



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UN PACIENTE CON DEMENCIA

TIPO ALZHEIMER DE LA CIUDAD DE TRUJILLO

Línea de investigación:

Neurociencias del comportamiento

Trabajo académico para optar el título de Segunda Especialidad

Profesional en Neuropsicología

Autora:

Arteaga Sandoval, José Manuel

Asesor:

Oré Maldonado, José Paulino

(ORCID: 0000-0002-3121-0751)

Jurado:

Montes de Oca Cerpa, Jesús Hugo

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Mori Doria, Marco Antonio

Lima - Perú

2021



Referencia:

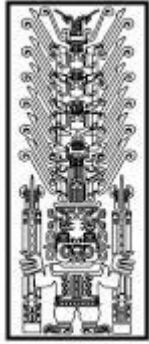
Manrique, J. (2021). *Rehabilitación neuropsicológica en un paciente con demencia tipo Alzheimer de la ciudad de Trujillo* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5453>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UN PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER DE LA CIUDAD DE TRUJILLO

Línea de investigación:
Neurociencias del comportamiento

**Trabajo académico para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en
Neuropsicología**

Autor

Arteaga Sandoval, José Manuel

Asesor

Oré Maldonado, José Paulino
(ORCID: 0000-0002-3121-0751)

Jurado

Montes de Oca Cerpa, Jesús Hugo
Castillo Gómez, Gorqui Baldomero
Mori Doria, Marco Antonio

Lima – Perú

2021

Dedicatoria

Brindo el presente trabajo académico a Dios, a mi familia: Madre, hermanos sobrinos y a mi novia, por su constante apoyo y sacrificio, quien me llevo al desarrollo de este estudio.

Agradecimientos

De carácter incondicional a Dios, por brindarme sabiduría y entendimiento, para poder hacer las cosas guiándome en su amor y entendimiento.

A mi madre porque siempre me apoyo en cada momento para no rendirme y seguir adelante

A mis hermanos, por siempre estar ahí cuando los necesito y brindarme su soporte

A mi novia por brindarme su amor incondicional por siempre empujándome a seguir y no rendirme.

A mis asesores por su motivación para poder terminar este presente trabajo.

Índice

Dedicatoria.....	2
Agradecimientos	3
Índice.....	4
Resumen.....	7
Abstract.....	8
Capítulo I: Introducción.....	9
1.1 Descripción del problema	10
1.2 Antecedentes.....	12
1.2.1 Internacionales.....	12
1.2.2 Nacionales	13
1.2.3 Bases teóricas:	14
1.2.4 Modelo teórico de rehabilitación neuropsicológica por Guinarte (2002).	21
1.3 Objetivos.....	22
1.3.1 Objetivo general	22
1.3.2 Objetivos específicos.....	22
1.4 Justificación	23
1.5 Impactos esperados del trabajo académico.....	24
Capitulo II: Metodología.....	25
2.1 Evaluación neuropsicológica	25
2.1.1 Planteamiento	25
2.1.2 Ejecución	27
2.1.3 Comunicación de resultados.....	32
2.2 Programa de estimulación Neuropsicológica	36
2.2.1 Datos de Filiación.....	36
2.2.2 Diagnóstico Neurológico.....	36
2.2.3 Motivo De Intervención	36
2.2.4 Evaluación Neuropsicológica.....	36
2.2.5 Diagnóstico.....	37
Capitulo III: Resultados	40
Capítulo IV: Conclusiones.....	44
4.1 En relación a la evaluación neuropsicológica.....	44
4.2 En relación al programa de rehabilitación	44
Capitulo V: Recomendaciones.....	45

5.1 Para el paciente	45
5.2 Para la familia	45
Capítulo VI: Referencias.....	47
Capitulo VII: Anexos.....	53

Índice de tablas

Tabla 1. Áreas de evaluación neuropsicológica	26
Tabla 2. Resultados de las áreas de evaluación neuropsicológica pre test aplicados	31
Tabla 3. Áreas debilidades y fortalezas	37
Tabla 4. Resultados pre test y Post test según instrumentos screening	40
Tabla 5. Resultados pre test y Post test por áreas evaluadas	41

Resumen

Objetivo: Propiciar un mayor desenvolvimiento a nivel cognitivo, conductual y emocional a través del uso de estrategias de restauración, compensación y sustitución para reducir sus déficits cognitivos en áreas como: atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, así como preservar sus áreas conservadas en un caso de demencia tipo Alzheimer. **Método:** Se trabaja el estudio de caso único, ya que busca elaborar, y realizar un programa de rehabilitación neuropsicológica para un paciente con Demencia Alzheimer. **Resultados:** Es un paciente de 88 años de edad, se encontró en el pre test que con una puntuación de 10 puntos, se encuentran por debajo de la puntuación normal, el lenguaje, con un puntaje de 4/10 se encuentra bajo al nivel normal, al igual que en la memoria que obtuvo una puntuación de 12/50; también se determina la demencia en el test de alteraciones de la memoria con un puntaje de -5. Así, a nivel Neuropsicológico, presenta un desempeño inferior en las funciones cognitivas; en tanto que a nivel emocional se evidencia sintomatología depresiva leve. La aplicación del programa de intervención, a través de los ejercicios y reforzamiento evidencia resultados significativos en la recuperación y mantenimiento de sus funciones cognitivas. **Conclusión:** Los resultados de la aplicación del programa de intervención demuestran una importante mejoría en los procesos cognitivos y un adecuado mantenimiento de sus funciones cognitivas, presentando unas diferencias admisibles pre test y post test.

Palabras clave: evaluación neuropsicológica, rehabilitación neuropsicológica, rehabilitación cognitiva, orientación, atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, demencia de tipo Alzheimer

Abstract

Objective: To promote greater development at a cognitive, behavioral and emotional level through the use of restoration, compensation and replacement strategies to reduce their cognitive deficits in areas such as: attention, memory, language and executive functions, as well as preserving their preserved areas in a case of Alzheimer's dementia. **Method:** A single case study is used, as it seeks to develop and carry out a neuropsychological rehabilitation program for a patient with Alzheimer's Dementia. **Results:** It is an 88-year-old patient, it was found in the pre-test that with a score of 10 points, they are below the normal score, language, with a score of 4/10, is below the normal level, as in memory he obtained a score of 12/50; Dementia is also determined in the memory impairment test with a score of -5. Thus, at the neuropsychological level, it presents a lower performance in cognitive functions; while on an emotional level, mild depressive symptoms are evidenced. The application of the intervention program, through exercises and reinforcement, shows significant results in the recovery and maintenance of their cognitive functions.

Conclusion: The results of the application of the intervention program show a significant improvement in cognitive processes and adequate maintenance of their cognitive functions, presenting admissible pre-test and post-test differences.

Keywords: neuropsychological evaluation, neuropsychological rehabilitation, cognitive rehabilitation, orientation, attention, memory, executive functions, language, Alzheimer's type dementia

Capítulo I: Introducción

El desarrollo de este trabajo académico tiene como fundamento estructurar un Programa de Rehabilitación Cognitiva, mediante la intervención neuropsicológica, “a través del proceso que permite restaurar, compensar o sustituir las funciones cognitivas afectadas producto de una alteración neurológica además de reforzar las funciones que se encuentran conservadas” (Arroyo, 2002, p. 18).

Este estudio se enfoca en el tópic de la demencia tipo Alzheimer, siendo esta “una enfermedad neurodegenerativa y progresiva que conlleva al deterioro de múltiples funciones cognitivas” (Peña, 1999, p. 23).

En la presente investigación se desarrolla un programa de intervención neuropsicológica a un paciente varón de 88 años de edad, con demencia tipo Alzheimer, con un curso de evolución de 10 años aproximadamente, sin antecedentes de comorbilidad de afectación orgánica. Se desarrolló las evaluaciones neuropsicológicas, en 4 sesiones, de la cual se elaboró un programa de Rehabilitación Neuropsicológica, de 11 sesiones de 45 minutos, por 8 meses aproximadamente.

Este estudio comprende de diversos capítulos como son:

El capítulo I describe de la realidad problemática de la demencia tipo Alzheimer, los antecedentes que rebelan los estudios realizados, las bases teóricas que sustentan la intervención del programa. Los objetivos indicando el propósito que se van alcanzar mediante la rehabilitación neuropsicológica en este estudio, justificación, posteriormente el impacto del estudio.

En el capítulo II aquí se aborda la metodología, empelada para el desarrollo de la intervención, historia psicológica, evaluación de pruebas neuropsicológicas, informe neuropsicológico y elaboración del plan de intervención de rehabilitación cognitiva.

En el capítulo III se registraran los resultados de las evaluaciones y plan de rehabilitación neuropsicológica, basado en la intervención y recolección de los datos.

En el capítulo IV aquí se presenta las conclusiones que se consiguieron del presente caso de estudio.

En el capítulo V se presentan las recomendaciones producto de la experiencia y están dirigidas al paciente y a los familiares.

En el capítulo VI se presentan referencias bibliográficas usadas a lo largo del desarrollo del trabajo.

Y para finalizar el capítulo VII donde se presentan los anexos de las sesiones del programa de Rehabilitación Neuropsicológica.

