



FACULTAD DE PSICOLOGIA

**CASO PSICOLOGICO: PROGRAMA DE ESTIMULACION NEUROPSICOLOGICA
EN UN PACIENTE CON TRASTORNO NEURODEGENERATIVO MAYOR DE
INICIO TEMPRANO**

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Rodríguez Neyra, Mabela Gudelia

Asesor:

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

Jurado:

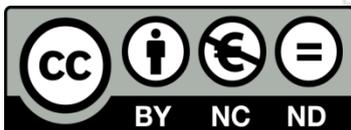
López Odar, Dennis Rolando
Oré Maldonado, José Paulino
Mori Doria, Marco Antonio

Lima - Perú

2022

Referencia:

Rodríguez, N. (2022). Caso psicológico: programa de estimulación neuropsicológica en un paciente con trastorno neurodegenerativo mayor de inicio temprano [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6165>



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/>



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CASO PSICOLOGICO: PROGRAMA DE
ESTIMULACION NEUROPSICOLOGICA EN UN
PACIENTE CON TRASTORNO NEURODEGENERATIVO
MAYOR DE INICIO TEMPRANO**

Línea de investigación:

Salud mental

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

Autora:

Rodríguez Neyra, Mabela Gudelia

Asesor:

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

Jurado:

López Odar, Dennis Rolando
Oré Maldonado, José Paulino
Mori Doria, Marco Antonio

**Lima -Perú
2022**

Pensamientos

“En ningún lugar está escrito
que esta enfermedad sea
invencible.”

Pasqual Maragall

“La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda
y cómo la recuerda para contarla”.

Gabriel García Márquez

Dedicatoria

A mi familia, por su constante apoyo y motivación para superar todos los obstáculos que se presentaron durante el desarrollo del presente trabajo.

Agradecimientos

Un agradecimiento especial al paciente que fue el caso elegido y permitió desarrollar el presente programa de rehabilitación cognitiva.

Al asesor del presente trabajo académico: Dr. Henrich Villanueva Vásquez, quien me orientó en la elaboración del presente estudio de caso al brindar su conocimiento.

A mi familia, por su estímulo permanente y colaboración.

Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Índice de Tablas	ix
I. Introducción	1
1.1 Descripción del Problema	3
1.2 Antecedentes	4
1.2.1 Antecedentes nacionales	4
1.2.2 Antecedentes internacionales	7
1.2.3 Fundamentación teórica	10
1.2.3.1 Trastorno degenerativo mayor	10
1.2.3.2 Programa de rehabilitación neuropsicológica	23
1.3 Objetivos	29
1.3.1 Objetivo general	29
1.3.2 Objetivos específicos	29
1.4 Justificación	29
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	30
II. Metodología	31
2.1 Diseño y tipo de investigación	31
2.2 Ámbito temporal y espacial	31

2.3	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	31
2.3.1	VARIABLES INDEPENDIENTE	31
2.3.2	VARIABLES DEPENDIENTE	32
2.4	PARTICIPANTE	32
2.5	INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE EVALUACIÓN	33
2.5.1	INSTRUMENTOS	33
2.5.2	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	36
2.5.3	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	38
2.6	INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA	42
2.6.1	PLAN DE INTERVENCIÓN	42
2.6.2	PROGRAMA DE SESIONES	46
2.7	PROCEDIMIENTO	47
2.8	CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
III.	RESULTADOS	49
3.1	RESULTADOS PRE Y POS-INTERVENCIÓN	49
3.2	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	52
IV.	CONCLUSIONES	57
V.	RECOMENDACIONES	58
VI.	REFERENCIAS	69
VII.	ANEXOS	64

Índice de Tablas

Tabla 1.	Fichas técnicas, confiabilidad y validez de los instrumentos	33
Tabla 2.	Otros instrumentos empleados	35
Tabla 3.	Resultados del test de inteligencia	38
Tabla 4.	Resultados pre y post test	49

Resumen

Se presenta un estudio de caso clínico de un paciente de sexo masculino de iniciales J. P. B de 53 años que presenta un Trastorno Neurocognitivo Mayor que data de hace 2 años aproximadamente, lo cual ha ido mermando sus capacidades cognitivas en especial en la orientación, específicamente en lo que respecta a tiempo, la memoria a corto plazo, atención selectiva y praxia constructiva. Se consideró una investigación: de tipo aplicada, diseño de caso único (Roussos, 2007). Culminada la evaluación neuropsicológica se obtuvo como diagnóstico un cuadro de deterioro cognitivo moderado. Seguidamente se aplicó un programa de intervención neuropsicológica de 14 sesiones bajo el modelo Psicosocial en la que se trabajaron con distintos ejercicios la memoria implícita y explícita, enfocado todo ello en estimular las funciones que se encuentran disminuidas. Debido a la gravedad de deterioro cognitivo mayor no se logró rehabilitar todas las funciones cognitivas en el paciente, sin embargo, se concluye que bajo el programa de estimulación neuropsicológica se ha podido estimular y mantener las funciones cognitivas superiores de un paciente con la enfermedad de Alzheimer.

Palabras clave: Estimulación cognitiva, memoria, trastorno neurodegenerativo mayor

Abstract

The present investigation is a clinical case study of a 53-year-old male patient with initials JP B who presents a Major Neurocognitive Disorder dating from approximately 2 years ago, which has been diminishing his cognitive abilities, especially in orientation, specifically in regards to time, short-term memory, selective attention, and constructive praxis. An investigation was considered: applied type, single case design (Roussos, 2007). Upon completion of the neuropsychological evaluation, a diagnosis of moderate cognitive impairment was obtained. Subsequently, a neuropsychological intervention program of 14 sessions was applied under the Psychosocial model in which implicit and explicit memory were worked with different exercises, all focused on stimulating the functions that are diminished. Due to the severity of major cognitive impairment, it was not possible to rehabilitate all the cognitive functions in the patient, however, it is concluded that under the neuropsychological stimulation program it has been possible to stimulate and maintain the higher cognitive functions of a patient with the disease of Alzheimer's.

Keywords: Cognitive stimulation, memory, major neurodegenerative disorder

I. INTRODUCCIÓN

La población mundial envejece y se prevé un aumento del 56% de las personas mayores de 60 años alrededor del mundo (Lane et al., 2018). En el 2013 se estimaron 44 millones de personas que sufren de demencia a nivel mundial (basados en revisiones sistemáticas de datos de prevalencia), con 7.6 millones de nuevos casos anualmente. El número de personas con demencia se duplicará cada 20 años para alcanzar los 76 millones en el 2030 y los 135 millones en el 2050 en todo el mundo, incremento que será más marcado en las regiones en vías de desarrollo que en las regiones desarrolladas (Prince et al., 2004).

Europa Occidental y Norteamérica, presentan las mayores prevalencias de demencia en la población de 60 años o más (7,2 y 6,9 % respectivamente), seguidas por el Caribe Insular (6,5 %) y Latinoamérica (6,0 %) (Sousa et al, 2010). La prevalencia de síndrome demencial en América Latina y el Caribe es alta, entre 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años y más, con un estimado de crecimiento en el número de personas con demencia entre el 2001 y el 2040 del 77 % en los países del cono sur americano (Argentina y Chile) y de 134 a 146 % de incremento en el resto de América Latina, por lo que sobrepasará al de cualquier otra región del mundo; la tasa de incidencia de demencia anual estandarizada para la edad es también elevada, con un estimado de 410 938 nuevos casos de demencia por año, la que se asocia a una menor supervivencia en relación con los países de altos ingresos. De 3,4 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe en la actualidad, la cifra se incrementará a 4,1 millones para el 2020 y a 9,1 millones en el 2040, es decir, será similar al de Norteamérica (Llibre et al., 2003).

En el Perú más de 200 mil personas mayores de 60 años tiene Alzheimer, enfermedad

neurodegenerativa que genera pérdida progresiva de la memoria. La prevalencia de demencia en Perú es 6.85%, siendo la enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia más frecuente; en el Cercado de Lima, sobre 1532 individuos evaluados, encontramos 105 casos de demencia, lo que corresponde a una prevalencia de 6,85%, siendo la enfermedad de Alzheimer-EA el diagnóstico más frecuente (56,2%); dicha prevalencia se incrementó con la edad y tuvo predominio en el sexo femenino; el análisis de regresión logística mostró que la edad, género (en este caso femenino) y el bajo nivel educativo se encontraban correlacionados con la prevalencia alta de demencia (Custodio y Montesinos, 2015).

Por otro lado, se ha visto necesario a lo largo de las investigaciones, estudiarlos factores de riesgos para que una persona en un futuro sea diagnosticada con la enfermedad de Alzheimer, estos factores de riesgo se atribuyen a lo genético y ambiental. Por consiguiente, indican que las estrategias de prevención deben estar dirigidas a disminuir esos factores ambientales conllevando a una demora de la aparición de los síntomas de esta enfermedad. Igualmente, el factor primordial que mencionan es el del paso de los años, dado que el deterioro cognitivo, el Alzheimer y otras demencias sobresalen a medida que la persona va envejeciendo.

Las investigaciones con respecto a esta problemática del Alzheimer han ido aumentando con el fin de aportar cada día más información, herramientas o estrategias que vayan de la mano a la prevención, aumento de la enfermedad y tratamientos adecuados que garanticen resultados; también se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales (Calero, 2003; citado por Custodio y Montesinos, 2015).

Es necesario realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto

mayor a los cambios ambientales, suministrando mecanismos para que adquieran estrategias compensatorias y le ayuden a mantener su competencia social. Considerando lo anterior, el presente trabajo propone un programa de estimulación neuropsicológica de la memoria en un adulto con un diagnóstico de trastorno neurodegenerativo mayor de inicio temprano. Con este programa se busca proporcionar, indicaciones y estrategias para poder estimular los dominios de las personas en una situación de deterioro, proponiendo una serie de actividades en las diversas modalidades y procesos de la memoria como medida recuperativa y de fortalecimiento de la calidad de vida del paciente.

1.1. Descripción del problema

Paciente de 53 años de sexo masculino con N° de Historia clínica 0164 nacido el 15 de mayo del 1968, con predominancia lateral de ser diestro, es referido al servicio de neuropsicología, fue asistido por la Lic. Mabela Rodríguez Neyra en varias sesiones de evaluación e intervención desde agosto hasta diciembre del 2021. Acude en compañía de su esposa, la cual refiere que le han observado pérdida de memoria en los dos últimos años. Dicha pérdida no guarda relación con ningún acontecimiento o cambio importante en la vida del paciente y está asociado a aspectos cotidianos y relacionados con la memoria a corto plazo, está confundiendo a personas conocidas y se le está dificultando llegar a lugares conocidos. Solicita evaluación y diagnóstico neuropsicológico para seguir con su tratamiento idóneo y mantener su funcionalidad.

Los primeros datos apuntan a despistes en la recepción de mensajes (olvidaba recados que le dejaban o los transmitía a destiempo, a veces de forma reiterada a la misma persona). En varias ocasiones venía de la compra habiendo olvidado artículos básicos que precisaba. Terminó por llevar una lista exhaustiva de la que antes no dependía, pero aun así se liaba con

los cambios monetarios y en último término tenía que ir siempre acompañado, sobre todo cuando acudía a realizar alguna tarea bancaria (en ocasiones había realizado ingresos o reintegros por la misma cantidad varias veces en poco tiempo). Por vergüenza acumulaba ese dinero en casa, pero varias veces olvidaba dónde lo guardaba y lo encontraba su familia. Empezaba a aquejar trastornos afectivos (mayor irritabilidad y frustración ante situaciones cotidianas), pero los síntomas depresivos mejoraban solo transitoriamente con los tratamientos instaurados.

1.2. Antecedentes

Se hizo la búsqueda correspondiente en las revistas científicas y los repositorios de los estudios de las universidades y no se encontraron investigaciones con la variable de estudio en un caso similar, sin embargo, se encontraron los siguientes estudios.

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Zúñiga (2020) investigó sobre la valoración neuropsicológica en adultos mayores con envejecimiento cognitivo normal, deterioro cognitivo leve y en demencia tipo Alzheimer en la ciudad de Arequipa. El objetivo del estudio fue determinar si existía diferencia en la valoración neuropsicológica en adultos mayores con envejecimiento cognitivo normal, deterioro cognitivo leve y demencia de tipo Alzheimer. Los resultados obtenidos evidenciaron que si existen diferencias significativas en la valoración neuropsicológica en adultos mayores con los diagnósticos mencionados. Concluyendo que, si existe diferencia en la valoración neuropsicológica en adultos mayores con envejecimiento cognitivo normal, deterioro cognitivo leve y demencia de tipo Alzheimer, y de manera más evidente, entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia de tipo Alzheimer y sugieren que el Addenbrooke's Cognitive Examination revisado (ACE- R) demostró ser eficaz en la diferenciación del envejecimiento

cognitivo normal, deterioro cognitivo leve y demencia de tipo Alzheimer. Esta misma capacidad de diferenciación no la demuestra el Mini Mental State Examination.

Morí (2020), mediante su estudio comparativo del perfil cognoscitivo en adultos mayores con deterioro cognitivo del Hospital PNP Luis N. Sáenz, tuvo como objetivo determinar el perfil de rendimiento en las funciones cognoscitivas de los adultos mayores con deterioro cognitivo. Los resultados muestran que las funciones cognoscitivas que aclaran más el efecto en el nivel de deterioro cognitivo son: Atención y concentración ($r = 0,39$), Codificación ($r = 0,53$), Funciones ejecutivas ($r^2 = 0,48$) y Evocación ($r^2 = 0,56$). Como deducción, se puede aseverar que las funciones cognoscitivas: Atención y concentración, Codificación, Funciones ejecutivas y Evocación son las que poseen más sociedad significativa con el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores del Hospital PNP Luis N. Sáenz. También se encontró que hay diferencias significativas en el rendimiento de las funciones cognoscitivas en relación edad, género y escolaridad. Concluyendo que existen diferencias significativas en el rendimiento en las funciones cognoscitivas de los adultos mayores con deterioro cognitivo de la muestra investigada, según la edad, el género y la escolaridad.

Rosas (2019), en un programa cuasi-experimental de estimulación cognitiva sobre la memoria y orientación en 10 personas de ambos sexos con edades entre 50 Y 80 años con diagnóstico de deterioro cognitivo leve y moderado de un Hospital Nacional en la ciudad de Lima - Perú, aplicando el instrumento Test de Mini-mental State Examination(MMSE-2003) y el Test de Alteración de la Memoria (T@M-2014); cuyo objetivo de estudio fue determinar los efectos de un programa de estimulación cognitiva sobre la memoria y orientación en personas con diagnóstico de deterioro cognitivo leve y moderado de un Hospital Nacional. Los resultados evidencian que el programa mejoró el nivel de desempeño de la memoria y

orientación, con diferencia significativa antes- después $p < .05$ en ambos instrumentos. Concluyó que los participantes incrementaron el nivel de desempeño de la memoria y orientación, sin embargo, en memoria inmediata y semántica no existen diferencias significativas.

Contreras et al. (2019) estudiaron sobre la “Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú, 2016-2017”. El objetivo fue determinar la prevalencia de demencia y describir la funcionalidad de los adultos mayores en una clínica geriátrica de Huancayo. Obtuvieron como resultados que el promedio de edad fue 82,6 años, 60,7% fue de sexo femenino, el nivel de instrucción primaria fue de 49,7%, el lugar de procedencia Huancayo fue de 29,6%. Se estimó la prevalencia de demencia en 9,9%, deterioro cognitivo leve en 11%. En actividades básicas de la vida diaria, 19,4% tuvo dependencia parcial; y en actividades instrumentales de la vida, el 23% dependencia severa. Llegando a concluir que la prevalencia de demencia en la muestra estudiada fue de 9,9%, de deterioro cognitivo leve 11%. Asimismo, el 19,4% presentó dependencia parcial y 23% dependencia severa.

Ramírez-Amaya et al. (2001) realizó el programa de intervención psicoterapéutica y educacional en la enfermedad de Alzheimer del programa de atención domiciliaria – Essalud, Lima - Perú, 2018. El objetivo fue determinar la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutica y Educacional en pacientes con Enfermedad de Alzheimer del Programa de Atención Domiciliaria – EsSalud, en el año 2018. Los resultados determinaron ante su aplicación (pre-test) el puntaje de 18, encontrándose en el rango de 0-21 (déficit intenso) después de la aplicación (pos-test) se incrementó a un puntaje de 42, encontrándose en el rango de 22-42 (déficit moderado). Se concluyó que el Programa de Intervención

Psicoterapéutica y Educativa es de efectividad significativa.

Herrera (2011) investigó sobre el perfil clínico epidemiológico de la enfermedad de Alzheimer en el servicio de neurología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en la ciudad de Lima. El objetivo de este estudio fue identificar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con enfermedad de Alzheimer diagnosticados en los consultorios del servicio de neurología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Los resultados mencionan que después de la revisión de las historias clínicas, 20 pacientes fueron considerados elegibles para ser incluidos en el estudio. La edad promedio de los sujetos fue de 80,35 (desviación estándar 9,172, rango 56-92) años, con una mayoría de mujeres (16 casos, 80%), residentes en Lima Metropolitana y el Callao en todos los casos en quienes se registró el dato (19/19). Se identificaron trastornos de la glucemia en el 50% de casos (8 casos de 16 pacientes en quienes se realizó la prueba) y anemia en el 47,1% (8/17). Se prescribió memantina en el 85% casos (17/20), en tanto que el 55% de los casos recibió algún tipo de antipsicótico (11/20). Concluyeron que el perfil más frecuente del enfermo con enfermedad de Alzheimer corresponde a una mujer adulta mayor casada. Si bien la diabetes y el hipercolesterolemia se han reportado como factores de riesgo para enfermedad de Alzheimer, su presencia no ha sido notable en los casos observados.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Espín (2020) estudió sobre factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. El objetivo fue caracterizar los principales factores de riesgo asociados a los pacientes con enfermedad de Alzheimer y a sus cuidadores principales. Los resultados determinaron que es de gran importancia el conocimiento de los factores de riesgo que están asociados a la enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores, lo que permitirá

evitarlos mediante acciones de salud que promuevan estilos de vida saludables y así intentar prevenir y controlar la evolución de esta enfermedad que cada día afecta de forma dramática a más personas. Finalmente se concluye que los principales factores de riesgo asociados a los pacientes con enfermedad de Alzheimer, a predominio de la edad y de los factores de riesgo de enfermedades vasculares; el elevado estrés emocional incide en los cuidadores de enfermos con Alzheimer.

Tellechea et al. (2018) estudiaron sobre la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz y de inicio tardío: ¿son la misma entidad? El objetivo fue analizar los trabajos más actuales que comparan la clínica, la neuropsicología, la patología, la genética y la neuroimagen de la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz-EAIP y la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío- EAIT, para determinar si nos enfrentamos a dos enfermedades distintas o a variantes de una misma entidad. Como resultado, hallaron consistencia en algunas características diferenciales entre los 2 cuadros clínicos. Fundamentalmente, la EAIP comienza con mayor frecuencia con una clínica atípica; la valoración cognitiva muestra mayor afectación de las funciones ejecutiva y visuoespacial y de las praxias, y menor afectación de la memoria; la neuropatología evidencia mayor densidad y una distribución más difusa de la patología tipo Alzheimer; los estudios de neuroimagen estructural y funcional muestran una afectación cortical mayor y más difusa, afectando al neocórtex (especialmente el precuneus). Concluyeron que las evidencias actuales hacen pensar que la EAIP y la EAIT son variantes clínicas de una misma entidad, que en el caso de la EAIT se ve influida probablemente por factores asociados al envejecimiento.

Moreno et al. (2017) investigaron sobre los factores asociados con demencia mixta vs enfermedad de Alzheimer en adultos mayores mexicanos. El objetivo del estudio fue identificar los factores clínicos e imagenológicos asociados a la demencia mixta - DMix en

comparación con la enfermedad del Alzheimer. Se estudió a 137 sujetos con DMix y los resultados de acuerdo con el análisis multivariado mostraron que la hipertensión, la enfermedad de sustancia blanca e infartos lacunares estuvieron asociados a la DMix, mientras que la historia de depresión resuelta tuvo una asociación inversa. Concluyeron que la DMix podría ser más frecuente que la EA. Factores de riesgo como la edad avanzada y otros potencialmente modificables se relacionaron con esta forma de demencia.

Wattmo y Wallin (2017) estudiaron sobre la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano versus tardío en la práctica clínica: resultados cognitivos y globales durante 3 años en la ciudad de Suecia. El objetivo de esta investigación fue comparar los resultados cognitivos longitudinales y globales en pacientes tratados con enfermedad de Alzheimer de inicio temprano - EOAD versus enfermedad de Alzheimer de inicio tardío -LOAD en la práctica clínica. Los resultados longitudinales después de 3 años fueron similares entre los grupos de edad de inicio. Concluyeron que, aunque los participantes con EOAD mostraron una disminución, tenían una duración más prolongada de la EA antes del diagnóstico y tenían una frecuencia más alta de dos alelos APOE ϵ 4 que aquellos con LOAD, las respuestas cognitivas y globales al tratamiento.

Armenteros (2017) estudió sobre la enfermedad de Alzheimer y factores de riesgo ambientales. El objetivo del estudio fue sistematizar los factores de riesgo clínicos sociales y ambientales asociados a la enfermedad de Alzheimer y su posible mecanismo fisiopatogénico. Obteniendo como resultado que los factores de riesgo clínico socioambientales, como baja reserva cognitiva, hábito de fumar, alcoholismo, depresión, obesidad y diabetes mellitus, contribuyen a la aparición de enfermedad de Alzheimer, y podrían actuar desde etapas tempranas de la vida e interactuar con otros factores genéticos. Y finalmente concluyendo que

los factores de riesgo clínico socio ambientales podrían actuar desde etapas tempranas de la vida e interactuar con otros factores genéticos. Es necesario realizar estudios multicéntricos que aborden los criterios de medicina basada en la evidencia para aportar las pruebas que corroboren la relación de los factores de riesgo ambientales con enfermedad de Alzheimer.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Trastorno Degenerativo Mayor: enfermedad de Alzheimer. La historia de la Enfermedad de Alzheimer se remonta a 1906 cuando el doctor Alois Alzheimer, un neuropatólogo y célebre psiquiatra alemán, describió la enfermedad que hoy lleva su nombre precisándolo como una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro; al describirla quizás no imaginó nunca el impacto que tendría este descubrimiento con el progresivo envejecimiento de la población a nivel mundial (Wimo et al., 2007).

La Enfermedad de Alzheimer fue descrita por primera vez en una paciente que había ingresado en noviembre de 1901, a la edad de 51 años en el Hospital de Frankfurt a causa de un llamativo cuadro clínico que, tras comenzar con un delirio celotípico, inició una rápida y progresiva pérdida de memoria además de alucinaciones, desorientación temporoespacial, paranoia, trastornos de la conducta y un grave trastorno del lenguaje; su nombre se acopia en los documentos como Auguste Deter y fue estudiada por Alois Alzheimer hasta su muerte en 1906 (Carvajal, 2017).

Como resultado el caso de Auguste D. es uno de los pilares más importantes en la historia de esta enfermedad, por tanto, describiremos su caso: Esta paciente tenía 51 años cuando enfermó y casi 56 cuando falleció; la enfermedad comenzó con un marcado sentimiento de celos sobre su marido; Auguste comenzó además a tener dificultad para recordar cosas al cocinar las comidas; paseaba inquieta de manera constante e inmotivada por su casa; se

despreocupó poco a poco de todo; fue empeorando progresivamente; así mismo, afirmaba que un conductor de tren, que iba a su casa con frecuencia, tenía la intención de “hacerle algo”; además, comenzó a pensar que las conversaciones que tenían lugar a su alrededor hacían siempre referencia a ella y apareció deterioro de memoria rápidamente progresivo (Prince et al, 2004).

