



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: PERFIL Y SECUELAS NEUROPSICOLÓGICAS ASOCIADAS DE UNA PACIENTE DE GÉNERO FEMENINO DE 21 AÑOS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO A NIVEL FRONTO TEMPORAL DERECHO

**Línea de investigación:
Neurociencias del comportamiento**

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

Autor

Usca Gamarra, Edward

Asesor

Alegre Bravo, Alberto

ORCID: 0000-0001-6331-6094

Jurado

Silva Díaz, Belizardo

Placencia Medina, Elba Yolanda

Manrique Tapia, César Raúl

Lima - Perú

2024

CASO PSICOLÓGICO: PERFIL Y SECUELAS NEUROPSICOLÓGICAS ASOCIADAS DE UNA PACIENTE DE GÉNERO FEMENINO DE 21 AÑOS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO A NIVEL FRONTO TEMPORAL DERECHO

INFORME DE ORIGINALIDAD

27%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

2

idoc.pub

Fuente de Internet

1%

3

vbook.pub

Fuente de Internet

1%

4

[Submitted to Universidad de Málaga - Tii](#)

Trabajo del estudiante

1%

5

www.web.teaediciones.com

Fuente de Internet

1%

6

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

7

www.scribd.com

Fuente de Internet

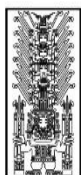
1%

8

www.scielo.org.co

Fuente de Internet

1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CASO PSICOLÓGICO: PERFIL Y SECUELAS NEUROPSICOLÓGICAS ASOCIADAS DE
UNA PACIENTE DE GÉNERO FEMENINO DE 21 AÑOS CON DAÑO CEREBRAL
ADQUIRIDO A NIVEL FRONTO TEMPORAL DERECHO**

Línea de Investigación:

Neurociencias del comportamiento.

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

Autor:

Usca Gamarra, Edward

Asesor:

Alegre Bravo, Alberto

ORCID: 0000-0001-6331-6094

Jurado:

Silva Díaz, Belizardo

Placencia Medina, Elba Yolanda

Manrique Tapia, César Raúl

**Lima – Perú
2024**

Agradecimiento

A mi madre, mi esposa, y mi hija, por representar mi constante, y ayudarme a seguir sin desfallecer su apoyo, confianza, soporte y cariño han sido invaluable. Gracias por ser mi punto de apoyo, mi palacio de jade. No podría dejar de mencionar a mi punto de inspiración a la Psicología, mis profesores, que sin ellos este sueño no podría haberse cumplido.

Yocio, tú puedes.

ÍNDICE

Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Descripción del problema.....	10
1.2 Antecedentes	15
1.2.1 Antecedentes internacionales	15
1.2.2 Antecedentes nacionales	19
1.2.3 Fundamentación teórica	22
1.2.4 Evaluación neuropsicológica.....	30
1.2.5 Rehabilitación neuropsicológica	36
1.3 Objetivos	39
1.3.1 Objetivo general	39
1.3.2 Objetivos específicos.....	39
1.4 Justificación.....	39
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	40
II. METODOLOGÍA	42
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	42
III. RESULTADOS	69
IV. CONCLUSIONES	91
V. RECOMENDACIONES.....	92

VI.	REFERENCIAS.....	93
VII.	ANEXOS.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de gravedad	25
Tabla 2 Ficha técnica Mini - Mental	50
Tabla 3 Ficha técnica escala Wechsler para adultos.....	51
Tabla 4 Ficha técnica Test de colores STROOP	54
Tabla 5 Ficha técnica Test de senderos TESEN.....	56
Tabla 6 Ficha técnica Test de figura de REY	58
Tabla 7 Ficha técnica Test de d2	59
Tabla 8 Ficha técnica Cuestionario de impulsividad de Barratt	61
Tabla 9 Ficha técnica índice de Barthel	63
Tabla 10 Ficha técnica NEUROPSI atención - memoria.....	65
Tabla 11 Ficha técnica NEUROPSI BREVE en español	67
Tabla 12 Resumen de resultados	76
Tabla 13 Resumen de evalaución neuropsicologica	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Imagen de resonancia	14
Figura 2 Imagen de resonancia	14
Figura 3 Imagen de resonancia	15

Resumen

Objetivo: Describir el perfil y secuelas Neuropsicológicas, de un caso clínico de una paciente mujer de 21 años, a causa de un daño cerebral adquirido a nivel fronto temporal derecho. **Método:** el diseño de estudio de caso único tiene como objeto de estudio a un individuo, donde se realizara una evaluación diagnóstica, con el propósito general de medir y controlar un resultado mediante la aplicación de instrumentos específicos describiendo un caso único con una evaluación aplicada, y de resultados obtenidos, manteniendo un diseño no experimental siendo una investigación aplicada (Kerlinger, 1975), es esta misma línea nos permitirá verificar la aplicación de instrumentos permitiéndonos realizar un diagnóstico, midiendo el resultado de la evaluación de un paciente (Kratochwill, et al., 1989), mediante un enfoque cualitativo-cuantitativo. La investigación para desarrollarse es de tipo empírica descriptiva sin ningún tipo de manipulación de variables, donde se seleccionará estrategias para el tratamiento y/o intervención, utilizando un contexto aplicado hacia la variable escogida (Ato et al., 2024). **Resultados:** ante el perfil de evaluación Neuropsicológica, de la paciente se describen dificultades en las funciones ejecutivas, funciones viso perceptivas, con respuestas impulsivas, con dificultades en inhibición, flexibilidad cognitiva, así mismo existe la presencia de estados de labilidad emocional, y dificultades en el juicio social, generando una inconsistencia emocional. **Conclusiones:** la evaluación del perfil Neuropsicológico se obtuvo como diagnóstico trastorno neurocognitivo leve por traumatismo craneoencefálico, con afectación en funciones ejecutivas a nivel fronto temporal del hemisferio derecho (síndrome disejecutivo).

Palabras clave: daño cerebral adquirido, evaluación neuropsicológica, funciones ejecutivas.

Abstract

Objective: To describe the profile and neuropsychological sequelae of a clinical case of a 21-year-old female patient, due to acquired brain damage at the right frontotemporal level. **Method:** The single-case study design has as its object of study an individual, where a diagnostic evaluation will be carried out, with the general purpose of measuring and controlling a result through the application of specific instruments describing a unique case with an applied evaluation, and the results obtained, maintaining a non-experimental design being applied research (Kerlinger, 1975), this same line will allow us to verify the application of instruments allowing us to make a diagnosis, measuring the result of the evaluation of a patient (Kratochwill, et al., 1989), through a qualitative-quantitative approach. The research to be developed is of a descriptive empirical type without any type of manipulation of variables, where strategies for treatment and / or intervention will be selected, using an applied context towards the chosen variable (Ato et al., 2024). **Results:** The patient's neuropsychological evaluation profile revealed difficulties in executive functions, visual-perceptual functions, impulsive responses, difficulties with inhibition, and cognitive flexibility. She also exhibited states of emotional lability and difficulties with social judgment, generating emotional inconsistency. **Conclusions:** The neuropsychological evaluation profile revealed a diagnosis of mild neurocognitive disorder due to head trauma, with impairment of executive functions at the frontotemporal level of the right hemisphere (dysexecutive syndrome).

Keywords: acquired brain injury, neuropsychological evaluation, executive functions.

I. INTRODUCCIÓN

Un traumatismo craneoencefálico se describe como una lesión directa al cerebro causada por una fuerza mecánica externa, que puede provocar una alteración temporal o permanentes en las funciones cerebrales, por ello es considerada como una “epidemia silenciosa”, por el tipo de ocurrencia abrupta sobre el cráneo y el cerebro, donde se incluyen desde golpes simples, fracturas craneales, edemas cerebrales traumáticos, daño axonal difuso, que son provocados por accidentes de tránsito, caídas golpes, y estos pueden afectar desde el estado funcional físico, cognitivo, social, y familiar del ser humano (Jaramillo et al., 2001; Marchio, et al., 2006; Martínez y Bonifaz, 2008). La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que cada vez la cifra de fallecimientos va en aumento y que son más de 1,25 millones de personas, que son afectadas por estos accidentes a nivel mundial siendo el 90% en países de bajo ingreso económico, entre 20 a 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales padeciendo alguna forma de discapacidad, estos valores se evidencian en personas de 15 a 35 años y en mayor porcentaje en el sexo masculino.

En el presente trabajo con descripción de un caso único: Secuelas de las funciones Neuropsicológicas en paciente mujer de 21 años con daño cerebral adquirido, tiene por finalidad describir el perfil Neuropsicológico y sus implicancias en la afectación en sus actividades de la vida diaria, con afectaciones en sus funciones ejecutivas.

El daño cerebral en el lóbulo frontotemporal en pacientes jóvenes, como en el caso de una paciente mujer de 21 años, que sufrió un Traumatismo craneoencefálico adquirido hace 12 años, este estudio plantea describir el perfil y las secuelas Neuropsicológicas, mediante una evaluación Neuropsicológica de tipo psicométrico, reconociendo que este tipo de lesión puede tener un

impacto profundo en diversas funciones ejecutivas y conductuales, como la toma de decisiones, la regulación emocional, la memoria y la interacción social.

El problema central de este estudio radica en comprender en profundidad cómo el daño en el lóbulo frontotemporal derecho afecta específicamente a una paciente mujer joven de 21 años, considerando la plasticidad cerebral en esta etapa de la vida y cómo se manifiestan los cambios Neuropsicológicos a corto y largo plazo.

En el presente estudio de caso exploramos, no solo las consecuencias inmediatas del daño cerebral en esta región, sino también cómo se pueden diseñar estrategias de rehabilitación y tratamiento individualizado para mejorar la recuperación y mejorar la calidad de vida de la paciente con el daño cerebral adquirido a nivel del lóbulo frontotemporal derecho.

1.1 Descripción del problema

Se presenta a un paciente de género femenino de 21 años nacida el 22 de enero del 2002, en la ciudad del Cusco, acude a consulta externa en consultorio privado de psicología, en compañía de la madre, quien refiere en el motivo de consulta problemas en su comportamiento, funciones atencionales, impulsividad, dificultades de organización, con desregulación en el control de sus emociones, con referencia de la madre de presentar alteraciones en la interacción con los miembros de su familia y sus compañeros de la universidad, mostrándose muy intrusiva, en ocasiones suele mantener conversaciones con otras personas sin conocerlas, generando en situaciones de incomodidad social, pidiendo prestado el celular con el afán de llamar a su familia o buscar algún juego, así mismo, la madre refiere que su hija presenta dificultades en el control y la ingesta de sus alimentos, con remisión de conductas impulsivas a la hora de alimentarse, existiendo situaciones donde la madre ha encontrado comida escondida debajo de la cama, he incluso en algunas

situaciones haber sustraído, o pedido comida de sus compañeros o de la tienda cerca de su centro de estudios, indicando no haber comido, acciones y conductas que han provocado en un momento el incremento de su peso, por los atracones constantes de comida, del mismo modo, la madre hace la observación de que le gusta jugar con niños mostrando un comportamiento extravagante, sin mantener un control adecuado de sus emociones, presentando una imaginación muy exacerbada, incluyendo mentiras alrededor de su familia ocasionando dificultades en la organización familiar, según refiere la madre, este hecho ha generado que en muchas ocasiones, existan conflictos internos y problemas en la organización con los miembros de la familia, así también, la madre indica que en alguna situación su hija presento una denuncia policial, por no darle los alimentos y haber sido víctima de agresiones físicas, por parte de la madre, hecho que fue desacreditado por las autoridades, y por el análisis de la declaración de la paciente, refiriendo la madre sobre este hecho indica que en otra ocasión escapo de casa por toda una mañana, siendo encontrada en un puesto policial de la ciudad del Cusco.

Ante la entrevista con la paciente, indica que ella presentó un accidente de tránsito a la edad de 11 años, en fecha del 11 de enero del 2014, cerca de su casa, donde habría sido arrollada por un camión, mencionando *“me hizo volar, como 15 metros de la puerta de mi casa”*, ocasionándole un Trauma encéfalo craneano de tipo grave, dejando como secuela la dificultad para caminar y para poder utilizar su brazo izquierdo, siendo llevada y atendida de emergencia de una clínica particular de la ciudad del Cusco, en referencia de la paciente menciona: *“Me llevaron a la clínica particular San José, y estuve por más de media hora sin que pudieran atenderme, para luego trasladarme en sistema de salud público ESSALUD, donde fui intervenida por un neurocirujano, realizándome una craneotomía des compensativa, por presentar un traumatismo craneoencefálico grave, operándome por un periodo de 10 horas, por lo que ingrese a cuidados*

intensivos por 2 meses, luego de la operación pase a terapia física, y terapia de psicología. Actualmente, soy estudiante universitaria, pero aún sigo con problemas en mi desplazamiento y mantengo ayuda para realizar mis actividades por lo que tengo cuidadores en forma regular”.

1.1.1. Historia clínica.

Línea de Tiempo de Historia Clínica de la Paciente con Traumatismo Encéfalo Craneano Grave:

- **2014:** Diagnóstico de Traumatismo Encéfalo Craneano Grave:
 - Diagnóstico Neuropsicológico: Trastorno cognoscitivo leve por traumatismo craneal, con déficit visomotor moderado y síndrome prefrontal dorso lateral.
- **2015:**
 - Diagnóstico de estrabismo divergente (CIE 10 – H50.1), que es un cambio visual provocado por la pérdida del paralelismo del eje visual, y se desvía hacia el temporal (Boyd, 2024), condición secundaria a secuela de traumatismo encéfalo craneano grave.
 - Diagnóstico Neuropsicológico: Trastorno adaptativo mixto de las emociones y comportamiento, trastorno de estrés postraumático, que describe un trastorno de ansiedad, luego de experimentar o ser testigo de un suceso traumático extremo durante el cual siente un miedo intenso, desesperanza u horror, esta condición viene acompañado de parálisis emocional, hipervigilancia, irritabilidad, y reviviscencia del trauma con emociones intrusivas (Azcárate, 2007).
- **2017:**
 - Diagnóstico médico de secuela de trauma encéfalo craneano (CIE 10 - S06.2), con hemiparesia distónica izquierda, caracterizada por movimientos lentos e incontrolables de

retorcimiento o espasmódicos en las extremidades izquierdas, con daño localizado en el hemisferio derecho.

- **2020:**

- Resonancia magnética (figura 1,2,3) muestra área de encefalomalacia residual en la corteza - subcorteza fronto-temporo-parietal del lado derecho en relación con el antecedente traumático previo sin descarte de una leucomalacia periventricular, que es la lesión subsecuente a un fenómeno hipoxicoisquémico que afecta característicamente al cerebro inmaduro y provoca necrosis de la sustancia blanca con distribución característica, hacia la sustancia blanca dorsal y lateral del ángulo externo del ventrículo lateral, con extensión del área de encefalomalacia a la región de corteza y subcorteza frontal temporal mínima del lado izquierdo, siendo la causa principal de la parálisis cerebral (Shevell, 2003).

- Resonancia magnética (figura 1,2,3) revela ectasia del sistema ventricular del lado derecho hacia el área de la encefalomalacia fronto-temporo-parietal del lado derecho, siendo la consecuencia y secuela irreversible de algunos procesos patológicos que producen la muerte de células nerviosas, con episodios isquémicos que pueden provocar necrosis focal o múltiple del parénquima encefálico (Duque y Rubio, 2006).

- Integridad en espacio subaracnoideo, sin compromiso hemático subaracnoideo visualizado.

- **2023:**

- Intervención quirúrgica: Banda gástrica.

Figura 1

Imagen de resonancia



Nota: Tomado de la historia clínica del paciente.

Figura 2

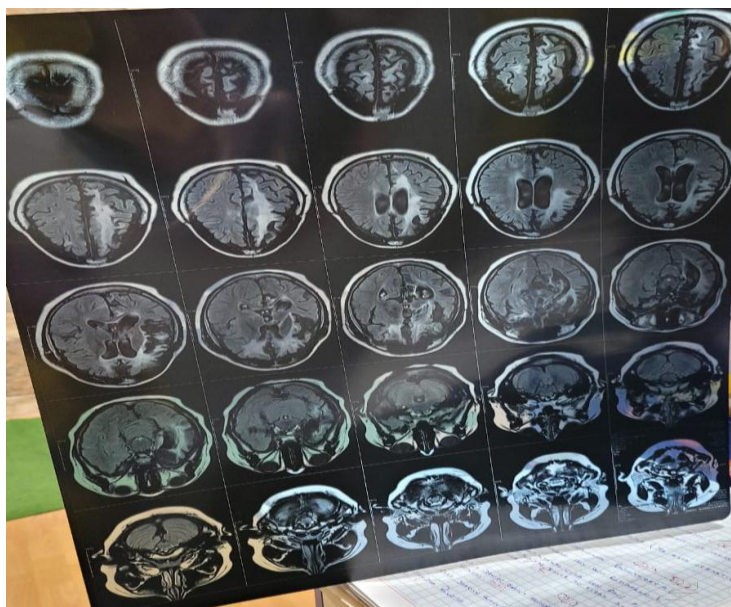
Imagen de resonancia



Nota: Tomado de la historia clínica del paciente.

Figura 5

Imagen de resonancia



Nota: Tomado de la historia clínica del paciente.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes internacionales

A referencia de las publicaciones de investigación a nivel internacional, en España, Sánchez de Alcázar (2022) describe el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 38 años que experimentó un severo daño cerebral después de un accidente de tránsito en España. La evaluación Neuropsicológica del paciente reveló dificultades en la memoria, así como secuelas físicas, sociales y psicológicas que afectan su funcionamiento normal. Los resultados indicaron una afectación moderada en el área frontal del cerebro, con impactos en la rapidez de procesamiento y la memoria, además de un deterioro moderado en las funciones ejecutivas que incluyen una disminución en la fluidez del lenguaje, anomia y la presencia de un cuadro ansioso-depresivo. En la descripción del caso el paciente aplicó instrumentos para la detección de Deterioro cognitivo leve y Alzheimer, MoCA, con puntuaciones de 24/30, indicando deterioro, pruebas en

la detección de déficit atencional, Test de marcado (TMT-A y B), con puntuaciones alteradas <10 y 10 – 25 respectivamente, escala de valoración cognitiva, de escala Weschler para adultos (WAIS IV), puntuaciones alteradas en claves puntuación 39/5, dígitos 14/3, aritmética 10/7, pruebas de planificación Torre de Londres, con puntuación normal, interferencia test de STROOP, con puntuaciones alteradas Palabra/pc=1, Color/pc:1, Palabra Color/pc: 1, interferencia/pc:1, memoria y aprendizaje *Memory Failures Everyday* (MFE), test de RAVLT para evaluar memoria auditiva verbal y capacidad de aprendizaje, con puntuaciones alteradas lista A/pc=13, Recuerdo con pistas B/pc:5, reconocimiento B/pc:7, test de memoria visual *Brief Visuospatial Memory test revised* (BVMT-R), con puntuaciones alteradas, test de memoria visual a corto plazo, *Visual Patterns Test* (VPT), puntuaciones alteradas, puntuación directa 6, escala de depresión (PHQ9), con puntuación grave, puntuación directa 20, escala de ansiedad generalizada (GAD-7), puntuación directa 20, significancia grave, escala para medir la recuperación de pacientes con daño cerebral adquirido *Glasgow Outcome Scale Extended* (GOSE), presentando discapacidad moderada de grado superior, con afectaciones en sus funciones ejecutivas.

Garrido (2022) examinó las secuelas del daño cerebral adquirido en España, destacando su impacto en diversas áreas funcionales individuales. Según su investigación, las alteraciones en el lóbulo frontal se identifican déficits en la memoria, funciones ejecutivas y inestabilidades emocionales, especialmente cuando las lesiones afectan el córtex orbitofrontal, lo que puede conllevar alteraciones conductuales. Garrido Sánchez evaluó el rendimiento cognitivo, emocional y conductual de una mujer con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea de las arterias cerebrales anteriores, evidenciando una mejoría poco significativa en los procesos atencionales, procesos mnésicos, funciones ejecutivas y control inhibitorio. Con aplicación de instrumentos de orientación tiempo espacio, persona, con resultados alterados, con la aplicación de la prueba de

Wechsler (WAIS IV), en subescala de retención de dígitos PD/PE=11/7 y cubos PD/PE= 2/0, prueba de la Denominación de Boston 42/60, Test de Token con 30 aciertos, test de fluencia verbal con puntuaciones directas 5 y 2 con alteraciones en su producción, Test de aprendizaje verbal España Complutense (TAVEC) con puntuaciones fluctuantes de 2 a 4, ante los resultados de la evaluación Neuropsicológica el paciente presenta alteraciones de las funciones ejecutivas, programándose actividades en rehabilitación Neuropsicológica de 3 veces por semana, por 50 a 60 minutos con actividades en rapidez de procesamiento, control inhibitorio y memoria. Esta investigación subraya la importancia de una intervención temprana en la rehabilitación Neuropsicológica y enfatiza el progreso continuo del tratamiento una vez identificada la afectación de las funciones ejecutivas.

Hernantes (2021) investigó la efectividad de la rehabilitación Neuropsicológica en pacientes con daño cerebral adquirido en España. El estudio incluyó la participación de 20 individuos con deterioro cognitivo moderado, de los cuales 8 pertenecieron al grupo control y los 12 restantes al grupo experimental. Se realizó una evaluación Neuropsicológica inicial para establecer el estado del funcionamiento cognitivo de cada participante, seguida de una evaluación posterior para analizar la efectividad de la rehabilitación, con la aplicación del instrumento como la figura compleja de Rey, Test del Marcado (TMT), Test de memoria libre y selectivamente facilitado (FCSRT), prueba de dígitos directas e indirectos de la escala Wechsler para adultos. Los resultados demostraron una mejora significativa en los pacientes que completaron las actividades de rehabilitación en comparación con aquellos del grupo control. Este estudio subraya la relación positiva entre la rehabilitación Neuropsicológica y la mejora de las funciones cognitivas afectadas.

