



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO CLÍNICO: PERFIL NEUROPSICOLÓGICO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN BASADO EN UN CASO DE ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

**Línea de investigación:
Neurociencias del comportamiento**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad

Profesional en Neuropsicología

Autor

Valdivia Quispe, Rocío Andrea

Asesor

Alegre Bravo, Alberto

ORCID: 0000-0001-6331-6094

Jurado

Silva Díaz, Belizardo

Placencia Medina, Elba Yolanda

Valle Canales, Haydeé

Lima - Perú

2025

CASO CLÍNICO: PERFIL NEUROPSICOLÓGICO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN BASADO EN UN CASO DE ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

3%

2

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

3%

3

Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal

Trabajo del estudiante

2%

4

es.slideshare.net

Fuente de Internet

<1%

5

www.researchgate.net

Fuente de Internet

<1%

6

www.incn.gob.pe

Fuente de Internet

<1%

7

Submitted to Universidad Internacional de la Rioja

Trabajo del estudiante

<1%

8

idoc.pub



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO CLÍNICO: PERFIL NEUROPSICOLÓGICO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN BASADO EN UN CASO DE ADULTO MAYOR CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

Línea de Investigación:

Neurociencias del comportamiento

Trabajo Académico para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en
Neuropsicología

Autora:

Valdivia Quispe, Rocío Andrea

Asesor:

Alegre Bravo, Alberto Agustín

ORCID: 0000-0001-6331-6094

Jurado:

Silva Díaz, Belizardo

Placencia Medina, Elba Yolanda

Valle Canales, Haydeé

Lima – Perú

2025

PENSAMIENTOS

*Todo hombre puede ser,
si se lo propone,
escultor de su propio cerebro.*

Santiago Ramón Y Cajal

*El cerebro no es un vaso por llenar,
sino una lámpara por encender.*

Plutarco

DEDICATORIA

A mí por ser perseverante, fuerte, guapa e inteligente.

A mí familia también por apoyarme y celebrar mis logros.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por su constante motivación
y apoyo a superarnos mi hermanita y yo.

A mis maestros neuropsicólogos de pregrado, internado y
segunda especialidad los admiro y agradezco
por su dedicación y grandes enseñanzas.

ÍNDICE

Resumen.....	9
Abstract.....	10
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Descripción del Problema	13
1.2 Antecedentes.....	15
<i>1.2.1. Antecedentes Nacionales</i>	<i>15</i>
<i>1.2.2. Antecedentes Internacionales</i>	<i>17</i>
<i>1.2.3. Marco teórico</i>	<i>19</i>
1.3 Objetivos	28
<i>1.3.1. Objetivo general</i>	<i>28</i>
<i>1.3.2. Objetivos específicos</i>	<i>28</i>
1.4 Justificación.....	29
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	29
II. METODOLOGÍA	31
2.1 Tipo y diseño de Investigación.....	31
2.2 Ámbito temporal y espacial.....	31
2.3 Variables de Investigación.....	31
2.4 Participante.....	33
2.5 Técnicas e instrumentos	33

2.6 Intervención neuropsicológica	60
2.6.1 <i>Propuesta de programa de rehabilitación neuropsicológica</i>	60
2.6.2 <i>Objetivos</i>	60
2.7 Procedimiento.....	63
2.8 Consideraciones éticas	84
III. RESULTADOS	85
3.1 Análisis de resultados	85
3.2 Discusión de resultados	86
3.3 Seguimiento.....	88
IV. CONCLUSIONES.....	90
V. RECOMENDACIONES	91
VI. REFERENCIAS.....	92
VII. ANEXOS.....	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados de las evaluaciones realizadas	43
Tabla 2 Resultados cuantitativos de la prueba	45
Tabla 3 Propuesta de rehabilitación neuropsicológica	61
Tabla 4 Sesión 01	64
Tabla 5 Sesión 02	65
Tabla 6 Sesión 03	66
Tabla 7 Sesión 04	67
Tabla 8 Sesión 05	68
Tabla 9 Sesión 06	69
Tabla 10 Sesión 07	70
Tabla 11 Sesión 08	71
Tabla 12 Sesión 09	72
Tabla 13 Sesión 10	73
Tabla 14 Sesión 11	74
Tabla 15 Sesión 12	75
Tabla 16 Sesión 13	76
Tabla 17 Sesión 14	77
Tabla 18 Sesión 15	78
Tabla 19 Sesión 16	79
Tabla 20 Sesión 17	80
Tabla 21 Sesión 18	81
Tabla 22 Sesión 19	82
Tabla 23 Sesión 20	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Perfil Cognitivo del paciente	48
Figura 2 Resultados cuantitativos del test del reloj	49
Figura 3 Gráfico con resultados del Test de interferencia de colores	50
Figura 4 Gráfico con resultados del test de Yesavage.....	51
Figura 5 Gráfico con resultados del Test de Alteración de Memoria T@M.....	52

Resumen

De acuerdo con las estadísticas de daño cerebral, en los últimos años los accidentes cerebrovasculares se están reportando con mayor incidencia, produciendo la muerte o en aquellos que sobreviven, sufrirán afectaciones, en mayor medida producen disfuncionalidad a nivel neuropsicológico, sobre todo en las áreas de atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas e incluso podría generar una hemiplejía, limitando así la autonomía y actividades del día a día de los pacientes con este tipo de diagnóstico. **Objetivo:** Elaborar un perfil neuropsicológico de un paciente adulto mayor con secuelas de un accidente cerebrovascular de tipo isquémico, para lo cual se ejecutó la evaluación neuropsicológica aplicando distintas pruebas específicas y de screening. Se detectó un deterioro cognitivo leve de dominios múltiples, además se evidencia alteraciones en la memoria, funciones ejecutivas y atención. Posteriormente con los resultados obtenidos se propone un programa de rehabilitación neuropsicológica.

Palabras clave: accidente cerebrovascular, isquémico, perfil neuropsicológico, deterioro cognitivo.

Abstract

According to statistics on brain damage, in recent years strokes have been reported with a higher incidence, causing death or those who survive will suffer impairment, to a greater extent they produce dysfunction at a neuropsychological level, especially in the areas of attention, memory, language and executive functions and could even generate hemiplegia, thus limiting the autonomy and day-to-day activities of patients with this type of diagnosis. This case study aims to develop a neuropsychological profile of an elderly patient with sequelae of two ischemic strokes, for which the neuropsychological evaluation was carried out by applying different specific and screening tests. A mild multi-domain cognitive impairment was detected with possible damage to the temporal and frontal lobes, and alterations in memory, executive functions and attention were also evident. Subsequently, with the results obtained, a neuropsychological rehabilitation program is proposed.

Keywords: stroke, ischemic, neuropsychological profile, cognitive impairment.

I. INTRODUCCIÓN

Un accidente cerebrovascular (ACV) es un daño focal o difuso que puede darse de manera permanente o temporal a consecuencia de la obstaculización del torrente sanguíneo al cerebro, y se caracteriza por ser frecuente en adultos mayores. Sin embargo, se puede presentar en edades medias de la vida, e incluso en los últimos años, más adultos jóvenes están padeciendo de este desorden neurológico que genera discapacidad e incluso es causa de muerte, después del cáncer y patologías cardíacas (Ortiz et al., 2020).

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN, 2022) resalta que los accidentes cerebrovasculares es una de las causas principales de muerte en poblaciones adultas y también genera secuelas considerables en pacientes que han padecido de algún ictus.

Así mismo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) la incidencia de ictus a nivel mundial es de 200 casos por 100.000 habitantes al año y pronostica un aumento del 27% en la incidencia del ictus entre los años 2000 y 2025, lo cual también estaría relacionado con el envejecimiento en la población mundial.

De acuerdo con estudios relacionados, y con énfasis en determinar la patogenia de las enfermedades cerebrovasculares, ésta se ha catalogado en dos clasificaciones, las cuales son: Isquémica y hemorrágica, en la primera mengua el flujo sanguíneo (FSC) que se dirige de una región cerebral a otra y por consiguiente genera la necrosis tisular produciendo un daño cerebral irreparable. La segunda clasificación denominada hemorrágica se origina por una filtración de sangre debido a la ruptura de algún vaso sanguíneo (Sequeiros et al., 2020).

Ante la supervivencia del paciente, tras sufrir un accidente cerebrovascular, tendrá déficits cognitivos que repercutirá negativamente en la calidad de vida generando dificultades en las áreas sociofamiliar y laboral, por lo que es importante y necesaria la rehabilitación cognitiva para mejorar el rendimiento del paciente. La recuperación podría durar varios meses

y los mecanismos que se emplean son la neuroplasticidad, reserva cognitiva y mejoría de la diátesis (Ortiz et al, 2020)

Un grupo de especialistas y metodólogos en accidentes cerebrovasculares de nuestro país realizaron un importante estudio para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda en ACV Isquémico y sea utilizada como guía a nivel nacional, en la que detallaron que el ACV Isquémico equivale al 85% del total de los casos de ACV y es un daño neurológico que genera mortalidad y alto número de discapacidad (Alessandro et al., 2020).

Debido a las estadísticas de incidencia y prevalencia de los accidentes cerebrovasculares de tipo isquémico en nuestro país, se ha considerado realizar un estudio de caso clínico de un paciente que ha padecido un ACV isquémico y la propuesta de un plan de intervención neuropsicológico a aplicar para lograr mejorías en su desempeño cognitivo.

A través de un caso clínico se busca determinar el perfil neuropsicológico que permita la creación de un Programa de rehabilitación neuropsicológica que sirva de referencia y promueva la intervención a nivel neurocognitivo de los pacientes con daño cerebral, específicamente en accidentes cerebrovasculares de clasificación isquémica.

Paciente adulto mayor de sexo masculino, de 66 años, con estudios completos de educación secundaria, casado hace veinte años y padre de familia, se estuvo desempeñando como agente de seguridad por décadas, sin embargo, hace cuatro años atrás padeció de un Accidente cerebro vascular (ACV) de tipo isquémico, específicamente un infarto lacunar y que por diversos motivos no ha podido recibir rehabilitación en cuanto a los procesos cognitivos afectados debido a su situación económica, falta de accesibilidad y desconocimiento de la especialidad.

La expectativa con esta propuesta de programa de rehabilitación neuropsicológica denominada “Neurorestauración”, tendrán como punto de partida las evaluaciones pertinentes

y a partir del perfil obtenido proponer intervenciones que logren efectos de mejoría neurocognitiva y vaya a la medida de las necesidades del paciente.

1.1 Descripción del Problema

El presente trabajo académico se enfoca en un adulto mayor que en la actualidad cuenta con 66 años, de sexo masculino, quien ha sufrido un accidente cerebrovascular isquémico (ACVI). El paciente en mención presentó parálisis facial en el lado izquierdo del rostro en el año 2017, al llegar al Hospital Cayetano Heredia, luego de realizarse las pruebas pertinentes como análisis de sangre, resonancia magnética y pruebas de laboratorio para determinar la cantidad de comorbilidad, los especialistas le diagnosticaron hipertensión arterial en la especialidad de neurología, desde ese episodio el paciente señala que escucha un sonido similar al de un pito de zumbido de vez en cuando (Tinnitus) en ambos oídos estando despierto o dormido, con una frecuencia diaria y le genera mucha incomodidad, posteriormente en el mes de agosto del año 2020 padeció un infarto lacunar, luego de las evaluaciones como examen físico, análisis de sangre y pruebas de neuroimagen se llegó a la conclusión de que el paciente no requería ser intervenido quirúrgicamente debido a que el ACVI fue considerado de magnitud leve y solo necesito de medicamentos como ácido acetilsalicílico, losartan, hidroclorotiazida y atorvastatina.

El paciente estuvo internado por el lapso de tres semanas con atención, seguimiento médico y bajo el compromiso de seguir las recomendaciones en cuanto a la ingesta de medicamentos y esperar un tiempo prudente de mes y medio, el paciente posteriormente realizó terapias físicas y de lenguaje con frecuencia de dos sesiones por semana por especialidad en el Hospital Nacional Cayetano Heredia para poder mejorar el desempeño de su motricidad y lenguaje expresivo. Cabe resaltar que hasta el inicio de esta investigación el evaluado no ha tenido un tratamiento neuropsicológico pese a prescripción del médico tratante, debido a la

poca accesibilidad a un especialista neuropsicólogo en los Hospitales a los que asiste y tampoco cuenta con el recurso económico necesario.

A consecuencia del daño cerebral sufrido, el paciente ha quedado con secuelas a nivel motor como pesadez, desvanecimiento y poco control de fuerza en sus extremidades izquierdas, al despertar y también las veces que se siente estresado ha tenido la sensación de adormecimiento y sensación de dureza en la zona posterior de la cabeza, hubo oportunidades que por el propio cansancio presentado por el paciente este se ha desvanecido. También su esposa refiere que el evaluado se olvida de las cosas, por ejemplo, dejar la tetera hirviendo y no recordar que debe apagar la cocina, se impone y muestra conductas agresivas llegando a decir palabras ofensivas a su esposa e hija, le cuesta prestar atención cuando le explican algo da la impresión de no retener la información, en oportunidades articula lenguaje con dificultad, pues presenta problemas para pronunciar fonemas, también en conversaciones suele desviarse del tema, llegando a decir muchas cosas que desordenan lo que hablaba inicialmente.

Además, su entorno familiar más cercano observa que su párpado izquierdo ha ido cayendo en los últimos meses, a diferencia del párpado derecho que se mantiene en el mismo lugar, dando una impresión de asimetría en su rostro. Toma el medicamento lisinopril (Prinivil, Zestril) diariamente para controlar la hipertensión arterial.

Actualmente y durante todo el proceso de la entrevistas y evaluación en el tiempo de desarrollo de esta investigación, el paciente se ha mostrado con una actitud colaborativa y su entorno familiar más cercano, específicamente su esposa, ha participado y se ha involucrado convenientemente, favoreciendo así, la eficacia de este estudio realizado y del programa personalizado y la recuperación neurocognitiva del paciente.

1.2 Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

A continuación, sobre los antecedentes nacionales, se han escogido las siguientes investigaciones relacionadas a las variables de la investigación:

Ponce (2023) realizó un trabajo académico titulado “Perfil neuropsicológico y propuesta de intervención en caso clínico: Síndrome amnésico después de paro cardiorespiratorio” en el que describe el perfil neuropsicológico de un paciente que obtuvo secuelas neuropsicológicas como: Amnesia retrograda severa, dificultades en la memoria, movimientos involuntarios, conducta pueril. Luego realizó el planteamiento de un programa de rehabilitación neuropsicológica para mejorar el funcionamiento a nivel neurocognitivo de la joven de 32 años.

Pizarro (2020) elaboró un trabajo al cual llamó “Perfil neuropsicológico en pacientes que sufrieron Infarto Agudo de Miocardio en un Hospital de Lima”, en el que logró plantear el perfil neuropsicológico de pacientes en el que aplicó la evaluación neuropsicológica breve en español – Neuropsi y pudo detectar deterioro cognitivo con niveles leve, moderado y severo en las áreas de atención y concentración, evocación; demostrando así la importancia de las evaluaciones neuropsicológicas para el planteamiento del perfil y lo cual conlleva a la necesidad de diagnosticar e intervenir a nivel neuropsicológico.

Carlos (2022) realizó un estudio titulado: “Efectividad de los Programas de Intervención Neuropsicológica en pacientes adultos mayores con accidentes cerebro vascular en Latinoamérica 2011-2021: Una revisión sistemática”, el objetivo general de esta investigación es determinar la efectividad de programas de tratamiento neuropsicológico en adultos mayores con accidente cerebrovascular, mediante a una exhaustiva exploración y análisis de diversos estudios se pudo determinar al 100%, que posterior a la intervención

neuropsicológica hay notables trascendencias de recuperación en los pacientes atendidos para rehabilitar sus procesos neurocognitivos como: Atención, percepción, motricidad, lenguaje, función ejecutiva, praxias y mejoras en la calidad de vida de los pacientes, demostrando la efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en ACV.

Ríos (2022) desarrolló una investigación, nombrada: “Perfil neuropsicológico de un caso de deterioro cognitivo con secuelas de ACV hemorrágico en un policlínico de Lima Metropolitana”, ubicado en el distrito de Magdalena del Mar, en donde planteaba entre los objetivos específicos, elaborar un programa de rehabilitación neuropsicológica dirigido para un paciente diagnosticado de deterioro cognitivo con secuelas de un accidente cerebrovascular hemorrágico, cuyo programa de intervención neuropsicológica basada principalmente en la técnica de restauración y compensación, marcando los objetivos de estimular la capacidad de percepción mediante estímulos visuales, auditivos y táctiles, también estimular la función ejecutiva por medio de actividades de ordenamiento, interferencia, planificación e inhibición, además, estimular la memoria de corto y largo plazo realizando tareas de estímulo y recuerdo en distintos niveles de dificultad. Por último, mejorar en el paciente el conocimiento y reconocimiento de su entorno para mejorar la función cognitiva de orientación.

Cornejo (2018) quien elaboró un trabajo de título: “Programa de rehabilitación de funciones neuropsicológicas afectadas en pacientes con ACV”, en el que empleó estrategias de tratamiento enfocadas a mejorar la disfuncionalidad neurocognitiva, después de una rigurosa evaluación neuropsicológica que le permitiera determinar un diagnóstico, usando los test: Batería de evaluación neuropsicológica breve en español, Escala de memoria de Weschler, Stroop, Test de figura compleja de Rey y la Evaluación del Mini Mental State evaluation y asimismo lograr diseñar un programa de rehabilitación neuropsicológica que logró fortalecer los diversos procesos cognitivos como: Concentración, atención, motricidad, praxia, memoria

y lenguaje, por medio de una intervención de seis etapas, conformado por diecisiete sesiones en la duración de dos meses.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Se indagó investigaciones de otros países, relacionadas al tratamiento neuropsicológico por accidente cerebrovascular (ACV) y las siguientes citadas son las más relevantes:

Ortiz (2022) elaboró un estudio con el título “Evaluación e intervención neuropsicológica en un caso de ACV por aneurisma de la arteria comunicante anterior (ACA)” en el que realizó una serie de evaluaciones y un plan de intervención neuropsicológica para el diagnóstico de lesión frontal bilateral de predominio izquierdo causado por un ACV, en el que logra identificar un trastorno cognitivo mayor y disfuncionalidad en atención selectiva, alternante, velocidad de procesamiento, memoria a corto y largo plazo, en funciones ejecutivas y anosognosia. Interviene por cinco meses dividido en tres sesiones de cuarenta y cinco minutos para ejercitar en habilidades de compensación.

Villada y Pineda (2022) realizó un estudio de nombre “Perfil neuropsicológico en pacientes con trauma craneoencefálico atendidos en un hospital de alta complejidad de Medellín, Colombia”, en el que realizaron seguimiento de las historias, reportes, evaluaciones neuropsicológicas en adultos que sufrieron traumatismos craneoencefálicos y lograron determinar síndromes neuropsicológicos amnésicos, disejecutivos, disfuncionalidad en atención y también cambios a nivel conductual con alteraciones en tareas convencionales de la vida cotidiana de los pacientes.

Ocampo et al. (2022) realizaron una investigación “Intervenciones neuropsicológicas en pacientes con accidentes cerebro vascular”, en la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno, casa de estudios pública en Santa Cruz de la Sierra, en el país de Bolivia, la cual está enfocada en la recopilación, selección de información precisa y fuentes documentales que sean

de utilidad en futuros diseños de programas de intervención neuropsicológica enfocadas en el tratamiento para la recuperación de funciones neurocognitivas en personas con secuelas de ACV. En la discusión de los resultados obtenidos plasman que es recurrente el trabajo enfocado en los procesos de atención, memoria (memoria de trabajo, corto y largo plazo), lenguaje, funciones ejecutivas y conducta, entre los test más usados en la recopilación de información se encontraron: Escala de *Weschler*, Test de Figura compleja del Rey, Evaluación del Mini Mental y Test de *Wisconsin*.

Botero y Peña (2023) para la Universidad CES de Medellín en Colombia, hicieron un estudio titulado “Protocolo ACVI: Rehabilitación neuropsicológica de fase temprana en adultos hospitalizados post ACV Isquémico de la arteria cerebral media” cuyo objetivo general fue crear un programa neuropsicológico que pueda rehabilitar a paciente adultos que pertenezcan al grupo etario de 40 hasta 70 años con ACV, durante el proceso fue determinante una adecuada y completa historia clínica que posteriormente con la participación del equipo interdisciplinario se proceda con las evaluaciones, aplicando como prueba neuropsicológica *Montreal Cognitive Assesment* (MoCA), planteando así un perfil neuropsicológico, emocional y funcional para iniciar con el tratamiento. El estudio menciona orientar el programa neuropsicológico a la rehabilitación de las funciones atencionales, velocidad de procesamiento y memoria para así lograr la neuroplasticidad neurocognitiva de los pacientes que sufrieron un daño cerebral como un accidente cerebrovascular.

Calderón et al. (2019) elaboraron una investigación en la Universidad Antonio Nariño de Tolima, Colombia, titulada “Rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral: Uso de herramientas tradicionales y realidad virtual”, en la que plasman el propósito de investigar, recopilar y analizar estudios previos sobre la rehabilitación neuropsicológica con herramientas tradicionales y virtuales. Los investigadores en este trabajo encontraron varios programas y software de rehabilitación cognitiva en la modalidad virtual como: *Smartbrain* el cual se enfoca

a trabajar la orientación, atención, memoria, lenguaje, apraxias y funciones ejecutivas. También *BioTrak* caracterizado por tres módulos para rehabilitar las áreas cognitivas, motora y psicosocial. Además, Neuro Home para rehabilitar las áreas motoras y cognitivas.

1.2.3. Marco teórico

La especialidad de neuropsicología ha tenido avances a la par de eventos canónicos como las guerras mundiales y la atención a los soldados con lesiones cerebrales, pero conforme al tiempo, mantiene el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y tiene constructos bastante consistentes con años de investigación, por lo cual ha ido desarrollando distintos enfoques y conceptos que han fueron mejorando para que la intervención sea la más adecuada y fructífera.

Luria desarrolló una teoría dividiendo en tres bloques funcionales, el primero encargado de la vigilia, recepcionar estímulos e información afín a la conducta y actividades más básicas del ser humano, cuyas áreas comprometidas serían el tronco cerebral, la corteza primitiva y la formación reticular; el segundo bloque funcional considerado como el receptor, codificador y almacenador de datos más específicos y sensoriales, las cuales se desarrollarían en zonas posteriores de la corteza cerebral; y la última unidad funcional enlazada con el control, coherencia, programación, acción, intención, flexibilidad y organización, explica también que es el último en desarrollarse debido a que toma tiempo para que el ser humano llegue a generar conexiones que sean más funcionales y complejas con una localización en las áreas frontales y motor-ejecutiva (Coelho et al., 2006).

Sobre la evaluación neuropsicológica Hebben y Milberg (2011) mencionaron en su libro *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*, que en la historia de la neuropsicología los test no fueron diseñados con el propósito de evaluar la funcionalidad cerebral, por el contrario evidenciaban la costumbre de la evaluación clínica tradicional, consideran importante

que los requisitos básicos y fundamentales de una prueba neuropsicológica requiere la detección de alteración en el cerebro y ser capaz de diferenciar adecuadamente el funcionamiento cerebral estándar del funcionamiento cerebral anormal.

En ese sentido, Portellano (2010) señala que la evaluación neuropsicológica debe facilitar el detalle y descripción exacta de los puntos débiles y fuertes del perfil neuropsicológico, con el propósito de organizar un plan de tratamiento focalizado y personalizado a las necesidades que presenta el paciente.

Cabe mencionar que Blázquez et al. (2008) consideran que la evaluación neuropsicológica estudia la relación entre la conducta y desempeño del sistema cerebral, la cual se trataría de un proceso para analizar la funcionalidad superior del cerebro mediante la observación del comportamiento con herramientas psicológicas, técnicas y pruebas de evaluación, sin embargo, lo que distingue y caracteriza a la evaluación neuropsicológica es estudiar la funcionalidad del cerebro.

Por su parte y entre lo más destacado, Tirapu (2007) manifiesta que los objetivos de la evaluación neuropsicológica son la descripción de futuras consecuencias de la afectación cerebral, precisar el perfil clínico, establecer un diagnóstico, crear un programa de intervención neuropsicológica, explicar detalladamente el progreso del paciente, pronosticar la evolución y analizar hipótesis sobre la conducta y el cerebro. También implica la revisión de informes médicos previos del paciente, entrevistar al entorno familiar, uso de las neuroimágenes y emplear la evaluación neuropsicológica formal utilizando pruebas de screening, baterías generales y tests específicos neuropsicológicos.

Para explicar sobre el perfil neuropsicológico Bernal et al. (2020) describe en su investigación de perfil neuropsicológico y propuestas de intervención en una enfermedad que afecta varios órganos incluido el cerebro, que el perfil neuropsicológico nace bajo el objetivo

de analizar mediante análisis de casos y un proceso de evaluación que permita estudiar y examinar los puntajes y respuestas obtenidas en las variables de los procesos cognitivos del paciente. También hace mención que el perfil neurocognitivo favorece el estudio de las funciones que se encuentran conservadas y si hay otras que se encuentran con algún tipo de afectación y después nos permitirá hacer el planteamiento de un programa de rehabilitación neuropsicológica.

Piñón et al. (2018) también describe y considera que el perfil neuropsicológico es preciso para reconocer y descubrir si existe alguna alteración funcional de los procesos neurocognitivos, además es de suma importancia para crear un programa de intervención que pueda ser de utilidad para rehabilitar las funciones cognitivas, ya que, tendría las actividades precisas y dirigidas hacia la necesidad del paciente.

Con relación a lo anterior Caldera y Ospina (2014) manifiestan en su investigación, que las características más importantes de un perfil neuropsicológico es identificar el estado de los procesos superiores mentales como la atención, la memoria y funciones ejecutivas, con las que se podría determinar factores neurológicos y al descubrir ello, comprobar de qué manera las funciones neurocognitivas influyen en la vida de los pacientes.

Sin embargo, Paúl et al (2008) identifican que entre lo más destacado del estudio de la neuropsicología es el determinar con exactitud los motivos por los que el evaluado tiene características de afectación o normalidad, se necesita conocimientos sobre los sistemas de ejercicio cognitivo, patologías y funcionamiento cerebral para así lograr observar, analizar e interpretar las distintas manifestaciones alteradas y normales de un paciente, con el cual se podrá obtener y describir un perfil neuropsicológico con habilidades sanas o dañadas.

Sobre la rehabilitación neuropsicológica Barbara Wilson fue una de las primeras en utilizar el término Rehabilitación neuropsicológica (RN) y la consideraba como un

procedimiento en el que las personas afectadas a nivel neurológico o lesión cerebral puedan recobrar las habilidades que tenía previo al daño o si es que esto no sería posible en su totalidad, pueda lograr adaptarse y no perder sus capacidades funcionales básicas de las áreas mental, física y social (Wilson et al, 2020). Posteriormente y de manera más puntual Sholberg y Mateer ,en 1989, definían la Rehabilitación neuropsicológica como un procedimiento terapéutico enfocado en aumentar la habilidad de una persona para procesar la información y también mejorar la funcionalidad en el día a día. En el mismo año Wilson considera que RN es una intervención en la que los pacientes con daño neurológico y el personal sanitario trabajan en conjunto para mejorar las deficiencias cognitivas que surgieron a consecuencia de una lesión a nivel cerebral (Wilson et al., 2020).

Años más tarde, Castillo (2002) resalta que la rehabilitación neuropsicológica se enfoca en la recuperación de los procesos cognitivos que han sido afectados a consecuencia de una lesión cerebral, además se encarga de renovar la comunicación de los sistemas cerebrales que han sido perjudicados en pacientes con enfermedades neurológicas, parkinson, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares u otros.

Por su lado, Bausela (2008) consideran que el inicio de la rehabilitación neuropsicológica es la evaluación y que gracias al adecuado análisis del funcionamiento cerebral y el planteamiento de un perfil neurocognitivo se plantean los déficits de los procesos cognitivos y también las habilidades que están preservadas, las cuales son necesarias para el tratamiento neuropsicológico de los usuarios. Además, mencionan dos objetivos, el primero dirigido a restituir las funciones cognitivas afectadas y el segundo objetivo es la compensación o sustitución de los procesos neurocognitivos.

Por lo tanto, De Noreña y Maestú (2008) concluyen que el principal objetivo de la RN es la autonomía del paciente y educación del entorno familiar para afrontar las deficiencias que

se puedan presentar, aplicando las mejores estrategias de intervención como: La restauración, cambio del entorno, ayudas externas, aprendizaje en procedimientos, aprendizaje directo, entrenamiento en habilidades y estrategias metacognitivas enfocadas en la vida cotidiana e idiosincrásicos para cada persona, con objetivos a mediano y largo plazo en las áreas de: Procesos cognitivos, compensación, entornos y rutinas, conducta, autonomía, conciencia, equipo y familia, considerando siempre aplicar un tratamiento con un modelo teórico, tareas organizadas, permitir repetir las actividades, fundamentar con la evaluación y tener flexibilidad.

Como función cognitiva de atención Álvarez et al. (2007) mencionan en su trabajo de intervención que la atención y sus distintos modelos han variado a lo largo de los años y que varía según la persona y existen diversos factores de influencia en este proceso cognitivo y que la atención se divide en sostenida y selectiva. La primera se vería perjudicada por posibles inconvenientes en la red ejecutiva, la cual es delegada de escoger, identificar un estímulo y vigilancia voluntaria de la memoria de operación. En cambio, la atención selectiva en un primer momento realiza una selección espacial, luego se enfoca en las características de lo observado, se dice que ambos períodos pueden coincidir.

Álvarez et al. (2007) considera que entre las definiciones más importantes de la atención y concentración es mantenerse enfocado en estímulos relevantes para una situación en particular y conforme los estímulos cambien la atención también, además tienen en cuenta que para comprender la atención y concentración implica considerar algunos conceptos como: Selectividad atencional, lo cual es advertir de conductas y prevenir datos poco relevantes y otro concepto es la atención dividida, siendo una habilidad para realizar dos tareas paralelamente.

Posteriormente Tirapu y Luna (2008) refieren que la atención es totalmente selectiva, enfocándose en características más resaltantes para las personas, ya que al enfocarse en lo

necesario e importante mejoraría la claridad y potencia para captar lo más significativo, por ello, las limitaciones podrían ser determinantes en el proceso cognitivo de la atención ya que en algunas investigaciones se ha detectado que no sería factible prestar verdadera atención a todos los detalles que se están percibiendo y por ello sería espontánea sobre todo cuando el interés es limitado.

Ríos et al. (2007) recopilaron varios conceptos y modelos teóricos de la atención, sin embargo, el modelo de Sohlberg y Mateer es uno de los más completos y utilizados en el área clínica, plantea que la atención está compuesta por seis habilidades que están relacionadas entre sí de manera jerárquica y su funcionalidad depende de la anterior, haciendo que las habilidades posteriores sean más complejas a las anteriores. La primera de ellas es considerada como la activación del sistema ejecutivo, atención focalizada la cual se dirige en destacar un estímulo, atención sostenida para mantener la atención estable en un intervalo de tiempo, atención selectiva para seleccionar datos prioritarios, atención alternante, que es la capacidad que permite mover la atención a otros estímulos manteniendo el hilo de procesamiento y la atención dividida que consiste en tener en cuenta varios estímulos.

Sobre la memoria Grandi y Tirapu (2017) señalan que la práctica de evocar información para realizar conductas amerita un funcionamiento mnésico necesario para el día a día, lo cual abarca dos mecanismos: Acordarse que se debe cumplir con una acción, sea esto intencional o preventiva, y acordarse de lo que debe ser ejecutado. Contemporáneamente se considera que la memoria tiene componentes: Creación de intención, tiempo de retención, recobro total de intención y la realización del comportamiento intencionado.

Cuarta (2000) refiere que en el presente la memoria es considerada como un proceso neurocognitivo por el cual en el cerebro se producen conexiones para poder almacenar información y luego sea posible evocar, por ello, la memoria es la destreza de recordar datos

que se recopilaron previamente y fueron importantes y permite que el ser humano sea adaptable, además la memoria es muy importante para el aprendizaje y puede sobrellevar algunos cambios acordes a impulsos ambientales.

El año siguiente Martínez et al. (2001) considera que la memoria es un procedimiento que reserva, interpreta, entrelaza y evoca información, la consideran como un procedimiento con varios sistemas enlazados y de varios tipos, con características muy distintas que operan de formas diferentes y son el resultado del trabajo de varias áreas cerebrales. Todos los sistemas de la memoria operan entrelazados entre sí, pero también operan de forma autónoma, inclusive también si es que se ven perjudicados por algún tipo de lesión.

Noreña et al. (2008) resaltan que la memoria ha tenido conceptos variados y conforme al tiempo se ha planteado un modelo más explícito gracias a la investigación, planteando que la memoria se divide en corto plazo o memoria operativa que almacena información en corto tiempo y opera los datos recibidos involucrándose con otros procesos cognitivos y se divide en bucle fonológico, agenda visuoespacial, buffer episódico y ejecutivo central. Por otro lado, tenemos a la memoria a largo plazo que consolida información permanentemente y se desglosa en memoria declarativa o explícita y esta a su vez en episódica y semántica; memoria no declarativa o implícita que se divide en sistemas de representación perceptiva (SRP) y otros aprendizajes implícitos.

Una función muy importante como el lenguaje Duque et al. (2023) mencionan que históricamente el lenguaje ha sido considerado por varios eruditos y en los tiempos contemporáneos ha sido un tema de investigación y se han planteado distintas teorías y asociado a varias áreas cerebrales, entre las más importantes está el área de Broca la cual estaría siendo la responsable del lenguaje oral o expresivo, sin embargo, al analizar varios artículos y

bibliografía concluyen que previamente a Paul Broca, el que acertó respecto al lenguaje articulado desarrollándose en el hemisferio izquierdo fue Marc Dax.

Sobre el procesamiento del lenguaje Arellano et al. (2021) refieren que después de un extenso análisis han detectado que las áreas cerebrales que se activan y participan en el procedimiento gramatical es la llamada área de Broca y referente al procedimiento léxico y semántico le correspondería al área de Wernicke, esto desde una perspectiva de las neurociencias, también encontraron que el hemisferio derecho percibe los estímulos de visión y audición para que luego se pueda producir el lenguaje.

Referente a las áreas cerebrales del lenguaje Portellano (2010) enfatiza que las principales regiones del cerebro que le corresponden al lenguaje con el hemisferio izquierdo y son el área prefrontal, área de broca, circunvolución supramarginal y angular, área motora primaria, circunvolución de heschl, área de wernicke, y la corteza visual asociativa, sin embargo, es factible agregar que el proceso cognitivo de lenguaje requiere de muchas regiones del sistema nervioso central, además de distribuciones que regulan el lenguaje como los mecanismos corticales y extracorticales.

En cuanto a las afasias Ardila et al. (2013) señala que la definición más acertada es presentar una disfunción en la habilidad para emplear el lenguaje, esto debido a una lesión en el cerebro, además presenta parafasias, las cuales refieren a emitir errores en la elaboración del lenguaje, anomias, son los inconvenientes en encontrar las palabras correctas y no entender lo que escucha, y en el peor de los casos la pérdida del lenguaje a causa de una lesión cerebral. También señala que con el pasar de los años y a mayor estudio de este proceso cognitivo se han clasificado más de veinte tipos de afasias.