1.1 Descripción del problema

Según la Organización Mundial de Salud (2019):

En todo el mundo, existe un gran porcentaje de adultos mayores y se estima que entre 2015 y 2050, los adultos mayores de 60 años se multiplicaran alcanzando un 12% al 22% de aumento en la población geriátrica, en el 2020 la cantidad será superior al de los niños menores de cinco años, y en el 2050 el 80% de los adultos mayores. (p.48)

Entonces se denota un crecimiento mundial de los adultos mayores, en porcentaje significativo, lo que implica el aumento de la población con mayor predisposición a enfermarse.

Los adultos mayores presentan diversas enfermedades de distinta índole, siendo una de ella la demencia de naturaleza crónica y progresiva, caracterizada por el deterioro de diversas funciones cognitivas como la memoria, pensamiento, orientación, funciones ejecutivas, calculo, el lenguaje, juicio la cual va deteriorando la capacidad de aprendizaje, etc.; convirtiéndose en una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero. (Manual diagnóstico y

estadístico de las Enfermedades Mentales de la asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 5)

Actualmente, una de las enfermedades que va en aumento creciente en las personas adultas mayores, es el Alzheimer, que “es la forma más común de demencia, acaparando entre un 60% y un 70% de los casos” (OMS, 2019, p. 14). Según reportes encontrados muestran las estadísticas siguientes:

Las demencias en América Latina y en el Caribe se ubica en 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años y más, con un estimado de crecimiento en el número de adultos mayores con demencia de tipo Alzheimer entre 2001 y el 2040, elevándose a un 77% en los países del cono sur americano (Argentina y Chile) e incrementando en el resto de América Latina. (Libre, 2014, p. 51)

En el Perú no presenta una situación diferente, se calcula que “existen 300.00 personas con demencia, de cada tres adultos mayores de 80 años uno tiene demencia tipo Alzheimer, siendo este el tipo de demencia progresiva de 6.7% de la población, y el de mayor prevalencia en los adultos mayores”. (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2018).

Entre tanto debido a este crecimiento progresivo de la demencia de tipo Alzheimer, a nivel mundial, que afecta generalmente en los adultos mayores, la autoridades pertinentes dentro de su trabajo de prevención, promoción y tratamiento.

Se ha desarrollado un plan estratégico nacional para manejo y prevención de las demencias y dentro de ellas la demencia tipo Alzheimer, la cual establece lineamientos de prevención e investigación, garantizando el acceso a un protocolo de evaluación que facilite el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, fomentando campañas, para la prevención y la detección primaria, promoviendo estrategias y formación de

profesionales, para fortalecer un sistema nacional de centros de atención integral tanto para pacientes como para cuidadores y familiares (Ministerio de Salud, 2013, p.27).

En este plan estratégico se consideran diferentes acciones en el campo preventivo, promocional y de recuperación para atender esta enfermedad; así dentro de este proceso, Olazarán et al. (2010) se considera que:

Es indispensable que se realice un plan de rehabilitación neuropsicológica, en pacientes que presenten demencia tipo Alzheimer, desarrollando un aporte al diagnóstico y tratamiento de las demencias, que no solo corresponda a un tratamiento no farmacológico, sino también a un tratamiento de rehabilitación de las funciones cognitivas para el mejoramiento de sus actividades cotidianas y calidad de vida.

Si bien existe, en general, y tradicionalmente la prevalencia de intervención ha sido frente a las patologías como ACV y DCL; sin embargo, se encuentran pocos reportes en la intervención neuropsicológica de la demencia tipo Alzheimer.

En vista a lo anteriormente planteado se presenta un trabajo académico de un Programa de intervención neuropsicológica en un paciente con demencia Alzheimer de evolución de 10 años con deficiencias en su atención, memoria y funciones ejecutivas.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Internacionales

En Colombia, De los Reyes et al. (2012) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de un programa de Rehabilitación Neuropsicológica de la memoria en pacientes con daño Cerebral Adquirido. La muestra estuvo compuesta por 10 pacientes con deterioro cognitivo leve o moderado que presentan daño cerebral adquirido, 5 de ellos fueron beneficiados con el programa de rehabilitación neuropsicológica por cuatro meses, semanalmente y 5 no llevaron ningún tipo de rehabilitación neuropsicológica. Entre los resultados se encontraron mejoras en

la memoria, y concluye que resulta útil el programa de rehabilitación neuropsicológica para el tratamiento de secuelas del daño cerebral adquirido.

En Colombia, Aguilar et al. (2011), elaboraron un programa de Intervención Neuropsicológica para adultos mayores con deterioro cognitivo leve amnésico, donde la muestra fue una persona de 70 años de edad, con diagnóstico de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico perteneciente a un Hogar Geriátrico de Bogotá. El programa tuvo una evaluación pretest donde se encontró puntuaciones de las pruebas PIEN B (11,27), memoria (12,71) y atención 7 y en la evaluación Post test PIEN B (12.32), memoria (19.92) y atención (7,3), los cuales estos autores reportan una mejoría significativa en las áreas de memoria, atención y estados emocionales.

En Colombia, Velilla et al. (2010) diseñaron un programa de estimulación cognitiva en la memoria operativa de pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico. La muestra fue de 7 mujeres con diagnóstico de deterioro cognitivo leve amnésico, donde se aplicó un plan de intervención neuropsicológica de 24 sesiones, de una hora, por tres días a la semana. Entre los principales los resultados de la evaluación post test se encontraron diferencias significativas en las funciones cognitivas de agenda visoespacial, funciones ejecutivas y memoria operativa.

1.2.2 Nacionales

En Lima, Romaní (2019) elaboró un programa de intervención neuropsicológico, de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en adulto mayor con enfermedad de Parkinson, la muestra fue un paciente de 77 años, perteneciente a un hospital del Callao Lima, se aplicó un programa de intervención neuropsicológica, incluyendo técnicas de tipo cognitivo, que conlleva a búsqueda de mantenimiento de funciones cognitivas y manejo de ciertos déficits, los resultados mostraron una mejoría general y un adecuado mantenimiento de las funciones cognitivas evaluadas, memoria, CI, percepción visual, habilidades viso constructivas, ansiedad y depresión .

En Lima, Quispe (2019) desarrollo un programa de rehabilitación neuropsicológica en una paciente geronto con deterioro cognitivo leve e Hipotiroidismo. La muestra fue 1 paciente, en la cual se utilizó un método cognoscitivo de restauración y sustitución. Realizando diez sesiones, como resultado muestran disminución de los déficits cognitivos y reserva de las funciones conservadas.

En Lima, Bautista (2019) ejecuto un programa de intervención en los procesos atencionales en un paciente con secuela de accidente cerebro vascular hemorrágico. Bajo el modelo neuropsicológico socio histórico de Luria, la muestra fue una paciente mujer de 59 años con un diagnóstico de un ACV hemorrágico con deficiencias en sus procesos atencionales y amnésicos. Las sesiones de tratamiento tuvieron una frecuencia de dos veces por semana, además de tareas complementarias para su hogar. Entre sus principales resultados se encontraron un mejor desempeño en su control inhibitorio auditivo y visual como en su atención y velocidad de procesamiento de estímulos visuales.

En Arequipa, Mattos (2016) realizó un programa de estimulación cognitiva y funcional en los signos de deterioro cognitivo leve del adulto mayor, de los cuales la muestra está conformada por 23 adultos mayores que fueron evaluados con un programa de estimulación funcional. Los resultados del programa mostraron resultados significativos en la mejoría de casi todas las funciones evaluadas en los adultos mayores, como también en la disminución de signos psicológicos como la depresión.

1.2.3 Bases teóricas:

1.2.3.1 Aspectos generales sobre demencia Alzheimer

“La enfermedad de Alzheimer fue definida en 1906 por Alois Alzheimer como una demencia progresiva, relacionada neuropatológicamente a las placas seniles y declinación neurofibrilares” (Pérez, 2005, p. 32). Así, Jorm (1994) afirma que:

El término demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) se hizo cada vez más popular, pero todavía era habitualmente diferenciado de la demencia presenil de Alzheimer, siendo un concepto unitario de la EA que condujo a englobar ambos casos, seniles y preseniles, en el mismo concepto

Entonces inicialmente el Alzheimer no tenía una clara diferenciación con respecto a la demencia senil; ni presenil; por lo que fue considerado en el mismo concepto; sin diferenciar claramente sus características y síntomas propios y específicos. De esta manera Alberca (2009, p. 67) define la EA como:

Una entidad anatomoclínica de naturaleza degenerativa y de curso progresivo, que afecta a ambos sexos y su frecuencia aumenta exponencialmente con la edad, siendo clínicamente por causar una demencia con síntomas cognitivos, conductuales y funcionales, morfo-patológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas o seniles el diagnóstico de certeza de la EA se realiza mediante la demostración de las lesiones anatomopatológicas de la enfermedad y la aplicación de determinados criterios diagnósticos.

Roth (1986) estableció que “en la enfermedad de Alzheimer se presenta de dos tipos la cual se diferencian mediante bases neuroquímicas y neuropatológicas, siendo la de tipo 1 de comienzo tardío, y la de tipo 2, de comienzo temprano o precoz” (p. 41). Así, Peña (1999, p. 16) considera que el Alzheimer “es una demencia progresiva que conlleva al deterioro de las funciones del cerebro, siendo de manera irreversible e incurable que causa la pérdida de memoria, manifestándose en su desorientación y alteraciones de la personalidad”, y que “habitualmente se manifiesta en una etapa avanzada de la vida, desarrollando de manera lenta” (Martínez-Lage, 2001, p. 62).

