



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UNA ADULTA MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO LEVE E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

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

AUTORA:

Gonzales Peña, Gyssela Nieves

ASESOR:

Oré Maldonado, José Paulino

JURADO:

INGA ARANDA, JULIO

AGUIRRE MORALES, MARIVEL

FLORES VÁSQUEZ, MARÍA

Lima- Perú

2020

Dedicatoria

A mi amada madre Francisca por su constancia y esfuerzo de su día a día en velar por mi bienestar y su apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, a mis seres queridos que ya no están físicamente conmigo, papá Pedro, abuelos Juan y Meregilda, los cuales me guían día a día, a mi tío Juan por su esfuerzo y dedicación familiar, a mis tías Gudita, Marfi y Esthercita, por su motivación diaria.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por la vida y por guiarme para culminar una etapa más en mi vida profesional, agradezco a mi madre Francisca por guiar mis pasos desde que nací y por su apoyo constante, a mi familia por su motivación para seguir adelante en la culminación de mis logros.

Agradezco a mi asesor Mg. José Paulino Oré Maldonado por su apoyo constante y guía en la realización de y culminación de este trabajo académico.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
I. Introducción	8
1.1 Descripción del problema	10
1.2 Antecedentes	12
- Estudios Nacionales e Internacionales	12
- Base teórica científica (modelo teórico asumido)	14
1.3 Objetivos	
- Objetivo general	25
- Objetivos Específicos	25
1.4 Justificación e importancia	26
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	27
II. Metodología	28
2.1 Evaluación Neuropsicológica	28
2.2 Programa de Rehabilitación	56

Neuropsicológica	
III. Resultados	61
IV. Conclusiones	67
V. Recomendaciones	68
VI. Referencias	69
VII. Anexos	75

Resumen

A medida que el ser humano va envejeciendo o se acerca a la etapa de la vejez sufre una serie de alteraciones fisiológicas y cognitivas, muchas veces en conjunto o por separado, pero son sin duda los cambios a nivel cognitivo los que conllevan a una creciente problemática a nivel mundial ya que estos cambios funcionales cognitivos nos dan las primeras señales del deterioro cognitivo y muchas veces de enfermedades neurodegenerativas.

Tal es así que la prevención y la implementación de programas de rehabilitación neuropsicológica es de vital importancia para contrarrestar este déficit en las funciones cognitivas que aqueja sobre todo al adulto mayor y es por esto que se presenta este estudio de caso neuropsicológico en el que se evalúa a una adulta mayor con deterioro cognitivo leve sumado a hipertensión arterial, además se tiene por fin la implementación y ejecución de un programa de rehabilitación neuropsicológico el cual luego de ejecutado muestra un resultado altamente significativo sobre todo en las áreas de memoria de trabajo y memoria a corto plazo de tipo verbal las cuales tenían déficits al comienzo de la intervención neuropsicológica y también se evidencia el mantenimiento de las áreas que se encontraban conservadas al inicio de la intervención, siendo dichos resultados de gran ayuda en la calidad de vida de la paciente evaluada y contribuyendo así a su mejoría.

Palabras clave: deterioro cognitivo, hipertensión arterial, memoria, vejez, adulta mayor, rehabilitación neuropsicológica, intervención neuropsicológica

Abstract

As the human being ages or approaches the stage of old age, he undergoes a series of physiological and cognitive alterations, often together or separately, but it is undoubtedly the changes at the cognitive level that lead to a growing problem of global level since these cognitive functional changes give us the first signs of cognitive deterioration and often neurodegenerative diseases.

So much so that the prevention and implementation of neuropsychological rehabilitation programs is of vital importance to counteract this deficit in cognitive functions that afflicts the elderly in particular, and that is why this neuropsychological case study is presented in which it is evaluated to an older adult with mild cognitive impairment added to arterial hypertension, the implementation and execution of a neuropsychological rehabilitation program is finally completed, which after execution shows a highly significant result, especially in the areas of working memory and memory a short-term verbal type which had deficits at the beginning of the intervention and it is also evident the maintenance of the areas that were preserved at the beginning of the intervention, these results being a great help in the quality of life of the patient evaluated and contributing so to your improvement.

Keywords: cognitive impairment, arterial hypertension, memory, old age, elderly, neuropsychological rehabilitation, neuropsychological intervention.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe en el Perú y el resto del mundo una creciente población de adultos mayores, del 5,7% en el año 1950 a 12,4% en el año 2019 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019) y además se estima que para el año 2050, una de cada seis personas en el mundo (16% de la población) tendrá ya más de 65 años, en comparación con una de cada 11 en 2019 (9%) (Organización Mundial de la Salud, 2013), lo cual conlleva a tener una mayor incidencia en el deterioro cognitivo en el cual la disfunción mnésica es la más común y por lo tanto aumentando los casos de enfermedades neurodegenerativas en el adulto mayor.

Estudios también indican que en los adultos mayores se evidencian algunas dificultades tanto en sus funciones fisiológicas y sobre todo en el mantenimiento de sus funciones cognitivas, tales como memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales y funciones cognitivas (Custodio, et. al 2012) y así por lo tanto ya estaríamos frente a un deterioro y si nos referimos la alteración de la función cognitiva, se denomina deterioro cognitivo leve.

Siendo importante detectar el deterioro cognitivo leve precozmente e intervenir en su rehabilitación para poder así reducir el probable desarrollo de alguna enfermedad neurodegenerativa, ya que las mismas constituyen un problema mundial y no sólo de nuestra realidad peruana, así mismo se trata de darle mejor calidad de vida al adulto mayor para que ninguna de sus áreas de desarrollo se vea involucrada, tales como personal, familiar, laboral y/o social, esto indiscutiblemente de la mano con su grupo familiar y es así que el desarrollo del presente estudio de caso neuropsicológico que se presenta se encuentra orientado a su intervención a través del desarrollo y aplicación del programa de rehabilitación neuropsicológica para el mantenimiento y mejora de la memoria de corto plazo de tipo verbal y memoria de trabajo, aportando en su mejora de calidad de vida.

En el capítulo I del presente trabajo se describe el problema actual del deterioro cognitivo leve en el adulto mayor, se hace mención a investigaciones nacionales e internacionales, haciendo hincapié en los programas de rehabilitación neuropsicológica de deterioro cognitivo en pacientes que lo aquejan y que se encuentran en estadios avanzados, también se señalan las bases teóricas relacionadas al caso estudiado (deterioro cognitivo leve e hipertensión arterial), así mismo se presentan los objetivos del programa, se realiza la justificación del porqué del presente trabajo y los impactos del mismo.

El capítulo II está destinado a la Metodología que se usó en el desarrollo del presente caso, es decir contiene el desarrollo de la evaluación neuropsicológica, qué técnicas e instrumentos se emplearon, qué áreas fueron evaluadas, se hace mención de la historia clínica de la evaluada, se presenta el informe neuropsicológico con los resultados de las pruebas neuropsicológicas, dando la conclusión y las recomendaciones tanto a paciente y a familia, a su vez también se presenta el esquema del programa de rehabilitación neuropsicológica, sus objetivos, se toma en cuenta los diagnósticos según el modelo de Ardila y las fortalezas y debilidades del paciente según el resultado de la evaluación neuropsicológica.

El tercer capítulo está dedicado a los resultados de la aplicación del programa de rehabilitación neuropsicológico, donde se hace énfasis de la mejora de las áreas cognitivas que se encuentran alteradas en evaluada después del desarrollo de las 10 sesiones del programa las cuales fueron de dos veces por semana con una duración de 45 minutos cada una.

En el capítulo IV, se dan las conclusiones del caso, en el capítulo V, se dan las recomendaciones tanto a evaluada y a familia de la misma, en el capítulo VI se encuentran las referencias bibliográficas en las que dicho estudio se apoyó para su desarrollo y en el capítulo VII, se muestran los anexos, tanto como sesiones trabajadas y el material de las mismas.

1.1 Descripción del Problema

El envejecimiento de los seres humanos se inicia desde el momento de la fecundación hasta que dejamos de existir, pero a pesar de ser algo natural el cual todos los individuos lo conocemos es también difícil de aceptarlo, ahora bien en la actualidad se observa un incremento del mismo y se encuentra considerado como una dificultad de salud pública nacional e internacionalmente ya que los gobiernos no se encuentran preparados para asumir lo que esto conlleva tanto física, mental, social y sanitariamente (Alvarado y Salazar 2014).

El envejecimiento implica múltiples cambios, en el aspecto biológico se encuentra asociado a una gran variedad de deterioros moleculares y celulares, los cuales a medida que pasa el tiempo merman las provisiones fisiológicas lo cual eleva el riesgo de contraer enfermedades y a su vez causa una disminución de la suficiencia de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Ahora se espera que la población del mundo crezca a 2.000 millones de personas en los próximos 30 años, de 7.700 millones actualmente a 9.700 millones en 2050, según un nuevo informe de Naciones Unidas y además se estima que para 2050, una de cada seis personas en el mundo (16% de la población) tendrá ya más de 65 años, en comparación con una de cada 11 en 2019 (9%) (United Nations Department of Public Information 2019).

También se realizaron estudios sobre demencia y deterioro cognitivo en adultos mayores en Benin, Botswana, la República Centroafricana, el Congo y Nigeria, con 10 500 participantes, los cuales dieron como resultados que la demencia en Nigeria se modificó del 0 % al 10,1 %, y la prevalencia del deterioro cognitivo de la República Centroafricana varió del 6,3 % al 25 % (Mavrodaris, Powell y Thorogood, 2013).

Estudios en el país de Ecuador dan como resultados que los factores que tienen asociación estadísticamente significativa asociado al deterioro cognitivo en los adultos mayores son la hipertensión arterial, el nivel socioeconómico, el grado de instrucción y el ingreso mensual, concluyéndose que el deterioro cognitivo en los adultos mayores se encuentra asociado directamente con factores que pueden ser prevenibles y a su vez en los cuales se puede intervenir y de esta manera se puede contribuir a mermar y/ o retrasar su aparición (León y León 2018).

En el Perú, del mismo modo se observa como resultado de los enormes cambios demográficos repercutidos en las últimas década, específicamente las variables sociodemográfica de la edad y el sexo están pasando por grandes cambios estimándose para el 2019 un aumento de la proporción de la población adulta mayor, del 5,7% en el año 1950 a 12,4% en el año 2019, considerándose como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en relación con el criterio adoptado por las Naciones Unidas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019).

En Lima, un estudio realizado en una Asociación Social del Adulto Mayor en el Callao se halló un deterioro cognitivo moderado en un 70% de un total grupo de 50 adultos mayores (Chuquipul, 2018), siendo esto una cifra alarmante en nuestra población de adulto mayor. Por ello se considera importante realizar una evaluación e intervención neuropsicológica en adultos mayores con deterioro cognitivo asociado o no a alguna otra enfermedad con el fin de poder proponer y establecer soluciones y estrategias que ayuden a mejorar y potenciar sus funciones cognitivas y lo que esto desprende en su mejora en su calidad de vida.

En vista a lo anteriormente planteado, el presente trabajo académico se basa en implementar un programa de rehabilitación neuropsicológica en una paciente adulta mayor con deterioro cognitivo leve y con antecedentes de HTA con el fin de poder potenciar

significativamente sus funciones cognitivas que se hallan disminuidas como la memoria a corto plazo y su capacidad para recordar y evocar informaciones del momento y así mejorar su calidad de vida.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Internacionales

Martínez (2018) desarrolló un estudio cuyo fin fue saber y formalizar por medio de la investigación experimental, el aumento del funcionamiento cognitivo a través del programa “Estimulación Cognitiva para Adultos” el cual se encontraba orientado a los adultos mayores de 60 a 85 años de un centro poblado de Guatemala hallándose en el mismo diferencias reveladoras en el funcionamiento cognitivo después de aplicado el programa y también se encontró mejora en las áreas viso espaciales, de memoria, de reconocimiento de palabras y figuras en los participantes después de aplicado del programa.

García (2015) realizó un programa de estimulación cognitiva a 5 pacientes con presunta Enfermedad de Alzheimer (EA) de fase leve en una comunidad de Madrid. El tiempo de aplicación de la intervención fue de 9 meses con una sesión semanal, dando un total de 38 sesiones en forma grupal. Los resultados del programa dieron como resultados una mejoría reveladora en el lenguaje y habilidades visoespaciales, a la vez se notó una mejora en su estado de ánimo.

Mogollón (2014) realizó una propuesta descriptiva para potenciar el área cognitiva en el adulto mayor, en el cual se valoraron posturas a favor y en contra en lo que se refiere al uso del entrenamiento cerebral, defendió la viabilidad de dicha propuesta por las evidencias empíricas que dieron a conocer los investigadores de las neurociencias, concluyendo que a pesar que el adulto mayor sea vulnerable esta propuesta hace posible su avance cognitivo como una opción al entrenamiento cerebral.

Gich (2013) aplicó un programa de rehabilitación neuropsicológica en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple con la finalidad de poder brindar un ingrediente en la rehabilitación cognitiva gratuita la cual puede realizarse en el mismo hogar desde que la enfermedad se inicia y sin alterar las actividades diarias del paciente. La muestra estuvo compuesta de 43 pacientes voluntarios, ejecutando un estudio prospectivo de intervención con 26 semanas de duración, obteniendo como resultados mejoras en la memoria visual, funciones ejecutivas, atención, velocidad de procesamiento y capacidad de denominación de los participantes.

1.2.2 Nacionales

Luperdi (2019) realizó un estudio de caso sobre la plasticidad, la reserva cerebral y los principios de rehabilitación neuropsicológica en un adulto mayor de 76 años, el cual presentaba deterioro cognitivo leve, hipertensión y diabetes mellitus, siendo el objetivo de su estudio el comprobar los efectos del programa de estimulación cognitiva para memoria y su adherencia a la intervención de tipo integral. La autora realizó una investigación de tipo aplicada y de caso único, desarrollando un programa en 12 sesiones con el tiempo de 45 minutos cada una. Entre sus principales resultados se puede indicar que fue un tratamiento eficiente en un 75 % en el tratamiento de los déficits cognitivos de atención, concentración, memoria y lenguaje.

Cerrillo (2019) aplicó un programa de rehabilitación cognoscitiva en una paciente de la tercera edad con diagnóstico de deterioro cognitivo leve e hipertiroidismo, llevado a cabo bajo el enfoque cognoscitivo y el modelo estructural haciendo uso de técnicas restauración y sustitución. El programa estuvo compuesto por un total de 10 sesiones de 45 minutos, llevándose a cabo 2 sesiones por semana y entre sus principales resultados reportó una disminución de déficits cognitivos y un mantenimiento en su reserva cognitiva comprobando la eficacia del programa.

Romaní (2019) desarrolló un programa de intervención neuropsicológica en un paciente de 77 años con diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, dicho programa tuvo un enfoque cognitivo y funcional con el fin de mantener las funciones cognitivas del paciente y así poder conllevar a diario las consecuencias de dicha enfermedad. Al finalizar la aplicación del programa se halló un adecuado restablecimiento y mantenimiento de sus funciones cognitivas trabajadas.

Guevara (2015) realizó un estudio descriptivo sobre la influencia de la reserva cognitiva en 90 pacientes diagnosticados con enfermedad de Parkinson de los Hospitales de Chancay y Huacho. Sus principales resultados fueron que la correlación entre la función cognitiva y la reserva cognitiva fue estadísticamente significativa cuando se evaluó la función cognitiva mediante el test de Minimental ($r = 0.43$; $p=0.001$) y a su vez cuando se utilizó el test de Montreal Cognitive Assessment (Moca) ($r =0.55$; $p=0.001$) concluyendo que una gran proporción de los pacientes presentan deterioro cognitivo en cualquier período de la enfermedad y también que la reserva cognitiva influye de forma positiva sobre la función cognitiva en pacientes con enfermedad de Parkinson.

1.2.3 Bases teóricas

1.2.3.1 Envejecimiento

La vejez es un estado de la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital de todo ser humano. Tanto vejez y envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios de modo que el individuo humano es un ente biopsicosocial y es por esto que el adulto mayor es un sujeto de conocimiento psicológico (Fernández-Ballesteros, 2001).

Entre los factores que determinan la variedad del envejecimiento tenemos el estado de salud general, los factores hereditarios, los niveles de actividad física, cognitivo, educativo y/o social y los factores económicos, sociales y familiares (Jurado, Mataró y Pueyo, 2013).

El envejecimiento cognitivo no es un fenómeno homogéneo, dado que el comienzo de la disminución, extensión y sus manifestaciones son muy diversas, el envejecimiento intelectual de cada individuo no es igual, independientemente de que los mismos se puedan producir en todos los sujetos (Jara, 2007).

Cuando el daño supera algunos determinados límites es cuando aflora el deterioro cognitivo asociado a la edad, el cual incrementa el riesgo de desarrollo de diversas enfermedades neurodegenerativas, aquí la genética, el estilo de vida, la alimentación, distintos factores ambientales, etc. pueden conllevar a la aparición de estas enfermedades que son frecuentes con el deterioro cognitivo (Borrás y Viña, 2016).

Desde que nacemos hasta nuestros 3 años de edad aproximadamente, el cerebro intensifica cuatro veces su peso, luego viene un período de crecimiento más pausado hasta que alrededor de los 19 años, momento el cerebro pesa unas 5 veces más del peso que se tenía al nacer, manteniéndose estable hasta los 45 ó 50 años y es a partir de allí que empieza una caída tardía. Se ha estimado que a la edad de 86 años el cerebro se habrá limitado cerca de un 11% en comparación a su peso a los 19 años (Jurado, Mataró y Pueyo, 2013).

Tipos de Envejecimiento:

Según Román y Sánchez (1998) diferencian a 2 tipos de envejecimiento:

Envejecimiento normal, en el cual el sujeto llega a una edad avanzada en pleno uso de sus facultades mentales.

Envejecimiento patológico, en el que se presentan anormalidades en las diversas funciones cognitivas y mentales, además de funcionales, además se debe precisar que en el primer caso también pueden aparecer algunas dificultades en las funciones cognitivas entre otras.

Toledano, Álvarez y Adolfo Toledano (2014) precisan que el envejecimiento patológico se caracteriza por la magnitud de las variaciones junto a concretas mezclas de alteraciones en específicas regiones y neuronas, por ejemplo el caso claramente significativo es el de la corteza entorrinal en la cual se dan los primeros cambios en la EA.

La plasticidad cerebral, junto con la superfluidad de diferentes circuitos cerebrales, hace que, aun habiendo deterioro del cerebro a diferentes niveles con el envejecimiento, los mismos no se traduzcan en disminución de las capacidades funcionales del mismo (Borrás y Viña, 2016).

Es entonces que la plasticidad cerebral puede ser propuesta como un recurso de afronte los efectos desfavorables del envejecimiento patológico y así se puede procurar la autonomía e independencia de los adultos mayores con déficits cognitivos los cuales se encuentran asociados a procesos neurodegenerativos (Velilla, Soto y Pineda, 2010).

Funciones Cognitivas y Envejecimiento:

Según Custodio, et al. (2012) las funciones cognitivas que se mantienen y evidencian dificultad en el envejecimiento son:

Memoria

Las funciones que permanecen relativamente estables son:

- Memoria semántica: El restablecimiento de información específica disminuye, como por ejemplo con los nombres.

- Memoria de procedimiento: Se precisa de más tiempo para aprender nuevas tareas.

Las funciones de la memoria afectadas son:

- Memoria de trabajo: Se encuentra mayormente afectada la cognición viso-espacial que la verbal.
- Memoria episódica: Disminuye la memoria episódica y la de trabajo durante el envejecimiento.
- Memoria prospectiva: Disminuye la capacidad para recordar la ejecución de una acción en el futuro.

Lenguaje

El envejecimiento no parece alterar la capacidad de denominación de objetos, se observa que los adultos mayores tienden a producir definiciones más largas, con explicaciones de abundantes palabras, en comparación con los jóvenes. Los adultos mayores presentan inconvenientes para procesar estructuras sintácticas complejas y para poder hacer inferencias en la comprensión, de frases frase individuales y en discursos.

Habilidades Espaciales

En aplicación de pruebas psicológicas se halla un decremento en el ordenamiento de figuras, símbolos-dígitos y la construcción con cubos, también se encuentra una disminución en el rendimiento de pruebas de reconocimiento facial y aprendizaje espacial, se encuentra un descenso en la cognición espacial, no pudiendo visualizar un patrón complejo después de ver sus partes, disminución en la capacidad para identificar figuras incompletas, codificación y recuerdo de la localización espacial, así como la memoria de localización táctil.

Funciones Ejecutivas

Disminuyen ligeramente en el envejecimiento normal las funciones ejecutivas de flexibilidad cognitiva, las habilidades para poder planificar y organizar actividades diarias, el poder cambiar y verificar los errores, así como también el desarrollo de planificar de forma discursiva los gestual y verbal.

1.2.3.2 Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el adulto mayor y condiciona situaciones de grave incapacidad lo cual ocasiona una seria problemática socio-asistencial. Además, Varela et al. (2004), mencionan el deterioro cognitivo es una condición frecuente entre los adultos mayores, y se encuentra asociado a un gran número de síndromes y problemas geriátricos; lo cual confiere a esta condición una naturaleza compleja y de difícil manejo.

El deterioro cognitivo leve (DCL) o alteración cognitiva leve (ACL) se describe en sus inicios al finalizar la década de 1980 por Reisberg y colaboradores para calificar a las personas en un grado 3 de la escala de deterioro global (*Global deterioration scale, GDS*) (Jurado, Mataró y Pueyo, 2013).

Cuando hablamos de DCL nos referimos al estado transicional que se da a nivel de los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estado temprano de la demencia, además ahora se le reconoce como una condición patológica, más no como un proceso normal que se encuentra relacionado a la edad, refiriéndose al déficit cognitivo de personas pero que no cumple con los criterios de demencia (Facundo, 2010).

El DCL es el término que se usa para describir la condición de aquellas personas cuya cognición se encuentra alterada debido al envejecimiento y a la demencia temprana, además los individuos con DCL tienen disminución de sus habilidades con respecto al pasado, pero

funcionan de forma independiente o casi en su vida cotidiana normal (Knopman y Petersen, 2014).

Criterios diagnósticos según CIE 10 y DSM V

Según la Clasificación Internacional de enfermedades, décima revisión CIE- 10 (2008):

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve

- Trastorno que se caracteriza por deterioro de la memoria, dificultades de aprendizaje y habilidad reducida para concentrarse en una tarea más allá de períodos breves, encontrándose de forma frecuente un marcado sentimiento de fatiga mental para empezar a realizar un trabajo intelectual y la adquisición de aprendizajes es percibida como subjetivamente difícil aun cuando objetivamente se tenga éxito.
- Ninguno de los síntomas anteriores son tan graves como para hacer el diagnóstico de demencia (F00–F03) o delirio (F05). Este diagnóstico debe hacerse sólo en asociación con un trastorno físico especificado y no debe hacerse en presencia de cualquiera de los trastornos mentales o del comportamiento clasificados en F10–F99.
- El trastorno puede anteceder, acompañar o presentarse después de una amplia variedad de infecciones y trastornos físicos, tanto cerebrales como sistémicos, pero la evidencia de afectación cerebral no está necesariamente presente.
- Puede diferenciarse del síndrome postencefalítico (F07.1) y del síndrome postconcusional (F07.2) por su etiología diferente, un menor rango de síntomas generales leves y usualmente una menor duración.

Según el Manual, Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (2014):

A-Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

1- Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y

2- Un deterioro moderado del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B- Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas, por ejemplo: conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

C- Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D- Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo: trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Clasificación del Deterioro Cognitivo Leve

En el año 2007 Petersen (citado en Jurado, Mataró y Pueyo, 2013, p.18) clasifica al DCL en los siguientes subtipos:

-Los criterios iniciales siguen siendo valederos, pero al incluir el tipo no amnésico, la queja puede señalar a cualquier función cognitiva, la cual tiene que ser corroborada tiene

que con una evaluación del estado mental y neuropsicológica de preferencia, si la evaluación determina que en el paciente existe una pérdida cognitiva podemos estar hablando de DCL.

-Si la memoria está alterada en relación a la edad y educación del paciente, hablaremos de DCL amnésico.

-Si la memoria es el único dominio alterado, se da el diagnóstico de DCL amnésico, de dominio único.

-Si otras funciones (ejecutivas, visoespacial o lenguaje) se encuentran alteradas, hablamos de DCL amnésico de dominio múltiple.

-Si la memoria no está afectada, se determina si hay un único dominio alterado (DCL no de dominio único) o varios (DCL no amnésico de dominio múltiple)

Bases neuropsicológicas del deterioro cognitivo

En el DCL las neuronas pierden su capacidad de funcionamiento y la conexión que tienen con otras células, además se producen la muerte de las mismas y con esto el paciente tendrá síntomas que evolucionarán en enfermedad, por ejemplo si las neuronas que mueren se localizan en el hipocampo el paciente perderá memoria y el cuadro evolucionará en Enfermedad de Alzheimer (EA) lo cual es un proceso normal en el envejecimiento (Delgado, 2014).

Estudios en neuroimagen precisan que el déficit cognitivo se debe a defectos funcionales de la corteza pre frontal lateral, permitiendo que las capacidades ejecutivas como son la concentración y la atención cambien, también la acetilcolina que es un neurotransmisor implicado en los circuitos de la memoria a corto plazo, la atención, el aprendizaje y la toma de decisiones participa en el deterioro cognitivo, luego que se produce un déficit en la producción de este neurotransmisor debido al deterioro cognitivo esto puede conllevar a la aparición de la enfermedad de Alzheimer, también el glutamato que es otro neurotransmisor presente en la formación de la memoria y es el que se encarga del proceso de aprendizaje, un exceso de

liberación de este neurotransmisor provoca enfermedades neurodegenerativas y por lo tanto pérdida de la memoria que puede producir un deterioro cognitivo (Gazul y Cavero, 2006).

1.2.3.3 Hipertensión arterial (HTA)

Es un nivel mantenido de la presión arterial (PA) sistodiastólica igual o superior a 140/90 mm Hg, respectivamente, la cual debe ser tomada en condiciones adecuadas para el paciente y a su vez por lo menos debe tener 3 lecturas de preferencia en tres días diferentes o también cuando la PA inicial sea muy elevada y/o cuando el paciente presente cifras anormales bajo tratamiento antihipertensivo (Sellén, 2008).

La HTA transcurre sin síntomas pasando desapercibida, con el riesgo que eso conlleva, pero existen síntomas clínicos de la misma tales como dolor de cabeza, sudoraciones, pulso rápido, respiración corta, mareo, alteraciones visuales, zumbidos en los oídos, rubor facial y el aumento de presión en las arterias durante años la cual no es tratada, puede conducir a un número elevado de dificultades tales como aterosclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal y accidente vascular cerebral. (Berenguer, 2016).

El Ministerio de Salud (2015) en su Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva hace referencia a lo siguiente:

- La presión arterial tiene valores normales en adultos que se describen como: <120 mm Hg y de <80 mm Hg en sístole y diástole respectivamente.

- Cuando en la sístole se halla una presión superior o igual a 130 mm Hg o en diástole registro de 80 a más se considera presión arterial alta o HTA.

Aún no se conocen las causas específicas que provocan la HTA, pero se sabe que la misma se encuentra relacionada a diferentes factores que suelen estar presentes en la mayoría

de las personas que la sufren, así tenemos a: dieta con alto contenido de sal, grasa y/o colesterol, problemas renales y hormonales como padecer de diabetes *mellitus* y colesterol alto, antecedentes familiares con HTA, falta de actividad física, vejez (mientras mayor sea la persona existe más probabilidad de padecerla), sobrepeso, obesidad, color de la piel, algunos medicamentos anticonceptivos, estrés y consumo excesivo de tabaco o alcohol. (Berenguer, 2016).

Hipertensión y DCL

El daño cerebral ocasionado por la exposición prolongada de altas cifras de tensión arterial se ve reflejado en diferentes grados de deterioro cognitivo durante la vejez. El tratamiento y adecuado control de la tensión arterial previene y muchas veces desacelera el deterioro cognitivo leve y más aún la incidencia de demencia entre los pacientes, esto parece deberse al tratamiento específico utilizado en los casos de hipertensión arterial. (López y Jiménez, 2011).

Existe una relación inversa entre HTA y función cognitiva, es decir en relación a déficits cognitivos de suma importancia como por ejemplo: disminución de la atención, reducción en la flexibilidad mental, alteración en la memoria y las habilidades de razonamiento abstracto, además los datos clínicos muestran que entre individuos hipertensos las anormalidades del cerebro son las principales responsables de la disfunción neuropsicológica y por lo tanto conociendo los niveles previos de PA podría ser de gran ayuda para poder identificar y detectar problemas en las funciones cognitivas de forma precoz (Rivas y Gaviria, 2000).

1.2.3.4 Intervención neuropsicológica del deterioro cognitivo

La rehabilitación cognitiva es el conjunto de procedimientos y técnicas que se realizan con la finalidad de alcanzar altos rendimientos intelectuales, adaptabilidad familiar, social y

laboral del individuo que sufren o sufrieron daño cerebral pudiendo ser debido a un trauma, ataque cerebrovascular y/o demencias (Lorenzo y Fontán, 2001).

En la actualidad es una herramienta terapéutica útil para pacientes que tiene alteraciones neuropsicológicas secundarias a daños cerebrales porque mejora y aumenta su desempeño funcional y aumenta la calidad de vida del paciente y a la vez el de su familia. (Carvajal y Restrepo, 2013).

Según Santos y Bausela (2015), señalan que la rehabilitación neuropsicológica tiene por finalidad:

- Favorecer la recuperación de la función en sí misma, de los medios, capacidades y/o habilidades necesarias para alcanzar determinados objetivos y
- Favorecer la recuperación de objetivos, es decir trabajar con el paciente para que pueda volver a alcanzar determinados objetivos a través de diversos medios a los usados antes de la lesión.

En el año 2013, Huckans *et al.* (citado por Jurado, Mataró y Pueyo, 2013, p.222) proponen un modelo provisional rehabilitador a partir de intervenciones en personas con deterioro cognitivo leve (DCL), teniendo como objetivos:

Reducir los síntomas de DCL,

- Enlentecer o prevenir la progresión a demencia o,
- Directamente curar el DCL (incrementando la tasa de conversión de DCL a envejecimiento normal).

Todo esto mediante cuatro aproximaciones posibles según lo propuesto por Huckans *et al.* (citado por Jurado, Mataró y Pueyo, 2013, p.222).

Entrenamiento cognitivo restaurativo, el cual tiene por objetivo mejorar o restaurar las habilidades cognitivas afectadas, aquí generalmente se utiliza la repetición de tareas estructuradas trabajando un dominio cognitivo específico.

Entrenamiento cognitivo compensatorio, el cual tiene por objetivo mejorar la afectación funcional, se usan estrategias compensatorias las cuales pueden ser internas (uso de imágenes o acrónimos para compensar las dificultades de memoria), externas (uso de alarmas o sistemas de navegación) o ambientales (originar espacios de trabajo sin distractores).

Intervenciones en el estilo de vida, las cuales conllevan a mejorar el equilibrio entre los factores de riesgo y los de protección asociados al DCL o a la demencia. La pretensión principal es aumentar el ejercicio físico regular y la participación en actividades cognitivamente estimulantes para así disminuir hábitos que ponen en riesgo la intervención.

Intervenciones psicoterapéuticas, dirigidas a mejorar los síntomas neuropsiquiátricos de depresión, ansiedad, fatiga e insomnio, comunes en el DCL, a través de métodos cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva, los ejercicios de relajación, entre otros).

1.3 Objetivos

1.3.1 General

- Propiciar un mayor desenvolvimiento a nivel cognitivo, conductual y emocional a través del uso de estrategias de restauración para reducir sus déficits cognitivos de memoria a corto plazo verbal y su memoria de trabajo, así como preservar sus áreas conservadas.

1.3.2 Específicos

- Psicoeducación del Deterioro Cognitivo Leve al paciente y a su familia.
- Estimular el proceso de la memoria a corto plazo sobre todo la memoria verbal.
- Estimular las funciones ejecutivas específicamente la memoria de trabajo y las demás capacidades que se encuentren asociadas.

1.4 Justificación

Llegar a la adultez mayor o vejez es un proceso natural el cual nos va a llegar a todos los seres humanos, así mismo con la llegada de esta o incluso con el acercamiento a la adultez

mayor los individuos declinamos en nuestras funciones fisiológicas y sin dejar de lado también en nuestras funciones mentales lo cual trae como consecuencia al deterioro cognitivo, el mismo que implica una disminución en una, algunas o varias de las funciones intelectuales del ser humano antes desarrolladas.

Es por esto que se hace de suma importancia implementar y ejecutar un programa de intervención neuropsicológica para fortalecer las funciones cognitivas del adulto mayor que como en este caso se encuentra asociado a una enfermedad de hipertensión arterial característicos de una declinación de las funciones fisiológicas en el envejecimiento.

Siendo así desde el punto de vista teórico Fernández y De Lima (2016) concluyeron que el entrenamiento cognitivo en personas adultas mayores potenció los elementos de la función ejecutiva, como la capacidad cognitiva estimada, la atención y velocidad de procesamiento, su flexibilidad cognitiva y alternancia de conjuntos cognitivos, así mismo la planificación y resolución de problemas de los participantes de su estudio dando así un sustento para poder llevar a cabo los programas de rehabilitación neuropsicológica para aperturas nuevas líneas de investigación sobre la misma.

Desde el ámbito práctico este programa de rehabilitación neuropsicológica hará que se adquiera nueva información la cual se aportará a la provincia de Lima, específicamente al distrito de Puente Piedra en donde día a día los adultos mayores buscan atenderse en los centros de salud de Puente Piedra y así poder incluir al adulto mayor como una de las prioridades en la ejecución de programas de rehabilitación neuropsicológica y dar impulso a la aparición de estrategias de prevención e intervención del deterioro cognitivo en el adulto mayor en los centros de salud del distrito.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Con la aplicación del presente programa de intervención neuropsicológica se espera tener un alto impacto en primer lugar en nuestra participante adulta mayor de tal manera que

se encuentren mejoras significativas en sus funciones cognitivas que se encuentran mermadas como la memoria a corto plazo y su capacidad para recordar y evocar informaciones del momento y sobre todo que el mismo se ejecute en la población que presenta indicadores de deterioro cognitivo sobre todo dando énfasis en nuestra población adulta mayor que con el pasar del tiempo se incrementa y así poder coadyuvar en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida de los mismos.

II. METODOLOGÍA

El presente trabajo se basa en un enfoque cualitativo de estudio de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015).

2.1 Evaluación neuropsicológica

Se realizó en base a las fases del proceso de evaluación propuesto por Hebben y Milberg (2011)

2.1.1 Planteamiento

2.1.1.1 Técnicas

- Entrevista (paciente y familiar)
- Observación de conducta

2.1.1.2 Instrumentos neuropsicológicos

- Historia clínica
- Escala de Inteligencia de Weschler para adultos WAIS IV
- Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI
- Examen MINI MENTAL de Folstein
- Montreal Cognitive Assessment MOCA
- Test de Alteración de la Memoria T@M
- Test del dibujo del reloj a la orden y copia

Tabla 1*Áreas de Evaluación Neuropsicológica*

Áreas	Objetivo	Instrumento
Intelectual	Determinar el cociente intelectual	Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos WAIS IV
		-Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI -Examen MINI MENTAL de Folstein - Test Montreal Cognitive Assessment MOCA -Test de Alteración de la Memoria T@M
Orientación	Determinar si se encuentra orientada en tiempo, lugar y persona	

		-Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI
		-Examen Cognoscitivo MINI MENTAL
Atención y Concentración	Determinar si existen déficits en atención y concentración	- Test Montreal Cognitive Assessment MOCA -Test del dibujo del reloj a la orden y copia (TRO y TRC)
Gnosia	Determinar si existen alteraciones en el reconocimiento de los objetos a través de los sentidos	-Escala de Inteligencia de Weschler para adultos- WAIS IV - Test Montreal Cognitive Assessment MOCA -Test del dibujo del reloj a la orden y copia (TRO y TRC)

		-Escala de Inteligencia de Weschler para adultos- WAIS IV
		-Examen MINI MENTAL de Folstein
Praxia	Diagnosticar si existe algún déficit en las habilidades motoras adquiridas	-Test del dibujo del reloj a la orden y copia (TRO y TRC)
		-Escala de Inteligencia de Weschler para adultos- WAIS IV
		-Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI
Memoria	Diagnosticar posibles alteraciones en la memoria.	-Test Montreal Cognitive Assessment MOCA -Test de Alteración de la Memoria T@M

		-Examen MINI MENTAL de Folstein
		-Escala de Inteligencia de Weschler para adultos- WAIS IV
Lenguaje	Diagnosticar si existe algún déficit en el lenguaje	-Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI
		-Examen MINI MENTAL de Folstein
		-Test de Alteración de la Memoria T@M
		-Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI
Habilidades visoespaciales	Determinar si existen alteraciones para poder manipular objetos de forma mental	-Test Montreal Cognitive Assessment MOCA

		-Escala de Inteligencia de Weschler para adultos- WAIS IV
		-Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI
Funciones ejecutivas	Determinar si existen alteraciones de las funciones ejecutivas	-Test Montreal Cognitive Assessment MOCA -Test del dibujo del reloj a la orden y copia(TRO y TRC)
Lectura, escritura y cálculo	Diagnosticar alteraciones en las áreas de lectura, escritura y cálculo.	-Escala de Inteligencia de Weschler para adultos- WAIS IV -Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI

-Test del reloj a la orden y
copia (TRO y TRC)

Nota: Elaboración propia

2.1.2 Tiempo

6 sesiones de 45 minutos realizadas los días 8/6; 15/6; 25/6; 30/6; 4/7 y 11/7 del presente año.

2.1.3 Ejecución

2.1.3.1 Historia clínica

a) Motivo de Consulta:

Paciente adulta mayor de 68 años, de sexo femenino, refiere que desde hace más de 1 año tiene olvido de actividades que antes recordaba fácilmente y las cuales también deja a la mitad por los olvidos que tiene, por ejemplo no recuerda qué días tiene citas médicas y tampoco recuerda en dónde deja las mismas, no recuerda en dónde deja sus llaves sobre todo cuando realiza limpieza en hogar, si es que puso la sal a la comida mientras se encuentra cocinando, si es que bajó la llave de la terma al salir de la ducha, además refiere no recordar en dónde deja sus objetos de uso personal como documentos que según refiere los tiene a la mano pero pasan segundos y no recuerda en dónde los puso, así mismo señala tener desmotivación en sus quehaceres diarios, además de dolores de cabeza y desgano al realizar sus actividades y por todo esto es que ella acudió al servicio de Neurología de un centro hospitalario en el mes de Mayo del presente año y se le indicó que se realizara una evaluación neuropsicológica.

b) Presentación de la enfermedad o problema actual:

Paciente adulta mayor de 68 años, de sexo femenino, diagnosticada desde hace poco más de 2 años con HTA por el servicio de Cardiología y actualmente con tratamiento de Losartán de 100 mg. (mañana y noche), Bisoprolol de 5mg. (mañana y noche) y Atorvastatina de 20 mg. (noche), refiere que desde hace más de 1 año aproximadamente tiene olvido de actividades que tiene que desarrollar y que deja a la mitad como por ejemplo apagar la cocina, dejar abierta la puerta de la calle, en muchas ocasiones no encuentra sus llaves y también refiere que algunas veces no recuerda si tomó o no la dosis de sus medicamentos, a su vez indica que siente desgano al realizar sus actividades diarias y dolores de cabeza.

c) Desarrollo cronológico del problema:

Paciente diagnosticada desde Junio del año 2017 con HTA, refiere que empezó a sentir una fuerte opresión en el pecho que no la dejaba respirar lo cual la hizo acudir rápidamente al servicio de emergencia de un hospital cercano en donde le indicaron que su presión arterial se encontraba en 170/80 y la refirieron al servicio de Cardiología, siendo desde esa fecha medicada por la HTA, paciente manifiesta que poco tiempo después, aproximadamente luego de 8 meses empezó a tener olvidos frecuentes de sus objetos personales y también de sus actividades, las cuales no concluía, también señala tener dolores de cabeza a la fecha y desgano unido a fastidio por lo que le rodea y al no poder recordar lo que para ella señala ser tan fácil.

Refiere que su HTA se encuentra controlada pero que durante el transcurso desde su diagnóstico a la fecha ha tenido algunas situaciones en donde ha sentido opresiones en pecho y espalda, dolores de cabeza, pero las cuales han sido esporádicas señala; se encuentra acudiendo a sus citas cardiológicas cada 3 meses y realizándose los exámenes que se le indican como ecocardiograma, holter, mapeo y entre otros, también indica que al inicio la dosis de Losartán fue de 50 mg. (mañana y noche) pero la misma cambió al mes por indicación médica de su cardiólogo siendo desde esa fecha hasta la actualidad de 100 mg. (mañana y noche), Bisoprolol

de 5 mg. (mañana y noche) y Atorvastatina de 20 mg. (noche), también paciente señala que sus estudios para descartar alguna anomalía tiroidea han dado respuesta negativa, así mismo refiere que desde hace más de 1 año aproximadamente tiene olvido de actividades que tiene que desarrollar y que deja a la mitad como por ejemplo apagar la cocina, dejar abierta la puerta de la calle, en muchas ocasiones no encuentra sus llaves y también refiere que algunas veces no recuerda si tomó o no la dosis de sus medicamentos, a su vez indica que siente desgano al realizar sus actividades diarias y dolores de cabeza.

d) Historia Personal:

- **Información demográfica básica:** Paciente vive en el distrito de los Olivos, provincia de Lima, manifiesta vivir en Los Olivos desde que se casó hace 35 años.
- **Historial de nacimiento y del desarrollo:** Paciente manifiesta que nació por parto eutócico a los 9 meses de gestación, parto fue atendido por partera en casa, sin complicaciones, no evidenciando trastornos ni enfermedades graves.
- **Niñez:** Evaluada refiere que a la edad de 5 años sus padres la trajeron a Lima ya que ellos antes vivían en Piura, realizando sus estudios de primaria en el distrito del Cercado de Lima, indica que fue una niña estudiosa, aplicada y responsable, además practicaba deportes como el vóley y atletismo, fue sociable y no tuvo problemas de conducta.
- **Adolescencia:** Indica que durante su adolescencia realizó sus estudios de secundaria en el Cercado de Lima, manteniendo sus altas calificaciones, no repitencia de grado escolar, a su vez siguió practicando deportes y siendo extrovertida con los que la rodeaban.
- **Historial médico:** Paciente indica que sufre de hipertensión arterial desde hace poco más de 2 años aproximadamente y a la fecha se encuentra con tratamiento médico. Niega operaciones, caídas, pérdidas de conocimiento y refiere haber tenido dos partos distócicos.

- **Historial psiquiátrico:** No evidencia trastorno psiquiátrico y niega tratamiento psiquiátrico.
- **Historial educativo:** Paciente realizó estudios de primaria y secundaria en el Centro Educativo Bolognesi del Cercado de Lima, indica no repitencia escolar y haber sido una alumna aplicada, con estudios superiores universitarios y grado de maestría en la carrera de Enfermería por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y con especialidad en Cuidados Críticos en la Universidad del Callao a su vez señala que durante su desarrollo estudiantil no tuvo problemas en las calificaciones ni dificultades en aprendizaje.
- **Historial vocacional y laboral:** Paciente refiere que desde niña sintió la vocación de estudiar la carrera de enfermería profesional, actualmente goza de una estabilidad laboral desde hace 30 años, se siente bien con la carrera y funciones que desempeña en el trabajo actual que es un hospital.
- **Historial legal y/o policial:** Niega cualquier problema legal y/o policial, así como cualquier tipo de denuncias.

e) Historia Familiar:

- **Padre:** Señala que su padre falleció hace 11 años debido a una neumonía intrahospitalaria adquirida en el hospital donde estuvo internado como consecuencia de una fractura de cadera, refiere haber tenido una buena relación con padre el cual siempre la apoyó en sus estudios y por ende ella se hizo cargo de su cuidado desde que tuvo uso de razón y una entrada económica fija, refiere sentir tristeza y labilidad emocional por fallecimiento de su progenitor.
- **Madre:** Señala que su madre falleció hace 5 años madre por estenosis aórtica, refiere que mantuvo una buena relación con madre a la cual cuidó igual que su padre según indica hasta el último día que la acompañaron, así mismo indica que figura materna fue mucho más recta que figura masculina e imponía reglas de conducta en casa,

manifestando sentir tristeza, labilidad emocional y angustia por fallecimiento de figura materna.

- **Hermanos:** Refiere ser la penúltima de 4 hermanos, a su vez indica que sus dos hermanos mayores ya son fallecidos debido a enfermedades de cáncer e HTA, lo cual la torna triste y angustiada, actualmente vive con el menor de sus hermanos, señalando que mantiene una buena relación con todos sus hermanos.
- **Esposo o Pareja Actual:** Evaluada refiere tener 35 años de matrimonio junto a su esposo quien es ingeniero en actividad y con el cual tiene dos hijos varones, además señala llevar una excelente relación con su esposo.
- **Hijos:** Refiere tener dos hijos varones adultos profesionales que se encuentran solteros pero viven fuera de hogar por motivos laborales, además indica que siempre se reúne con ellos los fines de semana o entre semana, manteniendo una buena relación con los mismos.

2.1.3.2 Resultados de pruebas neuropsicológicas y psicológicas

a) Escala de Inteligencia de Weschler para adultos- WAIS IV

La evaluada obtiene un CI Total de 93 ubicándola dentro del promedio normal.

En relación al área de Comprensión verbal, obtiene un puntaje de 106 dentro del promedio normal, evidenciando conservada capacidad para comprender y utilizar el lenguaje verbal, lo cual indica que tiene adecuada cantidad y calidad de conocimiento adquirido.

En relación al área de Razonamiento perceptual, obtiene un puntaje de 93 lo cual se encuentra dentro del promedio normal, evidenciando conservada capacidad para interpretar, organizar y analizar información de forma correcta utilizando referencias visuales y razonamiento abstracto.

En el área de Memoria de trabajo, obtiene un puntaje de 80 el cual se encuentra debajo de lo normal, con baja capacidad para retener y almacenar información a corto plazo.

En el área de Velocidad de trabajo, obtiene un puntaje de 94 dentro del promedio, con adecuada capacidad para discriminar información visual de forma rápida y así mismo para realizar operaciones mentales.

Tabla 2

Resultados de la Escala de Inteligencia de Weschler para adultos- WAIS IV

Índice	Puntuación	Categoría
Comprensión Verbal	106	Normal Promedio
Razonamiento Perceptual	93	Normal Promedio
Memoria de trabajo	80	Normal Bajo
Velocidad de trabajo	94	Normal Promedio
Índice de Escala Total CI	93	Normal Promedio

Nota: Elaboración propia

b) Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI

Obtiene un puntaje total de 77 correspondiente a una categoría de Alteración Leve.

En lo que refiere a la evaluación por cada área cognoscitiva, la evaluada evidencia una conservada orientación en tiempo, persona y espacio con un puntaje de 5 puntos.

En el área de atención y concentración, alcanza un puntaje 20 que se ubica dentro de los parámetros normales con conservada capacidad para la repetición de series de dígitos simples y para realizar restas elementales.

En relación al área de Codificación, obtiene un puntaje de 9 presentando una memoria a corto plazo disminuida pero se observan diferencias en el área viso espacial que se encuentra conservada y a su vez evaluada realiza trazos con suma facilidad.

En relación al área de Lenguaje, el evaluado alcanza un puntaje de 20 lo cual indica que se encuentra dentro de lo normal esperado con adecuada fluidez verbal y capacidad para comprender y expresar pensamientos entre otros.

En el área de lectura alcanza un puntaje de 3 y en escritura un puntaje de 2, lo cual también no evidencia alguna alteración en dichas áreas.

En el área de funciones ejecutivas alcanza un puntaje de 15 siendo capaz de resolver problemas que se le presentan, con adecuada secuenciación motora.

En el área de funciones de evocación, evaluada obtiene un puntaje de 2 que se encuentra por debajo de lo esperado, con disminución de la memoria viso espacial a corto plazo y también en la memoria verbal aún con el uso de claves.

Tabla 3

Resultados de la Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI

Áreas	Puntuación	Interpretación
Orientación	5/6	Normal
Atención y Concentración	20/26	Normal
Codificación	9/18	Déficit
Lenguaje	20/26	Normal

Lectura	3/3	Normal
Escritura	2/2	Normal
Funciones Ejecutivas	15/18	Normal
Funciones de Evocación	2/30	Déficit
Total	76/129	Deterioro Cognitivo Leve

Nota: Elaboración propia

c) Examen MINI MENTAL DE FOLSTEIN

Paciente orientada en tiempo espacio persona, con atención normativa, lenguaje, atención, concentración y percepción viso espacial conservadas, con alteración en la memoria de evocación, obteniendo un puntaje total de 20 correspondiente a Deterioro Cognitivo Leve.

Tabla 4

Resultados del Examen MINI MENTAL DE FOLSTEIN

Áreas	Puntuación	Interpretación
Orientación	8/10	Normal
Registro	0/3	Déficit
Atención y Concentración	4/5	Normal
Recuerdo	0/3	Déficit
Lenguaje	8/9	Normal
Total	20/30	Deterioro Cognitivo Leve

Nota: Elaboración propia

d) Test de Montreal Cognitive Assessment (Moca test)

Paciente orientada en tiempo, espacio y persona con alteración en el recuerdo diferido (1/5), así mismo presenta un leve déficit en atención y en sus capacidades viso espaciales, llegando a obtener un puntaje correspondiente a 24 /30 que la ubica dentro del rango de Deterioro cognitivo Leve.

Tabla 5

Resultados del Test Montreal Cognitive Assessment

Áreas	Puntuación	Interpretación
Visoespacial/Ejecutiva	4/5	Ligero Déficit
Identificación	3/3	Normal
Atención	5/6	Ligero Déficit
Lenguaje	3/3	Normal
Abstracción	2/2	Normal
Recuerdo Diferido	1/5	Déficit
Orientación	6/6	Normal
Total	24/30	Deterioro Cognitivo Leve

Nota: Elaboración propia

e) Test de Alteración de la Memoria (T@M)

Obtiene un puntaje de 32/50 lo que corresponde a la categoría de alteración cognitiva leve. En memoria inmediata obtiene 6 puntos, en memoria de orientación temporal obtiene 5 puntos, en memoria remota semántica obtiene 15 puntos, en memoria de evocación libre obtiene 3 puntos, en memoria de evocación con pistas 3 puntos. Los análisis de sus resultados evidencian déficit en la evocación libre de recuerdos aún usando claves categoriales y también se evidencia una disminución en la memoria inmediata.

La prueba fue realizada en un tiempo total de 5´y 36´´.

Tabla 6

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

Áreas	Puntuación	Interpretación
Memoria Inmediata	6/10	Normal
Memoria de Orientación Temporal	5/5	Normal
Memoria remota semántica	15/15	Normal
Memoria de evocación libre	3/10	Déficit
Memoria de evocación con pistas	3/10	Déficit
Total	32/50	Deterioro Cognitivo Leve

Nota: Elaboración propia

f) Test del dibujo del reloj a la orden (TRO y TRC)

Presenta un puntaje de 15 que la ubica en una categoría Normal, lo cual pone de manifiesto que sus habilidades de praxia constructiva y visoespaciales se encuentran conservadas.

Tabla 7

Resultado de la evaluación del Test del dibujo del reloj a la orden y copia (TRO y TRC)

Test del reloj	Puntuación	Interpretación
A la orden	7	Normal
A la copia	8	Normal
Total	15	Normal

Nota: Elaboración propia

g) Escala de Autovaloración para la Ansiedad y Escala de Autovaloración para la Depresión de Zung

En la Escala de Autovaloración para la Ansiedad, evaluada obtiene un puntaje de 41 el cual le da un diagnóstico de ausencia de ansiedad, ubicándose dentro de los límites normales.

En la Escala de Autovaloración para la Depresión, evaluada obtiene un puntaje de 42 puntos, el cual le da un diagnóstico de ausencia de depresión, ubicándose dentro de los límites normales.

Tabla 8

Resultados de las Escalas de Autovaloración para la Ansiedad de Ansiedad y Depresión de Zung

Escala de Autovaloración	Puntuación	Interpretación
Ansiedad	41	Rango normal
Depresión	42	Rango normal

Nota: Elaboración propia

2.1.4 Análisis Diagnóstico

Tabla 9

Análisis de Diagnóstico según el Modelo Neuropsicológico de Ardila

Sintomático	Etiológico	Topográfico	Sindrómico
-No recordar en dónde deja sus objetos de uso personal. -Olvido de tareas por ejecutar o ya ejecutadas (sal a la comida, dónde puso sus llaves,	-Deterioro Cognitivo Leve de tipo mnésico asociado a Trastorno Cardiovascular. -Paciente diagnosticada desde Junio del año 2017 con HTA,	-Lóbulo frontal del hemisferio izquierdo.	-Alteraciones en la memoria de trabajo. -Alteraciones en la memoria a corto plazo (memoria auditiva)

horario de citas manifiesta que
médicas) luego de 3 meses

-Desmotivación en
sus quehaceres
diarios empezó a tener
olvidos frecuentes
de sus objetos
personales y
también de sus
actividades, las
cuales no concluía.

-En la actualidad se
encuentra
monitoreada y
medicada por el
servicio de
Cardiología con
Losartán de 100
mg. (mañana y
noche), Bisoprolol
de 50 mg. (mañana
y noche) y
Atorvastatina de 20
mg. (noche).

Nota: Elaboración propia

2.1.5 Comunicación de resultados

INFORME NEUROPSICOLÓGICO

a.- Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos : F.E.P.M.

Lugar y fecha de nacimiento : Piura, 17/09/51

Género : Femenino

Estado Civil : Casada

Lateralidad : Diestra

Grado de Instrucción : Superior

Lengua materna : Castellano

N° de hermanos : 4

N° de hijos : 2

Ocupación : Enfermera

Informantes : La misma y esposo

Fechas de la evaluación : 8/6; 15/6; 25/6; 30/6; 4/7 y 11/7

Evaluada : Ps. Gyssela Nieves Gonzales Peña

Referencia (quién solicita la evaluación) : La misma

b.- Motivo de Consulta:

Paciente adulta mayor de 68 años, de sexo femenino, refiere que desde hace más de 1 año tiene olvido de actividades que antes recordaba fácilmente y las cuales también deja a la mitad por los olvidos que tiene, por ejemplo no recuerda qué días tiene citas médicas y tampoco recuerda en dónde deja las mismas, no recuerda en dónde deja sus llaves sobre todo cuando realiza limpieza en hogar, si es que puso la sal a la comida mientras se encuentra cocinando, si es que bajó la llave de la terma al salir de la ducha, además refiere no recordar en dónde deja sus objetos de uso personal como documentos que según refiere los tiene a la mano pero pasan segundos y no recuerda en dónde los puso, así mismo señala tener desmotivación en sus quehaceres diarios, además de dolores de cabeza y desgano al realizar sus actividades y por todo esto es que ella acudió al servicio de Neurología de un centro hospitalario en el mes de Mayo del presente año y se le indicó que se realizara una evaluación neuropsicológica.

c.- Observación de Conducta

Se evalúa a paciente adulta mayor de sexo femenino, de 68 años, de tez trigueña, estatura de acorde a su edad cronológica y contextura gruesa, de cabello corto y ensortijado.

Paciente se muestra en adecuada presentación y aseo personal, locuaz con discurso largo y con capacidad de entender y producir habla conversacional, cooperadora, en estado de alerta ante las preguntas, se muestra lúcida, orientada en tiempo, lugar y persona durante el proceso de evaluación, sin indicadores psicopatológicos que la imposibiliten de percibir y discriminar la realidad, lábil emocionalmente al narrar los problemas que tiene con los problemas de memoria que actualmente tiene, además de recordar a familiares fallecidos, por momentos se denota que energía de paciente baja pero rápidamente esto pasa teniendo buena predisposición para el desarrollo de la evaluación.

d.- Técnicas e Instrumentos aplicados:

Técnicas

- Entrevista Psicológica al paciente
- Entrevista Psicológica a esposo de paciente
- Observación de Conducta.

Instrumentos

- Anamnesis
- Escala de Inteligencia de Weschler para adultos WAIS IV
- Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI
- Examen MINI MENTAL de Folstein
- Test Montreal Cognitive Assessment MOCA
- Test de Alteración de la Memoria T@M
- Test del dibujo del reloj a la orden y copia
- Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung
- Escala de Autovaloración de Depresión de Zung

e.- Análisis e Interpretación de Resultados

Área Intelectual:

La evaluada obtiene un CI Total de 93 ubicándola dentro del promedio normal.

En relación al área de Comprensión verbal, obtiene un puntaje de 106 dentro del promedio normal, evidenciando conservada capacidad para comprender y utilizar el lenguaje verbal, lo cual indica que tiene adecuada cantidad y calidad de conocimiento adquirido.

En relación al área de Razonamiento perceptual, obtiene un puntaje de 93 lo cual se encuentra dentro del promedio normal, evidenciando conservada capacidad para interpretar,

organizar y analizar información de forma correcta utilizando referencias visuales y razonamiento abstracto.

En el área de Memoria de trabajo, obtiene un puntaje de 82 el cual se encuentra debajo de lo normal, con baja capacidad para retener y almacenar información a corto plazo.

En el área de Velocidad de trabajo, obtiene un puntaje de 94 dentro del promedio, con adecuada capacidad para discriminar información visual de forma rápida y así mismo para realizar operaciones mentales.

Área Neuropsicológica:

Orientación: Paciente orientada en persona, lugar y tiempo.

Atención y Concentración:

Selectiva: Adecuada capacidad para atender a un estímulo discriminando a otros que se encuentran alrededor.

Sostenida: Adecuada capacidad para atender a un estímulo durante un largo período de tiempo.

Dividida: Adecuada capacidad para atender a diferentes tareas al mismo tiempo.

Alternativa: Conservada capacidad para cambiar el foco atencional de una tarea a otra, puede alternar con facilidad de una tarea a otra.

Velocidad de procesamiento: Adecuada capacidad para realizar de forma fluida tareas simples y ya aprendidas.

Capacidad de concentración: Conservada, con adecuada capacidad para poder atender estímulos y concentrarse en ellos.

Gnosias:

Visuales: Conservada capacidad para reconocer de forma visual diversos estímulos como caras, objetos, colores y formas, a su vez para darles un significado.

Auditivas: Conservada capacidad de reconocer de forma auditiva diversos sonidos.

Táctiles: Adecuada capacidad para reconocer mediante el tacto diferentes objetos como por ejemplo una hoja bond.

Habilidades visoespaciales: Adecuada capacidad para poder reproducir, distinguir y emplear objetos mentalmente.

Praxias:

Praxias ideomotoras: Adecuada capacidad para realizar movimientos simples de forma intencionada.

Praxias ideatorias: Adecuada capacidad para manipular objetos mediante una secuencia de gestos, conociendo al objeto en su función, con conocimiento de lo que va a realizar además de la secuencia serial de la acción a realizar.

Praxias faciales: Adecuada capacidad para realizar de manera voluntaria gestos con diversas partes del rostro: ojos, labios, etc.

Praxias visoconstructivas: Adecuada capacidad para poder ensamblar y construir objetos.

Lenguaje:

Espontáneo: Su lenguaje es adecuado y se encuentra conservado, se denota facilidad de palabras y espontaneidad de las mismas.

Comprensivo: Su lenguaje es de acuerdo a edad y nivel cultural.

Expresivo: Su lenguaje no presenta alteraciones al momento de ser expresado.

Lectura: Sin alteraciones en el discurso, con adecuada pausa.

Escritura: Sin alteraciones, ni omisiones de letras y/o palabras.

Articulatorio: Sin problemas de articulación de palabras.

Memoria:

Corto plazo:

- **Visual:** Conservada capacidad mnésica visual inmediata, con adecuada capacidad para poder recordar imágenes que se le presentan.
- **Auditiva:** Disminuida capacidad para poder codificar almacenar y evocar a corto plazo información auditiva.

Largo plazo

- **Implícita (Memoria Semántica):** Adecuada capacidad para recibir y transmitir información de conceptos nuevos.
- **Explícita (Memoria Episódica):** Conservada capacidad mnésica para la evocación voluntaria y espontánea de experiencias vividas propias y personales.
- **Procedimental:** Conservada capacidad en sus habilidades perceptivas, motoras y cognitivas ya adquiridas que se manifiestan mediante sus acciones.

Cálculo: Con adecuada capacidad para resolver problemas de cálculo y razonamiento, se encuentran conservados.

Funciones Ejecutivas:

Memoria de Trabajo: Disminuida capacidad mnésica para almacenar una información temporalmente sobre todo en un corto plazo, así mismo evaluada presenta déficits para la evocación de informaciones del momento.

Fluidez verbal y fonológica: Presenta una adecuada velocidad en el habla, llegando a manifestar lo que desea de forma correcta con los correctos sonidos fonológicos.

Flexibilidad cognitiva: Presenta conservada habilidad para realizar cambios en algo que ya estaba previamente planeado, con adecuada adaptación a las circunstancias de su entorno.

Control inhibitorio: Conservada capacidad para ignorar información irrelevante en la ejecución de una tarea.

Toma de decisiones: Conservada capacidad para realizar una elección entre diversas alternativas que se le presentan, tomando en cuenta las consecuencias de las mismas.

Razonamiento: Conservada capacidad para resolver problemas que se le presentan de forma consciente y estableciendo causas y orígenes entre las mismas.

Planificación: Adecuada capacidad para organizar métodos, generar y desarrollar objetivos, anticipándose a las consecuencias de los mismos.

Área Emocional:

Después de las pruebas aplicadas en relación a depresión y ansiedad a nivel cuantitativo no presenta indicadores depresivos ni ansiosos, en cuanto a sus rasgos de personalidad paciente muestra angustia y preocupación por olvidos frecuentes que tiene de memoria, lábil emocionalmente y con tristeza por recuerdos de familiares fallecidos, lo cual la torna sensible emocionalmente al recordarlos, pero con adecuada capacidad de afronte y asimilación ante estos hechos acontecidos.

f.- Conclusión Diagnóstica:

Área Intelectual:

Evaluada obtiene un CI Total de 93 ubicándola dentro del promedio normal.

En el área de Comprensión verbal, presenta un puntaje de 106 ubicándola dentro del promedio normal, en el área de Velocidad de trabajo obtiene un puntaje de 94 lo cual también la ubica dentro del promedio, así como también en el área de Razonamiento perceptual obtiene un puntaje de 93 ubicándola dentro del promedio normal, pero evidencia déficit en el área de Memoria con un puntaje de 80 el cual se encuentra debajo de lo normal esperado, con baja capacidad para retener y almacenar información a corto plazo.

Área Neuropsicológica:

Evaluada se encuentra orientada en tiempo, lugar y persona, con adecuada capacidad de atención y concentración, con adecuado lenguaje, no evidenciando alteraciones en gnosis ni praxias ni en el área de cálculo.

También presenta adecuada memoria a largo plazo y su memoria visual a corto plazo también se encuentra conservada, a su vez evaluada cuenta con adecuado control inhibitorio, razonamiento, planificación en tareas, razonamiento y toma de decisiones, pero se evidencian déficits en memoria de trabajo y en memoria verbal a corto plazo.

Área Emocional:

Evaluada no presenta indicadores de depresión ni de ansiedad, pero sí demuestra preocupación y angustia por problemas de memoria los cuales señala presentar desde hace más de un año, a su vez evaluada presenta labilidad emocional y tristeza al recordar vivencias significativas para ella como el fallecimiento de sus padres y hermanos.

Por todo lo anteriormente descrito, evaluada presenta Deterioro Cognitivo Leve con predominio mnémico evidenciando un déficit en la memoria a corto plazo verbal ya que no es capaz de codificar, retener y evocar información auditiva que se le presenta y a su vez presenta

dificultad en memoria de trabajo evidenciando déficits para el almacenamiento de información en un corto plazo.

g.- Sugerencias:

Para la examinada:

- Insertarse en un programa de rehabilitación neuropsicológica para trabajar y estimular la memoria a corto plazo.
- Insertarse en un programa de rehabilitación neuropsicológica para trabajar y estimular la memoria de trabajo.
- Estimular áreas que se mantienen conservadas tales como lenguaje, atención, concentración.
- Insertarse en actividades de entretenimiento u ocio en programas de adultos mayores.
- Evaluación y control en el servicio de Neuropsicología cada seis meses.
- Reevaluación y control por el servicio de Neurología.

Para la Familia:

- Orientación y terapia psicológica familiar.
- Apoyo en brindar soporte emocional y confort a evaluada.
- Apoyo en actividades de entretenimiento u ocio de evaluada.
- Apoyo en actividades y/o tareas dejadas en el programa de rehabilitación neuropsicológica.

2.2 Programa de rehabilitación neuropsicológica

a.- Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos : F.E.P.M.

Lugar y fecha de nacimiento : Piura, 17/09/51

Género	:	Femenino
Estado Civil	:	Casada
Lateralidad	:	Diestra
Grado de Instrucción	:	Superior
Lengua materna	:	Castellano
N° de hermanos	:	5
N° de hijos	:	2
Ocupación	:	Enfermera
Informantes	:	La misma y esposo
Fechas de la evaluación	:	8/6; 15/6; 25/6; 30/6; 4/7 y 11/7
Evaluadora	:	Ps. Gyssela Nieves Gonzales Peña
Referencia (quién solicita la evaluación)	:	La misma

b.- Diagnóstico Neurológico:

Paciente adulta mayor de 68 años, de sexo femenino, refiere que acude al servicio de Neurología de un centro hospitalario ya que desde hace más de 1 año tiene olvido de actividades que antes recordaba fácilmente y las cuales también deja a la mitad por los olvidos que tiene, no recordando actividades básicas y tampoco si terminó de realizar una actividad la cual se encontraba desarrollando, por ejemplo si puso el toque exacto de sal mientras se encuentra cocinando, no sabe dónde deja las llaves de la puerta de su casa, no recuerda donde dejó sus citas médicas, aún cuando las tiene a su vista momentos antes de tener este olvido así mismo

indica tener dolores de cabeza. Por todo lo antes mencionado es que evaluada precisa que especialista Neurólogo le solicita una evaluación neuropsicológica.

c.- Motivo De Intervención

Se establece el programa de rehabilitación neuropsicológica debido a que evaluada presenta:

- Déficit en memoria de trabajo.
- Déficit en memoria a corto plazo verbal.

Paciente refiere que desde hace más de 1 año aproximadamente tiene olvido de actividades que tiene que desarrollar y que deja a la mitad como por ejemplo apagar la cocina, dejar abierta la puerta de la calle, en muchas ocasiones no encuentra sus llaves y también refiere que algunas veces no recuerda si tomó o no la dosis de sus medicamentos, a su vez indica que siente desgano al realizar sus actividades diarias y dolores de cabeza.

d.- Evaluación Neuropsicológica

- Anamnesis
- Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos WAIS - IV
- Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI
- Examen MINI MENTAL de Folstein
- Test de Alteración de la Memoria T@M
- Test Montreal Cognitive Assessment MOCA
- Test del dibujo del reloj A la orden
- Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung

- Escala de Autovaloración de Depresión de Zung

e.- Diagnóstico según Ardila (2009):

Sintomático

- No recordar en dónde deja sus objetos de uso personal.
- Olvido de tareas por ejecutar o ya ejecutadas (sal a la comida, dónde puso sus llaves, horario de citas médicas).
- Desmotivación en sus quehaceres diarios.
- Dolores de cabeza y desgano al realizar sus actividades.

Etiológico

- Deterioro Cognitivo Leve de tipo mnésico asociado a Trastorno Cardiovascular. Paciente diagnosticada desde Junio del año 2017 con HTA, manifiesta que luego de 3 meses empezó a tener olvidos frecuentes de sus objetos personales y también de sus actividades, las cuales no concluía.
- En la actualidad se encuentra monitoreada y medicada por el servicio de Cardiología con Losartán de 100 mg. (mañana y noche), Bisoprolol de 50 mg. (mañana y noche) y Atorvastatina de 20 mg. (noche).

Topográfico

- Lóbulo frontal del hemisferio izquierdo.

Sindrómico

- Alteraciones en la memoria de trabajo.
- Alteraciones en la memoria a corto plazo (memoria auditiva).

f.- Fortalezas y Debilidades

Tabla 10

Fortalezas y Debilidades de paciente evaluada

Fortalezas	Debilidades
Orientación	
Memoria a largo plazo	Alteración de la memoria de trabajo
Atención y concentración	Déficit en la memoria a corto plazo
Lenguaje	(auditiva)
Gnosias y praxias	
Habilidades visoespaciales	
Lectura y escritura	
Soporte familiar	

Nota: Elaboración propia

g.- Objetivos:

Objetivo General:

- Propiciar un mayor desenvolvimiento a nivel cognitivo, conductual y emocional a través del uso de estrategias de restauración para reducir sus déficits cognitivos de memoria a corto plazo verbal y su memoria de trabajo, así como preservar sus áreas conservadas.

Objetivos Específicos:

- Psicoeducación del Deterioro Cognitivo Leve al paciente y a su familia.
- Estimular el proceso de la memoria a corto plazo sobre todo la memoria verbal.

- Estimular las funciones ejecutivas específicamente la memoria de trabajo y las demás capacidades que se encuentren asociadas.

Se ejecutaron estrategias mnemotécnicas para compensar los déficits de memoria de trabajo y a corto plazo verbal, a través de la ejecución del programa de rehabilitación neuropsicológico el cual estuvo conformado por 10 sesiones de 45 minutos cada una.

Las sesiones del programa de rehabilitación neuropsicológica del presente estudio de caso se encuentran plasmados en los anexos 1 hasta el 21, siendo los 10 primeros el desarrollo de las sesiones del programa y a partir del anexo 11 en adelante el material trabajado en cada sesión y también por cada área trabajada, además se muestra el consentimiento informado de la evaluada.

III.- RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados pre test y post test luego de culminar las sesiones programadas.

Tabla 11

Resultados de Pre y Pos test de Pruebas Neuropsicológicas Aplicadas

Área explorada	Prueba neuropsicológica	Pre test	Pos test
Orientación	Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI	5 Normal	5 Normal
	Examen MENTAL de Folstein	8 Normal	8 Normal
	Test Montreal Cognitivo	6 Normal	6 Normal
	Assessment MOCA	5 Normal	5 Normal

	Test de Alteración de la Memoria T@M		
Atención y Concentración	Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI	20 Normal	21 Normal
	Examen MINI MENTAL de Folstein	4 Normal	4 Normal
	Test Montreal Cognitive Assessment MOCA	6 Normal	6 Normal
Lenguaje	Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI	20 Normal	21 Normal
		8 Normal	8 Normal

Memoria	Examen	MINI		
	MENTAL	de	3 Normal	3 Normal
	Folstein			
	Test	Montreal		
	Cognitive			
	Assessment MOCA		Funciones de evocación	Funciones de
			2 Déficit	Evocación 19
				Bajo
	Escala	de		Codificación: 14
	Evaluación		Codificación: 9 Déficit	Normal
Neuropsicológica				
Breve en Español			Registro: 2	
NEUROPSI		Registro: 0 Déficit	Normal	
		Recuerdo: 0 Déficit	Recuerdo: 2	
			Normal	
Examen	MINI			
MENTAL	de	Recuerdo diferido: 1	Recuerdo	
Folstein		Déficit	diferido: 7 Bajo	
		Identificación: 3 Normal	Identificación: 3	
Test	Montreal		Normal	
Cognitive			Memoria	
Assessment MOCA		Memoria Inmediata: 6	Inmediata: 6	
			Memoria Remota:	
		Memoria Remota: 15	15	

	Test de Alteración de la Memoria T@M		
		Memoria de evocación libre: 3	Memoria de evocación libre: 6 Bajo
		Memoria de evocación con pistas: 3	Memoria de evocación con pistas: 7 Bajo
	Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI		
Lectura		3 Normal	
	Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI		3 Normal
Escritura		3 Normal	
	Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI		3 Normal
Funciones Ejecutivas			

	Escala de 15 Normal	15 Normal
	Evaluación Neuropsicológica Breve en Español	
Praxias	NEUROPSI	15 Normal
		15 Normal
	<i>Test del dibujo del reloj a la orden (TRO y TRC)</i>	3 Normal
		3 Normal
Visoespacial	Test Montreal Cognitive Assessment MOCA	15 Normal
		15 Normal
	<i>Test del dibujo del reloj a la orden (TRO y TRC)</i>	1 Bajo
		1 Bajo
	Test Montreal Cognitive Assessment MOCA	

Nota: Elaboración propia

Luego de aplicadas las pruebas en el pre test, se evidenció que la evaluada presentaba déficits cognitivos en la memoria a corto plazo de tipo verbal y en memoria de trabajo, luego de ejecutado el programa de rehabilitación neuropsicológica se evidenciaron cambios significativos en sus funciones mnésicas.

Así mismo los resultados encontrados en el programa son similares a lo reportado por Martínez (2018) quien desarrolló un programa de “Estimulación Cognitiva para Adultos” en Guatemala, orientado a adultos mayores de 60 a 85 años hallándose en el mismo diferencias reveladoras mejoras en las áreas viso espaciales, de memoria, de reconocimiento de palabras y figuras en los participantes después de aplicado del programa.

Así también en nuestro medio, Luperdi (2019) realizó un estudio de caso sobre la plasticidad, la reserva cerebral y los principios de rehabilitación neuropsicológica en un adulto mayor de 76 años, el cual presentaba deterioro cognitivo leve, hipertensión y diabetes mellitus, desarrollando un programa en 12 sesiones con el tiempo de 45 minutos cada una y entre sus principales resultados se puede indicar que fue un tratamiento eficiente en un 75 % en el tratamiento de los déficits cognitivos de atención, concentración, memoria y lenguaje, los cuales se asemejan a lo encontrado en el presente trabajo académico.

IV. CONCLUSIONES

- Existe una relación inversa entre HTA y función cognitiva por el daño cerebral debido a la hipertensión arterial.
- El tratamiento y adecuado control de la tensión arterial previene y muchas veces desacelera el deterioro cognitivo leve.
- En relación a la evaluación neuropsicológica se encontró que la evaluada presenta Deterioro Cognitivo Leve con predominio mnémico evidenciando mayores deficiencias en su memoria a corto plazo verbal y memoria de trabajo.
- En relación a la rehabilitación neuropsicológica se evidenció que la evaluada tuvo una recuperación significativa en sus déficits cognitivos relacionados a la memoria de trabajo y memoria a corto plazo verbal.
- La Psicoeducación a la familia sobre el DCL es de suma importancia ya que la familia cumple un rol fundamental en la rehabilitación neuropsicológica porque es el soporte y motivación del paciente para el cumplimiento de sus objetivos en el programa de rehabilitación.
- El reforzamiento constante de la memoria a corto plazo de tipo verbal y de la memoria de trabajo a través de las sesiones ejecutadas durante la ejecución del programa de rehabilitación neuropsicológica dieron resultados favorables para el mantenimiento y recuperación de los procesos afectados.

V. RECOMENDACIONES

- Mantener las sesiones de trabajo en un programa de rehabilitación neuropsicológica a través de estrategias de restauración para reducir sus déficits cognitivos de memoria a corto plazo verbal y memoria de trabajo.
- Evaluación y control constante a evaluada por el área de Neurología.
- Evaluación neuropsicológica después de 6 meses de aplicado el programa para conocer el mantenimiento de los procesos cognitivos estimulados.
- Que evaluada se inserte en actividades recreativas con sus pares.
- Se recomienda brindar Psicoeducación a la familia sobre deterioro cognitivo leve e hipertensión arterial y así mismo de las actividades de estimulación cognitiva en memoria de trabajo y memoria a corto plazo verbal.
- Apoyo y soporte emocional adecuado de grupo familiar con paciente evaluada para que así pueda fortalecer sus logros en el proceso de rehabilitación de los procesos cognitivos con déficits.
- Se recomienda seguir realizando investigaciones y programas de rehabilitación neuropsicológica en pacientes con DCL asociada a alguna patología para poder aportar nuevos conocimientos y así mismo mejorar la calidad de vida de paciente cooperando en la mejora y mantenimiento de sus funciones cognitivas mermadas.

VI. REFERENCIAS

- Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. *Gerokomos*, 25(2), 55-62. doi:10.4321/S1134-928X2014000200002
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. México: Medica Panamericana.
- Berenguer, L. (2016). Algunas consideraciones sobre la Hipertensión Arterial. *Medison*, 20 (11), 2434-2438. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015
- Borrás, C. y Viña, J. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(1), 3-6. Recuperado de <https://medes.com/publication/114993>
- Carvajal, J. y Restrepo, A. (2013). Fundamentos teóricos y estrategias de intervención en la rehabilitación neuropsicológica en adultos con daño cerebral adquirido. *Revista CES Psicología*, 6(2), 133-148. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v6n2/v6n2a10.pdf>
- Cerrillo, S. (2019). *Programa de Rehabilitación Neuropsicológica en una paciente geronto con Deterioro Cognitivo Leve e Hipotiroidismo*. (Trabajo académico, Universidad Nacional Federico Villarreal). Recuperado de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3580/UNFV_%20CERRILLO_%20QUISPE_SUCET_%20ALEXSANDRA_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Custodio, N., Lira, D., Herrera, E., Montesinos, R. Linares, J., y BendeZú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/>
- Chuquipul Mendoza, P. y Izaguirre Martin, C. (2018). *Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa Los Reyes, Ventanilla 2018*. (Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener). Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2575/TESIS%20Chuquipul%20Pamela%20-%20Izaguirre%20Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Delgado, L. (2014). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. Madrid: Escolar y Mayo Editores.
- Facundo, M. (2010). Deterioro Cognitivo Leve. *Acta Neurológica Colombiana*, 26(3), 7-12. Recuperado de https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_7-12.pdf
- Fernandes, R. y De Lima, I. (2016). El Entrenamiento Cognitivo en los Ancianos y Efectos en las Funciones Cognitivas. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 177-197. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79847072008.pdf>
- Fernández - Ballesteros, R. (2001). Psicología y envejecimiento: retos internacionales en el siglo XXI. *Psychosocial Intervention*, 10(3), 277-284. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818268003>
- García, S. (2015). Eficacia de un Programa de Estimulación Cognitiva en un grupo de personas con probable Enfermedad de Alzheimer en fase leve. *Revista de Discapacidad Clínica y Neurociencias*, 2(1), 24-38. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5651634>
- Gazula, J. y Cavero, M. (2006). Glutamato y enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 42(7), 427-432. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/efc1/681c03d5bfcccb92be4d25bcf3925cf322ad.pdf>

- Gich, F. (2013). *Projecte EM-Line!: Programa de rehabilitación cognitiva para pacientes afectados de esclerosis múltiple*. (Tesis doctoral, Universitat de Girona). Recuperado de <https://www.tdx.cat/handle/10803/362662>
- Guevara, E. (2015). *Influencia de la Reserva Cognitiva sobre la Función Cognitiva en Pacientes con Enfermedad de Parkinson en dos Hospitales de Lima. Abril – Setiembre del 2013*. (Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4305>
- Hebben, N. y Milberg, W. (2011). *Fundamentos para la Evaluación Neuropsicológica*. México: Manual Moderno.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). *Situación de la Población Adulta Mayor. Informe Técnico 3*. Recuperado de <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
- Jara, M. (2007). *La Estimulación Cognitiva en personas adultos mayores*. *Revista Cúpula*, 1-11. Recuperado de <http://docplayer.es/15849651-La-estimulacion-cognitiva-en-personasadultas-mayores-licda-marisol-jara-madrigalpsicologa.html?cv=1&sessionid=dac4050b4a1e52f809ae1ce41474deb9>
- Jurado, A., Mataró M., y Pueyo, R. (2013) *Neuropsicología de las enfermedades Neurodegenerativas*. Madrid, España: Síntesis.
- Knopman D. y Petersen, R. (2014). Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia: A Clinical Perspective. *Mayo Clinic Proceedings*, 89 (10) 1452-1459. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.06.019>
- León, E. y León, G. (2018). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). *Revista Cumbres*, 4 (1), 9-16. Recuperado de <http://investigacion.utmachala.edu.ec/>

- López, A. y Jiménez, J. (2011). La hipertensión arterial como factor de riesgo para el deterioro cognitivo en la vejez: estudio de revisión. *Psicogeriatría* 3 (1), 19-28. Recuperado de https://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0301/PSICO_0301_019_R_2610028_Lopez.pdf
- Lorenzo, J. y Fontán, L. (2001). La rehabilitación de los trastornos cognitivos. *Revista Médica de Uruguay*, 17 (2), 133-139. Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/2001v2/art8>
- Luperdi, I. (2019). *Estimulación Cognitiva de la Memoria en Deterioro Cognitivo Leve*. (Trabajo académico, Universidad Nacional Federico Villarreal). Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3341>
- Martínez Chay, D. (2018). *Eficiencia del Programa Estimulación Cognitiva para Adultos, en el Incremento del Funcionamiento Cognitivo de Adultos Mayores del Centro de Atención Mis Dorados*. (Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar). Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Martinez-Damaris.pdf>
- Mavrodaris, A., Powell, J., y Thorogood, M. (2013). La prevalencia de la demencia y el deterioro cognitivo en las personas mayores en el África subsahariana: una revisión sistemática. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 91 (10), 717-796. Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-118422-ab/es/>
- Mogollón, E. (2014). Una propuesta cognitiva para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Revista Electrónica Educare (Educare Electronic Journal)*, 18 (2), 1-17. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873>
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *CIE -10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima Edición. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.

- Ministerio de Salud del Perú (2015). *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva*. Recuperado de [file:///C:/Users/User/Downloads/RM%20031%20-%20GPC%20Diagnostico%20Tratamiento%20Enfermedad%20HTA%202015%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/RM%20031%20-%20GPC%20Diagnostico%20Tratamiento%20Enfermedad%20HTA%202015%20(3).pdf)
- United Nations Department of Public Information (2019). *Creciendo a un ritmo menor, se espera que la población mundial alcanzará 9.700 millones en 2050 y un máximo de casi 11.000 millones alrededor de 2100: Informe de la ONU. Comunicado de Prensa*. Recuperado de https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf
- Rivas, J., y Gaviria, M. (2000). *Hipertensión arterial y Déficit cognitivo*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (2), 105-117. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629201>
- Román, F. y Sánchez, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, 14 (1), 27-43. Recuperado de <https://www.researchgate.net/>
- Romaní, I. (2019). *Deterioro Cognitivo Leve de Tipo Amnésico en Adulto Mayor con Enfermedad de Parkinson*. (Trabajo académico, Universidad Nacional Federico Villarreal). Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3399>
- Santos, J. y Bausela, E. (2015), Rehabilitación Neuropsicológica. *Papeles de Psicólogo*, 26 (90), 15-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809003>
- Sellén, J. (2008). *Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y Control*. (Tesis doctoral Hospital General Calixto García. Facultad de Ciencias Médicas). Recuperado de <http://files.sld.cu/hta/files/2009/12/libro-de-sellen-hipertension-arterial.pdf>

- Toledano, A., Álvarez, M., y Toledano - Díaz, T. (2014). Envejecimiento cerebral normal y patológico: continuum fisiopatológico o dualidad de procesos involutivos. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 80 (3), 500-539. Recuperado de <https://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1481/1597>
- Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M., y Méndez, F. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 17 (2), 37 - 42. Recuperado de <http://medicinainterna.org.pe/>
- Velilla, L., Soto, E., y Pineda, D. (2010). Efectos de un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5 (3), 185-198. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/>

VII. ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 12

Sesión N° 1

Fecha	Sesión	Proceso Cognitivo Trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultados
		Memoria de Trabajo	Buscar 7 palabras en sopa de letras	-Ejercitar la memoria y así poder evocar hechos y tareas actuales	Se logró un 57% durante la sesión.
05/08/19	1	Memoria auditiva	Memorizar trabalenguas	Ejercitar la memoria auditiva para poder potenciar su capacidad de almacenamiento y evocación de información auditiva	Se logró un 50% durante la sesión

Nota: Elaboración propia

Conclusión de la sesión: Al finalizar la sesión el paciente culminó con las actividades planeadas, en el primer ejercicio logró encontrar 5 palabras de las 7 que se le dieron de consigna y en el segundo ejercicio se logró el 50% de almacenamiento y evocación del trabalenguas que se dejó como consigna.

ANEXO 2

Tabla 13

Sesión N° 2

Fecha	Sesión	Proceso Cognitivo Trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultados
		Memoria de Trabajo	Ordenar en alfabético 20 grupos de palabras que se le mencionan.	Ejercitar memoria y poder evocar hechos y tareas actuales	Se logró un 50% durante la sesión.
08/08/19	2	Memoria auditiva	Memorizar canciones	Ejercitar memoria auditiva para poder potenciar su capacidad de almacenamiento y evocación de información auditiva	Se logró un 60% durante la sesión

Nota: Elaboración propia

Conclusión de la sesión: Al finalizar la sesión el paciente culminó con las actividades planeadas, en el primer ejercicio logró ordenar alfabéticamente sin errores 10 de 20 grupos de palabras que se le mencionan y en el segundo ejercicio se logró el 60% de almacenamiento y evocación de la canción que se le enseñó.

ANEXO 3

Tabla 14

Sesión N° 3

Fecha	Sesión	Proceso Cognitivo Trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultados
		Memoria de Trabajo	Deletrear de forma inversa 20 grupos de palabras que se le mencionan	Ejercitar la memoria y así poder evocar hechos y tareas actuales	Se logró un 60% durante la sesión.
12/08/19	3	Memoria auditiva	Repetición de secuencias de palabras que recuerde luego de haberlas escuchado	Ejercitar la memoria auditiva para poder potenciar su capacidad de almacenamiento y evocación de información auditiva	Se logró un 60% durante la sesión

Nota: Elaboración propia

Conclusión de la sesión: Al finalizar la sesión el paciente culminó con las actividades planeadas, en el primer ejercicio logró deletrear en forma correcta sin errores 12 de los 20 grupos de palabras que se le mencionan y en el segundo ejercicio se logró el 50% de almacenamiento y evocación del trabalenguas que se dejó como consigna.

ANEXO 4

Tabla 15

Sesión N° 4

Fecha	Sesión	Proceso Cognitivo Trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultados
		Memoria de Trabajo	Encontrar diferencias entre dos dibujos prácticamente iguales	Ejercitar memoria y poder evocar hechos y tareas actuales	Se logró un 60% de la sesión.
15/08/19	4	Memoria auditiva	Escribir palabras que recuerde después de dar lectura a un grupo de palabras	Ejercitar memoria auditiva para poder potenciar su capacidad de almacenamiento y evocación de información auditiva	Se logró un 60% durante la sesión

Nota: Elaboración propia

Conclusión de la sesión: Al finalizar la sesión el paciente culminó con las actividades planeadas, en el primer ejercicio logró encontrar 6 de las 10 diferencias en dos dibujos prácticamente iguales y en el segundo ejercicio se logró que evaluada escriba 12 de las palabras que se le mencionaron.

ANEXO 5

Tabla 16

Sesión N° 5

Fecha	Sesión	Proceso Cognitivo Trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultados
		Memoria de Trabajo	Deletrear números en orden inverso (2; 3 y 4 cifras)	Ejercitar memoria y poder evocar hechos y tareas actuales	Se logró un 60% durante la sesión.
19/08/19	5	Memoria auditiva	Repetición de una serie de frases que se le mencionan	Ejercitar memoria auditiva para poder potenciar su capacidad de almacenamiento y evocación de información auditiva	Se logró un 70% durante la sesión

Nota: Elaboración propia

Conclusión de la sesión: Al finalizar la sesión el paciente culminó con las actividades planeadas, en el primer ejercicio logró deletrear en orden inverso 6 grupos de números que se le mencionan y en el segundo ejercicio se logró que evaluada repita 7 frases de las 10 que se le mencionaron.

ANEXO 6

Tabla 17

Sesión N° 6

Fecha	Sesión	Proceso Cognitivo Trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultados
		Memoria de Trabajo	Repetición de frases en forma inversa	Ejercitar la memoria y así poder evocar hechos y tareas actuales	Se logró un 70% durante la sesión.
22/08/19	6	Memoria auditiva	Memorizar una poesía	Ejercitar la memoria auditiva para poder potenciar su capacidad de almacenamiento y evocación de información auditiva	Se logró un 70% durante la sesión

Nota: Elaboración propia

Conclusión de la sesión: Al finalizar la sesión el paciente culminó con las actividades planeadas, en el primer ejercicio logró encontrar 7 de las 10 frases que se le repitieron y en el segundo ejercicio se logró el 70% de almacenamiento y evocación de la poesía que se le enseñó.

ANEXO 7

Tabla 18

Sesión N° 7

Fecha	Sesión	Proceso Cognitivo Trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultados
		Memoria de Trabajo	Repetición de los días, meses y estaciones del año en forma inversa	Ejercitar memoria y trabajo y poder evocar hechos y tareas actuales	Se logró un 80% durante la sesión.
26/08/19	7	Memoria auditiva	Escuchar una historia y al finalizar manifestar todo lo que recuerde de la misma.	Ejercitar memoria auditiva para poder potenciar su capacidad de almacenamiento y evocación de información auditiva	Se logró un 70% durante la sesión

Nota: Elaboración propia

Conclusión de la sesión: Al finalizar la sesión el paciente culminó con las actividades planeadas, en el primer ejercicio logró repetir en un 80% las consignas dadas y en el segundo ejercicio se logró el 70% de almacenamiento y evocación de la historia que se le contó.

ANEXO 8

Tabla N° 19

Sesión 8

Fecha	Sesión	Proceso Cognitivo Trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultados
		Memoria de Trabajo	Ordenar correctamente refranes presentados en forma desordenada	Ejercitar memoria y así poder evocar hechos y tareas actuales	Se logró un 80% durante la sesión.
29/08/19	8	Memoria auditiva	Escribir los nombres de países que recuerde luego de escuchar una lista de 20 países.	Ejercitar memoria auditiva para poder potenciar su capacidad de almacenamiento y evocación de información auditiva	Se logró un 75% durante la sesión

Nota: Elaboración propia

Conclusión de la sesión: Al finalizar la sesión el paciente culminó con las actividades planeadas, en el primer ejercicio logró ordenar de forma correcta 8 refranes de los 10 presentados y en el segundo ejercicio se logró que escribiera 15 nombres de países que se le mencionaron.

ANEXO 9

Tabla N° 20

Sesión 9

Fecha	Sesión	Proceso Cognitivo Trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultados
		Memoria de Trabajo	Repetición de nombres de mujeres en forma ordenada y a la inversa	Ejercitar la memoria y así poder evocar hechos y tareas actuales	Se logró un 80% durante la sesión.
02/09/19	9	Memoria auditiva	Repetir nombres de películas que recuerde luego de haber escuchado 20 nombres de películas	Ejercitar la memoria auditiva para poder potenciar su capacidad de almacenamiento y evocación de información auditiva	Se logró un 80% durante la sesión

Nota: Elaboración propia

Conclusión de la sesión: Al finalizar la sesión el paciente culminó con las actividades planeadas, en el primer ejercicio logró repetir 16 nombres de mujeres de forma ordenada e inversa de un total de 20 nombres que se le indicaron y en el segundo ejercicio se logró que repita de forma correcta 16 nombres de películas que se le mencionaron.

ANEXO 10

Tabla N° 21

Sesión 10

Fecha	Sesión	Proceso Cognitivo Trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultados
		Memoria de Trabajo	Leer palabras y recordarlas	Ejercitar memoria y así poder evocar hechos y tareas actuales	Se logró un 85% durante la sesión.
05/09/19	10	Memoria auditiva	Repetir nombres de héroes peruanos luego de haber escuchado 20 nombres de héroes	Ejercitar memoria auditiva para poder potenciar su capacidad de almacenamiento y evocación de información auditiva	Se logró un 80% durante la sesión

Nota: Elaboración propia

Conclusión de la sesión: Al finalizar la sesión el paciente culminó con las actividades planeadas, en el primer ejercicio logró repetir 17 palabras de las 20 que se le mencionaron y en el segundo ejercicio se logró que repita de forma correcta 16 nombres de héroes peruanos.

ANEXO 11

Actividad 1 Memoria de Trabajo: SOPA DE LETRAS:

A continuación tendrá que leer las letras que se encuentran en su margen derecho y las ubicará encerrándolas en la sopa de letras.

D	U	E	V	I	J	D	H	R	D	Avispa
R	V	E	R	A	N	O	K	T	C	Avión
D	Y	V	E	L	E	T	A	K	H	Nevera
O	V	A	P	N	E	V	E	R	A	Vaca
F	A	V	I	K	G	E	P	C	C	Vaso
M	P	I	V	A	C	A	B	P	A	Veleta
A	P	ó	K	G	I	J	A	P	I	Verano
C	P	N	M	U	U	V	I	E	Y	
E	N	J	A	V	I	S	P	A	X	
V	A	S	O	O	T	X	M	Y	D	

Actividad 2 Memoria auditiva: TRABALENGUAS

A continuación se le presenta un trabalenguas el cual tendrá que memorizar y evocarlo

Los cojines de la reina,
los cajones del sultán.
¡Qué cojines!
¿Qué cajones!
¿En qué cajonera van?



ANEXO 12

Actividad 1 Memoria de Trabajo: Ordenar alfabéticamente la siguiente lista de 20 palabras luego de ser escuchadas

- 1- ORDENADOR, FIAMBRE, TORTILLA
- 2- AVIÓN, BARCO, CABEZA
- 3- LOCOMOTORA, ANZUELO, LIBRO
- 4- CÁMARA, LUZ, FOTOS
- 5- BOMBILLA, LÁMPARA, RATÓN
- 6- TELÉFONO, DISCO, RELOJ
- 7- PANTALÓN, GATO, ANILLO
- 8- ANGUILA, BOTELLA, SOL
- 9- GONZÁLEZ, ROMERO, SALAZAR
- 10- RAMA, TELEVISOR, PELÍCULA
- 11- COCHE, TIMBRE, ENCENDEDOR
- 12- SOFÁ, CAMIÓN, FÓSFORO
- 13- GALLINA, BURRO, ZORRO
- 14- PRIMA, MAMÁ, TÍO
- 15- ENTRADA, CINE, FUNCIÓN
- 16- TELEVISOR, RADIO, FIESTA
- 17- MESA, LLAVE, MUEBLE
- 18- HOJA, MESA, CAJÓN
- 19- CUADERNO, MOCHILA, LAPICERO
- 20- MENSAJE, PALABRA, CARTA

Actividad 2 Memoria Auditiva: A continuación tendrá que cantar la siguiente canción luego de haberla escuchado



Luna Lunera

Luna lunera,
cascabelera,
Ojos azules,
boca morena

ANEXO 13

Actividad 1 Memoria de trabajo: A continuación deletreara al revés el siguiente 20 grupo de palabras luego de ser escuchadas

1. AIRE, FRIO, LLUVIA
2. GRANIZO, VERANO, CALOR
3. INVIERNO, NIEVE, OTOÑO
4. HOJAS, CALEFACCIÓN, RADIADOR
5. PARAGUAS, ABRIGO, BAÑADOR
6. PLAYA, MONTAÑA, RÍO
7. TOALLA, CAMPING, HOTEL
8. CHIRINGUITO, RESTAURANTE, NIÑOS
9. ABUELA, CREMA, QUEMADURA
10. FLOTADOR, TREN, AVIÓN
11. NAPE, VIOLÍN, GUITARRA
12. ZAPATOS, PEINE, LABIAL
13. GASEOSA, LIMONADA, SALSA
14. OTOÑO, ÁRBOL, SOL
15. PUERTA, VENTANA, SALIDA
16. HAMBURGUESA, POLLO, ZANAHORIA
17. SALÓN, ALUMNO, CUADERNO
18. HOMBRE, CIELO, DORADO
19. NIÑO, MEDIA, POLO
20. CELESTE, CHOMPA, GATO

Actividad 2 Memoria Auditiva: A continuación le voy a leer una serie de palabras y tiene que repetir todas las que recuerde

TENEDOR	ESPADA
CAMA	BALDE
LECHE	ROCA
SOL	COMPUTADORA
COMEDOR	
LEJÍA	
MARINERO	
ROSA	
DEDO	
APARTAMENTO	
ESPEJO	
TALCO	
SILLA	
MUEBLE	
LUZ	
FOCO	

ANEXO 14

ACTIVIDAD 1 MEMORIA DE TRABAJO: A CONTINUACIÓN UBICAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS IMÁGENES QUE SE LE MUESTRAN.



Actividad 2 Memoria Auditiva: A continuación le leeré una serie de palabras y luego tendrá que escribir todas las que recuerde.

**MOZO
CASA
LORO
CISNE
PAPEL
LORITO
ROSA
CASETA
ROMERO
MEMORIA**

**RETRASO
PELO
SOL
ELEFANTE
RUISEÑOR
PAPEL
PANETÓN
PELUQUERÍA
SUEÑO
NOVIO**

ANEXO 15

Actividad 1 Memoria de Trabajo: A continuación voy a leer una serie de números y le solicitaré que me los deletree en orden inverso.

23 47 73 95 46

94 27 85 14 23

538 643 834 174

637 512 423 965

8495 3745 9034 2910

7843 2496 5704 6159

70569 34927 85943 29416

97408 28071 85412 74310

Actividad 2 Memoria Auditiva: A continuación le voy a leer una serie de frases y cuando termine de decir cada frase Ud. tendrá que repetírmelas.

Quiero comer pan.

Debo repetir estas frases.

Mañana iré a visitar al médico.

La rosa floreció en el jardín

El tren de Madrid a Bilbao pasó por Burgos a las 4 de la tarde.

ANEXO 16

Actividad 1 Memoria de Trabajo: A continuación tendrá que repetir las frases que escuche pero de manera inversa.

La casa roja

El teléfono azul

La barca de Noé

El cielo estrellado

El día gris

El camino es largo

Actividad 2 Memoria Auditiva: A continuación tendrá que repetir la poesía que se leerá

POESÍA

UN POLLITO AMARILLITO

PUSO LA GALLINA
UN HUEVO CHIQUITO
Y NACIÓ UN POLLITO
TODO AMARILLITO.
COMO UNA BOLITA
DE SUAVE ALGODÓN,
EL POLLITO ERA
DEL COLOR DEL SOL.



6

ANEXO 17

Actividad 1 Memoria de Trabajo: A continuación tendrá que repetir los días de la semana, meses del año y las estaciones de forma inversa a la que se le expondrán.

LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES, SÁBADO, DOMINGO

**ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO,
SETIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE**

VERANO, OTOÑO, INVIERNO, PRIMAVERA

Actividad 2 Memoria Auditiva: A continuación se leerá una historia y al terminar de escucharla tendrá que decir todo lo que recuerde de la misma.



LA MONA JACINTA



La mona Jacinta
se ha puesto una cinta
se peina, se peina
y quiere ser reina.
Más la pobre mona
no tiene corona.
Un loro bandido
le vende un vestido,
un manto de pluma
y un collar de espuma.
Al verse en la fuente,
dice alegremente:
¡ Qué mona preciosa
parece una rosa !



ANEXO 18

Actividad 1 Memoria de Trabajo: A continuación tendrá que ordenar de forma correcta los refranes que se le presentan:

AYUDA MADRUGA AL DIOS QUE

MANO VOLANDO MÁS PÁJARO EN VALE CIEN QUE

LE REGALADO NO CABALLO SE A DIENTE EL MIRA

NO VERANO UNA HACE GOLONDRINA UN

PIEDRAS PORQUE SUENA EL CUANDO RÍO ES

Actividad 2 Memoria Auditiva: Luego de escuchar los nombres de países que se le repitan deberá escribir todo los que recuerde.

PERÚ ARGENTINA BRASIL JAPÓN HOLANDA MÉXICO

GUATEMALA COSTA RICA COLOMBIA PANAMÁ VENEZUELA

BOLIVIA ECUADOR NICARAGUA URUGUAY CAMERÚN FRANCIA

ESPAÑA RUSIA BÉLGICA

ANEXO 19

Actividad 1 Memoria de Trabajo: A continuación tendrá que repetir de forma ordenada e inversa nombres de mujeres

**JUANA ANTONELLA MARÍA SUSANA VALENTINA LUISA ANA BÁRBARA
GISSEL LUCÍA FANNY INÉS ANGÉLICA MAGALY SHIRLEY KATY ALISSON
LIZ LILIANA KELLY**

Actividad 2 Memoria Auditiva: Luego de escuchar nombres de películas tendrá que repetir las que recuerde

**HARRY POTTER TITANIC EL ARO LA OVIJA GUASÓN LA ERA DEL
HIELO GLADIADOR EL RESPLANDOR CONTRATIEMPO LOS
PICAPIEDRA AVENGERS NO RESPIRES LA SOMBRA EL PADRINO MI
POBRE ANGELITO COCO EL CASTIGADOR RÁPIDOS Y FURIOSOS
MALÉFICA FROZEN**

ANEXO 20

Actividad 1 Memoria de Trabajo:

Lee con atención las siguientes palabras. Luego tendrás que recordarlas

Pescador

Tomate

Hotel

Ola

Piscina

Cuarto

Playa

¿Qué palabras eres capaz de recordar?

Lee con atención las siguientes palabras. Luego tendrás que recordarlas

Pluma

Cerdo

Marzo

Peligro

Puma

¿Qué palabras eres capaz de recordar?

Lee con atención las siguientes palabras. Luego tendrás que recordarlas

Volante

Sol

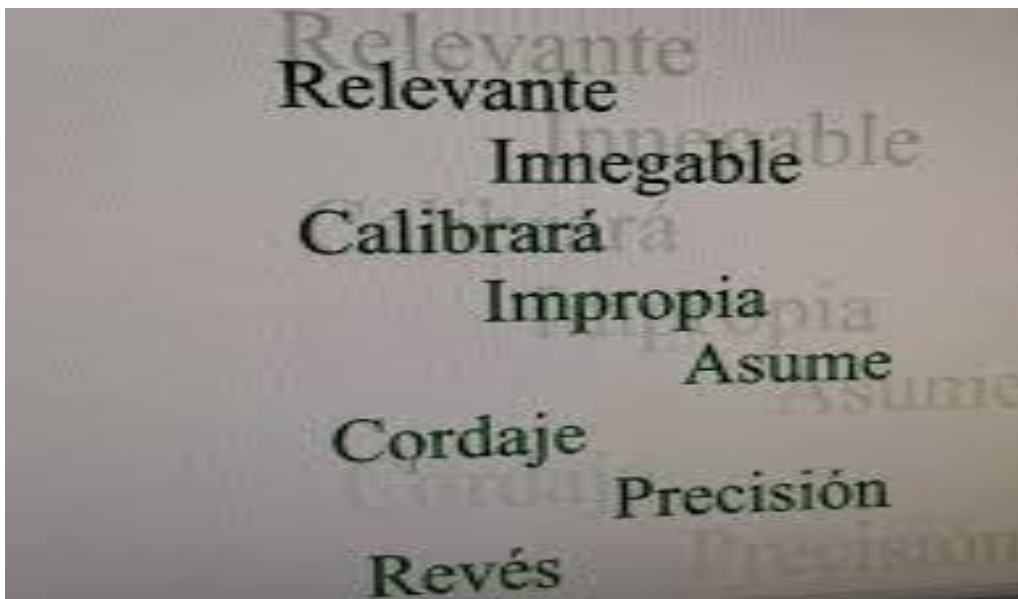
Caballo

Hacha

Onda

Abeto

¿Qué palabras eres capaz de recordar?



Actividad 2: Memoria Auditiva: Luego de escuchar 20 nombres de héroes nacionales, Ud. tendrá que repetir todos los que recuerde.

MIGUEL GRAU

FRANCISCO BOLOGNESI

JOSÉ OLAYA

ALFONSO UGARTE

JOSÉ ABELADO QUIÑONES

RAMÓN CASTILLA

MARIANO MELGAR

TÚPAC AMARU II

MARÍA PARADO DE BELLIDO

MATEO PUMACAHUA

HIPÓLITO UNANUE

DANIEL ALCIDES CARRIÓN

MICAELA BASTIDAS

ELÍAS AGUIRRE

PEDRO RUIZ GALLO

ANDRÉS AVELINO CÁCERES

JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMÁN

TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA

MIGUEL IGLESIAS

ANTONIO MIRO QUESADA