En cuanto a la intervención neuropsicológica del lenguaje De Noreña et al. (2010) enfatiza que se ha demostrado la eficacia de la rehabilitación neuropsicológica, mejores

resultados en pacientes subagudos que crónicos por lo que es importante y determinante una intervención a tiempo y mientras más intensificada la RN se obtendrán mejores resultados en la recuperación de secuelas lingüísticas por un daño cerebral adquirido. Además, algunas investigaciones llegaron a la conclusión de que la intervención personalizada e individual resulta ser más beneficiosa que en grupo.

De las funciones ejecutivas Barroso y León (2002) explican en su investigación que uno de los primeros conceptos de las funciones ejecutivas fue de Aleksandr Lúriya atribuyéndolas a las áreas frontales del cerebro y ser las responsables de regular el comportamiento humano, ya que cada conducta empieza con una finalidad, enfocada al logro de un objetivo y controlada por un sistema de operaciones, resumiendo que la realización de una labor está enfocada hacia el futuro.

Echevarría (2017) menciona en su estudio “Modelos explicativos de las funciones ejecutivas” que el término “funciones ejecutivas” fue propuesto por Muriel Lezak quien estuvo analizando a varios usuarios con daños cerebrales específicamente en áreas frontales y que se caracterizaban por presentar variaciones en la motivación e iniciativa, nula capacidad de planteamiento de objetivos, por lo cual Lezak concluye que las funciones ejecutivas serían las delegadas de la planificación, sostenimiento y realización de un procedimiento conductual.

Sin embargo, Climent et al. (2014) entre las definiciones más contemporáneas tenemos a la de Javier Tirapú y coinvestigadores fundamentando que las funciones ejecutivas es la habilidad de encontrar respuestas a una situación problemática poco esperadas y que considerando los posibles escenarios del futuro nos dirija a la mejor decisión logrando así el análisis de suposiciones y pronósticos, cuyo origen se encontraría en la corteza prefrontal. También asumen que son varios procesos que a pesar de tener características diferentes se interrelacionan dando lugar a las funciones ejecutivas, las cuales tendrían un origen de áreas

cerebrales expertas y particulares con un alto índice de redes neuronales de alta complejidad y repartimiento.

Tirapu y Luna (2008) rescatan que las funciones ejecutivas (FE) son procesos cognitivos encargados del manejo sensato de los pensamientos y conducta, además existen otros mecanismos que componen a las funciones ejecutivas como la memoria de trabajo, orientación y recursos de atención, inhibición y motivación, las cuales se reflejan cuando la persona se plantea objetivos, organiza y ejecuta sus acciones. Los mecanismos que conforman las FE son: Velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, acceso a memoria semántica, ejecución dual, inhibición, flexibilidad cognitiva, planificación, *Branching* y toma de decisiones.

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el perfil y desarrollar una propuesta de programa de rehabilitación neuropsicológica para un paciente adulto mayor de 66 años, que ha sufrido un infarto lacunar:

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de deterioro cognoscitivo de un adulto mayor con secuelas del accidente cerebrovascular.
- Evaluar la funcionalidad del proceso cognitivo de atención.
- Evaluar la funcionalidad del proceso cognitivo de memoria.
- Evaluar la funcionalidad del proceso cognitivo de lenguaje.
- Evaluar la funcionalidad del proceso cognitivo de funciones ejecutivas.
- Plantear estrategias en un programa de rehabilitación neuropsicológica para los procesos cognitivos de atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas.

1.4 Justificación

La investigación propuesta en este estudio se justifica teóricamente promoviendo, mayor atención y desarrollo de conocimientos y competencias para un adecuado conocimiento de las enfermedades cerebrovasculares, que mediante la aplicación de teorías neuropsicológicas y conceptos básicos de neurociencias, se pueda lograr y seguir desarrollando estrategias de la rehabilitación de los procesos neurocognitivos ante posibles daños cerebrales y en específico cuando un paciente ha tenido un accidente cerebrovascular previamente.

Así mismo, a nivel práctico esta investigación será valiosa y trascendental ya que permitirá dar atención adecuada y pertinente hacia los pacientes con secuelas neurocognitivas debido que si se evidencia si es empleado a los pacientes con los mismos trastornos a consecuencia de un accidente cerebrovascular, ya que podrá facilitar a la comunidad neuropsicológica, referencias para crear un programa de rehabilitación neurocognitiva que sea personalizado, adecuado a la idiosincrasia de la lesión y necesidades que presenta el paciente para lograr prósperas mejoras en su desempeño neurocognitivo.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Al diseñar el programa de rehabilitación neuropsicológica en un adulto con antecedentes de un accidente cerebrovascular, el usuario atendido logrará mejorar sus procesos neurocognitivos como la memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas, lo cual se evidenciará con la evaluación de dichas funciones contrastando con los resultados previos al programa y posteriormente a este, esperando una mejoría de estos, como producto de la rehabilitación neuropsicológica. Además, este trabajo espera reflejar la importancia y la

necesidad de tratamiento del neuropsicólogo, para una mejoría en la rehabilitación del daño cerebral como el ACV, ya que, empleando la intervención neuropsicológica, el proceso de la neuroplasticidad es factible en estos pacientes, evidenciando que se lograría la reorganización cortical y subcortical, activando ciertos circuitos neuronales y diasquisis en el sistema nervioso del paciente (Suárez et al., 2011).

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de Investigación

El presente trabajo de caso clínico es de tipo descriptivo-observacional debido a que reseña los rasgos de un objeto de estudio y al tratarse de un “Estudio de caso” de una persona abarca un sistema compuesto en una situación específica con propias particularidades (Bernal, 2010).

La actual investigación muestra un perfil neuropsicológico de un adulto mayor que ha presentado secuelas después de padecer un accidente cerebrovascular, por lo tanto, es un diseño de caso único (Bernal, 2010).

2.2 Ámbito temporal y espacial

Para el presente trabajo se captó el paciente en un consultorio privado de la ciudad de Lima, la consulta se realizó los sábados por la tarde en varias sesiones y se contó con la presencia de la esposa en todo momento.

2.3 Variables de Investigación

- Variable de estudio: Perfil neuropsicológico en un paciente que ha sufrido ACV, mediante la evaluación de las siguientes funciones cognitivas.

- Atención

Definición conceptual: Considerado un proceso cognitivo muy amplio, consta de varios procesos que interconectan cuando el sujeto percibe estímulos en varios tipos de niveles, enfocado en seleccionar lo más resaltante que posteriormente permitirá alcanzar una meta (Ríos et al., 2007).

Definición operacional: es importante considerar varios tipos de atención, como la atención sostenida, la atención selectiva, la atención alternante y la atención dividida.

Existen diversas pruebas neuropsicológicas diseñadas para evaluar estos componentes como el Test de interferencia de colores y palabras Stroop y el Test de dibujo del reloj.

- Lenguaje

Definición conceptual: Es un procedimiento de comunicación, mediante una serie de símbolos que permiten expresar pensamientos gracias a la escritura y palabras, en los que están involucrados los músculos del sistema bucofonatorio y se le atribuye tres niveles complejos, monemas, fonemas y rasgos pertinentes (Portellano, 2005).

Definición operacional: Evaluar el proceso cognitivo del lenguaje en un adulto mayor con secuelas neurocognitivas post-ACV implica examinar varias funciones del lenguaje, como la comprensión, producción, repetición, denominación, y fluidez verbal, por lo que la Evaluación neuropsicológica breve en español – Neuropsi es un instrumento que permite aquella valoración y la Escala de inteligencia de Weschler para adultos (WAIS-IV).

- Memoria

Definición conceptual: Muy compleja e importante para guardar y evocar acciones primordiales como también en el desarrollo de una identidad y la percepción del avance del tiempo, almacenando datos sobre nuestro ambiente y nosotros como protagonistas (Noreña et al., 2008).

Definición operacional: Es importante evaluar diferentes tipos de memoria, como la memoria a corto plazo y largo plazo, las pruebas a aplicar para la correcta valoración es Test de alteración de la memoria T@M.

- Funciones ejecutivas

Definición conceptual: Refiere a componentes involucrados y orientados en resolver problemas nuevos y difíciles, además de controlar la conducta y pensamientos. También importante en planteamiento de metas, organización y planificación (Tirapu et al., 2008).

Definición operacional: Test de interferencia de colores y palabras Stroop y la Escala de inteligencia de Weschler para adultos (WAIS-IV) son pruebas proporcionan un perfil detallado de las funciones ejecutivas y son cruciales para entender cómo las secuelas del ACV afectan la planificación, organización y el control del comportamiento del paciente.

2.4 Participante

Sujeto adulto mayor de 66 años, de sexo masculino, cuyas iniciales de su nombre: J.L.A.C., con estudios de secundaria completa y antecedentes médicos de hipertensión.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

- **Entrevista psicológica:** Se entrevistará al paciente y a su esposa para la adecuada recopilación de datos a incluir en la anamnesis e historia clínica.
- **Observación de conducta:** Se narrará las particularidades del paciente como su nivel conductual, anímico, lenguaje y pensamiento en el proceso de las evaluaciones neuropsicológicas que se realizarán.
- **Test:** Evaluar a un adulto mayor que ha sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) requiere un enfoque integral que considere las múltiples áreas cognitivas, emocionales y funcionales que pueden haberse visto afectadas. Las pruebas para aplicar en este caso único son: Escala de inteligencia de Weschler para adultos (WAIS-IV), Batería neuropsicológica breve en español NEUROPSI, Test de alteración de la memoria

T@M, Test del dibujo del reloj, Test de interferencia de colores y palabras Stroop y Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

2.5.2 Instrumentos

2.5.2.1 Escala de Inteligencia de Weschler para adultos (WAIS-IV)

a. Ficha técnica:

- Nombre: Escala de inteligencia de Weschler para adultos (WAIS-IV)
- Autores: David Weschler
- Administración: Individual
- Aplicación: De 16 a 90 años
- Área que evalúa: Coeficiente intelectual
- Duración: 1 hora y media.

b. Descripción: El objetivo de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-V) es evaluar el funcionamiento cognitivo general, identificando las capacidades y limitaciones en distintas áreas cognitivas. consta de 15 subtests, 10 de los cuales son principales y 5 son opcionales. Estos subtests se agrupan en cuatro índices principales, que proporcionan una evaluación detallada de diferentes aspectos de la cognición. Es particularmente útil en la evaluación de:

Funcionamiento intelectual global: A través del cálculo del Coeficiente Intelectual Total (CI Total).

Procesos cognitivos específicos: Mediante la evaluación de sub-tests agrupados en índices que reflejan diferentes dominios cognitivos.

El WAIS-IV se utiliza para detectar déficits cognitivos relacionados con condiciones neurológicas, como demencia, lesiones cerebrales traumáticas, y enfermedades neurodegenerativas.

c. Validez: Respecto a su validez, es concurrente con la escala del Stanford Binet obteniendo una correlación del 0,82 (Weschler, 2012).

d. Confiabilidad: La prueba presenta una confiabilidad por medio de correlaciones test y retest con puntajes de 0,60 a 0,80 (Campos, 2013).

2.5.2.2 Exploración Neuropsicológica breve en español (NEUROPSI)

a. Ficha Técnica:

- Nombres: Batería neuropsicológica breve en español Neuropsi.
- Autores: Ostrosky et al. (2012)
- Administración: Individual
- Aplicación: 16 a 85 años
- Área que evalúa: Procesos cognitivos
- Duración: 20 a 25 minutos

b. Descripción: El NEUROPSI es una batería neuropsicológica diseñada para evaluar las funciones cognitivas, su objetivo principal es proporcionar una evaluación rápida y confiable de diversas áreas cognitivas, como la Orientación, Atención y concentración, Memoria, Lenguaje, Lectura, Escritura, Funciones ejecutivas y Codificación.

Es útil en la identificación y diagnóstico de deterioro cognitivo leve, demencia, daño cerebral, secuelas post-ACV y otras alteraciones neurocognitivas. El NEUROPSI es particularmente valioso en el contexto clínico para determinar el perfil cognitivo de un individuo y guiar las intervenciones terapéuticas.

c. Validez: Las tareas incluidas en el NEUROPSI cubren una amplia gama de dominios cognitivos, como atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas. Esto es respaldado por una construcción teórica sólida que garantiza que las pruebas son representativas de las funciones neuropsicológicas (Paucar, 2020).

d. Confiabilidad: Se ha demostrado que la prueba presenta alta consistencia en los resultados cuando se aplica en dos ocasiones diferentes a la misma persona, lo que indica estabilidad en la medición de las funciones cognitivas (Rivera, 2013).

2.5.2.3 Test del dibujo del Reloj

a. Ficha Técnica:

- Nombres: Test del dibujo del Reloj
- Autores: Cacho et al. (1996)
- Administración: Individual
- Aplicación: Adultos y adultos mayores
- Área que evalúa: Habilidades cognitivas
- Duración: 5 a 10 minutos

b. Descripción: Evaluar habilidades cognitivas de percepción visual, ejecución motora, coordinación visomotora, capacidad visoconstructiva y planificación.

c. Validez: Ha mostrado una alta validez en la identificación de deterioro cognitivo leve y demencia, siendo una herramienta útil en la evaluación de alteraciones neurocognitivas tempranas (Custodio et al, 2011).

d. Confiabilidad: Estudios han mostrado alta consistencia en la aplicación del test, tanto en la confiabilidad entre evaluadores como en la prueba-reprueba, especialmente en la detección de deterioro cognitivo (Oscanoa, 2004).

2.5.2.4 Test de interferencia de colores y palabras Stroop

a. Ficha Técnica:

- Nombres: Test de interferencia de colores y palabras Stroop
- Autores: Charles J. Golden
- Administración: Individual
- Aplicación: 7 a 80 años
- Área que evalúa: Flexibilidad cognitiva y resistencia a interferencia
- Duración: 5 minutos

b. Descripción: Evaluar las funciones ejecutivas, especialmente las capacidades de flexibilidad cognitiva, resistencia a la interferencia y complejidad cognitiva.

c. Validez: Se ha demostrado que el Test de interferencia de colores y palabras Stroop tiene una alta validez para medir la interferencia cognitiva y el control inhibitorio, con múltiples estudios que lo respaldan como una medida eficaz de las funciones ejecutivas (Landeo, 2018).

d. Confiabilidad: El Test de interferencia de colores y palabras Stroop ha mostrado altos índices de confiabilidad test-retest, lo que significa que proporciona resultados consistentes a lo largo del tiempo (Salvatierra y Del Carmen, 2023).

2.5.2.5 Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDA)

a. Ficha Técnica:

- Nombres: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
- Autores: Yesavage y Sheikh (1986)
- Administración: Individual
- Aplicación: Adultos mayores
- Área que evalúa: Depresión

- Duración: 15 a 20 minutos

b. Descripción: El Test de Yesavage es una herramienta clave en la evaluación de la depresión geriátrica, destacándose por su simplicidad y efectividad, proporcionando un primer paso en la identificación de problemas afectivos en la población mayor. Tiene facilidad de administración y comprensión, incluso para personas con déficits cognitivos leves.

c. Validez: El Test de Yesavage ha demostrado ser válido para detectar depresión en personas mayores, con estudios que muestran su capacidad para discriminar entre individuos con y sin depresión. Es particularmente efectivo en personas mayores porque evita preguntas que podrían reflejar síntomas físicos comunes en el envejecimiento pero que no necesariamente indican depresión (Requena et al., 2019).

d. Confiabilidad: La escala ha demostrado altos índices de confiabilidad test-retest, lo que indica que las puntuaciones son consistentes a lo largo del tiempo. También muestra alta confiabilidad interna, con una coherencia significativa entre los ítems (Vílchez y Soriano, 2017).

2.5.2.6 Test de alteración de la memoria (T@M)

a. Ficha Técnica:

- Nombres: Test de Alteración de la Memoria (T@M)
- Autores: Rami, Molinuevo, Bosch, Sánchez-Valle, y Villar
- Administración: Individual
- Aplicación: Adultos y adultos mayores
- Área que evalúa: Memoria
- Duración: 5 a 7 minutos

b. Descripción: El T@M es un test breve y estructurado que evalúa los problemas de memoria a través de diversas tareas. Es muy utilizado en contextos clínicos para detectar déficits en la memoria tanto reciente como a largo plazo. La prueba está diseñada para identificar alteraciones en la memoria inmediata, memoria de orientación temporal, memoria remota semántica, memoria de evocación libre y memoria de evocación con pista.

c. Validez: El T@M tiene una buena validez de contenido en el contexto clínico para evaluar las alteraciones de memoria, ya que abarca áreas clave de la memoria inmediata, reciente y remota. En la validación de la prueba en el año 2017, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,79 y coeficiente de razón de Pearson de 0,79. Los ítems seleccionados representan adecuadamente las funciones de memoria que se desean medir (Custodio et al, 2012).

d. Confiabilidad: Su confiabilidad ha sido estudiada en diferentes contextos, principalmente en poblaciones con deterioro cognitivo leve, demencia o alteraciones neuropsicológicas como las derivadas de accidentes cerebrovasculares (ACV) (Capuñay, 2016).

2.5.3 Evaluación neuropsicológica

2.5.3.1. Etapa preliminar

A. Recolección de datos

Nombre : J. L. A. C.

Edad : 66 años, 3 meses

Sexo : Masculino.

Fecha de nacimiento : 22 de febrero de 1958

Lugar de nacimiento : Rímac, Lima.

Procedencia : Lima.

Estado civil : Casado.

Número de hijo : Una hija.

Grado de instrucción : Secundaria completa.

Ocupación : Agente de seguridad.

Informante : Esposa de 64 años.

B. Problemática. Varón de 66 años con dos ictus isquémicos (ACVI) previos. El paciente desarrolló parálisis facial izquierda en 2017, luego de llegar al Hospital Cayetano Heredia se le realizaron los exámenes pertinentes como análisis de sangre, resonancia magnética y exámenes de laboratorio para determinar el grado de comorbilidades. Los peritos del departamento de neurología detectaron que tenía presión arterial alta y, desde este episodio, el paciente afirma que ocasionalmente escucha un sonido similar en ambos oídos (tinnitus) cuando está despierto o dormido, lo cual es frecuente todos los días y le causa malestar físico.

Más tarde, en los años siguientes sufrió un infarto lacunar en agosto de 2020. Solo requiere la administración de ácido acetilsalicílico, losartan, hidroclorotiazida y atorvastatina. El paciente permanece internado durante tres semanas, recibe cuidados de enfermería y supervisión médica, se compromete a seguir las recomendaciones sobre el uso de medicamentos y espera un tiempo prudencial de un mes y medio. Realiza terapias físicas y de lenguaje, cada especialista cuenta con dos sesiones por semana para mejorar la motricidad y el rendimiento del lenguaje expresivo. No ha recibido tratamiento neuropsicológico, a pesar de la prescripción del médico tratante, debido a que el hospital donde se encontraba carecía de especialistas en neuropsicología y no contaba con los medios de tratamiento necesarios.

Debido al daño cerebral, el paciente presentó secuelas motoras como pesadez, desmayos y mal control de la fuerza en el miembro izquierdo. Su esposa también informó que el evaluado se olvida algunas tareas cotidianas, por ejemplo, no se acordó de apagar la estufa cuando había colocado la tetera a hervir. A veces muestra un comportamiento agresivo e incluso hacia su esposa e hija para que se fueran. Toma el medicamento lisinopril (Prinivil, Zestril) todos los días para controlar la presión arterial alta.

C. Observación clínica. El paciente J.L. se presentó acompañado de su señora esposa en todas las sesiones realizadas, orientado en espacio y persona, no evidencia dificultad en la recepción del lenguaje, pero si en lenguaje expresivo como en la sintaxis y anomia, reconoce a sus familiares recordando sus rostros y nombres, recuerda datos importantes de su infancia y eventos más importantes de su vida, sin embargo, si presenta dificultades en la memoria reciente, lo cual le ha impactado en su vida cotidiana menguando su motivación y cuando tiene preocupaciones se siente lábil emocionalmente, menciona tener temores respecto a su salud y la de sus familiares. Además, es notable su poco control de fuerza en extremidades izquierdas del cuerpo. Se muestra predispuesto a la recopilación de datos y evaluaciones.

D. Antecedentes

- Historial de nacimiento y de desarrollo prematuro. El paciente menciona que nació en casa con ayuda de una partera, por parto natural, a los nueve meses, con peso y talla adecuados. Niega problemas en desarrollo psicomotriz.
- Historial médico. Refiere haber tenido una intervención quirúrgica a la edad de treinta años la apendicectomía, los 61 años sufrió parálisis facial periférica y le detectaron hipertensión.

- Historial académico. Menciona que si curso inicial, estudio hasta terminar la secundaria, su desempeño era de nivel promedio y niega haber tenido inconvenientes en su aprendizaje y repitencia.
- Historial laboral. Desde que cursaba la secundaria empezó a trabajar, ayudando a su padre en construcción civil, a los cuarenta y dos años se casó y tuvo a su única hija. Al poco tiempo empezó a desempeñarse como agente de seguridad en el distrito del Rímac, donde trabajó hasta el año 2019 que sufrió el daño cerebral.
- Historial familiar. En la actualidad vive con su señora esposa, con quien tuvo una sola hija, quien se ha independizado, pero se sigue preocupando por las decisiones que ella toma, teniendo como padres actitudes sobreprotectoras hacia su hija. Viven en un departamento con su esposa, en la casa de sus suegros, con quienes lleva una relación favorable y tranquila.

En su biografía, es el mayor de ocho hermanos y es importante considerar que el paciente tuvo la pérdida de varias hermanas por accidentes y descuidos en la crianza, la última en fallecer fue por cáncer al útero a los cincuenta años, su padre falleció a los setenta años por ACV, su madre tiene hipertensión y le están haciendo seguimiento y evaluaciones por la especialidad de cardiología para descartar riesgos.

La mayor parte de su vida ha vivido en el distrito del Rímac, en la casa de sus padres y en el mercado conoció a su esposa y madre de su hija. A veces discute con su señora o trata de imponerse en las decisiones de casa, su esposa le tiene bastante paciencia y siempre ha demostrado quererlo y apoyarlo.

2.5.3.2 Etapa de investigación selectiva de las funciones superiores

Los protocolos de las pruebas que fueron aplicados al paciente se encuentran en el área de anexos.

Tabla 1*Resultados de las evaluaciones realizadas*

INSTRUMENTOS	OBJETIVO DE EVALUACIÓN	DOMINIO PSICOMÉTRICO	RESULTADOS DE IMPORTANCIA
Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos IV (WAIS IV)	• Coeficiente intelectual	Confiabilidad y validez neuropsicológica	CIT: Muy Bajo CV: Límite RP: Límite MT: Promedio VP: Límite
Exploración Neuropsicológica breve en español (NEUROPSI)	• Orientación • Atención y concentración • Memoria • Lenguaje • Lectura • Escritura • Funciones ejecutivas • Codificación	Confiabilidad y validez neuropsicológica	DETERIORO COGNITIVO MODERADO
Test del dibujo del Reloj	• Percepción visual • Coordinación visomotora • Capacidad visoconstructiva y planificación • Ejecución motora	Sensibilidad al 99,0% y especificidad al 83,5% Punto de corte: 7 Custodio et al. (2011)	DETERIORO COGNITIVO MODERADO
Test de interferencia de colores y palabras Stroop	• Flexibilidad cognitiva • Resistencia a la interferencia • Complejidad cognitiva	Confiabilidad y validez neuropsicológica	ALTERACIÓN MODERADA
Escala de depresión geriátrica de Yesavage	• Depresión	Fiabilidad, valores de 0,655 ($p<0,001$) y 0,951 ($p<0,001$) Punto de corte: 5 o + Validez convergente y discriminante	NORMAL

Test de alteración de la memoria T@M	• Memoria inmediata • Memoria de orientación temporal • Memoria remota semántica • Memoria de evocación libre • Memoria de evocación con pista	Especificidad al 98,9% y Sensibilidad al 100% Punto de corte: 27 Custodio et al. (2012)	DETERIORO COGNITIVO LEVE
--------------------------------------	--	--	--

2.5.3.3 Interpretación de las evaluaciones

a. Escala De Inteligencia De Wechsler Para Adultos IV

a.1 Descripción del Coeficiente Intelectual Total: El paciente en la actualidad presenta un funcionamiento dentro del rango considerado como muy bajo de inteligencia. Alcanzó un puntaje de CIT de 65. Además, se observa que el evaluado se sitúa en el percentil 1.

a.2 Descripción del Índice de Comprensión Verbal: La puntuación conseguida por el paciente J.L. en el área de Comprensión Verbal es de 75 (entre 70 y 83), se sitúa en el percentil 5 y se clasifica como Limítrofe. La habilidad en comprensión verbal del adulto mayor evaluado se considera un punto que se encuentra en el límite y es importante también intervenir.

a.3 Descripción del Índice de Razonamiento perceptivo: El puntaje obtenido en el Índice de Razonamiento Perceptual de 75 (entre 68 y 89), se sitúa en el percentil 5 y se clasifica en la descripción cualitativa de Límite. El Razonamiento perceptivo es una medida del pensamiento fluido, el procesamiento de información espacial y la integración visomotora del señor J.L. Esta capacidad se ha evaluado a través de tres pruebas, las cuales son: Cubos, conceptos y matrices.

a.4 Descripción del Índice de Memoria de trabajo: En esta área logró una puntuación de 90 (entre 82 y 100), se sitúa en el percentil 25 y se clasifica como Promedio. Este índice de Memoria de trabajo (MT) es una forma de medición de la memoria a corto plazo y denota las habilidades del paciente para retener transitoriamente cierta información, procesar u ejecutar y así lograr forjar un resultado.

a.5 Descripción del Índice de Velocidad de procesamiento: En cuanto a esta área de evaluación el paciente J.L. presentó inconvenientes y consiguió un puntaje compuesto de 74 y se sitúa en el percentil 5.

Tabla 2

Resultados cuantitativos de la prueba

ESCALA	SUMA DE PUNTAJE EQUIVALENTE	PUNTAJE COMPUESTO	PERCENTIL	INTERVALO DE CONFIANZA
Comprensión verbal	16	75	5	70 – 83
Razonamiento perceptual	17	75	5	68 – 89
Memoria de trabajo	16	90	25	82 – 100
Velocidad de procesamiento	13	74	5	69 - 82

b. Evaluación neuropsicológica breve en español NEUROPSI

b1. Orientación. Según el test de Neuropsi, no presenta dificultades en orientación espacial, tiempo y persona.

b2. Atención.

- **Dígitos en regresión.** En esta parte de la prueba el paciente evidenció tener dificultad, obtuvo 1/6 denotando que su memoria de trabajo está presentando bastante disfuncionalidad.

- **Detección visual.** Obtuvo un puntaje de 4/15 aciertos, evidenciando dificultad considerable en la memoria visual inmediata.
- **Sustracción.** El paciente no alcanzó a dar una respuesta correcta en esta parte de la evaluación, obtuvo puntaje 0.

b3. Memoria.

➤ Codificación:

- **Memoria verbal espontánea.** La calificación que logró fue de 3 presentando dificultad para recordar inmediatamente la información dada previamente.
- **Proceso visuoespacial.** Tuvo que copiar una figura compleja y resultó con un puntaje de 7/12, evidenciando inconvenientes para construir pentágonos superpuestos a pesar de tener un modelo en frente.

➤ Funciones de evocación:

- **Memoria visoespacial.** Logró un puntaje de 2.5/12, lo cual indicaría que el paciente evaluado tiene alta dificultad en evocar información de su memoria a corto plazo de la imagen presentada minutos antes.
- **Memoria verbal.**
 - **Memoria verbal.** El paciente no pudo recordar las palabras que se le dijo al inicio del test de Neuropsi, obtuvo puntaje 0/6.
 - **Categoría por clave.** En este punto el paciente evaluado no logró recordar ninguna palabra a pesar de mencionarle las categorías.
 - **Reconocimiento.** No logró reconocer las palabras a pesar de tener soporte semántico, además tuvo intrusiones y perseveraciones, por ello el bajo puntaje de 0/6.

b4. Lenguaje.

- **Denominación.** El puntaje obtenido es de 8/8 en reconocer y decir que era lo que estaba visualizando en las plantillas presentadas.
- **Repetición.** Obtuvo 3/4 debido a que reemplazó una palabra y fue la oración más larga que se le pidió repetir.
- **Comprensión.** En esta parte de la prueba el paciente logró 3/6 como puntaje presentando dificultad para seguir instrucciones.
- **Fluidez semántica y fonológica.** El paciente obtuvo bajos puntajes en ambos tipos de fluidez, le fue más fácil mencionar animales y en cuanto a las palabras que empiecen con F dijo varias palabras derivadas. Obtuvo un total de 3/8.

b5. Lectura. El paciente logró 3/3 como puntaje denotando adecuada comprensión lectora y resolviendo bien las preguntas planteadas.

b6. Escritura. En este punto logró copiar y escribir la frase dictada correctamente, haciendo un puntaje de 2/2.

b7. Funciones ejecutivas.

➤ **Conceptual.**

- **Semejanzas.** Obtuvo el puntaje de 3/3, logrando encontrar las semejanzas de lo mencionado en la prueba.
- **Cálculo mental.** No pudo responder correctamente y obtuvo el puntaje de 0/3.
- **Secuenciación.** El paciente tuvo 0/1, ya no pudo determinar la secuencia de los gráficos presentados.

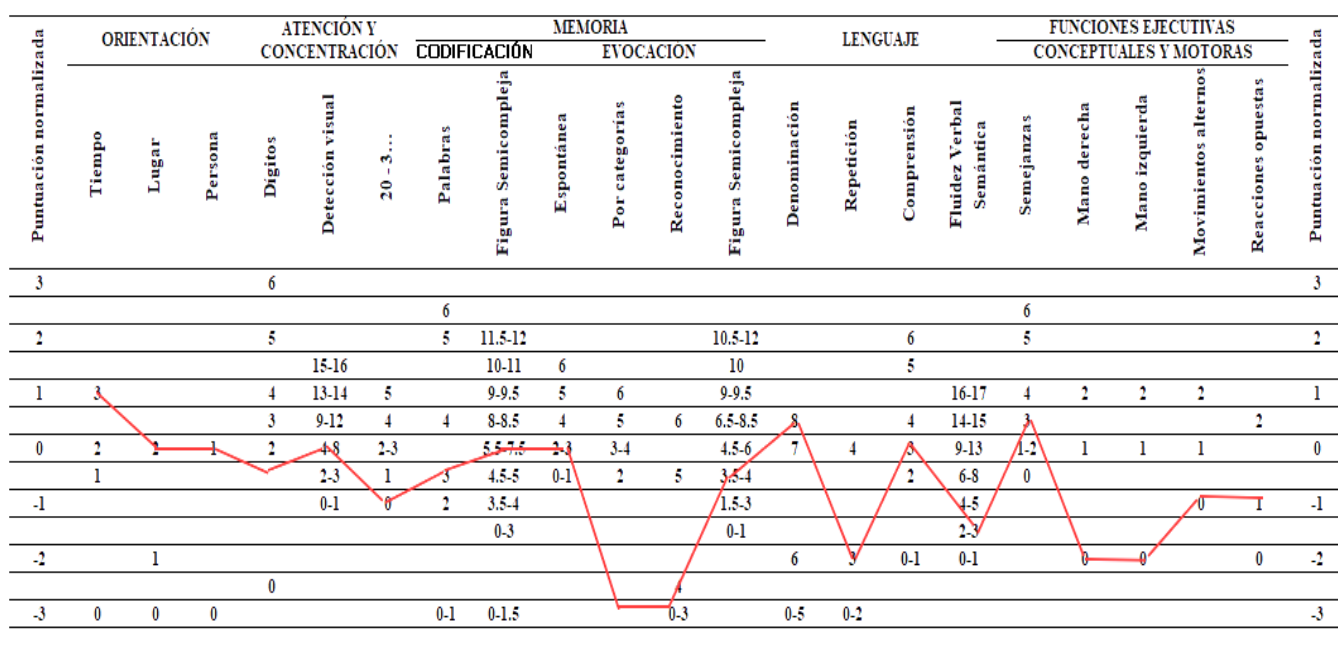
➤ **Motora.**

- **Posición de la mano.** Obtuvo 0/4 ya que no siguió la indicación con la mano correcta.

- **Movimientos alternos.** No puedo alternar sus movimientos teniendo 0/2 como puntaje.
- **Reacciones opuestas.** Logró 1/2 puntos ya que pudo realizar un movimiento correcto sobre el estímulo presentado.

Figura 1

Perfil Cognitivo del paciente



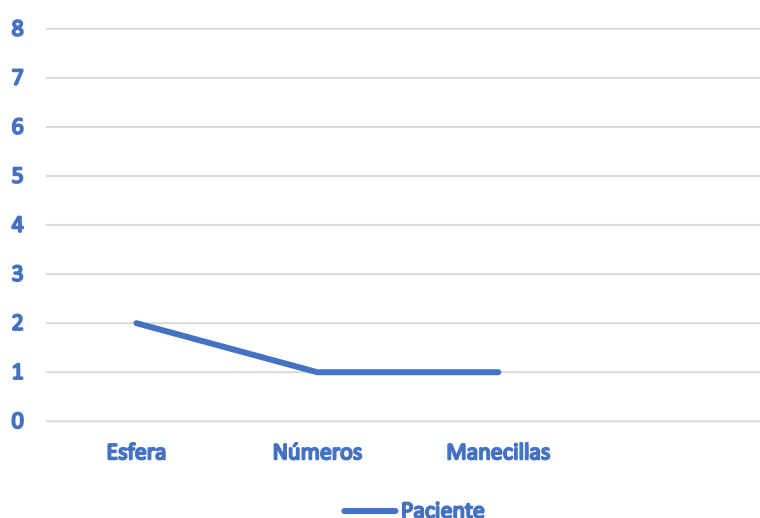
c. Test Del Dibujo Del Reloj

- **Dibujo:** Presenta un dibujo con la esfera ligeramente distorsionada, sin embargo, está completo y es un gráfico que a simple vista se puede determinar que es una circunferencia. Por ello en esta área se le califica al paciente J.L. con un puntaje de 2 puntos.
- **Números:** El evaluado colocó la mayoría de los números, pero no en los lugares correctos, localizó varios números en lugar de otros, ha omitido el número 11 y ha escrito el número 12 en dos oportunidades. Obtuvo un puntaje de 1 punto.

- **Manecillas:** Las manecillas no marcan la hora correcta, dibujó dos del mismo tamaño y de forma vertical, además dibujó una línea apuntando al número tres, pero no la completó con la flecha que caracteriza a las manecillas. En esta parte de la prueba el paciente adulto mayor obtuvo 1 punto.

Figura 2

Resultados cuantitativos del test del reloj



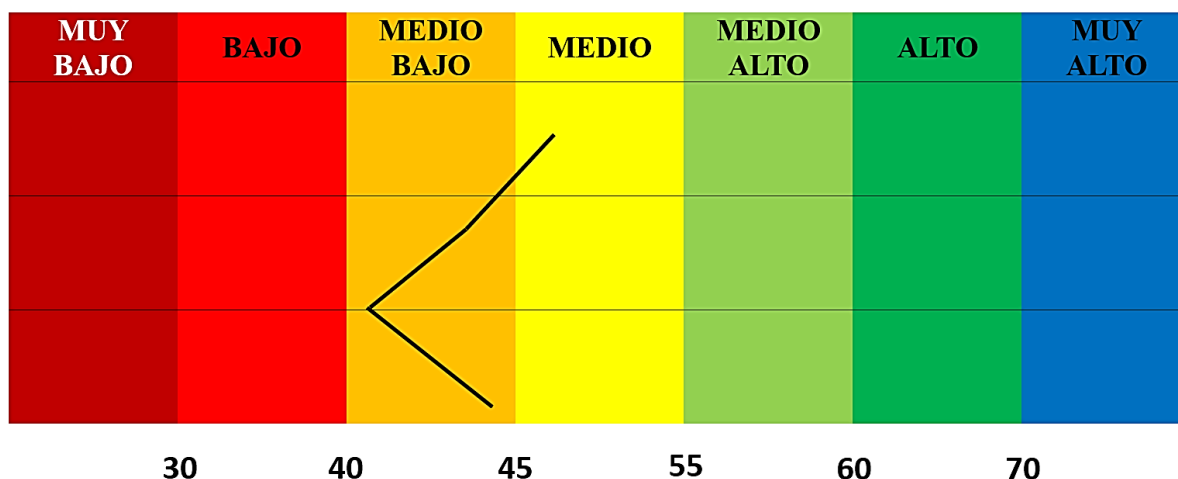
d. Test de interferencia de colores y palabras Stroop. Los puntajes de P y C se determina la habilidad que mantiene el paciente para detectar y nombrar las palabras de manera rápida y el rumbo de lectura que tiene el paciente, en esta oportunidad logró leer 107 palabras y la media general es 119, lo que denota que no detectó 12 palabras menos que lo que corresponde a la media, por lo tanto, corresponde a un nivel medio bajo, lo cual estaría relacionado a inconvenientes en la lectura, atención y procesamiento de información.

Con respecto a la puntuación PC se detecta una capacidad de inhibir respuestas de forma automática en relación con la lectura de palabra-color, el paciente leyó 44 palabras, o sea 6 palabras menos que el promedio general, obteniendo un percentil de nivel medio bajo. En esta parte de la evaluación el señor J.L. leyó más lento.

El evaluado se encuentra con el nivel de interferencia de 2.8, considerado como superior a cero por lo que demostraría que presenta adecuada resistencia a la interferencia, en cuanto a su percentil se ubica en un nivel medio con 50 puntos.

Figura 3

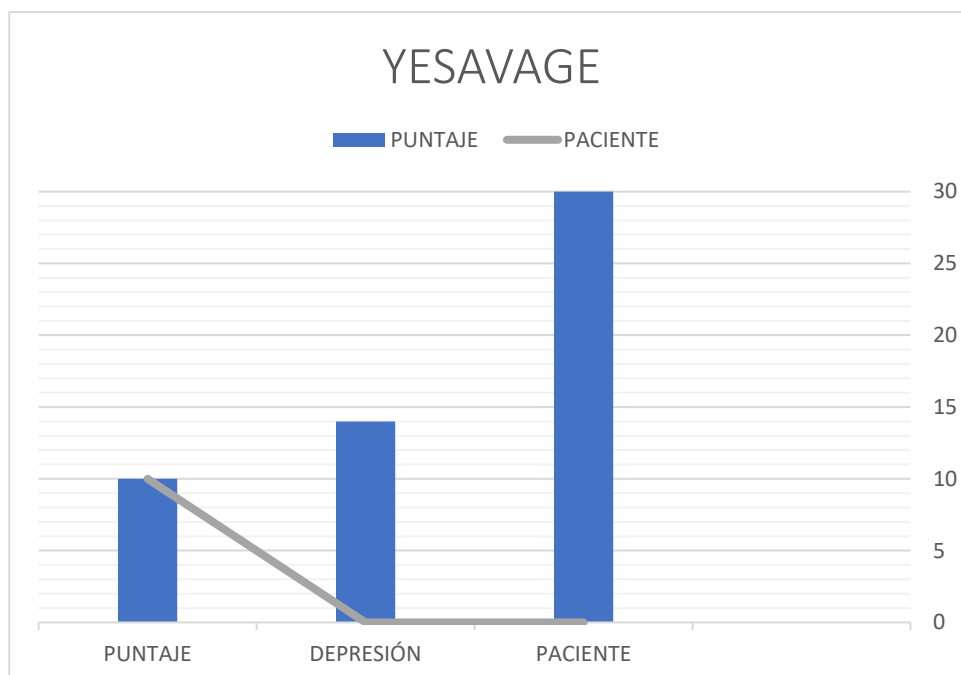
Gráfico con resultados del Test de interferencia de colores



e. Escala de depresión geriátrica de Yesavage. Esta prueba está diseñada para detectar sintomatología depresiva mediante preguntas y dependiendo de las respuestas la valoración de cada una sería de un punto, en cuanto al paciente J.L. obtuvo un puntaje de 10 puntos lo cual denota que se encuentra en el límite de no depresión y depresión. Sería importante hacer seguimiento y observación de conducta para realizar descarte de una posible depresión en corto plazo.

Figura 4

Gráfico con resultados del test de Yesavage



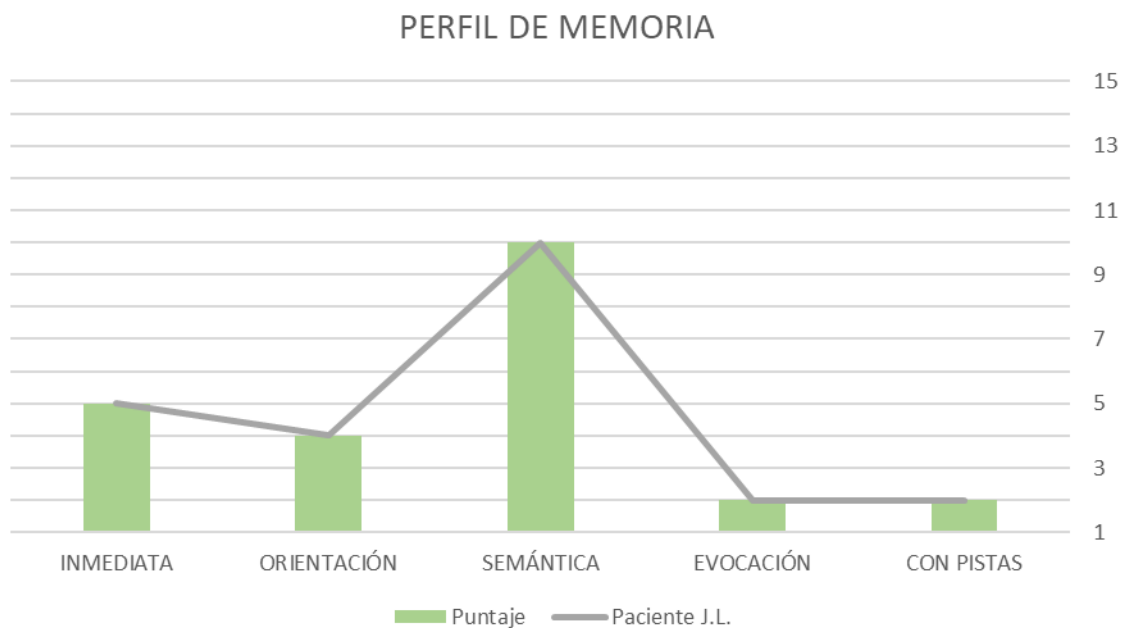
f. Test de Alteración de Memoria T@M

- **Memoria inmediata:** El evaluado puede retener poca información en cortos intervalos de tiempos, debido a que presentó dificultad en memorizar algunas palabras, lo cual se confirma en el apartado de preguntas de asociación, obteniendo un puntaje de 5 puntos en esta parte del test.
- **Memoria de orientación temporal:** Con respecto a las preguntas referidas al tiempo como día, mes, año, estación y espacio en donde el paciente se encuentra realizando la prueba, respondió todas las preguntas, por lo cual obtuvo un puntaje de 5.
- **Memoria remota semántica:** El paciente necesitó que se repitieran varias preguntas y de las quince mencionadas logró contestar diez, haciendo un subtotal de 10 puntos.
- **Memoria de evocación libre:** El paciente J.L. no logró evocar a pesar de que se le repetía las preguntas, llegó a contestar de forma errónea varias preguntas y solo pudo obtener 2 como puntaje.

- **Memoria de evocación con pistas:** En esta parte de la prueba el evaluado no logró contestar ninguna pregunta de forma correcta, a pesar de que tenía pistas y facilita la evocación de la información. Obtuvo un puntaje de 2.

Figura 5

Gráfico con resultados del Test de Alteración de Memoria T@M



2.5.3.4 Informe neuropsicológico final

A- Datos generales

- Nombre : J. L. A. C.
- Edad : 66 años, 3 meses
- Sexo : Masculino.
- Fecha de nacimiento : 22 de febrero de 1958
- Lugar de nacimiento : Rímac, Lima.
- Procedencia : Lima.
- Estado civil : Casado.
- Número de hijo : Una hija.

- Grado de instrucción : Secundaria completa.
- Ocupación : Agente de seguridad jubilado.
- Informante : Esposa de 64 años.
- Examinadora : Lic. Rocío Valdivia Quispe

B- Motivo de consulta. El señor JL sufrió un infarto lacunar en agosto del 2020 que le afectó la movilidad del lado izquierdo, según los documentos del hospital, el paciente y su esposa.

Debido a su hemiplejia en el lado izquierdo, tuvo dificultades para caminar, el equilibrio y usar la mano izquierda, necesitaba que alguien lo apoyara en sus actividades y necesidades diarias e incluso tuvo dificultades en el lenguaje expresivo, ya que no vocalizaba bien debido a la hemiparesia y su bagaje de vocabulario se vio reducido, tampoco entendía bien lo que escuchaba, mejoró su movilidad y su lenguaje expresivo, pero no pudo recuperar la fuerza de su brazo izquierdo y todavía tiene problemas para controlar la velocidad con la que pronuncia las palabras y hace algunos arrastres mientras habla.

Actualmente siente adormecimiento en los dedos de la mano izquierda, pesadez en la cabeza y tinitus. la esposa del paciente refiere que “A veces olvida o se confunde en las tareas del hogar necesarias, y me preocupa por la seguridad de mi esposo”. Si admite que se ha sentido triste y temeroso por las secuelas que aún están presentes a pesar de haber pasado algunos años, pregunte sobre su estado anímico.

C- Revisión de registros. La revisión de registros de un caso clínico en neuropsicología es un proceso fundamental para asegurar que la documentación del caso sea precisa, completa, y útil para la toma de decisiones clínicas, en el presente estudio de caso se consideró lo siguiente:

- **Revisión de datos personales.** Comprobar que el nombre, la fecha de nacimiento, y el número de identificación del paciente estén correctos y se correspondan en todos los documentos y revisar que los datos de contacto del paciente y cualquier referencia médica estén correctamente documentados.
- **Revisión del Historial Clínico.** Asegurarse de que se ha documentado un historial clínico completo, incluyendo antecedentes de enfermedades neurológicas, psiquiátricas, y otros problemas médicos relevantes. Verificar que se ha recopilado y documentado información sobre antecedentes familiares de trastornos neurológicos o psiquiátricos si es pertinente. Además, revisar la lista de medicamentos actuales y pasados, incluyendo dosis y duración del tratamiento, y su relevancia para el caso clínico.
- **Revisión de la Evaluación Neuropsicológica.** Comprobar que todas las pruebas neuropsicológicas previstas fueron administradas y que se ha documentado su aplicación, que las condiciones bajo las cuales se realizaron las pruebas (como el ambiente de evaluación, la duración de las sesiones, y cualquier interrupción) estén claramente registradas y verificar la precisión en el registro de las puntuaciones brutas y estandarizadas, así como la correcta interpretación de estos resultados en el contexto del caso clínico.
- **Revisión de la Evaluación Funcional.** Asegurarse de que se ha evaluado y documentado la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria, incluyendo el autocuidado, la movilidad, y las actividades domésticas.
- **Revisión del Consentimiento Informado.** Comprobar que se ha obtenido, registrado y archivado el consentimiento informado del paciente, y que se le informó adecuadamente sobre el propósito, procedimiento, riesgos y beneficios de la evaluación.

D- Problema actual. La esposa del paciente refiere que hace exactamente cinco años su esposo ha tenido un accidente cerebrovascular y años atrás le diagnosticaron parálisis facial del lado izquierdo, al ser dado de alta ha llevado rehabilitación física, sin embargo, en los últimos meses sus familiares y amigos cercanos se han percatado de que el paciente suele olvidar actividades cotidianas, olvida constantemente lo que le dicen, pierde el equilibrio y su conducta ha cambiado ya que se muestra más colérico que antes.

E- Información sobre historia y antecedentes

- El señor J.L. sufrió un accidente cerebrovascular de tipo isquémico, específicamente un infarto lacunar.
- El paciente mencionó haber sido intervenido quirúrgicamente en una apendicectomía y luego fue diagnosticado con hipertensión. Ha presentado problemas como olvido, malestar físico en el lado izquierdo del cuerpo, sus intervalos de tiempo son muy limitados y tiene algunos inconvenientes en lenguaje articulado.

F- Observación comportamental. En el proceso de las entrevistas y las evaluaciones el paciente tuvo una actitud aperturada a responder las preguntas y resolver las pruebas que le fueron aplicadas, en las evaluaciones más complejas o difíciles manifestaba que no podía o “no, no sé, no puedo”.

G- Pruebas administradas

- Técnicas:
 - Observación clínica
 - Entrevista clínica
- Instrumentos:
 - Escala De Inteligencia De Wechsler Para Adultos IV – WAIS IV
 - Evaluación Neuropsicológica Breve en español – NEUROPSI

- Test del Dibujo del Reloj
- Test de interferencia de colores y palabras Stroop
- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
- Test de Alteración de Memoria - T@M

H- Resultados

h1. Área intelectual

Obtuvo un Coeficiente intelectual total considerado como muy bajo y en cuanto a las áreas de memoria el paciente se encuentra en un nivel promedio, comprensión verbal, velocidad de procesamiento y razonamiento perceptual dentro del nivel límite.

h2. Área neuropsicológica

- **Orientación.** El paciente evidencia tener preservada su orientación en tiempo, espacio y persona.
- **Atención y concentración.** En cuanto a dígitos en regresión y sustracción el paciente se encuentra en un nivel de afectación severa y detección visual está afectada en nivel moderado. Denotando así que el paciente J.L. presenta severas dificultades en su atención dividida, selectiva y sostenida. También es importante mencionar que su velocidad de procesamiento se ha visto afectada.
- **Memoria.** Se detecta que en la memoria a corto plazo el evaluado presenta dificultades moderadas en retención de información, almacenamiento y registro, por ello se le complica recordar los estímulos visuales y auditivos que recibe. Respecto a la memoria a largo plazo se evidencia que en cuanto a la memoria verbal de reconocimiento y espontánea se encuentra a niveles de deterioro a nivel severo. En términos generales el paciente presenta un deterioro cognitivo moderado referente a su memoria.
- **Lenguaje.** Se tienen los siguientes resultados:

- En expresivo, su lenguaje es poco fluido, pero presenta coherencia en sus diálogos, tiene inconvenientes en articular algunos fonemas y evidencia haber reducido levemente su vocabulario.
- En automático, presenta cierta dificultad solo en algunas verbalizaciones, ya que, si responde al estímulo, pero debido a la hemiparesia izquierda que ha presentado le dejó algunas secuelas al momento de vocalizar.
- En repetición, no evidencia tener inconvenientes, ya que en las pruebas el paciente ha repetido lo que se le ha expuesto como estímulos.
- En comprensivo, no evidencia tener inconvenientes en ejecución de indicaciones a nivel simple, pero si presenta leve dificultad en entender y ejecutar instrucciones de mayor complejidad.
- En denominación, denota conservación de esta función, debido a que al ver las tarjetas con imágenes el evaluado J.L. no ha presentado inconvenientes y ha resuelto adecuadamente.
- Lectura, mantiene la función conservada y se evidencia debido a que, en los test aplicados, el paciente leyó sin problemas.
- Escritura, evidencia no tener inconvenientes en esta área y mantiene conservada la función debido a que es diestro y la hemiparesia que ha presentado ha sido en el lado izquierdo del cuerpo, sobre todo la mano y parte izquierda del rostro.
- **Gnosias.** Se evidencia que las gnosias auditivas, táctiles y visuales se mantienen preservadas, sin embargo, en cuanto a la grafestesia si presenta inconvenientes de nivel leve en la mano izquierda.
- **Praxias.** Debido al ACV isquémico, el paciente presenta praxias constructivas, ideatorias e ideomotoras con moderada alteración debido a la deficiencia motora del lado izquierdo.

➤ **Funciones ejecutivas. Se tienen los siguientes resultados:**

- En cuanto a las funciones ejecutivas motoras, el paciente si tiene dificultades en hacer algunos movimientos, gestos y posturas debido a la hemiparesia como secuela del ACV isquémico.
- En inhibición, el paciente evidencia ligera dificultad en enfocarse en lo más importante y reducir las interferencias que se le presentan.
- En memoria de trabajo, el evaluado puede realizar algunas actividades que no ameriten complejidad en su ejecución, debido a que logra retener y operar la información recibida a nivel básico.
- En fluidez, presenta moderada dificultad en verbal semántica y fonológica.
- En categorías, denota tener dificultades a nivel severo al momento de clasificar o discriminar características.
- En abstracción, presenta leve disfuncionalidad para detectar detalles significativos y complejos.

h3. Área emocional

Se aplicó una prueba para descartar depresión en el paciente, obteniendo un puntaje bajo en sintomatología e indicadores que puedan dar al paciente un posible diagnóstico de depresión, además de considerar los antecedentes e historia clínica que se realizó, por lo tanto, se infiere que no presenta depresión.

El paciente manifiesta sentir tranquilidad y estabilidad, sobre todo al momento de encontrarse rodeado de sus seres queridos, resalta haber perdido un poco las energías debido a su lesión cerebral, sin embargo, no evidencia indicadores para diagnósticos de ansiedad y depresión.

h4. Área de actividades diarias

El evaluado puede realizar actividades simples del día a día en ambientes que le son conocidos como su domicilio, puede comer, asearse, vestirse y desplazarse a lugares que ha visitado toda su vida manteniendo su ruta de siempre, sin embargo, a veces amerita soporte de alguna compañía sobre todo al visitar e ir a un sitio desconocido.

Las tareas domésticas en las que se ha visto afectado son: cocinar, limpiar habitaciones con muchos muebles y desplazarse en sitios que no concurre con frecuencia o visita por primera vez.

I- Recomendaciones

- Diagnóstico etiológico: Accidente cerebrovascular isquémico, infarto lacunar.
- Diagnóstico sindrómico: Deterioro cognitivo leve de dominios múltiples, sobre todo en atención, memoria y funciones ejecutivas.
- Diagnóstico sintomático: Corto intervalo de atención, olvidos, lento procesamiento de información y dificultades en funciones ejecutivas.

A nivel emocional el paciente cuenta con apoyo de sus familiares, lo cual le permite mantener estabilidad y calma.

J- Recomendaciones

- Realizar rehabilitación neuropsicológica con énfasis en las funciones cognitivas afectadas.
- Psicoeducación a los familiares respecto al deterioro cognitivo leve y puedan entender los cambios de conducta del paciente J.L.
- Seguimiento de la especialidad de neurología, para identificar y realizar seguimiento del progreso de síntomas y signos que presenta el paciente.

- Acompañamiento psicológico para disminuir el impacto nocivo de los diagnósticos y se pueda aliviar el sufrimiento que esté padeciendo el paciente adulto mayor.
- Seguimiento y control neuropsicológico en el lapso de un año para analizar la evolución neurocognitiva.

2.6 Intervención neuropsicológica

2.6.1 Propuesta de programa de rehabilitación neuropsicológica

El programa de rehabilitación neuropsicológica estará conformado por veinte sesiones, cada una de cuarenta minutos y se realizarán dos veces a la semana. Las primeras sesiones se enfocarán en explicar detalladamente al paciente J.L. y sus familiares las consecuencias del ACV isquémico en los procesos cognitivos.

Posteriormente las sesiones estarán dirigidas a mejorar el rendimiento de las funciones cognitivas y conductas desadaptativas que presenta el paciente.

En las últimas tres sesiones se harán las evaluaciones pertenecientes al post test, con las mismas escalas de evaluación que se aplicaron al principio, con lo cual se evidenciará las metas que se proponen lograr para mejorar la calidad de vida del paciente.

Con respecto a las técnicas de neuropsicología, se emplearán el reentrenamiento para recuperar el proceso cognitivo mediante la repetición de estímulos y la compensación que se caracteriza por enfocarse en reorganizar la función cognitiva.

2.6.2 Objetivos

2.6.2.1 Objetivo general.

Maximizar la recuperación de las funciones cognitivas, emocionales, y conductuales del paciente, con el fin de mejorar su independencia y calidad de vida.

2.6.1.2 Objetivos específicos.

- Rehabilitar la Atención y la Concentración.
- Mejorar la capacidad del paciente para recordar y retener información nueva.
- Mejorar las habilidades de planificación, organización, y toma de decisiones.
- Implementar técnicas que ayuden a mejorar la eficiencia en la ejecución de tareas cognitivas.
- Proporcionar a los familiares y cuidadores la información y el apoyo necesario para entender el proceso de rehabilitación.

Tabla 3

Propuesta de rehabilitación neuropsicológica

SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS	ACTIVIDAD
1	Facilitar información al paciente sobre su perfil neuropsicológico	Psicoeducación	-
2	Dar información a la familia sobre el perfil neuropsicológico del paciente	Psicoeducación	-
3	Mejorar la atención y concentración	Reentrenamiento	-Encontrar la imagen ejemplo -Encontrar diferencias
4	Mejorar la atención sostenida y selectiva	Reentrenamiento	-Sumas y restas -Contar los cubos
5	Mejorar atención sostenida, selectiva y alternante	Reentrenamiento	-Sumas mentales -Encontrar figuras iguales -Saltar casillas
6	Mejorar atención dividida y memoria inmediata	Reentrenamiento y compensación	-Colorear según orden -Recordar pictogramas con retroalimentación
7	Mejorar atención global y memoria de la vida diaria	Reentrenamiento y compensación	-Copiar las cuadrículas -Actividades de ayer con retroalimentación
8	Mejorar atención global y memoria a	Reentrenamiento y compensación	-Copiar las cuadrículas -Enlistar objetos de casa, sus conceptos y funciones

	largo plazo: Semántica		
9	Mejorar la atención y memoria a largo plazo: Episódica	Reentrenamiento y compensación	-Explicar los objetos que detecta en el momento -Actividades que realizó en su último viaje con retroalimentación
10	Mejorar atención focal, memoria a corto plazo y largo plazo	Reentrenamiento y compensación	-Coloca números según imagen -Memorizar un minuto -Recuerdos de su hija cuando era niña
11	Mejorar atención global, praxias y grafestesia	Reentrenamiento y compensación	-Detectar la cifra ejemplo -Copiar patrones con la mano izquierda -Valoración sensitiva con varias texturas
12	Mejorar lenguaje expresivo y funciones ejecutivas	Reentrenamiento y compensación	-Leer “Una historia muy pequeña” lento y luego rápido -Enumerar ordenadamente las acciones
13	Mejorar atención y funciones ejecutivas	Reentrenamiento y compensación	-Observación y preguntas -Marcar la palabra intrusa y mencionar temática
14	Mejorar lenguaje expresivo y funciones ejecutivas	Reentrenamiento y compensación	-Responder las preguntas correctamente -Encontrar el grupo de símbolos
15	Mejorar memoria, lenguaje y funciones ejecutivas	Reentrenamiento y compensación	-Decir la palabra cuya primera sílaba sea la última de la palabra anterior -Colocar figuras según número
16	Mejorar las funciones ejecutivas	Reentrenamiento y compensación	-Realizar listas de acciones y objetos que necesitará en el supermercado y la playa, llenar toda la hoja
17	Mejorar las funciones ejecutivas	Reentrenamiento y compensación	-Colocar las figuras según el ejemplo -Resolver las operaciones matemáticas indicadas
18	Reevaluación	-	-Aplicación del Neuropsi, Test del dibujo del Reloj
19	Reevaluación	-	-Aplicación del T@M, Wais IV y Test de Stroop
20	Seguimiento en los próximos seis meses	-	

2.7 Procedimiento

Se explica y se detalla por cada sesión del programa de rehabilitación, además se incluyen las sesiones de reevaluación y seguimiento posterior a los seis meses para analizar la permanencia de las mejorías obtenidas por la intervención neuropsicológica.

Tabla 4*Sesión 01*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
03 / 09 / 2024	Exponer las características del ACV isquémico y consecuencias negativas en el rendimiento neuropsicológico del paciente	INICIO: Saludo, explicación del perfil neuropsicológico actual.	Generar conciencia al paciente acerca del ACV tipo isquémico y sobre su actual perfil neuropsicológico.
		INTERVENCIÓN: -	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento.	El paciente se debe comprometer con su intervención neuropsicológica.
		CIERRE: Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 5*Sesión 02*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
06 / 09 / 2024	Exponer a los familiares, las características del ACV isquémico y consecuencias negativas en el rendimiento neuropsicológico del paciente.	INICIO: Saludo, explicación del perfil neuropsicológico actual.	Generar conciencia a la familia acerca del ACV tipo isquémico y sobre el perfil neuropsicológico del paciente.
		INTERVENCIÓN: Explicar, detallar las características del ACV y exponer sobre el plan de intervención a los familiares.	
		TÉCNICAS: Psicoeducación.	La familia se debe comprometer con el paciente y su intervención neuropsicológica.
	Se explicará la organización programa de intervención.	CIERRE: Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 6*Sesión 03*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
10 / 09 / 2024	Atención	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar la atención y concentración
		INTERVENCIÓN: -Encontrar las imágenes ejemplo, 2 hojas.	
		-Encontrar diferencias de las plantillas que se muestra, 2 hojas. TÉCNICAS: Reentrenamiento.	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	

Tabla 7*Sesión 04*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
13 / 09 / 2024	Atención sostenida y atención selectiva	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	
		INTERVENCIÓN:	
		-Resolver las sumas y restas, 2 hojas.	Mejorar la atención sostenida y atención selectiva
		-Contar todos los cubos, 2 hojas.	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento.	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 8*Sesión 05*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
17 / 09 / 2024	Atención sostenida, atención selectiva y atención alternante	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar atención sostenida, selectiva y alternante
		INTERVENCIÓN:	
		-Resolver las sumas mentalmente.	
		-Encontrar las 10 figuras iguales al ejemplo, 2 hojas.	
		-Seguir el orden y señalar lo más rápido las respuestas, siguiendo las reglas.	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento.	TIEMPO: 40 minutos
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	

Tabla 9*Sesión 06*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
20 / 09 / 2024	Atención dividida y memoria inmediata	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar atención dividida y memoria inmediata
		INTERVENCIÓN:	
		-Colorear las letras según el patrón de colores y letras planteados.	
		-Observar los pictogramas, cerrar los ojos y mencionarlas en voz alta.	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 10*Sesión 07*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
24 / 09 / 2024	Atención y memoria	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar atención global y memoria de la vida diaria
		INTERVENCIÓN:	
		-Copiar en la cuadrícula de al lado -Recordar actividades de ayer con retroalimentación	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 11*Sesión 08*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
27 / 09 / 2024	Atención y memoria a largo plazo	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	
		INTERVENCIÓN:	
		-Copiar las cuadrículas -Enlistar objetos de casa, sus conceptos y funciones	Mejorar atención global y memoria a largo plazo: Semántica
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 12*Sesión 09*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
01 / 10 / 2024	Atención y memoria a largo plazo	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	
		INTERVENCIÓN:	
		-Explicar los objetos que detecta en el momento	Mejorar la atención y memoria a largo plazo: Episódica
		-Escribir las actividades que realizó en su último viaje con retroalimentación	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 13*Sesión 10*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
04 / 10 / 2024	Atención focal, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar atención focal, memoria a corto plazo y largo plazo
		INTERVENCIÓN:	
		-Coloca números según imagen planteada.	
		-Memorizar un minuto las palabras que se le plantea.	
		-Mencionar recuerdos de su hija cuando era pequeña.	
		Recuerdos de su hija cuando era niña	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 14*Sesión 11*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
07 / 10 / 2024	Atención, praxias y grafestesia	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	
		INTERVENCIÓN:	
		-Detectar en la fila, la cifra ejemplo.	
		-Copiar patrones con la mano izquierda.	Mejorar atención global, praxias y grafestesia
		-Valoración sensitiva con varias texturas.	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 15*Sesión 12*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
11 / 10 / 2024	Lenguaje expresivo y funciones ejecutivas	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar lenguaje expresivo y funciones ejecutivas
		INTERVENCIÓN:	
		-Leer “Una historia pequeña” lento y luego rápido.	
		-Enumerar ordenadamente las acciones de una cena.	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 16*Sesión 13*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
15 / 10 / 2024	Atención y funciones ejecutivas	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar atención y funciones ejecutivas
		INTERVENCIÓN:	
		-Observación de la imagen planteada y contestar las preguntas.	
		-Marcar la palabra intrusa y mencionar temática de las demás palabras.	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 17*Sesión 14*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
18 / 10 / 2024	Lenguaje expresivo y funciones ejecutivas	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar lenguaje expresivo y funciones ejecutivas
		INTERVENCIÓN:	
		-Responder las preguntas que se le plantea correctamente	
		-Encontrar el grupo de símbolos y marcar	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 18*Sesión 15*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
22 / 10 / 2024	Memoria, lenguaje y funciones ejecutivas	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar memoria, lenguaje y funciones ejecutivas
		INTERVENCIÓN:	
		-Decir la palabra cuya primera sílaba sea la última de la palabra anterior. -Colocar figuras según número.	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 19*Sesión 16*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
25 / 10 / 2024	Funciones ejecutivas	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar funciones ejecutivas
		INTERVENCIÓN:	
		Realizar listas de acciones y objetos que necesitará en el supermercado y la playa, explayarse y llenar toda la hoja	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 20*Sesión 17*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
29 / 10 / 2024	Funciones ejecutivas	INICIO: Saludo, explicación sobre la sesión.	Mejorar funciones ejecutivas
		INTERVENCIÓN:	
		-Colocar las figuras según el ejemplo.	
		-Resolver las operaciones matemáticas indicadas.	
		TÉCNICAS: Reentrenamiento y compensación	
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 40 minutos

Tabla 21*Sesión 18*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
01 / 11 / 2024	Reevaluación	INICIO: Saludo, explicación sobre la evaluación.	
		INTERVENCIÓN: -Aplicación del Neuropsi, Test del dibujo del Reloj.	Evidenciar resultados post intervención neuropsicológica
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 50 minutos

Tabla 22*Sesión 19*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
05 / 11 / 2024	Reevaluación	INICIO: Saludo, explicación sobre la evaluación.	
		INTERVENCIÓN: -Aplicación del T@M, Wais IV y Test de Stroop.	Evidenciar resultados post intervención neuropsicológica
		CIERRE: Opinión sobre la sesión, Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 50 minutos

Tabla 23*Sesión 20*

Fecha	Función cognitiva por trabajar	Actividades	Objetivo
05 / 05 / 2025	Seguimiento al sexto mes finalizado las 19 sesiones de rehabilitación neuropsicológica	INICIO: Saludo, explicación sobre el seguimiento.	Evidenciar mantenimiento de mejoras de procesos cognitivos post intervención neuropsicológica
		INTERVENCIÓN: -Explicar mejoras en el perfil cognitivo, al paciente y familiares.	
		CIERRE: Feedback y responder preguntar.	TIEMPO: 50 minutos

2.8 Consideraciones éticas

La elaboración del presente estudio de caso, se consideró un consentimiento informado del paciente evaluado, el cual se encuentra en el Anexo A.

Además, se contemplarán los criterios de confidencialidad del Código de ética y deontología del Colegio de psicólogos del Perú (2017).

III. RESULTADOS

Se realizó la propuesta del programa de intervención neuropsicológica, el cual fue creado para realizar la intervención al paciente lo más pronto posible.

3.1 Análisis de resultados

De acuerdo con lo planteado en el objetivo general de este estudio de caso, se logró obtener el perfil neuropsicológico del paciente J.L. obteniendo el diagnóstico de Deterioro cognitivo leve de dominios múltiples, sobre todo en atención, memoria y funciones ejecutivas.

En cuanto a la funcionalidad del proceso cognitivo de la atención se halló que el paciente presenta severas dificultades en las áreas de atención dividida siendo la capacidad de atender a dos o más tareas o estímulos simultáneamente, también en atención selectiva caracterizada por enfocarse en un estímulo específico o tarea relevante mientras se ignoran otros estímulos o distracciones y atención sostenida conocida como concentración o vigilancia, es la capacidad de mantener el enfoque en una tarea o estímulo durante un periodo prolongado de tiempo sin perder la eficiencia.

Respecto a la función de la memoria del paciente se determinó que presenta deterioro, en retención la cual es la captación inicial de la información a través de los sentidos, implica la percepción y el procesamiento inicial de estímulos sensoriales, almacenamiento como proceso por el cual la información que ha sido registrada se mantiene en la memoria para ser utilizada más adelante, retención es la destreza de mantener y conservar la información almacenada durante un periodo de tiempo, asegurando su disponibilidad para la recuperación futura, memoria verbal de reconocimiento o sea no poder identificar o reconocer información verbal previamente presentada cuando se le ofrece una pista o una opción y la memoria verbal espontánea, limitada así la capacidad de recordar y evocar información verbal sin ninguna pista o señal externa.

En relación con el proceso cognoscitivo del lenguaje se encontró que solo presenta inconvenientes a nivel leve en el área de lenguaje expresivo y se infiere que la causa es la hemiparesia en el lado izquierdo.

Las funciones ejecutivas del paciente J.L. presenta dificultad en las áreas motoras involucradas en la regulación y control de las acciones físicas, disfunción en fluidez semántica, es decir dificultad para generar palabras que pertenecen a una categoría semántica específica en un tiempo limitado y fluidez fonológica la cual se encarga de generar palabras que comiencen con una letra o sonido específicos en un tiempo limitado. También a nivel leve en abstracción encargada de comprender conceptos complejos, identificar patrones, generalizar ideas y aplicar principios abstractos en la resolución de situaciones novedosas. Sin embargo, en el área de categorías si presenta disfuncionalidad severa debido a que tiene dificultad en formar, modificar y utilizar categorías, lo que implica reconocer similitudes y diferencias entre elementos, y agruparlos según características compartidas o principios abstractos.

Por lo tanto, si es factible y necesario implementar un programa de rehabilitación neuropsicológica para que el paciente J.L. el cual estará dirigido a mejorar, restaurar o compensar las funciones cognitivas, emocionales y conductuales.

3.2 Discusión de resultados

La razón de este estudio de caso es analizar el perfil neuropsicológico de un adulto mayor con secuelas de ACV isquémico, analizar y seleccionar bibliografía relacionada a los accidentes cerebrovasculares de tipo isquémico y la intervención neuropsicológica en casos de daño cerebral.

En este estudio de caso, el paciente presenta un perfil neuropsicológico de deterioro cognitivo leve de dominios múltiples, sobre todo en atención, memoria y funciones ejecutivas. Rasgos similares a los encontrados por Botero y Peña (2023), quien recomienda intervenir en

las áreas de las funciones atencionales, velocidad de procesamiento y memoria en pacientes que han padecido un ACV de tipo isquémico, exactamente un infarto lacunar.

Se detectó que Ocampo et al. (2022) en su investigación realizada en Bolivia obtuvo resultados que coinciden con el presente trabajo, ya que se detectó la importancia de trabajar un plan de intervención en las funciones cognitivas de atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, posteriormente de haber sufrido un ACV debido a las alteraciones que usualmente los pacientes presentan, cabe recalcar, que con el paciente evaluado del presente estudio de caso, no se halló secuelas importantes en el área de lenguaje, levemente en comprensión y respecto a la vocalización se infiere que es a consecuencia de la hemiparesia en el lado izquierdo.

También Cornejo (2018) en su estudio de caso de una paciente con secuelas de ACV encontró que la evaluada presentaba alteraciones en atención sostenida, selectiva y dividida, memoria a corto y largo plazo, lenguaje y praxias sobre todo de tipo constructiva, generando similitud en los hallazgos encontrados en el paciente de este estudio, ya que las áreas de mayor afectación fueron atención y memoria, sin embargo, hay diferencias con relación a las funciones ejecutivas, debido a que este último paciente si presentaba afectación en la habilidad de abstracción e inhibición cognitiva.

Por otro lado, Ríos (2022) elaboró un estudio de caso en el que encuentra secuelas de ACV en los procesos cognitivos de atención, orientación, memoria, praxias y funciones ejecutivas, lo cual coincide con el presente trabajo que posterior a padecer un accidente cerebrovascular habrá disfuncionalidad en varios procesos cognitivos, sin embargo, hay algunas diferencias, ya que el paciente de este estudio no presentó disfuncionalidad en las áreas de praxias y orientación.

Para finalizar, en todos los estudios e investigaciones revisadas se llegan a la conclusión de que se presentarán secuelas posteriores a haber sufrido un ACV, coincidiendo en que desarrollarán un deterioro cognitivo en sus distintos tipos.

3.3 Seguimiento

El seguimiento seis meses después debe enfocarse en evaluar los cambios en el rendimiento cognitivo, la funcionalidad diaria y la calidad de vida del paciente y se va a considerar lo siguiente:

a. Evaluación Cognitiva

- **Pruebas Neuropsicológicas:** Reaplicar las pruebas que se realizaron antes y después de la rehabilitación para comparar los resultados y determinar si ha habido mejoras, deterioro o estabilización en áreas como memoria, atención, y funciones ejecutivas.
- **Cambios en el Perfil Cognitivo:** Analizar si ha habido algún cambio significativo en las funciones cognitivas desde la última evaluación.

b. Evaluación Funcional

- **Actividades de la Vida Diaria (AVD):** Revisión de la capacidad del paciente para realizar tareas cotidianas, como la gestión del hogar, cuidado personal, y actividades sociales.

c. Calidad de Vida

- **Escalas de Calidad de Vida:** Aplicar instrumentos para evaluar cómo se percibe el paciente en términos de bienestar general, satisfacción, y nivel de estrés.
- **Evaluación Emocional:** Considerar la aplicación de cuestionarios que midan el estado de ánimo y posibles síntomas de depresión o ansiedad.

d. Entrevista Clínica

- Percepción del Paciente y Familia: Recoger información subjetiva sobre cómo el paciente y su familia perciben la rehabilitación y su estado actual.
- Expectativas y Planes a Futuro: Discutir los próximos pasos en el tratamiento o rehabilitación continua, si es necesario.

e. Comparación con Datos Basales

- Realizar una comparación detallada entre los resultados obtenidos en este seguimiento y los datos basales (antes de la rehabilitación y justo después) para valorar la eficacia a largo plazo de la intervención.

IV. CONCLUSIONES

Respecto a la evaluación neuropsicológica, se encontró lo siguiente:

- El paciente adulto mayor presenta un coeficiente intelectual muy bajo. Las áreas de comprensión verbal, razonamiento perceptivo y velocidad de procesamiento en un nivel limítrofe y memoria de trabajo en un nivel promedio.
- El perfil neuropsicológico detectado en el evaluado es deterioro cognitivo leve de dominios múltiples, con alteración en las funciones cognitivas de atención, memoria y funciones ejecutivas.
- No se detectó depresión ni ansiedad, por lo que se infiere que el paciente se encuentra estable emocionalmente.
- El entorno sociofamiliar del paciente evaluado facilita y promueven una mejoría con respecto a las actividades de la vida diaria.

V. RECOMENDACIONES

- Realizar seguimiento del área de neurología, debido a que el seguimiento neurológico es fundamental para el manejo adecuado de los pacientes con trastornos del sistema nervioso y en los pacientes que han presentado un ACV es esencial para detectar secuelas neurológicas y determinar el grado de recuperación, además de prevenir futuros eventos vasculares.
- Plantear sesiones de control quincenal son fundamentales para monitorear de cerca el progreso de un paciente con alteraciones neurocognitivas, ajustar las intervenciones terapéuticas y mantener una evolución positiva. Estas sesiones permiten una revisión sistemática y periódica del estado cognitivo y emocional del paciente, así como del impacto de la intervención.
- Ser constante y respetar el compromiso que se hace en cuanto a la intervención neuropsicológica planteada, en el contexto de un tratamiento neuropsicológico es fundamental para asegurar el éxito y la eficacia del proceso terapéutico. Este compromiso implica tanto al profesional como al paciente y su entorno en cumplir con los objetivos establecidos y seguir las pautas acordadas.
- Implementar actividades de rehabilitación neuropsicológica de forma virtual, ya que son una herramienta cada vez más utilizada en la rehabilitación cognitiva, especialmente en contextos donde la intervención presencial puede ser limitada.
- Considerar la intervención multi e interdisciplinaria en la rehabilitación del paciente, debido a que es un enfoque integral que implica la colaboración de varios profesionales de diferentes áreas para tratar a un paciente, con el objetivo de abordar sus necesidades de manera holística. En el contexto de la neuropsicología, este tipo de intervención es especialmente útil cuando se trata de pacientes con daños cerebrales.

VI. REFERENCIAS

- Alessandro, L., Olmos, L., Bonamico, L., Muzio, D., Ahumada, M., Russo, M., Allegri, R., Gianella, M., Campora, H., Delorme, R., Vescovo, M., Lado, V., Mastroberti, L., Butus, A., Galluzzi, H., Décima, G. y Ameriso, S. (2020). Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(1), 54-68. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000100008&lng=es&tlng=es.
- Álvarez, L., González, P., Núñez, J., González, J., Álvarez, D. y Bernardo, A. (2007). Programa de intervención multimodal para la mejora de los déficits de atención. *Psicothema*, 19(4), 591-596. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72719408.pdf>
- Ardila, W., Silva, F. y Acosta, M. (2013). Perfil neuropsicológico en pacientes con ACV isquémico de la arteria cerebral media izquierda. *Acta Neurológica Colombiana*, 29(1), 36-43. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482013000100005&lng=en&tlng=es.
- Arellano, F., Moreno, G., Culqui, C. y Tamayo, R. (2021). Procesamiento cerebral del lenguaje desde la perspectiva de la neurociencia y la psicolingüística. *Revista de ciencias sociales*, XXVII(4), 292-308. <https://www.redalyc.org/journal/280/28069360021/28069360021.pdf>
- Barroso, J. y León, J. (2002). Funciones ejecutivas: control, planificación y organización del conocimiento. *Revista de psicología general y aplicada*, 55(1), 27-44. <http://hdl.handle.net/11441/51151>

- Bausela, E. (2008). Evaluación neuropsicológica en población adulta; instrumentos de evaluación. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican. Journal of Neuropsychology*, 2(2),136-149. <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642482003.pdf>
- Bernal, C. (2010). Metodología de la Investigación (3ra ed.). Pearson.
- Bernal, L., Arias, Y. y Pineda, C. (2020). Complejo de esclerosis tuberosa: perfil neuropsicológico y propuesta de intervención. *Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud*, 2(1), 98-115. <https://doi.org/10.46634/riics.46>
- Blázquez, J., González, B. y Paúl, N. (2008). Evaluación neuropsicológica. *Manual de neuropsicología*, 2, 35-56. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=436709>
- Botero, N. y Peña, A. (2023). *Protocolo ACVI: Rehabilitación neuropsicológica de fase temprana en adultos hospitalizados post ACV Isquémico de la arteria cerebral media* [Tesis de maestría, Universidad CES]. Repositorio Institucional CES. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/7315>
- Cacho, J., García, R, Arcaya, J., Gay, J., Guerrero, A. y Gómez, J. (1996). El test del reloj en ancianos sanos. *Rev Neurol.*, 24 (136), 1525-1528. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1025-0255202100060000300000&lng=
- Caldera, J. y Ospina, J. (2014). *Perfil neuropsicológico de tanatopracticos y estudiantes de tanatopraxia* [Tesis de maestría, Universidad Cooperativa]. Repositorio Institucional Universidad Cooperativa. <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/a758ea2f-4298-48b2-84bb-2c116257cfbb>
- Calderón, J., Montilla, M., Gómez, M., Ospina, J., Triana, J. y Vargas, L. (2019). Rehabilitación neuropsicológica en daño cerebral: uso de herramientas tradicionales y realidad

- virtual. *Revista Mexicana Neurociencia*, 20(1), 29-35.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2019/rmn191e.pdf>
- Campos, J. (2013,). *La escala de inteligencia de Wechsler para adultos, cuarta edición (WAIS-IV)* [Documento de trabajo]. Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona.
- Capuñay, 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://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3734>
- Carlos, K. (2022). *Efectividad de los Programas de Intervención Neuropsicológica en pacientes adultos mayores con accidente cerebro vascular en Latinoamérica 2011 – 2021: Una revisión sistemática* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/104413/Carlos_DKJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Castillo, A. (2002). Rehabilitación neuropsicológica en el siglo XXI. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 3(4), 223-230. <https://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2014/07/Nm0024-061.pdf>
- Climent, G., Luna, P., Bombín, I., Cifuentes, A., Tirapu, J. y Díaz, U. (2014). Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas mediante realidad virtual. *Revista de Neurología*, 58(10), 465-475. <https://neurologia.com/articulo/2013487>
- Coelho, L., Fernandes, C., Ribeiro, C. y Perea, M. (2006). El modelo de Alexander Romanovich Luria (revisitado) y su aplicación a la evaluación neuropsicológica. *Revista Galego-*

Portuguesa de Psicología e Educación, 13(11-12), 1138-1663.

<https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/7027>

Cornejo, C. (2018). Programa de Rehabilitación de Funciones Neuropsicológicas afectadas en paciente con Accidente Cerebro Vascular (ACV) Hemorrágico en Ganglios Basales. *Revista De Psicología*, 20(2), 87–103.
<https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/334>

Custodio, N., García, A., Montesinos, R., Lira, D. y Bendejú, L. (2011). Validación de la prueba de dibujo del reloj-versión de Manos-como prueba de cribado para detectar demencia en una población adulta mayor de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(1).
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100005

Custodio, N., Cortijo, P., Castro, S., Herrera, E., Linares, J., Lira, D., Nuñez, L. y Montesinos, R. (2012). Análisis comparativo de las características neuropsicológicas de pacientes con demencia fronto-temporal, variante conductual y enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(4), 120-128.
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1216>

De Noreña, D. y Maestú, F. (2008). *Neuropsicología de la memoria*. En Manual de neuropsicología (pp. 191–218).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3423913>

De Noreña, D., Ríos, M., Bombín, I., Sánchez, I., García, A. y Tirapu, 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://neurologia.com/articulo/2009652>

- Duque, J., Marulanda, J. y Gabriel, J., (2023). Articulated Language Area, Historical Perspective and Erroneous Epomy: Between Dax and Broca. *International Journal of Morphology*, 41(3), 910-914. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022023000300910>
- Echevarría, L. (2017). Modelos explicativos de las funciones ejecutivas. *Revista de Investigación en Psicología*, 20(1), 237-247. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v20i1.13367>
- Golden, C. (2020). STROOP. *Test de Colores y Palabras – Edición Revisada* (B. Ruiz, T. Luque y F. Sánchez, adaptadores). TEA Ediciones.
- Grandi, F. y Tirapu, J. (2017). Neuropsicología de la memoria prospectiva basada en el evento. *Revista de Neurología*, 65(5), 226-33. <https://neurologia.com/articulo/2016501>
- Hebben, N. y Milberg, W. (2011). *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (2022). *Boletín epidemiológico*. <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2022/07/BOLET%C3%8DN-EPIDEMIOL%C3%93GICO-8.pdf>
- Landeo, A. (2018). *Validez de criterio del test de Stroop con el test Gestáltico Visomotor de Bender para evaluar indicadores de lesión cerebral en estudiantes del V ciclo de Huachac-Chupaca, 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio Institucional UAP. <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/8798>
- Martínez, E., Fernández, A., Maestú, F., López, M. y Ortiz, T. (2001). Neuropsicología de la memoria: aplicaciones al estudio de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de psicología*

- general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(1), 17-29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2364226>
- Ocampo, N., Zabala, M. y Toledo, C. (2022). Intervenciones neuropsicológicas en pacientes con accidente cerebro vascular. *Journal of Greek Linguistics*, 1(1), 108-122. https://www.researchgate.net/publication/369503720_Intervenciones_neuropsicologicas_en_pacientes_con_accidente_cerebro_vascular
- Ortiz, I., Fernández, N. y Flores, A. (2020). Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con accidente cerebrovascular. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 7(1), 50-55. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932020000100050&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ortiz, I. (2022). *Evaluación e intervención neuropsicológica en un caso de ACV por aneurisma de la arteria comunicante anterior (ACA)* [Tesis de maestría, Universidad Oberta de Catalunya]. Repositorio Institucional Universidad Oberta de Catalunya. <https://openaccess.uoc.edu/handle/10609/146657>
- Oscanoa, T. (2004). Evaluación de la prueba del reloj en el tamizaje de enfermedad de Alzheimer. *Anales de la Facultad de Medicina*, 1(65), 42-48. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1372/1166>
- Ostrosky, F., Ardila, E. y Rosselli, M., (2012). *Neuropsi: Evaluación neuropsicológica breve en español: Manual*. (2a. ed.). El Manual Moderno. https://bibliotecadigital.ucc.edu.co/permalink/57UCC_INST/uu80nv/alma990001491000204416
- Paucar, K. (2020). *Adaptación de la prueba neuropsicológica Breve Neuropsi en adultos mayores de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio

Institucional Universidad César Vallejo.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/49867>

Paúl, N., Bilbao, Á. y Ríos, M. (2008). Rehabilitación neuropsicológica. En *Manual de neuropsicología* (pp. 473-496).

Piñón, A., Torres, T., Vázquez, P. y Otero, F. (2018). Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias (RDCN)*, 5(1), 1-14.

Pizarro, F. (2020). *Perfil neuropsicológico en pacientes que sufrieron infarto agudo de miocardio de un hospital de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Institucional UPN. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/28102>

Ponce, T. (2023). *Perfil Neuropsicológico y propuesta de intervención en Caso Clínico: Síndrome Amnésico después de Paro Cardiorespiratorio* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8769>

Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. McGrawHill.

Portellano, J. (2010). *Introducción a la neuropsicología*.

Requena, M., Bedoya, E., Aymar, J. y Soto, A. (2019). Salud mental como predictor de egreso en pacientes con tuberculosis atendidos en centros de alta incidencia. Lima, Perú. 2015-2017. *Revista chilena de infectología*, 36(6), 723-731. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000600723

- Ríos, M., Muñoz, J. y Paúl, N. (2007). Alteraciones de la atención tras daño cerebral traumático: evaluación y rehabilitación. *Revista de Neurología*, 44(5), 291-297. <https://neurologia.com/articulo/2006208>
- Ríos, J. (2022). *Perfil neuropsicológico de un caso de deterioro cognitivo con secuelas de ACV hemorrágico en un policlínico de Lima Metropolitana 2021* [Trabajo de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6055>
- Rivera, J. (2013). Clasificación del dominio cognitivo de las funciones ejecutivas y la memoria en la Batería Neuropsi. *Revista de investigación en psicología*, 16(1), 145-151. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3924>
- Salvatierra, A. y Del Carmen, J. (2023). Síndrome orbitofrontal en un interno con infracciones por secuestro agravado, violación sexual y muerte de una menor de edad. *Horizonte Médico (Lima)*, 23(2).
- Sequeiros, J., Alva, C., Pacheco, K., Huaranga, J., Huamaní, C., Camarena, C., Durand, W., Valencia, A., Ecos, R., Estupinan, P., Gallo, M., Huamaní, M., Mariños, E., Morón, M., Pulachet, E., Ramo, A., Rodríguez, L., Saavedra, C., Chávez, L. y Timaná, R. (2020). Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: una guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Médica Peruana*, 37(1), 54-73. <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/869>
- Suárez, J., Restrepo, S., Ramírez, P., Liliana, C. y Jiménez, I. (2011). Descripción clínica, social, laboral y de la percepción funcional individual en pacientes con ataque cerebrovascular. *Acta Neurológica Colombiana*, 27(2), 97-105. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482011000200003&lng=en&tlng=es.

- Tirapu, J. y Luna, P. (2008). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Manual de neuropsicología*, 2, 219-59.
- Tirapu, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 189-211.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000200005&lng=es&tlng=es.
- Tirapu, J., Maestú, F., González, J., Ríos, M. y Ruiz, M. (2008). Visión histórica y concepto de neuropsicología. En *Manual de neuropsicología* (pp. 3–32). Viguera Editores.
- Vílchez, J. y Soriano, A. (2017). Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta Médica Peruana*, 34(4), 266-272.
<https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/475>
- Villada, O. y Pineda D. (2022). Perfil neuropsicológico en pacientes con trauma craneoencefálico atendidos en un hospital de alta complejidad de Medellín, Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 38(1), 23-38.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482022000100023
- Wilson, B., Mac Auliffe, M. y Salas, C. (2020). Principios generales de la rehabilitación neuropsicológica. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(2), 59–70. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.2.206>
- Yesavage, J. y Sheikh, J. (1986). 9/Escala de depresión geriátrica (GDS): evidencia reciente y desarrollo de una versión más corta. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.
https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1300/J018v05n01_09?needAccess=true

VII. ANEXOS

Anexo A:

CONSENTIMIENTO DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

(De acuerdo con la Ley general de salud N° 26842, Ley de protección de datos N° 29733)

Yo, _____ identificado con D.N.I.
N° _____, de _____ años.

Declaro haber sido informado por la psicóloga Rocío Valdivia que con fines académicos se me aplicará una evaluación neuropsicológica, que consiste en responder preguntas y otras tareas sencillas que no causaran riesgos a mi persona, y que tengo la opción de suspender mi participación en cualquier momento si así lo creo conveniente, sin ameritar ningún perjuicio.

Las evaluaciones se realizarán de manera presencial, todos los registros serán utilizados para los fines antes descritos. La evaluadora en todo el proceso de la evaluación tratará mis datos de forma confidencial y segura, incluidos los datos relacionados con mi salud física y emocional, para ello autorizo de manera libre su uso, previamente informado. La evaluación se realizará en varias sesiones coordinada con la evaluadora y el tiempo que se determine a dicho proceso.

Asimismo, se me ha informado sobre las ventajas, beneficios y riesgos del proceso de evaluación, así como las fechas y el tiempo de cada sesión.

He realizado las preguntas que considero oportunas y pertinentes, las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.

Firma y huella digital

Anexo B:

Perfil de la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos IV



WAIS-IV
ESCALA WECHSLER DE INTELIGENCIA
PARA ADULTOS-IV

Nombre del examinado: **J.L.**

Nombre del examinador:

Protocolo

Cálculo de la edad del examinado

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	24	2	3
Fecha de nacimiento	58	2	22
Edad a la evaluación	66	11	19

Conversión de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuación escalar				Puntuación escalar del grupo de referencia
Diseño con cubos	4		3		3	
Similitudes	10	5			5	
Retención de dígitos	19			10	10	
Matrices	3		3		3	
Vocabulario	15	6			6	
Aritmética	7			6	6	
Búsqueda de símbolos	4				4	
Rompecabezas visual	8		11		11	
Información	2	5			5	
Clases	8				4	
Secuencia de números y letras*				()	()	
Peso figurado*				()	()	
Comprensión	6	(4)			(4)	
Cancelación*	9			(5)	()	
Figuras incompletas	2		(6)		(6)	
Suma de puntuaciones escalares		16	17	16	13	62

*16 a 69 años únicamente

Perfil de puntuaciones escalares de las subpruebas

	Comprensión Verbal				Razonamiento Perceptual				Memoria de Trabajo				Velocidad de Procesamiento			
	SE	VB	IN	CM	DC	MT	RV	PF	FI	RD	AR	NL	BS	CL	CA	
19																
18																
17																
16																
15																
14																
13																
12																
11																
10																
9																
8																
7																
6																
5																
4																
3																
2																
1																

Perfil de puntuaciones compuestas

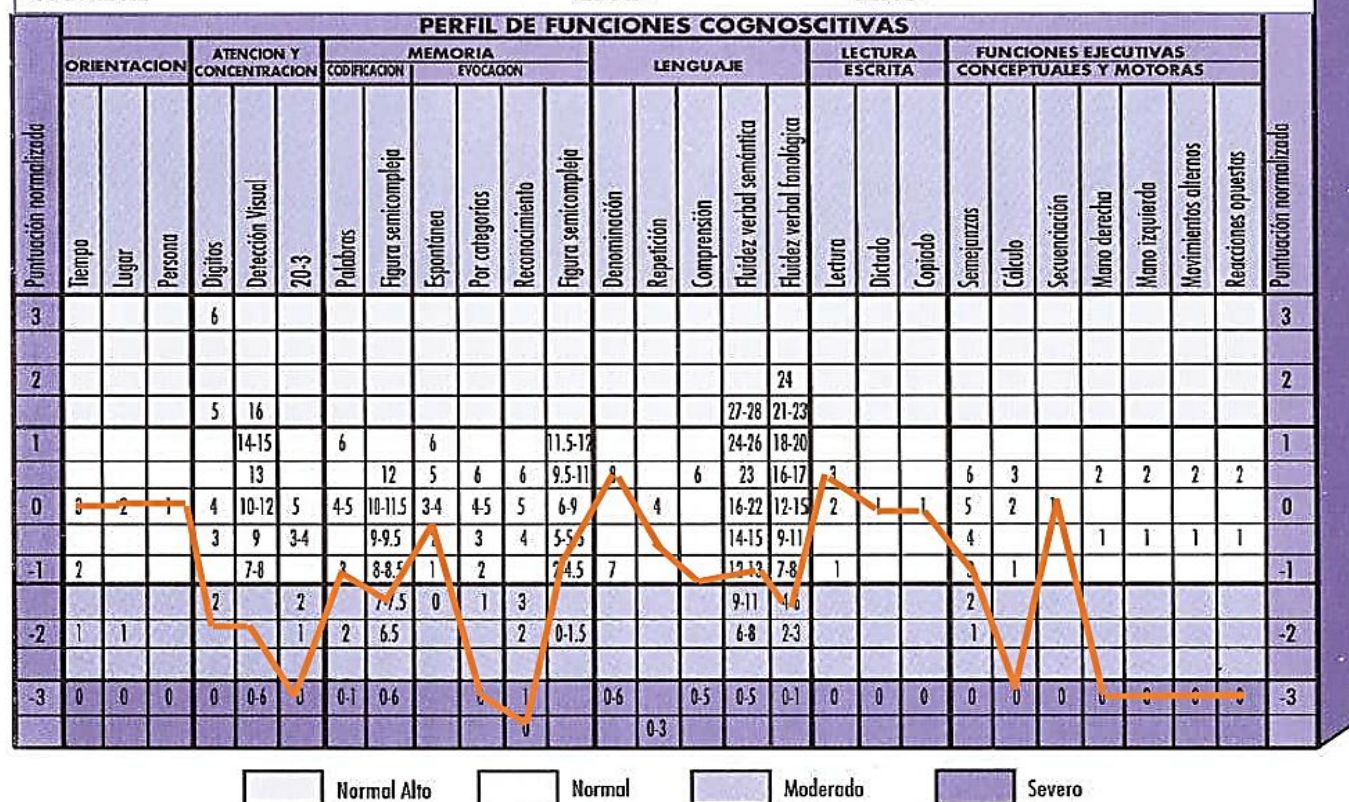
	ICV	IRP	IMT	IVP	CIT
160					
155					
150					
145					
140					
135					
130					
125					
120					
115					
110					
105					
100					
95					
90					
85					
80					
75					
70					
65					
60					

Conversión de la suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Puntuación compuesta	Rango percentil	Intervalo de confianza* 90% a 95%
Comprensión Verbal	16	ICV 75	5	70-83
Razonamiento Perceptual	17	IRP 75	5	68-89
Memoria de Trabajo	16	IMT 90	25	82-100
Velocidad de Procesamiento	13	IVP 74	5	69-82
CIT Total	62	CIT		

Perfil de Evaluación neuropsicológica breve en español NEUROPSI

NEUROPSI EVALUACION NEUROPSICOLOGICA BREVE EN ESPAÑOL (Dra. Feggy Ostrosky-Solis; Dr. Alfredo Ardila y Dra. Mónica Rosselli).

RANGO DE EDAD: 66-85
NIVEL DE ESCOLARIDAD: 10-24 AÑOS DE ESTUDIO
NOMBRE
EDAD
SEXO


Perfil del Test de interferencia de colores y palabras Stroop

STROOP

Test de Colores y Palabras

Nombre: J.L.
 Edad: 66 Sexo: M Fecha: 10-02-2024

PARA USO DEL PROFESIONAL

	PD	PT
P	107	44
C	67	42
PC	44	44
$\frac{P \times C}{P + C} = PC'$	41.20	-----
$PC - PC' = \text{INTERF.}$	2.8	50

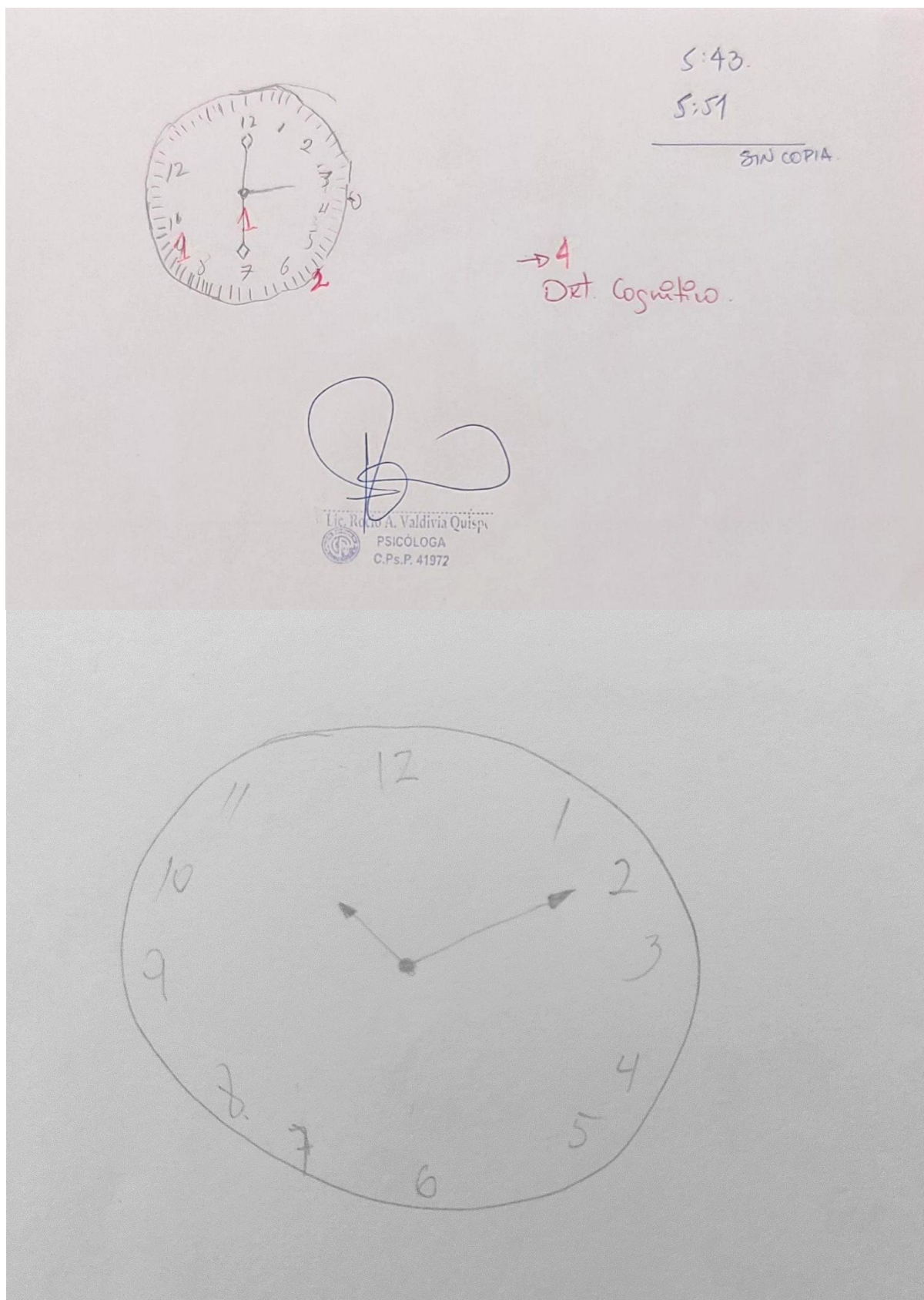
**NO ABRA EL CUADERNILLO
HASTA QUE SE LE INDIQUE**



Copyright de la edición española © 1993 by TEA Ediciones, S.A., Madrid (España) - Traducido y adaptado con permiso del propietario original, Stoelting Company, Illinois (U.S.A.) - Edita: TEA Ediciones, S.A. - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España por CIPSA, Orense, 68, 28020 Madrid - Depósito legal: M - 117 - 1994.

Anexo C:

Protocolos



Escala de Yesavage

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Item	Pregunta a realizar	1 punto si responde:	
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO	SI
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO	SI
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI	NO
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO	SI
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI	NO
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO	SI
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI	NO
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI	NO
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI	NO
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO	SI
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO	SI
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	NO
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO	SI

Puntuación total:

0 - 10: Normal.

11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

> 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

10

No evidencia de depresión

Dr. Rocio A. Valdivia Quispe
PSICÓLOGA
C.Ps.R. 41972

T@M (Test de Alteración de Memoria)

Rami L, Molinuevo JL, Bosch B, Sanchez-Valle R, Villar A (*Int J Geriatr Psychiatry*, 2007;22:294-7)
Unidad Memoria-Alzheimer. Hospital Clínic i Universitari de Barcelona

MEMORIA INMEDIATA "Intente memorizar estas palabras. Es importante que este atento/a"

Repita: **cereza (R) hacha (R) elefante (R) piano (R) verde (R)**

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Le he dicho una fruta, ¿cuál era? | 0 - 1 (Si 0, repetirla) |
| 2. Le he dicho una herramienta, ¿cuál era? | 0 - 1 " |
| 3. Le he dicho un animal, ¿cuál? | 0 - 1 " |
| 4. Le he dicho un instrumento musical, ¿cuál? | 0 - 1 " |
| 5. Le he dicho un color, ¿cual? | 0 - 1 " |

"Después le pediré que recuerde estas palabras"

"Este atento/a a estas frases e intente memorizarlas" (máximo 2 intentos de repetición):

Repita: **TREINTA GATOS GRISES SE COMIERON TODOS LOS QUESOS (R)**

6. ¿Cuántos gatos había? 0 - 1; 7. ¿De qué color eran? 0 - 1; 8. ¿Qué se comieron? 0 - ~~1~~

(Si 0 decirle la respuesta correcta)

Repita: **UN NIÑO LLAMADO LUIS JUGABA CON SU BICICLETA (R)** (máximo 2 intentos):

9. ¿Cómo se llamaba el niño? 0 - ~~1~~; 10. ¿Con qué jugaba? 0 - 1

(Si 0 decirle la respuesta correcta)

MEMORIA DE ORIENTACIÓN TEMPORAL

11. Día semana 0 - ~~1~~; 12. Mes 0 - ~~1~~; 13. Día de mes 0 - ~~1~~; 14. Año 0 - ~~1~~; 15. Estación 0 - ~~1~~

MEMORIA REMOTA SEMÁNTICA (2 intentos; si error: repetir de nuevo la pregunta)

- | | |
|--|------------------|
| 16. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? | 0 - 1 |
| 17. ¿Cómo se llama el profesional que arregla coches? | 0 - 1 |
| 18. ¿Cómo se llamaba el anterior presidente del gobierno? | 0 - 1 |
| 19. ¿Cuál es el último día del año? | 0 - 1 |
| 20. ¿Cuántos días tiene un año que no sea bisiesto? | 0 - 1 |
| 21. ¿Cuántos gramos hay en un cuarto de kilo? | 0 - 1 |
| 22. ¿Cuál es el octavo mes del año? | 0 - 1 |
| 23. ¿Qué día se celebra la Navidad? | 0 - 1 |
| 24. Si el reloj marca las 11 en punto, ¿en qué número se sitúa la aguja larga? | 0 - 1 |
| 25. ¿Qué estación del año empieza en septiembre después del verano? | 0 - 1 |
| 26. ¿Qué animal bíblico engañó a Eva con una manzana? | 0 - 1 |
| 27. ¿De qué fruta se obtiene el mosto? | 0 - 1 |
| 28. ¿A partir de qué fruto se obtiene el chocolate? | 0 - 1 |
| 29. ¿Cuánto es el triple de 1? | 0 - 1 |
| 30. ¿Cuántas horas hay en dos días? | 0 - 1 |

MEMORIA DE EVOCACIÓN LIBRE

31. De las palabras que dije al principio, ¿cuales podría recordar? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

(esperar la respuesta mínimo 20 segundos)

32. ¿Se acuerda de la frase de los gatos? 0 - 1 - 2 - 3 (un punto por idea: 30 -grises -quesos)

33. ¿Se acuerda de la frase del niño? 0 - 1 - ~~2~~ (un punto por idea: Luis -bicicleta)

MEMORIA DE EVOCACIÓN CON PISTAS

- | | | | |
|--|------------------|---------------------------------------|------------------|
| 34. Le dije una fruta, ¿cuál era? | 0 - 1 | ¿Se acuerda de la frase de los gatos? | |
| 35. Le dije una herramienta, ¿cuál? | 0 - 1 | 39. ¿Cuántos gatos había? | 0 - 1 |
| 36. Le dije un animal ¿cuál era? | 0 - 1 | 40. ¿De qué color eran? | 0 - 1 |
| 37. Un instrumento musical, ¿cuál? | 0 - 1 | 41. ¿Qué comían? | 0 - 1 |
| 38. Le dije un color, ¿cuál? | 0 - 1 | ¿Se acuerda de la frase del niño? | |
| (Puntuar 1 en las ideas evocadas de forma libre) | | 42. ¿Cómo se llamaba? | 0 - 1 |
| | | 43. ¿Con qué estaba jugando? | 0 - 1 |