Carracedo y Rufé (2021) realizaron un estudio en, España, con el objetivo de identificar diferentes métodos en la rehabilitación de la inhibición y su eficacia en pacientes con daño cerebral

adquirido. Para ello, llevaron a cabo una búsqueda sistemática en una muestra de pacientes comprendida entre los 23 y 68 años. Los resultados de su estudio indicaron una mejora en la inhibición. Entre los métodos y procesos encontrados se destacaron los programas SMART y GMT, tareas tipo STROOP, *Stop Signal*, Go/No Go, que medirán las funciones ejecutivas, y la rehabilitación de la inhibición, planificación, orientación, esta combinación de métodos a nivel cognitiva, sensoriomotora, y el uso de la realidad virtual estimularán la zona del córtex prefrontal dorsolateral.

Villada y Pineda (2022) realizaron un estudio en Colombia, donde describieron el perfil Neuropsicológico de pacientes con trauma craneoencefálico atendidos en un hospital de alta complejidad. El estudio fue observacional, analítico y de corte transversal, basado en revisiones del historial clínico de los participantes y reportes Neuropsicológicos entre los años 2014 y 2019. Los autores compararon los trastornos Neuropsicológicos según la gravedad del trauma craneoencefálico, encontrando problemas amnésicos, afectación de las funciones ejecutivas y compromisos en la atención, con la aplicación de escala Wechsler para adultos con una mediana de 80, y un rango intelectual de 73 - 84 en la población de estudio, en paciente con trauma craneoencefálico (TCE) severo con un cociente intelectual total (CIT) de 57, y un rango intelectual de 57 – 80, y en pacientes con TCE leves con un CIT de 89 y rango intelectual de 76 – 98, y moderados CIT de 81, y rango intelectual de 80 – 85; en evaluaciones de memoria inmediata, la mediana de la puntuación directa fue menor en la prueba de dígitos en los pacientes con TCE severo, mientras que en la reproducción visual continua fue menor en el TCE moderado, en la prueba de evocación de la figura de Rey, la mediana del puntaje directo fue mínima con referencia a los pacientes con TCE severo, en comparación con los TCE moderados y leves, en el lenguaje a nivel semántico y fonológico las puntuaciones tuvieron un resultado muy bajo en pacientes con

TCE severo en comparación con los TCE moderados y el leve, en las praxias viso constructivas, se encontraron puntuaciones más bajas en la reproducción de la figura de Rey, en pacientes con TCE severo, en comparación con el leve, en las evaluaciones de las funciones ejecutivas con la aplicación de TMT – B, se encontraron puntuaciones medias en referencia de los TCE severos y los TCE moderados, con la prueba de Wisconsin se encontró menor número de aciertos, más errores y perseveraciones en el TCE moderado. No se evidenciaron diferencias significativas según la severidad del trauma craneoencefálico. Además, el estudio reveló que el 85% de los pacientes presentaron cambios comportamentales y alteraciones de las funciones de la vida diaria y sus actividades de sociales.

1.2.2 Antecedentes nacionales

Victorio (2023), en su investigación de caso único realizada en Huánuco, menciona la actividad de la rehabilitación Neuropsicológica en la orientación a nivel de tiempo espacio, atención sostenida, y procesos mnésicos a corto y largo plazo en un paciente con deterioro cognitivo leve después de un accidente cerebrovascular hemorrágico. La investigación se presentó en base a un diseño de caso único, utilizando el Mini-Mental, con puntuaciones directas 30/13, en relación a la prueba de STROOP se obtuvo la puntuación de palabra (P) = 38, color (C) = 42, palabra color (PC) = 38, Interferencia = 44, en la prueba de alteración de la memoria se muestran puntuaciones, en memoria inmediata = 3, memoria de orientación temporal = 0, memoria remota semántica = 7, memoria de evocación libre = 3, memoria de evocación con pista = 3, la prueba de STROOP y la prueba de evaluación de la memoria para valorar los cambios pre y post intervención. Posteriormente, se diseñó un programa de rehabilitación Neuropsicológica basado en estrategias

restaurativas, sustitutivas y compensatorias. Además, se menciona que estos resultados permitirán desarrollar intervenciones basadas en evidencias para la tipología del daño cerebral adquirido.

Andrades (2020), presentó un estudio de caso único en el que describió los resultados de un programa de rehabilitación Neuropsicológica aplicado a un paciente de 39 años de Lima, diagnosticado con astrocitoma grado III. El paciente tenía afectaciones en los procedimientos cognitivos de la memoria, la atención y las funciones ejecutivas, con la aplicación de una escala Weschler para adultos con resultados en cociente intelectual total (CIT) de 80 promedio bajo, prueba de NEUROPSI con resultados inferiores en atención, memoria, lenguaje, gnosis, prueba de anillas con resultado bajo, Test de Molde con puntuaciones a nivel bajo, test de Barcelona con puntuaciones bajas. Los ensayos realizados antes y después de la intervención (pretest y posttest) mostraron una diferencia significativa en la mejora de estas funciones cognitivas.

Ríos (2022), describió el perfil Neuropsicológico de una paciente de 78 años con deterioro cognitivo debido a secuelas de un accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico, en la ciudad de Lima. Utilizando una batería específica de evaluación Neuropsicológica, con la inclusión de la escala Wechsler para adultos con resultados en cociente intelectual total muy bajo, índice de comprensión verbal limítrofe, índice de razonamiento perceptivo limítrofe, índice de memoria de trabajo promedio, prueba de NEUROPSI de atención y memoria con puntuaciones bajas en orientación en tiempo, retención de dígitos en progresión, figura de Rey Osterrieth, test de alteración de la memoria con puntuaciones en deterioro cognitivo leve, cuestionario de estado mental de Pfeiffer con resultado de deterioro cognitivo moderado, se demostraron alteraciones en las funciones cognitivas de rapidez de procesamiento, atención, memoria, praxias y funciones ejecutivas. La autora concluyó que los resultados indicaban un deterioro cognitivo leve con

multidominio, con posibles lesiones a nivel frontal y temporal, y deficiencias en orientación en tiempo, atención, memoria, praxias y funciones ejecutivas.

Rodríguez (2022), expone el caso único de un paciente masculino de 53 años con diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Mayor, desde hace 2 años, con afectación de sus funciones cognitivas, especialmente en las esferas de orientación temporal, procesos mnésicos a corto plazo, atención y praxias viso constructivas. La investigación aplicada, de diseño caso único, diagnosticó un deterioro cognitivo moderado. Para abordar este diagnóstico, el autor propuso un programa de intervención Neuropsicológica bajo el modelo psicosocial, que incluyó ejercicios de memoria implícita y explícita, y estimulación adecuada a la edad del paciente, aunque con una limitada estimulación de las funciones cognitivas superiores según el diagnóstico del paciente.

Bautista (2019), describe el caso clínico de una paciente de 59 años con estudio técnico superior, que sufre un accidente cerebro vascular hemorrágico en el lado derecho de su cerebro, describiendo las secuelas que implican en el rendimiento de sus actividades domésticas y sociolaborales al no poder recuperar el movimiento de su brazo izquierdo, con dificultades en su memoria espontánea y dificultades atencionales, y donde se planteó un programa de rehabilitación cognitiva basado en aportes del modelo socio historio de Luria, con el objetivo de mejorar la funcionalidad de la atención y factores Neuropsicológicos afectados. Los resultados indican una recuperación discreta en tareas auditivas y visuales, presentando una mejoría en estímulos visuales, y velocidad en su ejecución, con la aplicación de instrumentos de Neuropsi que indican alteración en secuencias lógicas de imágenes con dificultades moderadas en secuenciación de opuestos, Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos (DNA), con ligeras dificultades en problemas matemáticos en niveles de complejidad creciente con puntuaciones bajas en la inhibición de respuestas fáciles o automatizadas, disminución de la atención selectiva sostenida, se aplicó la

escala de inteligencia Wechsler para adultos con dificultades en la reproducción de cubos, dificultades en problemas aritméticos, puntuaciones bajas en actividades en atención sostenida, y velocidad de procesamiento, en las pruebas de retención visual de Benton el paciente presento un desempeño deficiente con errores de tipo perseveraciones del lado derecho, en la aplicación de la prueba D2 presenta errores en comisión alto, control inhibitorio bajo, concentración, estabilidad de trabajo en rendimiento bajo, en la prueba de evaluación de STROOP la paciente presento resultados disminuidos en el control atencional, la prueba de memoria viso espacial de la figura compleja de Rey, el paciente presento un déficit en la organización viso espacial y memoria visual, a nivel funcional el paciente presento en la descripción del Índice de Barthel, con una dependencia escasa.

1.2.3 Fundamentación teórica

1.2.3.1 Daño cerebral adquirido. El Daño Cerebral Adquirido explica que el estado en el cual el cerebro, se ha desarrollado de forma normal, hasta que se provoca una lesión de forma intempestiva que ocasiona alteraciones en su funcionamiento cognitivo, social y emocional en el ser humano. Existen diferentes causas del daño cerebral adquirido según su origen pueden ser traumáticos (accidentes de tránsito, caídas, golpes, etc.) o no traumáticos (accidentes vasculares, tumores cerebrales, infecciones, hipoxia o isquemia, intoxicaciones, etc.), (Marron, 2019).

En la terminología médica anglosajona, daño cerebral (*brain injury*) es sinónimo de daño cerebral de causa traumática (*traumatic brain injury*). Entonces una lesión cerebral traumática puede ser causada por un golpe o sacudida fuerte en la cabeza, siendo un objeto que pueda romper y entrar directamente al cerebro. (Nyein et al., 2007).

Las diferentes lesiones cerebrales pueden causar problemas a corto plazo con la función cerebral normal, incluidos en la locomoción, comunicación, resolución de problemas y la

interacción social. Para establecer el nivel de afectación de un daño cerebral deberá estar presente alguna de las siguientes referencias clínicas: alteración del cambio de conciencia, amnesia o problemas de memoria posteriores al trauma, cambios neurofisiológicos, fractura de cráneo causadas por el trauma (Silva y Ramos, 2021).

Estas consecuencias tras el daño cerebral adquirido pueden variar desde un coma profundo hasta la recuperación completa del nivel premórbido, existiendo diferentes grados de afectación como el estado vegetativo, el estado de mínima conciencia y diversas alteraciones físicas, cognitivas, conductuales y emocionales que determinan la dependencia y la participación de la persona afectada (Muñoz, 2017).

1.2.3.1.1 Etiología. La incidencia del Daño cerebral adquirido, más frecuente son los Traumatismos craneoencefálicos y las enfermedades cerebrovasculares, generando alteraciones Neuropsicológicas de diferente gravedad. Las diferentes patologías ante la instalación de un daño cerebral, de instalación abrupta, como los traumatismos craneoencefálicos, y los accidentes cerebrovasculares, provocan una dificultad más evidente en las condiciones de establecimiento progresivo de la lesión (Pastor, 2024) como:

El déficit específico del daño cerebral local, que altera todos aquellos procesos que requieren de la actividad del área afectada (Silva y Ramos, 2021).

El efecto global y difuso es dependiente de la edematización del cerebro, el efecto conmocional en traumatismos encefálicos y el efecto de la diátesis, con referencia a la integración específica con el sistema nervioso (Silva y Ramos, 2021).

En consecuencia, un indicador preciso y decisivo en la sintomatología del daño cerebral en la evaluación Neuropsicológica, se describe a la instauración del proceso de daño cerebral

adquirido de tipo patológico (Ropper y Samuels, 2009). Un pequeño daño provocara una queja sintomática importante en un proceso de instauración abrupta y rápida, en referencia a un efecto neurológico mayor, este puede ser silencioso en un proceso instauración o instalación requiere mayor tiempo incluso años, en aparecer diferentes secuelas de la lesión. Explicar el origen de la lesión a partir de la historia clínica del paciente, convirtiéndose en un factor decisivo para la interpretación del daño cerebral adquirido (Pérez, 2021).

1.2.3.2 Traumatismos craneoencefálicos. Los traumatismos craneoencefálicos son lesiones de tipo anatómico funcional del cráneo, las meninges, y el cerebro procedente de un impacto agresivo en el cráneo, ya sea por la fricción, choque, golpe, contra un objeto sólido. Siendo esta condición la más frecuente de análisis en la práctica Neuropsicológica, en la evaluación, pronóstico, intervención y rehabilitación, esta alteración puede ocurrirse a cualquier edad, desde el nacimiento y con mayor frecuencia en los adultos jóvenes (García y Martínez, 2020).

En consecuencia, el financiamiento para la recuperación y la rehabilitación de estos pacientes y la pérdida de productividad laboral han llevado a que el traumatismo craneoencefálico se haya convertido en un problema de salud mental en todo el mundo. Más aún, la Organización Mundial de la Salud (2006) calcula que, en el año 2020, el traumatismo craneoencefálico será la tercera causa de muerte prematura en el mundo (Pérez y López, 2021; Organización Mundial de la Salud, 2006).

El traumatismo craneoencefálico es en la actualidad una de las principales causas en el servicio de emergencia, constituyéndose como más de 5 millones de muertes al año, y se proyecta a que los próximos años se proyecte a un 20%, de los centros de salud del Perú, constituyéndose el 18% en pacientes de emergencia (Barrios, 2003).

A. Clasificación de los traumatismos craneoencefálicos. Martínez y Castellanos, (1998):

i. Por su función:

- Trastorno cráneo encefálico abierto, donde un objeto ingresa al cráneo y lesiona el cerebro.
- Trastorno cráneo encefálico cerrado, cuando la lesión se produce a causa de un golpe violento.

ii. Por su severidad. Se clasifica con la escala de coma de Glasgow, así mismo existen otras escalas para la medición de la gravedad y/o severidad como es la escala *Abbreviated Injury Scale* (AIS), para explicar la gravedad del daño con base en una escala de 0 (sin gravedad) a 6 (máxima gravedad):

- Trastorno cráneo encefálico leve, si la puntuación es de 13 a 15 puntos (Glasgow).
- Trastorno cráneo encefálico moderado, si la puntuación es de 9 a 12 puntos (Glasgow).
- Trastorno cráneo encefálico grave, si la puntuación es de 3 a 8 puntos (Glasgow).

Tabla 1

Clasificación de la gravedad

Escala de coma Glasgow	Leve	Moderado	Grave
Amnesia postraumática	13 – 15	9 – 12	3 – 8
Perdida de conciencia	0 – 1 día	1 a < 7 días	> 7 días
<i>Abbreviated Injury Scale</i>	1 – 2	3	4 - 6

Nota: Tomado de Corrigan et al., 2010.

iii. Por su fisiopatología (Arango y, Olabarrieta, 2019):

- Lesión primaria, es el daño parenquimatoso inmediato que ocurre inmediatamente de la lesión (contusión cortical, laceración cerebral, fractura de cráneo o lesión axonal).
- Lesión secundaria es el daño potencialmente evitable que aparece tras la lesión (edemas, hipoxia, infección).
- La lesión terciaria son los daños tardíos derivados de la lesión primaria y secundaria como la necrosis y la apoptosis.

B. Patología de los traumatismos craneoencefálicos Bárcena y Orbe (2006). Los diferentes cambios estructurales a causa de una lesión craneoencefálica pueden ser macro o microscópicos, o específicos y generales dependiendo del mecanismo y las fuerzas implicadas en la lesión, descritas líneas arriba en la tipología por su clasificación:

i. La conmoción es una alteración temporal y reversible después de un traumatismo craneoencefálico (pérdida de la memoria o amnesia, confusión) que dura de segundos a minutos pero que de forma parcial se muestra menor a 6 horas en su efecto. En la conmoción no se evidencian lesiones estructurales generales o macroscópicas en el encéfalo y no existen lesiones secundarias a nivel neurológico de tipo grave, aunque la discapacidad temporal puede ser el resultado de síntomas, como náuseas, cefaleas alteraciones de la memoria, y dificultad de concentración (síndrome post conmoción), que pueden evidenciar cambios en algunas semanas o en un periodo corto, pero las conmociones cerebrales múltiples llevan encefalopatía traumática crónica, que resulta en una disfunción cerebral grave (Muñoz et al., 2017).

ii. Contusiones o hematomas cerebrales, se vinculan con las lesiones abiertas (incluidas las penetrantes) o cerradas y pueden afectar gravemente muchas funciones cerebrales según su localización y tamaño. Las contusiones de gran tamaño provocan edema cerebral difuso con un incremento de la presión intracraneal. Las contusiones pueden complicarse en horas y días

después de la lesión inicial y causar un deterioro neurológico funcional; puede ser necesaria la intervención quirúrgica (Petre et al., 2005).

iii. Daño axonal difuso se produce cuando la desaceleración rotatoria determina fuerzas por unidad de área que el flujo sanguíneo que provocan una rotura difusa y generalizada de las fibras axonales y las vainas de mielina. Unas pocas lesiones con daño axonal difuso pueden producirse tras un traumatismo craneoencefálico menor, asimismo, este se caracteriza por lesiones multifocales, a consecuencia de daño primario y secundario. El componente mecánico del traumatismo produce estiramiento, torsión y rupturas de los axones y de capilares cerebrales provocando microhemorragias petequiales en la sustancia blanca con la Tomografía computarizada (Maxwell et al., 1997). El daño axonal difuso se conceptualiza clínicamente como una pérdida de la conciencia que dura menos de 6 horas en ausencia de una lesión específica focal. Con la técnica de imágenes de resonancia magnética por tensor de difusión, se podría identificar de baja concentración, disfunciones de memoria, en la exploración Neuropsicológica a menudo es incapaz de identificar trastornos objetivos que permitan objetivar secuelas, como los síndromes Neuropsicológicos (afasia, alexia, acalculia, síndrome disejecutivo, etc.) por medio de esta técnica se puede observar más frecuentemente afectadas por el Daño Axonal Difuso son la sustancia blanca subcortical, el cuerpo calloso y el mesencéfalo (Arfanakis et al., 2002; Gennarelli y Graham 1998).

C. Secuelas Neuropsicológicas. Existen diferentes secuelas en pacientes que han sufrido traumatismo craneoencefálico y se clasifican en tres categorías (Ardila, 1986):

i. Déficit cognoscitivo intelectual. Cuando se presenta una deficiencia posterior a la naturaleza cognoscitivo intelectual, donde el paciente presenta una habilidad intelectual baja, la capacidad de conceptualización disminuida, y que en general se observaría

algún tipo de cambio en la atención, memoria, en el rendimiento global del paciente, y esta evidencia la gravedad del traumatismo (Trápaga et al., 2017).

ii. La amnesia. Pérdida de memoria de tipo anterógrada que es la imposibilidad de retener nueva información, síntoma que es muy recurrente durante el estado confusional. Y de tipo retrograda, que es de tipo temporal que es inmediatamente anterior al traumatismo craneoencefálico. Estos aspectos de la afectación de la memoria pueden apreciarse como parte del déficit cognoscitivo intelectual del paciente. En algunos casos existen secuelas de la amnesia anterógrada, que se manifiesta especialmente con la memoria incidental. Tenemos que considerar que la amnesia retrograda parcial puede extenderse aun hasta etapas de la infancia del paciente. Cuando se mantiene una observación clínica Neuropsicológica luego de un aproximado de 3 meses después del traumatismo, el paciente puede sufrir una amnesia total para el periodo confusional (Ardila y Rosselli, 2020).

iii. Cambios de personalidad. Donde el paciente asume diferentes estados como: puerilidad, desinhibición, agresividad, etc., o en ocasiones, apatía, depresión, y suicidio. Los cambios de ánimo como la depresión son muy recurrentes y algunas veces es imperceptible en los trastornos craneoencefálicos, considerados como estados neuróticos, con irritabilidad, ansiedad, fatiga, sensibilidad excesiva, hipersensibilidad auditiva, esto se le denomina neurosis post traumática. En algunos estudios se han presentados cambios de personalidad, donde se documentan cambios hasta después de 30 años después de traumatismo craneoencefálico, identificando estados de personalidad lábil, desinhibida, agresiva, apática y paranoide (Rao y Lyketsos, 2000).

iv. Síndrome conmocional. Se presenta neurológicamente como cefaleas, mareos, sensación de vértigo, dificultad en el control de emociones, sensación de vértigo, dolor

idiopático, dolor generalizado, problemas de sueño, sensación de nerviosismo, preocupación excesiva, etc. (Ropper et al., 2014).

v. *Epilepsia post traumática.* Este tipo de secuela se presenta por el tipo de lesión y el elemento básico es la lesión a nivel cortical, su incidencia aumenta según la gravedad del traumatismo craneoencefálico abierto. Se puede diferenciar específicamente esta secuela a una epilepsia inmediata (después del trauma), epilepsia temprana (durante la primera semana) y la epilepsia tardía (se presenta varios meses, semanas después de la lesión cerrada). Las epilepsias más frecuentes son las focales y tónicas – generalizadas, y disminuyen con el paso de los años (Viguera, 2024).

vi. *Alteraciones motoras.* Son afectaciones extrapiramidales tras la necrosis post traumática de los núcleos lenticular y caudado (Matsuda et al., 2003), así mismo se encontraron síndromes parkinsonianos después de lesiones de tipo no penetrantes y del estado vegetativo, se presentan cuadros de ataxia motora en el cerebelo, que esta relacionados con lesiones en los péndulos cerebelosos.

vii. *Otras alteraciones en el traumatismo craneoencefálico.* En consideración al enfoque psiquiátrico los trastornos depresivos son más frecuentes hasta seis veces más que el resto de la población, pudiéndose ser crónico hasta años después del trauma (Kim et al., 2007; Rao y Lyketsos, 2000). Los trastornos de ansiedad que con mayor prevalencia se presentan son: trastorno de ansiedad generalizada, de estrés post traumático, niveles de fobias específicas, trastornos obsesivos compulsivos (Motzkin y Koenigs, 2015).

Las secuelas menores como los defectos sutiles en la memoria y la atención, o los cambios de humor, pueden pasar desapercibidas, clínicamente se ha observado que en estos traumatismos craneoencefálicos menores originan deficiencias cognoscitivas a nivel viso espacial, y mnésico

que pueden ser observados por el clínico luego de tres meses aproximadamente después del accidente (Anderson et al., 2006).