El 26 de noviembre de 1901 el Dr. Alzheimer, especialista en Neuropatología, comienza a entrevistar a la paciente, el mismo le hacía preguntas muy simples y escribía debajo las respuestas de la enferma; todo ello aparece en cuatro folios separados y fechados desde el 26 hasta el 30 de noviembre de ese mismo año; estos relatos dejan en manifiesto que Auguste padecía un serio trastorno del lenguaje, falta de comprensión, pobreza de lenguaje y clara asintaxis al expresar sus ideas; estaba desorientada con respecto al tiempo y al lugar; luego desarrolló síntomas típicos de Demencia muy rápidamente progresiva. El examen neurológico no ponía de manifiesto signos de déficit focal; usaba bien las manos y andaba sin problemas; los reportes del Dr. Alzheimer en la Historia clínica de Augusta concluyen el 30 de noviembre de 1901; todos los síntomas mencionados anteriormente fueron empeorando mes a mes, año a año; hacia el 12 de julio de 1905 se recoge en la historia clínica que Augusta estaba completamente aturdida; siempre acostada en la cama con las piernas encogidas; manchándose a sí misma de manera habitual con sus heces y orina; sin decir nada nunca; farfullaba consigo misma, necesitaba que le dieran alimento.

La enferma murió tras permanecer cuatro años y medio hospitalizada; los síntomas se habían iniciado 11 meses antes de su ingreso así que la duración total de la enfermedad hasta la muerte fue de cinco años y un mes; en la etapa final estaba completamente apática y confinada a la cama en posición fetal, incontinente y, a pesar de todo el cuidado y atención que

se le prestó, aparecieron úlceras decúbito y neumonía, que fueron las auténticas causas de su muerte (Ruiz-Ezquerro, 2007).

Poco tiempo después de la muerte de Auguste, Alois Alzheimer solicitó el cerebro y la historia clínica de la paciente para ser estudiados en su laboratorio en Múnich; el cerebro de la enferma fue remitido al Dr. Alzheimer, quien procedió a su estudio histológico; el 4 de noviembre de 1906 presentó su observación anatómica con la descripción de placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioscleróticos cerebrales; el trabajo se publicó al año siguiente con el título “Una enfermedad grave característica de la corteza cerebral” (García y Villagómez-Ortiz, 2008).

A pesar de esta publicación no fue hasta 1910 que Kraepelin, una autoridad médica internacional, en la octava edición del Manual de Psiquiatría utiliza por primera vez el epónimo, Enfermedad de Alzheimer y la diferencia de la Demencia Senil; es curioso que desde esa época el propio Alzheimer llamara la atención sobre la similitud entre las lesiones anatomopatológicas de las Demencias senil y presenil; la histopatología del cerebro de Auguste D ha podido ser estudiada de nuevo y fue publicada en 1998 en la revista Neurogenetics. En este estudio no se encontraron lesiones microscópicas vasculares, existen solamente placas amiloideas y ovillos neurofibrilares; esta última lesión descrita por primera vez por Alzheimer en este cerebro (Draaisma, 2012).

A. Evolución. La enfermedad de Alzheimer durante los primeros 50 años del siglo XX fue considerada para muchos como parte del envejecimiento “normal”; los síntomas de la enfermedad de Alzheimer con frecuencia eran atribuidos como parte de la declinación “normal” del cerebro con el envejecimiento, es decir, como sinónimo de “senilidad”; hacia

la década de los sesenta el descubrimiento de la relación entre la declinación cognitiva y el número de placas seniles y ovillos neurofibrilares en el cerebro, condujo a la comunidad médico-científica a considerar finalmente la enfermedad de Alzheimer como una enfermedad y no como parte del envejecimiento normal (Ferri et al., 2005).

En 1962 Corsellis reconoce la identidad de la Enfermedad de Alzheimer en la Demencia presenil y senil; un año después Kidd describe la ultraestructura de los ovillos o marañas de neurofibrillas mediante microscopía electrónica (Brodaty y Connell, 2005).

La década de los setenta estuvo así matizada por el crecimiento del interés científico en la Enfermedad de Alzheimer pues los primeros avances científicos de esta época permitieron la incorporación y el desarrollo de nuevas herramientas, técnicas y conocimientos para la exploración y la mejor comprensión del cuerpo humano de esta forma la enfermedad de Alzheimer emerge como un área de interés para la investigación; por su parte en 1976 Davies y Malloney observan la pérdida de neuronas colinérgicas en la Enfermedad de Alzheimer, de placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioscleróticos cerebrales. (Llibre et al, 2008).

En la década de los ochenta la investigación en la Enfermedad de Alzheimer estuvo dirigida a determinar la función de las placas seniles y los ovillos neurofibrilares, en esta época los investigadores examinaron las interacciones complejas de estas alteraciones en la enfermedad de Alzheimer en el cerebro; además precisa la composición química y la toxicidad de proteínas identificadas en el amiloide de las placas y la proteína tau en los ovillos (Ferri et al., 2005).

En 1983, Ramos-Cerqueira et al. (2005). proponen que la enfermedad de Alzheimer es un desorden de inervación colinérgica cortical y un año después Hyman, Hoesen y Damasio proponen la hipótesis de la desconexión para la amnesia en la Enfermedad de Alzheimer. Mc Khann y un grupo de expertos del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Vasculares Cerebrales -NINCDS, y la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos-ADRDA, proponen los actualmente conocidos como los criterios del NINCDS-ADRDA y con ello establecen los criterios de enfermedad de Alzheimer probable, posible y definitiva, lo cual permitió estandarizar los criterios diagnósticos al nivel internacional. Ramos et al. (2005) expuso su teoría del papel causal de la acumulación del β -amiloide en el cerebro en la patogénesis de la Enfermedad de Alzheimer, la cual, si bien ha estado sujeta a grandes controversias, es una de las dianas en que se centra la investigación de nuevos fármacos.

El Instituto Nacional de Salud -INS, sobre el envejecimiento, describe los criterios anatomopatológicos del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer; en esta década se sientan las bases de los descubrimientos relacionados con la genética de la enfermedad de Alzheimer en décadas futuras; en la década de los noventa el estudio de las Demencias y de la enfermedad de Alzheimer estuvo caracterizada por el inicio de la era de los estudios genéticos, la creación de modelos animales y la identificación de factores de riesgo relacionados con las Demencias y la enfermedad de Alzheimer, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las hiperlipoproteinemias, la enfermedad cerebrovascular y cardiaca isquémica, cuya detección temprana y control podrían retardar el comienzo de las demencias en varios años y de esta forma reducir de manera sorprendente el número de enfermos Alzheimer (Llibre, 2008).

En esta década comienza el aporte creciente de la genética y el hallazgo cada vez mayor

de cromosomas y genes relacionados con las formas familiares de la enfermedad y asociados a formas tardías de comienzo Alzheimer (Llibre et al., 2008).

La identificación de genes causantes de la enfermedad de Alzheimer permitió establecer hipótesis, sobre las causas y la evolución de la enfermedad; incluso las denominadas formas de comienzo tardío (por encima de los 65 años) se reconocen como enfermedad multifactorial o compleja, es decir, su origen depende de la existencia simultánea de varios factores genéticos y ambientales. Ferri et al. (2005) describen la asociación de la apolipoproteína E4 con la Enfermedad de Alzheimer familiar de comienzo tardío. La identificación de este marcador de susceptibilidad a la enfermedad significó un paso de avance en la identificación ulterior de la función del gen de la APO E en el cerebro.

En 1993, con la aprobación de la tetrahidroaminoacridina se finaliza el pensamiento nihilista de que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad intratable; posteriormente se han aprobado inhibidores de la colinesterasa más seguros y eficaces, para casos con enfermedad de Alzheimer leve a moderada (Alberca, 1998).

Iniciando el siglo, en 2001, George-Hyslop y otros descubren dos mutaciones diferentes en el gen de presenilina, que están implicadas en la enfermedad de Alzheimer de tipo hereditario; un año después se logra desarrollar la enfermedad de Alzheimer en un ratón transgénico; en este siglo se presenta la primera vacuna contra la enfermedad de Alzheimer, la cual es desarrollada y usada en modelos de ratones con la enfermedad. En 2003 se comunican resultados esperanzadores en pacientes tratados con una vacuna frenteal β amiloide, a pesar de esto este ensayo fue suspendido por causa del desarrollo de complicaciones en un grupo de enfermos; las investigaciones con la vacuna continúan después de un fracaso transitorio en su

ensayo en voluntarios humanos (Prince et al., 2004).

En este siglo un nuevo medicamento es aprobado, bloqueador de los receptores NMDA, la memantina (Ebixa®) para tratar pacientes en estadios moderados y severos, solo o en combinación con los inhibidores de la colinesterasa, este nuevo medicamento mejoró considerablemente la calidad de vida de estos pacientes; otro elemento de vital importancia en el estudio de las demencias vino de la mano del avance de los estudios estructurales (tomografía computadorizada y resonancia magnética nuclear) y funcionales del cerebro que desde finales del siglo XX precipitó una vertiginosa carrera en la búsqueda de marcadores tempranos del deterioro cognitivo; resulta importante destacar que en este siglo los científicos han desarrollado un marcador radio químico conocido como el compuesto B de Pittsburgh (PiB); el compuesto B de PiB se une a las placas β amiloides en el cerebro, las que pueden ser detectadas en las imágenes que brinda la tomografía de emisión de positrones. Los estudios iniciales mostraron que las personas con enfermedad de Alzheimer captaban con mayor intensidad este compuesto en sus cerebros que adultos mayores cognitivamente normales (Toledo, 2011).

B. Definición. Moreno y Moratilla (2014, citados por Contreras et al., 2019) describen etimológicamente “que el vocablo deriva del latín y está formado por el prefijo de-, que significa “sin” y la raíz mens, que significa “mente” (p. 20). Recientemente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición - DSM-V sustituyó los términos demencia y deterioro cognitivo leve por trastorno neurocognitivo mayor y trastorno neurocognitivo menor, respectivamente, lo anterior con el objetivo de homogeneizar criterios diagnósticos y mejorar la detección de estos padecimientos, definiendo al Trastorno Neurocognitivo Mayor como un declive

cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más dominios cognitivos.

C. Modelos Teóricos. A continuación, se desarrollan los modelos Biomédico, Psicosocial y Gerontológico crítico sobre las demencias:

- **Modelo biomédico.** La Asociación Psiquiátrica Americana (2013) la definen como: Un síndrome causado por una enfermedad del cerebro -usualmente de naturaleza crónica o progresiva- en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones. Se indica también que, a estas alteraciones cognitivas las precede, o se evidencia a la par de ellas un deterioro del control emocional, social y de motivación que afectan a la vida cotidiana de quien enferma; se han establecido tres fases por las que transcurre típicamente una persona que enferma con demencia; en la fase temprana primer al segundo año se presentan pequeñas dificultades con el estado de ánimo, memoria, comunicación, comportamiento, ubicación espaciotemporal, y otros elementos que por lo general son pasados por alto por el círculo social de quien enferma, la fase intermedia segundo al cuarto año se profundizan las dificultades mencionadas anteriormente y van apareciendo limitaciones en la vida cotidiana de la persona mientras que en la fase avanzada del quinto año en adelante el deterioro se profundiza de tal manera que la persona que enferma se vuelve altamente dependiente e inactiva a lo cual se suma un gran deterioro físico de la persona.

Para la presente investigación adquieren relevancia las demencias degenerativas primarias, entre ellas se han descrito a la siguiente patología: Enfermedad de Alzheimer (EA); estas demencias son comprendidas como

enfermedades que se caracterizan por la pérdida neuronal y de sinapsis a nivel del cerebro y en su mayoría aparecen en edades avanzadas, es decir más allá de los 65 años de vida, también se comprende que pueden ser hereditarias, que aparecen insidiosa y espontáneamente y su curso es progresivo y sin posibilidad de cura (Abellán et al., 2009, citados por Tellechea et al., 2018). A estas explicaciones se le han sumado desencadenantes genéticos, ambientales y de estilo de vida predominando las características mencionadas inicialmente.

Sobre la perspectiva biomédica de la demencia, se explica en sus tres características fundamentales: Primero, la demencia es patológica e individual, una condición anormal de deterioro cognitivo, disfunción y un desorden mental. Segundo, la demencia crónica es somática, orgánica en etiología, causada por el deterioro progresivo de las regiones cerebrales que controlan la memoria, el lenguaje y otras funciones intelectuales, lo cual resulta en etapas de mayor deterioro cada vez. Y tercero a pesar de que no existe cura, la demencia se puede diagnosticar mediante evaluación biomédica de la enfermedad del cerebro y de su funcionalidad clínica, y el tratamiento se manejará de acuerdo con la autoridad médica incluyendo la posible prescripción de químicos y/o la restricción física. El modelo biomédico la demencia es considerada una enfermedad, lo cual se puede entender a través de la definición de la OMS como una: “Alteración del estadio fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible”, sin embargo en la crítica que se hace a este modelo se establece que muchas veces se produce una gran dificultad al intentar distinguir aquello que es enfermedad – Demencia- de un envejecimiento normal; así lo demuestra, al citar estudios en los que etiquetas como

“demencia moderada” son muy poco concluyentes al intentar demostrar el ser parte de, o llevar a una condición patológica mayor (Cabañate, 2014, citado por Lane et al., 2018).

Por otro lado, según (Berriel y Pérez, 2007, citados por Lane et al., 2018) el modelo biomédico sobre la demencia encuentra sus ventajas en que permite conocer el desarrollo de las patologías en el plano biológico para así presentar aplicaciones terapéuticas que incidan en ese plano, sin embargo, uno de sus aspectos más criticables, tiene que ver con el ubicar al plano biológico como fundamental y hegemónico lo cual lleva a hacerse una visión catastrófica sobre la demencia.

- **Modelo Psicosocial.** La perspectiva psicosocial en las demencias surgió como una forma de ampliar el entendimiento que se tenía sobre esta condición, así, según mencionan (Innes y Manthorpe, 2013, citados por Ferri et al., 2005) entre finales de 1980 e inicios de 1990 surgen autores que buscan entender a la demencia ya no solamente en la perspectiva orgánica de pérdida y deterioro en donde se propone a la persona con demencia – PCD como un ente pasivo y sin voz, sino que se busca comprender a esta persona desde sus condiciones de vida, tomando en cuenta las características del entorno social y la propia experiencia de la persona con demencia. La obra de Tom Kitwood, representa uno de los primeros trabajos desde la perspectiva psicosocial en demencias y es también una de las más extendidas, su modelo enriquecido sobre la demencia reconoce y amplía los factores que inciden sobre la persona con esta condición sin entrar en conflicto con las bases biomédicas de la demencia, es decir; al daño neurológico y al estado físico en general, les suma elementos biográficos, de personalidad y ambiente social; esta visión plantea que es posible incidir positiva o negativamente en el bienestar experimentado por la persona

con demencia centrándose en estos factores descritos. Entre sus aportes conceptuales destaca la incorporación del término “Personalidad 4” al estudio de las demencias, lo cual se ha definido como: “un estatus o posición otorgada a un ser humano, por otros, en el contexto de la relación social y el ser social. Implica reconocimiento, respeto y confianza”; [un estado o prestigio otorgado a un ser humano, por otros, en el contexto de las relaciones sociales y el ser socialmente. Implica reconocimiento, respeto y confianza (Kitwood, 1997, citado por Alberca, 1998); por lo tanto, para sostener la “calidad de persona” deben entrar en juego interacciones positivas entre familiares, cuidadores, voluntarios, profesionales y la persona con demencia.

A partir de aquí surge su modelo de cuidado centrado en la persona con demencia, el cual ha sido recogido y sintetizado en el texto “Atención centrada en la persona para personas con demencia: Kitwood reconsideró 5”; este modelo plantea que, a través del reconocimiento de la calidad de persona, será factible que se experimente a menudo un bienestar que por lo general los pacientes con demencia suelen no experimentar debido a los efectos de estar inmersos en un ambiente de cuidados inadecuado; así mismo, un ambiente de características negativas fue designado por Kitwood mediante el concepto de “Psicología social maligna”, con lo cual se refiere a una práctica asistencial implementada por el medio social de la PCD, que disminuye su calidad de persona y bienestar; según el autor, esta práctica no se realiza de manera maliciosa, sino por falta de conocimiento y especialización de los médicos y cuidadores, lo cual puede degenerar en la despersonalización de la persona con demencia (Mitchell y Agnelli, 2015, citados por Alberca, 1998).

Por otro lado, Kitwood también describió una serie de acciones que consiguen mantener la calidad de persona y por lo tanto generar bienestar, estas fueron las

denominadas “Trabajo de una persona positiva”; ayudan a disminuir la deshumanización en el trato y permiten valorar la individualidad de las PCD, de forma que se les otorgue un valor social e individual, mediante el cual serán capaces de aportar a las relaciones humanas y a su propio proceso (Vila-Miravent et al., 2012; citados por Alberca, 1998).

Según indican (Montorio et al., 1995) esta perspectiva además ha destacado la importancia de brindar intervenciones terapéuticas adaptadas al individuo, así como de buscar que se produzcan intervenciones tempranas de forma que se minimicen las discapacidades asociadas a la demencia.

- **Modelo Gerontológico crítico.** Este modelo busca cuestionar visiones pesimistas sobre las personas mayores en la sociedad, de forma que se pueda aportar a la reflexión sobre las desventajas que enfrentan las personas mayores y la exclusión social de la que son objeto; sin embargo, se observa que el involucramiento que ha habido hasta el momento en demencias, de parte de este enfoque es muy incipiente, lo establece como una potencia al momento de abordar las demencias en relación a políticas públicas, distribución de recursos y calidad de prácticas profesionales. Las autoras mencionan que el enfoque gerontológico aplicado al envejecimiento permitió el nacimiento de conceptos como el “envejecimiento exitoso”, diversos autores proveen de estudios en los que se demuestra que las PCD pueden envejecer exitosamente, mientras negocian con la etiqueta diagnóstica; en base a esto sostienen que para desplazar al estigma y cambiar las imágenes sociales sobre la demencia se necesitan conceptualizaciones mucho más positivas sobre esta condición. Es así como, (Cook, 2008; citado por Alberca, 1998), plantea que; se convierte en un reto para los desarrolladores de políticas públicas y para profesionales en este ámbito.

D. Descripción Biológica y clínica. Pearson et al. (1985) quien afirmaba que neuropatológicamente la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por atrofia cortical difusa con estrechamiento de las circunvoluciones y ensanchamiento de los surcos; la atrofia es mayor en regiones temporoparietales y frontales; las investigaciones actuales no han desmentido esta versión. Según Robles et al. (2002; citado por Contreras, 2019), en la actualidad la enfermedad de Alzheimer es una entidad clinicopatológica definida por la asociación de una demencia lentamente progresiva y unos hallazgos histológicos consistentes en placas neuríticas y lesiones neurofibrilares corticales, en una cantidad que excede la que podría encontrarse en una persona no demente de la misma edad.

Henderson y Finch (1989) casi dos décadas antes, ya habían encontrado en sus estudios cambios degenerativos en las neuronas con proliferación de la glía, abundancia de placas seniles, degeneración fibrilar y granulovascular, principalmente en el hipocampo y la amígdala en observaciones al microscopio de sujetos postmortem.

Amer-Ferrer et al. (2005) realizaron un estudio donde buscaban evaluar los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer para identificar patrones que permitieran su sistematización y clasificación. Como resultado, obtuvieron tres factores, que pueden considerarse como síndromes de conducta: síndrome psicótico (alucinaciones, delirios), afectivo (depresión, euforia, ansiedad) y discontrol (agitación, irritabilidad, desinhibición); además, concluyeron que los trastornos de conducta de la Enfermedad de Alzheimer pueden sistematizarse en cuatro grupos o síndromes: a) síndrome de discontrol (ítems del factor 1: agitación, desinhibición e irritabilidad); b) síndrome afectivo (ítems del factor 2: depresión, ansiedad y euforia); c) síndrome psicótico (ítems del factor 3: alucinaciones e

ideas delirantes), y d) trastornos de conducta escasos (cambios de conducta insuficientes, sin criterios para los síndromes previos; además de considerar algunos factores biológicos y clínicos como las repercusiones en la conducta del paciente con enfermedad de Alzheimer, es importante mencionar la tipología de esta enfermedad.

1.2.3.2. Programa de Rehabilitación Neuropsicológica. Está conformado por diferentes áreas, tales como:

A. *Historia.* Varios factores han contribuido a ello; es así, que desde los años 70 se han incrementado las tasas de supervivencia, incluso para daños neurológicos muy graves, debido a una mayor comprensión por parte de los médicos y el personal de los servicios de urgencia de los efectos del trauma, y a la creación de métodos diagnósticos más perfeccionados que les han permitido llegar a un diagnóstico más rápido y preciso del daño; junto con el mayor número de “supervivientes”, los expertos en el campo de la neurología son ahora más optimistas sobre la capacidad de reorganización cerebral y la recuperación de las funciones perdidas (Kolb, 1996; Robertson y Murre, 1999). La rehabilitación, en términos generales, tiene una larga historia, los primeros especialistas en el campo de la rehabilitación fueron neurólogos que trabajaron en Alemania, Rusia e Inglaterra durante la Primera y Segunda Guerra Mundial con soldados víctimas de daño cerebral, describieron su trabajo con estos soldados y fueron algunas de las personas más destacadas en los inicios, es así, que sus observaciones de pacientes con daños focales del cerebro mejoraron nuestros conocimientos de los trastornos de lenguaje, percepción, memoria y funciones ejecutivas y nos dejaron la idea que la recuperación no se debe producir sólo a nivel físico sino dentro de un contexto social. Es decir, además de ayudar a que la persona camine, hable y pueda realizar sus necesidades físicas, la rehabilitación debe involucrar a las familias, a la comunidad y reintegrar a la persona en su medio ambiente familiar, educativo y laboral (Luria, 1966; citado por Robertson y Murre, 1999).

B. Origen. Según Walsh (1987; citado por Robertson y Murre, 1999), el documento conocido más antiguo sobre el tratamiento de personas con daño cerebral fue descubierto en Luxor en 1862 y data de hace 3000 años. Itard ya describió la mayoría de las técnicas actuales en el siglo XVIII, cuando trabajó con el niño salvaje de Aveyron. Goldstein (1942; citado por Robertson y Murre, 1999) afirmó que la era moderna de la rehabilitación comenzó durante la I Guerra Mundial en Alemania como consecuencia del intento de incrementar el número de soldados con daño cerebral que sobrevivían. Luria (1973; citado por Robertson y Murre, 1999), considerado por muchos el padre de la neuropsicología, realizó la aproximación más rigurosa y científica a la rehabilitación del daño cerebral, basada en un modelo comprehensivo del funcionamiento cerebral siguiendo la tradición de la psicología soviética; este autor nos ha proporcionado uno de los mayores bagajes en el campo de la neuropsicología clínica y experimental con sus estudios con combatientes rusos. Uno de los pioneros, que ejerció gran influencia en el Reino Unido, fue el profesor de Cambridge O.L. Zangwill, que sugirió tres enfoques principales: la compensación, la sustitución y el aprendizaje; actualmente, uno de los centros más importantes del mundo de la rehabilitación es el que lleva su nombre en Londres (Robertson y Murre, 1999).

C. Definición. La rehabilitación cognitiva se define como la aplicación de procedimientos, de técnicas y la utilización de apoyos con el fin de que la persona con déficit cognitivos pueda retornar de manera segura, productiva e independiente a sus actividades cotidianas (Ponsford et al., 1995; citados por Ardila y Roselli, 2007). Según Sohlberg y Mateer (como se citó en Ardila y Roselli, 2007) manifiestan que la rehabilitación neuropsicológica (también conocida como rehabilitación o terapia cognoscitiva) es el procedimiento terapéutico que mejora o incrementa la capacidad para procesar y usar información, permitiendo un mejor

funcionamiento del paciente en su vida diaria.

García (2009) puntualiza que la rehabilitación cognitiva se basa en un conjunto de actividades que son organizado y sistematizado, con la finalidad de reentrenar a personas que tienen algún daño cerebral, ya sea funcional o cognitivo. Mateer (2003) lo define como todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y/o componentes en pacientes con algún tipo de lesión en el Sistema Nervioso Central. Así mismo, Wilson (1989) la define como un proceso a través del cual la gente con lesión cerebral trabaja junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica. Este concepto incluye tanto técnicas orientadas a la restauración como a la compensación de los déficits.

D. Principios de rehabilitación neuropsicológicas. Según Mateer (2003) y Tirapu (2007), la rehabilitación debe ser individualizada, es decir, la rehabilitación siempre debe ser personalizada; prestando especial atención a los deseos, valores, habilidades, roles, personalidad, etc. del paciente. Se trata de un proceso estructurado, diseñado en función de los resultados obtenidos en la evaluación neuropsicológica; dicho proceso, no puede basarse en modelos estáticos, debe, por tanto, incorporar diferentes perspectivas y aproximaciones; por otro lado, debe centrarse en el paciente, en sus necesidades y déficits tanto a nivel cognitivo como conductual y emocional. De esta forma, la rehabilitación se centrará en alcanzar objetivos relevantes para el paciente en función de las capacidades de este. Es así que la rehabilitación, podría definirse como intervención educativa basada en las potencialidades, autocontrol y autosuficiencia del paciente. Buena parte de la rehabilitación se centrará en que el paciente entienda sus déficits y cómo éstos repercutirán en su vida cotidiana. Dicho proceso, será fundamental de cara a la recuperación.

E. Estrategias de rehabilitación neuropsicológica. León Carrión (1994; citado por Tirapu, 2007) distinguen diferentes orientaciones en el proceso de rehabilitación neuropsicológica: la restauración de la función dañada, compensación de la función perdida y optimización de las funciones residuales. Las técnicas y estrategias pueden agruparse, por consiguiente, en tres niveles diferentes (Anderson, 1994; Benedicy, 1989).

F. Estimulación neuropsicológica. El término estimulación neuropsicológica hace referencia a todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, etc.), ya sea ésta en sujetos sanos o en pacientes con algún tipo de lesión en el sistema nervioso central (García, 2009). En el caso de las demencias, la estimulación neuropsicológica es una intervención terapéutica complementaria al tratamiento farmacológico que no sólo ayuda a retardar la progresión del deterioro que presentan estas personas, sino que además ayudan a evitar la desconexión del entorno, a fortalecer las relaciones sociales y a potenciar la autoestima (Mateer, 2003).

G. Plasticidad Cerebral. También conocida como neuroplasticidad, este concepto es de importancia para el trabajo en la rehabilitación neuropsicológica. Sánchez (2010; citado por Portellano y García, 2014)) define como la capacidad propia del sistema nervioso, para modificar y organizar sus funciones con el fin de adaptarse a los cambios internos o externos. Asimismo, revelan que la neuroplasticidad se puede presentar en cualquier etapa de la vida, puesto que es flexible y dinámico. La APA (2013) define el término neuroplasticidad como la capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómica y funcionalmente, después de estar sujetas a influencias patológicas ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos y enfermedades. Esto le permite una respuesta adaptativa (o maldaptativa) a la

demanda funcional. El término plasticidad cerebral expresa la capacidad adaptativa del sistema nervioso para minimizar los efectos de las lesiones a través de modificar su propia organización estructural y funcional (Galaburda, 1990; citado por Portellano y García, 2014). La plasticidad cerebral es la adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas, sin importar la causa originaria (Wang et al., 1995; citado por Portellano y García, 2014). Ello es posible gracias a la capacidad que tiene el sistema nervioso para experimentar cambios estructurales- funcionales detonados por influencias endógenas o exógenas, las cuales pueden ocurrir en cualquier momento de la vida.

H. La Plasticidad Funcional Compensatoria. Permite explicar, muchas veces, los hallazgos clínico- neuropatológicos que se constatan en pacientes que no han estado en vida clínicamente demenciados, pero que en el estudio postmortem sí que cumplen los criterios neuropatológicos de una demencia senil tipo Alzheimer (Mortimer et al., 2008). Se presupone que estos pacientes presentan una cierta reserva cerebral, bien por la disposición de sus estrategias cognitivas para la resolución de problemas, bien por un mayor número de neuronas o de densidad en sus conexiones neurales, o por la cantidad de tejido cerebral funcional que mantiene la persona. Todo ello posibilita preservar las capacidades cognoscitivas (Tárrega, 1998).

I. Plasticidad cerebral y aprendizaje. La posibilidad de realizar nuevos aprendizajes en las personas con EA se ha negado hasta hace pocos años; se pensaba que se producía una merma esencial en la capacidad de aprender, verificado por la disminución de la memoria inmediata y de fijación que aparece en los primeros estadios de la enfermedad; por tanto, se pensaba que cualquier intento de intervención cognitiva presentaría efectos muy reducidos o nulos; sin embargo, en los últimos años se ha comprobado que aquellas personas diagnosticadas de EA en fase leve o moderada, aunque de forma limitada, también desarrollan

mecanismos de aprendizaje; por lo tanto, salvo casos de afectación y/o deterioro cognitivo muy graves, los sujetos son capaces de aprender. Esta plasticidad del sistema nervioso (neuroplasticidad) existe en el cerebro, incluso en el de aquellos que están cursando una demencia en fase leve o moderada; aunque no ocurre lo mismo en fases graves de la enfermedad, debido a la gran pérdida de neuronas y falta de conexiones sinápticas.

J. *Plasticidad cerebral y demencia.* El estudio de la modificabilidad intraindividual de la plasticidad cerebral ha sido realizado por el grupo de Baltes desarrollando el método testing- the-limits; algunas de las conclusiones muy generales más significativas de las investigaciones del grupo de Baltes han postulado que: 1) Las personas mayores presentan una amplia modificabilidad cognitiva cuando reciben entrenamiento cognitivos (un amplio potencial de aprendizaje, o plasticidad cognitiva), tanto administrado por expertos como autoadministrado; 2) Existen escasas posibilidades de transferencia de lo aprendido de unas tareas a otras diferentes; 3) A pesar de ésta amplitud en la comparación interindividual entre sujetos jóvenes y mayores, inequívocamente, se pone de relieve que la plasticidad cognitiva declina con la edad.(Baltes, 1987); Kliegl y Baltes, (1987). Durante el envejecimiento, tanto que sea normal o patológico, se produce una atrofia y muerte neuronal que tiende a ser selectiva y es más acusada en el caso de envejecimiento patológico; cuando se produce esta situación de deterioro, se pone en marcha un conjunto de sistemas que tratan de compensar las pérdidas sufridas, produciendo un retraso en la aparición del deterioro funcional y permitiendo que la función permanezca compensada en el individuo, fenómeno que se llama también plasticidad cerebral (Calero y Navarro-González, 2006).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Diseñar un programa de estimulación neuropsicológica en un caso de trastorno neurodegenerativo mayor de inicio temprano.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Proporcionar estrategias de entrenamiento de memoria: asociación, visualización y categorización; para almacenar y posteriormente evocar lo retenido.
2. Aplicar técnicas de restauración y compensación, empezando por la atención para fortalecer las habilidades mediante el ejercicio y práctica repetida de las tareas cognitivas.
3. Adquirir rutinas de la vida cotidiana.
4. Promover la autonomía personal.

1.4. Justificación

A nivel teórico este trabajo contribuirá a la teoría de la intervención en el Trastorno Neurocognitivo Mayor - TNM. La misma que estará diseñada bajo el enfoque de compensación y restauración; además, está será individualizada y personalizada. Cabe precisar que debido a los pocos programas de intervención en el deterioro cognitivo grave de demencia se profundiza en la evaluación neuropsicológica de las funciones superiores, pero muy poco se hace con relación a la recuperación de dichas funciones cognitivas, asimismo se pretende contribuir en el campo de la neuropsicología con la finalidad de realizar investigaciones a futuro; además de concientizar a los profesionales de la salud mental en impulsar acciones que aporten con el desarrollo de las variables estudiadas.

Por otro lado, a nivel práctico permitirá contar con una propuesta que servirá para atender las necesidades de personas con TNM que presentan mayores dificultades en memoria;

así como contribuir en la recuperación de las funciones superiores y en lo posible mejorar la calidad de vida del paciente como en familiares y/o cuidadores.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

En el presente estudio de caso clínico se busca obtener beneficios tanto a nivel individual; rehabilitar las áreas que se encuentren afectadas y fortalecer las áreas que aún se encuentran conservadas de este modo minimizar la evolución del deterioro. Así mismo en la sociedad la presente investigación beneficiará a muchos profesionales que abordan día a día a personas que presentan Trastorno neurodegenerativo mayor (demencia tipo Alzheimer) y que bajo este programa de estimulación neuropsicológica obtendrán mejores resultados en el tratamiento de sus pacientes.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

Según Roussos (2007) postula que el diseño de estudio de caso único tiene como objeto de estudio a un individuo , pero, que en la práctica puede ser más de un sujeto; la presente investigación se encontraría dentro de los diseños observacionales de caso único ya que se manipula directamente las variables independientes y el uso que se le estaría dando sería del

tipo estudio de caso de evaluación diagnóstica, ya que el objetivo principal es medir un resultado mediante la aplicación de instrumentos para explicar aspectos de un caso e indicando detalladamente la modalidad de evaluación desarrollada.

Además, Ato et al. (2013), refieren que la investigación a desarrollarse es de tipo empírica puesto que no hay manipulación de variables y se asigna al azar un tratamiento o intervención, pero, en el caso de los estudios de caso estos se usan en un contexto aplicado y sin la elección al azar de un tratamiento hacia la variable escogida, además las estrategias que se utilizan son de tipo manipulativa descriptiva.

2.2. Ámbito temporal y espacial

La información se recogió entre octubre y diciembre del 2021 en un centro privado en la ciudad de Lima.

2.3. Variables de Investigación

2.3.1. Variable independiente

En esta investigación la variable independiente es el Programa de estimulación neuropsicológica “Sinapsis”. Como definición conceptual tenemos que los programas de intervención son estrategias de forma organizada con la finalidad de mejorar el rendimiento de las personas abarcando el aspecto emocional, cognitivo y conductual (Villalbay Espert, 2014). La definición operacional la definiremos como un conjunto de actividades de memoria explícita a través de ejercicios que englobe todas las funciones cognitivas relacionadas a memoria.

2.3.2. Variable dependiente

En esta investigación las variables dependientes son:

- Trastorno Neurocognitivo Mayor.
- Memoria. Definición conceptual, en referencia a la memoria es un proceso mediante el cual codificamos, almacenamos y recuperamos información a través de lo visual, audición o de procedimiento (Custodio y Montesinos, 2015).

2.4. Participante

Datos Generales

Apellidos y nombres : P. B., J. G.

Sexo : Masculino.

Edad : 53 años 05 meses.

Lugar y fecha de nac.: Ancash, 15 de mayo del 1968.

Grado de instrucción : Secundaria completa.

Ocupación : Conductor interprovincial.

Estado civil : Casado.

Nº de hijos : 2 hijos.

Lugar de residencia : San Martín de Porres.

Preferencia manual : Diestro.

2.5. Instrumentos y técnicas

2.5.1. Instrumentos

Para el presente caso se han aplicado los siguientes instrumentos: Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS IV), NEUROPSI de atención y memoria, test de la Figura Compleja del Rey de Osterrieth, Cuestionario del Estado Mental de PFEIFFER, INECO Frontal Screening, Escala de Actividades de la vida diaria de Lawton y Brody, Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg, Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE), Addenbrooke Cognitive Examination (ACE), INECO frontal Screening, Test de la Alteración

de la Memoria, Escala de Deterioro Global (GDS).

Tabla 1

Ficha técnica. Confiabilidad y validez de los instrumentos

Ficha técnica de instrumento	Confiabilidad y Validez
<p>Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS IV)</p> <p>Nombre de la prueba: WAIS IV (Escala de inteligencia de Wechsler para adultos - IV).</p> <p>Autor: David Wechsler</p> <p>Objetivo: Evaluar la capacidad cognitiva en adolescentes y adultos con edades de 16 a 90 años</p> <p>Forma de aplicación: Aplicación individual</p> <p>Campo de aplicación: Clínica, Educativa, Industrial</p> <p>Tiempo: entre 60 y 90 minutos</p> <p>Material: Manual de aplicación, Manual técnico, Libreta de estímulos 1 y 2, Cuadernillo de 1 -2</p>	<p>Las escalas de inteligencia Wechsler han gozado de excelentes niveles de consistencia interna y de estabilidad temporal desde la publicación de sus primeras versiones. Es decir, los índices promedios de confiabilidad de consistencia interna usualmente se encuentran alrededor de 90.</p> <p>A nivel de validez, se destaca la presencia de una estructura de cuatro factores alineada con la teoría más moderna sobre desarrollo cognitivo</p>

NEUROPSI Atención y Memoria

Nombre de la prueba: Manual Neuropsi Atención y memoria 2 edición.

Autores: Dra. Feggy Ostrosky, Dra. Esther Gomez; Dra. Esmeralda Matute; Dra. Mónica Rosselli; Dr. Alfredo Ardila y el Dr. David Pineda.

Objetivo: Identificar déficit y evaluar en detalle distintos tipos de Atención y Memoria. Lograr un diagnóstico precoz y predictivo de alteraciones en estas funciones.

Forma de aplicación: Aplicación individual

Campo de aplicación:

Neuropsicológico – Clínico – Investigación – Educativa. 1

Tiempo: 50 a 60 min poblaciones sin patología; 80 a 90min poblaciones con patología.

Material:

Manual de aplicación y calificación, Protocolo de respuestas, Perfiles de calificación, Libretas con láminas estímulo y 9 cubos de madera.

Tiene altos índices de confiabilidad Test-Retest, que indican que las respuestas y errores son estables y que no existen efectos de práctica o de deterioro en una población normal, por lo tanto, puede ser utilizado para el seguimiento de los efectos farmacológicos.

Validación: Los estudios han determinado que el NEUROPSI distingue sujetos normales de pacientes con demencia, accidentes cerebrovasculares, daño en el hemisferio cerebral derecho e izquierdo, traumatismo craneoencefálico, Deterioro Cognoscitivo asociado a Depresión, Ansiedad, Alcoholismo, etc.

Test de la Figura compleja del Rey de Osterrieth.

Nombre: Figura Compleja de Rey-Osterrieth

Autor: Rey A.

Administración: Heteroaplicada.

Tiempo de administración: 10 – 30 min.

Área terapéutica: Neuropsicológica, clínica, educativa.

Objetivo: evaluar labores de ejecución, organización y planificación de estrategias de resolución de problemas, así como funciones perceptivas, motoras y mnésicas.

El coeficiente alfa de Cronbach para la ejecución de la copia resultó ser de 0,828 con una media total de 22.47 y una desviación estándar de 4.93. En la ejecución de la memoria, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.783, con una media total de 13.6 y una desviación estándar de 5.17. La estructura factorial, tanto de la ejecución de la copia, como de la memoria, se agrupó las unidades perceptuales en 4 factores claramente identificables y coherentes con el tipo de ejecución.

Tabla 2*Otros instrumentos empleados*

<p>Cuestionario del Estado Mental de PFEIFFER Nombre: Cuestionario de Pfeiffer. Autor: Martínez de la Iglesia J, Dueñas R, Onis MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Administración: Heteroaplicada. Tiempo: <= 10 min. Área terapéutica: Neuropsicológica, clínica, educativo. Objetivo: conocer el deterioro cognitivo y la determinación de su grado.</p>	<p>La fiabilidad inter e intraobservador del SPMSQ-VE fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna un valor de 0,82.</p> <p>La validez convergente fue del 0,74 al compararlo con el MEC (Miniexamen cognoscitivo de Lobo).</p>
<p style="text-align: center;">INECO frontal Screening</p> <p>Nombre: INECO Frontal Screening. Autores: Sierra Sanjurjo N, Saraniti A, Gleichgerrcht E, Roca M, Manes F, Torralva T. Área: Neuropsicológica, clínica. Administración: Objetivo: evaluar la disfunción ejecutiva.</p>	<p>La confiabilidad entre evaluadores fue muy buena (kappa de Cohen = 0,87). El puntaje total IFS fue 27.4 (SD = 1.6) para los grupos controles, 15.6 (SD = 4.2) para pacientes con Demencia Fronto-Temporal de Variante Conductual, y 20.1 (SD = 4.7) para pacientes con Alzheimer.</p>
<p style="text-align: center;">Escala de Actividades Instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody.</p> <p>Nombre: Lawton & Brody instrumental activities of daily living scale. Autor: Lawton MP, Brody EM. Administración: Heteroaplicada. Población: Tiempo: <= 10 min Área terapéutica: funcionamiento y calidad de vida. Objetivo: evaluar la capacidad del paciente para realizar actividades instrumentales necesarias en el día a día para vivir de manera independiente.</p>	<p>Las propiedades psicométricas de la versión española de la escala de IADL de Lawton & Brody muestran una excelente fiabilidad y validez. En relación con la consistencia interna, se encontró un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.94. Por su parte, el análisis de factores exploratorio mostró que las cargas de los distintos factores oscilaban entre 0.67 y 0.90, mientras que el análisis de factores confirmatorio corroboró la homogeneidad del constructo. En cuanto a la validez concurrente, todos los coeficientes de correlación</p>

fueron superiores a 0.40 (comparado con el índice de Barthel, la escala SF-12, la WOMAC-escala y el Quick DASH). Por último, los resultados de sensibilidad al cambio fueron moderados-altos (tamaño del efecto entre 0.79 y 0.84).

Escala de Ansiedad y Depresión De Goldberg

Nombre: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Autor: Montón C, et al.

Administración: Heteroaplicada.

Tiempo: 10 - 30 min.

Área terapéutica: cribado.

Población: Adulto – geriátrica

Objetivo: detectar la ansiedad y depresión.

La EADG ofrece una adecuada sensibilidad (83%), una aceptable especificidad (81,8%), un índice de mal clasificados del 17,1% y un valor predictivo positivo del 95%. Podemos afirmar la validez concurrente de este instrumento, ya que se obtienen resultados similares a otros instrumentos consagrados.

2.5.2. Evaluación Psicológica (Caso clínico Psicológico)

Observación Psicológica. El examinado llega acompañado por *un* familiar, pudiendo responder a las sesiones de evaluación de manera individual con receptividad y cooperación. Durante las sesiones, se mostró inseguro, ansioso, pero con predisposición para realizar las actividades que se le solicitaban. Presentaba disminuida fluidez verbal de forma espontánea y ante preguntas, su ritmo de trabajo era pausado, su comprensión verbal estaba disminuida, su nivel de velocidad para el procesamiento de la información se encontró lento (bradipsiquia) y su tolerancia a la frustración está limitado reaccionando con inconstancia. Durante la sesión, se evidencio problemas en su memoria, por ejemplo, la fecha del día y/o el nacimiento de su hija.

Entrevista psicológica

Motivo de consulta. Paciente acude en compañía de su esposa, la cual refiere que le han observado pérdida de memoria en el último año. Dicha pérdida no guarda relación con ningún acontecimiento o cambio importante en la vida del paciente y está asociado a aspectos cotidianos y relacionados con la memoria a corto plazo, está confundiendo a personas conocidas y se le está dificultando llegar a lugares conocidos, también han observado mayor irritabilidad y frustración ante situaciones cotidianas. De momento el paciente es capaz de compensar el déficit dado su carácter metódico y ordenado y se ayuda de una agenda. El paciente es muy funcional en su quehacer cotidiano no muestra dificultades en aquellas actividades que corresponden a la vida diaria. No se observan alteraciones neuropsiquiátricas, ni cambios comportamentales.

Antecedentes. El paciente proviene de una familia funcional, caracterizado por mantener un clima familiar estable, constituido por su esposa y sus dos hijos; Aidé de 48 años, Mayte de 24 años y Juan de 20 años. No refiere haber tenido dificultades en su desarrollo psicomotor. Refiere problemas físico- médicos de Hipertensión, en la actualidad bajo tratamiento. Respecto a su historia educacional, refiere haber culminado estudios secundarios satisfactoriamente, sin embargo, limitándose a continuar por motivos económicos. Durante los primeros años de su juventud se dedicó al comercio. Desde hace 10 años aproximadamente se dedica a la actividad de chofer en transportes interprovinciales. Sueño con dificultad para conciliarlo. Apetito disminuido. El paciente se encuentra con un nivel de alerta y conciencia adecuados, responde al intercambio comunicativo, pero con dificultades en la memoria. Tiene dificultades para elaborar discursos, su comprensión es baja. Hay indicadores de ansiedad y angustia al esforzarse por recordar y no poder hacerlo. En general, trato cordial y buena disposición para el trabajo. Como antecedentes familiares importantes se destaca que su padre falleció de Alzheimer a la edad de 80 años.

2.5.3. *Análisis e interpretación de resultados de la Evaluación*

Área intelectual. El examinado obtiene actualmente un C.I. Total de 43, que lo ubica en la categoría diagnóstica de “Muy Bajo”, considerando el grado de escolaridad se determinaría la presencia de factores emocionales, atencionales y/o presenciade deterioros cognitivos que interfieren en su desempeño actual.

Tabla 3

Resultados del test de inteligencia

Índice	C.I.	Categoría
Comprensión verbal	54	Muy Bajo
Razonamiento Perceptivo	54	Muy Bajo
Memoria de Trabajo	56	Muy Bajo
Velocidad de Procesamiento	52	Muy Bajo

En el índice de Comprensión Verbal, obtiene puntuaciones a nivel inferior en su comprensión verbal, fluidez verbal y en su capacidad para definir palabras (vocabulario). A nivel Bajo esta su razonamiento verbal y su capacidad para la formación de conceptos (semejanzas). A nivel Muy Bajo esta habilidad para responder a preguntas sobre conocimientos adquiridos por medio de la educación formal (Información).

En el índice de Organización Perceptual, obtiene puntuaciones a nivel Inferior, en su memoria de trabajo visual, razonamiento espacial con apoyo visual y en su comprensión de relaciones parte todo. A nivel Bajo en su análisis y síntesis de información visual abstracta, así como en su razonamiento espacial con soporte manipulativo. Encontrándose Muy Bajo su identificación de la información visual importante, relación entre la información visual y conceptos abstractos.

En el índice de Memoria de Operante, obtiene puntuaciones a nivel Inferior en su capacidad para retener temporalmente en la memoria una cantidad determinada de información, mientras se trabaja y opera con ella, así como en su razonamiento y cálculo numérico. A nivel Bajo esta su atención auditiva y en su memoria auditiva a corto plazo (mencionar dígitos de forma inversa y creciente).

En el índice de Velocidad de Procesamiento de la Información, obtiene puntuaciones a nivel Bajo en su memoria visual a corto plazo, de la atención y la coordinación visuomotora, así como en su capacidad para explorar, ordenar y discriminar información visual simple de forma rápida.

Área Neuropsicológica. Su Conciencia está en el rango adecuado, lo mismo que su estado de vigilia y alerta. Su Orientación, se encuentra orientado en persona y espacio, sin embargo, presenta dificultad para orientarse en tiempo (fecha, estación). A nivel de Atención y concentración, podemos decir que a nivel selectiva se encuentra disminuida, su habilidad para quitar el efecto de las distracciones que carecen de importancia para la tarea manteniendo la concentración en el estímulo relevante de su interés ya sea visual y/o auditivo. En cuanto a la Atención Sostenida, informamos que se encuentra limitada, su habilidad para mantenerse en un tiempo prolongando la atención focalizada ante tareas repetitivas y de forma continua. Con relación a su Amplitud Atencional, se encuentra a nivel bajo en orden directo, logra mencionar 4 estímulos en 2 ensayos. En orden inverso, menciona 2 estímulos en 1 ensayo. En orden creciente, menciona 2 estímulos en 1 ensayo. En el Control Mental (Capacidad para mantener información verbal y manipularla): Presenta limitada capacidad para mantener en su memoria de trabajo el enunciado del problema durante su solución.

En cuanto a su Lenguaje, intervienen categorías semánticas (respondiendo 8 de un total

de 28) y cuando intervienen categorías fonológicas (respondiendo 2 de un total de 28) se encuentra a nivel bajo. Tiene una adecuada capacidad en su lenguaje repetitivo, denominativo, así como en su capacidad para comprender y ejecutar consignas simples, pero presenta dificultad para comprender las consignas complejas. La Lectura es automática, con adecuado tono de voz y prosodia regulada. Tiene una baja capacidad en su retención y comprensión verbal de textos. La Escritura es regulada, legible y logra respetar los márgenes establecidos. El Cálculo es de nivel Bajo, su capacidad para el cálculo mental (logra identificar las operaciones a realizar, pero demora en procesar la información debido a problemas en su memoria de trabajo). La Gnosia, tiene una adecuada capacidad en su percepción visual (logra reconocer figuras grandes y camufladas) y para identificar y discriminar los sonidos, así como para localizar su fuente de origen.

En lo que respecta a su Memoria, informamos que su capacidad mnésica a corto plazo de tipo visual (para evocar una figura semicompleja) y su capacidad mnésica a corto plazo de tipo audio verbal (para evocar palabras y dígitos) se encuentran a nivel bajo. Presenta dificultad en su capacidad para el aprendizaje audio verbal, solo recobra el 20% de la información presentada.

Lo relacionado a su Praxias, informo que se encuentra en un nivel Bajo en su habilidad viso constructiva y visuoespacial para la construcción de maquetas de los modelos complejos (cubos) y en su habilidad para la copia de una figura semi – compleja. Su Praxis Ideacionales (uso secuencial de objetos), su praxia ideo motora (uso transitivo de objetos) y su praxia del vestir (secuencia para ponerse la ropa) se encuentran Conservadas.

Lo que está relacionado con sus Funciones ejecutivas, informo que su Abstracción y

razonamiento, en el subtest de analogía fue 5 (Bajo), así mismo en el subtest de comprensión. Al respecto, en su Organización secuencial de eventos, se ha encontrado un puntaje escalar el subtest de ordenamiento de historias fue 2 (Muy Bajo). Se encuentran disminuidas sus funciones motoras (capacidad para realizar secuencias de movimientos con la mano, alternar e inhibir respuestas), capacidad de planificación y su secuenciamiento visual. Cabe resaltar que su capacidad de razonamiento y juicio se encuentran conservadas.

Área de Personalidad. Actualmente se muestra sensible, inseguro, ansioso, dependiente emocionalmente, con sentimientos de declinación o inutilidad (por los problemas de memoria que presenta), fatiga funcional, limitada capacidad en su manejo de tensión, adaptabilidad, así como en su capacidad de iniciativa y para realizar actividades que antes acostumbraba a realizar, así mismo, estado de ánimo depresivo y rasgos de ansiedad reactiva. Dichos indicadores pueden ser considerados en función a perturbación emocional, poco exteriorizado.

Síndromes Clínicos. a nivel moderado de Ansiedad y Depresión mantiene una fuerte tensión interna originada por la acumulación de acontecimientos estresantes, los cuales pretende enfrentar de manera práctica. En la escala de actividades instrumentales (usar celular, hacer compras, usar medio de transporte, manejo de medicación, y asuntos económicos) de la vida diaria y en la escala de actividades básicas (alimentación, baño, vestirse, arreglarse, trasladarse) de la vida diaria presenta independencia, pero con disminuido desempeño en actividades, relacionasal déficit en su memoria a corto plazo. Estas alteraciones determinarían limitaciones en el desempeño general del evaluado, que son necesarias para llevar a cabo conductas socialmente apropiadas y mantener su autonomía.

Conclusión diagnóstica. El examinado en el momento actual, se Desempeña con un funcionamiento intelectual de nivel “Muy Bajo”. Actualmente presenta un Performance Neuropsicológico de 45

con un “Deterioro Cognitivo severo”, evidenciándose en su codificación de información visual, retención de textos con una disfunción en su atención sostenida (visual-auditiva), amplitud atencional, memoria inmediata y a corto plazo visual, funciones ejecutivas (conceptuales), índice de memoria operante y en su nivel de velocidad para el procesamiento de la información. Los indicadores impresionan con un Trastorno Neurocognitivo Mayor debido a posible Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano.

Recomendaciones. Para el paciente, sugerimos Rehabilitación cognitiva que incida en la estimulación de la memoria. Psicoterapia para brindarle mayor estabilidad emocional. Evaluación neuropsicológica periódica (6 meses). Seguimiento y control neurológico y neuropsicológico. Continuar con control Neurológico y sugerencias por la especialidad. Para los familiares, Psicoeducación sobre la intervención neuropsicológica en la demencia por enfermedad de Alzheimer, así como soporte emocional.

2.6. Intervención neuropsicológica

2.6.1. Plan de intervención

Datos Generales de la Intervención

Programa de Estimulación Neuropsicológica de la Memoria explícita “Sinapsis”

Establecimiento : Centro de salud privado.

Caso : P. B., J.G.

Número de sesiones : 14 sesiones.

Duración : 45 minutos.

Responsable : Lic. Mabela Rodríguez Neyra.

Fundamentación. La memoria es una de las funciones más importantes de nuestro cerebro. En términos biológicos, se refiere a la capacidad que presentan los seres vivos para adquirir y

retener información de sí mismos, de su entorno y de las consecuencias de su comportamiento. Esta información se almacena en determinadas estructuras neuronales de forma que pueda recuperarse en ocasiones posteriores para modificar el comportamiento del organismo con una finalidad adaptativa (Schacter, 1987). No existe un sistema unitario de memoria. No se activan los mismos mecanismos cuando al aprender a escribir, o a leer, o a tocar un instrumento. O cuando se recuerda una fiesta de cumpleaños, los asistentes y actividades que ocurrieron y la sensación agradable de esa experiencia en la memoria. Tampoco hay el mismo grado de intencionalidad en el recuerdo. Estos diferentes tipos de aprendizaje corresponden a diferentes sistemas de memoria y se asocian a diferentes estructuras neuroanatómicas. Siguiendo la distinción de Schacter (1987); el conocimiento almacenado en la memoria a largo plazo puede clasificarse en dos categorías: aquel conocimiento al que accedemos de forma consciente (memoria explícita) y que podemos expresar verbalmente o con otro tipo de código simbólico (saber qué), frente a otro conocimiento de carácter automático y procedimental (memoria implícita) que no requiere recuerdo consciente (saber cómo); la diferencia entre estos dos tipos de memoria (memoria explícita, declarativa, o de hechos e implícita, procedimental, o práctica) tiene importantes implicaciones para el aprendizaje, porque surgen en diferentes momentos del desarrollo y tienen diferentes características; residen en un conjunto de estructuras neurales diferente; la memoria explícita o declarativa está ligada al hipocampo y estructuras relacionadas temporales y diencefálicas en colaboración con la neocorteza (estos circuitos los estudiaremos más adelante), mientras que la memoria implícita está mediada por otros sistemas, filogenéticamente y ontogenéticamente más antiguos; y procesan de modo distinto la información; la información implícita se codifica en gran parte tan y cómo se percibe, y se trata de un procesamiento accionado por datos o “de abajo-arriba”; la memoria explícita, por el contrario, depende de un procesamiento accionado conceptualmente en el que es sujeto reorganiza los datos y juega un papel activo, es un tipo de procesamiento “arriba-abajo”

(Banich y Compton, 2011).

El término “memoria implícita” no se refiere a un único sistema, sino a la adquisición de diferentes habilidades básicas para la supervivencia que se inician desde edades tempranas y continúa durante toda la vida, y que depende de diferentes sustratos neurales: aprendizaje no asociativo; aprendizaje asociativo o condicionamiento; condicionamiento emocional, memoria procedimental y efecto de facilitación o priming. Gracias a la memoria implícita desde el inicio de la vida se adquieren conductas de aproximación o evitación y hábitos psicomotrices. Su expresión se produce de forma automática y es difícil de verbalizar. Es un tipo de aprendizaje muy rígido y poco flexible en cuanto a modulación de respuesta, pero con alto nivel de persistencia en el tiempo (Schacter, 1987).

Por otro lado, el aumento de la incidencia de deterioros cognoscitivos y de las demencias, como la enfermedad de Alzheimer (EA), ha llevado a un creciente interés por las intervenciones no farmacológicas en el manejo de estas patologías que permiten fomentar el mantenimiento y optimización de las capacidades mentales de los pacientes que sufren un Trastorno Degenerativo Mayor; se entiende por intervenciones no farmacológicas o cognitivas aquellas actuaciones que obtienen un resultado clínico relevante en el paciente o en quienes le rodean, sin el uso de psicofármacos; además, los cambios que desde el punto de vista neuropsicológico se han ido produciendo sobre la manera de concebir las demencias y en particular, la demencia de tipo Alzheimer han hecho posible poner en evidencia factores de optimización y capacidades preservadas en estos pacientes; también, existe un número creciente de datos que corroboran la posibilidad de realizar una intervención cognitiva relativamente eficaz en los pacientes de Alzheimer (Olazarán et al., 2010; Treiber et al., 2011). En este marco, es que cobra relevancia la estimulación neuropsicológica; la misma engloba

todas aquellas actividades dirigidas a mantener o a mejorar el funcionamiento cognitivo, mediante ejercicios de memoria, percepción, atención, concentración, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias, funciones visoespaciales, etc. De esta manera se logra ralentizar el deterioro que se produce.

La estimulación neuropsicológica tiene su fundamento en el concepto de plasticidad cerebral; es decir, en la capacidad del cerebro para reorganizar sus patrones de conectividad neuronal, reajustando su funcionalidad. De hecho, Luperdi (2019) expresa que *“la estimulación neuropsicológica se fundamenta esencialmente en la reserva cerebral, la neuroplasticidad, la capacidad de aprendizaje, la redundancia y la dependencia de uso.”* (p. 16).

Considerando lo anterior, el presente trabajo propone el “Programa de estimulación neuropsicológica de la memoria explícita en una persona con Trastorno Neurodegenerativo Mayor: Sinapsis”. Con este programa queremos proporcionar, indicaciones y estrategias para poder estimular los dominios del paciente, proponiendo una serie de actividades en las diversas modalidades y procesos de la memoria como medida preventiva y de fortalecimiento de la calidad de vida del paciente.

Justificación. A nivel teórico, este programa desea contribuir a la neuropsicología involutiva que está centrado en las personas adultas con un período evolutivo específico es decir las relaciones entre cerebro y conducta, se ven afectados progresivamente en las funciones cognitivas superiores principalmente en la memoria, asimismo posee gran relevancia para la psicopedagogía que permite orientar y acompañar en los diversos aprendizajes que realizan las personas a lo largo de toda la vida así como estimulación cognitiva para lograr que transiten

esta etapa de la mejor manera posible. A nivel práctico, puede ser considerada como línea base para realizar investigaciones a futuro, a la vez que beneficia a otros especialistas en neuropsicología para poder replicar el programa para los casos de Trastorno Neurodegenerativo Mayor.

Propósito. Estimular las funciones cognitivas superiores del paciente con Trastorno Neurocognitivo Mayor.

Metodología para utilizar. Entre los recursos metodológicos tenemos que el participante es un adulto de 53 años, de sexo masculino que presenta Trastorno Neurodegenerativo mayor. El recurso humano fue un facilitador o director del programa. Entre los recursos materiales estuvo: 01 cuaderno de trabajo de estimulación cognitiva; lápices, colores, plumones, hojas, etc.; pizarra, láminas. Equipo de sonido, parlantes y micrófono; mesa y silla.

2.6.2. Programa de sesiones

Objetivo General. Determinar estrategias de estimulación de la memoria en los procesos de registro, almacenamiento y recuperación de la información adquirida a corto y largo plazo en un paciente con TDM de inicio temprano.

Objetivos Específicos

1. Realizar evaluación neuropsicológica al participante para determinar la línea base al inicio del programa de estimulación (pretest).
2. Ejecutar actividades de atención selectiva y sostenida de estímulos visuales y auditivos, para potenciar el proceso de registro de la información.
3. Ejecutar actividades de atención selectiva, memoria gustativa y olfativa, para potenciar el proceso de registro de la información.
4. Desarrollar estrategias de almacenamiento en la memoria a corto plazo, a nivel

visual y auditivo.

5. Ejercitar la memoria operativa a nivel ejecutivo con material verbal - auditivo y visuoespacial.
6. Fomentar el uso de actividades que incrementen el nivel de la memoria episódica.
7. Estimular el almacenamiento y recuperación de la información semántica.
8. Ejercitar estrategias de recuperación de la información a largo plazo por las modalidades espontánea, con claves y por reconocimiento.
9. Estimular la memoria de trabajo con ejercicios cortos que faciliten la fijación y la evocación.
10. Determinar el perfil neuropsicológico mediante la evaluación neuropsicológica del participante del programa para valorar la evolución y efectos del programa de estimulación (post test).

2.7. Procedimiento

Para el presente estudio primero se elaboró una carta de solicitud dirigida a la dirección del Centro especializado, en la que se adjuntó el proyecto de investigación, con el fin de poder obtener los permisos correspondientes para aplicar los instrumentos; así mismo, dicho documento consignó el consentimiento informado. Una vez que fue aprobado el permiso por la respectiva autoridad del centro especializado, se presentó el consentimiento informado al cuidador del paciente y al mismo tiempo la previa coordinación con este. Seguidamente se dio indicaciones al paciente sobre el proceso, luego se continuó con la administración de los test establecidos (pretest), con el tiempo que exigió cada instrumento. Posteriormente, se administró el programa de intervención neuropsicológica que se abocó a desarrollar estrategias restaurativas en el paciente, a través de ejercicios en el que se trabajó directamente con las

funciones que se encuentran disminuidas o en déficit, asimismo, se buscó desarrollar estrategias compensatorias, estimulando a que el paciente desarrolle nuevas conductas o habilidades que le ayuden a que pueda mantener su funcionalidad e independencia, logrando así minimizar el impacto de esas dificultades en su vida cotidiana. Para ello se desarrolló 14 sesiones de 45 minutos cada una, las cuales se llevaron a cabo 1 a 2 veces por semana por aproximadamente 3 meses. Sesiones (anexo). Finalmente se realizó el post test.

2.8. Consideraciones éticas

Para realizar el estudio de caso se diseñó un consentimiento informado al cuidador, respetando la libertad y capacidad de decisión de la persona como agente moral.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados pre y post intervención

Tabla 4

Resultados pre y post intervención

AREA	OBJETIVO	INSTRUMENTO	PRE-TEST	REHABILITACIÓN NPS	POST TEST
Intelectual	Determinar su nivel de inteligencia.	Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS IV).	CI Total: 43 ICV = 54 IRP = 54 IMT= 56 IVP = 52	Técnica: Restauración Discriminación visual Compensación Conciencia fonémica. Closet fonémico Almacenamiento Categorización Ideo-visual Juego simbólico Flash Car Reforzamiento positivo	CI Total: 50 ICV = 54 IRP = 64 IMT= 58 IVP = 58
				Actividad: Sesión 02, 04,06, 10, 12, 13 y 14	

Orientación	Determinar su estado de conciencia u orientación.	Subtest de orientación del NEUROPSI	5/7 Promedio Bajo	Técnica: Compensación Closet fonémico	6/7 promedio
		Test Mini mental (Folstein1975)	6/10 Promedio Bajo	Actividad: Sesión 6	7/10 promedio
Atención	Determinar el nivel de atención sostenida en paciente	Subtest de escala neuropsicológica breve en español NEUROPSI	8/ 26 Nivel Deficiente	Técnica: Compensación sustitución Técnica de dinámicas de motivación y participación	11/ 26 Nivel Bajo
		Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE).	7/18 Deficiente	Actividad: Sesión 01, 02 y 03	9/18 Bajo
Memoria	Determinar el nivel de memoria a corto plazo y a largo plazo	Escala de memoria Wechsler	CM = 34 Deficiente	Técnica: Almacenamiento Categorización Ideo- visual	CM = 42 Bajo 23/50 Nivel Bajo
		Test alteración de memoria (T@M);	19/50 Nivel deficiente		
		Addenbrooke´s Cognitive Examination (ACE)	7/18 Bajo	Actividad: Sesión 05 al 14	11/18 Promedio Bajo

Gnosia	Describir el reconocimiento de objetos	Test de la Figura compleja del Rey de Osterrieth	Fase copia: 10/36 Nivel Deficiente	Técnica: compensación Orientación a la realidad Closet fonémico Actividad: Sesión 06 y 07	Fase copia: 13/36 Nivel deficiente
Praxia	Determinar la capacidad de realizar movimientos coordinados	Test de la Figura compleja del Rey de Osterrieth	Fase copia: 10/36 Nivel Deficiente	Técnica: Compensación Narrativa Sintáctica Orientación a la realidad Actividad: Sesión 01, 02, 06, 07, 14	Fase copia: 12/36 Nivel Deficiente
Lenguaje	Determinar el nivel del lenguaje	Índice de comprensión verbal del WAIS IV Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE).	ICV = 54 Comprensión 3/6 Nivel Bajo Repetición 9/14 Ligeramente bajo Nominación 8/8 Nivel promedio 15/26 "Bajo"	Técnica: Restauración Psicoeducativa Sustitución Conciencia sintáctica Closet fonémico Actividad: Sesión 06, 07, 10 y 11	ICV = 54 Comprensión 4/6 Nivel Bajo Repetición 9/14 Ligeramente bajo Nominación 8/8 Nivel promedio 17/26 "Promedio Bajo"

Funciones ejecutivas	Determinar el nivel de organización y planificación	Subtest de escala neuropsicológica breve en español Neuropsi	4/ 18 Nivel Muy deficiente	Técnica: Compensación Narrativa Sintáctica Restauración psicoeducativa	8/ 18 Nivel Bajo
				Actividad: Sesión 11, 12,13 y 14	
Emocional	Determinar el estado emocional	Escala de Deterioro Global (GDS). Escala de Ansiedad y Depresión de GOLBERG.	GDS 4: 18 Enfermedad de Alzheimer. Ptj: 7 equivalente a depresión	Técnica: Reforzamiento positivo	GDS 4: 18 Enfermedad de Alzheimer. Ptj: 3 equivalente a Riesgo de depresión
				Actividad: Sesión 01 al 14	

3.2. Análisis de los resultados

Según los resultados obtenidos en el post- test se puede apreciar que a nivel intelectual se registraron cambios significativos, evidenciando un incremento en el coeficiente total en 7 puntos, índice de razonamiento perceptivo en 10 puntos, índice de memoria de trabajo en 2 puntos e índice de velocidad de procesamiento en 6 puntos. En el área de orientación se observó un incremento de 1 punto, especialmente en lo relacionado a espacio y tiempo, pasando del compromiso promedio bajo a promedio.

En el área de atención se observó un incremento en su desempeño de 3 puntos, pasando del compromiso de deficiente a bajo. Asimismo, se pudo evidenciar una mejora en la memoria implícita y explícita, con un incremento de 8 puntos, pasando del compromiso deficiente a bajo, determinado un incremento en su curva de aprendizaje en el pos-test. Sin embargo, respecto a la memoria visual no se observó ninguna mejora en esta área.

En las áreas de gnosia, praxia y lenguaje, los ejercicios de denominación visuo-verbales, estimulación campo semántico, así como las tareas cognitivas de fluidez semántica, fonológica y visuoespaciales, mejoraron cualitativamente el desempeño del paciente.

De forma cuantitativa, el efecto del programa en las funciones ejecutivas se plasmó con un incremento de 4 puntos, pasando del compromiso de muy deficiente a bajo. Así mismo, el efecto en las actividades ocupacionales de la vida diaria se observó una recuperación en la capacidad para evocar palabras en el lenguaje espontáneo y automatizado. Esta mejora cognitiva tuvo repercusión en su estado emocional, así como en la estabilidad y recuperación anímica puesto que al ser un paciente adulto y con objetivos en su proyecto de vida el ver disminuidas sus habilidades generó un estado de ambigüedad e inestabilidad emocional.

El método de aprendizaje sin error y el método de recuperación espaciada, son métodos relativamente eficaces y duraderos aplicables en personas con enfermedad de Alzheimer, a pesar de la naturaleza neurodegenerativa de la misma. También observamos en la bibliografía revisada, que las estrategias de recuperación espaciada son eficaces para el aprendizaje de información autobiográfica en enfermos de Alzheimer y que la estimulación de la memoria procedimental permite desarrollar programas de actividades de la vida diaria en estos enfermos.

Por otro lado, un aspecto a considerar es que el paciente presenta un nivel académico secundario lo que podría influir en su bajo desempeño en algunas áreas que si dependen de la escolaridad. Al respecto Rivera et al. (2016; citado por Tirapu, 2007) en su estudio sobre las características del deterioro cognitivo en adultos concluyeron que existe una asociación entre el deterioro cognitivo, la edad y el grado de instrucción.

Así tal como lo plantea León y Miranda (2018; citados por Clare et al., 2000) donde en base al estudio sobre la eficacia de un programa de intervención neuropsicológica en 128 pacientes con diagnóstico de demencia, concluyeron que el tratamiento no mejora en muchos casos la progresión de la enfermedad, sin embargo, si disminuye la velocidad de deterioro en estos pacientes, lo cual es un factor muy importante para considerar.

Clare et al. (2000) realizaron un estudio con 6 pacientes con EA en fase leve sin grupo control, los cuales debían aprender el nombre de los participantes del grupo y el nombre de algunos personajes famosos (memoria episódica). Como resultado, encontraron una leve mejoría que se mantuvo durante seis meses.

En esta línea, Arkin (2000) realizó un estudio con 7 sujetos con EA en fases tempranas y 4 sujetos controles durante 10 semanas. Los pacientes debían aprender 32 hechos autobiográficos (memoria episódica y memoria autobiográfica). Los sujetos experimentales recordaban al menos la mitad de los hechos, mientras que los sujetos controles recordaban de 7 a 13.

Posteriormente, Zanetti et al. (2001), realizaron un estudio controlado, con una muestra de 11 sujetos con enfermedad de Alzheimer, que habían sido entrenados cinco horas semanales (sesiones de hora de duración) durante tres semanas en la realización de trece actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales). Se midió el tiempo de ejecución para realizar estas actividades al inicio del programa y cuatro meses después y se comparó con un grupo control de siete pacientes. El grupo de estudio mostró una disminución importante del tiempo utilizado a los cuatro meses de seguimiento, lo que indica un mantenimiento del efecto de la intervención a largo plazo. disminuye la velocidad de deterioro en estos pacientes, lo cual es un factor muy

importante para considerar.

Kixmiller (2002) realizó un estudio con 5 enfermos de Alzheimer en fase leve y 2 sujetos controles, durante aproximadamente dos semanas. Los sujetos fueron entrenados en seis sesiones. El tiempo del estudio dependía de que el paciente realizase la tarea sin error. En ambos grupos (experimental y control), los sujetos debían aprender a apuntar citas, apuntar la toma de los medicamentos y recordar datos futuros (memoria prospectiva). Como resultado, el grupo experimental mejoró en las tareas relacionadas con la memoria prospectiva, manteniéndose los efectos durante siete semanas después del tratamiento.

Así mismo, Luperdi (2019) en un estudio de caso único, en un paciente varón de 76 años con Deterioro cognitivo leve determinó los efectos de un programa de estimulación cognitiva para la memoria y la adherencia a la intervención integral, demostrando ser un tratamiento eficaz para el mantenimiento del funcionamiento cognitivo y la mejora de la calidad de vida.

Cabe destacar que, en la mayor parte de estos estudios, las bases teóricas están bien argumentadas, aunque los resultados obtenidos, sean modestos en general. Además, algunos de estos programas de intervención, producen efectos positivos en la calidad de vida de los enfermos y cuidadores.

Finalmente, cabe resaltar en el caso clínico se contó con el apoyo de los familiares durante todo el proceso de estimulación neuropsicológica, lo cual repercutió en la adecuada participación del paciente. Así mismo, es muy importante reconocer e identificar las diferentes necesidades de atención y apoyo que la familia irá requiriendo a lo largo de todo el proceso de

estimulación neuropsicológica. En este sentido, los profesionales han de poder realizar un seguimiento continuado de la familia durante todo el proceso, lo que revertirá sin duda a alcanzar un resultado final del proceso de estimulación neuropsicológica mucho más favorable.

IV. CONCLUSIONES

4.1 Se logró diseñar y ejecutar un programa de estimulación neuropsicológica en un caso de Trastorno Neurodegenerativo Mayor de inicio temprano, observando cambios favorables en la estimulación y mantención de las funciones cognitivas superiores del paciente.

- 4.2 Se proporcionó estrategias de entrenamiento de memoria: asociación, visualización y categorización; para almacenar y posteriormente evocar lo retenido, mediante al programa de intervención neuropsicológica, observando cambios favorables en el área de orientación y atención selectiva, memoria implícita y explícita.
- 4.3 Se aplicó técnicas de restauración y compensación, empezando por la atención para fortalecer las habilidades mediante el ejercicio y práctica repetida de las tareas cognitivas.
- 4.4 Mediante el programa de intervención neuropsicológica se adquirió rutinas de la vida cotidiana, demostrando ser un tratamiento eficaz para el mantenimiento del funcionamiento cognitivo y la mejora de la calidad de vida.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Continuar de forma periódica la estimulación neuropsicológica, a través de ejercicios donde se busque reforzar y mantener las funciones que se encuentran conservadas en el paciente.
- 5.2 Considerar los aspectos socio familiar y emocional de un paciente en el proceso de intervención neuropsicológica, viéndolo como una unidad biopsicosocial.
- 5.3 Elaborar programas de intervención neuropsicológica en base a las necesidades particulares de cada paciente, y con un plan de seguimiento donde se considere ala familia como un aliado principal.
- 5.4 Capacitar a los familiares directos (padres, hijos, cónyuge, etc.) en las pautas necesarias para llevar a cabo los ejercicios de la estimulación neuropsicológica en casa.
- 5.5 Ejecutar programas de intervención con la familia directa en especial con el familiar cuidador a fin de dar orientación y soporte emocional.
- 5.6 Realizar mayor investigación con enfoque neuropsicológico en las distintas enfermedades que acaecen en la salud pública, debido a que servirá para posibles tratamientos y programas preventivos o psicoeducativos.
- 5.7 Elaborar estudios neuropsicológicos con muestras más grandes y con características demográficas definidas (lugar de procedencia, edad, tipo de EP, inicio de enfermedad, antecedentes médicos y familiares, etc.). Lo cual ayudará a la generalización de resultados a la población.

VI. REFERENCIAS

- Alberca, R. (1998). *Demencias: diagnóstico y tratamiento*. Masson.
- Amenteros, F.M. (2017). Enfermedad de Alzheimer y factores de riesgo ambientales. *Revista cubana de enfermería*. (3)1
- Amer-Ferrer, G., Peña, A., García, M.T. y García, A. (2005). Componentes principales del Inventario Neuropsiquiátrico en la enfermedad de Alzheimer. Definición de síndromes de conducta. *Neurología*, 20(1):9-16
- Anderson, R.M. (1994). *Practitioners guide to clinical neuropsychology*. Plenum Press.
- Ardila, A., y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. El manual moderno S.A.
- Arkin, S. (2000). Alzheimer memory training: students replicate learning success. *Am J Alzheimers Dis*, 15, 152-167. <https://doi.org/10.1177/153331750001500301>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. (4a ed.). Masson, S.A.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3). 1038-1059
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Baltes, P. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology. *Documental Psychology* (23)5, 611-626.
- Benedicy, R.H.B. (1989). The effectiveness of cognitive remediation strategies for victims of traumatic nead. *Clinical Psychology Review*, 9, 605-626
- Banich, M. y Compton, R. (2011). *Cognitive Neuroscience*. Wadsworrrth.
- Brodaty, H. y Connell, M. (2005). An Agenda for change for dementia care acrossEurope. *Int J Clin Pract*, 59(146), 41-42.
- Calero, M.D. y Navarro-González, E. (2006). Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud* (17)2, 187-202. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v17n2/v17n2a04.pdf>
- Carvajal, G. (2017). *Cuidados del paciente con deterioro grave de la memoria*. Trillas.
- Clare, L., Wilson, B.A., Carter, G. Breen, K. Gosses, A. Rodges, J.R. (2000). Intervening with everyday memory problems in dementia of Alzheimer type: an errorless learning approach. *J Clin Exp Neuropsychol*, 22(1):132-46.
- Contreras, C., Condor, I., Atencio, J. y Atencio, M. (2019). Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú,2016-2017. *Anales de La*

- Facultad de Medicina*, 80(1), 51–55. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15583>
- Custodio, N. y Montesinos, R. (2015). *Enfermedad de Alzheimer: conociendo la enfermedad, que llegó para quedarse*. Lima: Documento de circulación restringida.
- Draaisma, D. (2012). *Un laberinto enmarañado: Dr. Alzheimer*. Ariel
- Espín, J.C. (2020). Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. *Revista de Medicina General Integral* (36)1, 18-19
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Hall, K., Hasegawa, K., y Ganguli, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet* (366) (9503):2112-2117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0)
- García, J. (2009). *Estimulación cognitiva*. Neurohealth.
- García, J. (2009). *Introducción a la estimulación cognitiva. Material de clase*. Universidad de Murcia.
<http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/estimulación-cognitiva/material-de-clase-1/tema-1-texto.pdf>
- García, S. y Villagómez-Ortiz, A. (2008). Alois Alzheimer: Médico de todos los tiempos. *Rev. Esp. Méd. Quir.* 13(1):1-2.
- Henderson, V. y Finch, C. (1989). The neurobiology of Alzheimer's disease. *J Neurosurg*, (70):3. 335-353. <https://doi.org/10.3171/jns.1989.70.3.0335>
- Herrera, E. (2011). *Perfil clínico epidemiológico de la enfermedad de Alzheimer en el servicio de neurología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión* [Tesis de bachiller, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
- Kliegl, R. y Baltes, P. (1987). Theory-guided analysis of mechanisms of development and again through testing-the-limits and research on expertise. *Publications Ablex*, 95-119
- Kolb, D. (1996). *Cuando hablar dá resultado*. Paidós.
- Kixmiller, J. (2002). Evaluation of prospective memory training for individuals with mild Alzheimer's disease. *Brain Cogn.* 49(2). 237-41.
- Lane, C., Hardy, J. y Schott, J. (2018). Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*, 25(1), 59–70. <https://doi.org/10.1111/ene.13439>
- LLibre, J., Fernández, Y., López, A.M., Otero, M. Marcheco, B. y Contreras, N. (2003). The Cuban Dementia and Alzheimer's Study Playa (EDAP). *Restorative Neurology and Neuroscience*; 21 (5-6): 345-8.
- Luperdi, I. (2019). *Estimulación cognitiva de la memoria en deterioro cognitivo leve* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Federico Villarreal].

- Mateer, C. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 21(10). 11-20.
http://neuropsicologia.com.ar/pdf/c_mateer_introduccion_a_la_rehabilitacion_cognitiva.pdf
- Montorio, I., Diaz, P., Izal, M. (1995). Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 30 (3): 157-168.
- Moreno, C., Mimeza, A., Aguilar, S., Alvarado, P., Gutiérrez, L., Juárez, A. y Ávila, J.A. (2017). Factores asociados a la demencia mixta en comparación con demencia tipo Alzheimer en adultos mayores mexicanos. *Revista de Neurología* (32)5, 309-315.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-163627>
- Mori, M.A. (2020). *Estudio comparativo del perfil cognoscitivo en adultos mayores con deterioro cognitivo del Hospital PNP Luis N. Sáenz* [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal].
https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4165/UNFV_Mori_Doria_Marco_Antonio_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Mortimer, J.A., Snowdon, D.A. y Markesbery, W.R. (2008). Small head circumference is associated with less education in persons at risk for Alzheimer disease in later life. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.*, (22), 249-254.
- Olazarán, J., Reisberg, B. Clare, L. Cruz, I. Pena-Casanova, J. Del Ser, T. y Woods, B. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178.
<http://dx.doi.org/10.1159/000316119>
- Pearson, R., Esiri, M. y Hiorns, R. (1985) Anatomical correlates of the distribution of the pathological changes in the neocortex in Alzheimer's disease. *Proced Nat Acad Sci*, (82)13, 4531-4534. <https://doi.org/10.1073/pnas.82.13.4531>
- Prince, M., Graham, N., Brodaty, H., Rimmer, E., Varghese, M., Acosta, D. y Sczufca, M. (2004). Alzheimer Disease International's 10/66 Dementia Research Group - one model for action research in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry*. 19(2):178-181
 doi: 10.1002/gps.1059
- Portellano, P. y García, A., (2014). *Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria*. Síntesis S.A.
- Ramírez-Amaya, V., Balderas, I. Sandoval, J. Escobar, M. y Bermudez-Rattoni, F. (2001).

- Spatial long-term memory is related to mossy fiber sinaptogenesis. *The Journal of Neuroscience*. 21 (18):7340-7348
- Ramos-Cerqueira, Torres, A.R., Crepaldi, A.L., Oliveira, N. I., Scazufca, M., Meneses, P.R. y Prince, M. (2005) Identification of dementia cases in the community: a Brazilian experience. *J Am Geriatr Soc*; 53(10):1738-1742.
- Robertson, I.H. y Murre, J.M.J. (1999). Rehabilitation of Brain Damage. *Psychological Bulletin*. (3)2, 544-575. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.125.5.544>
- Rosas, C. (2019). *Efectos de un Programa de Estimulación Cognitiva en Personas con Diagnóstico de Deterioro Cognitivo de un Hospital Nacional*. [Tesis de Licenciatura] Universidad Federico Villarreal. Lima. Perú.
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3824/UNFV_ROSAS_TOMAS_CARMEN_AZUCENA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Roussos, A.J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la Práctica Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* (16)3, 261-270. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Ruiz-Ezquerro, J. (2007). 100 años de enfermedad de Alzheimer. Alois Alzheimer: su vida y su obra. Historia de la enfermedad de Alzheimer. *Real invest. demenc.*35:12-22.
- Schacter, D.L. (1987). Implicit memory: history and current status. *Journal of Experimental Psychology: Memory and Cognition* (13)3, 501-518.
- Tárrega, Ll. (1998). Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología* 27, 51.62.
- Tellechea, P., Pujol, N. Esteve-Belloch, P., Echeveste, B., García Eulate, M.R., Arbizu, J. y Rivero, M. (2018). Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz y de inicio tardío ¿Son la misma entidad? *Sociedad Española de Neurología*. (33)4, 244-253
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.08.002>
- Tirapu, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 189-211.
- Toledo, J. (2011). Epidemiología descriptiva y analítica de la enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer. Real Invest Demenc.* 47: 16-23. <http://www.revistaalzheimer.com>
- Treiber, K.A., Carlson, M.C., Corcoran, C., Norton, M.C. y Breitner, J.C. (2011). Cognitive stimulation: the cache county dementia progression study. *Gerontol Psychol Sci Soc* (66)4, 416-425.

- Villalba, S., y Espert, R. (2014). Estimulación Cognitiva: Una revisión neuropsicológica. *Terapeía* 6: 73-94. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5149523>
- Wattmo, C., y Wallin, A. (2017). Early- versus late-onset Alzheimer's disease in clinical practice: Cognitive and global outcomes over 3 years. *Alzheimer's Research & Therapy*, 9(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s13195-021-0294-2>
- Wilson, B. (1989). *Rehabilitation of memori*. The Guildford Press.
- Wimo, A., Winblad, B. y Jonsson, L. (2007). An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's and Dementia. The Journal of the Alzheimer's Association*. (3)2, 81- 91.
- Zanetti, O., Zanieri, G., Di Giovanni, G. y De Vreese, L. (2001). Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer's disease patients: A controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3), 263-272.
<http://dx.doi.org/10.1080/09602010042000088>
- Zúñiga, F. (2020). *Envejecimiento cognitivo normal, deterioro cognitivo leve y en demencia tipo Alzheimer*. [Tesis de bachiller, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa].

VII. ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer al participante o al apoderado de este en el estudio de Caso Clínico con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y en la realización de la Evaluación Neuropsicológica.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y en el test serán codificados usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas durante su participación en la evaluación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la evaluación le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Yo, Ayde Mesarina de Pittman acepto y accedo voluntariamente a que mi esposo participe en esta investigación.

He sido informada ampliamente sobre los objetivos, metodología y beneficios de la investigación.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.



Fecha: 01/10/21

Anexo B

ANTECEDENTES: DERIVADOR:

(DEFIC. VLDM)

$$\frac{2+15}{5+0} = \frac{17}{5} = 3.4 \rightarrow 33$$

0/5 ATENCIÓN					5/5				
ATENCIÓN	ESTACIÓN	MES	FECHA	DÍA	PAIS	CIUDAD	BARRIO	LUGAR	PISO
ANO	2000	Diciembre	03	VIERNES	Perú	Lima	Centro	5-11	1

Tolerancia para fecha: +/-2
 Cambio de estación: si el paciente dice la estación que acaba de finalizar, preguntar: ¿Qué otra estación podría ser? Se puntúa 1 por respuesta correcta.

ATENCIÓN			Cant. Ensayos:		
PELOTA	BANDERA	ÁRBOL			
✓	✗	✗			1 / 3
*(100-7) 93	86	79	72	65	3 / 5
✓	87 ✗	80 ✓	73 ✓	68 ✗	

*Preguntar al sujeto: cuánto es 100 menos 7? Luego de que el sujeto responda, pídale que reste otros 7 hasta un total de 5 restas. Si el sujeto se equivoca, continúe desde el valor respondido por el sujeto (ej. 93, 84, 77, 70, 63 score 4). Otorgue 1 punto solo a las respuestas correctas.

MEMORIA		ÁRBOL		DIF. PBA:	
PELOTA	✗	BANDERA	✗	ÁRBOL	0 / 3

LENGUAJE		1	/2
Pida al sujeto que escriba dos (o más) oraciones completas sobre sus últimas vacaciones / fin de semana / Navidad. Pídale que escriba oraciones completas y que no use abreviaciones. Otorgue 1 punto si hay al menos dos oraciones sobre el mismo tema; y anote 1 punto extra si la gramática y la ortografía son correctas.			
LENGUAJE		1	/2
HIPOPÓTAMO	EXCENTRICIDAD	ININTELIGIBLE	ESTADÍSTICO
Pida al sujeto que repita cada una de las siguientes palabras después de que usted las diga. Puntúe 2 si están todas correctas; 1 si 3 fueron correctas y puntúe 0 si 2 o menos fueron correctas.			
LENGUAJE		1	/2
EL FLAN TIENE FRUTILLAS Y FRAMBUESAS		1	/1
LA ORQUESTA TOCÓ Y LA AUDIENCIA LA APLAUDIÓ		1	/1
LENGUAJE		8	/12
CUCHARA	LIBRO	CANGURO	PINGÜINO
ARPA	RINCOERONTE	BARRIL	CORONA
ANCLA		CAMELLO	
COCODRILO		ACORDEON	
LENGUAJE		2	/4
SEÑALE CUÁL ESTÁ ASOCIADO A LA MONARQUÍA		CUÁL SE PUEDE ENCONTRAR EN LA ANTÁRTIDA	
SEÑALE CUÁL ES UN MARSUPIAL		CUÁL SE RELACIONA CON LA NÁUTICA (NAVEGACIÓN)	
LENGUAJE		0	/1
JAZZ	LASSAGNA	JEAN	HIPPIE
JUMBO			
Mostrar al sujeto las siguientes palabras y pedirle: "Lea cada una de las siguientes palabras". Otorgar 1 punto si todas son leídas correctamente.			
HABILIDADES VISUOESPACIALES			
DIAGRAMA DEL INFINITO	1	/1	ESFERA RELOJ
CUBO	0	/2	NÚMEROS RELOJ
			AGUJAS RELOJ
CONTEO PUNTOS	2	/4	TOTAL RELOJ
LETRAS INCOMPLETAS K M A T	4	/4	
MEMORIA		0	/7
LUIS			Este test solo debe realizarse si el sujeto no recordó todos los ítems en el subtest anterior. Si todos los ítems fueron recordados correctamente, no realice el test y puntúe 5. Si sólo una parte fue recordada en el subtest anterior comience marcando con un tilde los datos recordados. Luego testeé los ítems no recordados diciendo: "Bueno, le voy a dar algunas pistas: el hombre se llamaba X, Y o Z y así sucesivamente. Cada ítem reconocido cuenta un punto que se suma a los puntos recordados originalmente."
REYNAL			
PEDRO			
GOYENA			
420			
ROSARIO			
SANTA FE			
MEMORIA			0
LUCAS REYNAL	LUIS REYNAL	LUIS ROYAL	
PEDRO GALEANO	PABLO GOYENA	PEDRO GOYENA	
240	420	450	
CAPITAL FEDERAL	ROSARIO	RESISTENCIA	
SANTA FE	BUENOS AIRES	CHACO	
PUNTAJES ACE-III		Los valores normativos están basados en 63 controles cuya edad está entre 52 y 75 años y 142 pacientes con demencia entre 46 y 86 años.	
ATENCIÓN	9	/18	Puntaje de corte <88 posee 94% sensibilidad y 89% de especificidad para demencia.
MEMORIA	5	/26	Puntaje de corte <82 tiene 84% sensibilidad y 100% de especificidad para demencia.
FLUENCIA VERBAL	2	/14	En personas con menos de 12 años de educación el puntaje de corte es de 68.
LENGUAJE	8	/26	
HABILIDADES VISUOESPACIALES	3	/16	
TOTAL ACE-III		27	/100

FLUENCIA VERBAL: Letras		Animales						
<p>Decir al sujeto: Voy a decirle una letra del abecedario y quisiera que usted generara/diera la mayor cantidad de palabras que pueda con esa letra, pero que no sean nombres propios de personas o lugares. Por ejemplo, si le doy la letra "C", usted podría decir palabras como "casa, camino, carro" y así. Pero no puede decir palabras como "Carolina o Canadá. ¿Entendió? ¿Está listo? Tiene un minuto. La letra que quiero que use es la letra "P".</p>		<p>Decir al sujeto: "Ahora nombre todos los animales que pueda, comenzando con cualquier letra". El participante puede equivocarse y decir sólo nombres de animales que comiencen con la letra "P", en ese caso repetir las instrucciones durante los 60 segundos, si es necesario.</p>						
0 a 15"	30-45"	0-15"	30-45"					
<p>Papa ✓ Pan ✓ Piedra ✓ Perú x prima ✓</p>	<p>prima ✓</p>	<p>Pirana ✓ Pez ✓ Culebra ✓ Mosca ✓</p>						
15-30"	45-60"	15-30"	45-60"					
	<p>TOTAL: 4=0</p>	<p>Noche ✓ gato ✓ piano ✓ cuy ✓</p>	<p>TOTAL: 7=2</p>					
<p>Tiempo en el que se dice la primera palabra: Repeticiones: 2 Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo: Intrusiones no relacionadas: Otros errores: Errores de pronunciación:</p>		<p>Tiempo en el que se dice la primera palabra: Repeticiones: Intrusiones relacionadas con un ejercicio previo: Intrusiones no relacionadas: Otros errores: Errores de pronunciación:</p>						
P	>18	14-17	11-13	8-10	6-7	4-5	2-3	<2
Animales	>22	17-21	14-16	11-13	9-10	7-8	5-6	<5
Puntaje	7	6	5	4	3	2	1	0

MEMORIA			
NOMBRES Y DIRECCIONES:	I	II	III
LUIS	-	✓	-
REYNAL	✓	-	✓
PEDRO	-	-	-
GOYENA	-	-	-
420	-	-	-
ROSARIO	-	✓	-
SANTA FE	-	-	✓

AP, N y D: 1/17, 0/14

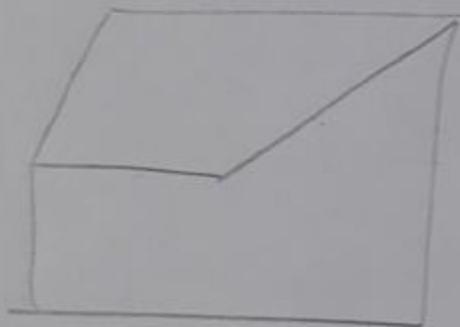
MEMORIA:	
Nombre del actual Presidente	<input checked="" type="checkbox"/> Nombre del Papa
Nombre de la Persona que descubrió América	<input checked="" type="checkbox"/> Nombre del Presidente estadounidense asesinado en la década del 60

LENGUAJE	
COMPRENSIÓN	
<p>Ubique un lápiz y un papel enfrente del sujeto. A modo de prueba, pídale que "Tome el lápiz y luego el papel". Si lo realiza de forma incorrecta, pútle 0 y no continúe con este ítem.</p>	
<p>Si el sujeto realiza correctamente la prueba, continúe con las siguientes tres instrucciones:</p>	
<p>"Ponga el papel encima del lápiz" / "Tome el lápiz pero no el papel" / "Deme el lápiz después de tocar el papel"</p>	
<p>Nota: Ubique el lápiz y el papel enfrente del sujeto antes de cada instrucción. Otorgue 1 punto por cada orden correctamente realizada. No permita que el participante tome el papel antes que Ud. termine de decir las instrucciones.</p>	

Anexo C

INECO FRONTAL SCREENING									
SERIES MOTORAS 0/3									
"Mire atentamente lo que estoy haciendo". El examinador realiza tres veces la serie de Luria "puño, canto, palma". Ahora haga lo mismo con su mano derecha, primero conmigo y después solo." El examinador realiza las series 3 veces con el paciente y luego le dice. " Ahora, hágalo usted solo". Puntuación: 6 series consecutivas solo: 3 / al menos 3 series consecutivas solo: 2 / El paciente falla en 1 pero logra 3 series consecutivas con el examinador: 1 / El paciente no logra 3 series consecutivas con el examinador: 0									
INSTRUCCIONES CONFLICTIVAS 0/3									
"Golpee dos veces cuando yo golpee una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. "No golpee cuando yo golpee dos veces". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas : 0									
CONTROL INHIBITORIO MOTOR 0/3									
"Golpee una vez cuando yo golpee una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. "No golpee cuando yo golpee dos veces". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas : 0									
REPETICIÓN DE DÍGITOS ATRÁS 3/6									
2-4	2-4	5-7							
6-2-9	6-2-7	4-1-5	4-1-5						
3-2-7-9	3-2-1-6	4-9-6-8	4-8-9-2						
1-5-2-8-6		6-1-8-4-3							
5-3-9-4-1-8		7-2-4-8-5-6							
8-1-2-9-3-6-5		4-7-3-9-1-2-8							
9-4-3-7-6-2-5-8		7-2-8-1-9-6-5-3							
MESES ATRÁS 1/2									
Diciembre <input checked="" type="checkbox"/>	Noviembre <input checked="" type="checkbox"/>	Octubre <input checked="" type="checkbox"/>	Septiembre <input type="checkbox"/>	Agosto <input type="checkbox"/>	Julio <input type="checkbox"/>				
Junio <input type="checkbox"/>	Mayo <input checked="" type="checkbox"/>	Abril <input checked="" type="checkbox"/>	Marzo <input type="checkbox"/>	Febrero <input type="checkbox"/>	Enero <input type="checkbox"/>				
MEMORIA DE TRABAJO VISUAL 0/4									
1-2			3-4-2-1						
2-4-3			1-4-2-3-4						
Señale los cubos en el orden indicado, el paciente deberá copiar esta secuencia de movimientos en orden inverso. Hágalo despacio; el paciente decide que mano pre ere utilizar.									
REFRANES 1/3									
Perro que ladra, no muerde <input checked="" type="checkbox"/>					Los que hablan mucho, suelen hacer poco.				
A mal tiempo, buena cara <input type="checkbox"/>					Tomar una actitud positiva frente a las adversidades				
En casa de herrero, cuchillo de palo <input type="checkbox"/>					Carecer de algo cuando por tu profesión u o cio, no debiera faltarte				
Ejemplo: ½ punto. Explicación Correcta: 1 Punto.									
CONTROL INHIBITORIO VERBAL 3/6									
Iniciación									
Me pongo los zapatos y me ato los <i>gato pesados</i> <input checked="" type="checkbox"/>									
Peleaban como perro y <i>gato</i> <input checked="" type="checkbox"/>									
Inhibición									
Juan compró caramelos en el <i>tienda</i> <input type="checkbox"/>									
Ojo por ojo y diente por <i>espejo</i> <input type="checkbox"/>									
Lave la ropa con agua y <i>Tina</i> <input type="checkbox"/>									
Iniciación: Escuche cuidadosamente esta oración y cuando yo haya terminado de leerla, usted debe decirme lo más rápido posible, qué palabra podría completar la frase. Consignar respuesta. Inhibición. Diferente: 2/ Rel. Semántica: 1/Palabra exacta: 0 punto. Esta vez quiero que me diga una palabra que no tenga ningún sentido en el contexto de la oración, que no tenga ninguna relación con la misma. Por ejemplo: Daniel golpeó el clavo con el ...lluvia.									
TOTAL IFS: 7									

- La Navidad, es la felicidad
para los niños
- la rosa está hermosa



Anexo D

TEST DE ALTERACIÓN DE MEMORIA TOM

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

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

1. Le he dicho una fruta, ¿cuál era? (0-1) (SI O, repetiría)
2. Le he dicho una herramienta, ¿cuál era? (0-1) (SI O, repetiría)
3. Le he dicho un animal, ¿cuál? (0-1) (SI O, repetiría)
4. Le he dicho un instrumento musical, ¿cuál? (0-1) (SI O, repetiría)
5. Le he dicho un color, ¿cuál? (0-1) (SI O, repetiría)

"Después le pediré que recuerde estas palabras" 2/05

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

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

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

(Si O decirle la respuesta correcta) 0/03

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

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

(Si O decirle la respuesta correcta) 1/02

MEMORIA DE ORIENTACIÓN TEMPORAL

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

2/05

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

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

5/15

MEMORIA DE EVOCACIÓN LIBRE

31. De las palabras que dije al principio, ¿cuáles podría recordar? (0-1-2-3-4-5) (esperar la respuesta mínimo 20 segundos)
32. ¿Se acuerda de la frase de los gatos? (0-1-2-3) (un punto por ideas -grises -quesos)
33. ¿Se acuerda de la frase del niño? (0-1-2) (un punto por ideas -Luis -bicicleta)

0/10

MEMORIA DE EVOCACIÓN CON PISTAS

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

TOTAL 2/10

RESUMEN- ÁREAS	PUNTAJE	INTERPRETACION:	
MEMORIA INMEDIATA	2/10	PUNTO DE CORTE	
MEMORIA DE ORIENTACIÓN TEMPORAL	2/05	NORMAL	< 38
MEMORIA REMOTA SEMÁNTICA	5/15	DCLEVE AMNÉSICO	≤ 37
MEMORIA DE EVOCACIÓN LIBRE	0/10	DEMENCIA	≤ 27
MEMORIA DE EVOCACIÓN CON PISTAS	2/10		
TOTAL	12/50		

TOM (2; 2; 5; 0; 2)

Anexo E

 (Tiempo límite: véanse los ítems)

Comienzo
Edad 16-89:
Ítem de ejemplo e ítem 5.

Retorno
Si se obtiene 0 puntos en uno de los dos primeros ítems aplicados (5 ó 6), aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.

Terminación
Después de dos puntuaciones de 0 consecutivas.

Puntuación
Ítems 1-4: 0, 1 ó 2 puntos.
Ítems 5-8: 0 ó 4 puntos.
Ítems 9-14: 0, 4, 5, 6 ó 7 puntos.
CSB
Ítems 1-4: 0, 1 ó 2 puntos.
Ítems 5-14: 0 ó 4 puntos.

Sujeto

	Diseño	Presentación	Tiempo límite	Tiempo empleado		Respuesta		Puntuación				
				Int. 1	Int. 2	Intento 1	Intento 2					
Ej.		Modelo e imagen	30"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
1.		Modelo e imagen	30"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2		
2.		Modelo e imagen	30"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2		
3.		Modelo e imagen	30"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2		
4.		Modelo e imagen	30"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	1	2		
5.		Imagen	60"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	4			
6.		Imagen	60"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	4			
7.		Imagen	60"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	4			
8.		Imagen	60"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	4			
9.		Imagen	60"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	31-60	21-30	11-20	1-10
									4	5	6	7
10.		Imagen	60"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	31-60	21-30	11-20	1-10
									4	5	6	7
11.		Imagen	120"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	76-120	61-75	31-60	1-30
									4	5	6	7
12.		Imagen	120"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	76-120	61-75	31-60	1-30
									4	5	6	7
13.		Imagen	120"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	76-120	61-75	31-60	1-30
									4	5	6	7
14.		Imagen	120"			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	76-120	61-75	31-60	1-30
									4	5	6	7

Examinador

Puntuación directa Cubos sin bonificación por tiempo (CSB)
(Máximo = 48)

Puntuación directa Cubos
(Máximo = 66)

1 o 2 puntos.
 base el Manual
 aplicación y
 recolección para los
 entornos de respuesta.

Digitos

<p>Comienzo Edad 16-89 Orden directo: ítem 1. Orden inverso: ítem de ejemplo e ítem 1. Orden creciente: ítem de ejemplo e ítem 1.</p>	<p>Terminación Orden directo, Orden inverso y Orden creciente: después de 2 puntuaciones de 0 en los dos intentos del mismo ítem.</p>	<p>Puntuación 0 ó 1 punto por cada intento. DD, DI y DC: Puntuación directa para orden directo, inverso y creciente respectivamente. Span DD, Span DI y Span DC: Número de dígitos recordado en el último intento puntuado con 1 punto de Dígitos orden directo, inverso y creciente, respectivamente.</p>
--	---	--

Orden directo

Item	Intento	Respuesta	Punt. intento	Puntuación ítem
1.	9-7		0 1	0 1 2
	6-3		0 1	
2.	5-8-2		0 1	0 1 2
	6-9-4		0 1	
3.	7-2-8-6		0 1	0 1 2
	6-4-3-9		0 1	
4.	4-2-7-3-1		0 1	0 1 2
	7-5-8-3-6		0 1	
5.	3-9-2-4-8-7		0 1	0 1 2
	6-1-9-4-7-3		0 1	
6.	4-1-7-9-3-8-6		0 1	0 1 2
	6-9-1-7-4-2-8		0 1	
7.	3-8-2-9-6-1-7-4		0 1	0 1 2
	5-8-1-3-2-6-4-7		0 1	
8.	2-7-5-8-6-3-1-9-4		0 1	0 1 2
	7-1-3-9-4-2-5-6-8		0 1	

Span DD (Máximo = 9) Puntuación directa Dígitos orden directo (DD) (Máximo = 16)

Orden inverso

Item	Intento	Respuesta correcta	Respuesta	Punt. intento	Puntuación ítem
Ej.	7-1	1-7			
	3-4	4-3			
1.	3-1	1-3		0 1	0 1 2
	2-4	4-2		0 1	
2.	4-6	6-4		0 1	0 1 2
	5-7	7-5		0 1	
3.	6-2-9	9-2-6		0 1	0 1 2
	4-7-5	5-7-4		0 1	
4.	8-2-7-9	9-7-2-8		0 1	0 1 2
	4-9-6-8	8-6-9-4		0 1	
5.	6-5-8-4-3	3-4-8-5-6		0 1	0 1 2
	1-5-4-8-6	6-8-4-5-1		0 1	
6.	5-3-7-4-1-8	8-1-4-7-3-5		0 1	0 1 2
	7-2-4-8-5-6	6-5-8-4-2-7		0 1	
7.	8-1-4-9-3-6-2	2-6-3-9-4-1-8		0 1	0 1 2
	4-7-3-9-6-2-8	8-2-6-9-3-7-4		0 1	
8.	9-4-3-7-6-2-1-8	8-1-2-6-7-3-4-9		0 1	0 1 2
	7-2-8-1-5-6-4-3	3-4-6-5-1-8-2-7		0 1	

Span DI (Máximo = 9) Puntuación directa Dígitos orden inverso (DI) (Máximo = 16)

3. Dígitos (continuación)

Orden creciente

Item	Intento	Respuesta correcta	Respuesta	Punt. intento	Puntuación Item
16-89 Ej.	2-3-1	1-2-3		0 1	0 1 2
	5-2-2	2-2-5		0 1	
16-89 1.	1-2	1-2		0 1	0 1 2
	4-2	2-4		0 1	
2.	3-1-6	1-3-6		0 1	0 1 2
	0-9-4	0-4-9		0 1	
3.	8-7-9-2	2-7-8-9		0 1	0 1 2
	4-8-7-1	1-4-7-8		0 1	
4.	2-6-9-1-7	1-2-6-7-9		0 1	0 1 2
	3-8-3-5-8	3-3-5-8-8		0 1	
5.	2-1-7-4-3-6	1-2-4-4-6-7		0 1	0 1 2
	6-2-5-2-3-4	2-2-3-4-5-6		0 1	
6.	7-5-7-6-8-6-2	2-5-6-6-7-7-8		0 1	0 1 2
	4-8-2-5-4-3-5	2-3-4-4-5-5-8		0 1	
7.	5-8-7-2-7-5-4-5	2-4-5-5-5-7-7-8		0 1	0 1 2
	9-4-9-7-3-0-8-4	0-3-4-4-7-8-9-9		0 1	
8.	5-0-1-1-3-2-1-0-5	0-0-1-1-1-2-3-5-5		0 1	0 1 2
	2-7-1-4-8-4-2-9-6	1-2-2-4-4-6-7-8-9		0 1	

Span DC (Máximo = 9)

 Puntuación directa Dígitos orden creciente (DC) (Máximo = 16) **2**

 Puntuación directa Dígitos (Máximo = 48) **12**

4. Matrices

Comienzo
 Edad 16-89:
 Item de ejemplo A y B e Item 4.

Retorno
 Si se obtiene 0 puntos en uno de los dos primeros ítems aplicados (4 ó 5), aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas correctas consecutivas.

Terminación
 Después de tres puntuaciones de 0 consecutivas.

Puntuación
 0, 1 punto.
 Las respuestas correctas están en negrita.

Item	Intento	Puntuación
16-89 Ej. A.	1 2 3 4 5	
	1 2 3 4 5	
Ej. B.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
1.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
16-89 2.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
3.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
4.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
5.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
6.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
7.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
8.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
9.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
10.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
11.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	
12.	1 2 3 4 5 0 1	
	1 2 3 4 5 0 1	

Item	Intento	Puntuación
13.	1 2 3 4 5 0 1	
14.	1 2 3 4 5 0 1	
15.	1 2 3 4 5 0 1	
16.	1 2 3 4 5 0 1	
17.	1 2 3 4 5 0 1	
18.	1 2 3 4 5 0 1	
19.	1 2 3 4 5 0 1	
20.	1 2 3 4 5 0 1	
21.	1 2 3 4 5 0 1	
22.	1 2 3 4 5 0 1	
23.	1 2 3 4 5 0 1	
24.	1 2 3 4 5 0 1	
25.	1 2 3 4 5 0 1	
26.	1 2 3 4 5 0 1	

Puntuación directa Matrices (Máximo = 26) **1**

Puntuación
Ítem

Vocabulario



Comienzo
Edad 16-89:
Ítem 5.



Retorno
Si se obtiene 0 ó 1 punto en uno de los dos primeros ítems aplicados (5 ó 6), aplicar los ítems anteriores en orden inverso hasta obtener dos respuestas perfectas (máxima puntuación) consecutivas.



Terminación
Después de tres puntuaciones de 0 consecutivas.



Puntuación
Ítems 1-3: 0 ó 1 punto.
Ítems 4-30: 0, 1 ó 2 puntos.
Véase el Manual de aplicación y corrección para los ejemplos de respuesta.

16-89

Ítem	Respuesta	Puntuación
1. Libro		0 / 1
2. Avión		0 / 1
3. Cesta		0 / 1
4. Guante		0 / 1 / 2
5. Manzana		0 / 1 / 2
6. Desayuno	lo q1 como en la mañana	0 / 1 / 2
7. Cama	es pa dormir	0 / 1 / 2
8. Espejo	en donde se ve uno	0 / 1 / 2
9. Silencioso	no hacer ruido	0 / 1 / 2
10. Generar	—	0 / 1 / 2
11. Compasión	compitar con otros	0 / 1 / 2
12. Remordimiento	—	0 / 1 / 2
13. Meditar	—	0 / 1 / 2
14. Confiar	—	0 / 1 / 2
15. Esquivar		0 / 1 / 2

♦ Si el examinado no da una respuesta perfecta (2 puntos), darle la respuesta correcta como está indicado en el Manual de aplicación y corrección y aplicar la regla de retorno.

14

*¿debería? x / 12 / 2000
parte.*

Búsqueda de símbolos

Ítems de demostración

							<input type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> NO
							<input checked="" type="checkbox"/> NO

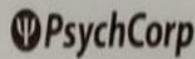
Ítems de ejemplo

							<input type="checkbox"/> NO
							<input checked="" type="checkbox"/> NO
							<input type="checkbox"/> NO

Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth Edition. Copyright © 2008 NCS Pearson, Inc. Copyright de la edición española © 2012 NCS Pearson, Inc. Todos los derechos reservados. Adaptación española realizada y distribuida por Pearson Educación, S.A., Ribera del Loira, 2B 1ª, Madrid 28042 con la autorización de NCS Pearson, Inc. (EE. UU.). Prohibida la reproducción total o parcial.



Pearson Clinical & Talent Assessment
www.pearsonpsychcorp.es



>	✕	>	∅	⊖	<	∩	<input checked="" type="checkbox"/> NO
∩	∟	∅	⊗	≠	∩	ℝ	<input checked="" type="checkbox"/> NO
∩	⊕	⊖	⊙	∩	⊕	∩	<input checked="" type="checkbox"/> NO
∟	≠	≠	∞	↑	✕	✕	<input checked="" type="checkbox"/> NO
∩	∇	⊙	⊕	✕	∇	≠	<input checked="" type="checkbox"/> NO
∩	≠	⊕	✕	∅	⊕	∩	<input checked="" type="checkbox"/> NO
∩	ℝ	ℝ	∟	∇	∟	∟	<input checked="" type="checkbox"/> NO
∟	✕	≠	⊕	∟	∇	∇	<input checked="" type="checkbox"/> NO
≠	≠	∅	≠	✕	∅	∩	<input checked="" type="checkbox"/> NO
∩	✕	⊗	∟	∟	✕	∩	<input checked="" type="checkbox"/> NO

c 15

Anexo F

INDICE PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON Y BRODY

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES - LAWTON Y BRODY		VARON	MUJER
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	No es capaz de usar el teléfono	0	0
HACER COMPRAS	Realiza independientemente todas las compras necesarias	1	1
	Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0	0
	Totalmente incapaz de comprar	0	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes		0
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
CUIDADO DE LA CASA	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados		1
	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas		1
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1
LAVADO DE LA ROPA	No participa en ninguna labor de la casa		0
	Lava por sí solo toda su ropa		1
	Lava por sí solo pequeñas prendas		1
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	1
	Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0	0
	No viaja	0	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1	1
	Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0	0
	No es capaz de administrarse su medicación	0	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1	1
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1	1
	Incapaz de manejar dinero	0	0

LAWTON Y BRODY		
MUJERES	Dependencia	HOMBRES
0-1	Total	0
2-3	Severa	1
4-5	Moderada	2-3
6-7	Leve	4
8	Autónomo	5

BARTHEL	
PUNTAJÓN	DEPENDENCIA
0-20	Total
25-60	Severa
65-90	Moderada
95	Leve
100	Independencia

Anexo G

1.	¿Está satisfecho(a) con la vida?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.	¿Ha renunciado a muchas actividades?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
5.	¿Tiene a menudo buen ánimo?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
6.	¿Teme que algo malo le pase?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
7.	¿Se siente feliz muchas veces?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
8.	¿Se siente a menudo abandonado(a)?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
9.	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
10.	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
11.	¿Piensa que es maravilloso vivir?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
12.	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
13.	¿Se siente lleno de energía?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
14.	¿Siente que su situación es desesperada?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
15.	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
PUNTUACIÓN			
INTERPRETACIÓN			
	Normal	0-5	8
	Depresión probable o leve	6-9	
	Depresión establecida	>10	
09/02/2021			
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE GOLBERG			
SUBESCALA DE ANSIEDAD E.A.D.G (GOLBERG y cols., 1998, versión española GZEMPP, 1998)			
SUBESCALA DE ANSIEDAD			
1.	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2.	¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
3.	¿Se ha sentido muy irritable?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
4.	¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
5.	(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
6.	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
7.	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
8.	¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO
9.	¿Ha estado preocupado por su salud?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
10.	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
TOTAL ANSIEDAD: > 4		7	
09/02/2021			
ESCALA DE PFEIFFER & PFEIFFER			
1.	¿Cuál es la fecha de hoy?	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.	¿Qué día de la semana es hoy?	<input checked="" type="checkbox"/>	Sábado
3.	¿Cuál es el nombre de este sitio?	<input checked="" type="checkbox"/>	Quilco
4.	¿Cuál es su número de teléfono?	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.	¿Qué edad tiene?	<input checked="" type="checkbox"/>	53
6.	¿Dónde ha nacido?	<input checked="" type="checkbox"/>	ANCOSHI
7.	¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input checked="" type="checkbox"/>	
8.	¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	<input checked="" type="checkbox"/>	Fujimori
9.	¿Cuál es el apellido de su madre?	<input checked="" type="checkbox"/>	Bodon
10.	A veinte réstele 3 y continúe así hasta que le diga deténgase	<input checked="" type="checkbox"/>	11-15-12-8-6-3
INTERPRETACIÓN	Funcionamiento cognitivo de acuerdo a la edad	0-2 errores	
	Funcionamiento cognitivo con deterioro leve	3-4 errores	
	Funcionamiento cognitivo con deterioro moderado	5-7 errores	6
	Funcionamiento cognitivo con deterioro severo	8-10 errores	
JCMZ018			

6 ERRORES

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO
(CON DETERIORO MODERADO)

Anexo H

NEUROPSI ATENCIÓN Y MEMORIA

PERFIL GENERAL DE EJECUCIÓN

Dra. Feggy Ostrosky, Dra. Ma. Esther Gómez, Dra. Esmeralda Matute, Dra. Mónica Rosselli, Dr. Alfredo Ardila y Dr. David Pineda

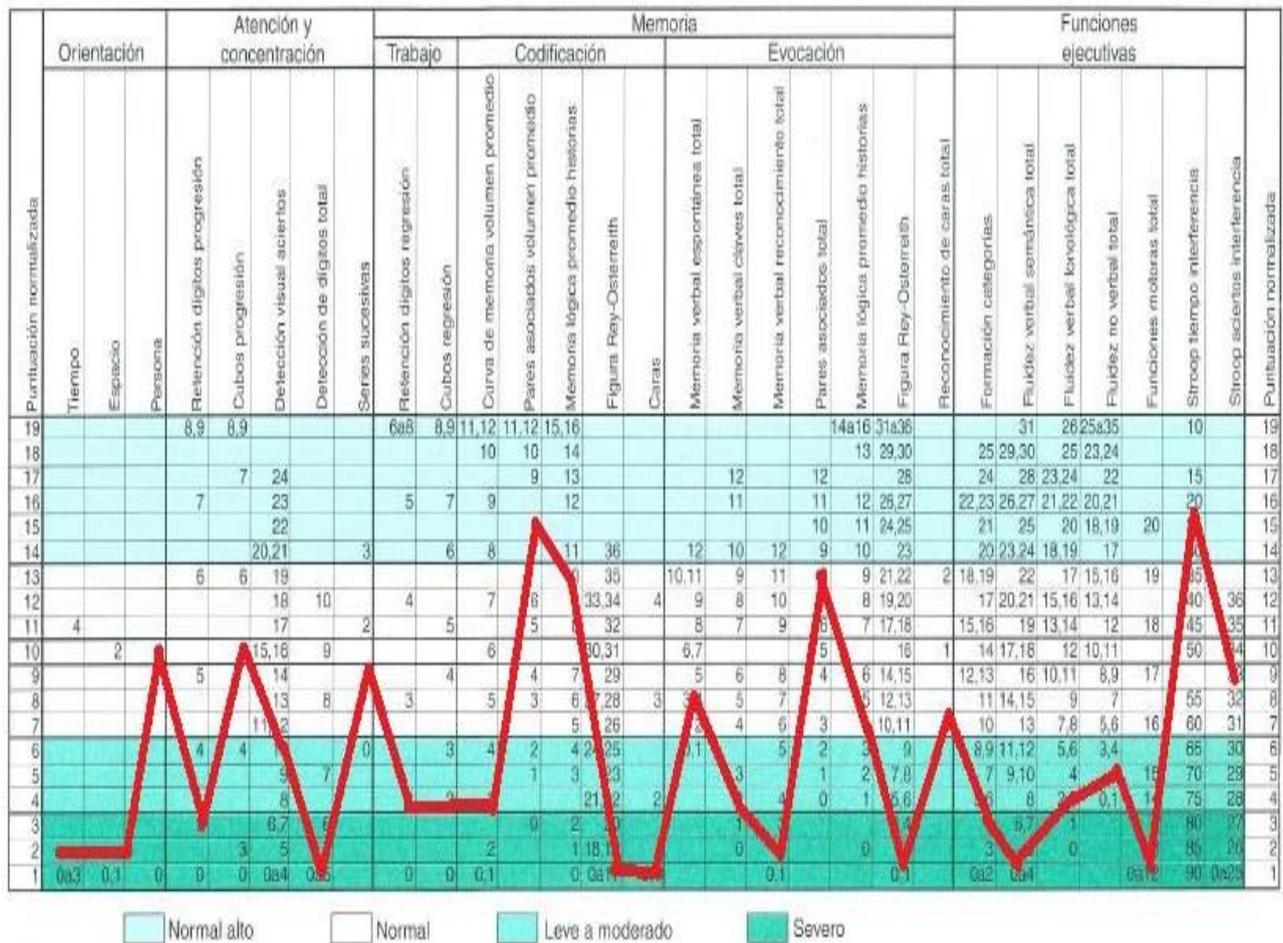
Rango de edad: 31 - 55 años

Rango de escolaridad: 4 - 9 años

Nombre: _____

Edad: _____

Género: _____



Nota: Este perfil está impreso en verde. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

HOJA DE RESUMEN

PUNTUACIONES TOTALES	PUNTUACIÓN NORMALIZADA
Total atención y funciones ejecutivas 56	45 <i>Atención selectiva</i>
Total memoria 63	45 <i>Memac. selectiva</i>
Total atención y memoria 119	45 <i>Atención selectiva</i>

ÁREA	SUBESCALAS Y SU PUNTUACIÓN MÁXIMA	PUNTUACIÓN NATURAL
ATENCIÓN Y FUNCIONES EJECUTIVAS	Orientación total (7)	5
	Digitos progresión (9)	3
	Cubos progresión (9)	5
	Detección visual aciertos (24)	10
	Detección dígitos total (10)	5
	Series sucesivas (3)	1
	Formación de categorías (25)	0
	Fluidez verbal semántica (reclasificada) (4)	10 (1)
	Fluidez verbal fonológica (reclasificada) (4)	12 (3)
	Fluidez no verbal total (reclasificada) (4)	10 (2)
	Funciones motoras total (20)	17 (0)
	Stroop tiempo interferencia (reclasificada) (4)	15 (0)
	Stroop aciertos interferencia (reclasificada) (4)	33 (4)
	MEMORIA	Digitos regresión (8)
Cubos regresión (8)		2
Curva memoria codificación volumen promedio (12)		3
Pares asociados codificación volumen promedio (12)		8
Memoria lógica codificación promedio historias (16)		10
Memoria lógica codificación promedio temas (5)		2
Figura Semicompleja / Rey-Osterreith codificación (12/36)		15
Caras codificación (4)		0
Memoria verbal espontánea total (12)		3
Memoria verbal por claves total (12)		2
Memoria verbal reconocimiento total (12)		2
Pares asociados evocación total (12)		2
Memoria lógica evocación promedio historias (16)		5
Memoria lógica evocación promedio temas (5)		1
Figura semicompleja / Rey-Osterreith evocación (12/36)		0
Evocación de nombres (8)		4
Reconocimiento de caras total (2)	4	

Nota: Este cuadernillo está impreso en verde. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

65

Lámina 21

azul ✓	café ✓	verde ✓	rojo ✓
verde ✓	rojo ✓	café ✓	azul ✓
rojo ✓	verde ✓	azul ✓	verde ✓
azul ✓	café ✓	rojo ✓	rojo ✓
café ✓	azul ✓	verde ✓	café ✓
verde ✓	rojo ✓	café ✓	azul ✓
rojo ✓	café ✓	azul ✓	verde ✓
rojo ✓	azul ✓	café ✓	verde ✓
rojo ✓	azul ✓	café ✓	verde ✓

Aciertos 7 (36)
 Tiempo 10h (seg)

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

En el caso de personas de entre 6 y 17 años de edad se aplicará también el cuestionario para Diagnóstico de Déficit de Atención (DDA); uno debe llenarlo el padre o tutor de la persona evaluada y otro, uno de sus maestros.

27. STROOP

Para la aplicación de esta prueba se requiere las láminas 19, 20 y 21 y un cronómetro o un reloj.

Se muestra a la persona la lámina 19 y se indica: "Lea lo más rápido que pueda estas palabras. Empiece con la primera columna de arriba hacia abajo y continúe con las demás columnas de la misma manera."

Luego se presenta la lámina 20 y se indica: "Ahora la tarea consistirá en mencionar, lo más rápido que pueda, en qué color están impresos estos óvalos. Empiece con la primera columna de arriba hacia abajo y continúe con las demás columnas de la misma manera."

Al terminar se exhibe la lámina 21 y se indica: "Esta vez deberá decirme, lo más rápido que pueda, en qué color están impresas estas palabras. Empiece con la primera columna de arriba hacia abajo y continúe con las demás columnas de la misma manera."

En las láminas correspondientes (19, 20 y 21) se marca los errores cometidos. Registrar el tiempo de ejecución para cada subprueba.

Lámina 19

rojo ✓	verde ✓	rojo ✓	café ✓
azul ✓	café ✓	azul ✓	verde ✓
verde ✓	azul ✓	rojo ✓	café ✓
café ✓	rojo ✓	azul ✓	verde ✓
rojo ✓	verde ✓	café ✓	azul ✓
café ✓	azul ✓	verde ✓	rojo ✓
azul ✓	verde ✓	café ✓	rojo ✓
azul ✓	rojo ✓	verde ✓	café ✓
café ✓	verde ✓	azul ✓	rojo ✓

Aciertos 30 (36)
Tiempo 45⁴ (segundos)

Lámina 20

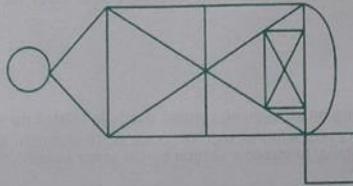
azul ✓	café ✓	verde ✓	rojo ✓
verde ✓	rojo ✓	café ✓	azul ✓
rojo ✓	verde ✓	azul ✓	verde ✓
azul ✓	café ✓	rojo ✓	rojo ✓
café ✓	azul ✓	verde ✓	café ✓
verde ✓	rojo ✓	café ✓	azul ✓
rojo ✓	café ✓	azul ✓	verde ✓
rojo ✓	azul ✓	café ✓	verde ✓
rojo ✓	azul ✓	café ✓	verde ✓

Aciertos 22 (36)
Tiempo 38 (segundos)

Nota: Este cuadernillo está impreso en verde. NO LO ACEPTE si no cumple en requisito.

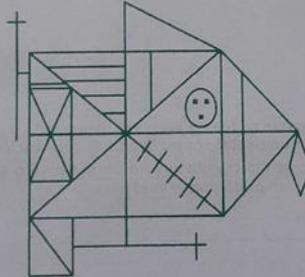
5. CODIFICACIÓN. PROCESO VISOESPACIAL (COPIA DE LA FIGURA SEMICOMPLEJA O DE LA FIGURA DE REY-OSTERREITH)

"Observe con atención esta figura y dibújela, tal como la ve, en esta hoja. Más tarde voy a pedirle que ilustre de nuevo todos los detalles que recuerde de la figura".
Se utilizó las figuras presentadas a continuación para registrar la secuencia de la copia. Suspender a los 5 minutos. (Evocación 20 minutos después).



Hora _____ Total _____ (12)

Lámina 1. Figura semicompleja. Niños de 6 o 7 años de edad y adultos con baja escolaridad.

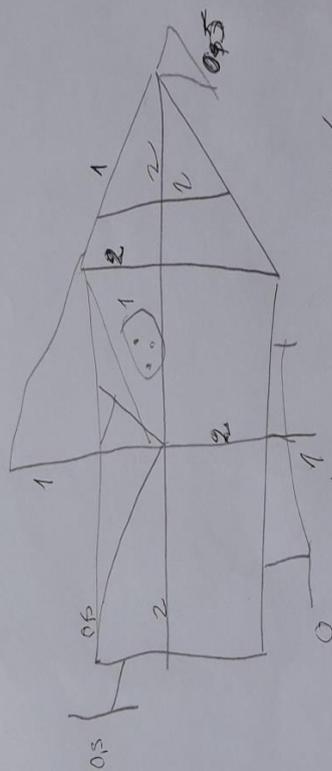


Hora 1.56 Total 19.5 (36)

Lámina 2. Figura Rey-Osterreith. Niños de 8 años de edad en adelante y adultos con escolaridad media o alta.

Nota: Este cuadernillo está impreso en verde. NO LO ACEPTÉ si no cumple ese requisito.

COPIA



14,5

REGISTRO DE APLICACIÓN

1. ORIENTACIÓN

	Respuesta	Puntuación
a) Tiempo	¿En qué día estamos? <u>MIÉRCOLES</u>	1
	¿En qué mes estamos? <u>FEBRERO</u>	1
	¿En qué año estamos? <u>1990</u>	1
b) Espacio	¿Qué hora es en este momento? <u>2 PM</u>	1
	¿En qué calle vive? <u>CALLE 10</u>	1
c) Persona	¿En qué colonia vive? <u>SAN FIDELIDAD</u>	1
	¿Cuántos años tiene? <u>33</u>	1
		TOTAL <u>5</u> (7)

2. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN. RETENCIÓN DE DÍGITOS EN PROGRESIÓN

"Voy a leerle una serie de números. Cuando termine, usted me los repite en el mismo orden."

Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente.

Si fracasa aplique los dos ensayos.

Suspender después de dos fracasos consecutivos.

4-6-2 ✓ 3	3-5-6 (X) 4	5-9-3-2-1 5	3-5-1-2-7-6 6	6-4-1-7-2-4-9 7
6-7-3 3	6-8-2-4 (X) 4	4-2-1-5-7 5	6-9-2-5-7-1 6	7-3-6-8-2-1-4 7
2-8-7-3-5-9-1-6 8	5-6-2-8-3-5-3-1-7 9			
4-3-7-8-1-2-7-5 8	3-7-1-6-2-4-8-9-5 9			

TOTAL 3 (9)

3. MEMORIA DE TRABAJO. RETENCIÓN DE DÍGITOS EN REGRESIÓN

"Voy a leer una serie de números. Cuando termine, usted me los repite al revés, desde el último hasta el primero. Por ejemplo, si yo le digo: 2, 5; usted me dice: 5, 2."

Si logra repetir el primer ensayo se pasa a la serie siguiente.

Si fracasa, se aplican los dos ensayos.

Suspender después de dos fracasos consecutivos.

8-3 2	3-1-9 (X) 3	6-3-8-2 4	5-8-3-7-4 5	7-5-3-8-2-6 6
2-7 2	4-8-3 (X) 3	2-5-1-4 4	6-2-5-9-3 5	4-8-7-3-6-9 6
1-5-8-2-9-3-9 7	9-3-7-4-1-8-2-6 8			
4-9-2-7-3-1-5 7	5-9-2-4-8-1-3-6 8			

TOTAL 2 (8)

7. CODIFICACIÓN. CARAS

"A continuación le mostraré las fotografías de algunas personas, junto con sus nombres. En cuanto yo termine usted deberá repetir los nombres que recuerde. Más tarde le pediré que repita nuevamente los nombres y le mostraré estas fotografías junto con otras, para que usted reconozca las que le voy a mostrar ahora.

Se le muestra la lámina 5 y se le dice: "Ella es Lourdes Guzmán."

Se retira la lámina 5, se presenta la 6 y se le dice: "Él es Efraín Ruiz."

Se retira la lámina 6 y se da la indicación siguiente: "¿Puede repetirme los nombres de las personas que le acabo de mostrar?"

(Evocación 20 minutos después).

Lourdes Guzmán / Efraín Ruiz X

TOTAL 0 (4)

8. FUNCIONES FRONTALES. FORMACIÓN DE CATEGORÍAS

"Voy a mostrarle unos dibujos y usted deberá decirme de qué formas puede agruparlos. Por ejemplo (enseñándole la lámina 7), todas estas figuras son partes del cuerpo; el ojo y la boca son partes de la cara; la mano y la pierna son extremidades".

Se presenta la lámina 8 y se indica: "Dígame cómo se pueden agrupar estas figuras. Trate de formar el mayor número de agrupaciones posibles".

Se continúa con las láminas 9, 10, 11 y 12 del mismo modo.

En cada inciso suspender después de un minuto o cuando el sujeto haya logrado cinco categorías correctas. Retirar la tarea después de 5 minutos.

Respuestas:

Lámina 8	Lámina 9	Lámina 10	Lámina 11	Lámina 12
1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.	4.
5.	5.	5.	5.	5.

TOTAL 0 (25)

Nota: Este cuadernillo está impreso en verde. NO LO ACEPTE si no cumple esa condición.

9. FUNCIONES DE EVOCACIÓN. MEMORIA VERBAL

9.1. Memoria verbal espontánea

"Hace un momento aprendió una lista de palabras, ¿cuáles de éstas recuerda?"

Cara <input checked="" type="checkbox"/>	Fresa <input checked="" type="checkbox"/>	Rana <input type="checkbox"/>	Piña <input type="checkbox"/>
Pera <input type="checkbox"/>	Pato <input checked="" type="checkbox"/>	Hombro <input type="checkbox"/>	Codo <input type="checkbox"/>
Burro <input type="checkbox"/>	Ceja <input checked="" type="checkbox"/>	Cabra <input type="checkbox"/>	Lima <input checked="" type="checkbox"/>

Intrusiones 0
Perseveraciones 0
TOTAL 3 (12)

9.2. Memoria verbal por claves

"De la lista de palabras que se aprendió, mencioné algunas frutas, ¿cuáles eran?"

"¿Cuáles eran partes del cuerpo?"

"¿Cuáles eran animales?"

Frutas	<u>piña, fresa</u>
Partes del cuerpo	<u>cabeza</u>
Animales	<u>burro, pato</u>

Intrusiones 0
Perseveraciones 0
TOTAL 0 (12)

9.3. Memoria verbal por reconocimiento

"Voy a leerle una lista de palabras, si alguna de ellas pertenece a las palabras que usted memorizó anteriormente, me dirá 'sí'; en caso contrario, 'no'."

Diente <u>NO</u>	Uña <u>NO</u>	Cana <u>NO</u>	Nariz <u>NO</u>
Fresa* <u>NO</u>	Pera* <u>NO</u>	Codo* <u>NO</u>	Uva <u>NO</u>
Carra <u>NO</u>	Gato <u>NO</u>	Pato <u>SI</u>	Rana* <u>NO</u>
Lima* <u>NO</u>	Cabra* <u>NO</u>	Mano <u>NO</u>	Limón <u>NO</u>
Perro <u>NO</u>	Hombro* <u>NO</u>	Brazo <u>NO</u>	Burro* <u>NO</u>
Cara* <u>SI</u>	Piña* <u>NO</u>	Ceja* <u>NO</u>	Mango <u>NO</u>

Aciertos 5
Falsos positivos 0
TOTAL 5 (12)

10. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN. DETECCIÓN VISUAL

Se coloca la hoja de detección visual adjunta y se pide que marque con una "x" todas las figuras que sean iguales a la estrella de cinco picos.

"Esta tarea consiste en marcar con una cruz todas las figuras que sean iguales a ésta (se marca una estrella ★). Tiene 1 minuto para marcar las figuras."

Suspender a los 60 segundos.

Omisiones _____
Intrusiones _____
TOTAL _____ (24)

CUADRO PARA CALIFICACIÓN DE MEMORIA LÓGICA

Párrafo 1

Codificación y evocación

	Codificación		Evocación		Criterio de calificación
	Historia	Tema	Historia	Tema	
	(0 o 1)	(0 o 1)	(0 o 1)	(0 o 1)	
La familia López	1			1	Familia López es un requisito Indicación de una familia como centro de la historia
Realizó un viaje en camión	1				Indicación en cualquier momento de un viaje en camión es un requisito
De la ciudad de México					México como punto de partida del viaje es un requisito
A la ciudad de Acapulco				1	Acapulco como punto de llegada del viaje es un requisito
A la mitad del camino					Indicación de la realización de un viaje Indicación de un acontecimiento a la mitad o durante el camino (o viaje)
El camión se detuvo en un pueblo					Indicación de que el camión se detuvo o se paró
Y el pequeño Miguelito					Miguelito o una variación del nombre Miguel es un requisito
Se bajó				1	Indicación de que el niño se bajó, salió del camión
Sin que sus padres se dieran cuenta					Indicación de que los padres no se dieron cuenta de que el niño se bajó o se salió del camión
Un momento antes de que el camión se pusiera en marcha					Indicación de que el niño se bajó o salió del camión antes de que el camión reanudara su camino
El padre de Miguelito se dio cuenta de que su hijo no estaba					Indicación de que fue el padre del niño el que advirtió que éste no estaba es un requisito
E inmediatamente se bajó corriendo del camión					Indicación de que el padre del niño se bajó o salió a buscar a su hijo
Después de diez minutos de estar buscándolo					Indicación de búsqueda del niño Indicación de un periodo de entre cinco y quince minutos
Se encontró con que el Sr. Castillo				1	Sr. Castillo es un requisito
El conductor del camión	1				El conductor (o un sinónimo como chofer) del camión es un requisito
Lo traía agarrado de la mano	1				Indicación de que alguien traía al niño de regreso
					Indicación de que la familia y el niño se reúnen nuevamente o de que se tienen noticias del niño

3 (16) 1 (5) 2 (16) 1 (5)

CUADRO PARA CALIFICACIÓN DE MEMORIA LÓGICA

Párrafo 2

Codificación y evocación

	Codificación		Evocación		
	Historia	Tema	Historia	Tema	
	(0 o 1)	(0 o 1)	(0 o 1)	(0 o 1)	
El martes	1				Martes es un requisito
La Sra. García	1		1		Sra. García es un requisito
		1			Indicación de un personaje femenino central
Fue de compras al mercado	1				Ir de <i>compras</i> (en cualquier contexto)
Que está a tres cuadras de su casa	-				Indicación de que el mercado estaba a <i>tres cuadras</i> con un margen de error de una a cinco cuadras
Tenía que comprar un kilo de azúcar	-				Un <i>kilo de azúcar</i> es un requisito
Y dos litros de leche					Dos <i>litros de leche</i> es un requisito
Para hacer un pastel					Indicación en cualquier momento de que el personaje iba a <i>hacer un pastel</i>
Porque el sábado siguiente					Indicación de un acontecimiento que ocurriría el <i>sábado siguiente</i> es un requisito
Ella y su esposo festejarían sus 15 años de casados					<i>Celebración de 15 años de casados</i> es un requisito
		1		1	Indicación de que el personaje va de compras
Salió de su casa apresuradamente					Indicación de que el personaje <i>salió de su casa</i> con prisa
Y al llegar a la tienda					Indicación de un acontecimiento cuando el personaje <i>llegó a la tienda</i>
Se dio cuenta que no llevaba suficiente dinero					Indicación de que el personaje <i>no llevaba suficiente dinero</i> para comprar
					Indicación de que el personaje no tenía dinero suficiente para sus compras
Por lo que nada más compró medio kilo de azúcar					<i>Medio kilo de azúcar</i> es un requisito
Y un litro de leche					Un <i>litro de leche</i> es un requisito
					Indicación de que las cantidades compradas fueron menores de lo que debían ser
El pastel que hizo fue muy chico	1				Indicación de que el personaje hizo un <i>pastel pequeño</i>
Y no alcanzó para todos los invitados					Indicación de que el pastel no fue suficiente para todos los invitados
				1	Indicación de que el pastel no fue suficiente
	4	2	1	2	
	(16)	(5)	(16)	(5)	

Nota: Este cuadernillo está impreso en verde. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

20. FLUIDEZ NO VERBAL

Se muestra a la persona los ejemplos de la lámina 17 y se indica: "La siguiente tarea consiste en formar diferentes figuras trazando únicamente cuatro líneas y uniendo los puntos que aparecen en cada cuadro. En cada uno de estos ejemplos se trazaron estas cuatro líneas y se formaron estas figuras".

Señalar con el dedo las rutas que se siguieron en los ejemplos: "Como puede ver en este primer caso, no es necesario que una todos los puntos con las cuatro líneas. Además, si es necesario, puede levantar el lápiz de la hoja".

Presentar a la persona la hoja adjunta que contiene los cuadros: "En esta hoja usted deberá formar figuras que sean diferentes a estos ejemplos y, a su vez, distintas entre sí. Forme el mayor número posible de figuras, lo más rápido que pueda".

Suspender después de 3 minutos.

Intrusiones _____

Perseveraciones _____

TOTAL _____ (35)

21. FUNCIONES DE EVOCACIÓN. PARES ASOCIADOS

¿Recuerda los pares de palabras que aprendió hace un momento?

"Voy a decirle la primera palabra de cada par y usted deberá decirme la segunda".

1. Elefante (vidrio)		7. Fruta (uva)	
2. Cielo (hielo)		8. Camión (melón)	
3. Metal (fierro)		9. Pantalón (blusa)	
4. Coche (payaso)		10. Accidente (oscuridad)	
5. Huevo (nuevo)		11. Foco (coco)	
6. Plato (lobo)		12. Flor (árbol)	

Errores _____

Intrusiones _____

Perseveraciones _____

TOTAL (12)

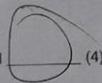
25. FUNCIONES MOTORAS. CAMBIO DE POSICIÓN DE LA MANO

"A continuación observe con cuidado los movimientos que voy a hacer con mi mano y, posteriormente, trate de hacerlos de la misma manera."

(Para su aplicación, consultar el manual).

- 0 = no lo hizo.
- 1 = lo hizo entre el segundo y tercer ensayo.
- 2 = lo hizo correctamente al primer ensayo.

Ejecución	derecha	0	1	2
	izquierda	0	1	2

Total  (4)

26. FUNCIONES MOTORAS. DIBUJOS SECUENCIALES

Se muestra al sujeto la lámina 18 y se lee: "Observe esta figura y cópiela en esta hoja sin levantar el lápiz del papel."

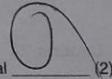
Fluidez

- 0 = imposible.
- 1 = lento, pero posible.
- 2 = normal.

Total  (2)

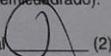
Continuidad secuencial

- 0 = interrumpe el trazo más de dos veces.
- 1 = interrumpe el trazo una o dos veces.
- 2 = todos los movimientos son continuos.

Total  (2)

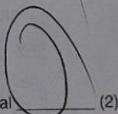
Perseveración secuencial

- 0 = repetición continua del mismo elemento.
- 1 = tendencia a la perseveración; repetición al menos una vez del mismo elemento (ángulo o semicuarto).
- 2 = normal.

Total  (2)

Perseveración en movimientos particulares

- 0 = permanece en la misma línea sin continuar la serie.
- 1 = repinta una o dos líneas.
- 2 = normal.

Total  (2)

Total Dibujos Secuenciales _____ (8)

22. FUNCIONES MOTORAS. SEGUIR UN OBJETO

Se coloca un lápiz en posición vertical a unos 20 centímetros de la nariz del sujeto y se indica: "Vea este lápiz y sigalo con sus ojos, sin mover la cabeza".

Se desplaza lentamente el lápiz hacia la derecha y, luego, hacia la izquierda.

- 0 = no realiza movimiento de los ojos hacia el lado requerido.
- 1 = saltatorio, difícil.
- 2 = normal. Movimientos suaves de seguimiento.

Ejecución	derecha	0		2.
	izquierda	0		2.

Total 2 (4)

23. FUNCIONES MOTORAS. REACCIONES OPUESTAS

"Cuando yo dé un golpe sobre la mesa, usted deberá dar dos; cuando yo dé dos golpes sobre la mesa, usted deberá dar uno".

Una vez comprendidas las instrucciones, la tarea se repite cinco veces, dando al azar uno o dos golpes.

- 0 = no lo hizo.
- 1 = lo hizo con errores.
- 2 = lo hizo correctamente.

Total 1 (2)

24. FUNCIONES MOTORAS. REACCIÓN DE ELECCIÓN

"Ahora, cuando yo dé un golpe sobre la mesa, usted deberá dar dos golpes; pero cuando yo dé dos golpes, usted no deberá dar ninguno".

Una vez comprendidas las instrucciones, la tarea se repite cinco veces, dando al azar uno o dos golpes.

- 0 = no lo hizo.
- 1 = lo hizo con errores.
- 2 = lo hizo correctamente.

Total 0 (2)

Nota: Este cuadernillo está impreso en verde. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

17. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN. DETECCIÓN DE DÍGITOS

"Vamos a hacer un ejemplo de la tarea siguiente. Voy a leerle una lista de números, cada vez que escuche un 2 e inmediatamente después un 5, usted deberá dar un pequeño golpe en la mesa."

3 9 2 5 1 2 4 7 1 2 5 3 5

Después de leer el ejemplo y aclarar dudas (en caso de que sea necesario), continuar con la prueba e indicar: "Ahora voy a leerle otra lista de números y, al igual que en el ejemplo anterior, cada vez que escuche un 2 e inmediatamente después un 5, deberá dar un pequeño golpe en la mesa."

Leer los números en secuencia horizontal.

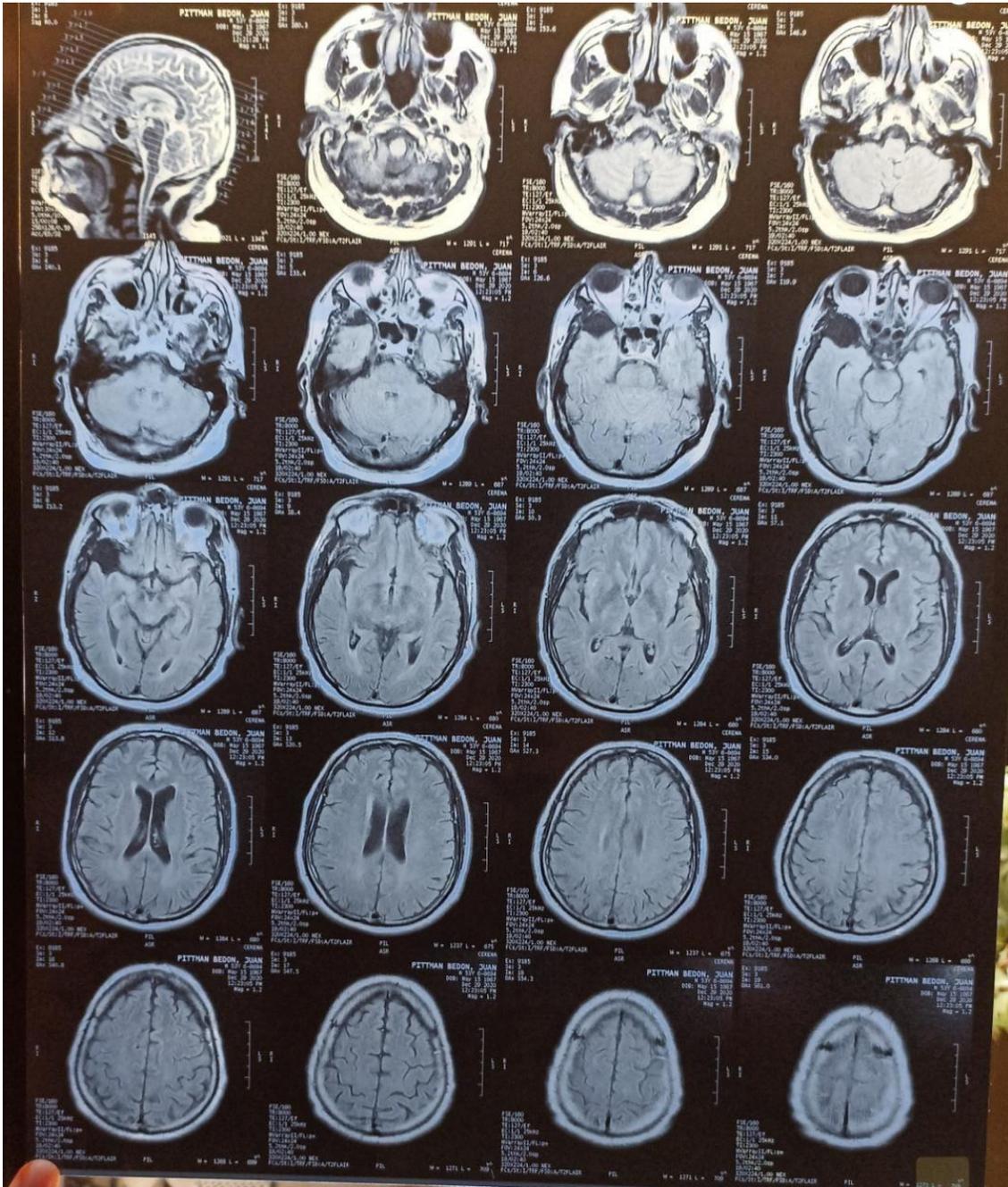
	7	8	2	✓5	1	3	9	4	7	2	6	9	3
1a mitad	8	7	3	8	5	7	6	2	5	8	3	9	6
	7	2	✓5	1	6	3	8	4	9	1	3	6	9
	4	7	3	9	1	2	✓5	3	1	8	5	3	5
	1	7	2	6	2	✓5	4	3	8	2	9	4	1
	6	2	7	1	9	5	4	3	6	1	8	2	✓5
2a mitad	4	3	6	9	7	3	1	8	2	✓5	4	6	3
	8	1	7	2	✓5	4	6	9	3	4	8	1	3
	6	2	1	3	9	6	2	7	2	✓5	4	8	3
	7	5	4	3	1	8	5	9	2	✓5	8	7	9

© Ediciones El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

	Primera mitad		Segunda mitad
Aciertos	<u>2</u>	Aciertos	<u>0</u>
Omisiones	<u>2</u>	Omisiones	<u>3</u>
Intrusiones	<u>2</u>	Intrusiones	<u>0</u>

TOTAL 2 (10)

Anexo I



Ex: 9185
S: 20008
I: 2

CERENA

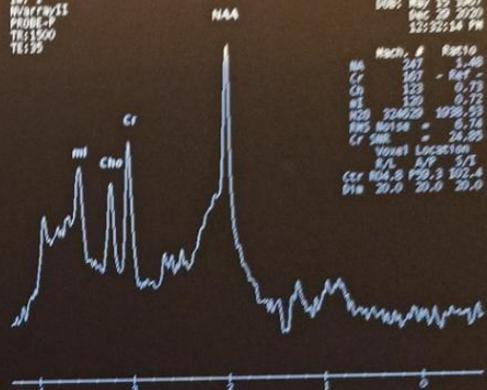
PITTMAN BEDON, JUAN
N 53Y 6-8694
DOB: May 15 1967
DEC 29 2020
12:21:27 PM
Mag = 1.0



W = 104 L = 907

Ex: 9185
S: 6
I: 1
Warray/II
PROBE-P
TR:1500
TE:35

PITTMAN BEDON, JUAN
N 53Y 6-8694
DOB: May 15 1967
DEC 29 2020
12:32:14 PM

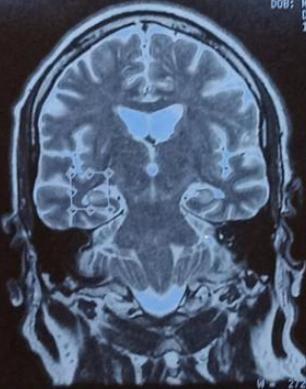


W = 198 L = 82

Ex: 9185
S: 20007
I: 1

CERENA

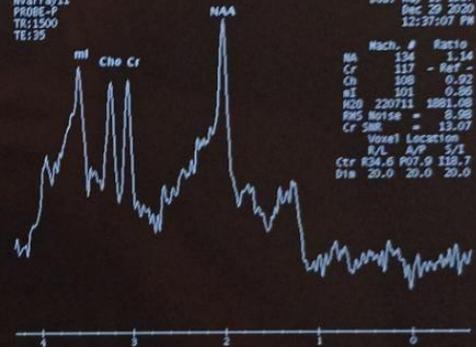
PITTMAN BEDON, JUAN
N 53Y 6-8694
DOB: May 15 1967
DEC 29 2020
12:21:27 PM
Mag = 1.0



W = 2729 L = 1577

Ex: 9185
S: 7
I: 1
Warray/II
PROBE-P
TR:1500
TE:35

PITTMAN BEDON, JUAN
N 53Y 6-8694
DOB: May 15 1967
DEC 29 2020
12:37:07 PM

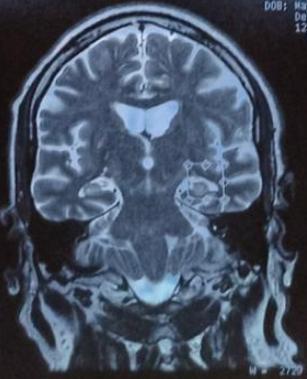


W = 55 L = 123

Ex: 9185
S: 20008
I: 1

CERENA

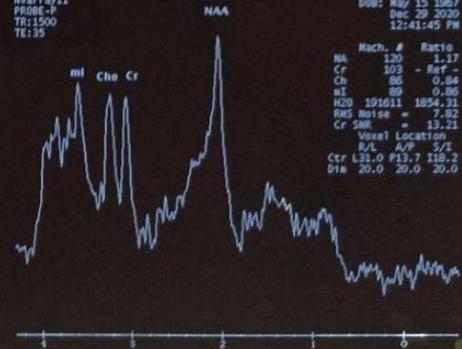
PITTMAN BEDON, JUAN
N 53Y 6-8694
DOB: May 15 1967
DEC 29 2020
12:21:27 PM
Mag = 1.0



W = 2729 L = 1577

Ex: 9185
S: 8
I: 1
Warray/II
PROBE-P
TR:1500
TE:35

PITTMAN BEDON, JUAN
N 53Y 6-8694
DOB: May 15 1967
DEC 29 2020
12:41:45 PM



W = 148 L = 116

SESIÓN N° 01

OBJETIVO EJE: Ejecutar actividades de atención selectiva y sostenida de estímulos visuales y auditivos, para potenciar el proceso de registro de la información.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA / ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
<p>Desarrollar un clima de rapport entre el terapeuta y participante.</p> <p>Desarrollar estrategias de estimulación de la atención sostenida del canal visual.</p> <p>Desarrollar estrategias de estimulación de la atención sostenida del canal auditivo.</p>	<p>Presentación personal del psicólogo y bienvenida al participante. Se mencionará la importancia de la realización del taller, así como la continuidad en la asistencia responsable del participante.</p> <p>Dinámica de presentación: “Yo soy”, diciendo sus datos básicos y algún detalle identificativo o inesperado o algún gusto o sueño particular.</p> <p>Rastreo visual: se le pide que reproduzca números de una cuadrícula izquierda a la derecha. Se le facilitan estrategias de rastreo visual por filas y observando de izquierda a derecha. Opcional, búsqueda por columnas con rastreo de arriba hacia abajo. Escuchar un sonido o una melodía y levantar la mano cada vez que cese. Prestar atención a los sonidos ambientales del lugar donde se encuentre el sujeto.</p> <p>Presentar una historia con 5 min de duración. El paciente debe atender a los nombres de personajes que se presentan durante el relato y al final indicar a cuántas personas se mencionaron y cuántos eran varones y mujeres. Se le facilitan estrategias de codificación ejemplo ayuda con los dedos de la mano.</p>	<p>Compensación sustitución</p> <p>Técnica de dinámicas de motivación y participación</p>	<p>15 minutos</p> <p>20 minutos</p> <p>10 minutos</p>	<p>Recursos humanos</p> <p>cuaderno de estimulación (fichas de atención)</p> <p>lápices</p>

SESIÓN N° 02

OBJETIVO EJE: Ejecutar actividades de atención selectiva y sostenida de estímulos visuales y auditivos, para potenciar el proceso de registro de la información.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA /ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
Ejecutar actividades de atención sostenida de estímulos visuales.	Se presenta un power point y el participante debe estar atento a la aparición de elementos designados por el facilitador e ir anotando el número de apariciones.		10 minutos	Recursos Humanos
Ejecutar actividades de atención selectiva de estímulos visuales	Se presenta una lámina y el participante debe marcar con el lápiz, las imágenes señaladas por el facilitador. Ej. Buscar y marcar utensilios de cocina. Utilizar la estrategia de rastreo visual.	Compensación restauración	25 minutos	computadora
Ejecutar actividades de atención sostenida de estímulos auditivos	Se relata un cuento de forma oral, el participante debe escuchar con mucha atención, tratando de atender a la información más relevante. Una vez finalizado el relato, se realizan preguntas y el participante responde y brindan aportes.	Reforzamiento positivo		Cuaderno de estimulación cognitiva.
Ejecutar actividades de atención selectiva de estímulos visuales.	El facilitador narra un cuento que contiene una serie de palabras seleccionadas ejemplo colores. El participante estará atento a un color en particular, cuando escuche el color que le corresponde. Levanta la mano.		10 minutos	Lápices.

SESIÓN N° 03

OBJETIVO EJE: Ejecutar actividades de atención focalizada, memoria gustativa y memoria olfativa, para potenciar el proceso de registro de la información.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
<p>Ejecutar actividades de atención focalizada de estímulos visuales mediante estrategias de rastreo y búsqueda visual.</p> <p>Desarrollar actividades de memoria gustativa.</p> <p>Desarrollar actividades de memoria olfativa.</p>	<p>Se le entrega una lámina con imágenes de diferentes tipos de estrellas y se le pide que encierre con un círculo las estrellas de 6 puntas, como el modelo.</p> <p>Así mismo, se presentan dos dibujos aparentemente iguales. A estas imágenes se les ha realizado una serie de cambios (7), de forma que difieren en 7 detalles.</p> <p>Se le expone al paciente un plato de frutas para su consecutiva degustación, luego pasaremos a facilitarle el cuadernillo de estimulación, donde el participante debe relacionar con una línea los alimentos que corresponden a cada sabor.</p> <p>Se le expone al participante estímulos diversos (clavo de olor, canela, perfume de rosas, yerbabuena, etc.) con la finalidad de que capte los olores de esto, luego se le facilita el cuadernillo de estimulación, donde el participante debe identificar y circular los alimentos u objetos que tienen un olor agradable y en otra cartilla los alimentos y objetos que se caracterizan por un olor desagradable.</p>	<p>Restauración</p>	<p>15 minutos</p> <p>20 minuto</p> <p>15 minutos</p>	<p>sillas y mesas</p> <p>láminas</p> <p>Plumones.</p> <p>láminas y cronómetro</p> <p>mesas y sillas</p> <p>Material concreto (frutas, etc.).</p> <p>Tarjetas de colores con palabras</p> <p>mesas y sillas</p>

SESIÓN N° 04

OBJETIVO EJE: Desarrollar estrategias de almacenamiento en la memoria a corto plazo, a nivel visual y auditivo.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
<p>Desarrollar estrategias de almacenamiento en la memoria a corto plazo, a nivel auditivo.</p> <p>Desarrollar estrategias de almacenamiento en la memoria a corto plazo, a nivel visual.</p> <p>Utilizar estrategias de almacenamiento con claves verbales visuales o kinestésicas.</p>	<p>Se utiliza el método de encadenamiento. El facilitador explica la actividad “la lista del mercado”. El participante debe estar atento a todos los elementos que se mencionan y almacenarlos para nominarlos de forma secuencial en el orden que apareció.</p> <p>Se inicia con el participante que dice “voy al mercado a comprar (item1 ej. papas), luego continúa con la lista, así continúan hasta completar 12 ítems. Se brindan estrategias mnemotécnicas.</p> <p>Se le brinda varias láminas que contienen imágenes de ingredientes (5) para la preparación de una receta. Debe observar la lámina por 2 min, utilizando técnicas de almacenamiento ej. Categorización. Acabado ese tiempo, coge su cesta, se acerca a las mesas donde están diversos elementos y selecciona los que les corresponde. Al terminar la actividad retroalimentación sobre uso de la estrategia</p> <p>Juego de memoria: paciente - facilitador. La primera persona (paciente) toma una tarjeta que contiene 1 palabra y forma una frase, la segunda persona (facilitador) coge otra tarjeta con otra palabra y debe agregar contenido a la historia de la primera persona, así sucesivamente aumentan palabras y contenidos a sus relatos. Todos se ayudan con claves verbales o visuales (gestos). Gana el que logró formar el relato más extenso utilizando todas las palabras seleccionadas.</p>	<p>Almacenamiento</p> <p>Categorización</p> <p>Juego simbólico</p> <p>Flash Car</p>	<p>15 minutos</p> <p>15 minutos</p> <p>15 minutos</p>	<p>sillas y mesas</p> <p>Pizarra y plumones.</p> <p>láminas y cronómetro</p> <p>Tarjetas de colores con palabras</p>

SESIÓN N° 05

OBJETIVO EJE: Desarrollar estrategias de almacenamiento en la memoria a corto plazo, a nivel visual y auditivo.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
Desarrollar estrategias de almacenamiento en la memoria a corto plazo, a nivel auditivo.	Se aplica el método de categorización. Se muestra una lista de palabras y luego se muestran las estrategias de categorización semántica, elaborando un cuadro y agrupando los elementos por categorías. Luego el facilitador menciona una lista de elementos (de forma oral), al mismo tiempo el participante oye y va clasificando mentalmente los elementos. Al terminar utiliza su ficha de trabajo y coloca en los cuadros los elementos recordados ordenados por categorías. Para terminar el facilitador solicita al participante mencionar los elementos registrados.		15 minutos	
Desarrollar estrategias de almacenamiento en la memoria a corto plazo, a nivel visual.	En diapositivas se muestran matrices con cuadrículas de 2x2, 3x3 y 3x4. En ellas aparecerá por unos segundos uno o dos elementos (triángulo, círculo o cuadrado). El participante debe estar atento y observar la ubicación de los elementos. Una vez terminada la presentación utilizan su ficha en el cuaderno de estimulación y reproducen la o las imágenes apreciadas en la ubicación correspondiente en las cuadrículas vacías. Utiliza estrategias ej., recordar filas por números y columnas por letras.	Almacenamiento Categorización Ideo- visual	25 minutos 5 minutos	Cuaderno de estimulación cognitiva.
Desarrollar estrategias de almacenamiento en la memoria a corto plazo, a nivel visual y auditivo	Se utiliza una serie de diapositivas que muestran lugares donde se puede adquirir productos o servicios (mercado, boutique, joyería, sastrería, etc.), El participante debe mencionar ante cada imagen un elemento o servicio obtenido e ir almacenando la información utilizando una clave o estrategia ej. fonológica. Una vez terminado el proceso de registro y almacenamiento, el facilitador pasa una a una la diapositiva y llama al participante para que mencione qué producto o servicio se obtuvo ahí. Se termina con la retroalimentación y se asigna de tarea trabajar en casa las fichas de trabajo del cuaderno apoyo del acompañante.			

SESIÓN N° 06

OBJETIVO EJE: Ejercitar la memoria operativa a nivel ejecutivo con material verbal - auditivo y visuoespacial.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
Realizar ejercicios de memoria de trabajo a nivel ejecutivo con estímulos verbales y visuoespaciales.	Actividad de memoria de trabajo auditiva. Se le brinda una serie de números y el participante debe dar una señal al escuchar dos números consecutivos que dan como resultado de suma 5 u 8.		10 minutos	
Realizar ejercicios de memoria de trabajo a nivel ejecutivo con estímulos verbales y visuoespaciales.	Estrategia, recordar el último número escuchado y estar atento al siguiente.			
Realizar ejercicios de memoria de trabajo a nivel ejecutivo con estímulos verbales y visuoespaciales.	Ordenar alfabéticamente palabras: Se leerá cada una de las frases sin que el participante pueda verlas. Tendrán que ordenar alfabéticamente las palabras de la frase empezando por la primera letra del abecedario. Si digo que el vestido es azul, el participante dirá que azul es el vestido.	Compensación	25 minutos	Cuaderno de estimulación cognitiva.
Deletrear palabras en orden inverso.	Deletrear palabras al revés: Se le dirá una palabra al participante y tendrán que decir de forma ordenada las letras de la palabra. Por ejemplo, casa dirán c-a-s-a.	Closet fonémico		
	Se le dirá una palabra al participante y tendrán que decir la al revés, de la última a la primera. Por ejemplo, casa dirán a-s-a-c.		10 minutos	

SESIÓN N° 07

OBJETIVO EJE: Ejercitar la memoria operativa a nivel ejecutivo con material verbal - auditivo y visuoespacial.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
<p>Integrar dos o más cosas que ha tenido lugar en estrecha proximidad temporal</p> <p>Mantener en la mente una información mientras prestamos atención a otra cosa</p> <p>Estimular memoria de trabajo visuoespacial con el paradigma N-Back</p>	<p>Se le pedirá al participante que conversen sobre un tema específico (ejemplo: el último cumpleaños de su hija) Luego se le pedirá recordar y responder los datos que se han dicho en esa conversación.</p> <p>Aquí también el participante hará la lista de los ingredientes que se necesitan para hacer su comida preferida, luego sobre una experiencia de su trabajo. Luego se le pedirá que diga con la mayor cantidad de detalles dicha experiencia laboral.</p> <p>Se le presenta una serie de estímulos en secuencia, él deberá estar atento y deberá decir cuántas veces se cumple el paradigma N-Back (cuando aparece la ubicación de la figura idéntica a la penúltima presentada: N1). Deben anotar en el cuaderno de trabajo sus respuestas.</p>	<p>compensación</p> <p>Orientación a la realidad</p>	<p>10 minutos</p> <p>25 minutos</p> <p>10 minutos</p>	<p>papel y lapicero</p> <p>matrices de tres por tres</p> <p>cuaderno de trabajo</p>

SESIÓN N° 08

OBJETIVO EJE: Fomentar el uso de actividades que incrementen el nivel de la memoria episódica.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
<p>Fomentar el uso de actividades que incrementen el nivel de la memoria episódica - uso de planificador.</p> <p>Fomentar el uso de actividades que incrementen el nivel de la memoria episódica - uso de agenda.</p> <p>Consolidar estrategias de registro memoria episódica</p>	<p>El participante debe escribir en el cuadernillo sus nombres completos, edad, día de cumpleaños, número de hijos (también si son varones o mujeres), comida favorita y lugar de procedencia (donde nació). Luego de unos minutos inicia la presentación. Al final busca en su cuaderno las hojas de agenda con planificador y fechas importantes. Ahí registran sus datos de todos importantes.</p> <p>Se le presenta al participante las fotos de 2 personas, 1 varón y otra mujer, cada uno con diferentes ocupaciones, se le pide que esté atento y tome nota de las actividades que ellos deben realizar durante el día. Luego se les menciona las listas de actividades que deberán realizar al día siguiente cada uno de los personajes, brindando horarios aproximados de la actividad y en orden aleatorio. Se explica la importancia de registrar y almacenar de forma ordenada la información con el uso de agendas. Después utilizan su cuaderno de estimulación con fichas que contemplen hojas de agenda y él registrará ahí en orden correlativo las diferentes actividades que realizarán cada personaje. Al final se comparte la información y se verifica.</p> <p>Se brinda retroalimentación de las actividades desarrolladas y se le pide al participante como tarea tener una agenda personal. Indagar y anotar en la agenda el nombre y fecha de cumpleaños de sus familiares y amigos.</p>	<p>Compensación</p> <p>Agenda verbal</p> <p>Generalización</p>	<p>20min</p> <p>20min</p> <p>5min</p>	<p>Sillas</p> <p>lápices y hojas</p> <p>Cuaderno de estimulación</p> <p>Agenda personal</p> <p>Calendario</p>

SESIÓN N° 09

OBJETIVO EJE: Fomentar el uso de actividades que incrementen el nivel de la memoria episódica.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
<p>Realizar ejercicios para estimular la memoria episódica</p> <p>Estimular mediante imágenes la memoria episódica</p> <p>Fomentar el uso de actividades que incrementen el nivel de la memoria episódica - uso de agenda.</p>	<p>Se le solicita al participante que recuerde sobre su domicilio, acerca de su familia y sus últimas vacaciones, estos serán anotados en una ficha cada uno, luego se usaran recortes de revistas o periódicos para representarlos mediante imágenes dichos recuerdos.</p> <p>Se le pedirá al participante previamente tres fotografías de familiares, amigos, vecinos, etc. y ellos tendrán que asociar una emoción y un significado para cada fotografía. Posteriormente se les solicitará que comparta dicha información de manera verbal.</p> <p>Utilizando la plataforma se utiliza el juego mentimer y con la ayuda de los acompañantes los participantes deben brindar ideas sobre las distintas actividades que se realizan normalmente en la vida diaria (a nivel personal, social, laboral, etc.). Por ej., tomar medicamentos, ir a la consulta médica, ir (o ver por tv) la misa, etc. Luego se ordena la información en categorías: actividad frecuente, diaria, semanal, mensual, ocasional. Una vez realizado ello, se les muestra como ordenar la información en planificador, agenda o block de notas para ayuda memoria. Después aplican la estrategia con información personal.</p>	<p>Restauración</p> <p>Juego libre</p> <p>Categorización</p>	<p>20 minutos</p> <p>25 minutos</p> <p>10 minutos</p>	<p>Fichas de trabajo</p> <p>Fotografías</p> <p>Tarjeta de emociones</p> <p>Agenda personal</p> <p>Calendario</p> <p>computadora</p>

SESIÓN N° 10

OBJETIVO EJE: Estimular el almacenamiento y recuperación de la información semántica.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
<p>Estimular el almacenamiento y recuperación de la información semántica.</p>	<p>Se coloca dos letras en el centro del tablero y se pide a que diga una palabra que empiece o que termine por cada letra.</p> <p>Se construyen palabras con faltas ortográficas (p. ej.: CAVEZA) y se le pide que la corrija.</p> <p>Se escribe una frase completa de cinco palabras (p. ej.: Me gusta comer en casa), colocando las palabras al azar en la disposición del número 5 de un dado, y se pide que la reconstruya.</p> <p>Se le brindará retroalimentación sobre las actividades realizadas.</p>	<p>Sustitución</p> <p>Conciencia sintáctica</p>	<p>10 minutos</p> <p>30 minutos</p> <p>5 minutos</p>	<p>Tarjetas con letras.</p> <p>Cuaderno de estimulación cognitiva.</p>

SESIÓN N° 11

OBJETIVO EJE: Estimular el almacenamiento y recuperación de la información semántica.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
<p>Estimular el almacenamiento y recuperación de la información semántica.</p>	<p>Se les mostrará a los participantes unas hojas que contengan diversos objetos y se les pedirá que reconozcan y mencionen aquellos que pueden romperse si se caen al suelo.</p>	<p>Restauración Psicoeducativa</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Computadora. Cuaderno de estimulación cognitiva.</p>
	<p>Se le explicará al participante que va a realizar un ejercicio relacionado con las festividades del año, para esto se le mencionará la fecha y él deberá responder la celebración determinada.</p>		<p>15 minutos</p>	
	<p>Se les comentará que van a realizar un ejercicio acerca de cómo se distribuye el tiempo en horas, días, meses, etc. para esto se le harán preguntas estructuras.</p>		<p>10 minutos</p>	

SESIÓN N° 12

OBJETIVO EJE: Ejercitar estrategias de recuperación de la información a largo plazo por las modalidades espontánea, con claves y por reconocimiento.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
Ejercitar estrategias de recuperación de la información a largo plazo por las modalidades espontánea, con claves y por reconocimiento.	Se le pedirá al participante que identifiquen personajes famosos. Tendrán que realizar preguntas al facilitador y con las respuestas irá adivinando quienes.	Restauración	20 minutos.	Cuaderno de estimulación cognitiva.
	Se le pedirá al participante que identifiquen objetos. Tendrán que realizar preguntas al facilitador y con las respuestas el participante adivinara qué objeto es.	Discriminación visual	25 minutos	

SESIÓN N° 13

OBJETIVO EJE: Ejercitar estrategias de recuperación de la información a largo plazo por las modalidades espontánea, con claves y por reconocimiento.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
Ejercitar estrategias de recuperación de la información a largo plazo por las modalidades espontánea, con claves y por reconocimiento.	Se pedirá al participante que recuerde los acontecimientos de las fechas que se les pide.		15 minutos	cuaderno de estimulación cognitiva
	Se le pedirá al participante que escriba un suceso positivo de su vida por década.	Compensación	15 minutos	
	Se les pedirá que completen refranes poniendo las vocales que faltan. Si no lo conoce, que lo invente, pero que tenga sentido.	Conciencia fonémica	15 minutos	

SESIÓN N° 14

OBJETIVO EJE: Estimular la memoria de trabajo con ejercicios cortos que faciliten la fijación y la evocación.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICA/ ESTRATEGIA	TIEMPO	MATERIALES
Estimular la memoria de trabajo reforzando la fijación y evocación	Se le indica al participante que debe realizar la tarea siguiendo una serie de instrucciones verbales.		15 minutos	Lápices.
	Se le aportan a la persona una serie de palabras. Luego, sin mirarlas, debe crear una historia utilizando cada una de ellas. Pueden ser también elementos para una posible historia. Por ejemplo: <i>roca, hada, pirata, anillo</i> .	Compensación Narrativa Sintáctica	25 minutos	Cuaderno de estimulación Hojas bond
	Se le muestra una lámina con imágenes por 3 minutos y se le pide que los memorice, luego se le muestra otra lámina donde incluye las imágenes mostradas al principio para ser reconocidas de entre otras.		5 minutos	