En cuanto a los síntomas que presenta la demencia tipo Alzheimer, según Esperanza (2005) considera que “el primer síntoma de es la pérdida de memoria episódica,

manifestándose en un déficit para el registro de la información reciente. Segundo síntoma es la afectación de la atención, percepción, lenguaje, praxias motoras y las funciones ejecutivas (p.119); no obstante, en esta enfermedad “también existen formas de inicio atípico que se presentan mediante un síndrome frontal, afasias, apraxia agnosias por la atrofia cortical posterior” (Weintraub et al., 2012, p.50)

1.2.3.2. Evolución y fases de la demencia tipo Alzheimer. Se describe la enfermedad Alzheimer en 3 fases:

Fase Leve o estadio I.

Se presenta el deterioro cognitivo, pérdida de memoria. El paciente empieza a no recordar, fechas, nombres, objetos, problemas al comunicarse. Muestra déficit en orientación temporal y espacial, coordinación motora. Se afectan las funciones ejecutivas. Asimismo, se originan cambios su personalidad. (Abad, et al., 2012, p. 31).

Fase Moderada o estadio II.

Las afectaciones cognitivas son más evidentes, el paciente ya no es consciente del déficit en la memoria, su desorientación es más marcada se altera la percepción presentándose los falsos reconocimientos no reconocer a un familiar, se puede presentar el Síndrome de Kapgras y, se pueden presentar ideas delirantes, agitación, trastornos del sueño, dificultad en la coordinación motora y pueden aparecer problemas con el control de esfínteres. (Abad et al., 2012, p. 84).

Fase severa o estadio III. Es de carácter grave. “El paciente, presenta baja actividad cognitiva, presentando afasia global, pérdida de funciones motoras, de control de esfínteres, problemas de lenguaje, pérdida de las funciones ejecutivas y procesos emocionales”. (Abad et al., 2012).

1.2.3.3 Manuales para el diagnóstico de Demencia Tipo Alzheimer. En la actualidad podemos mencionar 3 manuales:

1) CIE-10 (OMS, 1992)

2) DSM-IV-TR (APA, 1994)

3) National Institute of Neurological Disorders and Stroke y de la Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINDS/ADRDA) (McKhann et al., 1984)

Para el presente trabajo se tomará en cuenta dos manuales, primero el Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSM- IV- TR) (American Psychiatric Association, 1994) que toma en cuenta los siguientes criterios:

Criterios CIE 10 para el diagnóstico de F00 Demencia tipo Alzheimer.

A. La presencia de múltiples déficit cognoscitivo se manifiesta por:

- a. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
- b. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - Afasia (alteración del lenguaje)
 - Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - Alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivo en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

- a. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
 - b. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
 - c. Enfermedades inducidas por sustancias
- E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

F00.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano. Su inicio es a los 65 años o antes

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicado: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

F00.1 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío. Su inicio es después de los 65 años

Con delirium: si el delirium se sobreañade a la demencia

Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio

depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

No complicado: si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

Especificar si: Con trastorno de comportamiento.

Criterios DSM-IV de la demencia.

A. Desarrollo de un déficit cognitivo múltiple caracterizado por:

Deterioro de memoria (incapacidad de aprender nueva información o de recordarla previamente aprendida).

Uno o más de los siguientes trastornos cognitivos: Afasia, apraxia, agnosia y alteración de las funciones superiores (contenido del pensamiento, abstracción, calculo, juicio)

B. Los síntomas anteriores provocan un deterioro significativo en relación social y/o laboral y representan un cambio importante respecto del nivel funcional previo.

C. El deterioro no se explica exclusivamente por un cuadro confusional.

Asimismo la National Institute of Neurological Disorders and Stroke y de la Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, toma en cuenta los siguientes criterios de diagnósticos (McKhann et al., 1984).

Criterios diagnósticos en la enfermedad de Alzheimer: (NINCDS-ADRDA).

- a) MMSE/MEC < 24 o test clínico similar
- b) Déficit en dos o más áreas cognitivas
- c) Ausencia de trastornos de conciencia
- d) Inicio entre los 40 y 90 años (sobre todo después de los 65).
- e) Sin evidencia de otras enfermedades que puedan justificar la clínica.
- f) Existencia de antecedentes familiares de trastornos similares.

g) Cambio de conducta o incapacidad e incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

h) Deterioro de lenguaje (afasia), de la capacidad motora (apraxia) y del reconocimiento perceptivo (agnosia).

1.2.3.4 Perfil Neuropsicológico de la Demencia Tipo Alzheimer. Para Braak y Braak, (1991, p. 11) “los síntomas iniciales se originan en estructuras del lóbulo temporal (hipocampo, corteza entorrinal)”;

en tanto que los autores Johnson et al. (2009), establecen que “las pérdidas de memoria pueden manifestarse de forma precoz, inclusive en fases pre-clínicas” (p.71); así también, Pelegrín y Oliviera (2008) describe que los pacientes con demencia tipo Alzheimer presentan como principales síntomas de deterioro cognitivo “la pérdida progresiva de la memoria, déficit en el lenguaje, cambios en las capacidades visoespaciales y motoras, como también la alteración de las funciones ejecutivas” (p. 49)

Esto es corroborado por Chen et al. (2001) al establecer que “el déficit de las funciones ejecutivas está comprometido en el manejo de la información, la formación de conceptos y la resolución de problemas durante el curso de la enfermedad de demencia tipo Alzheimer” (p. 81)

1.2.3.5 Evaluación y rehabilitación neuropsicológica de la demencia tipo Alzheimer. En primer lugar y antes del proceso de rehabilitación, se debe realizar al paciente la evaluación neuropsicológica. Lezak (2004), al respecto, afirma que “la evaluación en demencia tipo Alzheimer, debe comenzar por evaluar las funciones atencionales, antes que la evaluación de memoria” (p.55). De esta manera es importante el funcionamiento óptimo de las capacidades cognitivas de atención y memoria, ya que su pérdida es síntoma de esta enfermedad

Por otro lado, indistintamente o en años diferentes, Benedet (2002) y Drake (2007), coinciden en que la evaluación neuropsicológica debe ser orientada a la memoria, lenguaje y

atención, ya que en el estudio de cada área mediante los test neuropsicológicos también intervienen otras funciones cognitivas.

A su vez Comesaña y Gonzalez (2009) “resaltan la importancia de detectar el deterioro de las diferentes funciones cognitivas, señalando las áreas afectadas y conservadas por el deterioro que sufren los pacientes con demencia tipo Alzheimer” (p. 23).

Después de la evaluación se inicia el proceso de intervención; sobre lo que Jurado, Mataró y Pueyo (2016) afirman que:

Los objetivos de la intervención neuropsicológica en pacientes con demencia progresiva, entre ellas la enfermedad de tipo Alzheimer, se deben desarrollar combinando el entrenamiento de funciones adquiridas y habilidades compensatorias, mejorando las funciones cognitivas mediante la estimulación y reforzamiento por el mayor tiempo posible.

Cabe mencionar que en el proceso de rehabilitación neuropsicológica “se trabaja fundamentalmente la plasticidad neuronal o neuroplasticidad y la reserva cognitiva” (Kolb y Whishaw, 2006, p. 129); en tanto que para Arroyo (2002, p. 38) la intervención busca que:

El deterioro cognitivo del paciente vaya más lento y recupere las funciones que ya están siendo perdidas progresivamente, como también fortalecer las áreas conservadas, donde el paciente tiene que adecuar sus habilidades cognitivas y mejorar su estado funcional y calidad de vida.

1.2.4 Modelo teórico de rehabilitación neuropsicológica por Guinarte (2002).

En la actualidad, según Guinarte (2002) “los enfoques de rehabilitación combinan estrategias cognitivas y conductuales” (p. 54); o sea dentro de un proceso de rehabilitación es necesario se combinen estrategias de intervención tanto a nivel de la capacidad cognitiva como a nivel de la conducta. Algunas de las estrategias de rehabilitación más importantes son:

a. Restauración. Para Moreno et al. (2000), la restauración se refiere a:

Al componente por el cual se estimula y mejoran las funciones cognitivas, es el modelo de deficiencia, basado en la repetición o práctica que puede mejorar las tareas de ejecución, cuando existe pérdida parcial de un área circunscrita, con disminución de una o varias funciones como disminuir el deterioro de la memoria entrenándola,

b. Compensación. Según Fernández (2001) es “donde la función alterada no puede restaurarse y, por ello, se intenta fortalecer las diferentes habilidades preservadas” (p.18)

c. Sustitución. Para Moreno et al. (2000, p. 81).

Se trata de enseñar al paciente otros métodos que ayuden a disminuir los conflictos generados por los déficits cognitivos, la pérdida total de la función la sustituye mediante el modelo de ausencia, proporcionando opciones de ayuda externa (periódicos, alarmas, agendas o diarios para la pérdida de memoria) o internas (técnicas de estimulación, verbal y visual, para el mejoramiento y mantenimiento de la memoria)

d. Activación – estimulación. Según Moreno et al, (2000, p. 38) “utiliza para liberar áreas bloqueadas que presentan un déficit o se han eliminado. Donde la modificación de conductas y repetición constante de estímulos para mejorar su ejecución”.

1.3 Objetivos

1.3.1 *Objetivo general*

Propiciar un mayor desenvolvimiento a nivel cognitivo, conductual y emocional a través del uso de estrategias de restauración, compensación y sustitución para reducir sus déficits cognitivos en áreas como: atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, así como preservar sus áreas conservadas en un caso de demencia tipo Alzheimer.

1.3.2 *Objetivos específicos*

Psicoeducar a la familia sobre la intervención neuropsicológica en la demencia tipo Alzheimer moderado a grave.

Proporcionar estrategias de entrenamiento y habilidades para compensar, mantenimiento en la fluidez verbal, comprensión del lenguaje oral y escrito.

Mantenimiento de la capacidad de toma de decisiones y ejecución de planificación de abstracción de solución de problemas, categorización.

Proporcionar estrategias de entrenamiento y habilidades para compensar los déficits cognitivos de los diferentes tipos de memoria, semántica, episódica, de trabajo y memoria verbal.

Proporcionar estrategias de entrenamiento y habilidades para compensar los déficits cognitivos atencionales como atención selectiva y concentración ante estímulos del entorno.

1.4 Justificación

Hace algunos años atrás, los esfuerzos en desarrollar investigaciones complementarias en la prevención, promoción, y sobre todo en la rehabilitación neuropsicológica, enfocado en las enfermedades neurológicas y psiquiátricas o de salud mental presentaban un déficit debido a que no se les tomaba aun importancia, ni interés en la elaboración y ejecución de programas de rehabilitación neuropsicológica en enfermedades de demencia tipo Alzheimer. Siendo la demencia de tipo Alzheimer una enfermedad indispacitante e incurable, que conllevan a un deterioro crónico de las funciones cognitivas; memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas.

Hoy en día la estimulación cognitiva mediante la rehabilitación neuropsicológica es una herramienta muy útil para el tratamiento no farmacológico en pacientes que padecen demencia de tipo Alzheimer u otro tipo de demencias, donde la rehabilitación neuropsicológica busca estimular las áreas que ya han sido afectadas y reforzar las áreas que aún no han tenido daño alguno conservándolas, mediante la aplicación de estrategias cognitivas que incrementan la posibilidad de que el paciente tenga una mejor calidad de vida, mejorando también el estado afectivo del paciente y sus cuidadores.

Por lo cual esta investigación justifica la necesidad de la elaboración de un programa de intervención neuropsicológica mediante la aportación a la teoría de rehabilitación de Guinearte, en su proceso de estimulación cognitiva en las personas con demencia tipo Alzheimer, y mejora de estos pacientes, aportando a la elaboración de protocolos de evaluación y de rehabilitación cognitiva, a pacientes adultos mayores, en brindar información en las estrategias de programas preventivos e intervención de pacientes con demencia tipo Alzheimer o cualquier tipo de demencia.

Existen pocos estudios de programas de intervención neuropsicológica, en demencia tipo Alzheimer, la cual este programa genera una línea base para el desarrollo de programas donde se amplíe y modifique para el tratamiento de pacientes con Alzheimer moderado a grave.

1.5 Impactos esperados del trabajo académico

Al realizar este programa de intervención neuropsicológica en las funciones cognitivas como: atención, memoria y funciones ejecutivas, según el modelo teórico de rehabilitación de Guinearte, lo que se quiere es aportar con investigaciones de desarrollos de programas de rehabilitación neuropsicológica de un paciente con demencia tipo Alzheimer u otros factores involucrados con alteraciones cognitivas que ocasionen una demencia tipo Alzheimer.

Con la elaboración de este programa, se busca que el colaborador mejore sus funciones cognitivas, y que el desarrollo de este cree nuevas estrategias que le permitan la recuperación y mantenimiento significativamente de sus funciones cognitivas alteradas o en déficit, y optimar el desarrollo de sus actividades cotidianas, brindándole estrategias neuropsicológicas que le permita llevar una mejor calidad de vida personal y familiar.

Capítulo II: Metodología

El presente estudio es de caso único, ya que busca elaborar, y realizar un programa de rehabilitación neuropsicológica para un paciente con Demencia Alzheimer, perteneciente a la ciudad de Trujillo – Perú, detallando los cambios de carácter neuropsicológico después de la ejecución del programa. Según Hernández, Fernández, & Baptista. (2006, P. 84) “por el tipo de estudio evalúa los diferentes aspectos: componentes en dimensiones del fenómeno a investigar”.

A continuación, se presenta los resultados del proceso de evaluación neuropsicológica según (Guinarte, 2002).

2.1 Evaluación neuropsicológica

2.1.1 Planteamiento

Técnicas

- Entrevista
- Observación

Instrumentos

- Instrumentos neuropsicológicos

Para el presente caso se aplicaron pruebas screening, debido a que el paciente presenta demencia tipo Alzheimer en un nivel moderado a grave, no se aplicó pruebas más completas ya que el paciente presenta déficit en la memoria episódica, y no retiene por más de 5 segundos la información y eso sería un limitante para la aplicación de algún tipo de batería.

Según Villarejo y Puertas (2010) “los test cognitivos breves o test de screening permiten calcular de forma rápida el rendimiento del paciente en una tarea específica del estado del paciente” (p.63).

Tabla 1*Áreas de evaluación neuropsicológica*

Áreas	Tipos	Objetivo	Instrumento
Orientación	Tiempo	Evaluar la capacidad de situar acontecimientos en el tiempo, que permia ubicar cualquier otro acontecimiento en relación a lo antes o después, como días, semanas, años y horas.	Minimental State Examination (MMSE)
	Espacio	Apreciar la capacidad de respuesta del manejo de información en ubicación, donde se encuentra en un momento específico o lugar determinado.	Test del Dibujo del Reloj (CDT)
Atención	Sostenida	Valorar la capacidad para mantener la atención en un periodo de tiempo y expresar apropiadamente la respuesta	Minimental State Examination (MMSE) Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)
Gnosias	Visuales	Precisar la capacidad de reconocer visualmente el estímulo y atribuirle un significado	Test del Dibujo del Reloj (CDT)
	Táctiles	Medir la capacidad de reconocer mediante el tato el estímulo como la textura de objetos	Minimental State Examination (MMSE)
Praxias	Constructiva	Medir la capacidad para realizar movimientos secuenciales para armar un dibujo	Test del Dibujo del Reloj (CDT)
Memoria	Inmediata	Medir la duración de memorización de al menos unos minutos	
	De orientación Temporal	Evaluar la orientación en que se encuentra el sujeto	Test de Alteración de Memoria (T@M)
	Semántica	Valorar los conocimientos conceptuales que no implican el recuerdo de sucesos concretos.	
	De evocación Libre	Evaluar la capacidad de retención del sujeto	
	De evocación con Pistas	Evaluar las respuestas de evocación del sujeto	
Funciones Ejecutivas	Planificación, flexibilidad cognitiva, solución de problemas y abstracción	Mediar la capacidad que permite realizar cambios en algo que ya estaba planeado	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)

	Denominación		Minimental State Examination (MMSE)
Lenguaje	Repetición	Evaluar la capacidad de comprender y reproducir el lenguaje verbal	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)
	Lectura		

Fuente: Elaboración propia

Tiempo: Las 11 sesiones de 45 minutos de duración.

2.1.2 Ejecución

Historia Clínica.

Datos Generales.

Nombres: M.R.P

Sexo: Masculino

Edad: 88 años

Fecha de nacimiento: 19/06/1931

Estado civil: Casado

Grado de Instrucción: Superior completa.

Ocupación: jubilado

Fechas de exámenes: 26,27, 28 y 30 de setiembre del 2018.

Fecha del Informe: 10 de diciembre del 2019.

Informante: Esposa

Examinador: José Manuel Arteaga Sandoval

Motivo de Consulta. Paciente adulto mayor de 88 años de edad, de sexo masculino, con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer y tratamiento farmacológico desde hace 10 años asiste en compañía de su esposa a evaluación neuropsicológica referido del servicio Geriatría por presentar pérdida de memoria, no recordar actividades diarias, dificultad para comunicarse, cambios en su personalidad y problemas de atención y orientación.

Problema Actual.

a. Presentación Actual del problema. Examinado de 88 años de edad, con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer moderado a grave, con tratamiento farmacológico, desde 3 años, acude a evaluación neuropsicológica, derivado del servicio de Geriátrica, ya que presenta pérdida de la memoria, no logra recordar información reciente, problemas de lenguaje y cambios de su personalidad.

Actualmente sigue con tratamiento farmacológico como memantina y sertralina, el paciente evidencia olvidos, no responde adecuadamente, mira y repite que si le han preguntado algo, o no recuerda que se le ha dicho, no se ubica en espacio tiempo, se irrita rápido, esta al cuidado de su esposa y sus hijos, suele quedarse con la mirada ida y a veces suele sentirse triste, pero cuando su esposa le pregunta cómo está el manifiesta no tener nada y estar bien.

b. Desarrollo cronológico del problema. El proceso de inicio de la demencia tipo Alzheimer empezó en el 2009, con olvidos leves de los vueltos y pagos que tenía que realizar en su trabajo, como también empezó a repetir las cosas que hacía, o decir las actividades que tenía que realizar, por más de tres veces a sus familiares, la cual ellos creían que se trataba de alguna broma, ya que el siempre respondía no recuerdo, me olvide y justificaba que era porque estaba cansado o preocupado.

Ya hasta en el año 2013 en que el paciente empezó a tener ya problemas con sus clientes y familiares, ya que los olvidos eran más frecuentes, ya no recordando donde dejaba las cosas o empezando a decir que le robaban o que lo estaban escondiendo para que el ya no vaya a trabajar, donde ya los familiares empezaron a sospechar que no se trataba de un juego o preocupación como el refería.

En el año 2014 y 2015, los síntomas fueron ya más notorios los familiares y el paciente deciden buscar apoyo de un profesional médico en centros particulares, la cual le realizaron una serie de exámenes y diagnosticándole como depresión.

Durante el año 2016 continuaba con el tratamiento de medicamentos para la depresión, disminuyendo los síntomas de tristeza, pero presentando olvidos frecuentes y más marcados, ya presentaba olvidos de las cosas más rápido y no retenía la información por periodos largos, preguntando si ya comerían cuando, recién había terminado de comer. En este mismo año fue llevado al servicio de neurología, quien cambio el diagnostico por demencia tipo Alzheimer moderado a grave, brindándole tratamiento de donopencilo y sertralina.

En el 2017 el paciente sigue con tratamiento farmacológico, pero familiares refieren de que no presenta mejoras en cuanto a la memoria, que sigue presentando los síntomas anteriores y se han agravado, ya que ahora su lenguaje está afectado porque ya no se comunica como antes, y que ahora recuerda sucesos que han pasado hace mucho tiempo y los episodios nuevos no los recuerda.

En el 2018, el paciente visito a otro especialista para manifestarle la sintomatología y consultar por otro tratamiento para la disminución de los síntomas, la cual fueron atendidos por la especialidad de Geriatria, quien cambio el donopencilo por memantina de 10 mg, 1 en la noche y se mantiene hasta la fecha con sertralina 50mg, 1 por día.

En el mes de setiembre del 2018, es derivado por el área de Geriatria, para evaluación neuropsicológica, iniciando las evaluaciones neuropsicológicas e iniciar un programa de intervención neuropsicológica para demencia tipo Alzheimer moderado a grave. Las cuales constan de 10 sesiones de 45 minutos de duración, de tres días por semana.

c. Historia personal. En la etapa de desarrollo prenatal, el paciente nació en Otuzco – Provincia de La Libertad, en el mes de junio de 1931, su desarrollo fue óptimo, de parto normal a los 9 meses. Esposa refiere que antes de que empiece a olvidar o no responder, mantenerse callado, por referencia de su esposa antes de conocerse manifestó que no tuvo problemas al nacer y que no sufrió de ningún tipo de enfermedades, en su desarrollo más que solo gripes.

El evaluado es de familia nuclear, vivía con sus 4 hermanos y sus dos padres, siendo el último hijo. Evaluado presento una niñez feliz y de apoyo de sus padres, no manifestando dificultades en su desarrollo, su educación fue guiada por sus docentes y padres, terminando primaria y secundaria de una manera satisfactoria y no presento problemas en su aprendizaje, Posteriormente estudio economía en la universidad nacional de Trujillo, la cual estudio hasta el 8vo ciclo y luego cambiándose a la carrera de farmacia y bioquímica en la misma universidad, la cual termino satisfactoriamente.

d. Historia familiar. Esposa refiere que el evaluado viene de una familia constituida, por ambos padres y 4 hermanos, las cuales su crianza fue disciplinada y formada por sus padres.

La relación con sus padres y hermanos fue buena siempre de apoyo, sus padres fallecieron de manera natural, no presentaron antecedentes de algún tipo de enfermedad relacionada con demencias.

e. *Observación de Conducta.* Se valora a un adulto mayor de 88 años, de sexo masculino, de contextura delgada, tez trigueña, cabello gris y corto, con talla baja y peso de acuerdo a la edad cronológica. Paciente se encuentra aseado y vestido adecuadamente acorde a la estación, a cada sesión realizada acude acompañado de su esposa, su andar es lento y pausado.

Ante la evaluación el paciente se muestra reservado, callado, pero con disposición a colaborar. Se le observa tranquilo, pero desorientado en tiempo, espacio y persona. Presenta un lenguaje poco fluido y pausado, no presenta discapacidad, visual, auditiva que imposibilite la evaluación.

Tabla 2*Resultados de las áreas de evaluación neuropsicológica pre test aplicados*

Área	Objetivo	Instrumento	Resultado
Orientación	Medir la orientación referente a la identidad, historia personal y ubicación	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	Orientación temporal 0 Orientación espacial 0
		Minimental State Examination (MMSE)	Orientación temporal 0 Orientación espacial 0
Atención	Estimar cual es nivel de atención sostenida	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)	Atención sostenida puntuación 8
		Minimental State Examination (MMSE)	Atención sostenida Puntuación 2
Gnosia	Precisar la capacidad de reconocer estímulos visual y táctil, mediante objetos	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	Gnosias visuales 1 Gnosias táctiles 1
		Minimental State Examination (MMSE)	Gnosias visuales 0 Gnosias táctiles 0
Praxia	Evaluar la capacidad para realizar movimientos secuenciales y asociación de un objeto en función de armar un dibujo	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	Praxia constructiva 2/10
		Minimental State Examination (MMSE)	Praxia constructiva 2
Memoria	Determinar el conocimiento de conceptos, recuerdos, memorización de sucesos recientes.	Test de Alteración de Memoria (T@M)	Memoria inmediata 2 Memoria orientación temporal 1 Memoria remota semántica 9 Memoria de evocación libre 0 Memoria de evocación con pistas 0
Funciones ejecutivas	Evaluar la capacidad de desarrollar planes, realizando cambios, mientras sostener en la mente mientras se ejecuta la resolución de problemas.	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)	Interferencia – 5
Lenguaje			Denominación 1

Medir el nivel de lenguaje, verbal y semántico	Minimental State Examination (MMSE)	Repetición 2
	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)	Lectura 0
		Denominación 18
		Repetición 9
		Lectura 18

Fuente: Elaboración propia

2.1.3 Comunicación de resultados

2.1.3.1 Informe Neuropsicológico.

Datos Generales.

Apellidos y Nombres	: M.R.P
Edad	: 88 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 19-06-1931
Lugar de Nacimiento	: Otuzco
Grado de instrucción	: Superior
Ocupación	: jubilado
Estado civil	: Casado
Residencia	: Trujillo
Fechas de evaluación	: setiembre 2018
Fecha de informe	: 10-12-2019
Evaluador	: José Manuel Arteaga Sandoval

Motivo de Evaluación. Examinado acude a evaluación de la especialidad refiriendo: “perder la memoria, no recordar actividades diarias, dificultad para comunicarse, cambios en su personalidad y problemas de atención y orientación espacial”.

Técnicas e instrumentos administrados.

Técnicas.

- Observación psicológica
- Entrevista psicológica

Instrumentos.

- Historia Clínica
- Minimal State Examination (MMSE)
- Test del Dibujo del Reloj (CDT)
- Test de Alteración de la Memoria (T@M)
- Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)

Observación de conducta. Examinado de sexo masculino, aparenta edad cronológica, contextura delgada, tez blanca y estatura promedio. Su aliño y arreglo personal es acorde a su edad y estación. Su lenguaje y pensamiento no es coherente en curso y contenido, por momentos su discurso es ansioso, su fasicie denota preocupación y tensión. Mantiene una adecuada disposición a la evaluación, se observa poco interés en identificar el motivo de sus olvidos. Tiende a frustrarse al equivocarse o tener un menor desempeño en su evaluación.

Antecedentes (significativos).

- Refiere olvidos recurrentes aproximadamente desde hace 10 años.
- Fue diagnosticado con Demencia de Tipo Alzheimer moderado a grave en una institución privada Clínica San Pablo de Lima.
 - Su esposa refirió: “no presenta ningún antecedente familiar que hayan tenido o tengan algún tipo de demencia y no presenta ningún antecedente de enfermedades, crónicas ni agudas, tampoco alguna cirugía”

2.1.3.2 Interpretación de resultados.

Área Neuropsicológica

- a. *Orientación.* Se encuentra desorientado en tiempo, espacio y persona.
- b. *Atención y concentración.* Sus procesos atencionales se encuentran inestables para su edad y nivel educativo. Indica un déficit de rendimiento en atención sostenida, atención alternante y dividida. Su velocidad de información visual se encuentra reducida.

c. Gnosias y praxias. Su capacidad de reconocimiento y de praxia constructiva se encuentra en déficit; no reconoce y copia de manera reducida los estímulos gráficos de diferente complejidad.

Del mismo modo sus praxias ideomotoras e conceptual se encuentran en déficit. No es capaz de colocar, orientar y reconocer los objetos a la orden como también planificar acciones para conseguir un objetivo complejo.

d. Lenguaje.

- *Expresivo:* Su tono, ritmo de voz y fluidez verbal se encuentra en déficit.

Automático: Su lenguaje no es adecuado. Evidencia un desempeño disminuido dentro de lo esperado en su fluidez semántica y fonológica.

- *Repetitivo:* Repite series de palabras simples con dificultad, no repite frases simples y oraciones.

- *Comprensivo:* Ejecuta consignas simples y no ejecuta las complejas.

- *Denominativo:* Déficit en la capacidad para nombres objetos directos o indirectos.

- *Lectura:* Sus procesos de lectura se encuentran alterados.

- *Escritura:* Adecuada escritura para su edad cronológica.

e. Memoria.

- Corto plazo.

Visual. Su capacidad de retención, almacenamiento y calidad de registro de información no verbal se encuentra en déficit.

Auditiva: la capacidad de retención y almacenamiento de información audio verbal se encuentra en disminución. Su curva de aprendizaje audio verbal se encuentra bajo.

De Trabajo. Su memoria operativa verbal se encuentra alterada, no es capaz de retener información verbal para la ejecución de una tarea específica o continua.

- Largo plazo.

Memoria semántica: mantiene huellas mnésicas que comprendan asimilación teórica simple. Sin embargo, manifiesta disminución para evocar situaciones o recuerdos complejos de cultura general.

Por otro lado, evidencia dificultades en su capacidad de almacenamiento de información visual.

Memoria episódica: presenta huellas mnésicas que no comprende la asimilación y evocación voluntaria de experiencias vividas, propias y personales.

f. Funciones ejecutivas. Sus funciones ejecutivas de memoria de trabajo audio verbal y atención sostenida se encuentran en disminución. No asocia estímulos verbales, no analiza información numérica y no sigue una secuencia simple y compleja de manera adecuada.

Su capacidad de inhibición, flexibilidad cognitiva, atención alternante y dividida se encuentran disminuidos lo cual hace que tenga una mayor interferencia y/o tenga un incremento de errores en el desarrollo de una actividad.

g. Área emocional. *A nivel emocional, evidencia sintomatología depresiva leve.*

2.1.3.3 Conclusiones.

a. A nivel Neuropsicológico. Presenta un desempeño inferior en las funciones cognitivas de atención alternante, atención dividida, memoria visual a corto y a largo plazo, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva.

Sus funciones cognitivas de gnosia, praxia, atención sostenida, memoria audio verbal, lenguaje, se encuentran en déficit.

b. A nivel Emocional. Evidencia sintomatología depresiva leve

2.1.3.4 Recomendaciones.

Para el paciente. Psico estimulación cognitiva que incida en potenciar sus funciones cognitivas de atención, memoria y funciones ejecutivas.

Elaborar actividades para la planificación y organización de actividades laborales.

Para familiares. psicoeducación a familiares, para el apoyo al paciente y manejo de estrés y/o ansiedad, para poder evitar síndrome del cuidador.

2.2 Programa de estimulación Neuropsicológica

2.2.1 Datos de Filiación

Apellidos y Nombres	: M.R.P
Edad	: 88 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 19-06-1931
Lugar de Nacimiento	: Otuzco
Grado de instrucción	: Superior
Ocupación	: jubilado
Estado civil	: Casado
Residencia	: Trujillo

2.2.2 Diagnóstico Neurológico

Demencia tipo Alzheimer moderado a grave

2.2.3 Motivo De Intervención

Rehabilitación neuropsicología por deterioro cognitivo, demencia tipo Alzheimer de moderado a grave, con 10 años de evolución y 3 años diagnosticado.

2.2.4 Evaluación Neuropsicológica

- 2.2.4.1 Minimental State Examination (MMSE)
- 2.2.4.2 Test del Dibujo del Reloj (CDT)
- 2.2.4.3 Test de Alteración de la Memoria (T@M)
- 2.2.4.4 Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)

2.2.5 Diagnóstico

2.2.5.1 Sindrómico.

Alteraciones cognitivas.

- Alteración en la memoria a corto plazo
- Dificultad en la planificación de sucesos y resolución de problemas
- Problemas en la toma de decisiones
- Alteración en atención y concentración
- Depresión leve

2.2.5.2 Topográfico. Impresiona una alteración en el lóbulo temporal derecha (hipocampo y la corteza entorrinal).

Perfil Cognitivo.

Tabla 3

Áreas debilidades y fortalezas

Funciones debilidades	Funciones fortalezas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memoria episódica, evocación de información inmediata, bibliográfica ▪ Memoria semántica, evocación de información ▪ Memoria de trabajo y memoria verbal ▪ Déficit en atención, sostenida, selectiva, alternante y dividida ▪ Disminución en las funciones ejecutivas en iniciativa, categorización, seriación y planificación y solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lenguaje espontaneo con fluidez verbal ▪ Funciones ejecutivas de modalidad conceptual y motora.

Nota: Elaboración propia

Enfoque de rehabilitación. Restauración, compensación, sustitución, activación – estimulación, se utilizó estas técnicas, que consisten en proporcionar alternativas conductuales para mejorar el déficit de la demencia tipo Alzheimer y de esta manera activar otros sistemas funcionales.

Actividades.

- Duración : 8 meses
- Número de sesiones : 11
- Frecuencia : 4 veces por semana

- Recursos Materiales :

Un ambiente adecuado.

Cuadernos de Estímulos de Test aplicados.

Hojas bond con estímulos.

Hojas bond.

Lápiz.

Borrador.

Láminas con imágenes aplicación de estímulos.

- **Ejercicios.**

Memoria

.Repetición oral inmediata de varias unidades de información como: frases, palabras, datos bibliográficos.

Listado de palabras.

Completar frases

Recuerdo de palabras, imágenes y objetos

Recuerdo de historias breves.

Encontrar palabras y memorizarlas por un periodo de tiempo

Reconocimiento de palabras, imágenes y/o objetos

Recuerdo de palabras escritas y ocultadas.

Lenguaje.

Describir estímulos presentes (imágenes, láminas, objetos, personas).

Describir estímulos ausentes (personas, lugares, historias).

Decir o escribir palabras y formar oraciones.

Nombrar o escribir ejemplares de una misma categoría semántica.

Presentar imágenes que debe nombrar y definir a que categoría pertenece.

Mencionar series directas, días de la semana, meses del año.

Lectura de palabras, frases y textos de cabeza.

Mencionar semejanzas y diferencias de palabras y objetos.

Repetir refranes.

Atención

Mostrar láminas donde tiene que encontrar las diferencias.

Observar en una lámina palabras por un periodo de tiempo, y escribir lo que vio.

Marcar las palabras u objetos que no pertenecen al grupo.

Mostrar lamina donde está escrita la palabra con distintos colores, y mencionar el color con la que fue escrita mas no la palabra.

Mostar láminas de letras, números, objetos, colores u formas, donde debe tachar todas las letras que empiezan con la consigna.

Funciones Ejecutivas. Se le presenta una lámina con letras del abecedario al lado izquierdo, donde el debe escribir palabras con la letra mostrada.

Se le muestra imágenes las cuales debe ordenarlas en grupo iguales y de la misma categoría.

Se le muestra una lámina con varios dibujos, luego se la quita y se le la imagen en piezas donde tiene que ordenarlos y formar la imagen mostrada.

Se le entrega un laberinto para que una la imagen de salida y llegada.

Se le presenta circunstancias conflictivas de vida diaria y se le pide desarrolle una solución para cada una de ellas.

Las sesiones se encuentran en los anexos A hasta el anexo K.

Capítulo III: Resultados

A continuación, se presentan los resultados pre test y post test luego de culminar las 11 sesiones programadas.

De acuerdo a la aplicación del Programa de intervención de rehabilitación cognitiva, en el paciente con demencia tipo Alzheimer, donde se evaluó las diferentes áreas cognitivas con un pre test y un Post test.

Tabla 4

Resultados pre test y Post test según instrumentos screening

Prueba neuropsicológica	Pre test Total	Post test Total
Minimental State Examination (MMSE)	10	23
Test del Dibujo del Reloj (CDT)	4	8
Test de Alteración de la Memoria (T@M)	12	35
Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)	-5	-2

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5*Resultados pre test y Post test por áreas evaluadas*

Área	Prueba neuropsicológica	Pre test Total	Post test Total
Orientación	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	OT = 0	OT = 2
		OE = 0	OE = 4
	Minimental State Examination (MMSE)	OT = 0	OT = 3
		OE = 2	OE = 4
Atención	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)	AS = 8	AS = 35
	Minimental State Examination (MMSE)	AS = 2	AS = 4
Gnosia	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	GV = 1	GV = 2
		GT = 1	GT = 4
	Minimental State Examination (MMSE)	GV = 0	GV = 2
		GT = 0	GT = 3
Praxia	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	PC = 2/10	PC = 6/10
	Minimental State Examination (MMSE)	PC = 2	PC = 3
Memoria	Test de Alteración de Memoria (T@M)	MI = 2	MI = 7
		MOT = 1	MOT = 4
		MRS = 9	MRS = 13
		MEL = 0	MEL = 4
		MEP = 0	MEP = 7
Funciones ejecutivas	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)	I = -5	I = -2
Lenguaje	Minimental State Examination (MMSE)	D = 1	D = 2
		R = 2	R = 3
	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)	L = 0	L = 1
		D = 18	D = 65
		R = 9	R = 4
		L = 18	L = 65

Nota: OT= Orientación temporal, OE= Orientación espacial, AT= Atención sostenida, GV = Gnosia visual, GT= Gnosia táctil, PC= Praxia constructiva, MI= Memoria inmediata, MOT= Memoria de orientación temporal, MRS= Memoria remota semántica, MEL= Memoria de evocación libre, MEP= Memoria de evocación con pistas, I= Interferencia, D= Denominación, R= Repetición, L= Lectura.

Los resultados de la evaluación pre test alcanzados por el paciente brindaron un resultado de 10 puntos, encontrándose por debajo de la puntuación normal y en sus sub escalas tales como, orientación temporal 0, orientación espacial 2, repeticiones 0, atención 2, recuerdo diferido 0, lenguaje 5 en la prueba de Minimental State Examination, así se evidencio un

puntaje de 4/10 encontrándose bajo al nivel normal, y en praxia constructiva 2, orientación espacial y temporal 0, gnosias visuales y táctiles 2, en el test de Dibujo de Reloj, de tal forma obtuvo una puntuación de 12/50 en memoria, como en sus sub componentes memoria inmediata 2, memoria orientación temporal 1, memoria remota semántica 9, memoria de evocación libre y memoria de evocación con pistas 0 puntos, encontrándose en la categoría de demencia en el test de alteraciones de la memoria, y un puntaje de -5, presentando un puntaje bajo presentando déficit en inhibición de respuestas automáticas, flexibilidad cognitiva, lenguaje, control atencional, planificación y medida de interferencia.

Por lo tanto, los resultados de la Post intervención del programa de rehabilitación, el sujeto alcanzó superar, mantener y mejorar las funciones comprometidas al deterioro de las áreas que presentan el déficit, a través de los ejercicios y reforzamiento de las sesiones, que se evidencian resultados significativos en la recuperación y mantenimiento de sus funciones cognitivas para el mejoramiento de su calidad de vida y relaciones con familiares y amigos.

Los resultados encontrados se asemejan a lo reportado por De los Reyes, et al (2012) quienes también encontraron un incremento en el desempeño de la memoria en pacientes con daño cerebral adquirido.

A si mismo se relacionan los resultados que reportan Aguilar, et al (2011), la cual obtuvieron cambios significativos del pre test y Post test, demostrando mejoría en memoria, atención y estados emocionales en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve amnésico.

De tal manera se igualan los resultados encontrados por Velilla, et al (2010) mejorías significativas en las funciones cognitivas, agenda visoespacial, funciones ejecutivas y memoria operativa en pacientes con deterioro cognitivo leve amnésicos.

Por otra parte, se comparan los resultados encontrados en programa realizado por Romaní (2019), donde se encontró mejorías en el mantenimiento de memoria, CI, percepción visual, habilidades visoconstructivas, ansiedad y depresión. En paciente adulto mayor con enfermedad de Parkinson.

Por otra parte, los resultados se asemejan a los Quispe (2019) donde demostró mejorías en las funciones ejecutivas, memoria semántica y viso perceptivo en paciente geronto con deterioro cognitivo e Hipotiroidismo.

De la misma forma los resultados asemejan a los de Bautista (2019) donde se obtuvo como resultado mejor desempeño en su control inhibitorio auditivo y visual como en su atención, velocidad de procesamiento de estímulos visuales en paciente con secuela de ACV hemorrágico.

De este modo los resultados presentan similitud al de Mattos. (2016) lo cual tuvo como resultados significativos la mejoría de casi todas las funciones evaluadas y depresión en pacientes con signos de deterioro cognitivo leve.

Capítulo IV: Conclusiones

4.1 En relación a la evaluación neuropsicológica

Se evaluó a un paciente varón de 88 años de edad, con demencia tipo Alzheimer moderado a grave, con 10 años de evolución de síntomas y 3 años diagnosticado.

Se realizó una evaluación neuropsicológica, encontrándose mayores déficits en las áreas de orientación, atención, memoria, funciones ejecutivas y una disminución leve en el área de lenguaje. Los resultados permitieron diseñar un programa de rehabilitación en base a la demencia tipo Alzheimer.

4.2 En relación al programa de rehabilitación

Se logró la psico educación a los familiares acerca de la demencia tipo Alzheimer, para involucrar a la familia en el desarrollo de actividades y sesiones de rehabilitación para el desarrollo del cumplimiento del tratamiento.

El programa de intervención neuropsicológica presento mejoras significativas globales en las áreas cognitivas.

Se aprecia mejorías leves en orientación temporal y espacial.

Se observa mejorías en atención sostenida.

Se presentó mejorías leves en gnosia y praxis.

Se evidencio mejorías significativas en memoria inmediata, memoria de orientación temporal, memoria remota semántica y memoria de evocación libre y con pistas.

Se mostró mejorías leves en planificación de sucesos.

Se manifiesta mejoría en el área de lenguaje

Capítulo V: Recomendaciones

5.1 Para el paciente

- 1) Reevaluación neuropsicológica anualmente.
- 2) Control neurológico
- 3) Continuar con actividades de estimulación cognitivas que incluyan:
 - a. Se le recomienda que continúe realizando los ejercicios, enseñados en cada sesión por lo menos 20 minutos por día, para reforzar las funciones cognitivas.
 - b. Realizar lecturas cortas y luego escribir todo lo que entendió de ellas.
 - c. Realizar un listado de palabras, datos bibliográficos, frases y leerlas en voz alta, repitiéndolo varias veces.
 - d. Realizar en una hoja varias palabras y marcar las que se repiten.
 - e. Observar los objetos y describir cada uno de sus detalles.
 - f. A cada situación de dificultad en el hogar plantearle una solución de como resolvería el problema.
 - g. Realizar rompecabezas.
 - h. Copiar objetos que haya visto, reproducirlo en una hoja sin ver.
 - i. Reevaluación neuropsicológica cada 6 meses, para control de funciones cognitivas.

5.2 Para la familia

- 1) Educar sobre técnicas de estimulación cognitivas
- 2) Promover actividades grupales y familiares.
 - a. Supervisar que el paciente realice los ejercicios, brindándole el apoyo y reforzando las actividades realizadas.
 - b. Dialogar de eventos recientes, para manejo de información reciente.
 - c. Ayudarle a realizar actividades diarias, donde él pueda describir que actividades tiene planeado para realizar durante el día.

d. Realizar recordatorios, listas y notas donde haya actividades que debe realizar.

Capítulo VI: Referencias

- Abad, A., Ávila, J., Bonilla, I., Burgueño, A., Clavijo, B., Coello, A., & Verde, I. (2012). *Informe estado del arte de la enfermedad de Alzheimer*. España. Pwc.
<https://www.lilly.es/global/img/ES/PDF/ESTADO-DEL-ARTE-SOBRE-LA-ENFERMEDAD-DE-ALZHEIMER.pdf>
- Aguilar, O., Cárdenas, L., Luengas, F., & Solano, Y. (2011). Intervención Neuropsicológica para adultos mayores con deterioro cognitivo leve amnésico. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 4(1), 33-40. <https://reviberopsicologia.iberro.edu.co/article/view/208>
- Alberca, R., & López-Pousa, S. (2009). *Enfermedad de Alzheimer*. España: Panamericana.
https://books.google.com.pe/books?id=s_
- Arroyo, E. (2002). *Estimulación psicocognitiva en la demencia*. Proas Science.
- Alzheimer Universal. (2013). *Perú tendrá plan nacional de Alzheimer*. Perú.
<http://www.alzheimeruniversal.eu/2013/05/15/peru-tendra-plan-nacional-alzheimer/>
- Bautista, J. (2019). *Intervención en los procesos atencionales en un paciente con secuela de accidente cerebro vascular hemorrágico*. [Tesis segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<http://www.repositorio.unfv.edu.pe/>
- Benedet, M. (2002). *Neuropsicología cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología Cognitiva*. IMSERSO.
- Braak, H. y Braak, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Revista Acta Neuropatho*, 82(12), 239-259.
<http://www.file:///C:/Users/Karen/Desktop/tesis%>
- Comesaña, A., & González., M. (2009, 8 de mayo) *Evaluación Neuropsicológica en la Enfermedad de Alzheimer*. <http://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v3n2/a06.pdf>

- Chen, P., Ratcliff, G., Belle, S., Cauley, J., DeKosky, S., & Ganguli, M. (2001). Patterns of cognitive decline in presymptomatic Alzheimer disease. *Revista A prospective. Arch Gen Psychiatry*, 58(9), 853-858. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11545668>
- De los Reyes., C, Rodríguez., M, Sánchez., A., & Gutiérrez., K. (2012). Utilidad del programa de Rehabilitación Neuropsicológica de la memoria en daño Cerebral Adquirido. *Revista Liberabit*, 19(2), 181-194. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- Drake, M. (2007). Introducción a la evaluación neuropsicológica. En Burín, D. et al (Comp.). *Evaluación Neuropsicológica de Adultos*. Paidós.
- Esperanza, P. (2005). La Demencia diagnóstico y evaluación. *Revista de Especialidades Médicas – Quirúrgicas*, 10(3), 6-13. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47310302.pdf>
- Fernández-Guinea, S. (2001) Estrategias a seguir en el diseño de los programas de rehabilitación neuropsicológica para personas con daño cerebral. *Revista Congreso virtual de Neuropsicología*, 33(4), 373-377. <file:///C:/Users/Karen/Downloads/1040373.pdf>
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 12 (3),189-98. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395675900266?via>
- Golden, Ch. (1975). *STROOP: Manual Test de Colores y Palabras*. Ed. TEA
- Guinarte, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva: Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista. Neurología*, 34 (9), 870-873. <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/07/Rehabilitaci%C3%83%>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Ed. Mc Graw-Hill.

- INSM “HD-HN”. (2018). *Factores asociados con el deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor Lima Metropolitana y callao*.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n1/a03v81n1.pdf>.
- Johnson, D., Storandt, M., Morris, J. & Calvin, J. (2009). Longitudinal study of the transition from healthy aging to Alzheimer disease. *Revista Arch Neurol*, 66(10), 1254-1259.
file:///C:/Users/Karen/Downloads/noc90014_1254_1259.pdf
- Jorm, A. (1994). *La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. SG Editores y Fundación Caja Madrid.
- Jurado, A, Mataró, M, & Pueyo, R (2016). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. Síntesis.
<http://adef.es/site/wp-content/uploads/2016/04/Neuropsicolog%C3%ADa>
- Kolb, B. & Whishaw, I. (2006). *Neuropsicología humana*. Ed Médica Panamericana.
- Lezak., M. (2004). *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press.
- Libre., J. (2014). Demencias y enfermedades de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*. 40(3), 378-387.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300008
- Lubrini, G., Periañez, J. A., y Ríos-Lago, M. (2009). Introducción a la estimulación cognitiva y a la rehabilitación neuropsicológica. En E. Muñoz, (Coord.), (Ed.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Ed UOC.
http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/253/7/Estimulaci%C3%B3n%20cognitiva_M%C3%B3dulo3_Estimulaci%C3%B3n
- Martínez-Lage, J.M., & Hachinski, V. (2001). *Envejecimiento cerebral y enfermedad*. Ed. Triacasatela
- Mattos., D. (2016). Efecto de un programa de estimulación cognitiva y funcional en los signos de deterioro cognitivo leve del adulto mayor. Asociación la Libertad, Paucarpata.

Arequipa 2016 [Tesis de licenciatura, Universidad católica San Pablo]. Repositorio UCSP

<http://repositorio.ucsp.edu.pe/handle/UCSP/14936>

Moreno, P, & Blanco, C. (2000). Hacia una teoría comprensiva de la rehabilitación de funciones cerebrales como base de los programas de rehabilitación en enfermos con daño cerebral. *Revista Neurol* 2000; 30(8), 779-83.

[file:///C:/Users/Karen/Downloads/i080779%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Karen/Downloads/i080779%20(1).pdf)

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Revista Neurology*, 34(7), 939-944.

https://pdfs.semanticscholar.org/2c0f/1fc88b25e5a5fbddef1f9969e4e38a841242.pdf?_ga=2.173990691.1402786362.1571976138-366098387.1571976138

Ministerio de Salud. (2009). *El 10% de la población adulta mayor sufre de Alzheimer*.

http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=785

Ministerio de Salud. (2013). *Manual de Atención Integral de Salud. Adulto*.

<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/index.htm>

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña, J., Del Ser, T., Muñiz, R. (2010).

Nonpharmacological therapies in a systematic review of efficacy. *Revista Dement Geriatr Cogn Disord*, 30(2), 161-78. https://www.mariawolff.org/_pdf/fmw-publicaciones-terapias-no-farmacologicas-en-la-ea.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992). *CIE 10. Decima Revisión de la clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*.

<http://www.ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Pelegrín, C., & Olivera, J. (2008). Neuropsicología del deterioro cognitivo leve y de las demencias. En J. Tirapu-Ustarroz, M. Ríos, y F. Maestú (Eds.), *Manual de neuropsicología*. Ed. Viguera.
- Peña-Casanova, J. (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principio generales*. Ed. Fundación La Caixa.
- Pérez, V. (2005). Demencia en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Medicina*, 21, 3-4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125200500
- Rami, L, Molinuevo, J, Bosch, B, Sánchez, R, & Villar, A. (2007). *Test de Alteración de Memoria. Hospital Clinic i Universitari de Barcelona*. <https://www.recorda.info/u/uploads/File/TM.pdf>
- Roth, M. (1986). The association of clinical and neurological findings and its bearing on the classification and aetiology of alzheimers Disease. *Revista British Medical Bulletin*, 42(1), 42-50. DOI: 10.1093/oxfordjournals.bmb.a072097
- Quispe, S. (2019). Programa de rehabilitación neuropsicológica en una paciente geronto con deterioro cognitivo leve e hipotiroidismo. [Tesis segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/unfv/3580>
- Romaní, I. (2019). Deterioro cognitivo leve tipo amnésico en adulto mayor con enfermedad de Parkinson. [Tesis segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3399>
- Velilla, L., Soto, E., & 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.

<https://www.redalyc.org/pdf/1793/179318868002.pdf>

Villarejo, A. & Puertas, V. (2011). Utilidad de los test breves en el cribado de demencia.

Neurología, 26(7), 425-433.

[file:///C:/Users/Karen/Downloads/S0213485310003312%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Karen/Downloads/S0213485310003312%20(1).pdf)

Wilson., BA (1987). *Rehabilitación de la memoria.* Guilford Press

Wintraub., S., Wiclund, A.H., & Salmon, D.P. (2012). The Neuropsychological Profile of

Alzheimer Disease. Cold Spring. *Revista Harb Perspect Med*, 2(4),

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312395/>

Capítulo VII: Anexos

Fecha	sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	1	Atención Focalizada	<p>Se le muestra al paciente 1 lámina con un dibujo, la cual tiene que observar por un periodo de tiempo luego reproducir el dibujo sin verlo.</p> <p>Se le presenta 2 láminas, la primera lamina con tres palabras escritas “CAPA, MASA, DADO”, la segunda lamina con 10 palabras incluida las anteriores, donde el evaluado tiene que localizarlas y contarlas, posteriormente marcarlas con distintos colores.</p>	Ejercitar la atención focalizada	Se logró un % durante la sesión
Fecha	sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	2	Atención Sostenida	Se le presenta 2 figuras iguales donde, tiene que observar y buscar las características que le faltan a una imagen y encerrarlas en un círculo rojo.	Ejercitar la atención sostenida en base a	Se logró un % durante la sesión
Fecha	Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	3	Atención Selectiva	Se muestra una lamina con varias columnas de palabras, que están escritas con diferente color de tinta al de la palabra, usted tendrá que decirme el color de la tinta con la que está escrita, mas no lo que dice la palabra.	Ejercitar la atención selectiva en base a	Se logró un % durante la sesión

Fecha	Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	4	Atención Alternante	Mostrar al participante láminas que puedan proporcionar letras repetidas de todo el abecedario, estas de distintos colores. Se le indica: “A continuación usted podrá observar una hoja con diversas letras. Usted debe tachar todas las letras A, que aparecen y cuando le diga cambie, tendrá que tachar las letras E, y si menciono cambio nuevamente tendrá que tachar las letras A y así repetidamente”.	Ejercitar la atención alternante en base a	Se logró un % durante la sesión
Fecha	Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	5	Atención Dividida	Mostrar al participante una hoja donde aparecen distintos grupos de letras que se encuentran desordenadas que carecen de sentido, el participante las va ordenar y formar una palabra diferente. Adicionalmente, tendrá que formar una frase con cada una de las palabras formadas.	Ejercitar la atención alternante en base a	Se logró un % durante la sesión
Fecha	Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	6	Memoria Semántica	se le presenta una hoja donde se encuentran frases incompletas, donde tiene que completarlas y mencionarnos el significado de la frase	Ejercitar la memoria semántica en base a	Se logró un % durante la sesión

Fecha	Sesion	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	7	Memoria de Trabajo	Se le pide al participante que escriba los días de la semana, meses, año y estaciones del año, de manera ordenada y luego de manera inversa, así mismo se le pide que repita una serie de números de manera ascendente, y luego de manera descendente.	Ejercitar la memoria trabajo en base a	Se logró un % durante la sesión
Fecha	Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	8	Memoria Episódica	Se le presenta una hoja con tres, cuatro, luego con cinco palabras y así se le va aumentando la dificultad hasta llegar a diez palabras, donde el participante tiene que repetir tres veces, luego tendrá que recordarlas, y sin ver la hoja mencionarlas, como también relacionándolas con hechos reales vividos.	Ejercitar la memoria episódica en base a	Se logró un % durante la sesión
Fecha	Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	9	Memoria Verbal	se le presenta una historia donde el examinador la va leer al paciente y este debe escuchar atentamente, luego tendrá que contármela lo más parecido que pueda	Ejercitar la memoria verbal en base a	Se logró un % durante la sesión
Fecha	Sesion	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	10	Lenguaje	se le presenta lamina que contiene imágenes de objetos, personas donde tiene que describir y nombrarlas, agrupándolas en grupos iguales y construir un texto, rpetir refranes, lectura de textos de cabeza y formar oraciones nuevas.	Ejercitar el lenguaje (expresivo, comprensivo y demostrativo) en base a	Se logró un % durante la sesión

Fecha	Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	10	Lenguaje	se le presenta lamina que contiene imágenes de objetos, personas donde tiene que describir y nombrarlas, agrupándolas en grupos iguales y construir un texto, repetir refranes, lectura de textos de cabeza y formar oraciones nuevas.	Ejercitar el lenguaje (expresivo, comprensivo y demostrativo) en base a	Se logró un % durante la sesión
Fecha	Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo	Resultado
	11	Funciones Ejecutivas	Se le presenta una lamina con palabras escritas al borde izquierdo y líneas pteadas al lado derecho donde están las letras del abecedario y el paciente tiene que escribir una palabra con la letra que corresponda. Se le presenta 1 lamina donde hay una imagen y otra donde está cortada en piezas pequeñas de rompecabezas, para que pueda armarlo, se la muestra la imagen un minuto y luego armarla sin mirar. Se le entrega un laberinto de lo más fácil a lo más complejo. Se le dice diferentes actividades diarias en forma de un problema y el tiene que brindar solución a estos problemas.	Ejercitar las funciones ejecutivas en base a	Se logró un % durante la sesión