En la evidencia clínica de los traumatismos craneoencefálicos cerrados, la amnesia post traumática se correlaciona con la severidad del daño cerebral, y representa un pronóstico de gravedad, como afectaciones en la memoria instrumental de la vida diaria, memoria incidental, episódica, estas afectaciones pueden observarse luego de periodos largos luego del accidente (Villada, 2022).

Debemos considerar que la afectación cognitiva específica de los traumatismos craneoencefálicos son de presencia variable al tipo y lugar de la lesión. Lesiones más graves provocan alteraciones Neuropsicológicas, desde el estado de conciencia, déficits en las funciones del lenguaje, funciones ejecutivas, memoria y atención (Junqué et al., 1998). Las personas que han sufrido de traumatismos craneoencefálicos presentan dificultades en concentración, mayor fatigabilidad, desorientación espacial y temporal, conductas perseverativas, y dificultad para integrar varios aspectos cognitivos. Se hace referencia a que las afectaciones de los traumatismos craneoencefálicos en la infancia presentan cambios de carácter, con repuestas más impulsivas, con dificultades en la resolución de problemas, incapaces de prever consecuencias de sus actos y de presentar problemas en sus conductas sociales (Bowman et al., 1974).

1.2.4 Evaluación neuropsicológica

La evaluación Neuropsicológica de pacientes con daño cerebral adquirido revela alteraciones en la conducta y déficits cognitivos específicos, como problemas de memoria, habilidades visoespaciales y viso perceptivas, razonamiento y funciones ejecutivas (González-González, 1998). Estos pacientes también pueden presentar alteraciones ejecutivas, emocionales,

lingüísticas y mnésicas debido a daño talámico (Ramos, 2023). La plasticidad cerebral puede desempeñar un papel en la recuperación de la función cognitiva en estos pacientes, como se observó en un caso de epilepsia parcial continua con alteraciones en el lóbulo frontal y temporal derecho (Rebolledo, 2002). La Neuropsicología, como disciplina psicobiológica, es fundamental en el estudio y la rehabilitación de pacientes con daño cerebral (Montoro, 1993).

La evaluación Neuropsicológica se nutre de la información provista por diferentes fuentes como la entrevista individual, familiar, y que en ningún caso se puede reducir la misma del uso de pruebas estandarizadas, pues este proceso deberá asociar estados de coherencias y consistencia entre los resultados y el diagnóstico (Tirapu, 2007).

La evaluación Neuropsicológica es un examen amplio de las funciones cognitivas, el comportamiento, las emociones y las funciones de la actividad diaria, estudiando las manifestaciones psicológicas en el cerebro, identificando deficiencias y alteraciones, luego de un daño cerebral adquirido (Ardila y Ostrosky, 2012). Los perfiles de evaluación dependerán de la observación sistemática, la manipulación técnica de pruebas estandarizadas, y baterías específicas en la medición del rendimiento cerebral, y la inclusión de técnicas en neuroimagen. Siendo importante a través de estos perfiles la capacidad cognitiva de tipo preservada y perturbada del funcionamiento cerebral, en sus funcionamientos de sus actividades cognoscitivas y de su desenvolvimiento en la vida diaria (Ostrosky et al., 2004).

Es importante considerar que el perfil Neuropsicológico deberá hacer una descripción de la cualificación y cuantificación de las habilidades, destrezas y debilidades en el funcionamiento cognitivo, comportamental y emocional a evidencia de la norma especificidad social. No obstante, el proceso de la evaluación Neuropsicológica puede ser variable a nivel funcional y adaptativo dependiendo de la lesión del paciente, siendo en ocasiones compleja a la interpretación del

evaluador, por lo que es necesario la conformación de competencias del evaluador (Ardila y Ostrosky, 1991).

Se debe tener en cuenta que la evaluación Neuropsicológica en adultos tiene ventajas como: la identificación de las lesiones cerebrales, de poseer un valor predictivo, y demostrar resultados entre información premórbida, y ante secuelas de la lesión, en relación con los cambios cognitivos y comportamentales del paciente (Rosselli et al., 2010).

1.2.4.1 Objetivos de la evaluación Neuropsicológica. El propósito de la evaluación Neuropsicológica es identificar las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas del daño cerebral, mediante un escrutinio específico y detallista de los procesos cognitivos afectados, y los que se encuentran preservados, y la valoración de sus funciones de la vida diaria. El análisis Neuropsicológico nos ayudara a entender estos procesos afectados, entre los principales objetivos nos centraremos en lo siguiente (Muñoz y Tirapu, 2001):

- Evidencia detallada de las consecuencias del daño cerebral adquirida, en la valoración de sus funciones cognitivas, conductuales, y emocionales.
- Aportes al diagnóstico, en lesiones cerebrales de tipo neurológico y psiquiátrico.
- Planificar y diseñar un programa de rehabilitación individual, a partir del entendimiento de las debilidades y fortalezas del paciente, con el fin de valorar de forma independiente y la funcionalidad efectiva del paciente.
- Comprobar la eficacia de los diferentes procedimientos en la rehabilitación del paciente.
- Proponer la investigación clínica y la comprobación de la relación cerebro conducta.

A. Fases de la evaluación neuropsicológica De Salazar Montes et al. (2020):

- PRIMERA FASE: La revisión y el escrutinio de la historia clínica del paciente y el análisis de los resultados de exámenes e informes clínicos, incluidos de exámenes auxiliares en imagenología. La entrevista debe dirigirse al paciente y al familiar; será importante considerar la salud del paciente antes y después del daño cerebral, antecedentes familiares, además de factores de riesgo que puedan estar implicados en el daño cerebral adquirido.

- SEGUNDA FASE: El uso y la aplicación de pruebas y baterías psicométricas nos ayudara a generar una hipótesis sobre el estado mental del paciente, a nivel cognitivo, comportamental, y emocional del paciente. Estas pruebas dependerán de las características sociodemográficas, así como la exploración de las habilidades y debilidades del paciente, escogiendo pruebas acordes a la sintomatología del paciente.

- o Evaluación del funcionamiento cognitivo, en el paciente con Daño cerebral adquirido existen muchas secuelas, y no existen un único perfil cognitivo, donde algunos se presentan de forma global y otros podrían ser más específicos, que dependen del área dañada del paciente. Las esferas cognitivas que generalmente se evalúan son la orientación temporoespacial y personal; la memoria, aprendizaje y atención; lenguaje oral, verbal, y escrito comprensivo y expresivo; praxis y otras habilidades motoras; habilidades somatosensoriales, o percepción visual, auditiva y táctil; cálculo, y funciones ejecutivas, abstracción y pensamiento. Los resultados de la capacidad intelectual general en un paciente con daño cerebral adquirido, o un deterioro cognitivo global o focalizado, puede contribuir a la descripción de las secuelas Neuropsicológicas de este tipo de pacientes, con la aplicación de escalas como el Wechsler (*Wechsler Adult Intelligence Scale IV*).

- o Evaluación de las alteraciones del comportamiento y la emoción, existen alteraciones como el sueño, apetito, cambios de personalidad, desinhibición, irritabilidad o

agresividad, agitación, conducta paranoide u obsesiva, apatía, depresión y cambios en la sexualidad, éstas deben ser expresadas durante la entrevista y la observación (Montero, 2000).

- Evaluación de las actividades de la vida diaria, donde se describe si el paciente es dependiente en la realización de sus actividades de la vida diaria, comer, asearse, vestirse, trasladarse de un lugar a otro, realizar actividades sociales, siendo evidentes en la interacción con su familia, tomando en consideración que estos exámenes dependerán de la severidad de la lesión del paciente (Montero, 2000).

- TERCERA FASE: Para la interpretación de los resultados es importante mantener un análisis cuantitativo de las puntuaciones obtenidas por el paciente, en similitud con las puntuaciones estándares de las pruebas, con descripción de baremos, percentiles, decatipos, eneatis de la significación de cada prueba aplicada.

- La interpretación de los resultados, dependerán de la utilización de pruebas psicométricas, donde se podrá basar de las puntuaciones obtenidas de las pruebas aplicadas, siendo en ocasiones reduccionista, y puede ser susceptible a resultados falsos positivos o negativos clínicos, y solo son recomendados para la descripción del diagnóstico, pues solo describen las funciones cognitivas que se implican en determinados casos, existen puntos importantes a nivel neuro funcional describiendo las áreas cerebrales afectadas y relacionadas con la alteración funcional, por lo que es necesario la descripción etiológica del daño cerebral adquirido, pero no es determinante para el diagnóstico Neuropsicológico, existen valores ecológicos que se relacionan con las características específicas del paciente, con su capacidad premórbida, nivel cultural, y educativo (Tirapu, 2007).

- CUARTA FASE: En la construcción del informe y entrega de resultados, se procederá a la descripción de resultados hallados en la exploración Neuropsicológica, con la

inclusión de una hipótesis diagnóstica y el planteamiento de recomendaciones específicas que puedan apoyar a la intervención psicoterapéutica.

B. Criterios para la selección de pruebas. Al seleccionar los instrumentos adecuados para la evaluación Neuropsicológica es necesario identificar la información específica del Daño Cerebral, a nivel cognitivo, emocional, y social, y si existe una evaluación previa, por lo que se debe considerar algunos determinantes (Hebben y Milberg, 2010):

- Determinantes sociales y culturales, donde se deben seleccionar instrumentos adecuados a la edad, nivel cultural, nacionalidad, y lengua originaria del paciente, eligiendo instrumentos que puedan estar validados, y que puedan mantener una flexibilidad y confiabilidad en la interpretación de sus resultados.

- El tipo de patología, donde se deberá considerar los funcionamientos motores, sensoriales, cognitivos. Por lo que se deberá valorar la flexibilidad de la aplicación de la prueba, o seleccionar de antemano pruebas con objetivos similares que pueda valorar adecuadamente las funciones del paciente.

- Las pruebas seleccionadas deberán ser susceptibles y sensibles a la detección de los cambios importantes, en los resultados de la evaluación del paciente, manteniendo la intención de formular objetivos para la intervención Neuropsicológica.

- La valoración de la evaluación Neuropsicológica deberá ser específica para conocer el funcionamiento del paciente.

- Seleccionar las pruebas Neuropsicológicas deberán ser fiables por lo que se valorara la existencia de resultados anteriores (aplicación luego de seis meses), si los resultados pueden ser comparados con otras pruebas de la misma especificidad.

- La validez ecológica dependerá de la importancia de valorar la repercusión de las alteraciones y disfunciones cognitivas en la vida diaria del paciente.
- A través de la selección de pruebas Neuropsicológicas, el evaluador deberá realizar hipótesis y modificar la evaluación del paciente, buscando probar el diagnóstico, manteniendo la investigación y la explicación de variables que puedan explicar las secuelas del daño cerebral adquirido. Las hipótesis y las presunciones diagnosticas a lo largo del proceso de evaluación dependerán del tipo de exploración.
- Es importante considerar el ambiente de evaluación, buscando que no existan interferencias sensoriales, manteniendo todos los componentes necesarios para la evaluación, operativos, y de tipo formal.
- La administración de las pruebas es determinar con una evaluación las habilidades y capacidades, tratando de probar la susceptibilidad de las capacidades del paciente.

1.2.5 Rehabilitación neuropsicológica

La rehabilitación son un conjunto de procesos de intercambio en donde los pacientes de lesiones cerebrales trabajan en conjunto con equipos multidisciplinarios, buscando mantener un nivel óptimo en sus funciones alteradas, sean físico, psicológico, social, y vocacional (McLellan, 1991). Así mismo:

Se considera como un proceso de cambios activos mediante el cual una persona con afectaciones neurológicas, que han adquirido algún tipo de discapacidad, aprendiendo conocimientos, y habilidades necesarias para la recuperación de su funcionamiento físico, psicológico, y social, manteniendo el uso de cualquier medio para reducir al mínimo los efectos de su padecimiento que le genera discapacidad (*National Clinical Guidelines [BSRM/RCP]*, 2003, p. 7).

La rehabilitación Neuropsicológica deberá ser cualquier tipo de estrategia de intervención que tenga como objetivo ayudar a los pacientes que han sufrido alguna lesión cerebral, y a sus familiares, poder disminuir sus alteraciones cognitivas y conductuales, en su vida cotidiana. La rehabilitación Neuropsicológica comprende un conjunto organizado de procedimientos terapéuticos motores, cognitivos, ocupacionales, sensoriales, basado en la relación cerebro conducta, dirigido a alcanzar cambios funcionales mediante (Muñoz, 2009):

- Restitución de esquemas o patrones de conducta y de actividad cognitiva previamente aprendida.
- El establecimiento de nuevos patrones de actividad cognitiva, por medio de estrategias que sustituyan las funciones perdidas.
- La motivación al aprendizaje de nuevos esquemas, compensatorios externos, internos adquiridos por la lesión cerebral.
- Mantener una ayuda al paciente y su familia para poder adaptarse a su discapacidad funcional, buscando su funcionalidad en sus actividades de la vida diaria.

Se debe definir que la rehabilitación Neuropsicológica es un proceso dinámico que incluye a personas con que presentan deficiencias funcionales, y a especialistas en la intervención familiares, y su contexto social, de tal manera que la rehabilitación Neuropsicológica es un proceso sistemático que posee objetivos equivalentes al proceso de intervención psicológico, en donde el paciente trabaja en forma conjunta con el equipo multidisciplinario, para recuperar sus dificultades a causa de un daño cerebral adquirido (Mc Lellan, 1991).

Debemos tener en cuenta para determinar el proceso de la rehabilitación Neuropsicológica es necesario una evaluación absoluta, y minuciosa del funcionamiento cognitivo del paciente para

identificar los déficits en el sistema nervioso, y su impacto en su vida diaria, teniendo la posibilidad de desarrollar estrategias y programas de tratamiento compensatorio (Lequerica et al, 2016).

1.2.5.1 Objetivos de la rehabilitación Neuropsicológica. Estos objetivos de la rehabilitación Neuropsicológica son (Wilson, 1991):

- Disminuir los efectos de las deficiencias adquiridas de la vida diaria, fomentando su autonomía personal, y social.
- Disminuir los niveles en que estas deficiencias impiden el funcionamiento normal del individuo en su contexto social y cultural, favoreciendo la reconstitución de sus funciones cognitivas superiores y la elaboración de objetivos en el transcurso de su vida.
- Reinserción y la posibilidad de que el paciente pueda volver a participar en actividades a nivel social y laboral (McColl et al., 1998, Prigatano, 1989; Sander, et al., 1994).

A. Factores que implican en la rehabilitación Neuropsicológica en el daño cerebral adquirido. Los factores que intervienen en la rehabilitación Neuropsicológica ante el daño cerebral adquirido dependerán de la evolución del paciente, y el tipo de intervención de la familia y el equipo multidisciplinario, por lo que es necesario conocer la gravedad, la localización, y el tiempo desde que ocasiono el daño cerebral adquirido, así como las características clínicas, que pueden influir en las secuelas y su recuperación (Flores, 2010).

i. Plasticidad cerebral. Este concepto explicara la capacidad adaptativa que posee el sistema nervioso para disminuir las secuelas y dificultades adquiridas de las lesiones cerebrales, modificando su organización estructural y funcional en el sistema nervioso central. Siendo la capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómica y funcionalmente, luego de estar bajo la influencia de alteraciones ambientales o del neurodesarrollo, incluyendo daño cerebral adquirido, y enfermedades del sistema nervioso (Garcés, 2014). La neuro

plasticidad es el punto primordial de la rehabilitación Neuropsicológica, convirtiéndose en un proceso de recuperación, y reestructuración funcional de las redes neuronales, tras la aparición abrupta del Daño Cerebral Adquirido (Dobkin, 2005; Garcés y Suarez, 2014).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Describir el perfil y secuelas Neuropsicológicas, de un caso clínico de una paciente mujer de 21 años, a causa de un daño cerebral adquirido a nivel fronto temporal derecho.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir el perfil Neuropsicológico, de un caso clínico de una paciente mujer de 21 años, a causa de un daño cerebral adquirido a nivel fronto temporal derecho.
- Describir las secuelas Neuropsicológicas, de un caso de una paciente mujer de 21 años, a causa de un daño cerebral adquirido a nivel fronto temporal derecho.

1.4 Justificación

A nivel teórico el presente trabajo contribuirá al desarrollo de un perfil de evaluación Neuropsicológica y la identificación de las secuelas Neuropsicológicas, de un daño cerebral adquirido, que afectan a los pacientes en su vida diaria, considerando que el daño cerebral adquirido, representa la tercera causa de muerte en el mundo occidental, con repercusiones a nivel físico, y en alteraciones en el funcionamiento cognitivo. Considerando de este modo, la importancia clínica que implica esta condición que afecta millones de personas de todo el mundo, con importantes implicaciones en el funcionamiento normal, del paciente que afecta su salud

mental y su calidad de vida, esta afectación cerebral puede resultar de una variedad de alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, que van desde problemas de memoria, atención, impulsividad, y dificultades en el control de sus emociones (Bigler y Prigatano 2010).

El diagnóstico y tratamiento del daño cerebral adquirido requiera una evaluación Neuropsicológica integral y de forma multidisciplinaria (Lesak, et al., 2012) además de guiar al paciente y su familia en este proceso, siendo los pacientes que presentan esta condición de experimentar cambios en la realización de sus actividades de la vida diaria, en sus relaciones interpersonales (Sherer y Sander, 2007), consideramos que en el presente trabajo será de vital importancia la educación en la rehabilitación Neuropsicológica y en la intervención psicológica adecuada para ayudar a los paciente a adaptarse a estos cambios y mejorar su independencia y bienestar.

Actualmente en nuestro país el conocimiento de la intervención Neuropsicológica es deficiente, a través del presente trabajo nos anudamos en el desarrollo de la Neuropsicología de nuestro país, para fomentar comprensión sobre las diferentes formas de intervención en bien de la recuperación del paciente con daño cerebral adquirido. Según la Academia Americana De Neurología (AAN) en el 2018, que hace referencia a la necesidad de investigación para identificar perfiles, biomarcadores útiles, para desarrollar intervenciones terapéuticas efectivas, y adecuadas para la atención a largo plazo para los pacientes con daño cerebral adquirido, que en algunas provincias de nuestro país se ven abandonadas por el poco conocimiento de la evaluación Neuropsicológica.

1.5 Impactos Esperados Del Trabajo Académico

El presente estudio de caso clínico consentirá identificar el perfil Neuropsicológico de una paciente con daño cerebral adquirido, determinando cuales son las secuelas de afectación cerebral, así también es importante mencionar que el presente trabajo beneficiará a muchos profesionales que trabajan en la intervención psicológica, y en rehabilitación, para fortalecer su conocimiento en la evaluación de una paciente con esta afectación cerebral.

II. METODOLOGÍA

Roussos (2007) refiere que el diseño de estudio de caso único tiene como objeto de estudio a un individuo, donde se realizaría una evaluación diagnóstica, con el propósito general de medir y controlar un resultado mediante la aplicación de instrumentos específicos para explicar aspectos de un caso único indicando específicamente el tipo de evaluación aplicada, y los resultados obtenidos.

2.1 Tipo y diseño de investigación

La realización del caso único es de tipo descriptivo, con un diseño no experimental siendo una investigación aplicada (Kerlinger, 1975), en esta misma línea nos permitirá verificar la aplicación de instrumentos permitiéndonos realizar un diagnóstico, midiendo el resultado de la evaluación del paciente (Kratowill et al., 1989), mediante un enfoque cualitativo-cuantitativo. La investigación para desarrollarse es de tipo empírica descriptiva sin ningún tipo de manipulación de variables, donde se seleccionará estrategias para el tratamiento y/o intervención, utilizando un contexto aplicado hacia la variable escogida (Ato et al., 2024).

2.1.1 *Ámbito temporal y espacial*

Las evaluaciones Neuropsicológicas se realizaron en los meses de mayo a junio del 2024, en un consultorio privado “CIEPS”, en la ciudad del Cusco, con un promedio de sesiones de 5 a 6 sesiones de 50 minutos, por cada una respectivamente.

2.1.2 *Variables de investigación:*

2.1.2.1 Variable de estudio:

A. Daño cerebral adquirido a nivel fronto temporal derecho. Este hace referencia a la afectación del cerebro a causa de una lesión repentina, en la estructura cerebral, afectando su

funcionamiento, siendo la causa más frecuente los traumatismos craneoencefálicos, mientras que en personas mayores son las enfermedades cerebro vasculares. Las repercusiones tras el daño pueden ser diversas afectando las funciones físicas, cognitivas, social, emocionales y de las actividades de la vida diaria del afectado, estas consecuencias pueden situarse en un encadenamiento fisiológico, según factores como el tipo, la gravedad, la localización y extensión del área dañada (Muñoz, 2017). Los pacientes con daño específico en la zona prefrontal del cerebro presentan cambios específicos y alteraciones potenciales en las funciones de ejecutivas que se relacionan con la inhibición, la conservación de las representaciones internas y la organización temporal de la conducta, siendo el déficit atencional con hiperactividad una disfunción ejecutiva, las cuales son producto de disfunciones frontales (Kim et al., 2001). Así también, los cambios conductuales, la frustración, la agresividad, con rasgos de euforia, cambios de ánimo, dificultades en su ámbito social por la falta de interés y desconocimiento de normas sociales, así como comportamientos de tipo inmaduro, con reacciones explosivas y violentas, por estas reacciones implican que estos pacientes carecen de empatía, y son estados frecuentes de este tipo de lesiones. Stuss y Benson (1986), consideran que los defectos de abstracción en estos pacientes son resultados de varios factores: - incapacidad de interpretar conocimiento sobre hechos específicos en acciones apropiadas, - dificultad para cambiar de un concepto a otro; - tendencia a responder ante fragmentos de la información; - defecto para integrar detalles aislados; - deficiencia en el manejo simultáneo de diferentes fuentes de información. En el daño cerebral adquirido en la zona prefrontal, existen diversificaciones por lateralidad interhemisférica, si existe una lesión a nivel izquierda causaran defectos en el pensamiento verbal (Luria, 1989), mientras que existe cambios comportamentales en lesiones del lado derecho (Ardila, 1984). Es importante mencionar que las lesiones a nivel del hemisferio izquierdo están asociados a defectos de tipo verbal como son los

casos de afasias, dificultades en la producción verbal, defectos en la memoria verbal, trastornos de perseveración, siendo los procesos intelectuales más afectados en este lado del cerebro, en contraposición con el hemisferio derecho el paciente presenta dificultades de tipo no verbal como errores perceptuales, defectos de memoria no verbal, pobre juicio social y fallas en el reconocimiento emocional, con estados de hipomanía e hiperactividad, asimismo, se evidencian cambios de personalidad y pseudopsicopatía, con trasgresión de normas sociales (Stuss y Benson, 1986; Luria, 1977).

