicación de que el personaje cambió su vuelo

Texto B. 2º recuerdo
Punt. de unidades (máxima = 25)

6 5

Texto B. 2º recuerdo
Punt. de temas (máxima = 7)

6 5

CALCULO DE LA PUNTUACIÓN TOTAL PARA EL 2º RECUERDO

Puntuación de unidades TEXTO B 2º REC. (máxima = 25) Puntuación de unidades TEXTO B 1º REC. (máxima = 25) Puntuación total 2º rec. (máxima = 50)

6 + 5 = 11

Punt. total de Recuerdo (máxima = 75)
Sumar las puntuaciones de unidades de los tres textos

14 12

3 Caras I

TIEMPO LÍMITE: Exponer las 24 láminas 2 segundos cada una.

ANOTACIÓN: Marcar SÍ o NO.

PUNTUACIÓN: 0 o 1 punto en cada elemento.

Elem.	Respuesta	Puntuación
1	Sí No	0 1
2	Sí No	0 1
3	Sí No	0 1
4	Sí No	0 1
5	Sí No	0 1
6	Sí No	0 1
7	Sí No	0 1
8	Sí No	0 1
9	Sí No	0 1
10	Sí No	0 1
11	Sí No	0 1
12	Sí No	0 1
13	Sí No	0 1
14	Sí No	0 1
15	Sí No	0 1
16	Sí No	0 1
17	Sí No	0 1
18	Sí No	0 1
19	Sí No	0 1
20	Sí No	0 1
21	Sí No	0 1
22	Sí No	0 1
23	Sí No	0 1
24	Sí No	0 1
25	Sí No	0 1
26	Sí No	0 1
27	Sí No	0 1
28	Sí No	0 1
29	Sí No	0 1
30	Sí No	0 1
31	Sí No	0 1
32	Sí No	0 1
33	Sí No	0 1
34	Sí No	0 1
35	Sí No	0 1
36	Sí No	0 1
37	Sí No	0 1
38	Sí No	0 1
39	Sí No	0 1
40	Sí No	0 1
41	Sí No	0 1
42	Sí No	0 1
43	Sí No	0 1
44	Sí No	0 1
45	Sí No	0 1
46	Sí No	0 1
47	Sí No	0 1
48	Sí No	0 1

Puntuación total de Reconocimiento (máxima = 48) **21**

4 Parejas de palabras I

ANOTACIÓN: Hacer una marca (X) por cada asociación correcta. Anotar literalemente las respuestas incorrectas.

PUNTUACIÓN: 0 o 1 punto por cada elemento.

TIEMPO LÍMITE: Leer una pareja de palabras cada 3 segundos. Hacer una pausa de 3 segundos después de cada lista. Durante la pausa de recuerdo dar la respuesta correcta si el sujeto no contesta en 5 segundos.

W S

ANOTACIÓN: Puntuación total por Reconocimiento (máxima = 8)

Lista A	Intento 1	Respuesta	Puntos
Camión-Flecha	1. Banco (vela)		0 1
Bebé-Nuez	2. Reptil (payaso)		0 1
Reptil-Payaso	3. Luna (flor)		0 1
Banco-Vela	4. Rosa (fruta)		0 1
Luna-Flor	5. Caballo (vaso)		0 1
Ratón-Papel	6. Camión (flecha)		0 1
Rosa-Fruta	7. Bebé (nuez)		0 1
Caballo-Vaso	8. Ratón (papel)		0 1

Lista A. Puntuación (máxima = 8) **0**

ANOTACIÓN: Puntuación total por Reconocimiento (máxima = 8)

Lista B	Intento 2	Respuesta	Puntos
Luna-Flor	1. Caballo (vaso)		0 1
Caballo-Vaso	2. Bebé (nuez)		0 1
Bebé-Nuez	3. Reptil (payaso)		0 1
Camión-Flecha	4. Rosa (fruta)		0 1
Reptil-Payaso	5. Luna (flor)		0 1
Banco-Vela	6. Ratón (papel)		0 1
Ratón-Papel	7. Banco (vela)		0 1
Rosa-Fruta	8. Camión (flecha)		0 1

Lista B. Puntuación (máxima = 8) **1**

ANOTACIÓN: Puntuación total por Reconocimiento (máxima = 8)

Lista C	Intento 3	Respuesta	Puntos
Rosa-Fruta	1. Bebé (nuez)		0 1
Ratón-Papel	2. Luna (flor)		0 1
Luna-Flor	3. Camión (flecha)		0 1
Reptil-Payaso	4. Rosa (fruta)		0 1
Caballo-Vaso	5. Caballo (vaso)		0 1
Bebé-Nuez	6. Reptil (payaso)		0 1
Banco-Vela	7. Banco (vela)		0 1
Camión-Flecha	8. Ratón (papel)		0 1

Lista C. Puntuación (máxima = 8) **0**

ANOTACIÓN: Puntuación total por Reconocimiento (máxima = 8)

Lista D	Intento 4	Respuesta	Puntos
Ratón-Papel	1. Luna (flor)		0 1
Camión-Flecha	2. Rosa (fruta)		0 1
Luna-Flor	3. Bebé (nuez)		0 1
Bebé-Nuez	4. Ratón (papel)		0 1
Rosa-Fruta	5. Caballo (vaso)		0 1
Reptil-Payaso	6. Banco (vela)		0 1
Banco-Vela	7. Reptil (payaso)		0 1
Caballo-Vaso	8. Camión (flecha)		0 1

Lista D. Puntuación (máxima = 8) **0**

CÁLCULO DE LA PENDIENTE DE APRENDIZAJE

Puntuación de aprendizaje (entre -8 y +8)

Lista D - Lista A = **0 - 0 = 0**

Puntuación total de Reconocimiento (máxima = 12) (Suma de las puntuaciones A a D) **0**

5 Escenas I

TIEMPO LÍMITE: Cada escena se expone durante 10 segundos.

ANOTACIÓN: Redear los personajes y lugares recordados. Anotar las respuestas a las actividades literalemente.

PUNTUACIÓN: 0 a 4 puntos por cada personaje. Ver criterios en el manual.

Personaje	Puntos	Localización (según examinador)	Puntos	Actividad	Puntos	Ejemplos de puntuación máxima en actividades	Puntuación por personajes (0-4)
1. MERIENDA							
Abuela	4 3	2 1					
Abuelo	0 1	4 3	0 1	Conversando preparando la comida	0 1 2	Ve cómo el perro alcanza el disco	1
Madre	4 3	2 1					
Padre	0 1	4 3	0 1	jugando	0 1 2	Cocina hamburguesas	0
Hija	0 1	4 3	0 1				Lanza el disco
Perro	0 1	4 3	0 1				0
2. GRANDES ALMACENES							
Abuela	4 3	2 1					
Abuelo	0 1	4 3	0 1	preparando la comida	0 1 2	Coge un jersey	0
Madre	0 1	4 3	0 1				Busca en el bolso
Padre	0 1	4 3	0 1	sentados esperando	0 1 2	Mira la camisa	1
Hija	0 1	4 3	0 1				Se mira en el espejo
Hijo	4 3	2 1					
Perro	4 3	2 1					
3. JARDÍN							
Abuela	0 1	4 3	0 1	Trabaja en un macizo de flores	0 1 2		0
Abuelo	0 1	4 3	0 1		sentados esperando	0 1 2	Baño al perro
Madre	4 3	2 1					
Padre	4 3	2 1					
Hija	4 3	2 1					
Hijo	0 1	4 3	0 1	jugando con los platos	0 1 2	Corta el césped	1
Perro	0 1	4 3	0 1				Se sacude el agua
4. COMIDA							
Abuela	0 1	4 3	0 1	aprendiendo la comida	0 1 2	Come ensalada	0
Abuelo	4 3	2 1			estaba en la comida	0 1 2	Pasa la ensalada
Madre	0 1	4 3	0 1				Alfha la ensalada
Padre	0 1	4 3	0 1				
Hija	4 3	2 1					
Hijo	0 1	4 3	0 1	jugando con la pelota	0 1 2	Bebe té	1
Perro	4 3	2 1					

Puntuación total de Reconocimiento (máxima = 64) **9**

6 Listas de palabras I (optativa)

ANOTACIÓN: Marcar (✓) cada palabra recordada. Anotar literalmente los errores.

PUNTAJACIÓN: 0 ó 1 en cada elemento.

Lista A	Respuestas intento 1	Respuestas intento 2	Respuestas intento 3	Respuestas intento 4
Diana	✓			
Dedo				
Sol				✓
Cocodrilo				
Moneda				
Metro				
Estudiante				
Tráfico		✓	✓	✓
Pino	✓			
Mar	✓	✓	✓	✓
Brazo		✓	✓	✓
Hada		✓	✓	✓
Intrusiones	sentir, para comere, abuelita, soprando	Camino	Camino	Cometas

Puntuación intento 1 (máxima = 12) **3** + Puntuación intento 2 (máxima = 12) **4** + Puntuación intento 3 (máxima = 12) **4** + Puntuación intento 4 (máxima = 12) **3** = **14** Puntuación total de Recuerdos (máxima = 48)

Puntuación total 1º recuerdo (máxima = 12) **3**

Lista B	Respuestas	Lista A (no leerla)	Respuestas a corto plazo
Perta		Diana	✓
Jardín		Dedo	
Corona		Sol	
Héroe		Cocodrilo	
Arena		Moneda	
Gato		Metro	
Rama		Estudiante	✓
Cocina		Tráfico	✓
Clavel	✓	Pino	
Lago		Mar	
Gorila		Brazo	
Cárcel		Hada	
Intrusiones	brazo, pino, cocina, estudiante		vano

Puntuación lista B (máxima = 12) **1**

Puntuación recuerdo a corto plazo (máxima = 12) **3**

CÁLCULO CONTRASTE 1
 Punt. Intento 1 - Punt. Lista B (entre -12 y +12)
 $3 - 1 = 2$

CÁLCULO DE PENDIENTE DE APRENDIZAJE
 Punt. Intento 4 - Punt. Intento 1 (entre -12 y +12)
 $3 - 3 = 0$

CÁLCULO CONTRASTE 2
 Punt. Recuerdo a corto plazo - Punt. Intento 4 (entre -12 y +12)
 $3 - 3 = 0$

7 Dibujos I (optativa)

MANO USADA: Izquierda Derecha

PUNTAJACIÓN: Ver los criterios citados en el manual.

Dibujo	Puntuación	Observaciones
Dibujo A	0	
Dibujo B	4	
Dibujo C	0	
Dibujo D	11	
Dibujo E	0	

Puntuación total de Recuerdos (máxima = 104) **15**

8 Letras y números

TERMINACIÓN: Con puntuación cero en los tres intentos del elemento. Aplicar siempre los tres intentos de cada elemento.

ANOTACIÓN: Todas las respuestas literalmente.

PUNTAJACIÓN: 0 ó 1 en cada intento.

Elemento/Intento	(Respuesta correcta) / Respuesta	Punt.
1 Intento 1	L-2 (2-L)	0
1 Intento 2	6-P (6-P)	0
1 Intento 3	B-5 (5-B)	0
1 Intento 1	F-7-L (7-F-L)	0
2 Intento 2	R-4-D (4-D-R)	0
2 Intento 3	H-1-8 (1-8-H)	0
3 Intento 1	T-9-A-3 (3-9-A-T)	0
3 Intento 2	V-1-J-5 (1-5-J-V)	0
3 Intento 3	7-N-4-L (4-7-L-N)	0
4 Intento 1	8-D-6-G-1 (1-6-8-D-G)	0
4 Intento 2	K-2-C-7-S (2-7-C-K-S)	0
4 Intento 3	5-P-3-Y-9 (3-5-9-P-Y)	0
5 Intento 1	M-4-E-7-Q-2 (2-4-7-E-M-Q)	0
5 Intento 2	W-8-H-5-F-3 (3-5-8-F-H-W)	0
5 Intento 3	6-G-9-A-2-S (2-6-9-A-G-S)	0
6 Intento 1	R-3-B-4-Z-1-C (1-3-4-B-C-R-Z)	0
6 Intento 2	5-T-9-J-2-X-7 (2-5-7-9-J-T-X)	0
6 Intento 3	E-1-H-8-R-4-D (1-4-8-D-E-H-R)	0
7 Intento 1	5-H-9-S-2-N-6-A (2-5-6-9-A-H-N-S)	0
7 Intento 2	D-1-R-9-B-4-K-3 (1-3-4-9-B-D-K-R)	0
7 Intento 3	7-M-2-T-6-F-1-Z (1-2-6-7-F-M-T-Z)	0

Puntuación (máxima = 21) **1**

9 Localización espacial

TERMINACIÓN: Con puntuación cero en los dos intentos del elemento. Aplicar siempre los dos intentos de cada elemento.

ANOTACIÓN: Todas las respuestas literalmente.

PUNTAJÓN: 0 a 1 en cada intento.

Elemento/Intento	Respuesta	Punt.
1 Intento 1	3-10	0
1 Intento 2	7-4	1
2 Intento 1	1-9-3	0
2 Intento 2	8-2-7	1
3 Intento 1	4-9-1-6	0
3 Intento 2	10-6-2-7	1
4 Intento 1	6-5-1-4-8	0
4 Intento 2	5-7-9-8-2	1
5 Intento 1	4-1-9-3-8-10	0
5 Intento 2	9-2-6-7-3-5	1
6 Intento 1	10-1-6-4-8-5-7	0
6 Intento 2	2-6-3-8-2-10-1	1
7 Intento 1	7-3-10-5-7-8-4-9	0
7 Intento 2	6-9-3-2-1-7-10-5	1
8 Intento 1	5-8-4-10-7-3-1-9-6	0
8 Intento 2	8-2-6-1-10-3-7-4-9	1

Puntuación Orden directo (máxima = 16) **5**

Elemento/Intento	(Respuesta correcta)/Respuesta	Punt.
1 Intento 1	7-4 (4-7)	0
1 Intento 2	3-10 (10-3)	1
2 Intento 1	8-2-7 (7-2-8)	0
2 Intento 2	1-9-3 (3-9-1)	1
3 Intento 1	10-6-2-7 (7-2-6-10)	0
3 Intento 2	4-9-1-6 (6-1-9-4)	1
4 Intento 1	5-7-9-8-2 (2-8-9-7-5)	0
4 Intento 2	6-5-1-4-8 (8-4-1-5-6)	1
5 Intento 1	9-2-6-7-3-5 (5-3-7-6-2-9)	0
5 Intento 2	4-1-9-3-8-10 (10-8-3-9-1-4)	1
6 Intento 1	2-6-3-8-2-10-1 (1-10-2-8-3-6-2)	0
6 Intento 2	10-1-6-4-8-5-7 (7-5-8-4-6-1-10)	1
7 Intento 1	6-9-3-2-1-7-10-5 (5-10-7-1-2-3-9-6)	0
7 Intento 2	7-3-10-5-7-8-4-9 (9-4-8-7-5-10-3-7)	1
8 Intento 1	8-2-6-1-10-3-7-4-9 (9-4-7-3-10-1-6-2-8)	0
8 Intento 2	5-8-4-10-7-3-1-9-6 (6-9-1-3-7-10-4-8-5)	1

Puntuación Orden inverso (máxima = 16) **2**

Punt. Orden directo + Punt. Orden inverso = Puntuación total (máxima = 32) **7**

10 Control mental (optativa)

ANOTACIÓN: Marcar los elementos omitidos y escribir los que no se han dicho en el orden correcto. Talar nota del tiempo en segundos invertido en cada elemento.

PUNTAJÓN: En cada elemento se cuenta el número de errores y éstos dan la puntuación de precisión. Se conceden puntos adicionales sólo cuando la precisión tiene 2 puntos.

Elemento	Orden correcto/respuesta	Tiempo	Error	Prec.	Adicionales (segundos)	Puntuación		
1 1-20	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	2'	→ 0	7'	5.4'	4'	1.1'	0 1 2 3 4 5
2 Alfabeto	A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z	2'	→ 0	7'	5.6'	4'	1.2'	0 1 2 3 4 5
3 Días	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	2'	→ 0	4'	2.3'	1'	0 1 2 3 4 5	
4 Meses	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre	2'	→ 0	5'	4'	1.3'	0 1 2 3 4 5	
5 20-1	20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	2'	→ 0	11'	8.10'	6.7'	1.5'	0 1 2 3 4 5
6 Días orden inverso	Domingo Sábado Viernes Jueves Miércoles Martes Lunes	2'	→ 0	6'	5'	4'	1.2'	0 1 2 3 4 5
7 Meses orden inverso	Diciembre Noviembre Octubre Septiembre Agosto Julio Junio Mayo Abril Marzo Febrero Enero	2'	→ 0	17'	12.16'	10.11'	1.9'	0 1 2 3 4 5
8 6 y día	0/Lunes 6/Martes 12/Miércoles 18/Jueves 24/Viernes 30/Sábado 36/Domingo	2'	→ 0	21'	16.20'	13.15'	1.12'	0 1 2 3 4 5

Puntuación total (máxima = 40) **13**

11 Dígitos (optativa)

TERMINACIÓN: Con puntuación cero en los dos intentos del elemento. Aplicar siempre los dos intentos de cada elemento.

ANOTACIÓN: Todas las respuestas literalmente.

PUNTAJÓN: 0 o 1 en cada intento.

Elemento/Intento	Respuesta	Punt.
1	Intento 1 1-7 ✓	0 1
	Intento 2 6-3 ✓	0 1
2	Intento 1 5-8-2 ✓	0 1
	Intento 2 6-9-4 ✓	0 1
3	Intento 1 6-4-3-9 ✓	0 1
	Intento 2 7-2-8-6 ✓	0 1
4	Intento 1 4-2-7-3-1 ✓	0 1
	Intento 2 7-5-8-3-6 ✓	0 1
5	Intento 1 6-1-9-4-7-3 ✓	0 1
	Intento 2 3-9-2-4-8-7 ✓	0 1
6	Intento 1 5-9-1-7-4-2-8 ✓	0 1
	Intento 2 4-1-7-9-3-8-6 ✓	0 1
7	Intento 1 5-8-1-9-2-6-4-7 ✓	0 1
	Intento 2 3-8-2-9-5-1-7-4 ✓	0 1
8	Intento 1 2-7-5-8-6-2-5-8-4 ✓	0 1
	Intento 2 7-1-3-9-4-2-5-6-8 ✓	0 1

Puntuación Orden directo (máxima = 16) **9**

Elemento/Intento	(Respuesta correcta)/Respuesta	Punt.
1	Intento 1 2-4 (4-2) ✓	0 1
	Intento 2 5-7 (7-5) ✓	0 1
2	Intento 1 6-2-9 (9-2-6) ✓	0 1
	Intento 2 4-1-5 (5-1-4) ✓	0 1
3	Intento 1 3-2-7-9 (9-7-2-3) ✓	0 1
	Intento 2 4-9-6-8 (8-6-9-4) ✓	0 1
4	Intento 1 1-5-2-8-6 (6-8-2-5-1) ✓	0 1
	Intento 2 6-1-8-4-3 (3-4-8-1-6) ✓	0 1
5	Intento 1 5-3-9-4-1-8 (8-1-4-9-3-5) ✓	0 1
	Intento 2 7-2-4-8-5-6 (6-5-8-4-2-7) ✓	0 1
6	Intento 1 8-1-2-9-3-6-5 (5-6-3-9-2-1-8) ✓	0 1
	Intento 2 4-7-3-9-1-2-8 (8-2-1-9-3-7-4) ✓	0 1
7	Intento 1 9-4-3-7-6-2-5-8 (8-5-2-6-7-3-4-9) ✓	0 1
	Intento 2 7-2-8-1-9-6-5-3 (3-5-6-9-1-8-2-7) ✓	0 1

Puntuación Orden Inverso (máxima = 14) **2**

Punt. Orden directo + Punt. Orden Inverso = Puntuación total (máxima = 30) **11**

12 Textos II

APLICAR ESTE TEST DE 25 A 35 MINUTOS DESPUES DE TEXTOS I.

ANOTACIÓN: Haga una marca (X) en cada unidad que se recuerde literalmente. Anote igualmente en cada unidad las respuestas que no se den literalmente.

PUNTAJÓN: 0 o 1 punto por cada unidad o tema según los criterios citados en el manual.

Recuerdo

¿Con ayuda? Sí No

La mujer había denunciado que le habían robado

Texto A	Unidad	Tema	Criterio de puntuación
Ana	0 1		Ana, o una variante del nombre
López, de Sevilla	0 1		Se exige Lopez
La Nueva, empleada como cocinera en la cafetería de una empresa,	0 1	0 1	Sevilla (en cualquier contexto) La Nueva (en cualquier contexto) Indicación de un protagonista femenino
denunció	0 1	0 1	Indicación de que tiene un trabajo Cocinera u otra palabra similar
en la comisaría de policía que había sido asaltada la noche anterior frente al número 56 de la calle Mayor y que la habían robado su dinero.	0 1	0 1	Se exige cafetería Se exige empresa Indicación de que la protagonista está trabajando Indicación de que se ha presentado una demanda oficial ante la autoridad, en cualquier contexto
Tenia cuatro niños pequeños,	0 1	0 1	Comisaría o palabra sinónima, en cualquier contexto Policía (en cualquier contexto) Indicación de asalto, atraco, amenaza con armas, etc. Indicación de que el atraco se produjo la noche anterior Número comprendido entre 49 y 60 Calle Mayor (en cualquier contexto)
no había podido pagar el alquiler y llevaban dos días sin comer.	0 1	0 1	Indicación de que le robaron
La policía,	0 1	0 1	Indicación de que habían robado a la protagonista Se exige el número cuatro y la idea de que los niños eran suyos Se exige niños o algún sinónimo
conmovida por la historia de la mujer,	0 1	0 1	Indicación de que la protagonista tenía hijos pequeños Cualquier frase que refleje esta idea
realizó una colecta para ayudarla.	0 1	0 1	Se exige la indicación de dos días o duración similar Indicación de que la familia estaba sin comer Indicación de que los protagonistas estaban necesitados de ayuda Palabra o frase que signifique uno o más miembros de la policía, en cualquier contexto Indicación de que la historia provocó simpatía y emoción

Texto A. Punt. de unidades (máxima = 36) **3**

Texto A. Punt. de temas (máxima = 7) **2**

12 Textos II (continuación)

¿Con ayuda? Sí No

El caso del avión, una persona no había subido, y le daba pena por los pasajeros maltratados. Le avisó al vuelo.

Texto B	Unidad	Tema	Criterio de puntuación
A las ocho de la tarde	0	1	Se exige la hora exacta
del viernes,	0	1	Tarde (en cualquier contexto)
Juan	0	1	Se exige citar el viernes
Francisco	0	1	Juan o una variante del nombre
Rodríguez	0	1	Francisco o una variante del nombre
	0	1	Se exige citar el apellido
escuchaba la radio	0	0	Indicación de un personaje principal masculino
mientras preparaba su maleta para viajar.	0	1	Indicación de que estaba oyendo la radio
	0	1	Indicación de preparar la maleta
	0	1	Indicación de que pensaba ir de viaje
Una noticia	0	0	Indicación de que el protagonista pensaba marcharse
llamó su atención:	0	1	Indicación de que había una información
	0	1	Indicación de que captó su interés
se había producido un accidente en la pista número 2 del aeropuerto de su ciudad.	0	0	Indicación de que surge una noticia
	0	1	Indicación de la existencia de un accidente
	0	1	Debe aparecer el número de la pista
	0	1	Indicación del lugar del accidente
El locutor informaba que no se habían producido víctimas, aunque al menos 15 personas estaban siendo atendidas.	0	0	Indicación de que se ha producido un accidente
	0	1	Indicación de que alguien estaba dando la noticia
	0	1	Indicación de que no había habido muertos
	0	1	Mencionar el número de 15 personas heridas o afectadas
El incidente estaba provocando entre 3 y 4 horas de retraso en todos los vuelos internacionales.	0	1	Indicación de las consecuencias
	0	1	Deben mencionarse las 3 ó 4 horas de retraso
	0	1	Se debe mencionar todos
	0	1	Deben citarse los vuelos internacionales
Juan decidió aplazar su viaje.	0	0	Indicación de los retrasos debidos al accidente
	0	1	Indicación del aplazamiento
Llamó a la compañía y reservó un vuelo para la mañana siguiente.	0	0	Indicación del cambio de planes del personaje
	0	1	Indicación de que se puso en contacto con la compañía
	0	1	Indicación de que hizo una reserva
	0	1	Se debe mencionar la mañana siguiente
	0	1	Indicación de que el personaje cambió su vuelo

Texto B. Punt. de unidades (máxima = 25) **1** **1**
 Texto B. Punt. de temas (máxima = 7) **4** **3**
 Punt. total de Recordio (máxima = 50). Sumar las puntuaciones de unidades de los textos A y B.
 Punt. total de los temas (máxima = 14). Sumar las puntuaciones de temas de los textos A y B.

12 Textos II

Reconocimiento

ANOTACIÓN: Rodear Sí o No.

PUNTAJACIÓN: 0 ó 1 punto por elemento.

Elemento	Anotación	Puntos
Texto A		
1. La mujer, ¿se llamaba Diana López?	Sí No	0 1
2. ¿Se produjo la historia en Sevilla la Nueva?	Sí No	0 1
3. La mujer, ¿era cocinera?	Sí No	0 1
4. ¿Trabajaba en un restaurante?	Sí No	0 1
5. ¿Tenía cuatro hijos?	Sí No	0 1
6. Los niños, ¿eran adolescentes?	Sí No	0 1
7. El robo, ¿se produjo en la calle del Mercado?	Sí No	0 1
8. ¿La mujer dijo que le habían robado dos días antes?	Sí No	0 1
9. ¿Denunció el robo en la comisaría?	Sí No	0 1
10. ¿Le robaron frente al número 75 de la calle?	Sí No	0 1
11. ¿Había estado la familia sin comer durante cuatro días?	Sí No	0 1
12. ¿Habían pagado el alquiler?	Sí No	0 1
13. ¿Detuvo la policía al ladrón?	Sí No	0 1
14. ¿Se conmovió la policía con la historia de la mujer?	Sí No	0 1
15. ¿Organizó la policía una colecta?	Sí No	0 1
Texto B		
16. El hombre, ¿se llamaba Juan Francisco Rodríguez?	Sí No	0 1
17. ¿Era sábado por la tarde?	Sí No	0 1
18. ¿Eran las 8?	Sí No	0 1
19. ¿Estaba Juan preparándose para viajar?	Sí No	0 1
20. ¿Estaba escuchando la radio?	Sí No	0 1
21. ¿Había alguna noticia interesante?	Sí No	0 1
22. ¿El accidente se produjo en otra ciudad?	Sí No	0 1
23. ¿Ocurrió en la pista número 3?	Sí No	0 1
24. ¿Se habían producido víctimas?	Sí No	0 1
25. ¿Necesitaron atención 15 personas?	Sí No	0 1
26. ¿Provocó el accidente entre 6 y 7 horas de retraso?	Sí No	0 1
27. ¿Hubo retrasos en los vuelos nacionales?	Sí No	0 1
28. ¿Aplazó Juan su viaje?	Sí No	0 1
29. ¿Llamó Juan a la compañía?	Sí No	0 1
30. El nuevo vuelo, ¿era a la tarde siguiente?	Sí No	0 1

Puntuación total de Reconocimiento (máxima = 30) **13**

CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE RETENCIÓN

$$\frac{4}{10} \times 100 = 40\%$$
 Punt. total de Recordio Texto II (máxima = 50) = 4
 Punt. unidades del Texto A de Texto I + Punt. unidades del Texto B 2º Recordio (máxima = 50) = 10
 Porcentaje de retención (0 x 100%) = 40%

(4+6)

13 Caras II

APLICAR DE 25 A 35 MINUTOS DESPUES DE CARAS I.

ANOTACIÓN: Marcar SI o NO.

PUNTUACIÓN: 0 o 1 punto en cada elemento.

Elem.	Respuesta	Puntuación
1	SI	0
2	SI	0
3	SI	0
4	SI	0
5	SI	0
6	SI	0
7	SI	0
8	SI	0
9	SI	0
10	SI	0
11	SI	0
12	SI	0
13	SI	0
14	SI	0
15	SI	0
16	SI	0
17	SI	0
18	SI	0
19	SI	0
20	SI	0
21	SI	0
22	SI	0
23	SI	0
24	SI	0
25	SI	0
26	SI	0
27	SI	0
28	SI	0
29	SI	0
30	SI	0
31	SI	0
32	SI	0
33	SI	0
34	SI	0
35	SI	0
36	SI	0
37	SI	0
38	SI	0
39	SI	0
40	SI	0
41	SI	0
42	SI	0
43	SI	0
44	SI	0
45	SI	0
46	SI	0
47	SI	0
48	SI	0

Puntuación total de Reconocimiento (máxima = 48) **95**

14 Parejas de palabras II

Recuerdo

ANOTACIÓN: Hacer una marca (✓) por cada asociación correcta. Anotar literalmente las respuestas incorrectas.

PUNTUACIÓN: 0 o 1 punto por cada elemento.

APLICAR DE 25 A 35 MINUTOS DESPUES DE PAREJAS DE PALABRAS I.

ELEMENTO	CORRECTO	Respuesta	Puntos
Camión	Flecha		0
Bebé	Nuez	mama	1
Reptil	Payaso		1
Banco	Vela	silla	1
Luna	Flor	noche	1
Ratón	Papel		1
Rosa	Fruta		1
Caballo	Vaso	jinete	1

Puntuación total de Recuerdo (máxima = 8) **8**

CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE RETENCIÓN

PAREJAS DE PALABRAS II (máxima = 8) : PUNTO TOTAL DE RECuerdo (0 a 100%) = **100%**

RECONOCIMIENTO

ANOTACIÓN: Marcar SI o NO.

PUNTUACIÓN: 0 o 1 punto por cada elemento.

Elemento	Anotar SI o NO	Punt.
1 Rosa-Fruta	SI	0
2 Reina-Pulgar	SI	0
3 Caballo-Vaso	SI	0
4 Fútbol-Bosque	SI	0
5 Luna-Flor	SI	0
6 Ratón-Papel	SI	0
7 Plato-Casa	SI	0
8 Perfume-Mono	SI	0
9 Camión-Flecha	SI	0
10 Baile-Avión	SI	0
11 Almendra-Lápiz	SI	0
12 Banco-Vela	SI	0
13 Bebé-Nuez	SI	0
14 Bolsa-Cinta	SI	0
15 Miel-Telefono	SI	0
16 Reptil-Payaso	SI	0
17 Arruga-Termite	SI	0
18 Rosa-Fruta	SI	0
19 Pollo-Submarino	SI	0
20 Luna-Flor	SI	0
21 Lluvia-Circo	SI	0
22 Pan-Isla	SI	0
23 Caballo-Vaso	SI	0
24 Bebé-Nuez	SI	0

Puntuación total de Reconocimiento (máxima = 24) **21**

CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE RETENCIÓN

Caras II (máxima = 48) : Punt. TOTAL RECONOCIMIENTO (0 a 100%) = **44%**

15 Escenas II

APLICAR DE 25 A 35 MINUTOS DESPUES DE ESCENAS I.

ANOTACIÓN: Rodear los personajes y lugares recordados. Anotar las respuestas a las actividades literalmente.

PUNTUACIÓN: 0 a 4 puntos por cada personaje. Ver criterios en el manual.

Personaje	Puntos	Localización (según examinador)	Puntos	Actividad	Puntos	Ejemplos de puntuación máxima en actividades	Puntuación por personajes (0-4)				
1. MERIENDA											
Abuela	4.3	2.1	0								
Abuelo	0	4.3	2.1	0	1	siendo...					
Madre	4.3	2.1	0	1	ayudando la mesa.	0	1	2	Ve cómo el perro alcanza el disco	1	
Padre	0	4.3	2.1	0	1						
Hija	0	4.3	2.1	0	1						
Hijo	4.3	2.1	0	1							
Perro	0	4.3	2.1	0	1						
2. GRANDES ALMACENES											
Abuela	4.3	2.1	0	1							
Abuelo	0	4.3	2.1	0	1	viendo que van a comprar					
Madre	0	4.3	2.1	0	1	viendo que van a comprar	0	1	2	Coge un jersey	1
Padre	0	4.3	2.1	0	1						
Hija	0	4.3	2.1	0	1						
Hijo	4.3	2.1	0	1							
Perro	4.3	2.1	0	1							
3. JARDIN											
Abuela	0	4.3	2.1	0	1						
Abuelo	0	4.3	2.1	0	1						
Madre	4.3	2.1	0	1		curando					
Padre	4.3	2.1	0	1							
Hija	4.3	2.1	0	1		jugando en juguetes					
Hijo	0	4.3	2.1	0	1	Jugando	0	1	2	Corta el césped	1
Perro	0	4.3	2.1	0	1						
4. COMIDA											
Abuela	0	4.3	2.1	0	1						
Abuelo	4.3	2.1	0	1		esperando la cena					
Madre	0	4.3	2.1	0	1	serviendo la cena	0	1	2	Pasa la ensalada	3
Padre	0	4.3	2.1	0	1						
Hija	4.3	2.1	0	1							
Hijo	0	4.3	2.1	0	1	esperando la cena	0	1	2	Bebe té	2
Perro	4.3	2.1	0	1							

Puntuación total de Recuerdo (máxima = 64) **9**

CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE RETENCIÓN

Escenas II (máxima = 64) : Punt. TOTAL RECONOCIMIENTO (0 a 100%) = **100%**

16 Listas de palabras II

Recuerdo (optativa)

APLICAR DE 25 A 35 MINUTOS DESPUES DE LISTAS DE PALABRAS I.

ANOTACIÓN: Marcar (✓) cada palabra recordada. Anotar literalmente los errores.

PUNTAJACIÓN: 0 ó 1 en cada elemento.

ANOTACIÓN: Marcar Sí o No.

PUNTAJACIÓN: 0 ó 1 en cada elemento.

Lista A	Respuesta
Diana	—
Dedo	—
Sol	—
Cocodrilo	—
Moneda	—
Metro	—
Estudiante	—
Tráfico	—
Pino	—
Mar	—
Brazo	—
Hada	—
Intrusiones	—

Puntuación total de Recuerdo (máxima = 12) 0

Reconocimiento

Elemento	Anotación	Punt.	Elemento	Anotación	Punt.
1. Revista	Sí No 0 1		13. Sonrisa	Sí No 0 1	
2. Moneda	Sí No 0 1		14. Mar	Sí No 0 1	
3. Mantel	Sí No 0 1		15. Casa	Sí No 0 1	
4. Nido	Sí No 0 1		16. Brazo	Sí No 0 1	
5. Tráfico	Sí No 0 1		17. Estudiante	Sí No 0 1	
6. Doctor	Sí No 0 1		18. Cena	Sí No 0 1	
7. Diana	Sí No 0 1		19. Mano	Sí No 0 1	
8. Pino	Sí No 0 1		20. Cocodrilo	Sí No 0 1	
9. Pueblo	Sí No 0 1		21. Metro	Sí No 0 1	
10. Dedo	Sí No 0 1		22. Lazo	Sí No 0 1	
11. Tienda	Sí No 0 1		23. Sol	Sí No 0 1	
12. Hada	Sí No 0 1		24. Hotel	Sí No 0 1	

Puntuación total de Reconocimiento (máxima = 24) 11

CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE RETENCIÓN

$\frac{0}{3} \times 100 = 0$

Punt. Recuerdo Listas de palabras II (máxima = 12)

Punt. Recuerdo Listas de palabras I (máxima = 4)

Porcentaje de retención (0 a 100%)

17 Dibujos II

Recuerdo

APLICAR DE 25 A 35 MINUTOS DESPUES DE DIBUJOS I.

ANOTACIÓN: Ver los criterios de puntuación en el manual.

PUNTAJACIÓN: 0 ó 1 en cada elemento.

Mano usada: Izquierda Derecha

Dibujo	Puntuación	Observaciones
Dibujo A	—	Dibujo un triángulo.
Dibujo B	—	Dibujo un arbolito.
Dibujo C	—	
Dibujo D	—	
Dibujo E	—	

Puntuación total de Recuerdo (máxima = 104) 0

Reconocimiento

ANOTACIÓN: Rodear Sí o No.

PUNTAJACIÓN: 0 ó 1 en cada elemento.

Elem/Resp.	Punt.	Elem/Resp.	Punt.	Elem/Resp.	Punt.	Elem/Resp.	Punt.
1 Sí No 0 1		13 Sí No 0 1		25 Sí No 0 1		37 Sí No 0 1	
2 Sí No 0 1		14 Sí No 0 1		26 Sí No 0 1		38 Sí No 0 1	
3 Sí No 0 1		15 Sí No 0 1		27 Sí No 0 1		39 Sí No 0 1	
4 Sí No 0 1		16 Sí No 0 1		28 Sí No 0 1		40 Sí No 0 1	
5 Sí No 0 1		17 Sí No 0 1		29 Sí No 0 1		41 Sí No 0 1	
6 Sí No 0 1		18 Sí No 0 1		30 Sí No 0 1		42 Sí No 0 1	
7 Sí No 0 1		19 Sí No 0 1		31 Sí No 0 1		43 Sí No 0 1	
8 Sí No 0 1		20 Sí No 0 1		32 Sí No 0 1		44 Sí No 0 1	
9 Sí No 0 1		21 Sí No 0 1		33 Sí No 0 1		45 Sí No 0 1	
10 Sí No 0 1		22 Sí No 0 1		34 Sí No 0 1		46 Sí No 0 1	
11 Sí No 0 1		23 Sí No 0 1		35 Sí No 0 1		47 Sí No 0 1	
12 Sí No 0 1		24 Sí No 0 1		36 Sí No 0 1		48 Sí No 0 1	

Puntuación total de Reconocimiento (máxima = 48) 33

Copia

PUNTAJACIÓN: Ver los criterios de puntuación en el manual.

Mano usada: Izquierda Derecha

Dibujo	Puntuación	Observaciones
Dibujo A	8	
Dibujo B	4	
Dibujo C	18	
Dibujo D	34	
Dibujo E	26	

Puntuación total de Copia (máxima = 104) 90

Discriminación

ANOTACIÓN: Todas las respuestas literalmente.

PUNTAJACIÓN: 0 ó 1 en cada elemento.

Elemento	Resp. correcta	Respuesta	Punt.
1	5	5	0 1
2	3	2	0 1
3	4	4	0 1
4	5	3	0 1
5	2	2	0 1
6	6	6	0 1
7	1	1	0 1

Puntuación total de Discriminación (máxima = 7) 5

CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE RETENCIÓN

$\frac{0}{104} \times 100 = 0$

Punt. Recuerdo Dibujos II (máxima = 104)

Punt. Recuerdo Dibujos I (máxima = 104)

Porcentaje de retención (0 a 100%)

SESIÓN 02:

3' 43"

SESIÓN 01:

Cancelación con un sólo estímulo.

Busca y tacha todas las letras "5" como indica en el recuadro que aparece en la parte superior de la hoja de trabajo.

5

A4CR~~5~~T6U1S904G6JKR~~5~~PWT~~5~~UV7N9Z
X3MPE3V6B~~5~~JY~~5~~L0SWZX2CV4T~~5~~YP6S
DU~~5~~NM9MPAQ3ERT4TYVB~~5~~NKS~~5~~RT7T9
Y102P3R3UWPQSD~~5~~FGHJ6KL7ZX8CVB
N9MQ2W3E4RTY6U1~~5~~POSFH7JKL8VCS
~~5~~BNM6XSYI~~5~~4JKL~~5~~0BMTR6RBOP06BA
W~~5~~UOLP~~5~~N~~5~~VTBNJ~~5~~MIFDE~~5~~CTGB~~5~~NMU
T7FDE4SRT3JK2OP1GC~~5~~BXE~~5~~MP~~5~~Ñ9ZX
~~5~~CVB~~5~~BNMY6DTHC4BOP9NTC~~5~~EBU6C
RET7MOP9XE~~5~~CYV~~5~~NES6VMP7CXHE~~5~~Ñ
8RD~~5~~BQT7XPIUB9DV~~5~~BUNTR~~5~~ETUO8V
W1COP4VBR~~5~~NWETCS6VMP~~5~~LPHKY4
~~5~~YUFGRVBUJDXCERTYU6VED4VBY9F
DEXCTHN4VBTD2CV~~5~~WS3XCE27U KIO
LP9KLIJN7BHYBT6VB7U 8IKM9OLK6HB
GT~~5~~TGRF4RFCD3EDXC3WEDR2ESDGH
1ASXCE34GBN~~5~~LMIOP98UHYGBT6GVR
FC8YHJM4GBH~~5~~HNHJKI6HNMIK7TG8J

3' 13"

Cancelación con dos estímulos.

Busca y tacha todas las letras "G" y todas las letras "R" pero sólo y cuando aparecen consecutivamente, como indica en el recuadro que aparece en la parte superior de la hoja de trabajo.

GR

A~~5~~GR~~5~~PC~~5~~RIGRMORTY~~5~~GRDROMZW~~5~~GRNSX
TKGT~~5~~CM~~5~~GRAP~~5~~ÑW~~5~~T~~5~~CRZQPRGTNUVWTG
RLGYUIET~~5~~ORBYIO~~5~~GRMNDTFG~~5~~CREUIO
PBNXDFGTBC~~5~~RTIRVCC~~5~~RBRTYQEIBC
~~5~~GRPOIG~~5~~RVRSDTY~~5~~GRVHISXTW~~5~~GRQCL~~5~~Ñ
PBVRETUIPWOPEIO~~5~~GRKJHGEGUYTER
CDSVBNMWERT~~5~~CRHJKETQSVSGNMFS
IPB~~5~~GRMHTKETYCFGHL~~5~~NPWEGRYPOM
NVGYIFRYHJXC~~5~~CRYRTYUIOPIOFGHGJ
KL~~5~~ÑASCEVRB~~5~~ORNTWQSAERTW~~5~~ORGY
HUIJKMNVGFRXNIMOPL~~5~~ÑFBHTYNYRE
CVRTYUWSXCRFGNOPLMKIUJNHERCT
TYRF~~5~~GRXCPE~~5~~SBMFYJSETUOPLM~~5~~ÑKNH
Y~~5~~GRVTD~~5~~CRE~~5~~XCWZRUOPL~~5~~ÑMJIUBY~~5~~GR
ERGC~~5~~SWTIUZW~~5~~CXERASDVTBNTHUIO
FCRTHJKLP~~5~~ÑOKMJUNHYBGTVFR~~5~~CFRE
DCWSXWASZQSEDC~~5~~FBVGTBHYNUJIKMO

50''

Cancelación con un estímulo.

Busca y tacha todos los símbolos "&" como indica en el recuadro que aparece en la parte superior de la hoja de trabajo.

&

4:00

Búsqueda de símbolos / dibujos.

Verifica el número asignado a cada estímulo y escríbelo en la casilla correspondiente.

MODELO:

%	\$	≠	/	#	♥	☆	↓	△	{ }
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

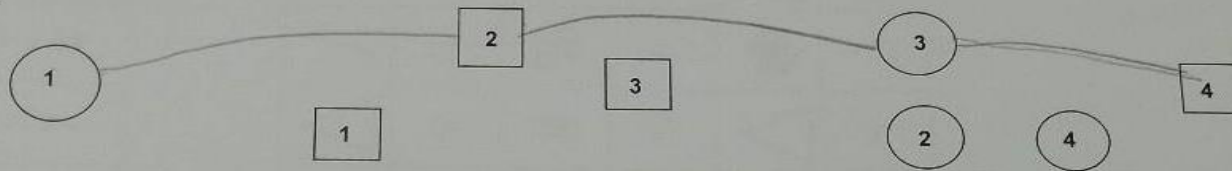
%	↓	≠	/	#	♥	△	/	\$	☆
1	8	3	4	5	6	9	4	2	7
♥	{ }	☆	↓	{ }	%	#	%	↓	%
6	0	7	8	0	1	5	1	8	1
☆	\$	♥	%	{ }	♥	△	≠	△	%
7	2	6	1	0	6	9	3	9	1

SESIÓN 04:

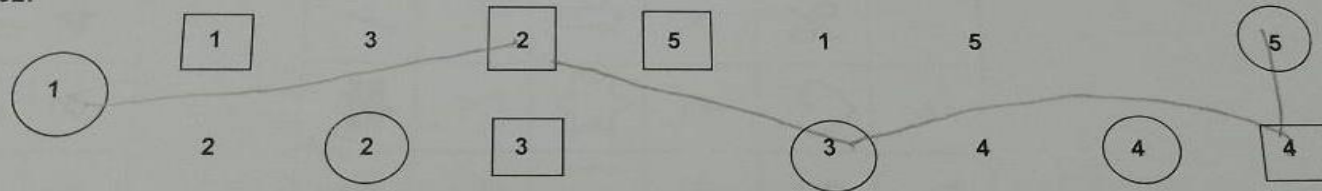
¿QUÉ LE SIGUE?

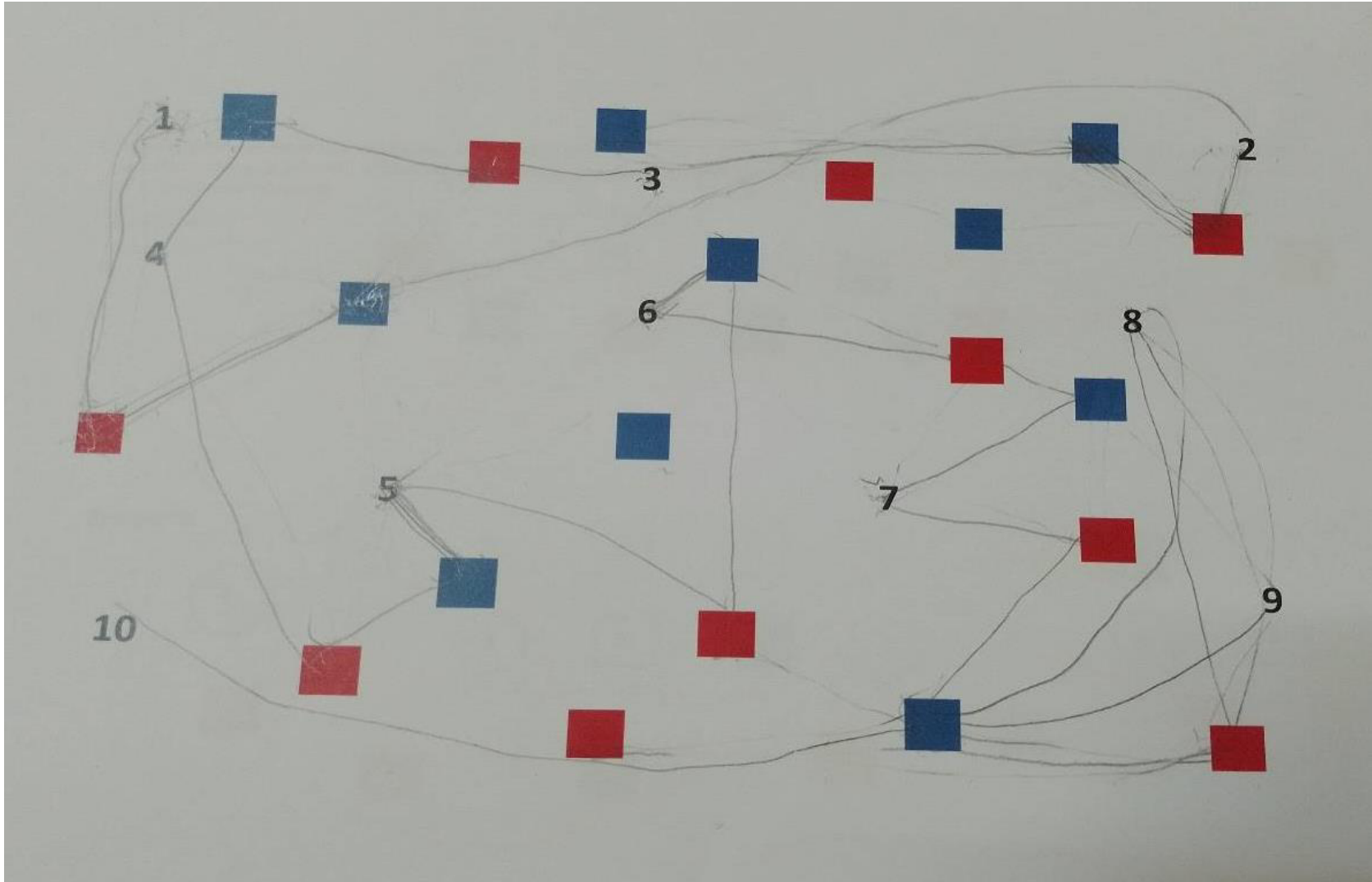
Une los números en orden creciente, empezando por el número 1, alternando círculos y cuadrados. De esta manera, el número 1 que está ubicado dentro del círculo se unirá al número 2 enmarcado en un cuadrado, por ende, continuará el número 3 que se encuentra dentro del círculo, y así sucesivamente.

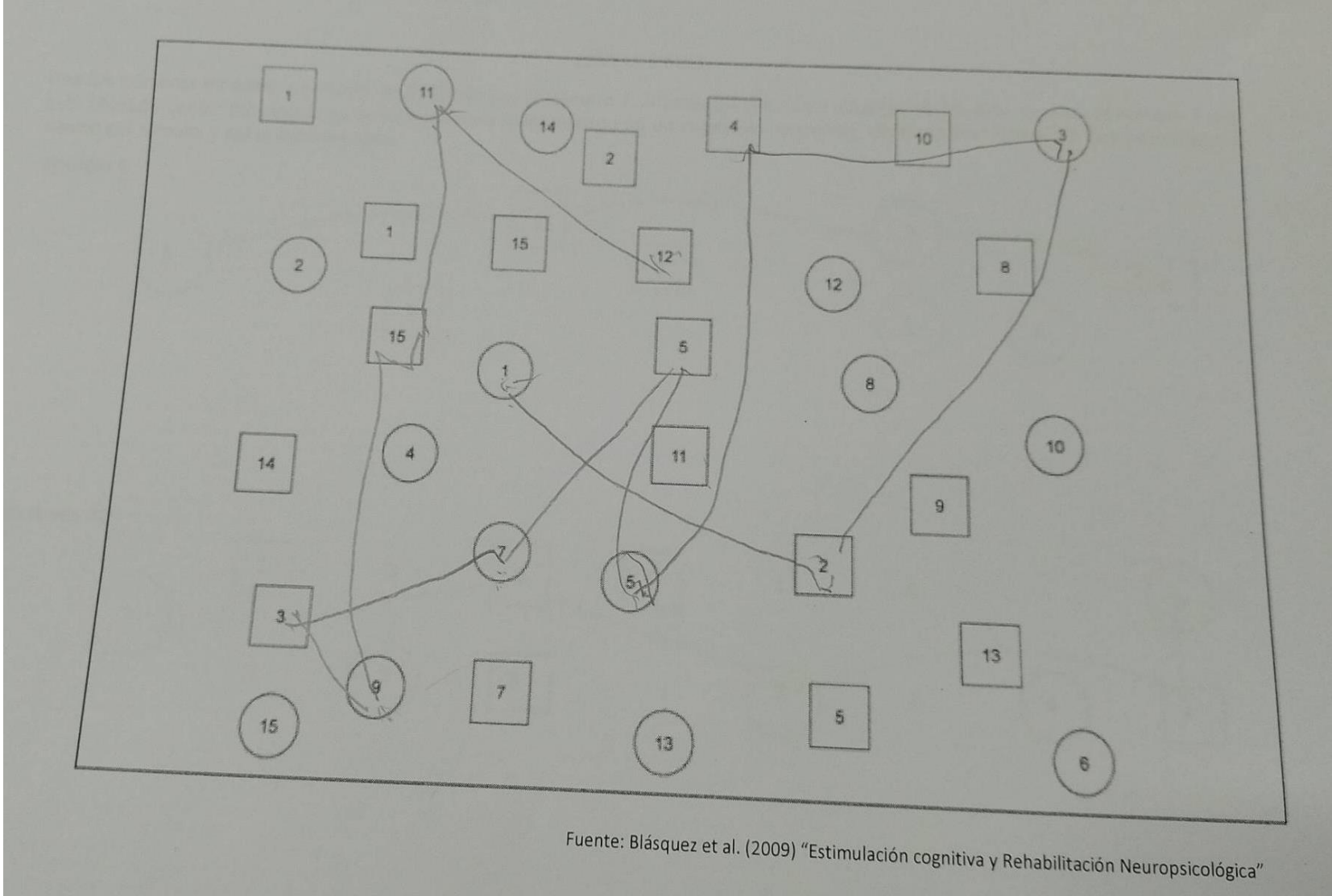
Ejemplo 1:



Ejemplo 02:





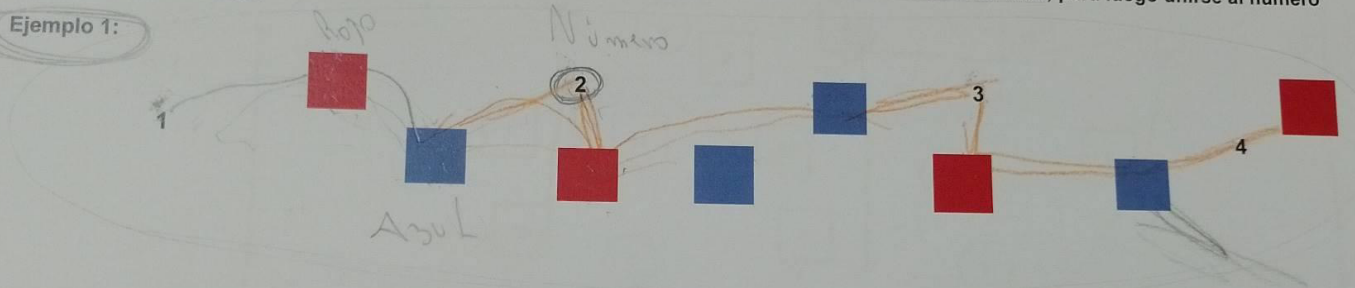


Fuente: Blásquez et al. (2009) "Estimulación cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica"

¿QUÉ LE SIGUE?

Une los números en orden creciente, empezando por el número 1, alternando los números y cuadrados (de color rojo y de color azul). De esta manera, el número 1 se unirá al cuadrado de color rojo, y éste se unirá al cuadrado de color azul, para luego unirse al número 02, y así sucesivamente.

Ejemplo 1:



Ejemplo 02:

