



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN CASO DE DEMENCIA TIPO

ALZHEIMER EN ADULTO MAYOR

Línea de investigación: Neurociencias del comportamiento

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad

Profesional en Neuropsicología

Autora

Pinto Asencios, Gladys Petronila

Asesor

Flores Vásquez, María Elizabeth

ORCID: 0000-0002-3840-118X

Jurado

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Campana Cruzado, Frey Antonio

Franco Guanilo, Roxana Lorena

Lima - Perú

2026

INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN CASO DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN ADULTO MAYOR.

INFORME DE ORIGINALIDAD

30%

INDICE DE SIMILITUD

29%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

18%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

3

Submitted to Blackboard

Trabajo del estudiante

1%

4

www.alzheimeruniversal.eu

Fuente de Internet

1%

5

www.gob.pe

Fuente de Internet

1%

6

Submitted to Universidad de Guadalajara

Trabajo del estudiante

1%

7

Mesa Herrera, Fatima Concepcion. "Nuevos abordajes neuroquimicos del liquido cefalorraquideo orientados a la deteccion precoz de la Enfermedad de Alzheimer", Universidad de La Laguna (Canary Islands, Spain), 2022

Publicación

1%

8

idoc.pub

Fuente de Internet

<1%

9

www.researchgate.net

Fuente de Internet

<1%

10

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN CASO DE DEMENCIA TIPO
ALZHEIMER EN ADULTO MAYOR**

Línea de investigación:

Neurociencias del comportamiento

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

Autora

Pinto Asencios, Gladys Petronila

Asesora

Flores Vásquez, María Elizabeth

ORCID: 0000-0002-3840-118X

Jurado

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Campana Cruzado, Frey Antonio

Franco Guanilo, Roxana Lorena

Lima - Perú

2026

DEDICATORIA

A Dios, por las fuerzas que siempre me da, a mi amada hijita Elen, a mi esposo y a mi madre por su motivación, paciencia, por su apoyo incondicional y por el estímulo para ser cada vez mejor y cumplir mis metas.

INDICE

Resumen.....	6
Abstract	7
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Descripción del problema	9
1.2. Antecedentes	10
<i>1.2.1. Antecedentes nacionales</i>	<i>10</i>
<i>1.2.2. Antecedentes internacionales.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.3. Bases teóricas</i>	<i>12</i>
<i>1.2.4. Modelo teórico de rehabilitación neuropsicológica por Guinarte (2002).</i>	<i>14</i>
<i>1.2.5. Perfil neuropsicológico de la demencia tipo Alzheimer.....</i>	<i>15</i>
<i>1.2.6. Progresión y etapas de la demencia tipo Alzheimer.....</i>	<i>15</i>
<i>1.2.7. Manuales para el diagnóstico de Demencia Tipo Alzheimer</i>	<i>16</i>
1.3. Objetivos	18
<i>1.3.1. Objetivo general.....</i>	<i>18</i>
<i>1.3.2. Objetivos específicos.....</i>	<i>19</i>
1.4. Justificación.....	19
1.5. Impacto esperado del trabajo académico	20
II. METODOLOGÍA	21
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	21
2.2. Ámbito temporal y espacial	21

2.3. Variables de investigación:	21
2.4. Participante.....	21
2.5. Técnicas e Instrumentos	21
2.6. Evaluación neuropsicológica	23
2.7. Informe neuropsicológico	24
2.8. Intervención Neuropsicológica	28
2.9. Programa de intervención Neuropsicológica	31
III. RESULTADOS	35
3.1. Análisis de resultados.	35
IV. CONCLUSIONES	40
V. RECOMENDACIONES	41
VI. REFERENCIAS	42
VII. ANEXOS	47

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Áreas de evaluación neuropsicológica.....	22
Tabla 2 Resultados de las áreas de evaluación neuropsicológica de los test aplicados.....	28
Tabla 3 Resultados pretest y Post test por áreas evaluadas	37

Resumen

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que afecta de manera significativa la cognición y el comportamiento, por lo que una evaluación neuropsicológica integral resulta esencial para determinar el estado del paciente y diseñar una intervención adecuada. En este caso, un adulto de 78 años diagnosticado con demencia tipo Alzheimer fue evaluado mediante diversos instrumentos neuropsicológicos, incluyendo el Mini Mental (MMSE), el Test del dibujo del reloj (CDT), el Test de Alteración de la Memoria (T@M) y el Test de Interferencia de Color y Palabra (STROOP), cada uno proporcionando información relevante sobre el funcionamiento cognitivo. El MMSE ofreció una medida inicial de la cognición global, revelando déficits en orientación, atención y memoria. El CDT evaluó habilidades visuoespaciales y planificación, mostrando dificultades en la representación del reloj que sugieren alteración de las funciones ejecutivas. El T@M aportó datos sobre los procesos de memoria, destacando fallas en el recuerdo inmediato y diferido. El STROOP evaluó la atención selectiva y el control inhibitorio, demostrando una capacidad reducida para manejar interferencias y un descenso en la eficiencia del procesamiento cognitivo. Con base en estos hallazgos, se desarrolló un programa de intervención neuropsicológica siguiendo el modelo teórico de Guinarte, enfatizando la estimulación cognitiva mediante actividades personalizadas orientadas a fortalecer la memoria, la atención y las funciones ejecutivas preservadas. Además, se incorporaron estrategias dirigidas a los cuidadores para facilitar el manejo de los desafíos cotidianos asociados con la demencia tipo Alzheimer, promoviendo una mejor adaptación y calidad de vida tanto para el paciente como para su entorno de cuidado.

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

Abstract

Alzheimer's-type dementia is a neurodegenerative disease that significantly affects cognition and behavior, making a comprehensive neuropsychological evaluation essential for determining the patient's condition and designing an appropriate intervention. In this case, a 78-year-old adult diagnosed with Alzheimer's-type dementia was assessed using several neuropsychological instruments, including the Mini Mental State Examination (MMSE), the Clock Drawing Test (CDT), the Memory Alteration Test (T@M), and the Color and Word Interference Test (STROOP), each providing relevant information about cognitive functioning. The MMSE offered an initial measure of global cognition, revealing deficits in orientation, attention, and memory. The CDT evaluated visuospatial abilities and planning, showing difficulties in clock representation that suggested impairment in executive functions. The T@M contributed insight into memory processes, highlighting alterations in immediate and delayed recall. The STROOP test assessed selective attention and inhibitory control, demonstrating reduced ability to manage interference and indicating a decline in cognitive processing efficiency. Based on these findings, a neuropsychological intervention program was developed following Guinarte's theoretical model, emphasizing cognitive stimulation through personalized activities aimed at strengthening memory, attention, and preserved executive functions. Additionally, strategies were incorporated to support caregivers in managing daily challenges associated with Alzheimer's-type dementia, promoting better adaptation and quality of life for both the patient and the caregiving environment.

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

I. INTRODUCCIÓN

La demencia tipo Alzheimer se ha convertido en una de las principales preocupaciones de salud pública en las sociedades contemporáneas, especialmente debido al envejecimiento de la población. Con una prevalencia creciente, esta enfermedad no solo afecta a los individuos diagnosticados, sino que también impacta a familiares, cuidadores y a la comunidad en general. Según Pérez (2020), el Alzheimer no solo deteriora las capacidades cognitivas del individuo, sino que también altera las dinámicas familiares y sociales, generando una carga emocional y económica significativa. Este fenómeno resalta la necesidad de entender y abordar el impacto que la enfermedad tiene en la estructura social actual.

La intervención neuropsicológica se presenta como una estrategia fundamental en el manejo del Alzheimer, dado que esta disciplina se centra en mejorar la calidad de vida de los pacientes y facilitar su adaptación a los cambios que experimentan. De acuerdo con González et al. (2021), las intervenciones neuropsicológicas pueden contribuir a mantener las funciones cognitivas residuales y a reducir el nivel de estrés experimentado por los cuidadores, promoviendo así un entorno más saludable y funcional para todos los involucrados. Este enfoque integral permite que se tomen en cuenta tanto las necesidades del individuo como el impacto en su entorno.

A medida que la prevalencia de la demencia aumenta, también lo hace la necesidad de formar profesionales capacitados en intervención neuropsicológica. La formación en este ámbito no solo debe enfocarse en el tratamiento, sino también en la prevención y el acompañamiento de los cuidadores. Así, Martínez (2022) destaca que invertir en recursos y formación en neuropsicología es vital para la creación de programas integrales que aborden esta patología de forma multidimensional. La formación adecuada facilitará intervenciones más eficaces y centradas en el bienestar del paciente.

Finalmente, es imperativo que la sociedad tome conciencia del desafío que representa la demencia tipo Alzheimer. El trabajo colaborativo entre profesionales de la salud, familias y políticas públicas es esencial para mitigar el efecto de esta enfermedad. Según López (2023), desarrollar una conciencia social adecuada y fomentar políticas de apoyo permitirá un abordaje más humano y eficiente de la demencia en la población adulta mayor. De este modo, la intervención neuropsicológica puede convertirse en una parte integral de un enfoque más amplio y completo para enfrentar el Alzheimer en nuestra sociedad.

1.1. Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), se observa un aumento significativo del porcentaje de adultos mayores a nivel global. Se proyecta que para el 2050 la proporción de personas mayores de 60 años pasará del 12% al 22% de la población mundial, reflejando un crecimiento sostenido del envejecimiento demográfico. Para el año 2030, se anticipa que la cantidad de adultos mayores superará por primera vez al número de niños menores de cinco años. Asimismo, para 2050, aproximadamente el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos, lo que evidencia un cambio estructural en la distribución global del envejecimiento. Este fenómeno implica un incremento en la cantidad de personas con mayor propensión a padecer enfermedades crónicas y neurodegenerativas.

En la actualidad, una de las patologías que ha mostrado un incremento considerable en los adultos mayores es la enfermedad de Alzheimer, reconocida como la forma más común de demencia. Según la OMS (2025), el Alzheimer representa entre el 60% y el 70% de los casos de demencia, y se estima que 57 millones de personas viven con esta condición en el mundo, con casi 10 millones de nuevos casos cada año. En América Latina y el Caribe, la incidencia de demencias oscila entre 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años o más, y se proyecta un

incremento del 77% en la población con Alzheimer entre 2001 y 2040 en países del Cono Sur, como Argentina y Chile, así como un aumento progresivo en el resto de la región. Organización Panamericana de la salud. (OPS, 2025).

En Perú, la situación no es diferente y muestra una tendencia creciente. Se estima que existen alrededor de 200 000 personas con demencia, y que uno de cada tres adultos mayores de 80 años presenta demencia tipo Alzheimer, siendo esta la de mayor prevalencia en el país: Instituto de Salud Mental: Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM HD-HN, 2018). Sin embargo, datos más recientes del Ministerio de Salud revelan una realidad aún más preocupante: entre enero y agosto de 2025 se registraron 13 067 casos de Alzheimer en establecimientos de salud a nivel nacional, lo que evidencia un incremento significativo en la detección y atención de esta enfermedad.

Especialistas del Ministerio de Salud (MINSA) y del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” explican que la mayor prevalencia en mujeres se relaciona con múltiples factores, entre ellos una mayor esperanza de vida, así como posibles influencias hormonales y genéticas que continúan en investigación. A nivel regional, la OPS (2023) una prevalencia de demencia del 9,5% en personas mayores de 60 años, con una afectación particularmente elevada en zonas rurales, tendencia que también se observa en el Perú.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

En Lima, Torres (2023) implementó un programa de intervención neuropsicológica para el deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer. La muestra consistió en un paciente de 78 años, atendido en un centro de salud de Miraflores. Se llevó a cabo un programa de intervención neuropsicológica, que incluyó estrategias cognitivas enfocadas en el mantenimiento de las funciones cognitivas y la gestión

de déficits específicos. Los resultados revelaron una mejora general, así como un adecuado sostenimiento de funciones cognitivas evaluadas como la memoria, el coeficiente intelectual, la percepción visual, y las habilidades viso-constructivas, además de una reducción en niveles de ansiedad y depresión.

Mendoza (2022) realizó un estudio sobre la relación entre la actividad física y la calidad de vida en pacientes con Alzheimer. La investigación incluyó a 30 adultos mayores que participaron en un programa de ejercicios adaptados en un centro de atención geriátrica. Los hallazgos indicaron que la actividad física regular no solo mejoró la salud física de los participantes, sino que también contribuyó a un estado emocional más positivo, reduciendo síntomas de ansiedad y depresión asociados a la demencia. La evaluación se llevó a cabo mediante escalas estandarizadas de calidad de vida.

1.2.2. Antecedentes internacionales

En Colombia, Fernández et al. (2023) llevaron a cabo un estudio para analizar la efectividad de un programa de Rehabilitación Neuropsicológica de la memoria en pacientes con daño cerebral adquirido. La muestra consistió en 12 pacientes con deterioro cognitivo leve o moderado debido a daño cerebral adquirido; de ellos, 6 recibieron el programa de rehabilitación neuropsicológica durante cinco meses, de manera semanal, y 6 no participaron en ningún tipo de intervención rehabilitadora. Los resultados mostraron mejoras en la memoria, y se concluyó que el programa de rehabilitación neuropsicológica es valioso en el tratamiento de las secuelas del daño cerebral adquirido.

Según Pérez y López (2019), México la implementación de programas de terapia ocupacional en pacientes con Alzheimer puede mejorar significativamente su calidad de vida. En su investigación, que abarcó a 25 personas mayores diagnosticadas, se desarrollaron actividades centradas en la memoria y la atención. Los autores encontraron que la participación

en estas actividades no solo fomentó la socialización, sino que también contribuyó a la preservación de habilidades cognitivas durante un periodo de seis meses.

García et al. (2021) en España se llevaron a cabo un estudio sobre la efectividad de la musicoterapia en pacientes con demencia tipo Alzheimer. La investigación se realizó con un grupo de 40 pacientes en un centro de día, quienes participaron en sesiones semanales de musicoterapia durante tres meses. Los resultados indicaron mejoras significativas en el estado de ánimo y en la interacción social de los participantes, lo que sugiere que la musicoterapia puede ser una estrategia valiosa para el manejo de síntomas en estos pacientes.

1.2.3. Bases teóricas

Las Bases teóricas de la demencia tipo Alzheimer fue caracterizada en 1906 por Alois Alzheimer como un tipo de demencia progresiva, asociada neurobiológicamente con la presencia de placas seniles y la degeneración de los filamentos neurofibrilares (Pérez, 2005). Estas lesiones corresponden a depósitos de beta-amiloide que afectan la comunicación entre neuronas y a ovillos neurofibrilares, enredos de proteína tau dentro de las neuronas que las destruyen desde adentro, constituyendo la base del daño cerebral. Este neurólogo alemán estudió el caso de una paciente de 51 años conocida como Augusta D., quien presentaba un deterioro progresivo de sus funciones cognitivas y conductuales, manifestado en desorientación, pérdida severa de memoria, delirios y episodios de paranoia. Tras su muerte, el médico analizó su cerebro y encontró una marcada atrofia cortical, junto con acumulaciones anómalas de proteínas y signos de arterioesclerosis. También observó placas extracelulares y ovillos intraneuronales, lesiones que hoy se sabe surgen de una combinación de procesos genéticos, moleculares y ambientales que alteran el equilibrio normal de proteínas cerebrales.

Estos hallazgos se convirtieron en la base para caracterizar la enfermedad, que con el tiempo se consolidó como la principal —aunque no la única— causa de demencia en la población adulta mayor. Según Fernández (1995), el término demencia senil tipo Alzheimer (DSTA) ganó popularidad, aunque la diferenciación con la demencia presenil de Alzheimer seguía siendo común; un concepto que eventualmente abarcó ambos tipos, senil y presenil, en una sola categoría. En sus inicios, Alzheimer no estableció una distinción clara entre demencia senil y presenil, lo que llevó a que ambas fueran interpretadas dentro de un mismo contexto, sin una identificación precisa de sus características y síntomas específicos. El diagnóstico definitivo de la Enfermedad de Alzheimer- EA se realiza a través de la identificación de estas lesiones anatomopatológicas y la aplicación de criterios diagnósticos concretos, apoyados en biomarcadores o neuroimagen.

Martínez (1987) sostuvo que la enfermedad de Alzheimer se clasifica en dos tipos, diferenciados según fundamentos neuroquímicos y neuropatológicos, donde el tipo 1 tiene un inicio tardío y el tipo 2, un inicio temprano o precoz. Gómez (2000) sostiene que el Alzheimer es una demencia que progresa hacia el deterioro irreversible e incurable de las funciones cerebrales, que resulta en pérdida de memoria, desorientación y cambios en la personalidad, y que generalmente se presenta en etapas avanzadas de la vida, desarrollándose de manera gradual (Sánchez, 2002).

En relación con los síntomas vinculados con la demencia tipo Alzheimer, Ortega (2006) menciona que la primera señal es la pérdida de memoria episódica, lo que se traduce en dificultades para recordar información reciente. El segundo síntoma involucra la alteración de la atención, percepción, lenguaje, funciones motoras y funciones ejecutivas; sin embargo, también pueden aparecer formas atípicas de inicio, que incluyen un síndrome frontal, afasias y apraxias, así como agnosias, debido a la atrofia cortical posterior (Snyder et al., 2013). La combinación de placas que afectan la comunicación neuronal y ovillos que destruyen la

estructura interna de las neuronas provoca la pérdida progresiva de memoria, lenguaje, orientación y otras funciones cognitivas, constituyendo el mecanismo fundamental del deterioro cognitivo progresivo en la enfermedad de Alzheimer.

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

Modelo teórico de rehabilitación neuropsicológica propuesto por Rodríguez (2010). En la actualidad, Rodríguez (2010) destaca que *los métodos de rehabilitación integran estrategias tanto cognitivas como conductuales*, es decir, dentro de un proceso de rehabilitación, es fundamental que se fusionen tácticas de intervención que aborden tanto las capacidades cognitivas como las conductas. Algunas de las estrategias de rehabilitación más relevantes son:

A. Restauración. Según Pérez y Martínez (2005), la restauración implica: El componente que promueve y mejora las funciones cognitivas, siguiendo un modelo de déficit, fundamentado en la repetición o práctica que puede optimizar las tareas de ejecución cuando hay una pérdida parcial en un área específica, facilitando así la disminución del deterioro de la memoria a través de su entrenamiento.

B. Compensación. De acuerdo con López (2003), la compensación se entiende como “la situación en la que la función afectada no puede ser restaurada, por lo que se busca fortalecer las habilidades que se mantienen”

C. Sustitución. Para Pérez y Martínez (2005), se refiere a la enseñanza de nuevas estrategias que permitan reducir los inconvenientes generados por déficits cognitivos. Cuando la función se pierde completamente, se recurre a alternativas de apoyo externo (como calendarios, recordatorios, diarios para facilitar la memoria) o internas (técnicas de estimulación, visual y verbal, para mejorar y retener la memoria).

D. Activación. La estimulación. Según Pérez y Martínez (2005), *se utiliza para liberar áreas que están bloqueadas debido a un déficit o que han sido eliminadas. Este enfoque*

involucra la modificación de conductas y la repetición constante de estímulos con el fin de mejorar la ejecución.

1.2.5. Perfil neuropsicológico de la demencia tipo Alzheimer

Según lo señalado por Cuenca y Rodríguez (2013), los primeros indicios de la patología se presentan en las regiones del lóbulo temporal, siendo el hipocampo y la corteza entorrinal las estructuras más comprometidas. Aportando a esta concepción, Gómez et al. (2016) indican que la amnesia puede aparecer desde fases preclínicas en los pacientes. Asimismo, Martínez y Soto (2014) subrayan que los sujetos diagnosticados con demencia de tipo Alzheimer muestran, como la variación más significativa en su deterioro cognitivo, *una disminución progresiva de la memoria, dificultades en la comunicación, alteraciones en las capacidades visoespaciales y motoras, además de cambios en el funcionamiento ejecutivo*. Esta observación es corroborada por investigaciones adicionales, como la de Torres et al. (2011), quienes sostienen que *el deterioro de las funciones ejecutivas impacta en la habilidad para procesar información, conceptualizar y resolver problemas a medida que la demencia de tipo Alzheimer avanza*.

1.2.6. Progresión y etapas de la demencia tipo Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer se clasifica en tres etapas:

1.2.6.1. Etapa Leve o estadio I. En esta fase se observa un deterioro cognitivo leve con fallos en la memoria reciente, asociado al compromiso temprano del hipocampo y la corteza entorrinal. El paciente comienza a olvidar fechas, nombres y objetos, y presenta dificultades para comunicarse. Se evidencia disminución en la orientación temporal y espacial, así como en la coordinación motora. Además, las funciones ejecutivas empiezan a afectarse por la disfunción del cíngulo anterior y la corteza prefrontal dorsolateral, pudiendo aparecer cambios sutiles en la personalidad (Abad et al., 2012).

1.2.6.2. Etapa Moderada o estadio II. En esta fase, las alteraciones cognitivas se intensifican y el paciente pierde conciencia de su déficit de memoria. La desorientación se vuelve más marcada y surgen distorsiones perceptivas, relacionadas con la progresión del daño hacia la corteza parietal y temporal lateral, lo que provoca dificultades en el reconocimiento y alteraciones del lenguaje. También pueden aparecer el Síndrome de Capgras, delirios, agitación y trastornos del sueño. La alternancia entre lucidez y confusión refleja compromiso del tálamo y las redes fronto-subcorticales, afectando la flexibilidad cognitiva y la toma de decisiones. Asimismo, pueden surgir problemas motores y complicaciones en el control de esfínteres (Abad et al., 2012).

1.2.6.3. Etapa Severa o estadio III. Esta fase es crítica y se caracteriza por una actividad cognitiva muy reducida, con afasia global y pérdida de habilidades motoras. La agresividad, apatía o dependencia extrema se vinculan a alteraciones en la amígdala y la corteza orbitofrontal, afectando el control emocional y conductual. El deterioro se extiende hacia la corteza motora, el cerebelo y estructuras del tronco encefálico, generando pérdida del habla, dificultades severas en el lenguaje, incontinencia y dependencia total. Se observa un deterioro neurológico generalizado que compromete funciones ejecutivas, emocionales y fisiológicas básicas (Abad et al., 2012)

1.2.7. Manuales para el diagnóstico de Demencia Tipo Alzheimer

En la actualidad podemos mencionar 3 manuales:

A) CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992)

B) DSM-V-TR (APA, 1994) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

C) Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares y la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Relacionados (NINDS/ADRDA) (McKhann et al., 1984).

Para el presente trabajo se tomará en cuenta la "Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión" CIE-10.

A) Criterios CIE 10 para el diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer especificada. (G30-OMS)

- A. La presencia de múltiples déficits cognitivos se manifiesta a través de:
 - a. Deterioro de la memoria (disminución en la capacidad para adquirir nueva información o recordar datos previamente aprendidos)
 - b. Una (o más) de las siguientes disfunciones cognitivas:
 - Afasia (alteración en el uso del lenguaje)
 - Apraxia (dificultad para realizar movimientos intencionados a pesar de que la función motora esté intacta)
 - Agnosia (incapacidad para reconocer o identificar objetos, aunque las capacidades sensoriales estén preservadas)
 - Dificultades en la ejecución (por ejemplo, inconvenientes en la planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficits cognitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 ocasionan un deterioro significativo en la actividad laboral o social y representan una reducción notable del nivel de actividad habitual.
- C. La progresión de la enfermedad se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.
- D. Los déficits cognitivos expuestos en los Criterios A1 y A2 no son atribuibles a alguno de los siguientes factores: Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan problemas de memoria y cognitivos (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral).

B) Criterios diagnósticos propuestos para diagnosticar según el DSM-5 trastorno neurocognitivo mayor- Demencia tipo Alzheimer.

El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición) no establece un criterio específico para la identificación de la demencia tipo Alzheimer, ya que su énfasis está en los trastornos psicológicos. Sin embargo, la identificación de la demencia tipo Alzheimer se fundamenta en una combinación de criterios clínicos y diagnósticos neurológicos de acuerdo al DSM-5 (G30.9):

- A. Existencia de un deterioro cognitivo significativo en comparación con un nivel anterior de mayor capacidad en uno o más dominios cognitivos:
- Preocupación del individuo, o del profesional de salud sobre un deterioro notable en las funciones cognitivas. Deterioro en el rendimiento neuropsicológico que implica obtener puntajes en pruebas que se sitúan a dos o más desviaciones estándar por debajo de lo que se espera en una evaluación neuropsicológica estructurada o en una evaluación clínica comparable.
- B. Los déficits cognitivos son lo suficientemente severos como para afectar la capacidad de autonomía (por ejemplo, necesitan asistencia con actividades instrumentales de la vida diaria, como la gestión de medicinas o dinero).
- C. Los déficits cognitivos no se manifiestan exclusivamente en el contexto de un delirium.
- Los déficits cognitivos no se deben primordialmente a la existencia de otros trastornos mentales (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

C) Criterios diagnósticos en la enfermedad de Alzheimer: Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares y la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Relacionados (NINDS/ADRDA) (McKhann et al., 1984).

- a. MMSE/MEC < 24 o evaluación clínica equivalente.
- b. Pérdida de función en dos o más dominios cognitivos.
- c. No presentación de alteraciones en la conciencia.
- d. Comienzo entre los 40 y 90 años (especialmente posterior a los 65).
- e. Sin signos de otras patologías que puedan explicar la sintomatología.
- f. Presencia de antecedentes familiares de condiciones análogas
- g. Modificación del comportamiento o incapacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- h. Deterioro en la comunicación verbal (afasia), de la destreza motora (apraxia) y de la capacidad de reconocimiento (agnosia).

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo general*

- Evaluar, diseñar e implementar un programa de intervención neuropsicológica orientado a estimular funciones ejecutivas y cognitivas en una paciente con demencia tipo Alzheimer.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Estimular las funciones ejecutivas, principalmente la memoria, para facilitar el almacenamiento y la recuperación de la información retenida.
- Estimular la fluidez verbal, escrita, la comprensión del lenguaje y los procesos atencionales para preservar las capacidades cognitivas.
- Implementar y utilizar técnicas de restauración y compensación, para reforzar las tareas cognitivas mediante el ejercicio repetitivo.

1.4. Justificación

Desde una perspectiva científica, este estudio se basa en la evidencia acumulada que respalda la efectividad de la estimulación cognitiva como tratamiento para pacientes con demencia. Numerosas investigaciones han señalado que las intervenciones neuropsicológicas estructuradas pueden mejorar de manera significativa las funciones cognitivas y el bienestar emocional de estos pacientes. Al diseñar un programa fundamentado en teorías de rehabilitación pertinentes, se contribuye a cerrar la brecha existente en la literatura científica relacionada con el tratamiento no farmacológico de la demencia tipo Alzheimer.

Por lo tanto, esta investigación a nivel práctico enfatiza la necesidad de desarrollar un programa de intervención neuropsicológica que respalde la teoría de rehabilitación de Guinarte, centrado en la estimulación cognitiva para pacientes con demencia tipo Alzheimer, lo que generará beneficios considerables. Asimismo, el estudio tiene como objetivo establecer protocolos para la evaluación y rehabilitación cognitiva en la población de adultos mayores, además de ofrecer información sobre estrategias para programas preventivos e intervenciones para pacientes con demencia tipo Alzheimer y trastornos afines. La falta de estudios en este ámbito convierte a este programa en una oportunidad para sentar las bases que permitan el desarrollo y la adaptación de estrategias dirigidas a la atención de pacientes con Alzheimer.

A nivel social, la demencia no solo afecta a quienes la padecen, sino que también impacta a sus familias y comunidades. La implementación de un programa de intervención que se enfoque en la estimulación cognitiva tiene el potencial de mejorar la calidad de vida de los pacientes y de crear un entorno de apoyo para sus cuidadores. Esto podría contribuir a la reducción del estigma asociado a la enfermedad y fomentar una mayor conciencia sobre la importancia de la atención cognitiva en la vejez, promoviendo así una sociedad más empática y comprometida con la salud mental.

Metodológicamente, la investigación se sustenta en enfoques tanto cualitativos como cuantitativos que permiten una evaluación holística de la intervención propuesta. La utilización de métodos descriptivos en el estudio de casos clínicos proporciona un marco sólido que genera datos valiosos sobre la respuesta de los pacientes a la estimulación cognitiva. Este enfoque no solo permitirá captar las variaciones individuales en la respuesta al tratamiento, sino que también facilitará la creación de protocolos que puedan ser ajustados a distintos contextos clínicos y poblacionales.

1.5. Impacto esperado del trabajo académico

Este programa propuesto de intervención neuropsicológica se centra en habilidades cognitivas como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, basándose en el modelo de rehabilitación de Guinarte. Su propósito es generar investigaciones sobre el desarrollo de programas de rehabilitación neuropsicológica dirigidos a pacientes con demencia tipo Alzheimer u otras alteraciones cognitivas relacionadas. Este programa busca que la participante mejore sus habilidades cognitivas y, a partir de esto, se diseñen nuevas estrategias que faciliten la recuperación y el mantenimiento significativo de sus funciones cognitivas afectadas, además de optimizar su rendimiento en actividades cotidianas, proporcionando herramientas neuropsicológicas que ayuden a mejorar su calidad de vida tanto personal como familiar.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

Considerando el trabajo realizado por Sánchez y Reyes (2015) este estudio es el tipo de investigación descriptiva a razón, que se busca medir las características y observar cómo es que se dan los procesos a evaluar.

El trabajo se centra en un caso específico, con el objetivo de diseñar una propuesta para implementar un programa de intervención neuropsicológica dirigido a un paciente que padece Demencia tipo Alzheimer, residente en la ciudad de Lima. Como señala Reyes (2018) la naturaleza del estudio permite examinar diversas facetas: elementos que integran las dimensiones del fenómeno en análisis. A continuación, se presentan los hallazgos de la evaluación neuropsicológica y se presenta los resultados del proceso de evaluación neuropsicológica.

2.2. Ámbito temporal y espacial

La evaluación del caso clínico y el diseño del Programa de Intervención Neuropsicológica se realizaron en las instalaciones de la clínica Geriátrica “San Bartolomé” del distrito de Lima.

2.3. Variables de investigación:

Dependientes: Dominios cognitivos, emocionales y funciones ejecutivas.

Independientes: Programa de intervención neuropsicológica y Psico educación a la familia.

2.4. Participante. La investigación trata de un caso clínico de demencia tipo Alzheimer evaluado en la clínica “San Bartolomé”

2.5. Técnicas e Instrumentos

- Entrevista

- Observación
- Mini mental State Examination (MMSE)
- Test del Dibujo del Reloj (CDT)
- Test de Alteración de Memoria (T@M)
- Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)

Tabla 1*Áreas de evaluación neuropsicológica*

Áreas	Tipos	Objetivo	Instrumento
Orientación	Tiempo	Valorar la habilidad para ordenar y relacionar sucesos dentro de una secuencia temporal, días, semanas, meses, años y horas.	Minimental State Examination (MMSE)
	Espacio	Reconocer la capacidad de ubicar información respecto al lugar y momento en que se encuentra.	Test del Dibujo del Reloj (CDT)
Atención	Sostenida	Evaluar la habilidad de sostener la concentración durante un intervalo de tiempo.	Minimental (MMSE) Test de I. de Colores y Palabras (STROOP)
Gnosias	Visuales	Identificar un estímulo mediante la visión y otorgarle un significado adecuado,	Test del Dibujo del Reloj (CDT)
	Táctiles	Medir estímulos mediante el sentido del tacto y atribuirles un significado apropiado	Minimental (MMSE)
Praxias	Constructiva	Evaluar la habilidad para ejecutar movimientos en secuencia que permitan elaborar y organizar un dibujo correctamente.	Test del Dibujo del Reloj (CDT)
Memoria	Inmediata	Medir cuánto tiempo logra conservar información durante unos minutos	Test de Alteración de Memoria (T@M)
	De orientación Temporal	Evaluar la capacidad para ubicarse en el tiempo y reconocer la secuencia de hechos	
	Semántica	Valorar los conocimientos generales que no dependen de recuerdos específicos.	
	De evocación Libre	Analizar la habilidad para retener y recuperar información sin ayudas externas	
	De evocación con Pistas	Evaluar la recuperación de recuerdos cuando se ofrecen claves o estímulos adicionales	
Funciones Ejecutivas	Planificación, flexibilidad cognitiva, solución de problemas	Valorar la capacidad de modificar o ajustar planes previamente establecidos ante nuevas demandas	Test de I. de Colores y Palabras (STROOP)
Lenguaje	Denominación	Identificar y nombrar correctamente objetos o conceptos verbales	Examination (MMSE)
	Repetición	Medir la resistencia a la interferencia al repetir estímulos verbales en condiciones de conflicto	Test de Colores y Palabras (STROOP)
	Lectura		

2.6. Evaluación neuropsicológica

En primer lugar, es esencial llevar a cabo una evaluación neuropsicológica antes de iniciar el proceso de rehabilitación. Según Duque (2005), *la evaluación de la demencia tipo Alzheimer debe iniciar con la valoración de las funciones atencionales, antes de proceder a la memoria*. Esto resalta la importancia de asegurar un funcionamiento adecuado de las capacidades cognitivas de atención y memoria, ya que su deterioro es un indicativo clave de esta condición. Asimismo, tanto Sandoval (2003) como Fernández (2008) coinciden en que la evaluación neuropsicológica debe centrarse en áreas como la memoria, el lenguaje y la atención, puesto que la exploración de cada uno de estos campos a través de pruebas neuropsicológicas involucra también otras funciones cognitivas. Por su parte, García y Hernández (2010) enfatizan la relevancia de identificar el deterioro en las funciones cognitivas, destacando las áreas que se encuentran afectadas y aquellas que permanecen relativamente conservadas en los pacientes con demencia tipo Alzheimer. Una vez completada la evaluación, se procede a implementar la intervención; sobre este tema, Martínez et al. (2017) comentan que: Los objetivos de la intervención neuropsicológica en individuos con demencia progresiva, incluida la enfermedad de Alzheimer, deben abordarse mediante una combinación de entrenamiento de funciones adquiridas y estrategias compensatorias, buscando mejorar las funciones cognitivas a través de la estimulación prolongada. Es importante señalar que el enfoque en la rehabilitación neuropsicológica *se basa principalmente en la plasticidad neuronal o neuro plasticidad y en la reserva cognitiva* (Ramírez y Castillo, 2010) al mismo tiempo que para Salas (2003), la intervención tiene como objetivo: Lentificar el deterioro cognitivo del como fortalecer las áreas conservadas, permitiendo al paciente ajustar sus habilidades cognitivas y mejorar su estado funcional y calidad de vida.

2.7. Informe neuropsicológico

En este caso particular, se realizaron pruebas de detección, dado que el paciente presenta demencia tipo Alzheimer. No se llevaron a cabo evaluaciones más exhaustivas, ya que la paciente presenta deterioro en la memoria episódica, incapaz de retener información por más de cinco segundos, lo que limitaría la aplicación de cualquier tipo de evaluación más amplia. De acuerdo con Villarejo y Puertas (2010), “las pruebas psicológicas breves o pruebas de detección facilitan una evaluación rápida del desempeño del paciente en una función cognitiva específica.

Datos Generales.

Apellidos y Nombre	: C. O. P. H.
Sexo	: Femenino
Lugar y fecha de nacimiento	: Huánuco 10/05/1954
Edad	: 78
Estado civil	: Separada
Nº de hijos	: 3
Nº de hermanos	: 9
Lugar que ocupa entre hnos.	: 9/9
Grado de instrucción	: Educación Tec.Superior
Ocupación actual	: Jubilada
Religión	: católica
Domicilio	: Vitarte - Calle Aymaras 650
Con quién vive	: Hijos
Lateralidad	: Diestra
Lugar de la entrevista	: Clínica Geriátrica “San Bartolomé”
Informante	: Hijo mayor
Fecha de evaluación	: 19 octubre 2024
Examinador	: G.P.A.

Motivo de consulta. La paciente es referida por el servicio de neurología del Instituto de Ciencias Neurológicas por presentar demencia tipo Alzheimer. Acude a consulta con su hijo

mayor quien refiere su madre ha sido diagnosticada hace 3 años con la enfermedad de Alzheimer, recibe tratamiento farmacológico desde entonces por presentar pérdida de memoria, no recordar nombres, fechas, dificultad para comunicarse, cambios en su personalidad y problemas de atención y orientación temporal y desea que su madre lleve un control estricto para el bienestar de su salud emocional, conductual y cognitivo.

A) Anamnesis

Carla nació en Huacrachuco Huánuco, y su desarrollo desde la etapa prenatal fue el esperado, con un nacimiento sin complicaciones. Desde su infancia, creció en una familia nuclear junto a sus nueve hermanos, en un entorno de apoyo y sin dificultades significativas en su desarrollo. Mientras crecía, completó satisfactoriamente su educación primaria y secundaria, y posteriormente se formó como enfermera técnica, labrando una carrera dedicada al cuidado de la salud.

B) Historia Familiar

La familia de Carla está compuesta por sus padres y sus nueve hermanos, con quienes siempre ha mantenido una buena relación basada en el apoyo mutuo. Sus padres fallecieron por causas naturales y, hasta donde se conoce, no había antecedentes familiares de demencias que pudieran influir en su condición actual. La dinámica familiar siempre ha estado marcada por la disciplina y el cuidado.

C) Educación

Carla empezó la escuela a los 7 años, asistiendo a dos colegios estatales en Huánuco. Cursó primaria, secundaria y superior, y se jubiló como técnica en enfermería. Mencionó que

cambió de instituto al mudarse a Lima y siempre tuvo buenas relaciones con sus profesores, destacando en sus estudios, aunque no disfrutaba de matemáticas.

D) Relaciones interpersonales

Establece amistades con facilidad y socializa normalmente. Tiene muchos amigos cercanos y disfruta de actividades como cantar y bailar. No presenta dificultades en sus relaciones interpersonales y tuvo relaciones de pareja agradables, aunque su matrimonio se tornó problemático con el tiempo, atravesando situaciones de violencia.

E) Historia sexual

La paciente refiere tomó conciencia de sus impulsos sexuales en la adultez, sintiéndose incómoda durante su primera menarquia. Expresa que el matrimonio no garantiza la felicidad, ya que las circunstancias pueden cambiar.

F) Trabajo

Trabajó como técnica de enfermería en el sector salud por 35 años, siendo su sueldo su única fuente de ingresos.

G) Enfermedades y accidentes

Durante su infancia y juventud solo sufrió de resfriados. Actualmente tiene hipertiroidismo y, debido al estrés, desarrolló un tic nervioso que fue tratado quirúrgicamente.

H) Antecedentes médicos neurológicos

Fue evaluada por especialistas por su hipertiroidismo y tic nervioso, y está en tratamiento. En su familia no hay antecedentes de enfermedades psiquiátricas.

I) Dinámica Familiar

Creció en un ambiente familiar tranquilo y ha mantenido independencia en sus actividades. Actualmente vive con sus tres hijos en una familia monoparental. La crianza fue "normal" y algo consentida.

J) Problema Actual

Carla, es una mujer de 78 años, quien se desempeñó como enfermera técnica durante su vida laboral y ahora es jubilada, presenta un cuadro clínico significativo. Desde hace 3 años, ha sido diagnosticada con demencia tipo Alzheimer. Desde su nacimiento en Huacrachuco, Huánuco, ha tenido una vida marcada por su dedicación laboral y su familia. En la actualidad, Carla busca atención en el ámbito neuropsicológico, derivada por el servicio de Geriátrica debido a su creciente dificultad para recordar información reciente, problemas en el lenguaje y cambios notorios en su personalidad.

A pesar de estar bajo tratamiento farmacológico que incluye memantina y sertralina debido a su Alzheimer, siendo la memantina la que ayuda a ralentizar la progresión de los síntomas, mientras que la sertralina contribuye a estabilizar la irritabilidad y las alteraciones emocionales que presenta, favoreciendo su bienestar.

Carla manifiesta olvidos frecuentes, responde de manera inadecuada a las preguntas y muestra comportamientos como repetir preguntas o no recordar las respuestas dadas previamente. Se muestra desorientada en cuanto al tiempo y el lugar, y experimenta irritabilidad. A pesar de no reconocer plenamente su condición, cuando sus hijos o hermanos le consultan sobre su estado emocional, ella tiende a asegurar que se siente bien.

El inicio de los síntomas de demencia en Carla data aproximadamente de 2016, cuando comenzaba a mostrar olvidos iniciales, como el olvido de pagos y de fechas importantes. En ese entonces sus hijos y hermanos intentaron no alarmarse, pensando que el comportamiento de Carla era simplemente el resultado del cansancio o la preocupación. Sin embargo, para 2018, fue evidente que los olvidos se estaban intensificando, lo que llevó a sus seres queridos a buscar ayuda médica. Carla fue diagnosticada erróneamente con depresión, y aunque el tratamiento ayudó a reducir parcial y temporalmente sus síntomas de tristeza, su memoria continuaba deteriorándose.

En octubre del 2020, se le realizó una evaluación en el área de neurología del Instituto de Ciencias Neurológicas que confirmó el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer. A pesar de estar bajo un régimen de medicación, sus familiares notaron que su capacidad para comunicarse se iba empeorando y sus recuerdos se limitaban, recordando situaciones de mucho tiempo atrás mientras olvidaba interacciones recientes. Durante los siguientes años, la familia de Carla continuó buscando otros tratamientos opcionales. En 2023, tras una nueva consulta médica, se ajustaron sus medicamentos a un tratamiento que incluye memantina y sertralina, manteniéndose bajo observación médica para abordar su deterioro cognitivo progresivo.

2.8. Intervención neuropsicológica

Tabla 2

Resultados de las áreas de evaluación neuropsicológica de los tests aplicados

Área	Objetivo	Instrumento	Resultado
Orientación	Evaluar la orientación sobre su historia, pasado y ubicación	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	Orientación temporal 0 Orientación espacial 0
		Minimental State Examination (MMSE)	Orientación temporal 1 Orientación espacial 1
Atención	Determinar el grado de atención sostenida	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)	Atención sostenida puntuación 6
		Minimental State Examination (MMSE)	Atención sostenida Puntuación 1
Gnosias	Analizar la habilidad para ejecutar movimientos en orden y relacionar un objeto con una imagen.	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	Gnosias visuales 0 Gnosias táctiles 1
Praxias	Evaluar la comprensión de ideas, recuerdos y la retención de eventos recientes.	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	Praxia constructiva 1
Memoria	Evaluar la comprensión de ideas, recuerdos y la retención de eventos recientes	Test de Alteración de Memoria (T@M)	Memoria inmediata 0 Memoria orientación temporal 0 Memoria remota semántica 1 Memoria de evocación libre 0

			Memoria de evocación con pistas 1
Funciones Ejecutivas	Evaluar el grado de desarrollo del lenguaje, tanto verbal como semántico.	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)	Interferencia – 6
Lenguaje			Denominación 1 Repetición 1 Lectura 1
			Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)
			Denominación 10 Repetición 6 Lectura 8

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

Datos Generales.

Apellidos y Nombre : C. O. P. H.

Sexo : Femenino

Lugar y fecha de nacimiento : Huánuco 10/05/1954

Edad : 78

Estado civil : Separada

Nº de hijos : 3

Nº de hermanos : 9

Lugar que ocupa entre hnos. : 9/9

Grado de instrucción : Educación Tec.Superior

Ocupación actual : Jubilada

Religión : católica

Domicilio : Vitarte - Calle Aymaras 650

Con quién vive : Hijos

Lateralidad : Diestra

Lugar de la entrevista : Clínica Geriátrica “San Bartolomé”

Informante : Hijo mayor

Fecha de evaluación : 19 octubre 2024

Examinador : G.P.A.

Motivo de Evaluación

La examinada acude a evaluación de la especialidad refiriendo: “perder la memoria, no recordar tareas de rutina, dificultad para comunicarse, cambios en su personalidad y problemas de atención”.

Antecedentes Significativos

- Refiere episodios de olvido frecuentes desde hace aproximadamente 6 años.
- Fue diagnosticada con Demencia Tipo Alzheimer en el Hospital de Ciencias Neurológicas en el año 2020.
- Su hijo indica que "no existen antecedentes familiares de demencia, y no tiene historial de enfermedades crónicas o agudas, ni de cirugías previas."

Observación de conducta

Carla es una mujer delgada y de complexión trigueña. Mantiene una correcta higiene personal y se viste de manera apropiada. A lo largo de sus visitas al médico siempre se ha presentado acompañada por uno de sus hijos o algún hermano. Durante las sesiones, se observa que muestra un comportamiento reservado y callado, aunque hay disposición para colaborar.

Carla se muestra tranquila, aunque afligida por la desorientación en tiempo y espacio, lo que resalta las consecuencias de su condición cognitiva deteriorada. Exhibe una actitud cooperativa hacia la evaluación, aunque muestra escaso interés en comprender la causa de sus olvidos.

Técnicas e instrumentos administrados

- Observación psicológica
- Entrevista psicológica.
- Minimental State Examination (MMSE)
- Test del Dibujo del Reloj (CDT)
- Test de Alteración de la Memoria (T@M)

- Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)

2.9. Programa de intervención Neuropsicológica

Fundamentación

La enfermedad de Alzheimer en inicio de fase tardía presenta un deterioro severo, pero aún con ciertas capacidades motoras, sensoriales y procedimentales preservadas. En esta etapa, la intervención no busca recuperar funciones perdidas, sino ralentizar el avance del deterioro y mantener la mayor calidad de vida posible. La fundamentación del programa se basa en la evidencia de que la plasticidad cerebral continúa operando, permitiendo que ejercicios repetitivos y estructurados sostengan circuitos funcionales. Por ello, la terapia será con ejercicios cognitivos simples, activación motora guiada y estimulación sensorial para favorecer la conexión con el entorno. Estas actividades reducen la apatía, promueven la participación y mantienen rutinas significativas. Se integrarán técnicas de orientación a la realidad y reminiscencia para reforzar identidad y bienestar emocional. El manejo conductual se apoyará en ambientes predecibles que disminuyan la agitación y la desorientación. También, el apoyo psicoeducativo que se dará a la familia será esencial para optimizar el cuidado y reducir la sobrecarga emocional.

Objetivo general

Mejorar la funcionalidad neuropsicológica y la calidad de vida del paciente el mayor tiempo posible.

Objetivos específicos

- Proporcionar métodos para mejorar la atención, lenguaje y funciones ejecutivas
- Crear actividades que fortalezcan la memoria de trabajo.
- Aplicar técnicas para optimizar la memoria a corto plazo, con un enfoque particular en la memoria visual y auditiva.

Duración: 12 sesiones, de una sesión semanal.

Plan de intervención

La intervención se realizará en diferentes tipos de actividades que aborden los objetivos específicos propuestos.

Este programa se organizará en una sesión semanal entre 45 minutos y una hora durante 3 meses, con el neuropsicólogo y algunas sesiones se contará con la ayuda de la terapeuta ocupacional.

Metodología: Tendrá un enfoque

- **Enfoque Práctico:** Las sesiones se basarán en actividades prácticas que involucren al paciente de forma directa y activamente.
- **Reforzamiento Positivo:** Se utilizará el refuerzo positivo para motivar al paciente y reconocer sus avances.
- **Interacción Familiar:** La participación de los familiares y cuidadores será fundamental en las sesiones de psicoeducación.
- **Adaptaciones:** Los métodos y materiales se adaptarán a las capacidades cognitivas y de aprendizaje del paciente para garantizar su comprensión y participación.

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

Meta.

Cumplir el Plan de intervención en un 100% a fin de mantener el mayor nivel posible de funcionamiento cognitivo, conductual y adaptativo del paciente mediante la plasticidad cerebral residual y la estimulación de capacidades preservadas (atención básica, memoria procedimental, habilidades sensoriomotoras y orientación), con el fin de ralentizar el deterioro

neurocognitivo, favorecer la conexión con el entorno y sostener la calidad de vida del paciente y su familia

Actividades.

- Duración : 12 semanas
- Número de sesiones : 12
- Frecuencia : 1 vez por semana

Recursos materiales:

- Un ambiente adecuado.
- Cuadernos de Estímulos de la prueba.
- Hojas bond con estímulos.
- Hojas bond.
- Lápiz.
- Borrador.
- Láminas con imágenes aplicación de estímulos.

Ejercicios.

AREA	EJERCICIO	ACTIVIDAD
Orientación	Orientación en el tiempo	Señalar el día en un calendario grande.
	Orientación en el espacio	Elegir entre dos imágenes dónde se encuentra (casa o consultorio).
Atención sostenida	Selección visual simple	Tocar solo las tarjetas rojas entre varias de colores.
Gnosias táctiles y visuales	Reconocimiento por tacto	Identificar un objeto dentro de una bolsa sin mirar.
Praxias constructivas	Identificación visual	Decir para qué sirve un objeto mostrado en imagen.
	Copia simplificada	Copiar un círculo, una cruz o una casa muy simple.
Lenguaje	Expresivo	Describir una foto con apoyo verbal.
	Automático	Cantar una canción conocida o decir días de la semana.
	Repetitivo	Repetir frases cortas como “La mesa es grande”.
	Comprensivo	Seguir órdenes simples como “Tome el lápiz y póngalo aquí”.
	Denominativo	Nombrar objetos familiares.
	Lectura	Leer palabras simples como PAN o SOL.

AREA	EJERCICIO	ACTIVIDAD
	Escritura	Copiar palabras como MAMÁ o CASA.
Memoria	Memoria inmediata	Repetir dos palabras como “flor – taza”.
	Memoria de orientación temporal	Recordar actividades de la mañana con apoyo.
	Memoria remota semántica	Evocar recuerdos antiguos como “¿Dónde creciste?”.
	Evocación con pistas	Dar pistas si no recuerda, por ejemplo “Sirve para el cabello”.
Funciones ejecutivas	Planificación	Ordenar imágenes de preparar un té.
	Organización	Clasificar tarjetas en comida o ropa.
	Resolución de Problemas	¿Si no encuentras las llaves, que podrías hacer?

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados.

Área neuropsicológica

- **Orientación.** Presenta desorientación temporal y espacial.
- **Atención y concentración.** Sus procesos atencionales son inestables en relación con su edad y nivel educativo. Manifiesta déficit en atención sostenida, alternante y dividida, además su velocidad de procesamiento visual se encuentra comprometida.
- **Gnosias y praxias.** Su capacidad para el reconocimiento y la praxia constructiva está deteriorada; presenta dificultades para reconocer y reproducir estímulos gráficos de diversas complejidades. Sus praxias ideomotoras y conceptuales también están disminuidas, careciendo de capacidad para manipular, orientar y reconocer objetos al ser solicitados, así como de planificación para alcanzar objetivos complejos.
- **Lenguaje.**
 - **Expresivo:** Su entonación, cadencia y fluidez verbal están alteradas.
 - **Automático:** Su lenguaje no es apropiado; muestra un rendimiento disminuido en fluidez semántica y fonológica.
 - **Repetitivo:** Tiene dificultades para repetir series de palabras simples y no puede repetir frases completas.
 - **Comprensivo:** Puede ejecutar instrucciones simples, pero no las complejas.
 - **Denominativo:** Presenta déficit en nombrar objetos directos o indirectos.
 - **Lectura:** Sus habilidades de lectura se encuentran perturbadas.
 - **Escritura:** Su letra es irregular con un deterioro marcado y desorganizado.
- **Memoria.**
 - **Corto plazo.** Visual: Presenta deficiencia en retención, almacenamiento y calidad del registro de información no verbal. Auditiva: Disminución en la retención y

almacenamiento de información verbal. Su curva de aprendizaje verbal se presenta baja.

- **De Trabajo:** Su memoria operativa verbal está afectada, no logra retener información verbal necesaria para la ejecución de tareas continuas.
- **Largo plazo:** Memoria semántica: conserva huellas mnésicas para asimilación teórica simple, pero tiene dificultad para evocar recuerdos complejos. Sus capacidades de almacenamiento de información visual son limitadas. Memoria episódica: presenta huellas que no permiten la asimilación y evocación voluntaria de experiencias personales.
- **Funciones ejecutivas.** Sus funciones ejecutivas relacionadas con la memoria de trabajo verbal y atención sostenida están disminuidas; no asocia estímulos verbales ni analiza información numérica y tiene problemas para seguir secuencias simples y complejas. Su capacidad de inhibición, flexibilidad cognitiva, atención alternante y dividida están reducidas, lo que conlleva a una mayor interferencia y errores durante las actividades.
- **Área emocional.** A nivel emocional, muestra síntomas de depresión leve.

Impresión diagnóstica

Carla de acuerdo con los criterios diagnósticos del CIE-10 presenta el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (G30.1) lo que indicaría una disfunción en el lóbulo temporal derecho, afectando el hipocampo y la corteza entorrinal, lo que sugiere un deterioro cognitivo característico de la enfermedad de Alzheimer, hallazgos coherentes con la progresión de la enfermedad y el deterioro cognitivo asociado.

Se espera que, tras el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica, las dificultades en las funciones cognitivas superiores se reduzcan significativamente. Esta mejora se reflejará en un aumento notable de la capacidad cognitiva de la paciente, especialmente en áreas críticas como la memoria a corto plazo y la orientación espacial. La rehabilitación neuropsicológica

está diseñada para abordar estas áreas específicas, facilitando un enfoque individualizado que promueva el aprendizaje y la recuperación.

Además de las mejoras cognitivas, se espera también que la paciente alcance un nivel de autonomía más elevado en su vida cotidiana. Esto no solo beneficiará a ella, sino que también impactará positivamente en su entorno familiar. Una mayor autonomía permitirá al paciente participar más activamente en actividades diarias y sociales, lo que contribuirá a su bienestar emocional y mental.

Por otro lado, es fundamental que la familia de la paciente comprenda mejor su condición. A través de sesiones informativas y de apoyo, se espera que los familiares cumplan con el compromiso de ayudar a la paciente en su proceso de tratamiento. Esta comprensión facilitará una dinámica familiar más positiva y colaborativa, donde todos los miembros se sientan involucrados en el proceso de rehabilitación.

Así, los resultados esperados serán mejoras en las funciones cognitivas, una mayor autonomía del paciente y un mejor entendimiento familiar, lo que, en conjunto, favorecerá una calidad de vida superior para todos los involucrados.

Tabla 3

Resultados pretest y Post test por áreas evaluadas

Área	Prueba neuropsicológica	Pretest Total	Post test Total
Orientación	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	OT = 0	OT = 1
		OE = 0	OE = 2
	Minimental State Examination (MMSE)	OT = 1	OT = 2
		OE = 1	OE = 2
Atención	Test de Interferencia de Colores y		
	Palabras (STROOP)	AS = 6	AS = 10
	Minimental State Examination (MMSE)	AS = 1	AS = 4
		GV = 0	GV = 2

Gnosia	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	GT = 1	GT = 3
Praxia	Test del Dibujo del Reloj (CDT)	PC = 1	PC = 2
Memoria	Test de Alteración de Memoria (T@M)	MI = 0	MI = 2
		MOT = 0	MOT = 3
		MRS = 1	MRS = 3
		MEL = 0	MEL = 1
		MEP = 1	MEP = 4
Funciones ejecutivas	Test de Interferencia de Colores y Palabras (STROOP)	I = -6	I = -4
Lenguaje	Minimental State Examination (MMSE)	D = 1	D = 2
		R = 1	R = 2
		L = 1	L = 1
		D = 10	D = 15
		R = 6	R = 9
		L = 8	L = 13

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

Los resultados del post test muestran un rendimiento cognitivo que, aunque continúa dentro del rango esperado para un Alzheimer moderado, evidencia mejoras discretas, pero clínicamente significativas en orientación, atención y procesamiento viso perceptual. En el área de orientación, la paciente obtuvo OT = 1 y OE = 2 en el Test del Dibujo del Reloj, y OT = 2 y OE = 2 en el MMSE, lo que refleja una mayor capacidad para ubicarse en el tiempo inmediato y reconocer elementos espaciales básicos. En el dominio de atención, se observó un incremento de AS = 6 → 10 en STROOP, así como AS = 1 → 4 y GV = 0 → 2 en el MMSE, indicando una mejora en atención sostenida, control inhibitorio y discriminación visual.

Al contrastar estos resultados con el pretest, se evidencia que la paciente partía de un deterioro más marcado: en orientación, los puntajes iniciales fueron OT = 0 y OE = 0 en el Test del Reloj, y OT = 1 y OE = 1 en el MMSE, lo que reflejaba desorientación significativa. En atención, los puntajes iniciales fueron AS = 6 en STROOP, AS = 1 en MMSE y GV = 0, lo que indicaba

dificultades en atención sostenida, velocidad de procesamiento y reconocimiento visual. Este contraste muestra que, aunque la paciente mantiene un perfil compatible con demencia tipo Alzheimer moderada, ha logrado estabilizar y mejorar parcialmente funciones que suelen deteriorarse progresivamente en esta etapa.

Estas mejorías, aunque no revierten el proceso neurodegenerativo, son clínicamente relevantes porque reflejan plasticidad cerebral residual y una respuesta positiva a la intervención. La paciente demuestra mayor capacidad para sostener tareas simples, responder a estímulos visuales y mantener una leve mejoría en orientación tiempo-espacio lo que se traduce en un mejor desempeño adaptativo y mayor participación en actividades cotidianas.

Los hallazgos coinciden con la evidencia científica, que señala que los programas de estimulación cognitiva pueden generar mejoras leves, pero funcionalmente significativas en memoria, atención, orientación y funciones ejecutivas en personas con deterioro cognitivo moderado (Aguilar et al., 2011; Velilla et al., 2010; Mattos, 2016). Asimismo, se alinean con lo reportado por De los Reyes et al. (2012), quienes documentan que la estimulación estructurada favorece la eficiencia de redes funcionales incluso en condiciones neurodegenerativas.

En conjunto, los resultados del post test son plenamente compatibles con el diagnóstico de Alzheimer moderado, ya que muestran un patrón de deterioro estable con capacidad de respuesta a la intervención, sin alcanzar niveles propios de fases leves ni presentar el declive abrupto característico de fases severas. La consistencia entre los resultados y la literatura respalda la efectividad del programa aplicado y su contribución al mantenimiento de la funcionalidad cognitiva y la calidad de vida de la paciente.

IV. CONCLUSIONES

En relación con la valoración neuropsicológica

- Se llevó a cabo una valoración neuropsicológica a una paciente de 78 años con demencia tipo Alzheimer en un estado moderado a severo, con una evolución de síntomas de 8 años y 3 años desde su diagnóstico. La evaluación reveló déficits pronunciados en los dominios de orientación, atención, memoria, funciones ejecutivas y una leve disminución en la capacidad lingüística. Estos hallazgos facilitaron la formulación de un plan de rehabilitación adaptado a la demencia tipo Alzheimer.
- En relación con el plan de rehabilitación Se implementó un proceso de psicoeducación dirigido a los familiares sobre la demencia tipo Alzheimer, con el objetivo de que participaran activamente en el desarrollo de actividades y sesiones de rehabilitación que favorecieran la adherencia al tratamiento.
- El programa de intervención neuropsicológica mostró mejoras significativas en términos cognitivos. Se observaron progresos leves en la orientación temporal y espacial. Las mejoras incluyeron el avance en la atención sostenida y leves progresos en las habilidades de gnosis y praxis. Se identificaron cambios significativos en la memoria, incluyendo memoria inmediata, orientación temporal, memoria remota semántica y memoria de evocación libre y asistida. También se notaron mejoras leves en la planificación de eventos y en el área del lenguaje.

V. RECOMENDACIONES

Para el paciente

- Reevaluación neuropsicológica de forma anual.
- Seguimiento neurológico continuo.
- Mantener la práctica de actividades de estimulación cognitiva que incluyan los ejercicios aprendidos en cada sesión, dedicando al menos 20 minutos diarios para fortalecer las funciones cognitivas.
- Reevaluación neuropsicológica cada 6 meses para el control de las funciones cognitivas.

Para la familia

- Brindar psico-educación a la familia de la paciente.
- Conversar sobre acontecimientos recientes, para mejorar el manejo de la información actual.
- Asistirlo en las actividades cotidianas, permitiendo que describa las tareas que tiene programadas para el día.

V.I. REFERENCIAS

- Aguilar, M., Pérez, L., & Ramírez, J. (2011). Estimulación cognitiva en adultos mayores con deterioro cognitivo. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*, 7(1), 23–34.
- Alzheimer, A. (1907). Sobre una enfermedad específica de la corteza cerebral. *Revista de Psiquiatría y Neurología*, 4(1), 1–14.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Cuenca, L., & Rodríguez, M. (2013). *Neuropsicología de las demencias: bases clínicas y correlatos cerebrales*. Editorial Médica Panamericana.
- De los Reyes, A., Contreras, F., & Molina, R. (2012). Efectos de la estimulación cognitiva estructurada en pacientes con demencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(3), 215–228.
- Duque, C. (2005). *Evaluación neuropsicológica en demencias*. Editorial Universidad del Valle.
- Fernández, A. (1995). *Demencias: clasificación clínica y evolución*. Editorial Síntesis.
- Fernández, A. (2008). *Neuropsicología de las funciones cognitivas*. Editorial Médica Panamericana.
- Fernández, J., Gómez, L., & Ríos, M. (2023). *Efectividad de un programa de rehabilitación neuropsicológica de la memoria en pacientes con daño cerebral adquirido*. [Tesis de maestría]. Universidad del Valle.
- García, J., & Hernández, M. (2010). *Evaluación neuropsicológica: fundamentos y aplicaciones clínicas*. Editorial Síntesis.

- García, P., López, S., & Martínez, R. (2021). *Efectividad de la musicoterapia en pacientes con demencia tipo Alzheimer en un centro de día*. Tesis de maestría, Universidad de Salamanca.
- Gómez, L. (2000). *Demencias y deterioro cognitivo: enfoque clínico*. Editorial Masson.
- Gómez, P., Salazar, R., & Méndez, A. (2016). Alteraciones de la memoria en fases preclínicas de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*, 12(2), 45–58.
- González, M., Ramírez, L., & Torres, P. (2022). Intervenciones neuropsicológicas en demencia tipo Alzheimer: revisión sistemática. *Revista de Neuropsicología y Salud* 12(4), 233–250.
- Guinarte, Y. (2002). *Rehabilitación neuropsicológica: fundamentos y aplicaciones clínicas*. Editorial Médica Panamericana.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2018). *Estimaciones de la demencia en Perú: Reporte 2018*.
- López, M. (2023). Políticas públicas y conciencia social en el abordaje de la demencia tipo Alzheimer. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 18(1), 55–72.
- López, S. (2003). *Rehabilitación neuropsicológica: estrategias compensatorias en daño cerebral*. Editorial Ariel.
- Martínez, M., Rodríguez, P., & López, S. (2017). *Intervención neuropsicológica en demencias: estrategias y programas*. Editorial Pirámide.
- Martínez, R. (1987). *Trastornos neurodegenerativos: fundamentos clínicos y neuropatológicos*. Editorial Paidós.

- Martínez, R. (2022). *Formación profesional en neuropsicología para el abordaje de la demencia tipo Alzheimer*. [Tesis de maestría]. Universidad de Salamanca.
- Martínez, R., & Soto, L. (2014). *Deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer: memoria, lenguaje y funciones ejecutivas*. Editorial Síntesis.
- Mattos, P. (2016). *Neuropsicología del envejecimiento y las demencias*. Editorial Médica Panamericana.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. M. (1984). Diagnóstico clínico de la enfermedad de Alzheimer: Informe del Grupo de Trabajo NINCDS-ADRDA. *Neurología*, 34(7), 939–944.
- Mendoza, L. (2022). *Actividad física y calidad de vida en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer: programa de ejercicios adaptados en un centro geriátrico*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ministerio de Salud. (2025). *Casos de enfermedad de Alzheimer registrados en establecimientos de salud del Perú: reporte enero–agosto 2025*.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Demencias: actualización global 2024 sobre prevalencia, impacto y políticas de salud pública*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Demencia en las Américas: situación epidemiológica y carga regional 2023*.

- Ortega, M. (2006). *Evaluación neuropsicológica en demencias*. Editorial Médica Panamericana.
- Pérez, A., & López, M. (2019). *Impacto de un programa de terapia ocupacional en la calidad de vida de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer*. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez, J. (2005). *Neurobiología de la enfermedad de Alzheimer*. Editorial Médica Panamericana.
- Pérez, J. (2020). Enfermedad de Alzheimer: aspectos clínicos y neuropsicológicos. *Revista Médica de Neurología*, 36(2), 45–58.
- Pérez, J., & Martínez, R. (2005). *Técnicas de rehabilitación cognitiva: restauración, compensación y sustitución*. Editorial Paidós.
- Ramírez, M., & Castillo, R. (2010). Plasticidad neuronal y reserva cognitiva en el envejecimiento. *Revista de Neuropsicología*, 4(2), 45–58.
- Rodríguez, M. (2010). *Intervención neuropsicológica: integración de estrategias cognitivas y conductuales*. Editorial Síntesis.
- Salas, C. (2003). *Rehabilitación neuropsicológica: principios y aplicaciones clínicas*. Editorial Médica Panamericana.
- Sánchez Carlessi, H., & Reyes Meza, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica* (5.^a ed.). Business Support Aneth.
- Sánchez, P. (2002). *Neuropsicología del envejecimiento y las demencias*. Editorial Ariel.
- Sandoval, J. (2003). *Neuropsicología clínica: evaluación y diagnóstico*. Editorial Trillas.

- Snyder, H., Smith, J., & Brown, K. (2013). Presentaciones atípicas de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neuropsicología*, 260(2), 475–483
- Torres, J., Ramírez, C., & Delgado, S. (2011). Funciones ejecutivas y su deterioro en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 52(4), 215–223.
- Torres, M. (2023). *Programa de intervención neuropsicológica para el deterioro cognitivo leve amnésico en un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Velilla, M. (2010). *Programas de intervención cognitiva en demencias*. Editorial Síntesis.
- Villarejo, A., & Puertas, P. (2010). *Demencias: diagnóstico y tratamiento*. Editorial Médica Panamericana.

VII. ANEXOS

Anexo A

Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
1	Atención Focalizada	Encontrar diferencias entre dos imágenes	Aumentar la capacidad de centrarse en una tarea concreta
Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
2	Atención Sostenida	Juego de memoria simple con tarjetas de pares.	Aumentar la capacidad de mantener la atención en una tarea durante un período prolongado
Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
3	Atención Selectiva	Encontrar letras o números en un texto o imagen.	Mejorar la capacidad de concentrarse en estímulos relevantes mientras ignoramos los distractores.
Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
4	Atención Alternante	Hacer una serie de sumas y luego cambiar a restas.	Mejorar la capacidad de cambiar de una tarea a otra.
Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
5	Atención Dividida	Responder preguntas sobre un video mientras se observa.	Fomentar la capacidad de realizar múltiples tareas a la vez.
Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
6	Memoria Semántica	Preguntas sobre cultura general (por ejemplo, capitales de países)	Favorecer la recuperación de información significativa y el uso de pistas para recordar.
Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo

7	Memoria inmediata	Ejercicio de repetición de series cortas de palabras o números inmediatamente después de escucharlos	Mejorar la retención de información a corto plazo
Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
8	Memoria orientación temporal	Crear una línea de tiempo con eventos importantes de la vida del paciente y pedirle que los ordene	Mejorar la capacidad de recordar eventos pasados y su secuencia temporal.
Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
9	Memoria de Evocación Libre	Pedir al paciente que comparta recuerdos de un viaje significativo en su vida.	Promover la evocación libre y la narración de experiencias pasadas
sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
10	Memoria de Evocación con Pistas	Presentar una palabra clave y pedir al paciente que mencione toda la información relacionada que recuerda.	Utilizar pistas para ayudar a mejorar la recuperación de la memoria
Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
11	Lenguaje expresivo	Se presentarán imágenes de objetos comunes y el paciente deberá nombrarlos. A medida que avanza, se puede pedir que describa sus	Mejorar la fluidez verbal y la recuperación de palabras, aumentando la conexión entre el nombre del objeto y su reconocimiento.

11	Lenguaje semántico	funciones o utilidades. Se muestran imágenes y el paciente debe nombrarlas. Luego organiza las palabras en frases simples o las clasifica en categorías.	Mejorar la fluidez verbal y recuperación de palabras, aumentando la conexión entre el nombre del objeto y su reconocimiento.
Sesión	Proceso cognitivo trabajado	Ejercicios	Objetivo
12	Funciones ejecutivas	El paciente, con ayuda, planificará un día típico, eligiendo actividades (desayuno, paseo, lectura) y ordenándolas en una secuencia lógica. Se presentarán situaciones hipotéticas (p.ej., qué hacer si se olvida la llave de la casa) y el paciente deberá proponer solución.	Fomentar la planificación y organización, mejorando la capacidad de estructuración del tiempo y la previsión de eventos. Desarrollar habilidades de pensamiento crítico y resolución de problemas, así como promover la flexibilidad cognitiva.

Anexo B

DECLARACIÓN JURADA DEL AUTOR

Yo GLADYS PETRONILA PINTO ASENCIOSidentificado(a) con DNI N° 06577327

perteneciente a la:

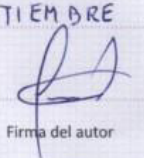
Facultad de PSICOLOGIA

Escuela Universitaria de Posgrado

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

- a. Soy autor del trabajo académico titulado:
INTERVENCION NEUROPSICOLOGICA EN CASO DE
DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN ADULTO MAYOR
- b. Dicho trabajo es original y no ha sido *presentado* anteriormente en ningún medio académico; por lo tanto, los datos y resultados son veraces y no copia de ningún otro.
- c. Mi trabajo de investigación fue analizado con el sistema antiplagio de la universidad, y cumplí con el levantamiento de las observaciones hechas por el asesor, *al respecto*.
- d. Reconozco los derechos de propiedad intelectual de terceros y he respetado las normas legales e institucionales, para lo cual he hecho uso de las reglas internacionales de citas y referencias.
- e. Autorizo la publicación de mi trabajo en el Repositorio Científico de la UNFV, bajo las condiciones establecidas en el formulario de autorización.
- f. Tengo conocimiento de los efectos legales y administrativos que se deriven del incumplimiento o falsedad de la presente declaración previsto en el artículo 411 del Código Penal y del artículo 32.3 de la Ley 27444, ley de Procedimiento Administrativo General.

Consecuentemente, este trabajo es de mi autoría, en virtud de esta declaración me responsabilizo de todo el contenido, veracidad y alcance científico del trabajo de investigación en mención.

Fecha 03, SETIEMBRE de 2026
Firma del autorNombre: GLADYS PETRONILA PINTO ASENCIOSDNI: 06577327Código: 2022034503

Huella digital