B. Perfil Neuropsicológico

- Funciones ejecutivas. Son capacidades de primer orden del sistema nervioso central que ayudan al individuo a realizar acciones, como adaptación social, junto con el manejo de la memoria de trabajo, el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva, planificación, razonamiento, y resolución de problemas, en el procesamiento y la integración de la información, siendo únicas en el ser humano (Cristofori et al., 2019). La corteza prefrontal es la que está relacionada con las funciones ejecutivas, comprendiendo más del 30% de las células corticales, y es la región de mayor evolución del ser humano (Semendeferi et al., 2002). Siendo sus dimensiones diferenciadas en:

- Memoria de trabajo, siendo un sistema de almacenamiento temporal que está bajo el control atencional que refuerza la capacidad del individuo para la realización de procesos complejos, (Baddeley, 2018), siendo la memoria de trabajo como un constructo cognitivo, que trata de recibir la información del medio ambiente y sostenerla a corto plazo y procesarla hasta alcanzar un objetivo establecido (Baddeley y Hitch, 1974). Este proceso cognitivo es muy importante en el desarrollo de actividades de la vida diaria como la interacción social, realizar cálculos, y estructurar un lenguaje expresivo, siendo un proceso cognitivo fundamental

para el individuo en la interacción con el mundo de forma eficaz y adaptativa *Pearson Clinical y Talent Assessment*, (2023). Las que serán evaluadas por la escala Weschler para adultos con las siguientes subpruebas, dígitos, aritmética, letras y números que corresponden al WAIS IV.

- Memoria de trabajo auditivo, se define como la capacidad de almacenar información de tipo auditivo, por un tiempo limitado y la recupera de forma inmediata (Méndez, 2013). Siendo la capacidad de interpretar los estímulos auditivos, extrayendo los significados, a nivel de palabras, frases de lo que hemos procesado a través del canal auditivo, los que pueden almacenar por un tiempo limitado, lo que permitirá que su recuperación sea inmediata (Kolb y Whishaw, 2006). En relación de la memoria auditiva Dioses (2007), definió esta actividad como la capacidad de registrar estímulos sonoros, y las cuales se puede analizar sintetizar en segmentos organizados, mantenido esquemas de almacenamiento inmediato y subjetivo a modo de estructuras fonológicas, manteniendo sistemas de almacenamiento y recuperación de información, con la aplicación de las escalas Weschler para adultos (WAIS-IV), en subescalas de dígitos, y letras – números.

- Planificación. Es la capacidad de formar, manipular, y organizar un número de pasos necesarios para realizar una actividad propuesta implicando representaciones mentales, y la capacidad de anticipar, ensayar y ejecutar secuencias complejas, teniendo en cuenta la perspectiva prospectiva (Portellano y Martínez, 2011). Componente que será evaluado con la prueba de senderos (TESEN), y con la aplicación de la prueba de *Trail Making Test* (TMT).

- Flexibilidad. Es el proceso para cambiar respuestas, aprender de los errores, diseñar estrategias alternativas, dividir la atención y procesar diversas fuentes de información, en relación con la flexibilidad por ejecución se involucra en gran medida al funcionamiento del lóbulo frontal a nivel dorso lateral, solo activándose cuando el cambio de tarea implica el cambio del foco

atencional a una dimensión diferente, o un procesamiento nuevo y de mayor concentración (Diamond et al., 2002), medido en la aplicación general de las escalas Weschler, STROOP, *Trail Making Test*, y *el test de Senderos*.

- Inhibición. Es el proceso para impedir de forma deliberada o controlada la producción de respuestas automáticas, siendo esta capacidad innata, más bien emerge gradualmente a través del desarrollo (Goldberg, 2001). Siendo la capacidad para impedir de forma deliberada o controlada la producción de respuestas automáticas cuando la situación lo requiere (Miyake, et al., 2000). Así mismo, el control inhibitorio ayuda a gestionar los procesos cognitivos, conductuales o emocionales con el objetivo definido. Sin mantener un control inhibitorio adecuado el individuo descontrolaría sus impulsos, viejos hábitos de pensamiento o acción y estímulos ambientales, este control posibilita actuar y no reaccionar Miyake (2000), aplicando la prueba de STROOP, que controla la inhibición verbal.

- Funcionamiento cognitivo. Las funciones cognitivas están interrelacionadas, funcional y neurológicamente, lo que dificulta la medición de un dominio puro del funcionamiento cognitivo. Incluso las medidas más tradicionales de dominios específicos, como la velocidad de procesamiento, implican que el sujeto tenga la capacidad de comprender la instrucción verbal, discriminar entre los estímulos visuales, procesar la información e indicar la respuesta mediante la intervención del sistema motor (Musci, 2020).

- Comprensión verbal: evidencia la aptitud de un sujeto para comprender y utilizar el lenguaje verbal, además de las capacidades de razonamiento asociadas a la interacción social en la calidad de conocimiento adquirido, en la recuperación de aprendizajes a largo plazo (Torres, 2017), el lenguaje es el medio de transmisión de las ideas humanas, entonces la comprensión del lenguaje va más allá de la mera capacidad léxica de atribuir significado a

determinados signos lingüísticos, siendo un aspecto importante de comprender signos para organizar estructuras lingüísticas que se organizan con signos y reglas específicas permitiendo procesar oraciones y frases complejas (Cunillera, 2008). Este componente será evaluado con las subescalas de Vocabulario, información, semejanzas, comprensión verbal, subpruebas que pertenecen a la escala de inteligencia de Weschler para adultos en su versión IV.

- Velocidad de procesamiento. Es la capacidad que tiene el sujeto para responder, procesar, integrar información en la resolución de problemas (Kail y Salthouse, 1994), es así como el ser humano resuelve acciones cognitivas de forma rápida, como la identificación de objetos, la toma de decisiones o la descripción de diversos objetos abstractos y concretos (Hale, 1990), la velocidad de procesamiento es un aumento de la memoria de trabajo, manejando adecuadamente el razonamiento inductivo y las habilidades en las competencias aritméticas (Fry y Hale, 1996, Kail, 2007), la velocidad de procesamiento ayuda al puntaje del lenguaje expresivo, la lectoescritura, y la organización viso perceptual (Marchman y Fernald, 2008). Componente que será evaluado con subpruebas de claves de figuras, búsqueda de símbolos, y cancelación, escalas que pertenecen a la escala de inteligencia de Weschler para adultos en su cuarta versión.

- Razonamiento perceptivo. Es la capacidad de un individuo para analizar y comprender información visual y espacial y utilizar esta información para resolver problemas, la habilidad práctica incluye la capacidad de identificar, organizar, y comprensión de relaciones espaciales (*Inteligencia y sus Aplicaciones [ICCSI]*, 2024). De esta manera el razonamiento perceptivo es un proceso organizado, donde se obtiene y selecciona información que proviene de estímulos sensoriales (Oviedo, 2004). Esta función permitirá identificar objetos y comprender su relación espacial, logrando reconocer figuras geométricas orientarse en los espacios e interpretar el tamaño real de los objetos a pesar de su distancia (Roselli, 2015). Los instrumentos utilizados

serán evaluados con las subescalas de cubos, matrices, puzles visuales, balanzas, y figuras incompletas de la escala Weschler para adultos en su IV versión.

- Viso percepción. Es la sensación interior de conocimiento aparente que resulta de un estímulo o impresión luminosa que se registra en los ojos (Villa Rodríguez, 2016). La que será evaluado con la figura compleja de Rey de Ortosky en su forma A.

- Atención. Es definida como la capacidad mental para generar y mantener un estado de activación que permita el procesamiento de información, seleccionando de forma específica la información tanto a nivel externo como interna, los pensamientos, memorias, y acciones (Rios y Perianez, 2010). Según el modelo clínico de Sohlberg y Mateer (1987) se clasifican según su funcionamiento en: Arousal, que es la capacidad de estar alerta, y de seguir estímulos del medio ambiente; de tipo focalizada, donde se mantiene la atención a un estímulo visual, auditivo, háptico; de tipo sostenida, es la capacidad de sostener un estímulo de forma consistente durante un periodo de tiempo constante, incluyéndose la capacidad para detectar y responder a estímulos de forma prolongada, apoyado de la memoria de trabajo; de tipo selectiva, que es la capacidad para seleccionar de entre varias posibles la información relevante a procesar o el esquema de acción apropiado, inhibiendo la atención a unos estímulos mientras se atiende a otros; de tipo alternante, que es el cambio de atención entre actividades diferentes; de tipo dividida que es el proceso de distribuir los estímulos atencionales a diferentes tareas de una misma actividad siendo posible de atender varios estímulos en forma simultánea. Estos procesos serán evaluados y medidos mediante pruebas de atención sostenida de d2, y pruebas de la escala WAIS IV.

- Conducta impulsiva. Son conceptualizados como comportamientos no premeditados y explosivos, y la impulsividad era la tendencia a presentar comportamientos inesperados e irreflexivos, además de la irresistibilidad, el deseo intenso y repetitivo de realizar un

acto incluso cuando este tiene consecuencias negativas (Moeller y Barratt, 2011). El que será evaluado con el cuestionario de impulsividad de Barratt.

2.1.2.2 Técnicas e instrumentos:

A. Técnicas.

- Entrevista psicológica de tipo semi estructurada. Es una técnica de evaluación importante en el ámbito clínico. Y tiene como objetivo formar una relación de empatía entre el entrevistado y el entrevistador; por otro lado, debido a la importancia del sistema conceptual en que está fundamentada la evaluación clínica conductual, sobre los determinantes medioambientales y fisiológicos de la conducta, la entrevista está centrada principalmente en obtener, a partir de la información que proporciona el sujeto, los factores antecedentes orgánicos y consecuentes que controlan el estado actual de su conducta (Aragón, 2002).

- Observación conductual. O observación directa se realiza en ambientes naturales donde el individuo se desarrolla, así como en situaciones análogas o en ámbitos familiares o sociales, con la finalidad de identificar y cuantificar el segmento conductual de interés, así como en la evaluación de los resultados de una intervención psicológica. Existen múltiples factores que influyen en la selección del segmento conductual de interés (Pinkerton, et al., 1981).

B. Instrumentos de evaluación.

- *Mini mental State Examination (MMSE)*. Es una prueba que contiene una serie de preguntas y tareas que se agrupan en once categorías, orientación temporal, espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo (Folstein, 1985), así mismo este influye en el rendimiento académico sea a nivel escolar o social, el Mini Mental ha tenido una extraordinaria difusión y se ha convertido, en el campo de los trastornos cognoscitivos, en el test de screening más utilizado en la clínica, en la investigación

epidemiológica internacional (Tombaugh, et al., 1992) y en ensayos clínicos que requieran la evaluación de las funciones intelectivas del enfermo (Beaman et al., 2004).

Tabla 2

Ficha técnica Mini - Mental

Mini- Mental	
Nombre	Examen cognoscitivo Mini – Mental.
Nombre original	MMSE. Mini – Mental State Examination.
Autores	Marshall F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang.
Procedencia	PAR. Psychological Assessment Resources, Inc.
Adaptación española	Lobo, Saz, Marcos y el grupo de trabajo ZARADEMP.
Aplicación	Individual.
Ámbito de aplicación	Adultos con posible deterioro cognoscitivo.
Duración	Aproximadamente 15 minutos.
Finalidad	Detección rápida del deterioro de funciones cognitivas.
Baremación	Estadísticos y puntuaciones centiles en muestras geriátricas (65 y más años).
Material	Manual de aplicación y hoja de anotación
Confiabilidad de Perú	El mayor nivel de sensibilidad y especificidad fue encontrado en el punto de corte de 20 puntos, propuesto para el grupo entre 0 y 3 años de escolaridad; dichos indicadores van disminuyendo conforme aumenta la escolaridad (Marcio y Belón, 2017).

Validez de Perú	Validado en la versión peruana por Custodio, (2016) y Robles, (2011), se encontró una sensibilidad de 83.89% y una especificidad de 68.89% para un punto de corte de mayor o igual a 28 puntos.
-----------------	---

Nota: Folstein et al. (s.f.).

○ ***Escala Weschler de inteligencia para adultos WAIS IV.*** La versión más reciente para adultos de 16 a 90 años es el WAIS -IV, publicado en 2008 (Wechsler, 2008a). WAIS -IV y WISC-IV proporcionan puntuaciones totales de coeficiente intelectual CI y subpruebas numéricas. El índice de comprensión del lenguaje del WAIS -IV incluye puntuaciones compuestas de las pruebas de comprensión, vocabulario y comprensión. El Índice de Memoria de Trabajo (IMT) del WAIS -IV incluye puntuaciones en aritmética y aritmética. El Índice de Reconocimiento Perceptual (IRP) incluye puntuaciones en las pruebas de diseño de cubos, Razonamiento perceptivo y Visualización del WAIS -IV o Ideas e Imágenes del WISC-IV. El índice de velocidad de procesamiento (IVP) incluye puntuaciones en las subpruebas de codificación y búsqueda de símbolos.

Tabla 3

Ficha técnica Escala Wechsler para adultos

Escala Wechsler para adultos – WAIS IV	
Nombre	Escala de inteligencia de Wechsler para adultos - IV.
Nombre original	WAIS IV.
Autores	David Wechsler.
Procedencia	Pearson Educación, 2012.

Adaptación española	De la Guía, Hernández, Paradell y Vallar, F. departamento de I + D de <i>Pearson Clinical y Talent Assessment</i> .
Aplicación	De preferencia individual. Personas de 16 a 89 años con 11 meses.
Ámbito de aplicación	Psicología clínica, educativa, Neuropsicología y psicología forense, psicología del trabajo, y las organizaciones.
Duración	60 a 90 minutos.
Finalidad	Medir la inteligencia de los adultos, dentro de un enfoque global.
Baremación	Las puntuaciones obtenidas en las subpruebas para calcular las puntuaciones compuestas, tales como el Cociente Intelectual Total (CIT), el Índice de Comprensión Verbal (ICV), el Índice de Razonamiento Perceptivo (IRP), el Índice de Memoria de Trabajo (IMT) y el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP).
Material	Manual de administración, manual técnico, cuadernillo de registro, protocolo de respuestas, cuadernillo de respuestas para las subpruebas de retención de dígitos y aritmética, cuaderno de ejecución de cubos, claves de números y búsqueda de símbolos; libro de estímulos (semejanzas, vocabulario, información, comprensión), cubos de diseño, plantillas de clave de números y búsqueda de símbolos, lápiz y cronometro.

Confiabilidad	Las puntuaciones compuestas, los índices y las subpruebas de WAIS IV, tienen en general una buena confiabilidad, en las capacidades de las personas afectan los estadísticos de estabilidad temporal a largo plazo de WAIS IV, además, los cambios genuinos en las capacidades de las personas con coeficientes de estabilidad a corto plazo de las subpruebas con fluctuaciones entre .71 y .90 que tiene resultados confiables y adecuados.
Validez	El WAIS IV ha mostrado alta validez de criterio, con correlaciones significativas ($r = 0.60$ a 0.75) con medidas externas de desempeño cognitivo y académico. Validez Predictiva: La prueba ha demostrado ser efectiva en predecir el rendimiento académico y laboral, con correlaciones predictivas en el rango de 0.65 a 0.80 .

○ **Test de STROOP.** Es una prueba que se utiliza para la medición de la flexibilidad cognitiva, resistencia a interferencia a estímulos externos y la capacidad de restringir una respuesta verbal, el trabajo del individuo es comparado con tres actividades: denominación de palabras, colores, y nombrar palabras que denominan colores. Siendo esta última actividad donde el paciente debe nombrar en forma rápida el color con la cual las palabras están impresas, en lugar de denominar la palabra. En la versión para adultos la información normativa está disponible para edades de 15 a 90 años (Golden y Freshwater, 2002).

Tabla 4*Ficha técnica Test de colores y palabras STROOP*

Test de colores y palabras STROOP	
Nombre	STROOP. Test de colores y palabras.
Nombre original	Color and Word Test.
Autores	Charles J. Golden.
Procedencia	Stoelting Company (1978, 2002).
Adaptación española	Belan, Tamara y Fernando, Sánchez –Sánchez (Departamento d I + D + i de TEA Ediciones, 2020).
Aplicación	Individual.
Ámbito de aplicación	de 6 años a 85 años.
Duración	Cada una de las tres áreas (P, C, Y PC) tiene una duración de segundos. La duración completa de la prueba, incluyendo instrucciones, es de 5 minutos aproximadamente.
Finalidad	Evaluación de la influencia de la interferencia como indicativa de una alteración en el control inhibitorio, siendo especialmente relevante para la detección de problemas neurológicos y cerebrales.
Baremación	En población general de escolares, diferenciados por la edad y adultos diferenciados por el nivel educativo. Se proporcionan puntuaciones típicas en escala T (media 50 y desviación típica 10) baremos específicos para México de

	población general de 15 a 89 años diferenciados por edad y nivel educativo.	Fu
Material	Manual de aplicación, hoja de anotación.	
Confiabilidad	Zegarra (2020), estimo la confiabilidad a través del método test-retest, con una estimación de intervalo al 95% de los índices de correlación entre aplicaciones con coeficiente Pearson (r), entre .779 a .812 en las escalas con correlación intraclass de .777 a .811 con escalas con mínima diferencia (+/-, 001) en intervalos de confianza.	
Validez	La validez de constructo fue a través de correlaciones bivariados entre las variables P, C, PC y R-Int., de las cuales la mayor correlación se presentó entre PC y R-Int. con un índice de 0.740; significativo y muy cercano al obtenido por el instrumento, asimismo se analizó que el sexo no fuera una variable determinante para las puntuaciones obtenidas en P, C, PC y R-Int., obteniendo índices de significancia de 0,249; 0,380; 0,371; 0,858 (Vladimir y Calero, 2021).	

○ ***Test de Senderos (TESEM).*** Es una prueba de aplicación individual que sirve para realizar una evaluación general de las funciones ejecutivas, centrándose en la medida de la capacidad de planificación mediante la realización de una tarea visomotora, esta puede ser aplicada a individuos de 16 a 90 años, siempre y cuando el individuo no presenta limitaciones sensoriales, motoras o Neuropsiquiátricas graves que le impidan la comprensión de la tarea. Esta prueba está compuesta por 4 pruebas (senderos), de dificultad creciente, cada una de las cuales viene precedida

por un ítem de entrenamiento para facilitar a la persona evaluada la comprensión de la tarea y obtener así una evaluación precisa de su aptitud (Portellano y Martínez, 2014). Para la validación la prueba de Senderos tiene una aplicación similar a la prueba de *Trail Making Test*, por lo que es una prueba clásica para evaluar el rendimiento de las funciones ejecutivas, como la capacidad de planificación, la memoria de trabajo, la flexibilidad, la capacidad mental, atención sostenida, la memoria potencial, la velocidad de procesamiento (Camposano, 2022).

Tabla 5

Ficha Técnica Test de senderos (TESEN)

Test de senderos (TESEN)	
Nombre	TESEN. Test de los Senderos para la evaluación de las funciones ejecutivas.
Autores	Portellano y Martínez (Universidad Complutense de Madrid).
Procedencia	TEA Ediciones (2014).
Aplicación	Individual.
Ámbito de aplicación	A partir de los 16 años.
Duración	Aproximadamente entre 8 y 10 minutos.
Finalidad	Screening del funcionamiento ejecutivo de jóvenes y adultos mediante la realización de una tarea de planificación consistente en una actividad visomotora.
Baremación	Decatipos y percentiles de cada sendero y de las puntuaciones totales en 8 grupos de edad desde 16 a 20 años hasta 81 años y más).

Material	Manual, ejemplar, hoja de anotación.
Confiabilidad	La prueba muestra una alta confiabilidad test-retest (al menos 0,76 para la Parte A y 0,82 para la Parte B en estudios informados recientemente), con valores de coeficiente generalmente más altos para TMT-B en comparación con A, considerando que la prueba del test de senderos (TESEN), mantienen una temporalidad de las puntuaciones mediante investigaciones de test – retest, con una examinación interna de puntuaciones totales, en Latinoamérica se considera poblaciones con deterioro cognitivo, discapacidad intelectual, consumidores de alcohol con una media de 23.9 años y una desviación estándar de 9,21; la puntuación total de la velocidad fue de 0.79 y en el caso de puntuación total de ejecución fue de 0.78, (Arango, 2015).
Validez	Cronbach 's Alpha coeficiente (0.81).

○ **Test de la figura de Rey de Ortesky.** Es una prueba que utiliza cuatro intentos, copia, repetición inmediata, repetición con demora y reconocimiento, esta prueba sirva para medir la memoria visual espacial y la memoria de reconocimiento, velocidad de procesamiento y capacidad visual constructiva (Meyers y Meyers, 1995). En esta prueba el individuo copia la figura original de Rey – *Osterrieth Complex Figure* (Rey, 1941), y tres minutos luego se le pide sin previo aviso que reproduzca de memoria, para luego de 30 minutos, se le pide al paciente que reproducir la figura y reconocerla. En el manual original se encuentra las normas específicas para pacientes de 18 a 89 años.

Tabla 6*Ficha Técnica Test de figura de REY*

Test de figura de REY	
Nombre	Figura Compleja de Rey – Osterrieth y reproducción de memoria de figuras geométricas.
Autores	Rey A.
Procedencia	TEA Ediciones (1980) 3ra edición revisada, <i>Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée</i> (Paris).
Aplicación	Niños a partir de los 4 años y adultos.
Ámbito de aplicación	Pacientes con posibles trastornos neurológicos relacionados con problemas de carácter perceptivo motriz, grado de desarrollo y maduración de la actividad grafica.
Duración	Se toma el tiempo que dura la copia.
Finalidad	Conocer la actividad perceptiva visual de un sujeto y memoria visual.
Baremación	Figura A: Tabla de baremos en centiles de diversas muestras españolas distribuidas en 11 grupos de edad. En el apéndice B se incluye un baremo para adultos en centiles y puntuaciones típicas. Figura B: baremos para niños entre 4 y 5 años y medio.
Material	Manual, ejemplar, hoja de anotación.
Confiabilidad	La fiabilidad 0.82 en la copia, 0,78 en la memoria. (Cortes, et al., 1996). Salvatierra (2023), practico la prueba de figuras

	complejas de Rey Ortosky, con un estudio donde los resultados psicométricos fueron de (O.R.=0.27/I.C.95%=0.09 a 0.86/ p=.020) que plantea su confiabilidad.	Fue
Validez	Validez del constructo se evaluó por medio de un análisis factorial por el método de componentes principales con rotación varimax de .78 (Custodio y Benites, 2016). Así mismo, se presenta cuatro factores como valores principales mayores a uno, que definen en 43.6% de la varianza en copia y 38.6% de varianza en memoria (Cortez, 2016).	

○ **Test de D2.** Es una prueba que mide la atención selectiva y concentración, con el fin de dirigir el foco de la atención de forma específica y continua a una selección de estímulos que son los relevantes para completar la tarea. La parte central de este proceso es la capacidad de atender selectivamente a ciertos aspectos relevantes de una tarea mientras se ignoran los irrelevantes, además, hacerlo de forma rápida y precisa, midiendo la velocidad, la calidad de trabajo, precisión, y relación entre la velocidad y precisión (Brickenkamp et al., 2022).

Tabla 7

Ficha Técnica Test de D2

TEST DE D2	
Nombre	D2, Test de atención.
Autores	Brickenkamp (1962).
Procedencia	Hogrefe y Huber Publishers, Gottingen, Alemania.

Aplicación	Individual y colectiva.
Ámbito de aplicación	Niños, adolescentes y adultos.
Duración	Variable, entre 8 a 10 minutos, incluidas las instrucciones previas, aunque hay tiempo limitado de 20 segundos para la ejecución de cada una de las 14 filas de la prueba.
Finalidad	Evaluación de varios aspectos de la atención selectiva y de la concentración.
Baremación	Baremos de población general de 8 a 18 años en grupos de dos años, y de adultos (de 19 a 88 años) en varios grupos, en puntuaciones centiles y típicas; hay también un baremo general para las aplicaciones colectivas con un tiempo único.
Material	Manual, ejemplar, hoja de anotación y lápiz.
Confiabilidad	La confiabilidad de Alfa de Cronbach a nivel general fue de 0.885, en la primera dimensión fue 0.851 y en la segunda 0.79; en las normas percentiles se han elaborado tres categorías de evaluación, todo percentil por debajo de 25 es bajo, de 26 a 75 es promedio y todo percentil por encima de 75 es considerado alto (Zapata, 2020).
Validez	Los resultados mostraron un índice de dificultad para la mayoría de los ítems de 0. 61 a 0. 89; el índice de discriminación para todos los reactivos fue superior a 0.40;

dentro de la validez convergente se obtuvieron **Fue** correlaciones de; 0.927 y 0.602 (Zapata, 2020).

○ ***Inventario de Impulsividad de Barratt.*** Es un instrumento para evaluar la impulsividad, es usado en la investigación psicológica, psiquiátrica, y educativa, este cuestionario está relacionado con la ansiedad e impulsividad con la eficiencia psicomotora, y esta fue rediseñada para medir tres componentes como impulsividad cognitiva, motora, no planeada (Stanford, 2009). Este instrumento esta validada en poblaciones adultas y adolescentes, demostrando adecuados parámetros de confiabilidad y validez. La impulsividad medida por este instrumento ha correlacionado con múltiples desordenes impulsivos entre ellos: agresividad, autoagresiones, conducta suicida, búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y drogas, trastorno bipolar, déficit atencional, trastorno de conducta alimentaria, trastorno de personalidad limite, y trastorno de personalidad antisocial (Steinberg et al., 2013).

Tabla 8

Ficha Técnica Cuestionario de Impulsividad de Barratt

CUESTIONARIO DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT	
Nombre	<i>Barratt impulsiveness Sacel</i> , BIS 11.
Autores	Barratt ES.
Aplicación	Individual.
Ámbito de aplicación	Se diseño para ser aplicados a sujetos de 14 años en adelante.
Duración	10 a 30 minutos aproximadamente.
Finalidad	Análisis factorial exploratorio de componentes principales identificado en 6 factores los cuales son: la atención,

	<p>centrarse en la tarea o actividad que se está realizando.</p> <p>Impulsividad motora, actuar pensando en el afán del momento. Autocontrol, planear y pensar con detenimiento.</p> <p>Complejidad cognitiva, disfrute de actividades que implique reto mental. Inestabilidad cognitiva, tendencia a la distracción debida a la presencia de pensamientos veloces o intrusivos.</p>
Baremación	<p>Consta de 30 cuestiones agrupadas en tres subescalas: Ítems de impulsividad cognitiva: 4,7, 10, 13, 16, 19, 24, y 27.</p> <p>Impulsividad motora: 2,6,9,12,15,18,21,23,26, y 29.</p> <p>Impulsividad no planeada: 1,3,5,8,11,14,17,20,22,25,28, y 30.</p> <p>La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas. Posee mayor valor la puntuación total que la de las subescalas.</p>
Material	Manual, ejemplar, hoja de anotación y lápiz.
Confiabilidad	La confiabilidad por consistencia interna se obtuvo a través del Alfa de Cronbach con resultado de (0.817).
Validez	<p>El cuestionario busca evaluar la impulsividad en tres grandes dimensiones que son I. cognitiva (0.74), I. motora (0.72), y la I. no planificada (0.69). Además, se obtuvo el coeficiente de Omega de Mc Donald a través de Jamovi, siendo su valor</p>

general (0.829), y con respecto a sus dimensiones (D1=0.75, **Fue**
D2=0.74, D3=0.73).

○ **Índice de Barthel.** Es un instrumento que valora la capacidad de una persona para realizar diferentes actividades de su vida diaria, considerándose como básicas, este instrumento nos permite obtener una estimación estadística de tipo cuantitativa de grado independiente. Este índice de forma genérica valora el nivel de independencia del individuo, donde se le asignan diferentes puntuaciones según la capacidad de realizar estas en su vida diaria Feinstein (1965). Este instrumento se a utilizado para valorar la necesidad de cuidados personales y de organización de servicios de ayuda, manteniendo criterios de eficacia de los tratamientos y actuaciones con equipos multidisciplinarios Fortinsky, et al., (1981).

Tabla 9

Ficha técnica Índice Barthel

ÍNDICE BARTHEL	
Nombre	Índice de Barthel.
Otro nombre	Índice de Discapacidad de Maryland
Autores	Mahoney y Barthel en 1955.
Adaptado	Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J
Procedencia	Hospital de Maryland, su publicación se realizó en 1965.
Aplicación	Individual.
Ámbito de aplicación	Adultos con alguna discapacidad.
Duración	<= 10 min.

Finalidad	Valorar la existencia de una discapacidad física o neurológica.
Baremación	Baremos de población general de 8 a 18 años en grupos de dos años, y de adultos (de 19 a 88 años) en varios grupos, en puntuaciones centiles y típicas; hay también un baremo general para las aplicaciones colectivas con un tiempo único.
Material	Ejemplar, hoja de anotación y lápiz.
Confiabilidad	Presenta una fiabilidad vía intraobservador de 0.84 y 0.97, con una consistencia interna de 0,86 con el alfa de Cronbach.
Validez	La validación se planteó con una prueba piloto de 20 pacientes, valorando el cuestionario por juicio de expertos de medicina de hospitales de la ciudad del Cusco. Manifestando que existe una elevada fiabilidad inter-observador (Kappa =IC: 0.47 – 1) e intra- observador (Kappa =IC: 0.84 – 0.97), Beorlegui y Thomas, 2017.

- **NEUROPSI Atención Y Memoria.** Esta prueba ayudar a valorar diferentes funciones cognitivas como la atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, lectura, escritura, calculo, procesos viso constructivos, en diferentes tipos de pacientes desde psiquiátricos, geriátricos o con daño neurológicos y médicos. El presente instrumento fue creado para evaluar en detalle las funciones atencionales, encontrando índices confiables, para realizar el diagnostico Ponce (2023).

Tabla 10

Ficha técnica NEUROPSI Atención – Memoria

NEUROPSI Atención – Memoria	
Nombre	NEUROPSI, ATENCIÓN – MEMORIA.
Autores	Dra. Freggy Ostrosky; Dra. Ma. Esther Gómez; Dra. Esmeralda Matute; Dra. Mónica Roselli; Dr. Alfredo Ardila y el Dr. David Pineda.
Procedencia	Manual Moderno y American Book Store, 2003.
Aplicación	Individual.
Ámbito de aplicación	Pacientes de 6 a 85 años, pacientes psiquiátricos, geriátricos, neurológicos.
Duración	50 a 60 minutos poblaciones sin referencia clínica y 80 a 90 minutos en poblaciones con referencia clínica.
Finalidad	Identificar déficit y evaluar en detalle distintos tipos de atención y memoria. Realizar un diagnóstico predictivo de alteraciones en las funciones atencionales y memoria.
Baremación	Baremos de población general de 8 a 18 años en grupos de dos años, y de adultos (de 19 a 88 años) en varios grupos, en puntuaciones centiles y típicas; hay también un baremo general para las aplicaciones colectivas con un tiempo único.
Material	Manual, cuadernos de figuras, hoja de anotación, cronometro y lápiz.
Confiabilidad	0.98.

Validez	<p>El investigador Paucar (2020) procedió a realizar una adaptación psicométrica al NEUROPSI Breve, en la ciudad de Lima, tomando como estudio a 236 personas adultas mayores que comprenden entre 60 a 85 años, utilizando técnica no probabilístico intencional, con resultados de la validez de contenido se obtuvo ($V=0.70$), como también, la validez interna determina el modelo por 7 dimensiones. La validez y confiabilidad, no es exacta manteniendo datos normativos indicando que este instrumento fue aplicado a 950 personas en total en nueve grupos de edades 6-7. 8-9. 10-11. 12-13, 14-15. 16-30, 31-55.56-64. 65-85, con una estratificación de tres niveles educativos, mencionan los autores validez de discriminación en varios grupos subclínicos.</p>
---------	---

○ **NEUROPSI Breve.** Esta prueba de evaluación neuropsicológica, fue creado por la Doctora Feggy Ostrosky Solís, Alfredo Ardila y Mónica Rosselli en 1994, siendo diseñado de forma sencilla, con pruebas cortas, generando perfiles en consideración con el nivel de educación y la edad del paciente a evaluar; evaluando su orientación, atención y concentración, lenguaje, funciones ejecutivas, lectura, escritura, calculo, procesos viso constructivos, siendo de calificación sencilla, y de tiempo de 10 minutos aproximadamente en diferentes tipos de pacientes desde psiquiátricos, geriátricos o con daño neurológicos, con índices confiables, para realizar el diagnostico Marreros, y Guerrero (2022).

Tabla 11*Ficha técnica NEUROPSI Breve en español*

NEUROPSI BREVE	
Nombre	NEUROPSI, BREVE EN ESPAÑOL.
Autores	Dra. Freggy Ostrosky; Dra. Ma. Esther Gómez; Dra. Esmeralda Matute; Dra. Mónica Roselli; Dr. Alfredo Ardila y el Dr. David Pineda.
Procedencia	México- Manual Moderno y American Book Store, 2003.
Aplicación	Individual.
Ámbito de aplicación	Pacientes de 6 a 85 años, pacientes psiquiátricos, neurológicos.
Duración	25 a 30 minutos.
Finalidad	Ayuda evaluar un gran espectro de funciones cognoscitivas en pacientes de múltiples patologías neuropsiquiátricas.
Baremación	Baremos de población general de 8 a 18 años en grupos de dos años, y de adultos (de 19 a 88 años) en varios grupos, en puntuaciones centiles y típicas; hay también un baremo general para las aplicaciones colectivas con un tiempo único.
Material	Manual, cuadernos de figuras, hoja de anotación, cronometro y lápiz.
Confiabilidad	Mantiene altos índices de confiabilidad Test – Re test, que indican que las respuestas y errores se mantienen y que no se presentan efectos de practica o de deterioro en una población

	normalizada, siendo utilizada como una prueba rápida de seguimiento, en varios procesos de rehabilitación, farmacológicos.
Validez	Las investigaciones han citado que el NEUROPSI, distingue pacientes con alteraciones funcionales, por daño cerebral, demencia, y otros pacientes con alteración cognitiva, la validez y adaptabilidad en Perú se dio a través de juicio de expertos, con adaptación de aspectos culturales y lingüistas en dimensiones de lenguaje y funciones ejecutivas, obteniendo valores estadísticos mayores a 0.70, lo que indica que la prueba es adecuada para ser aplicada Paucar (2020).

III. RESULTADOS

Los resultados de la paciente mujer de 21 años, en la evaluación Neuropsicológica se plantearon en 5 sesiones de intervención de 1 hora aproximadamente:

3.1 Función cognitiva

La paciente presenta una capacidad intelectual total (CIT), de 71 que indica un resultado “abajo del promedio/debilidad normativa”, con dificultades en la comprensión audio verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento. Sin embargo, el desempeño de la paciente en los índices de Comprensión verbal (78) que muestran dificultades en la comprensión, información y el procesamiento de estímulos verbales, y poder comunicar pensamientos e ideas por medio de palabras, las que realiza en forma desorganizada; razonamiento perceptivo (77) con limitaciones en la organización perceptual, en actividades que se requieren análisis de la información visual de tipo cuantitativa, donde la paciente mantiene respuestas de forma impulsiva limitando su reflexión lógica, memoria de trabajo (76) siendo sensibles a estímulos de auditivos verbales de tipo inmediato y dificultades en un registro eficaz y de manipulación de información, en pruebas específicas como dígitos (P. escalar: 5) , y letras – números (P. escalar: 4), aritmética (P. escalar: 7), que es importante en el registro y la manipulación de información inmediata; y velocidad de procesamiento (78), donde la paciente presenta dificultades en el procesamiento de estímulos visuales no verbales y de respuestas grafomotoras, en aplicación de actividades específicamente en la lecto escritura o en el cálculo matemático en seriación o actividades con diversas demandas simultáneas que requieren una eficacia de constructos de la función ejecutiva; mantienen un resultado similar, los que fueron útiles para obtener la capacidad intelectual en forma general que describe puntuaciones abajo del promedio. Por lo tanto, en la

función cognitiva de la paciente describe un rendimiento deficiente o limitado, en relación con sus funciones cognitivas.

3.2 Función ejecutiva

La paciente presenta resultados de forma susceptible ante estímulos externos, con evidentes estados de alerta al medio ambiente, con respuestas de forma impulsiva y desorganizada, según la evaluación Neuropsicológica, la paciente mantiene los siguientes resultados de velocidad de procesamiento (78) que están por debajo del promedio, con errores en planeación viso motriz en pruebas de construcción de cubos (Puntaje escalar: 6), que hace interpretación una limitada atención a los detalles en la resolución de la prueba, y dificultades en organización en la construcción de figuras, en la ejecución motora, con errores en ejecución con acciones de tipo impulsivo, en matrices (Puntaje escalar: 6) donde la paciente presenta dificultades por la existencia de dificultades a nivel perceptivo visual, por la impulsividad de la paciente, con errores en la flexibilidad cognitiva, en la prueba de Balanza (P. escalar: 3) donde mantiene menor puntaje, con referencia interpretativa de dificultades en la flexibilidad, impulsividad ante la respuesta con respuestas poco reflexivas, la paciente presenta errores de interferencia que en la prueba de STROOP que hacen referencia a la interferencia (68) en nivel medio, palabra (44), color (46), palabra color (48), que mantiene puntuaciones bajas al promedio, con evidencia de errores en la organización, fluidez en el procesamiento simbólico, con dificultades para controlar la frustración con indicadores en la capacidad de inhibición a respuestas automáticas, con dificultades en el control inhibitorio atencional, para ejercer un control voluntario para orientar estados atencionales del medio ambiente, con errores en la flexibilidad cognitiva, en actividades en planeación según la prueba de TESEN, tienen resultados en ejecución muy bajas con Decatipo (1), que se considera a que la paciente presenta dificultades en el funcionamiento ejecutivo, presentando dificultades en

el control atencional, memoria de trabajo y resolución de problemas en ambientes donde realiza sus actividades diarias, en la velocidad de precisión el paciente obtiene Decatipo (4), que refiere a la rapidez de procesamiento con posibles errores en la fluidez cognitiva, atencional, visoespacial, en la puntuación de precisión presenta un Decatipo de (1), en la descripción de las puntuaciones de las pruebas de NeuroPsi -Breve, y NeuroPsi atención y memoria, presentan puntuaciones deficitarias (medio bajo) en actividades de fluidez verbal, fonológica, semántica, y no verbal, los resultados identifican un rendimiento muy bajo, con dificultades en planificación que están causadas por una insuficiente flexibilidad mental, o por un déficit inhibitorio que hace referencia a impulsividad, y la pobre disposición en la resolución de problemas, manteniendo la categoría de ineficaz en la producción de actividades atencionales.

3.3 Función atencional

La paciente mantiene los resultados en la evaluación atencional, con resultados en atención sostenida según la prueba d2 presenta resultados con una productividad inicial débil, aunque aumenta rápidamente y mantiene al final de la actividad, la efectividad aumenta a la mitad de la aplicación, pero genera fatigabilidad visual al resolver la actividad, la paciente presenta en la efectividad de tiempo de respuestas (TR) con percentil de 20, que hace referencia a una dificultad en la velocidad de procesamiento, y la cantidad de trabajo realizado, así como el Total de Aciertos (TA) con percentil de 20, que hace referencia a la precisión del proceso, con puntajes de errores de omisión (O) que es la medida del control atencional con percentil 50, y la precisión de la búsqueda visual con indicadores medios, errores por comisión (C) con percentil 5, del control inhibitorio donde la paciente presenta dificultades en el control inhibitorio, en el cumplimiento de reglas y acciones que requieren flexibilidad cognitiva, la paciente procesa un número deficiente de estímulos con una baja capacidad atencional con rasgos de impulsividad, en referencia de la

escala WAIS IV, la paciente presenta puntuaciones bajas en escala de claves (puntuación escalar: 6) que hace referencia a rasgos de distracción, problemas en percepción visual, afectaciones en la coordinación viso motriz, con dificultades en la memoria visual a corto plazo, del mismo modo en correlación con la prueba de efectividad de interferencia según la prueba de STROOP, con evidencia de errores en la organización, para controlar la frustración con indicadores en la capacidad de inhibición a respuestas automáticas, con dificultades en el control inhibitorio atencional, según la aplicación de la prueba NEUROPSI Atención – Memoria, la paciente presenta puntuaciones normalizadas, con puntuación natural (70), que describe un rendimiento promedio, con afectaciones específicas en la retención de dígitos en progresión, sustracción, que describen afectaciones en el control y eficacia atencional, con afectaciones en atención selectiva, pues describen dificultades en la reacción de estímulos visuales, y dificultades para inhibir respuestas inadecuadas..

3.4 Función de lenguaje

La paciente ante la evaluación del lenguaje presenta resultados con dificultades en el lenguaje expresivo, comprensivo que hacen referir a la dificultad de recuperar y mantener la información del medio ambiente, con dificultades en el razonamiento y solución de problemas a nivel verbal, siendo los resultados según la escala de inteligencia WAIS IV para adultos con puntuaciones en el índice de comprensión verbal (78) que según escala están debajo del promedio, en las pruebas de información (puntuación escalar: 5), que se han ido afectadas por la impulsividad de sus respuestas, y la poca flexibilidad ante las definiciones conceptuales de la prueba, así mismo, presenta puntuaciones bajas en la prueba de comprensión (puntuación escalar: 5), que implica una limitada conciencia del sentido moral, en la flexibilidad cognitiva, y dificultad en el razonamiento social, manteniendo un excesivo pensamiento concreto, están correlacionadas con las

puntuaciones en semejanzas (puntuación escalar: 6), donde también hace referencia a la dificultad en la flexibilidad cognitiva y a la rigidez de su razonamiento concreto, ante la observación la paciente presenta un lenguaje fluido con excesiva velocidad en la organización sintáctica semántica, provocando un lenguaje rápido.

3.5 Función viso perceptiva

Ante los resultados obtenidos en la evaluación el paciente presenta dificultades en la reproducción de trazos, con una limitada coordinación oculomotora, interpretación que se ha comprobado con la reproducción de la figura de Rey, donde existe una deficiente reproducción de patrones, las que realiza en forma impulsiva eficaz, con errores en los trazos, con un rendimiento bajo, en planificación y organización espacial, con un percentil de 30, en la copia de la figura compleja de Rey donde se valora la memoria viso espacial el paciente mantiene un percentil de 1, que representa con una reproducción evocativa con dificultades, en la reproducción manteniendo una reproducción inferior de la elaboración visoespacial, sin embargo en relación con la copia defectuosa identifican una pobre evocación en la memoria de trabajo visual, a nivel de la observación conductual del paciente presenta dificultades en la organización gráfica, que afectan la disposición de su escritura, en el párrafo y el orden morfosintáctico de la producción de frases en la escritura. A nivel del razonamiento perceptivo el paciente presenta un Índice de razonamiento perceptivo (IRP) 77, que está por debajo del promedio, en referencia de las pruebas de balanzas (puntuación escalar:3) que tienen una puntuación inferior, y que mantienen una especificación que hace referencia a conductas de forma impulsiva, con un estilo reflexivo y confuso, manteniendo dificultades en las funciones ejecutivas, como para poder mantener atención visual a los detalles, así como implica la memoria de trabajo, en puntuaciones de la prueba de cubos (puntuación escalar: 6), que generan dificultades en la coordinación viso motriz, dificultades en la percepción

visual, que se puede explicar por un reconocimiento de estímulos visuales de forma inadecuada, en las puntuaciones de matrices (puntuación escalar: 6), con presencia de dificultades en la flexibilidad cognitiva, problemas de la percepción visual, y afectaciones en el pensamiento concreto, con respuestas impulsivas, en la puntuaciones de figuras incompletas (puntuación escalar:3), con dificultades en la capacidad de resolver con problemas, con respuestas impulsivas, rápidas e incorrectas, así como la presencia de problemas de concentración, ante estímulos de abstracción con respuestas de forma reflexiva pero de forma rígida e ineficaz, en referencia a la puntuaciones de rompecabezas visuales (puntuación escalar: 7) que hace referencia a dificultades en la flexibilidad cognitiva, dificultades en la percepción visual, con reacciones impulsivas en la ejecución de las actividades evaluadas.

3.6 Función de memoria

En las evaluaciones realizadas el paciente presenta dificultades en la organización evocativa de forma inmediata, en el índice de memoria de trabajo (76), que indican abajo del promedio en la prueba de dígitos (puntuación escalar: 5), así como en la prueba de letras y números (P. estándar: 4) que distinguen fallas de su capacidad secuencial de forma deficitaria, generando problemas de atención, distraibilidad, dificultades en la flexibilidad cognitiva, y dificultades en la memoria a corto plazo que requieren manipulación o visualización mental de símbolos numéricos y letras, pudiendo depender de la capacidad fluida del paciente, considerando los indicadores de la prueba compleja de figura de Rey, también presenta dificultades en la reproducción evocativa a nivel visual con un percentil de (1), que indica una puntuación muy debajo del promedio, con la construcción de figuras en forma impulsiva en su ejecución con errores en su evocación. En puntuaciones de la evaluación según el Mini Mental, obtiene un puntaje directo (2), que hace referencia a la alta susceptibilidad del resultado del paciente ante el recordar palabras y símbolos,

con limitaciones en su memoria inmediata, en el proceso también valoramos la pruebas específicas del NEUROPSI Atención y Memoria, teniendo como resultados en puntuación normalizada (66), que hace referencia a alteraciones severas en la memoria de trabajo, codificación, y evocación, del mismo modo consideramos que la paciente presenta respuestas impulsivas que hacen que pueda generar errores en su producción.

3.7 Función de conducta

En la evaluación de la conducta del paciente se muestra orientada en espacio, tiempo y persona, con puntajes según la prueba del Mini Mental, presenta puntuaciones de forma normalizada, con un lenguaje social de forma impulsiva y desorganizada, provocando un lenguaje pragmático social de forma impulsivo, desconociendo las dificultades que presenta tras la lesión, observándose estados de irritabilidad, impulsividad, agresividad, desinhibición, euforia, y conductas inapropiadas, en la aplicación del cuestionario de Barratt, la paciente presenta resultados con un resultado de un nivel moderados de impulsividad, con dificultades en controlar sus impulsos en ciertas situaciones. El paciente presenta puntuaciones directas, que están correlacionadas en impulsividad no planeada (P. directa: 16), impulsividad motora (P. directa: 12), atención (P. directa: 9), estos resultados sugieren que la paciente presenta dificultad para controlar sus impulsos.

Tabla 12*Resumen de resultados*

Función Evaluada	Procesos	Prueba Utilizada	Resultado Cualitativo	Resultados Cuantitativo
Cociente intelectual	Índice De Memoria	WAIS IV	IMT: Limite	76
	De Trabajo			
	Índice De Velocidad		IVP: Limite	78
	De Procesamiento			
	Índice De		ICV: Limite	78
	Compresión Verbal			
	Índice De		IRP: Limite	77
	Razonamiento			
	Perceptivo			
	CI: Total		ICI: Limite	71
Memoria	Auditiva - verbal	Dígitos (WAIS IV)	Media Baja	P. escalar: 6
		Letras Y Números (WAIS IV)	Baja	P. escalar: 4
	Funciones de evocación	NEUROPSI (Fig. compleja)	Medio Bajo	P. Total: 8
	Visual	Compleja de Rey forma “B”	Con Errores	P. Total: 9.5 – PC:1

Inmediata		Figura de Rey	Con Errores	P.
			En Copia.	Total:19.5 – PC:10
Lógica		NEUROPSI Atención-Memoria (Funciones de evocación)	Media Bajo	P. normalizada: 66
		NEUROPSI Atención-Memoria (codificación)	Media bajo	P. normalizada: 55.1
Atención	Sostenida	WAIS IV (Clave De Números)	Medio Bajo	P. escalar: 6
		NEUROPSI Memoria - Atención (Detección visual)	Medio	P. Total: 22
		TESEN	Muy Bajo	Decatipo: 1
Selectiva		D2: Prueba De Atención	Bajo	PC: 20
		NEUROPSI Memoria - Atención (Cubos en progresión)	Bajo	P. directa: 4
Visual		Figura De Rey “B”	Con Errores	Percentil 10
Auditiva		WAIS IV (Retención De Dígitos)	Medio Bajo	P. escalar: 5
Lenguaje	Lenguaje comprensivo	WAIS IV (Comprensión)	Bajo	P. escalar: 5

	Reflexión verbal	WAIS IV (semejanza)	Muy bajo	P. escalar: 6
	Conocimiento lexico	WAIS IV (vocabulario)	Muy bajo	P. escalar: 8
	Lenguaje denominativo	NEUROPSI -BREVE (Denominación)	Medio	P. Total: 8
Funciones ejecutivas	Planeación	WAIS IV (Cubos)	Bajo	P. escalar: 6
	Perseveración	WAIS IV (Semejanzas)	Media Bajo	P. escalar: 6
	Flexibilidad al cambio	WAIS IV (Puzles Visuales)	Medio Bajo	P. escalar: 7
	Memoria de trabajo	WAIS IV (Aritmética)	Medio Bajo	P. escalar: 7
	Conceptual	WAIS IV (Vocabulario)	Medio Bajo	P. escalar: 8
		NEUROPSI (fluidez semántica)	Media Bajo	P. Total: 2
		NEUROPSI (fluidez fonológica)	Media Bajo	P. Total: 2
		NEUROPSI -BREVE (Cálculo)	Muy Bajo	P. Total: 2
	Motora	NEUROPSI (Función motora)	Medio Bajo	P. Total: 4
	Juicio social	WAIS IV (Comprensión)	Media Bajo	P. escalar: 5
	Inhibición	Test de STROOP	Medio	P. Total: 64
Conducta	Impulsividad	Impulsividad No Planeada	Medio Alto	P. directa: 16

Impulsividad Motora	Medio Alto	P. directa:
		12
Atención	Medio Alto	P. directa: 9

3.8 Informe neuropsicológico

INFORME NEUROPSICOLÓGICO

N. ° 03/2024/ CIEPS-PS.EUG – CUSCO – NPS

DATOS PERSONALES:

NOMBRES Y APELLIDOS : **G.T. Q.**

FECHA DE NACIMIENTO : **22 DE ENERO DEL 2002.**

LUGAR DE NACIMIENTO : **CUSCO.**

EDAD : **21 AÑOS.**

SEXO : **FEMENINO.**

OCUPACIÓN : **ESTUDIANTE UNIVERSITARIO – VII SEMESTRE.**

LATERALIDAD : **DIESTRO.**

EXAMINADOR : **PS. EDWARD USCA GAMARRA.**

LUGAR DE LA PRUEBA : **“CENTRO INTEGRAL Y ESPECIALIDADES PSICOLOGICAS”.**

MOTIVO DE CONSULTA:

Basado en la solicitud de la madre **Sra. S. Q. H.** Quien hace referencia de problemas de comportamiento, desde su accidente viene asistiendo a sesiones de terapia física, donde los terapeutas mencionan alteraciones en el comportamiento de la paciente, mostrándose mucho más “confianzada”, no espera el turno, es muy impulsiva, y en ocasiones se le ha observado mantener conversaciones con otras personas sin conocerlas, llegando en ocasiones a pedirles su celular, e incluso a pedirles que le inviten su comida.

En relaciona al contexto familiar, confabula en contra de la madre, indicando “mi madre me maltrata mucho”, y “no me da de comer”, según la madre refiere que estos comentarios han hecho que pueda ser denunciada, situaciones que en referencia de los familiares es que realiza berrinches, en búsqueda de comida y que se pone a llorar cuando la madre no accede a sus demandas. La madre indica que desde hace 5 meses ha ido asistiendo a PSIQUIATRIA, manteniendo una medicación en: CABAMAZEPINA, y por las convulsiones AC. VALPROICO.

La madre asiste a sesiones psicológicas para el control de sus hábitos de alimentación, y conducta y reevaluación de las funciones Neuropsicológica s.

ANAMNESIS:

La madre asiste a consulta a referencia de reevaluación Neuropsicológica, por presentar problemas en las habilidades atencionales, hiperactividad, escritura, organización viso espacial y el control de sus habilidades sociales, así mismo la madre indican que la paciente presenta problemas en su retención auditiva verbal, y la comprensión de órdenes sencillas afectando su normal desenvolvimiento en sus actividades de su vida diaria.

Ante el relato la paciente hace referencia de haber presentado un accidente cerca de su casa, donde habría sido arrollada por un camión, mencionando “me hizo volar, como 15 metros de la puerta de mi casa”, la madre hace referencia de sentirse preocupada por los cambios cognitivos seguidos a raíz del accidente de tránsito, donde la paciente se mostraba más inquieta, con poca capacidad de concentración y retención de información, manteniendo un habla rápida, siendo más impaciente, con cierta desinhibición y falta de reactividad ante la gravedad de la lesión, y las secuelas que implicaban, como la dificultad para poder desplazarse, mantener una dieta adecuada, y poder realizar sus actividades en forma regular en su centro de estudios, así mismo la madre hace referencia la excesiva imaginación de la paciente, en referencia a mentiras, y confabulaciones que han traído dificultades en la organización familiar, según refiere la madre, este hecho ha generado que en muchas ocasiones la madre haya ido a recoger a su hija de un puesto policial. La madre indica, que desde hace 2 años atrás la paciente presenta dificultades en el control de su comida, presentado atracones en el consumo de pan, galletas, incluso según menciona, que en alguna oportunidad la madre encontró, piezas de pan debajo de su almohada, por ello empezó a subir de peso, con gran efusividad en el periodo de la pandemia COVID - 19.

La madre asiste a consulta con el fin de ayudar a **G. T. Q.**, en la revisión de sus funciones ejecutivas, hacer conciencia de los déficits adquiridos por el accidente, con actividades en la organización en la toma de decisiones, y el control de sus hábitos alimenticios.

ANTECEDENTES CLINICOS:

Accidente de tránsito (con afección neurológica a nivel prefrontal derecha).

Hemiparesia izquierda (miembro superior izquierdo).

Operación de banda gástrica.

OBSERVACIONES GENERALES:

APARIENCIA FÍSICA: Paciente de tez blanca, de contextura gruesa, cabello largo lacio de color castaño oscuro, viene a cada sesión vestida adecuadamente, acompañada de su cuidadora. Su aseo y cuidado personal denotan arreglo adecuado. Asimismo, se evidencian secuelas de accidente de tránsito.

CONDUCTA VERBAL Y NO VERBAL: Paciente no presenta problemas en el lenguaje expresivo. Respecto a la conducta no verbal muestra movimientos poco coordinados torpes, en referencia a la función motora, evidenciando secuela de daño neurológico, por el accidente de tránsito.

COGNITIVO: Paciente presenta problemas cognitivos, responde a las actividades que le requieren esfuerzo mental de forma rápida e impulsiva, y buscando la aprobación del terapeuta, realiza diferentes actividades de manera impulsiva, y poco controlada centrándose en el objetivo de la prueba, con dificultades a nivel gráfico-motor y poca atención en la mayoría de las actividades.

SOCIALIZACIÓN: Dentro de sus rasgos conductuales y de comportamiento se puede observar que es una niña extrovertida, socializa rápidamente, conversador, realiza actividades según las órdenes del terapeuta, mostrando mucha compatibilidad frente a la evaluación. La paciente no muestra problemas adaptativos ya que se relaciona muy bien con otras personas las que realiza en forma desmedida, no regulando y controlando su afectividad frente a otras personas.

PLAN DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA:

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA CON LA FAMILIA.

NEUROPSI –. BREVE

NEUROPSI 2DA EDICIÓN – MEMORIA Y ATENCIÓN

ESCALA DE INTELIGENCIA WESCHLER PARA ADULTOS (WAIS IV).

TEST DE STROOP.

TEST DE FIGURA DE REY FORMA “B”.

TEST DE SENDEROS (TESen).

INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS APLICADAS:

FUNCIÓN INTELECTUAL: La paciente presenta funciones cognitivas que describen según la evaluación de un índice bajo (ICI: 78), que hacen referencia a dificultades en el procesamiento en comprensión audio verbal, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, existiendo limitaciones en las capacidades para resolver problemas, planear, secuenciar y organizar información, influyendo en procesos como anticipación ante sus capacidades ejecutivas, como son de seleccionar, secuenciar y organizar la conducta, presentando dificultades en la anticipación de sucesos y consecuencias, por lo que el paciente es sensible al trabajo bajo presión.

FUNCIÓN EJECUTIVA Y DE ATENCIÓN: El paciente se muestra susceptible ante estímulos externos, con evidentes estados de alerta al medio ambiente, respondiendo en forma impulsiva ante las actividades propuestas durante la evaluación, con evidencia cuantitativa y cualitativa según la evaluación Neuropsicológica (IVP: 78, interferencia: Muy abajo del promedio), con emisión de respuestas de forma impulsivas, poco eficaces en el desarrollo de las actividades, con dificultades en la reflexión de actividades que requieren demanda cognitiva, evidenciando respuestas apresuradas y poco efectivas manteniendo un déficit en la flexibilidad atencional, siendo susceptible ante la presión académica generándole estados de frustración, realizando el trabajo en forma impulsiva y poco eficaz.

FUNCIÓN DE APRENDIZAJE Y DE MEMORIA: El paciente presenta indicadores de la evaluación que hacen referencia a dificultades en la retención de información inmediata, y en memoria de trabajo (IMT: 76, Fig. de Rey: MUY BAJO, MEMORIA VISUAL: BAJO), que hacen referencia a que la paciente mantiene dificultades ante los procesos mnésicos con referencia a actividades a nivel auditivo, con presencia de interferencias heterogéneas, evocación, representación, a nivel de la memoria procedimental, y memoria espontánea la paciente mantiene un buen funcionamiento de las áreas asociativas de la viso percepción y estructuración espacial, y el aprendizaje significativo.

FUNCIÓN DE LENGUAJE: La paciente presenta un vocabulario fluido y organizado con dificultades lingüísticas en la rapidez funcional del lenguaje, creándose un ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, que da lugar a un deterioro en la comprensión del habla, siendo evidenciado en la evaluación presentado indicadores cuantitativos que hacen referencia a un promedio bajo (ICV: 78), donde el paciente presenta dificultades en la adquisición de información, en conocimiento de palabras en relación al funcionamiento práctico y pragmático del lenguaje, con dificultades también evidenciadas en la fluidez verbal semántica, y fluidez verbal fonológica, con emisión de respuestas impulsivas, y con presencias de intrusiones verbales.

FUNCIÓN VISO ESPACIAL: Paciente presenta resultados en la evaluación de percepción, con dificultades para representar líneas rectas y curvas con precisión, las que realiza con esfuerzo, con dificultades reproducción de patrones presentados, al ejecutar órdenes de dos o más acciones que se representan de forma gráfica, la que realiza de forma lenta, la paciente mantiene una percepción visual aun con dificultades en la reproducción de figuras léxicas en la comprensión y representación gráfica.

FUNCION SOCIO EMOCIONAL: En la evaluación de la dinámica familiar se muestran factores, de falta de estabilidad en organización y control, estas dificultades implican en el desarrollo del paciente generando inestabilidad, y estados de ansiedad en el contexto de desarrollo educativo y familiar, con referencia a presentar estados de inadecuación en su conducta refiriendo “en la universidad no me consideran, por mi discapacidad”. La examinada presenta cierta inseguridad al realizar las actividades dadas por el terapeuta, ya que teme la desaprobación de esta, por ese motivo en ocasiones las ejecuta de forma impulsiva, asimismo a medida que el terapeuta corrige sus errores la paciente incrementa su ansiedad y frustración. En relación con la identificación de las conductas manifestadas, la paciente identifica un comportamiento impulsivo y desorganizado.

Tabla 13

Resumen de evaluación Neuropsicológica

Función Evaluada	Procesos	Prueba Utilizada	Resultado
Cociente	Índice De Memoria De Trabajo	WAIS IV	IMT: 76.
Intelectual	Índice De Velocidad De		IVP:78
	Procesamiento		
	Índice De Compresión Verbal		ICV:78
	Índice De Razonamiento		IRP: 77
	Perceptivo		
	Ci Total		ICI: 71
Memoria	Verbal	Dígitos	Debajo De La Media
		Letras Y Números	Debajo De La Media

Atención	Visual	Compleja De Rey Forma “B”	Con Errores En Producción
	Inmediata	Figura De Rey	Con Errores En Copia.
		Funciones De Evocación	Media Bajo
	Auditiva	Dígitos (WAIS IV)	Medio Bajo
	Sostenida	WAIS IV (Clave De Números)	Medio
	Selectiva	Test De STROOP	Con Interferencia Alto
	Dividida	NEUROPSI	Secuenciación (Medio Bajo)
	Visual	Figura De Rey “B”	Con Error En Copia
	Auditiva	Retención De Dígitos	Medio Bajo
		Test De Aprendizaje Auditivo De Rey	Medio Bajo
Lenguaje	Lenguaje Comprensivo	WAIS IV Comprensión	Media
	Lenguaje Expresivo	WAIS IV Información	Muy Bajo
	Fluidez Verbal	NEUROPSI-Breve	Media
		(Fluidez Semántica Fluidez Fonológica)	Medio Bajo
	Agilidad Articulatoria	NEUROPSI Lectura	Media
	Escritura	NEUROPSI- Escritura	Media

	Lenguaje Denominativo	NEUROPSI	Media
		Denominativo	
	Lenguaje Repetitivo	Repetitivo	Media
Funciones	Planeación	WAIS IV Cubos	Media Baja
Ejecutivas	Perseveración	WAIS IV (Semejanzas)	Media
	Flexibilidad Al Cambio	WAIS IV Puzles	Muy Abajo
		Visuales	
	Memoria De Trabajo	WAIS IV (Aritmética)	Muy Abajo
	Codificación		
	Conceptual	NEUROPSI-	Medio
	Juicio Social	WAIS IV	Media
		(Comprensión)	
	Interferencia	STROOP	Media Baja

CONCLUSIONES Y PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA:

De acuerdo con la observación y registro del diagnóstico, podemos determinar presuntamente que G.T.Q; presenta un diagnóstico **TRASTORNO COGNITIVO LEVE POR TRAUMATISMO CRANEAL (G31.84), ASOCIADO A SINDROME FRONTAL, CON AFECCIÓN DORSOLATERAL DE HEMISFERIO DERECHO** y funciones disejecutivo significantes con desorden emocional afectivo por el problema que presenta. De acuerdo con el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).

La paciente muestra en la evaluación una dificultad en la elaboración y planeamiento de actividades que requieren esfuerzo objetivo y juicio analítico, con inestabilidad en su atención y

en la constante para poder realizar actividades de cálculo numérico, así como la inconstancia emocional, con dificultades a nivel perceptivo visual, que interfieren en el mejoramiento de su capacidad de escritura. En los resultados la paciente presenta dificultades en la fluidez verbal, presentando rapidez en la comunicación con un ritmo excesivo y rápido en la comunicación existiendo desproporción en la forma del lenguaje; por lo que se viene trabajando tareas programadas en atención, concentración, focalizadas a las dificultades desde etapas senso-motrices y concretas; pensamiento lógico – formal, hasta el reconocimiento de las relaciones inherentes a su desarrollo normal del paciente, se evaluó su anticipación y el establecimiento de metas, diseñando la autorregulación, la monitorización de las tareas, frente al trabajo cognoscitivo; se encuentra dificultades en la producción del lenguaje escrito, y la descripción lógico gramatical, de acciones que requieren análisis espacial, perceptivo global y posición en el espacio, pero con capacidad de aplicarse a patrones de pensamiento complejo, por su impulsividad, y coordinación pobre y falta de integración sensorial, lo que le provoca estados de ansiedad en las actividades académicas, describiendo así su capacidad para reaccionar de manera efusiva frente a la presión escolar y familiar del paciente.

La paciente mantiene un desarrollo cognitivo dentro del límite, esta condición del paciente es adquirida por secuela del accidente, por lo que el resultado de las evaluaciones son variables y significantes en la rehabilitación, las cuales tienen que ser consecutivas y de manera seriada, la paciente mantiene una mayor capacidad en actividades de interacción social, por lo que consideramos que una apropiada estimulación, y rehabilitación, es fortalecer estos recursos de integración social para mejorar la seguridad y el control en normas sociales, condicionando su comportamiento frente a la frustración en el trabajo académico y social.

RECOMENDACIONES:

Intervención Neuropsiquiátrica (descarte en trastorno emocional inestable, con emisión de episodios maníacos relacionados a la comida).

Orientaciones terapéuticas

Rehabilitación neurocognitiva.

Crear estrategias sociales, conductuales, para la convivencia en el clima de convivencia escolar.

Generar actividades de regulación de lenguaje con estrategias de comprensión lectora, para el procesamiento de información.

Establecer actividades que estimulen la habilidad perceptivo – motriz para diferenciar visualmente las formas, símbolos para el trabajo de estimulación en la diferenciación simbólica y la interpretación requerida para la lectura.

Fomentar actividades cognitivas que le requieren esfuerzo mental, inclusión y aprendizaje de nuevos idiomas,

Crear estrategias en gestión de sus emociones y conducta dentro del hogar.

ORIENTACIONES EN LA FAMILIA:**PSICOTERAPIA FAMILIAR.**

Percibir, comprender, aceptar y gestionar las emociones.

Identificar los eventos, situaciones, personas y conductas que detonan la emoción.

Tomar un espacio de tiempo para practicar la auto observación, el autoanálisis, la autoevaluación y la autorreflexión como medios para el autoconocimiento o conciencia de sí mismo, se puede apoyar en un cuaderno para tomar notas.

CUSCO, 02 DE FEBRERO DEL 2024.

Lic. Ps. Edward Usca Gamarra.

IV. CONCLUSIONES

En consideración de la evaluación Neuropsicológica se encuentran los siguientes resultados, que describen el perfil de la paciente de 21 años con daño cerebral adquirido:

- La paciente mantiene resultados con Índice del Cociente Intelectual abajo al promedio/debilidad normativa (71), con un índice de comprensión verbal abajo del promedio/debilidad normativa (78), índice de razonamiento perceptivo abajo al promedio/debilidad normativa (77), índice de memoria de trabajo abajo al promedio/debilidad normativa (76), índice de velocidad de procesamiento abajo al promedio/debilidad normativa (78).
- Según el perfil neuropsicológico en relación con el NEUROPSI de Atención y Memoria, se presenta puntuaciones normalizadas de forma alterada en memoria (66), con afecciones en memoria de trabajo, codificación y evocación; funciones ejecutivas, con puntuaciones de memoria y atención en (70) que refiere a un déficit leve, en la descripción del perfil neuropsicológico.
- El perfil neuropsicológico de la paciente en referencia evidencia un deterioro leve caracterizada por dificultades en la atención, sostenida, memoria auditiva, funciones ejecutivas en las habilidades de flexibilidad cognitiva, planeación, inhibición, fluidez semántica, fonológica, secuenciación.
- Presentando un estado dificultades en el control de la impulsividad emocional, motora, indicadores significativos para representar estados maníacos, y estados emocionales inestables, así como una dificultad leve en su funcionalidad motora que afecta sus actividades de la vida diaria.
- La rehabilitación de las funciones neuropsicológicas alteradas es por un tiempo prolongado y requiere la motivación continua del paciente. La intervención de la familia es de forma dinámica, pues contribuirá a la funcionalidad del paciente, la adherencia al tratamiento, la ejecución de tareas y logros objetivos del programa.

V. RECOMENDACIONES

En descripción al perfil de evaluación neuropsicológica, consideramos lo siguiente:

- Fomentar programas preventivos acerca de los riesgos del daño cerebral relacionados con factores de riesgo prevenible a las secuelas del daño cerebral adquirido.
- Proponer protocolos de intervención neuropsicológica que contengan, actividades programadas de rehabilitación acordes con la funcionalidad ocupacional, de la vida diaria de los pacientes con secuelas del daño cerebral adquirido.
- Ampliar las sesiones de evaluación centradas en las funciones conductuales, ejecutivas, y mnésicos de la paciente.
- Elaborar planes de seguimiento en forma constante, así como revisión semestral o anual del servicio de Neuropsiquiatría, y servicios de rehabilitación neuropsicológica.
- Plantear sesiones de control en la evaluación neuropsicológica, así como diseñar programa de rehabilitación centrada en las dificultades de la paciente.
- Hacer uso de programas de rehabilitación neuropsicológico en función de las debilidades descritas en el perfil neuropsicológico, en relación con sus funciones ejecutivas, memoria de trabajo, memoria de trabajo auditivo, inhibición, planeación, y control de impulsividad, motivando a la familia al manejo de estrategias de control en sus actividades de su vida diaria, con actividades ocupacionales.
- La rehabilitación neuropsicológica de la paciente debe planificar actividades como la memoria de trabajo, habilidades de viso percepción, memoria visual, inhibición, y control de impulsividad.
- Considerar un trabajo multidisciplinario, con actividades en psicoterapia, terapias ocupacionales, y terapia física.

VI. REFERENCIAS

- Aiglé, F., y Roussos, A. (s.f.). Retrieved june 7, 2024, from <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf#page=5.80>
- Aragón, L. E. y Silva, A. (2002). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. Pax México.
- Arango Lasprilla, J. C., Wilson, B. A. y Olabarrieta Landa, L. (2019). *Principios De Rehabilitación Neuropsicológica*. Editorial El Manual Moderno.
- Arango-Lasprilla, JC et al., 2015 Trail Making Test: Datos normativos para la población adulta hispanohablante de América Latina. *Neurorrehabilitación*, 37(4), 639–661. <https://doi.org/10.3233/NRE-151284>.
- Ardila, A., Ostrosky-Solís, F. (1991). *Diagnóstico del daño cerebral: enfoque neuropsicológico*. Trillas.
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2020). *Neuropsicología Clínica*. Editorial El Manual Moderno.
- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en Psicología. *Anales De Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Azcárate Mengual, M. A. (2007). *Trastorno de estrés postraumático: daño cerebral secundario a la violencia (Mobbing, violencia de género, acoso escolar)*. Editorial Díaz de Santos, S.A.
- Baddeley, A. (2018). Memoria de trabajo, pensamiento y acción: Cómo trabaja la memoria. Antonio Machado Libros.
- Bautista Colquí, J. (2019). *Intervención en los procesos atencionales en un paciente con secuela de accidente cerebro vascular hemorrágico*.

- Beaman, Sandra Reyes de, Peter E. Beaman, Carmen García-Peña, Miguel Ángel Villa, Julieta Heres, Alejandro Córdova y Carol Jagger. (2004). Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 11(1): 1–11. <https://doi.org/10.1076/anec.11.1.1.29366>.
- Campos Vásquez, F., y Valdez Murrugarra, N. M. (2019). Concordancia entre las pruebas Mini Mental State Examination, Short Portable Mental Status Questionnaire y Montreal Cognitive Assessment para el tamizaje del deterioro cognitivo en adultos mayores.
- Carracedo, M., Rufé, G., y Molina, A. G. Rehabilitación De La Inhibición. Revisión Sistemática.
- Celis Victorio, M. (2023). *Programa de rehabilitación neuropsicológica en un paciente con deterioro cognitivo leve después de accidente cerebrovascular hemorrágico de un Hospital Regional de Huánuco*. [Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Neuropsicología, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV. <http://hdl.handle.net/20.500.13084/7488>
- Cordero Pando, A., Cordero, A. A., Cruz, M. V. d. l., Seisdedos Cubero, N. (2002). Test de memoria auditiva inmediata: MAI. TEA.
- Corrigan, John D. PhD, ABPP; Selassie, Anbesaw W. DrPH; Orman, Jean A. (Langlois) ScD, MPH. *The Epidemiology of Traumatic Brain Injury. Journal of Head Trauma Rehabilitation* 25(2):p 72-80, March 2010. <https://doi.org/10.1097/htr.0b013e3181ccc8b4>.
- Evaluación Neuropsicológica. 8 pruebas Básicas para la Evaluación del Funcionamiento Cognitivo: Normas de Población Venezolana. (2024). (n.p.): Ilva Campagna Ed.
- Faul M, Coronado V. (2015). *Epidemiology Of Traumatic Brain Injury. Handbook of Clinical Neurology* 2015; 127:3-13. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-52892-6.00001-5>

- Galeano Andrades, M. D. (2020). *Rehabilitación Neuropsicológica En Un Caso De Astrocitoma Grado III*. [Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Neuropsicología, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/4131>
- Garcés-Vieira, M. V., y Suárez-Escudero, J. C. (2014). *Neuroplasticity: Biochemical And Neurophysiological Aspects*. *Ces Medicina*, 28(1), 119-132. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261132141010>
- Gennarelli Ta, Wodzin E. Abbreviated Injury Scale 2005. Update 2008. Russ Reeder 2008.
- Guzmán F. Fisiopatología Del Trauma Craneoencefálico. Colombia Médica, y Vol. (2008). Fisiopatología del trauma craneoencefálico. 39(3). <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39s3/v39s3a11.pdf>
- Ibáñez Alfonso, J. A., Barco Gavala, A. D., Romaguera Martí, E., Olmo, A. F. D. (2020). Neuropsicología Del Daño Cerebral Sobrevenido Por Ictus Y Tce. Editorial Síntesis.
- Introducción A La Evaluación Clínica Neuropsicológica Del Adulto. (2020). Universidad Del Bosque.
- Lichtenberger, E. O., Kaufman, A. S. (2015). Aplicaciones clínicas del WAIS IV. Editorial El Manual Moderno.
- Lisset, K. (2020). Análisis psicométrico del test de atención D2 en jóvenes adultos de 20 a 40 años de la ciudad de Piura, 2020. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/66129>
- López Roa, Lina María. (2012). Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. *Universidad y Salud*, 14(2), 197-204. Retrieved March 26, 2025, from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200009&lng=en&tlng=.

Marreros-Tananta, J., y Guerrero-Alcedo, J. M. (2022). Propiedades Psicométricas Del Test De Evaluación Neuropsicológica-Neuropsi En Población Peruana. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 31(1), 40-48.

Martin Hernantes, M. (2021). Efectividad De La Rehabilitación Neuropsicológica En Pacientes Con Daño Cerebral Adquirido. *Psychology Esearch*, 4(2).
<https://doi.org/10.33000/MLspr.V4i2.609>

Meneses-Meneses, A. Y., Flores-Paredes, E. G., y Poenitz, A. V. (2023). Trail Making Test TMT: Primera Aproximación A Las Propiedades Psicométricas En Población Ecuatoriana Adulta. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 32(2), 49-54.

Moraine, P. (2017). *Las funciones ejecutivas del estudiante: Mejorar la atención, la memoria, la organización y otras funciones para facilitar el aprendizaje*. Narcea Ediciones.

Muñoz Marrón, E., Blázquez Alisente, J. L., Galpasoro Izaguirre, N., González Rodríguez, B. (2011). Estimulación Cognitiva Y Rehabilitación Neuropsicológica. Editorial Uoc, S.L.

Muñoz Marrón, E., Sanz Cortés, A., De Noreña Martínez, D. (2017). Neuropsicología Del Daño Cerebral Adquirido: TCES, ACVS Y Tumores Del Sistema Nervioso Central. Editorial Uoc, S.L.

Musci, M. C. (2020). Posibilidades y Límites en el Aprendizaje: el WISC-IV desde la Evaluación Dinámica.

Ostrosky Solís, F., Ardila, A. (1986). Hemisferio Derecho Y Conducta: Un Enfoque Neuropsicológico. Trillas.

Redolar Ripoll, D. (2013). *Neurociencia cognitiva*. Editorial Médica Panamericana S.A.

Rehabilitación Neuropsicológica En El. (s.f.).

https://Repositori.Uji.Es/Xmloi/Bitstream/Handle/10234/195354/Tfm_2021_Garrido%20s%C3%A1nchez_Estibaliz.Pdf?Sequence=1

Ríos, J. K. (2022). *Perfil neuropsicológico de un caso de deterioro cognitivo con secuelas de ACV hemorrágico en un policlínico de Lima Metropolitana 2021*. [Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Neuropsicología, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6055>

Rivas Torón, B. (2020). Intervención En Un Caso De Traumatismo Craneoencefálico Moderado-Grave (Tce). Openaccess. Uoc. Edu. <https://openaccess.uoc.edu/handle/10609/121812>

González-González, S. (1998). Exploración Neuropsicología de un paciente con lesión orgánica en el lóbulo frontal derecho, *Neurocirugía*, 9(3), 261-264,

Sierra Ven, León Pmq. Plasticidad Cerebral, Una Realidad Neuronal. *Rev Ciencias Médicas*, 23(4):599-609.

Stake, R. E. (1998). Investigación Con Estudio De Casos. Morata.

Suárez Brito, P., Alva Canto, E. A., y Ferreira Velasco, E. (2015). Velocidad de Procesamiento como Indicador de Vocabulario en el Segundo Año de Vida. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 5(1), 1926-1937.

Summers Cr, Ivins B, Schwab Ka. Traumatic Brain Injury In The United States: An Epidemiologic Overview. *Mount Sinai J Med: J Translational Personalized Med* 2009;76(2):105-110.

Villa, M. Á., Navarro, M. E. y Villaseñor, T. d. J. (2016). *Neuropsicología clínica hospitalaria*. Editorial El Manual Moderno.

Zegarra, L. M. (2020). *Propiedades psicométricas de la prueba de Colores y Palabras (STROOP) en niños del distrito de Víctor Larco.*

VII.ANEXOS

Anexo A:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA



ACUERDO Y CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS TERAPÉUTICOS

Bienvenido al Centro Integral y Especialidades Psicológicas CIEPS – CUSCO, este documento (El Acuerdo y Consentimiento) contiene información importante, acerca de las actividades realizadas por los profesionales como parte de los procedimientos de atención que se requieran para establecer el tratamiento e intervención individualizada, los cuales están establecidos y supervisados por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) la cual es una entidad adscrita al Ministerio de Salud.

Por favor, lea atentamente la siguiente información. Después de haber leído este acuerdo, por favor firme a continuación para aceptar los términos de este acuerdo.

A. DEL TERAPEUTA

Entiendo que el Centro Integral y Especialidades Psicológicas CIEPS - CUSCO es un centro con profesionales formados académicamente en las diversas ramas de la salud, asimismo existen profesionales en terapias integrales a la rama de la psicología como parte del Staff en los diversos servicios. Asimismo, existen, los terapeutas en entrenamiento que están bajo la supervisión de profesionales Colegiados y Habilitados, los cuales discuten sus casos con sus supervisores; el terapeuta en entrenamiento y el supervisor mantendrán confidencialidad de acuerdo con las regulaciones de privacidad.

B. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO.

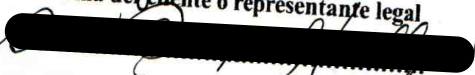
Como una persona con consentimiento legal, estoy de acuerdo en permitir a los profesionales del Centro Integral y Especialidades Psicológicas CIEPS – CUSCO proporcionar el tratamiento, de manera individual, pareja y/o grupal, a mí mismo, a mi hijo, o según corresponda. Asimismo, entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en cualquier momento sin incurrir en costos adicionales, previa coordinación con el terapeuta.



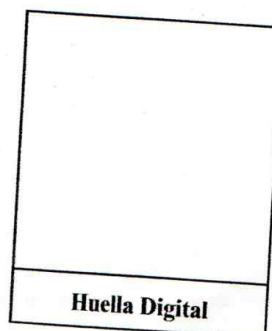
SU FIRMA INDICA QUE HA LEÍDO ESTE ACUERDO Y CONSENTIMIENTO
DE SERVICIOS TERAPÉUTICOS, Y ESTÁ DE ACUERDO CON LOS
TÉRMINOS.

Fecha: Cusco, 20 de Junio 2024

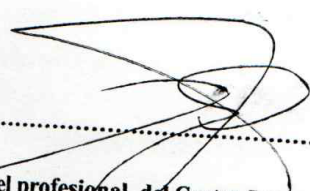

Firma del cliente o representante legal



Nombre del cliente o representante legal

23920120
DNI /N° de C.E.



Huella Digital


Firma del profesional del Centro Integral y
Especialidades Psicológicas
CIEPS-CUSCO.


72716549

Anexo B:

Informe de resonancia magnética (RM)



Tecnología al servicio de la



CASO : RM20SEP-160
NOMBRE :
EDAD : 18 AÑOS
FECHA : 19 DE SEPTIEMBRE DEL 2020
REFERIDO : DR. ROCA ROZAS MARCO
ESTUDIO : R.M. DE CEREBRO

INFORME

LA RM DE CEREBRO REALIZADA EN SECUENCIAS AXIAL FLAIR, T2W/TSE, T1W/SE, DIFUSIÓN, CORONAL T2W/TSE, SAGITAL T1W, MUESTRA:

1. EVIDENTE ÁREA DE ENCEFALOMALACIA POR LESIÓN VASCULAR PREVIA POST TRAUMÁTICA EN LA CORTEZA Y SUBCORTEZA FRONTO TEMPORO-PARIETAL DEL LADO DERECHO ASÍ COMO EN LA CORTEZA Y SUBCORTEZA FRONTAL-TEMPORAL INFERIOR DEL LADO IZQUIERDO OBSERVÁNDOSE UNA RETRACCIÓN DEL CUERPO VENTRICULAR DEL LADO DERECHO HACIA EL ÁREA DE LA ENCEFALOMALACIA CORTICAL Y SUBCORTICAL FRONTO TEMPORAL-PARIETAL DEL LADO DERECHO.
2. NO HAY FOCOS NUEVOS DE HEMORRAGIA, ISQUEMIA, EDEMA O TUMOR OBSERVÁNDOSE UNA MAYOR ECTASIA DEL CUERPO VENTRICULAR DERECHO E IZQUIERDO EN COMPARACIÓN CON ESTUDIO TOMOGRÁFICO PREVIO SIN VISUALIZACIÓN DE LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO EN LA REGIÓN SUPRA O INFRATENTORIAL.
3. NO HAY COMPROMISO EN LAS REGIONES RETROOCULARES.

PRESUNCION DIAGNOSTICA:

1. ÁREA DE ENCEFALOMALACIA RESIDUAL EN LA CORTEZA-SUBCORTEZA FRONTO TEMPORO PARIETAL DEL LADO DERECHO EN RELACIÓN A ANTECEDENTE TRAUMÁTICO PREVIO SIN DESCARTARSE UNA LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR ACOMPAÑANTE CON EXTENSIÓN DEL ÁREA DE ENCEFALOMALACIA A LA REGIÓN DE CORTEZA Y SUBCORTEZA FRONTAL-TEMPORAL MÍNIMA DEL LADO IZQUIERDO.
2. ES EVIDENTE LA ECTASIA DEL SISTEMA VENTRICULAR DEL LADO DERECHO HACIA EL ÁREA DE LA ENCEFALOMALACIA FRONTO TEMPORO PARIETAL DEL LADO DERECHO.
3. INTEGRIDAD EN ESPACIO SUBARACNOIDEO SIN VISUALIZACIÓN DE COMPROMISO HEMÁTICO SUBARACNOIDEO.

DR. LUÍS ALBERTO JAUREGUI SILVA.
 MÉDICO RADIOLOGO.
 CMP 069204 RNE 024683

CENTRO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

- **Arequipa:** León Velarde 108 - Yanahuas
Telf.: 054 - 255792 Fax: 054 - 270652
Urb. Villa Continental Calle 4 N° 101 Paucarpata
Peru Holandesa Telf.: 054 - 432281
- **Cusco:** Av. Los Incas 1408 - Clínica San José
Telf.: 084 - 34711 Fax: 084 - 234675

Anexo C:

Perfil de evaluación de escala de inteligencia Weschler WAIS IV

WAIS - IV
Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos

Cuadernillo de anotación

Nombre del sujeto: G. T. F.
Examinador: EDUARDO USA GARCIA

Fecha de aplicación: _____
Fecha de nacimiento: 2002 06 06
Edad cronológica: 21 10 12

Página de resumen
Conversión puntuaciones directas a puntuaciones escalares

Prueba	PD	Puntuación esca	Punt. esca. grupo ref.
Cubos	30	6	6
Similitudes	15	6	6
Dígitos	20	5	5
Matrices	14	6	6
Vocabulario	26	8	8
Aritmética	10	7	7
Búsqueda de símbolos	23	6	6
Puzles visuales	11	7	7
Información	15	5	5
Clave de números	56	6	6
Letras y números*	14	(11)	(9)
Balanzas*	11	(3)	(3)
Comprensión	14	(5)	(5)
Cancelación*	24	(7)	(7)
Figuras incompletas	15	(3)	(3)

Suma puntuaciones escalares: 19 19 12 12 62

*solo 16-69 años

Conversión suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Escala	Suma puntuaciones escalares	Puntuación compuesta	Percentil	Intervalo de confianza*
Comprensión verbal	19	ICV 78	7	73-86
Razonamiento perceptivo	19	IRP 77	6	73-85
Memoria de trabajo	12	IMT 76	5	71-84
Velocidad de procesamiento	12	IVP 78	7	73-88
Escala total	62	CIT 71	3	67-78

Véase la tabla 5.3 del Manual técnico y de interpretación para los ETM utilizados para el cálculo.

Perfil de puntuaciones escalares

Edad	Comprensión verbal				Razonamiento perceptivo				Memoria de trabajo				Velocidad de procesamiento			
	S	V	I	CO	C	M	PV	B	R	D	A	LN	BS	CH	CA	
19	6	8	5	5	6	6	7	3	3	5	3	4	6	6	7	
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
	78	77	76	78	71

Gráfico de perfil de puntuaciones compuestas (Escala total 71, Percentil 3, Intervalo de confianza 67-78).

Anexo D:

Perfil de evaluación NEUROPSI 2da VERSIÓN.


HOJA DE RESUMEN

AREA	SUBESCALAS Y PUNTUACIÓN MÁXIMA	PUNTUACIÓN NATURAL	PUNTUACIÓN RECLASIFICADA
ORIENTACIÓN	Tiempo (4)	4	
	Espacio (2)	2	
	Persona (1)	1	
ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN	Retención de dígitos en progresión (9)	6	✓
	Cubos en progresión (9)	4	
	Detección visual aciertos (24)	22	
	Detección dígitos total (10)	9	
	Series sucesivas (3)	3	
MEMORIA	Trabajo. Retención de dígitos en regresión (8)	3	x
	Trabajo. Cubos en regresión (8)	4	x
	Codificación. Curva de memoria volumen promedio (12)	8.3	x
	Codificación. Pares asociados volumen promedio (12)	8.3	x
	Codificación. Memoria lógica promedio historias (16)	11	
	Codificación. Memoria lógica promedio temas (5)	4	
	Codificación. Figura Semicompleja / Rey-Osterreith (12/36)	19.5	x
	Codificación. Caras (4)	4	
	Evocación. Memoria verbal espontánea total (12)	10	
	Evocación. Memoria verbal por claves total (12)	7	x
	Evocación. Memoria verbal reconocimiento total (12)	11	
	Evocación. Pares asociados total (12)	11	
	Evocación. Memoria lógica promedio historias (16)	11	
	Evocación. Memoria lógica promedio temas (5)	4.5	
	Evocación. Figura semicompleja / Rey-Osterreith (12/36)	9.5	x
	Evocación. Nombres (8)	8	
	Evocación. Reconocimiento total de caras (2)	0	x
FUNCIONES EJECUTIVAS	Formación de categorías (25)	20	
	Fluidez verbal semántica (reclasificada) (4)	18	2
	Fluidez verbal fonológica (reclasificada) (4)	10	2
	Fluidez no verbal total (reclasificada) (4)	13	3
	Funciones motoras total (20)	14	x
	Stroop puntuación interferencia (reclasificada) (4)	1	4
	Stroop aciertos interferencia (reclasificada) (4)	39	2
PUNTUACIONES TOTALES		PUNTUACIÓN NATURAL	PUNTUACIÓN NORMALIZADA
Total atención y funciones ejecutivas		98	90 +N
Total memoria		134.1	66 -S
Total atención y memoria		232.1	70 -L

Nota: Este cuadernillo es a imprimirse en azul. NO LO ACEPTES si no cumple esta requisito

Anexo E:

Perfil de evaluación NEUROPSI BREVE

 Servicio de Neuropsicología		NEUROPSI Evaluación Neuropsicológica Breve en Español																																							
Dra. Peggy Ostrosky-Solis, Dr. Alfredo Ardila y Dra. Mónica Roselli																																									
Nombres y Apellidos: <u>Benito Emilio Campo</u>		H.C.N.: <u>6811</u>																																							
Edad: <u>71</u> Sexo: <u>M</u>		Lugar de Nac.: <u>Perú</u>																																							
Escolaridad: <u>Univ. - graduado</u>		Procedencia: <u>Perú</u>																																							
Fecha de Evaluación: <u>07.01.2005</u>		Lateralidad: <u>izquierda</u>																																							
Ocupación: <u>Estudiante</u>																																									
Dx. Neurológico: _____																																									
Dx. Neuropsicológico: _____																																									
RMN: _____																																									
TAC: _____																																									
EEG: _____																																									
OTROS: _____																																									
Observaciones de Importancia: _____																																									
Antecedentes personales y familiares de importancia: _____																																									
I. ORIENTACIÓN		b) Proceso Visoespacial (Copia Lam. 1)																																							
• Temp.: Día () Mes () Año () • Esp.: Ciudad () Lugar () • Personal: Edad ()		Total: <u>09</u> (12)																																							
Puntaje Total: <u>6</u> (6)		IV. LENGUAJE																																							
II. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN		a) Denominación (Lam. 2-9):																																							
a) Dígitos en regresión:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pje.</th> <th>Rpta.</th> <th></th> <th>Pje.</th> <th>Rpta.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4-8 (2)</td> <td>9-1 (2)</td> <td>Chivo</td> <td>Reloj</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2-8-3 (3)</td> <td>7-1-6 (3)</td> <td>Guitarra</td> <td>Serpiente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8-6-3-2 (4)</td> <td>2-6-1-7 (4)</td> <td>Trompeta</td> <td>Llave</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6-3-5-9-1 (5)</td> <td>3-8-1-6-2 (5)</td> <td>Dedo</td> <td>Bicicleta</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-2-7-9-1-8 (6)</td> <td>1-4-9-3-2-7 (6)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Pje.	Rpta.		Pje.	Rpta.	4-8 (2)	9-1 (2)	Chivo	Reloj			2-8-3 (3)	7-1-6 (3)	Guitarra	Serpiente			8-6-3-2 (4)	2-6-1-7 (4)	Trompeta	Llave			6-3-5-9-1 (5)	3-8-1-6-2 (5)	Dedo	Bicicleta			5-2-7-9-1-8 (6)	1-4-9-3-2-7 (6)						
	Pje.	Rpta.		Pje.	Rpta.																																				
4-8 (2)	9-1 (2)	Chivo	Reloj																																						
2-8-3 (3)	7-1-6 (3)	Guitarra	Serpiente																																						
8-6-3-2 (4)	2-6-1-7 (4)	Trompeta	Llave																																						
6-3-5-9-1 (5)	3-8-1-6-2 (5)	Dedo	Bicicleta																																						
5-2-7-9-1-8 (6)	1-4-9-3-2-7 (6)																																								
Total: <u>3</u> (6)		Opcional: lápiz, reloj, botón, techo, tobillo, zapato, llave Total: <u>8</u> (8)																																							
b) Detección visual: (t: 60") Lam. A (t: 3") <u>11</u> (Aciertos) - <u>0</u> (Errores) = <u>11</u> (16)		b) Repetición:																																							
c) Sustracción: <u>20-3=17</u> -3= <u>14</u> -3= <u>11</u> -3= <u>8</u> -3= <u>5</u> Total: <u>5</u> (5)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Rpts.</th> <th>Pje.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sol</td> <td></td> <td>0-1</td> </tr> <tr> <td>Ventana</td> <td></td> <td>0-1</td> </tr> <tr> <td>El niño llora</td> <td></td> <td>0-1</td> </tr> <tr> <td>El hombre camina lentamente por la calle</td> <td></td> <td>0-1</td> </tr> </tbody> </table>			Rpts.	Pje.	Sol		0-1	Ventana		0-1	El niño llora		0-1	El hombre camina lentamente por la calle		0-1																							
	Rpts.	Pje.																																							
Sol		0-1																																							
Ventana		0-1																																							
El niño llora		0-1																																							
El hombre camina lentamente por la calle		0-1																																							
III. CODIFICACIÓN		Total: <u>4</u> (4)																																							
a) Memoria Verbal Espontánea:		c) Comprensión: (Lam. 10 - solo un dedo)																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>I ensayo</th> <th>II ensayo</th> <th>III ensayo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gato (1)</td> <td>Mano (4)</td> <td>Codo (0)</td> </tr> <tr> <td>Pera (3)</td> <td>Vaca (6)</td> <td>Fresa (3)</td> </tr> <tr> <td>Mano (4)</td> <td>Fresa (0)</td> <td>Pera (2)</td> </tr> <tr> <td>Fresa (2)</td> <td>Gato (0)</td> <td>Vaca (0)</td> </tr> <tr> <td>Vaca (6)</td> <td>Codo (5)</td> <td>Gato (6)</td> </tr> <tr> <td>Codo (5)</td> <td>Pera (0)</td> <td>Mano (2)</td> </tr> <tr> <td>Total: 6</td> <td>Total: 6</td> <td>Total: 6</td> </tr> </tbody> </table>		I ensayo	II ensayo	III ensayo	Gato (1)	Mano (4)	Codo (0)	Pera (3)	Vaca (6)	Fresa (3)	Mano (4)	Fresa (0)	Pera (2)	Fresa (2)	Gato (0)	Vaca (0)	Vaca (6)	Codo (5)	Gato (6)	Codo (5)	Pera (0)	Mano (2)	Total: 6	Total: 6	Total: 6	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pje. 0-1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Señale el cuadrado pequeño</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Señale un círculo y un cuadrado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Toque el círculo pequeño, si hay un cuadrado grande</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Toque el cuadrado grande, en lugar del círculo pequeño.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Pje. 0-1	Señale el cuadrado pequeño		Señale un círculo y un cuadrado		Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande		Toque el círculo pequeño, si hay un cuadrado grande		Toque el cuadrado grande, en lugar del círculo pequeño.		Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño	
I ensayo	II ensayo	III ensayo																																							
Gato (1)	Mano (4)	Codo (0)																																							
Pera (3)	Vaca (6)	Fresa (3)																																							
Mano (4)	Fresa (0)	Pera (2)																																							
Fresa (2)	Gato (0)	Vaca (0)																																							
Vaca (6)	Codo (5)	Gato (6)																																							
Codo (5)	Pera (0)	Mano (2)																																							
Total: 6	Total: 6	Total: 6																																							
	Pje. 0-1																																								
Señale el cuadrado pequeño																																									
Señale un círculo y un cuadrado																																									
Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande																																									
Toque el círculo pequeño, si hay un cuadrado grande																																									
Toque el cuadrado grande, en lugar del círculo pequeño.																																									
Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño																																									
Intrusiones: _____ Perseveraciones: _____ Primacia: _____ Presencia: _____		Total: <u>6</u> (6)																																							
Total Promedio: <u>16</u> (6)		Total: <u>6</u> (6)																																							

d) Fluidez Semántica: (1:60") (NO: nombres, apellidos, pnts)

Nombre de animales	Puntuación	Palabras con "p"	Puntuación
1. <u>perro</u>	15	1. <u>perro</u>	15
2. <u>gato</u>	16	2. <u>perro</u>	16
3. <u>gato</u>	17	3. <u>perro</u>	17
4. <u>gato</u>	18	4. <u>perro</u>	18
5. <u>gato</u>	19	5. <u>perro</u>	19
6. <u>gato</u>	20	6. <u>perro</u>	20
7. <u>gato</u>	21	7. <u>perro</u>	21
8. <u>gato</u>	22	8. <u>perro</u>	22
9. <u>gato</u>	23	9. <u>perro</u>	23
10. <u>gato</u>	24	10. <u>perro</u>	24
11. <u>gato</u>	25	11. <u>perro</u>	25
12. <u>gato</u>	26	12. <u>perro</u>	26
13. <u>gato</u>	27	13. <u>perro</u>	27
14. <u>gato</u>	28	14. <u>perro</u>	28
Total Semántico:	120	Total Fonológico:	110
Intrusiones:	2	Intrusiones:	1
Perseveraciones:	2	Perseveraciones:	1
	(máx. 30)		(máx. 30)
		TOTAL:	230

V. LECTURA

Que les en voz alta (Lam. 11)

	Pje.
¿Por qué se ahogó el gusano?	0-1
¿Qué pasó con el otro gusano?	0-1
¿Cómo se salvó el gusano?	0-1

Total: 3 (3)

VI. ESCRITURA

	Pje.
Dictar: El perro camina por la calle	0-1
Copiar: Lam. 12	0-1

Total: 2 (2)

VII. FUNCIONES EJECUTIVAS

A. CONCEPTUAL:

1. Semejanzas:

	Rpta.	Pje.
naranja-pera	Justo, Olla	0-1
perro-caballo	Muleto, mulo	0-1
ojo-nariz		0-1

Total: 3 (6)

2. Cálculo: Mental

	Rpta.
¿Cuánto es 13 + 15?	28
Juan recibió \$12, recibió 9 y gastó 14. ¿Cuánto le quedó?	17
¿Cuántas naranjas hay en 2 docenas y media?	30

Total: 2 (3)

3. Secuenciación: Lam. 13

Continúa con la secuencia:

Total: 1 (1)

B. MOTORA:

1. Posición de la mano:

Derecha: 1/1 (Pul. / Filo / Palma)Izquierda: 1/1 (Pul. / Filo / Puño)Mano derecha

Total: 2 (4)

2. Movimientos alternos: (Abierto/Cerrado)

Total: 1 (2)

3. Reacciones opuestas (Índice/Puño)

Total: 1 (2)

VIII. FUNCIONES DE EVOCACIÓN

A) Memoria visoespacial:

Total: 30 (12)

B) Memoria verbal:

1. M. V. Espontánea	2. Categoría por clave
<u>perro</u>	Partes del cuerpo:
<u>gato</u>	<u>mano</u>
<u>gato</u>	Profesiones:
<u>gato</u>	<u>vacas - persona</u>
<u>gato</u>	Animales:
<u>gato</u>	<u>vacas - gusano</u>
Intrusiones:	Intrusiones: 1
Perseverac.: 5	Perseverac.: 5
Total: 5 (6)	Total: 5 (6)

3. Reconocimiento:

boca	code	vacas
gato	árbol	mano
cama	gallina	zorro
pera	lápiz	caja
flor	fresa	

Intrusiones:

Total: 5 (6)

RESUMEN GENERAL

SUBTEST	PUNTAJE
1. ORIENTACIÓN	6
2. ATENCIÓN CONCENTRACIÓN	3
3. CODIFICACIÓN	15
4. LENGUAJE	22
5. LECTURA	3
6. ESCRITURA	2
7. FUNCIÓN EJECUTIVA	11
8. FUNCIÓN DE EVOCACIÓN	23
PUNTAJE GENERAL	85

Escolaridad Nula (Analfabeta)				
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16-30	91-60	59-45	44-30	29-14
31-50	94-68	67-54	53-41	40-28
51-65	90-59	86-44	43-38	27-13
66-85	75-48	47-34	33-20	19-06
Escolaridad 1-4 años (Primaria Incompleta)				
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16-30	104-73	72-58	57-42	41-27
31-50	104-81	80-69	68-58	57-46
51-65	97-77	76-67	66-57	56-47
66-85	89-61	60-46	45-32	31-18
Escolaridad 5-9 años (Primaria Completa y Secundaria Incompleta)				
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16-30	113-102	101-97	96-86	85-75
31-50	117-106	105-101	100-90	89-79
51-65	110-98	97-91	90-79	78-67
66-85	90-80	79-72	71-56	55-39
Escolaridad 10-24 años (Secundaria Completa y Superior Completa)				
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16-30	114-103	102-98	97-87	86-77
31-50	112-102	101-97	96-88	87-78
51-65	101-93	92-88	87-80	79-72
66-85	91-78	77-72	71-59	58-40

Conclusión:

Recomendaciones:

Anexo F:

Perfil de evaluación STROOP

STROOP

Test de Colores y Palabras

Nombre: _____
 Edad: 21 Sexo: F Fecha: 15/09/2023
06 06 2002

PARA USO DEL PROFESIONAL

	PD	PT	
P	68	30	Bayo
C	66	40	Radio Bayo
PC	48	52	Radio
$P \times C$ ----- = PC'	33.5		
$P + C$			
$PC - PC' = \text{INTERF.}$	14.5	64	Radio Alto

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 F:

Perfil de evaluación TESEN

TE Sen

Test de los Senderos

Corrección y puntuación

Ejercicio seleccionado:

21 - 30

Este ejercicio está diseñado para evaluar la capacidad de cálculo mental y la habilidad para manejar operaciones básicas. El resultado de este ejercicio se utilizará para determinar el nivel de dificultad de los ejercicios siguientes. El resultado de este ejercicio se utilizará para determinar el nivel de dificultad de los ejercicios siguientes.

Puntuación total

Corrección rápida:

Se debe obtener solamente la puntuación total calculando todas las puntuaciones de este ejercicio.

Puntuación		Decimales									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ejecución (E-)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Velocidad (V-)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Precisión (P-)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sendero 1

Puntuación		Decimales									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ejecución (E-)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Velocidad (V-)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Precisión (P-)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sendero 2

Puntuación		Decimales									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ejecución (E-)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Velocidad (V-)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Precisión (P-)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sendero 3

Puntuación		Decimales									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ejecución (E-)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Velocidad (V-)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Precisión (P-)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sendero 4

Puntuación		Decimales									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ejecución (E-)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Velocidad (V-)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Precisión (P-)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Anexo G:

Perfil de evaluación Figura compleja de Rey.

REY TEST DE COPIA Y DE
REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE
FIGURAS GEOMÉTRICAS COMPLEJAS

Figura A

HOJA DE
ANOTACIÓN

Apellidos y nombre Nieto, P., García A. Edad 21 Sexo F
Localidad - CIEPS - Centro

CRITERIOS DE PUNTUACIÓN		
Punt.	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0,5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1. Cruz exterior, ángulo superior izquierda	2	2
2. Rectángulo grande, armazón de la figura	1	0,5
3. Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande	0,5	1
4. Mediana horizontal de rectángulo grande 2	0,5	0
5. Mediana vertical de rectángulo grande 2	1	0
6. Rectángulo pequeño en rectángulo grande	0,5	1
7. Segmento pequeño sobre el rectángulo 6	0	0
8. 4 líneas paralelas en triángulo superior izquierdo	0	0
9. Triángulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha)	2	0
10. Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha	2	0
11. Círculo con tres puntos en cuadrante superior derecha	1	0
12. 5 pequeñas líneas paralelas en cuadrante inferior derecha	1	0
13. Dos lados externos del triángulo isósceles de la derecha	1	1
14. Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13	1	1
15. Segmento vertical en el interior del triángulo 13	1	0
16. Prolongación de la mediana horizontal, altura de triángulo 13	2	1
17. Cruz en extremo inferior de rectángulo 2	2	2
18. Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda	1	0

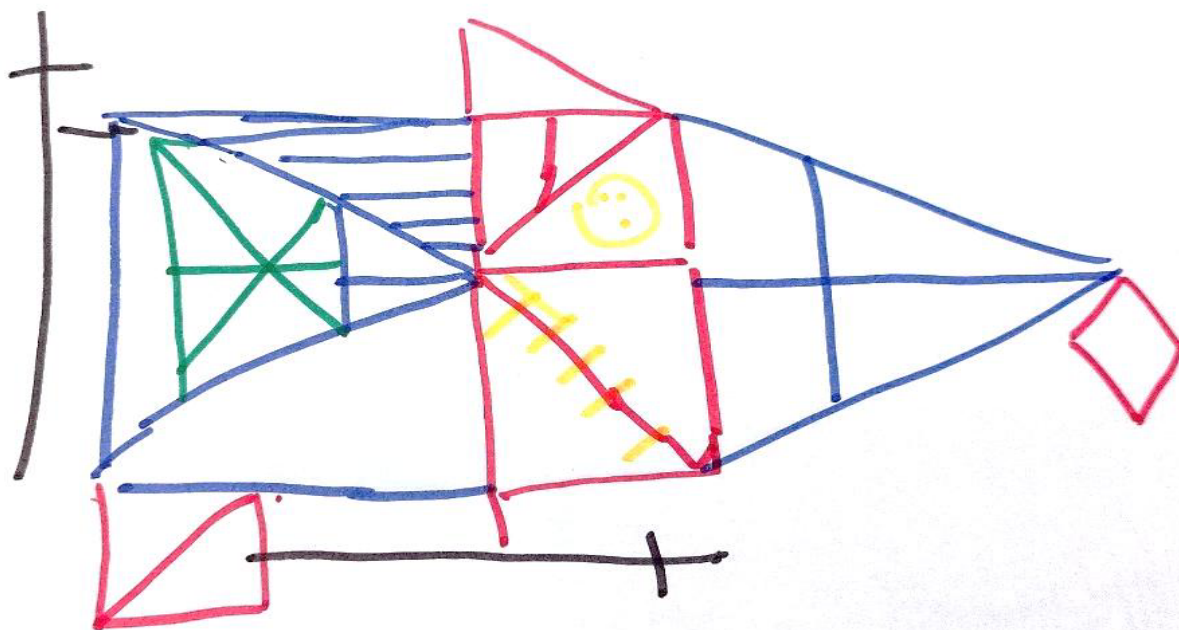
PUNTUACIÓN DIRECTA 19.5 9.5
PUNTUACIÓN CENTIL 10 1

PERFIL DE LAS PUNTUACIONES
TRANSFORMADAS

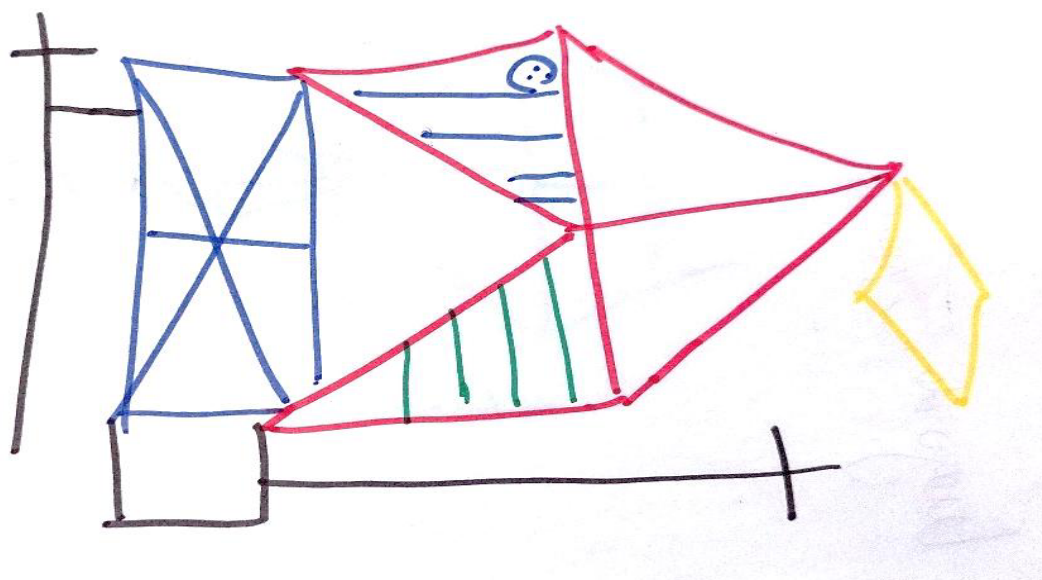
Pc	COPIA	MEMORIA	Pc
99	.	.	99
90	.	.	90
80	.	.	80
75	.	.	75
70	.	.	70
60	.	.	60
50	.	.	50
40	.	.	40
30	.	.	30
25	.	.	25
20	.	.	20
10	.	.	10
1	.	.	1



Auton. Andre Rey.
Copyright © 1997 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Pray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presenta otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Imp. Castells: Agustín Calvo, 47; 28043 MADRID - Depósito legal: M - 591 - 1997.



Copia



Evocación

Anexo H.

Perfil de resultados cuestionario de índice de impulsividad de Barratt.

16. Escala de Impulsividad de Barratt
(Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.)

	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21. Compró cosas impulsivamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Terminó lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación total: _____ I. cognitiva: _____ I. motora: _____ I. no planificada: _____

Anexo I:

Perfil de las actividades de la vida diaria Índice de adaptabilidad de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		75
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

75 pto

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente