



# **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

## **PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE UN CASO DE TRASTORNO COGNITIVO LEVE DE UN HOSPITAL NACIONAL DE LA CIUDAD DE HUANCAYO**

Línea de investigación: Salud mental

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

### **AUTOR:**

Gómez Canicela, Franklin

### **ASESOR:**

Oré Maldonado, José Paulino

ORCID: 0000-0002-3121-0751

### **JURADO:**

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Aguilar Mori, Karim

Girón Sánchez, Rosario Norma

**Lima- Perú**

**2022**

**Pensamientos**

“A veces olvidamos que la memoria es tan importante en nuestros últimos años de vida”.

Franklin Gomez Canicela

**Dedicatoria**

A mi tío Pablo Maximo Canicela Llallico que descanse en paz, dedico este presente trabajo académico en su memoria, puesto que durante mi proceso de formación me apoyo con sus consejos, orientaciones, dirigidas a ser un profesional competitivo.

### **Agradecimientos**

A mis padres Amelia y Jorge que, mediante a su apoyo constante, consejos que me brindaron durante todos los años de formación personal y profesional sirvieron que hoy este culminando uno de los objetivos trazados hace muchos años.

## Índice

Carátula		i
	Pensamientos	ii
	Dedicatoria	iii
	Agradecimientos	iv
	Índice	v
	Lista De Tablas	vii
	Resumen	viii
	Abstract	ix
I.	Introducción	10
	1.1 Descripción del Problema	11
	1.2 Antecedentes	14
	1.2.1 Nacionales	14
	1.2.2 Internacionales	15
	1.2.3 Fundamentación Teórica	17
	1.3 Objetivos	26
	1.3.1 Objetivo General	26
	1.3.2 Objetivos específicos	26
	1.4 Justificación	27
	1.5 Impactos esperados del trabajo académico	28
II.	Metodología	29
	2.1 Tipo y diseño de investigación	29
	2.2 Ambito temporal y espacial	29
	2.3 Variables de investigación	29
	2.4 Participante	29
	2.5 Técnicas e instrumentos (Evaluación Psicológica – Caso Psicológico)	29
	2.5.1 Técnicas	29
	2.5.2 Instrumentos neuropsicológicos	29
	2.5.3 Evaluación neuropsicológica	30
	2.5.3.1 Etapa preliminar	30
	2.5.3.2 Etapa de investigación selectiva de las funciones superiores	36
	2.5.3.3 Informes de aplicación	37
	2.5.3.4 Informe Neuropsicológico	44

2.6	Intervención	52
2.6.1	Programa de intervención	52
2.7	Procedimiento	56
2.8	Consideraciones éticas	56
III.	Resultados	58
3.1	Análisis de Resultados	58
3.2	Discusión de Resultados	61
IV.	Conclusiones	65
V.	Recomendaciones	66
VI.	Referencias Bibliográficas	67
VII.	Anexos	74

**Lista De Tablas**

Número		Página
1	Instrumentos Neuropsicológicos	30
2	Niveles de interpretación de pruebas neuropsicológicas	51
3	Propuesta de Rehabilitación neuropsicológica	53
4	Perfil neuropsicológico de un caso de deterioro cognitivo	58
5	Análisis del deterioro cognitivo	59

## Resumen

La senectud es una etapa del ciclo vital de toda persona dentro del cual las funciones físicas y mentales se ven reducidas, ya sea por la presencia de una enfermedad física o cognitiva, siendo así que muchas veces las variaciones cognitivas no son detectadas. De este modo el objetivo principal del presente estudio fue determinar el perfil neuropsicológico de un caso de Trastorno Cognitivo Leve en un Hospital Nacional de la ciudad de Huancayo, para este fin se aplicaron las siguientes pruebas: Escala de Inteligencia de Weschler para adultos WAIS IV, Test de retención visual de Bentón, Examen Cognoscitivo Mini Mental de Folstein, Test del Reloj y la Evaluación Neuropsicológica Breve NEUROPSI. Se obtuvo los resultados donde se determinó que la examinada presenta Trastorno Cognitivo Leve con indicadores de deterioro en las funciones ejecutivas de memoria de trabajo, memoria visual a memoria corto plazo. Se concluye como diagnóstico principal que la evaluada presenta Trastorno Cognitivo Leve con probabilidad de daño en el lóbulo frontal y temporal izquierdo. A partir de este diagnóstico se diseñó un programa enfocado en rehabilitar sus capacidades cognitivas y conductuales.

*Palabras clave: Rehabilitación neuropsicológica, funciones cognitivas, adulto mayor, memoria de trabajo, memoria de corto plazo, deterioro cognitivo.*

## Abstract

Old age is a stage in the life cycle of every person in which physical and mental functions are reduced, either due to the presence of a physical or cognitive disease, and cognitive variations are often not detected. In this way, the main objective of the present study was to determine the neuropsychological profile of a case of Mild Cognitive Disorder in a National Hospital in the city of Huancayo, for this purpose the following tests will be applied: Weschler Intelligence Scale for adults WAIS IV, Benton Visual Retention Test, Folstein Mini Mental Cognitive Test, Clock Test and NEUROPSI Brief Neuropsychological Assessment. The results were obtained where it was delayed that the examinee presents Mild Cognitive Disorder with indicators of deterioration in the executive functions of working memory, visual memory to short-term memory. It is concluded as the main diagnosis that the evaluated woman presents Mild Cognitive Disorder with probability of damage to the left frontal and temporal lobe. Based on this diagnosis, a program focused on the rehabilitation of their cognitive and behavioral abilities was developed.

*Keywords: Neuropsychological rehabilitation, cognitive functions, older adults, working memory, short-term memory, cognitive impairment.*

## I. Introducción

La población en el mundo está en un proceso de envejecimiento constante lo que generará una estimación de 1 de cada 6 personas para el año 2050, es decir el 16% de la población tendrá más de 65 años, una cantidad mayor a la proporción del 2019 donde era el 9% o 1 de cada 11 personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, en el Perú la población adulta mayor durante el segundo trimestre del 2021 presentaba que el 39,1% de los hogares tenían entre sus miembros al menos una persona de 60 años a más; dicho porcentaje se ajusta con el 25.9 % de los hogares en el país, puesto que cuentan con un adulto mayor como miembro principal de los hogares (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] , 2021).

Cabe mencionar que uno de los problemas que aqueja al adulto mayor es el deterioro cognitivo, caracterizado por la pérdida de las funciones psicológicas, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, reconocimiento visual, lenguaje, entre otras. Los cuales guardan relación con el envejecimiento cerebral por la pérdida neuronal progresiva, principalmente de la sustancia blanca y neurotransmisores (especialmente la acetilcolina), estos al hallarse mermados dificultan la adquisición de conocimientos y una lentitud en el aprendizaje (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2012).

Bajo la misma premisa, el presente estudio determinó el perfil neuropsicológico de deterioro cognitivo de una adulta mayor de 79 años; con el objetivo de identificar las áreas funcionales, cognitivas, conductuales, que se encuentren alteradas. Con la finalidad de diseñar un programa de rehabilitación neuropsicológica, teniendo en cuenta que las funciones afectadas propias del envejecimiento son la memoria, lenguaje, habilidades espaciales y funciones ejecutivas (Custodio et al.,2012). De este modo sea posible la

aplicación de estrategias de intervención, tales como modificaciones ambientales, estrategias compensatorias y estrategias restaurativas (Torralva, 2019).

El contenido de este estudio se expresa en los siguientes capítulos:

En el Capítulo I, se encuentra la descripción del problema, antecedentes, objetivos, justificación y el impacto del trabajo académico.

En el Capítulo II, se detalla la metodología, especificando el tipo y diseño de investigación, variables de estudio, participantes, evaluación psicológica e intervención.

En el Capítulo III, se describe los resultados pre y post intervención, discusión de resultados y seguimiento.

En el Capítulo IV, se presentan las conclusiones.

En el Capítulo V, se exponen recomendaciones.

Se detallan las referencias bibliográficas en base a las normas APA.

Finalmente, los anexos donde se presentan las sesiones del Programa de Rehabilitación Neuropsicológica.

### **1.1 Descripción del Problema**

En las últimas décadas los seres humanos están inmersos a vivir una edad mayor a los 60 años, puesto que en los países considerados como en vías de desarrollo la reducción de la tasa de mortalidad ha incrementado, producto de la mejora de la calidad de vida en las primeras etapas de vida, sobre todo en la infancia y niñez, así como también las enfermedades infecciosas, lo que produce una mayor esperanza de vida (OMS, 2015).

Papalia et al. (2009) mencionan que a partir de los 65 años se considera como adultez tardía; cuando a nivel físico la mayoría de personas son saludables y activas, aunque las habilidades físicas y cognitivas empiezan a declinar paulatinamente; sin

embargo, en la mayoría de casos los adultos mayores consiguen un modo de compensar estos déficits conllevando a que no sea percibido por el entorno dentro de un mínimo de meses y años.

Por otro lado, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015) estima que entre el año 2015 y 2030 la población mayor de 60 años tendrá un crecimiento de 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones. Dicha estimación atribuye que para el 2050 la población global de personas ancianas será más del doble en tamaño que en el 2015, lo que hace un aproximado de 2.1 billones de personas (Caro, 2017). Asimismo, en cuanto a Latinoamérica y El Caribe se pronostica que en los siguientes 15 años la expectativa de crecimiento de las personas adultas mayores es de 71%, siendo esta cifra la más alta a nivel mundial, seguido de Asia 66%, África 64%, Oceanía 47%, Norte América 41% y Europa 23% (ONU, 2015). Estas proyecciones permiten reflexionar sobre el incremento de la población adulta mayor, pues la mayoría de los sistemas de salud no se encuentran preparados para albergar esta futura demanda de atención.

Estos índices de crecimiento podrían fomentar cambios sociales, económicos, políticas públicas de salud para la creación de un sistema de salud que brinde seguridad a los ancianos, una etapa del desarrollo inherente e inevitable de todas las personas, de ese modo las políticas deberían enfocarse a la prevención de patologías e iniciar con el enfoque de *“anciano saludable”* y desnormalizar creencias arraigadas sobre este grupo etario, sobre todas las asociadas a los trastornos cognitivos los cuales si no son identificadas a tiempo y tratadas pueden generar deterioro significativo en cuanto a la independencia y autonomía del anciano (OMS, 2015).

Bajo estas líneas surge necesario mencionar el estudio realizado por Laguado y Camargo (2016) en Colombia, los cuales concluyeron que el 41.7% de los adultos

mayores estudiados presentaron deterioro cognitivo grave, entre ellos el 25% son analfabetos 25% y requerían intervenciones enfocadas en terapias cognitivas. Asimismo, Chuquipul y Izaguirre (2018) en su estudio titulado *“Deterioro Cognitivo y Calidad de vida del adulto mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor”* concluyeron que el 70 % de la muestra perteneciente a Lima presentan deterioro cognitivo moderado.

Con lo citado en líneas anteriores se puede resaltar que la población mundial está avanzando hacia un camino en el cual se verá reflejado en un alto índice de población adulta mayor. Hace unos años la población adulta mayor no era significativa para el sistema de salud y esto no generaba crisis, empero a causa del COVID 19 se generó un colapso de atenciones en los sistemas de salud por la demanda de pacientes que requerían ser atendidos y hospitalizados, los cuales no se dieron abasto perdiendo muchas vidas, esto puede considerarse como hito de lo que puede generar una enfermedad que ataque a este grupo. Del mismo modo, las cifras estadísticas permiten especular una tragedia de salud si este gran número de personas adultas necesitan cuidados permanentes por haber desarrollado algún trastorno cognitivo tal como se va evidenciando en los estudios actuales donde las muestras establecen que más de 50% desarrollan deterioro cognitivo. Si bien es cierto, este diagnóstico dentro del campo de la salud no es tan utilizado por que muchos de los profesionales de la salud mantienen un enfoque diagnóstico asociado a enfermedades físicas, la evidencia presenta que hay un buen índice de adultos mayores que a la actualidad vienen presentando deterioro cognitivo y no están siendo identificados a tiempo, por ende, no están recibiendo un tratamiento de rehabilitación neuropsicológica temprana y es por ello la importancia de generar programas de rehabilitación que favorezcan la preservación de las funciones cognitivas.

Esta situación resulta alarmante, puesto que si no se realiza diagnósticos temprano de trastornos cognitivos en los adultos y de esta manera se generen programas de prevención e intervención apropiados con base científica los adultos mayores seguirán pasando desapercibidos desarrollándose una demencia; razón por la que se decide evaluar a una paciente del programa de atención domiciliaria de un Hospital Nacional de Huancayo, quien venía presentando problemas en cuanto a la ingesta de sus medicamentos ya que el médico de cabecera en sus visitas de rutina evidencio que la paciente no estaba consumiendo sus medicamentos y le refería que si lo hacía sospechándose en un principio que era por falta de adherencia al tratamiento pero en una evaluación psicológica se determinó que presentaba presuntivamente Trastorno Cognitivo Leve, pero como el programa de atención domiciliaria no cuenta dentro de su cartera de servicios las especialidad de Neuropsicología a manera de piloto se practica una evaluación neuropsicológica a una paciente. Es por ello que planteamos la siguiente interrogante ¿Cuál es el perfil neuropsicológico de un caso de trastorno cognitivo leve de un Hospital Nacional de la ciudad de Huancayo?

## **1.2 Antecedentes**

### **1.2.1 Nacionales**

Espinoza (2022) realizó un estudio titulado “*Medidas de autocuidado en el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve*” en la ciudad de Lima, con el objetivo de determinar las medidas de autocuidado que practican los adultos mayores y como reducen el deterioro cognitivo. El tipo de estudio fue básico – cuantitativo, de nivel descriptivo de corte transversal, la muestra fue de 45 adultos mayores del programa CMI Tahuantinsuyo Bajo y la técnica de recolección de datos fue la entrevista y el cuestionario. El principal resultado fue que entre el 67% y 75% no practican actividades físicas ni

refuerzos cognitivos, asimismo no consumían alimentos con vitamina B, lo cual duplica el riesgo de padecer deterioro cognitivo leve.

Gonzales (2020) elaboró un programa de rehabilitación neuropsicológica en un adulto mayor con deterioro cognitivo leve e hipertensión arterial en Lima Perú; la persona a quien intervino tenía 69 años, la duración del programa fue de 12 sesiones de 45 minutos cada una. Para la recolección de datos utilizó la escala de Inteligencia de Wechsler WAIS IV, evaluación neuropsicológica breve en español NEUROPSI, Examen Mini Mental y el Test del reloj. Concluyó que el programa de reforzamiento es eficiente con 75 % en procesos cognitivos como la atención, concentración, memoria y lenguaje reflejándose en el proceso de recuperación.

Cerillo (2019) desarrolló el *“Programa de rehabilitación neuropsicológica en una paciente geronto con deterioro cognitivo leve e hipotiroidismo”* cuyo objetivo principal fue la aplicación del programa para mejorar el deterioro cognitivo que presentaba el paciente a través del enfoque cognoscitivo. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Inteligencia de Wechsler WAIS IV y la evaluación neuropsicológica breve en español NEUROPSI, La intervención usó un modelo estructural basado en la restauración y sustitución. El programa tuvo duración por 10 sesiones de 45 minutos cada una, aplicada 2 veces por semana; los resultados que se obtuvieron fueron la disminución de los déficits cognitivos y la reserva de las funciones conservadas.

### **1.2.2 Internacionales**

Bastardo y Peña (2022) diseñaron y aplicaron un plan de intervención neuropsicológico basado en estrategias metacognitivas para potenciar las facultades intelectuales en la fundación *“Geriatría Esperanza para los Ancianos del Batey Montecristi de San Pedro de Macorís en República Dominicana”*. En cuanto a los

resultados obtuvieron que el 90.62 % de la población evaluada padecen de alguna enfermedad física o mental, por otro lado, evidenciaron que solo el 21.87% practican actividades como: jugar dominó, bailar y cantar, para la recolección de datos se utilizó las técnicas de observación, entrevista, grupo focal y encuestas, el plan de intervención fue de 6 sesiones una por semana. Los autores concluyeron que existe cierta influencia del desarrollo de actividades de estimulación cognitiva con el estado de salud, a diferencia del 78.12% que no realizan actividades metacognitivas. Basado en lo anterior recomendaron desarrollar actividades que estimulen las funciones visuales, auditivas y procesos cognitivos en adultos mayores.

Díaz et al. (2022) elaboraron un programa de rehabilitación neuropsicológica denominada “*GRADIOR*” en la Universidad de Salamanca en España, dirigido a personas con deterioro cognitivo y demencia leve; su objetivo fue estimular las funciones cognitivas con énfasis en la memoria de corto y largo plazo, durante doce meses. La muestra inicial estuvo constituida por 89 personas (finalizaron 23 personas) diagnosticadas de trastorno cognitivo, con edad media de 74 años. Para la recolección de información utilizaron el Test Mini-Mental, por último, concluyeron que durante los 4 meses iniciales a diferencia de la evaluación inicial evidenciaron mejoría en las facultades cognitivas, siendo perdurable en los siguientes 12 meses en los participantes del estudio.

Rui et al. (2022) desarrollaron el programa denominado “*Ejercicio mente – cuerpo Baduanjin*” en la Universidad de Shanghai – China en adultos mayores con trastorno cognitivo leve; el programa inicio con una muestra total de 135 adultos mayores los cuales fueron elegidos con los criterios diagnósticos de Peterson de Deterioro Cognitivo Leve, formando grupo control y grupo experimental. Luego de 6 meses de ejecución constataron que 36 personas obtuvieron resultados significativamente más elevados que el grupo control. Concluyeron que el programa tiene un beneficio positivo

en la capacidad cognitiva global como: atención, velocidad de procesamiento, ejecución, aprendizaje verbal y capacidad de memoria

Victoria (2020) realizó una propuesta de programa de “*Estimulación de la memoria en adultos mayores*” en la provincia de Mar del Plata – Argentina. Su objetivo fue reflejar la importancia de la estimulación de memoria en adultos mayores, para ello desarrolló una propuesta de programa enfocado en la memoria sensorial, de corto plazo y de trabajo con una duración de 20 sesiones. Al finalizar la aplicación concluyó que si se ejecutara esta propuesta de programa se entrenaría de la memoria por cada modalidad aumentan las conexiones entre neuronas, factor clave para prevenir demencias, y a la vez fortalecer las capacidades cognitivas que son reflejadas en el incremento de la seguridad y confianza de los adultos mayores, a su vez promueve una calidad de vida considerablemente óptima para esta etapa de vida.

### **1.2.3 Fundamentación Teórica**

Alvarado y Salazar (2014) consideran que la adultez mayor es la última etapa de la vida, en el cual el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo e interacción; donde alcanza la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes vividos.

De ese modo el envejecimiento puede ser visto como el conjunto de cambios a nivel de forma y función que surgen como consecuencia por el transcurso de vida, significando a largo plazo un declive en la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos y sistemas, así como del sistema de defensa frente a agentes patógenos. (Oxford Dictionary, 2011).

Por tanto, el envejecimiento cognitivo no es un fenómeno sincrónico y homólogo para las personas, puesto que el inicio de la disminución y sus manifestaciones son

diversas (Jara, 2007). Cuando el daño supera ciertos límites como la edad, aflora el deterioro cognitivo e incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas (Borras & Viña, 2016).

### *Deterioro Cognitivo*

Uno de los conceptos más utilizados para describir el estado entre el envejecimiento y la demencia es el Deterioro Cognitivo Ligero (DCL), término acuñado por el equipo multidisciplinario de la Clínica Mayo a finales de los 90. Por lo tanto el DCL hace referencia a un estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia, especialmente la Enfermedad de Alzheimer (EA), siendo así una tasa de conversión anual a demencia del 12% entre las personas que reciben el diagnóstico de DCL, que es superior a la observada en la población general, donde la tasa se sitúa entre 1 al 2% anual entre las personas que exceden los 60 años (Petersen et al., 1999).

La aplicación de estos criterios diagnósticos ha supuesto una interesante aportación, encaminada a minimizar la heterogeneidad que caracteriza a estos pacientes, aumentar el conocimiento de este estadio entre normal y patológico, e intentar identificar grupos de alto riesgo (Petersen, 2003). Algunos de estos trabajos se han centrado en estudiar la posibilidad de pérdida de memoria o estudiar estructuras cerebrales que se alteran antes en la EA y relacionadas con la memoria. Se concluye que los pacientes con DCL se encuentran entre aquellos individuos sanos y aquellos con EA en estadios tempranos, hecho que ha mayor supervivencia en los pacientes que desarrollarán la enfermedad.

### *Deterioro Cognitivo Inicial*

Pérez (2005) menciona que el deterioro cognitivo se define como una disminución del funcionamiento intelectual desde un nivel de intensidad anterior debido a un efecto sobre la capacidad funcional del individuo, común a la mayoría de las enfermedades mentales. Sin embargo, la variación de la función cognitiva de estas personas es mayor en los trastornos definidos sobre todo por su aparición, como es el caso de las demencias y los trastornos cognitivos leves. Estas enfermedades como criterio de diagnóstico de base son el reflejo de un trastorno cognitivo, en el cual la evolución de la memoria juega un papel predominante.

Dicho de otro modo, se puede considerar como eficaz en el caso de los trastornos cognitivos en general y en particular, para el tratamiento precoz. Así también, las posibles causas del deterioro cognitivo son variadas, por lo que los tratamientos y sus posibles resultados también varían. Diversos estudios indican que entre un 11% y un 30% de las demencias tienen una causa tratable (trastorno metabólico, hidrocefalia normotensiva, proceso infeccioso y la dilatación del proceso) y un 1 a 3% remitirá con el tratamiento completo (Vinyes et al., 2002).

Por otro lado, Lozano (2011) menciona que, desde el punto de vista biológico, siempre habrá una pérdida paulatina de la salud óptima, afectando las funciones fisiológicas, cognitivas y emocionales, y que diversas teorías aceptan un daño gradual.

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

#### Memoria

Las funciones que se mantienen relativamente estables son:

- Memoria semántica: Disminuye la recuperación de información específica, como la evocación de nombres.
- Memoria de procedimiento: Se tarda más en aprender nuevas tareas.
- Las funciones de la memoria afectadas son:
- Memoria de trabajo: La percepción visoespacial se ve más afectada que la verbal.
- Memoria episódica: Declive de memoria episódica y trabajo durante el envejecimiento.
- Memoria prospectiva: Disminución de la capacidad para recordar realizar una acción en el futuro.

## Lenguaje

El envejecimiento no parece cambiar la capacidad de nombrar objetos, se ha observado que las personas mayores tienden a dar definiciones más largas, con alguna explicación de palabras, que las personas más jóvenes. Aunque tienen limitaciones en el manejo de estructuras sintácticas complejas y capacidad de inferencia en la comprensión de oraciones y discursos individuales.

## Habilidades Espaciales

En aplicación de pruebas psicológicas se halla disminución en el ordenamiento de figuras, símbolos, dígitos y la construcción con cubos, también es notable disminución del desempeño de pruebas de reconocimiento facial y aprendizaje espacial, del mismo modo un descenso en la cognición espacial, no permitiendo visualizar un patrón complejo después de ver sus partes y disminución en la capacidad para identificar figuras incompletas, codificación y recuerdo de la ubicación espacial, así como la memoria de localización táctil.

## Funciones Ejecutivas

Funciones ejecutivas de flexibilidad cognitiva, la capacidad de planificar y organizar las actividades diarias, la capacidad de identificar y comprobar errores, así como el desarrollo de la planificación verbal y gestual, disminuyen ligeramente con la edad.

### *Estados de Deterioro Cognitivo*

Según Fernández et al. (2019) proponen que existen estados dentro del deterioro cognitivo y lo plantean de la siguiente manera:

El primer estado evolutivo (GDS 1). En este estadio hay ausencia de quejas subjetivas de pérdida de memoria, así como también ausencia de trastornos evidentes de memoria en una entrevista clínica.

La segunda etapa (GDS 2). En este estadio se presencia afectación de memoria asociada a la edad (AMAE) “*Adultos que buscan ser tratados como niños*”. El adulto mayor presenta disminución cognitiva muy leve, las cuales se expresan a través de quejas subjetivas de pérdida de memoria y pueden estar relacionados a olvidos de dónde ha dejado ciertos objetos de uso común y evidencia lentitud para recordar nombres. Cuando se realice una entrevista clínica al paciente no se encuentran indicadores objetivos para valorar defectos de la memoria, también no presenta defectos en situaciones de trabajo o sociales, pero el paciente presenta preocupación por esta dificultad.

El deterioro cognitivo ligero tercera etapa (GDS 3). En este estadio se puede valorar los primeros indicios claros de defectos, estas pueden ser como leer un pasaje de un libro o recordar relativamente poco material, también se ve deterioro disminuida en el recuerdo del nombre de personas recién conocidas, también pérdida o ubicando un objeto

de valor en un lugar equivocado. En una exploración clínica intensiva estos indicadores son evidentes, generando presencia de ansiedad discreta y moderada.

El cuarto estadio, defecto cognitivo moderado o demencia leve (GDS 4). Es evidente los déficits ya que al realizar una entrevista clínica cuidadosa se presenta, disminución del conocimiento de los acontecimientos recientes y actuales, también déficit en el recuerdo de historia personal, la capacidad para viajar o controlar su dinero está disminuida y hay defecto en la concentración. Las áreas donde no hay déficit con mayor prevalencia es: la orientación en tiempo y persona, capacidad para viajar a lugares, caras familiares, reconocimiento de personas y familiares, se puede evidenciar incapacidad para realizar tareas complejas, estado anímico bajo y abandono en las situaciones que demandan tareas complicadas.

El quinto estadio defecto cognitivo moderado – grave o demencia moderada (GDS 5). En este estadio el paciente tiene dependencia parcial por parte de un cuidador. En una entrevista clínica el paciente es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida, el nombre de familiares próximos, como número de teléfono o la dirección, o instituto en el que estudió o el nombre de la escuela, pero también conocen su nombre y, en general, saben el nombre de su cónyuge e hijos, puede valerse por sí mismo en el aseo y comida con cierto déficit, pero pueden. También a menudo presenta indicadores de desorientación en tiempo o lugar. El paciente en este estadio mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de más interés que les afectan a ellos mismos y a otros. tener alguna dificultad en la elección del vestido adecuado.

El sexto estadio demencia moderada – grave o un defecto cognitivo grave (GDS 6). En esta etapa, el paciente a veces puede olvidar el nombre de su cónyuge, lo que incluye desconocer en gran medida los eventos y experiencias de la vida recientes. En

ocasiones tiene cierto conocimiento de su vida pasada pero conceptualmente fragmentada, por lo general desconoce su entorno, hay incapacidad para contar de 10 en 10. Es por esto que, el paciente requiere cierto nivel de asistencia en actividades cotidianas (aunque por ocasiones es capaz de viajar a lugares familiares, algunas veces requerirá asistencia para hacerlo, pues podría presentar incontinencia). Además, hay alteración en el sueño y vigilia, cambios emocionales, así como de rasgos de personalidad (ansiedad, abulia cognitiva, conducta violenta previamente inexistente, agitación e incluso conducta delirante).

El séptimo estadio demencia grave o un defecto cognitivo muy grave (GDS 7): La persona afectada pierde todas las capacidades verbales, aunque aún se pueden producir palabras y frases. Caracterizado también por la presencia de incontinencia urinaria, asistencia en el aseo, en la alimentación y en las habilidades psicomotoras como trasladarse de un lugar a otro.

#### *La estimulación cognitiva*

La estimulación cognitiva actúa sobre las funciones y habilidades conservadas, es decir, el buen funcionamiento. Se promueve su empoderamiento a través de programas y actividades, basado en los principios de neuroplasticidad del cerebro, donde la realización de ejercicios mentales conduce a cambios y la creación de nuevas conexiones en el cerebro. Asimismo, este tipo de estimulación está dirigida a retrasar al máximo la aparición de los primeros síntomas del deterioro cognitivo, contribuyendo a mejorar la salud y la calidad de vida. Además, reduce el riesgo de desarrollar algunos de los tipos de demencia mencionados anteriormente. Adicional a ello, se ha incorporado un nuevo concepto: la reserva cognitiva, es decir la capacidad del cerebro para retrasar la aparición de los síntomas de demencia (Carrasco, 2017).

Cabe mencionar que la neuroplasticidad es una capacidad adaptativa del sistema nervioso central que permite cambiar su organización estructural y funcional en respuesta a eventos ambientales. De esta forma, con una estimulación adecuada y continua, un cerebro sano puede cambiar positivamente en su estructura y funcionamiento (Acuña, 1997).

### *Rehabilitación neuropsicológica*

La rehabilitación cognitiva, se refiere a un conjunto de métodos y estrategias de intervención cuyo objetivo principal es permitir que los pacientes controlen o minimicen los déficits cognitivos causados por daño o disfunción cerebral (Torralva, 2019). Siendo el objetivo final permitir que una persona con deterioro cognitivo reanude sus actividades diarias de manera efectiva e independiente.

Torralva (2019) menciona que el proceso de rehabilitación cognitiva incluye cuatro componentes:

- Educación para estimular fortalezas y debilidades cognitivas.
- Formación de habilidades mediante el reentrenamiento de las habilidades cognitivas afectadas.
- Formación de estrategias internas y externas, así como utilizar el entorno para compensar las problemáticas.
- Entrenamiento en actividades funcionales en la vida real.

La rehabilitación cognitiva incluye dos principios indispensables:

- El cerebro posee la plasticidad necesaria para recuperarse de lesiones cerebrales que se refleja en el déficit cognitivo (Torralva, 2019).

- Las personas tienen la capacidad de adaptarse y hacer los cambios necesarios en virtud a las nuevas circunstancias que se les presenten (Torralva, 2019).

### Estrategias de intervención

En rehabilitación cognitiva existen diferentes estrategias de intervención. Para elegir la pregunta correcta, es importante idear una serie interrogantes. El primer factor importante, que determinará la elección de una estrategia u otra, es el grado de conciencia de las dificultades cognitivas y conductuales del paciente. Si los niveles cognitivos son bajos y la autorregulación es baja, lo mejor es comenzar optando por estrategias extrínsecas, una combinación de estrategias conductuales y modificaciones ambientales que proporcionarán al individuo el apoyo personal necesario para dirigir su comportamiento (Torralva, 2019).

**Modificaciones ambientales:** Son los cambios que se realizan en el ambiente físico para minimizar el impacto de los déficits cognitivos, funcionales y conductuales. En la fase aguda estas modificaciones pueden tener como objetivo que el paciente se encuentre más seguro, por lo que pueden ir desde cerrar con llave las puertas que tengan acceso a escaleras, como controlar la temperatura de las canillas de agua o evitar la sobreestimulación. En estadios más avanzados, los pacientes pueden necesitar una nueva organización del espacio físico, el uso de etiquetas en los estantes, o listas para las rutinas (Sohlberg & Mateer, 2001).

**Estrategias compensatorias:** Es el uso de técnicas extrínsecas, ha sido altamente efectivo en el manejo de los déficits cognitivos, especialmente en el área de los déficits de memoria. Los ejemplos más utilizados en este campo son el uso de menús, alarmas, calendarios, relojes, memoria, libros, notas, celulares, computadoras (Willson et al., 2001).

Estrategias restaurativas: Son técnicas enfocadas en la rehabilitación a través del entrenamiento directo en el proceso de disfunción. Estas son intervenciones personalizadas para mejorar cada proceso cognitivo (atención, memoria y función ejecutiva) a través del ejercicio y la práctica repetitiva de tareas cognitivas, sabiendo que entrenar una función maximizará los beneficios de la recuperación cognitiva al facilitar el desarrollo fundamental o estimular vías alternativas (Sohlberg & Mateer, 2001).

Estrategia holística: A diferencia de las estrategias restaurativas o compensatorias, se centran en el estado general del individuo. Para ello, examina las consecuencias del daño cerebral en relación con los aspectos cognitivos, emocionales, sociales y funcionales del individuo. Enfocada principalmente en lograr que el individuo sea consciente de las consecuencias del daño cerebral y comprenda que cuanto más se entiendan y perciban estas consecuencias, más rápida puede ser la recuperación (Torralva, 2019).

Este enfoque requiere que los neuropsicólogos trabajen en conjunto con otras terapias (físicas, psicológicas y ocupacionales) y que las intervenciones se implementen desde niveles más bajos para que funcionen. Con funciones cognitivas más complejas, estos programas tienen un orden y una estructura en lugar de confundir a una persona herida (Torralva, 2019).

### **1.3 Objetivos**

#### ***1.3.1 Objetivo General***

- Determinar el perfil neuropsicológico de un caso de trastorno cognitivo leve asistido en un Hospital Nacional de la ciudad de Huancayo.

#### ***1.3.2 Objetivos específicos***

- Detectar el grado de deterioro cognitivo de un caso de trastorno cognitivo leve asistido en un Hospital Nacional de la ciudad de Huancayo.

- Diseñar un programa de rehabilitación neuropsicológica para mejorar el rendimiento neuropsicológico de un caso de trastorno cognitivo leve asistido en un Hospital Nacional de la ciudad de Huancayo.

#### **1.4 Justificación**

El adulto mayor en nuestra sociedad viene siendo infra valorado en las distintas áreas de la vida cotidiana, a su vez la aceptabilidad del envejecimiento y deficiencias se ha normalizado tanto que es más nefasto envejecer en apariencia física que a nivel de funciones cognitivas, todo esto asociado a las normas del entorno en el cual prevalece la importancia del cómo te ves por fuera mas no la importancia de las funciones ejecutivas que hacen que nos desarrollemos y seamos quienes somos frente al entorno.

Este estudio a nivel teórico se basa en el enfoque teórico propuesto por Sohlberg & Mateer (2001) sobre la rehabilitación cognitiva; de esta manera se buscara contribuir con el conocimiento científico y generar mayor investigación en relación al deterioro cognitivo en el adulto mayor, así como también formas de abordaje e intervención temprana para estimular la memoria y atención.

En relación al enfoque práctico, los resultados a obtener contribuirán a optimizar los sistemas de abordaje e intervención dentro del contexto peruano en relación al deterioro cognitivo, específicamente en centros de adulto mayor de Huancayo.

A nivel social la investigación busca describir un problema evidente a nivel nacional, con el objetivo de servir como soporte y poder proporcionar una mejor perspectiva en base al estudio de esta temática, asimismo contribuir sobre el modo de percibir e intervenir en este fenómeno que afecta a miles de adultos mayores. Puesto que las estadísticas son claras y las predicciones sobre la cantidad de adultos mayores que tendremos en el futuro ya están dadas, pero parece que pocas políticas públicas enfocan

esta problemática que se avizora en el futuro, sumado a ello los porcentajes estadísticos nos indican que más de 75% de adultos mayores no tienen un cuidado por sus procesos cognitivos (Espinoza, 2022).

### **1.5 Impactos esperados del trabajo académico**

Al ejecutar el programa se busca obtener mejoras significativas en la paciente en cuanto a la atención, memoria, lenguaje y razonamiento, de este modo la paciente pueda desenvolverse de manera autónoma y promover la individualidad del adulto mayor.

## **II. Metodología**

### **2.1 Tipo y diseño de investigación**

El presente trabajo académico corresponde a un tipo de investigación aplicada de diseño estudio de caso único (Ato et al., 2013).

### **2.2 Ambito temporal y espacial**

El estudio de caso se realizó en el año 2022, se consideró los datos recogidos durante el mes de junio y julio en el Hospital Nacional de Huancayo.

### **2.3 Variables de investigación**

Variable independiente: Evaluación neuropsicológica (perfil neuropsicológico).

Variable dependiente: Usuaría con diagnóstico de trastorno cognitivo leve.

### **2.4 Participante**

Paciente de género femenino, de 78 años de edad, nacida el 15 de marzo de 1944, estado civil viuda, grado de instrucción superior completa (docente de nivel primario) con dos hijos, ocupación cesante, a la fecha vive con su nuera y nietos, sus hijos se encuentran trabajando fuera de la ciudad de Huancayo.

### **2.5 Técnicas e instrumentos (Evaluación Psicológica – Caso Psicológico)**

#### **2.5.1 Técnicas**

- Entrevista (paciente y familiar)
- Observación de conducta

#### **2.5.2 Instrumentos neuropsicológicos**

A continuación, se muestra la tabla 1 donde se reportan los instrumentos neuropsicológicos utilizados.

**Tabla 1***Instrumentos Neuropsicológicos*

Área de evaluación	Instrumentos	Objetivo del instrumento	Propiedades psicométricas
Inteligencia	Escala de Inteligencia de Weschler para adultos WAIS IV	Conocer el nivel de inteligencia.	Confiabilidad:0.90 Validez: contenido
Memoria	Test de retención visual de Benton Forma C	Evaluar el déficit en la memoria visual y detectar daño cerebral.	Confiabilidad: 0.86 Validez: Constructo
	Test del dibujo del reloj TRD	Evaluar la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico.	Confiabilidad: 0.86 Validez: Constructo
Deterioro Cognitivo	Evaluación Neuropsicológica Breve en español NEUROPSI	Evaluar las funciones cognitivas para el diagnóstico de condiciones patológicas.	Confiabilidad: 0.86 Validez: Constructo
	Examen Cognoscitivo MINI MENTAL de Folstein	Detectar el déficit cognitivo.	Confiabilidad: 0.86 Validez: contenido

Nota: Elaboración propia

### 2.5.3 Evaluación neuropsicológica

#### 2.5.3.1 Etapa preliminar

##### *Motivo de Consulta*

Evaluada de 75 años de edad, adulta mayor de sexo femenino, expresa que desde hace 4 años viene presentando olvidos recurrentes en las actividades que realiza, esto

inicio desde la pérdida de su esposo quien falleció hace 5 años aproximadamente, comenta “*cuando falleció no lloré, estuve tranquila y bueno como participaba en el Centro del Adulto Mayor de Huancayo CAM, tuvimos un viaje a Arequipa y fue donde de repente no recuerdo que pasó pero el licenciado a cargo del grupo de adulto mayor me dice que estuve como dormida por 3 días y que me llevaron al Hospital y estuve allí, todo lo que paso en ese tiempo no recuerdo, a partir de este incidente he sentido que me olvido las cosas, a veces por momentos hago algo y después no recuerdo que es lo que estoy haciendo, mis hijos me dicen que se dan cuenta de lo que está pasando pero yo quiero hacer mis cosas sola, yo cocino y lavo la ropa ya que mis dos hijos se encuentran trabajando lejos y yo solo estoy en mi casa con mi nuera*”, a la fecha viene siendo atendida por el programa de atención domiciliaria del cual recibe tratamiento para su hipertensión arterial y osteoporosis.

#### *Presentación de la enfermedad o problema actual*

La paciente presenta diagnóstico de Hipertensión Arterial desde los 45 años, y desde los 55 años fue diagnosticada con osteoporosis, a la fecha recibe tratamiento de Imbursaran (mañanas) de 150 mg y Hidroclorotiazida (tardes) y para la osteoporosis Calcitriol (mañanas), expresa que hace 4 años viene presentando problemas de memoria, al inicio empezó a olvidar las llaves o donde dejaba algo pero después lo encontraba a la fecha por momentos tiende a desorientarse y no saber dónde está o si está en un lugar menciona que está en otro a esto se suma que cuando quiere recordar algo y contar tiende a dar dos ideas distintas que muchas veces no logra comprenderse, menciona que esto aumenta cuando esta triste, asimismo refiere que estos problemas de olvidos se han acrecentado a partir de la pandemia COVID 19, donde ya no pudo salir hacer sus actividades con normalidad a esto se sumó que la visita de sus hijos no eran frecuente por que se encontraba lejos lo que generó sentimiento de tristeza y pena por encontrarse sola.

### *Desarrollo cronológico del problema*

La paciente desde el 2018 inició con los problemas de olvido en un principio olvidaba las llaves, donde ponía algún objeto, estos eventos eran esporádicos y se daba cuenta que esto estaba pasando, pero después lo compensaba buscando donde lo había dejado.

Para el 2019 sus hijos estaban trabajando ya lejos y ella tenía que realizar tortas y pasteles ya que de ello generaba algún ingreso y fue cuando en varias oportunidades sus clientes le decían que le habían pagado, pero ella no recordaba eso y le fue generando problemas hasta que empezó a utilizar una agenda donde apuntaba los pagos, expresa que antes de estos eventos ella podía recordar sola lo que hacía.

Durante el 2020 el problema de memoria se agudizó ,puesto que con el confinamiento obligatorio por la pandemia COVID 19 , la paciente tuvo que quedarse en casa sola por varios meses y durante este tiempo comenta que en cuanto al manejo de dinero presento problemas ya que cuando iba al mercado por momentos olvidaba si había pagado o no y por vergüenza volvía a pagar muchas veces le decían que ya les había pagado y otras no, al volver a casa contaba su dinero y a veces le faltaba, no le comento a sus hijos para que no se preocupen pero trato de ser más cuidadosa y no cometer esos errores.

Para el 2021 la paciente comenta que donde más se agudizo el problema de memoria fue cuando confundió las pastillas y por casualidad se tomó Alprazolam de 2gr, que le había recetado la médico porque no podía dormir y confundió con las pastillas de Hidroclorotiazida, esto le conllevó a quedarse dormida profundamente tanto que sus familiares se preocuparon y la llevaron por emergencia, donde en la evaluación de sangre encontraron benzodiazepinas, a lo que ella refiere que no sabe que es lo que ha tomado,

a partir de esa fecha la médico que le controla cada mes tiende a encontrarla desregulada físicamente ya que no consume los medicamentos a tiempo o tiende a no tomarlos.

#### *Desarrollo de los indicadores depresivos*

El 2017 fallece su esposo con quien estaba casada más de 50 años, como mecanismo psicológico de defensa la Represión, de este modo decide por realizar actividades que le generen placer de este modo no sentir la tristeza que le producía el fallecimiento de su esposo, de este modo decide viajar a la ciudad de Arequipa con el Centro del Adulto Mayor (CAM) al que pertenecía, durante el viaje tiene un desmayo el cual duro 3 días según refiere después de ello se le hicieron los análisis de Neurología, Endocrinología, Geriátrica, pero no encuentran ninguna alteración por lo que infieren que lo que presentado es de carácter psicológico, acude al servicio de psicología por unas sesiones.

El 2019 sus hijos se van a trabajar fuera de la ciudad generada tristeza la cual no quiere expresarla porque no desea que sus hijos se sientan mal y no trabajen.

2020 Inicia la pandemia COVID 19 a través del confinamiento deja de realizar sus actividades como ir al CAM, vender pasteles, quedándose sola en casa durante meses no existiendo comunicación fluida con su nuera y nietos sintiéndose sola, con tendencia al llanto.

#### Signos Depresivos:

- Pérdida de interés en actividades que le agradaban.
- Fatiga durante el día al realizar sus actividades.
- Pérdida de apetito.

#### Síntomas Depresivos:

- Sentimientos de vacíos con tendencia a la soledad
- Problemas para poder dormir.
- Sentimientos de desesperanza.
- Tristeza recurrente.

#### Medicamentos:

- Irbesartan 150 mg (mañanas)
- Hidroclorotiazida 25mg (Tardes)
- Calcitriol 0,25 mg (mañanas)
- No tiene prescripción médica para la depresión

#### *Historia Personal*

Prenatal: No refiere alteración durante el embarazo.

Perinatal: Parto eutócico sin complicaciones.

Post Natal: Desarrollo psicomotor y psicoemocional normal sin alteraciones.

Niñez: Fue una niña comunicativa, afectiva, y “feliz” era de relacionarse con muchos amigos y podía entablar amistades fácilmente; su padre fue permisivo pero su madre era controladora y la castigaba cuando se portaba mal la manera de castigarla era con palo o correa ella le tenía mucho miedo a su madre, su padre para fue quien más la engreía y quería era más cerca a su hermano Rodrigo con quien se llevaba mejor.

Escolaridad: Refiere que fue a la escuela a los 7 años, su vida escolar transcurre de forma adecuada estudio en una escuela de Pachacayo – Jauja hasta el 5to de primaria y el 6to fue cambiada a Chacapalca por el trabajo de su padre , expresa que durante esta etapa se relaciona bien con sus amigas, en la secundaria se mudó a Huancayo y estudio en la I.E.E. Nuestra Señora del Rosario cuenta que era muy destacada en los cursos que

gracias a ello un profesor de dio una beca para una academia con la condición de que ella enseñe a otros estudiante “estuve becada 5 años y fue allí donde decidí estudiar para ser docente” termino la secundaria entre el 1er y 2do puesto, al terminar la secundaria ingreso inmediatamente a la Universidad Nacional de Centro del Perú donde estudió la carrera de educación matemática y física.

Sueños: Refiere que duerme “bien”; 6 horas, pero cuando tiene preocupaciones no puede dormir bien, fue por ello que el año pasado su médico de cabecera le dio un medicamento para que pueda dormir mejor.

Situación Laboral: Su primer trabajo fue a los 22 años en una I.E. en Chacapalca – Jauja donde laboro por 6 años, después consiguió su cambio para un a I.E. en San Jerónimo – Concepción es esta institución laboro por 16 años para terminar jubilándose en una I.E. en Chilca – Huancayo.

Residencia: Refiere que nació en la ciudad de Huancayo hasta los 7 años vivo allí, por el cambio de residencia para Pachacayo – Jauja por el trabajo de su padre donde estuvo hasta los 11 años a los 12 años se fue para Chacapalca – Jauja también por motivos de su padre para después a los 13 años vivir en la ciudad de Huancayo con los cambios de residencia que tuvo por motivos laborales, a la actualidad radica en la ciudad de Huancayo.

Accidentes y Enfermedades: Refiere que cuando tenía 16 años tuvo un accidente de tránsito en el cual en vez de asustarse le dio un ataque de risa y no podía controlarlo tuvieron que sedarla para que se tranquilice, no tuvo otros accidentes, pero a los 45 años fue diagnosticada con Hipertensión Arterial desde esa época esta con medicación, a los 55 años le diagnosticaron con osteoporosis también se encuentra medicada actualmente.

Vida Sexual y de Pareja: Su menarquia fue a los 17 años, a nivel de parejas la paciente comenta que tuvo varios enamorados, siendo el primero a los 18 años a quien no le tomo enserio terminando después a los 22 años su 2do y en ese año, termino y tomaba otra relación con 3 enamorados, comenta que el papá de su primer hijo fue su 6to enamorado pero por motivos de comprensión se separaron a los 28 años conoció a su esposo con quien tuvo otro hijo y con quien vivió y estuvo “muy feliz” hasta que falleció.

Hábitos e Intereses: Cuando termina de hacer las labores del hogar, le gusta salir a sus grupos religiosos que tiene en la iglesia, también participa en actividades en el Centro de Adulto Mayor, otro de sus pasatiempos es la cocina le gusta preparar tortas.

#### Antecedentes Familiares

Padre: Falleció a los 77 años de edad, fue ferroviario en la Cerro de Pasco Corporation era de carácter “pasivo y tranquilo”, muy afectuoso, no consumía alcohol falleció de un infarto ya que tenía Hipertensión Arterial.

Madre: Falleció a los 66 años, era ama de casa y de carácter impulsiva, agresiva y poco afectuosa, no consumía alcohol falleció de cisticercosis.

Hermanos: Cledia de 83, es Docente, sufre de vitíligo, de carácter impulsiva y se lleva “bien” y tiene 2 hijos; Rodrigo de 75, es Profesor de carácter “pasivo” se llevan “muy bien” tiene 3 hijos y es separado; Teófilo de 72, es Administrador, de carácter pasivo agresivo, consume alcohol frecuentemente es soltero; Jorge de 70 trabajo en la MPH, de carácter pasivo y tiene 3 hijos; y Arturo de 68 años, es Ing. Geógrafo, de carácter pasivo y se lleva “bien” con ella.

#### **2.5.3.2 Etapa de investigación selectiva de las funciones superiores**

Persona que impresiona tener coeficiente intelectual normal promedio; de pensamiento abstracto, sin alteraciones en el curso, forma ni contenido, con lenguaje fluido y tono de voz acorde al dialogo; orientada en tiempo, persona y espacio; con memoria de largo plazo conservada, pero evidencia déficit en la memoria de corto plazo, no presenta signos de lesión cerebral.

### **2.5.3.3 Informes de aplicación**

*Informe de aplicación de la Escala de Inteligencia De Weschler Para Adultos Wais IV*

#### Motivo de evaluación:

Examinar la inteligencia la paciente.

#### Resultados:

El Cociente Intelectual del índice de comprensión verbal es de 116, ubicándose en el percentil 86, que corresponde a una inteligencia superior.

El Cociente Intelectual del índice de razonamiento perceptivo es de 68, el cual se ubican al percentil 2, que corresponde a la inteligencia deficiente.

El Cociente Intelectual de memoria de trabajo es de 85, ubicándose en el percentil 16, que corresponde a la inteligencia media baja.

El Cociente Intelectual de velocidad de procesamiento de 78, se ubica en el percentil 19, que corresponde a la inteligencia media baja.

Teniendo como mayor comprensión verbal o con los índices de 116.

Teniendo como puntaje deficiente el razonamiento perceptivo de 68.

#### Conclusiones:

El Cociente Intelectual total es de 83, ubicándose en el percentil 19, que corresponde a la inteligencia Media Baja.

Esto indica que su capacidad intelectual ha ido en declive ya que la paciente tiene como antecedentes ser una buena estudiante y su desempeño profesional siempre fue eficiente. no te permite mucho desenvolverse adecuadamente.

#### Recomendaciones:

Ampliar la evaluación desde una perspectiva neuropsicológica.

Ingresar a un programa neuropsicológico para mejorar la memoria y razonamiento perceptivo.

Comenzar a practicar ejercicios que aumentan su vocabulario leer libros, diccionario entre otros.

Practicar juegos matemáticos como sudoku.

Resolver crucigramas adivinanzas y pupileras.

Realizar juegos de mesa como monopolio bingo ludo entre otros.

Resolver juegos visuales como rompecabezas o encontrar diferencia entre los dibujos.

#### *Informe de aplicación del Test De Retención Visual de BENTON*

#### Motivo de evaluación

Valorar la memoria visual en la paciente y las actividades viso constructivas.

#### Resultados

Lamina 1: No obtuvo errores

Lamina 2: Rotación de 45° que, debiendo descansar sobre un lado, descansa en la reproducción sobre un ángulo.

Lamina 3: Inversión en la posición de las figuras mayores y periferal (de arriba hacia abajo).

Lamina 4: Inversión en la posición de las dos figuras mayores (la de lado derecho, a la izquierda)

Lamina 5: No obtuvo errores

Lamina 6: No obtuvo errores

Lamina 7: Perseverancia de la figura periferal de la lámina 6

Rotación de 45° de la figura mayor izquierda

Lamina 8: No obtuvo errores

Lamina 9: Reproducción inexacta de la figura mayor izquierda

Lamina 10: Reproducción inexacta de la figura mayor derecha

Desplazamiento de la figura periferal derecha hacia arriba.

### Conclusiones

Presenta deficiencia en la Memoria a Corto Plazo, posible deterioro adquirido en la función intelectual, memoria visual afectada.

La examinada alcanzó un Cociente Intelectual Pre mórbido estimado 60-69 (deficiente)

### Recomendaciones

Ampliar la evaluación neuropsicológica

Ingresar a un programa neuropsicológico para mejorar la memoria y razonamiento perceptivo.

Realizar actividades para mantener la atención como dividir y organizar pequeñas tareas.

Practicar técnicas de relajación

Realizar actividades para fortalecer la atención y concentración (lectura, crucigramas, pupiletras, otros).

Practicar juegos de memorización.

### *Informe de aplicación del Test del Dibujo del Reloj TRD*

#### Motivo de evaluación

Evaluar la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico.

#### Resultados

Test de reloj a la orden (TRO)

Esfera del reloj: Dibujo normal, 2 puntos.

Números presentes y en el orden correcto, 4 puntos.

Presencia y localización correcta de las manecillas, 4 puntos. TRO: 10

Test de reloj a la copia (TRC)

Esfera del reloj: Dibujo normal, 2 puntos

Números presentes y en el orden correcto, 4 puntos.

Manecillas en posición correctas, pero ambas de igual tamaño. 3.5 puntos

TRC: 9.5

#### Conclusiones

Se infiere por el puntaje total (19.5) que el deterioro cognitivo asociado a la demencia tipo Alzheimer es negativo, es decir, se descarta la enfermedad.

La evaluada presenta adecuada ejecución motora, atención, comprensión y conocimiento numérico conservado.

### Recomendaciones

Ampliar la evaluación neuropsicológica y una reevaluación.

Realizar actividades para fortalecer la atención y concentración (lectura, crucigramas, pupiletras, otros).

Practicar juegos de memorización.

Realizar actividades lúdicas.

*Informe de aplicación de la Evaluación Neuropsicológica Breve en español NEUROPSI*

### Motivo de evaluación

Evaluar el funcionamiento cognitivo global.

### Resultados

Orientación en persona, tiempo, y espacio un puntaje de 6 puntos de los 6 puntos máximos que contiene la evaluación.

Atención y concentración, obtiene un puntaje 14 de los 26 puntos máximos que se obtiene en esta categoría, lo que muestra que la persona evaluada presenta problemas para poder realizar la repetición de dígitos en regresión y en cuanto a la detención visual también presento dificultades a nivel de sustracción realizo el ejercicio sin problemas.

Codificación, obtuvo un puntaje de 10 de los 18 puntos máximos que se obtiene en esta categoría presentando leve alteración en memoria a corto plazo, así como también en el área viso espacial que se encuentra leve mente alterada los trazos fueron errantes y hubo omisiones.

Lenguaje, la evaluada obtuvo un puntaje de 19 de los 26 puntos máximos que se obtiene en esta categoría, este puntaje indica que se encuentra dentro del rango normal

esperado para la edad cronológica de la paciente existiendo adecuada capacidad para comprender, fluidez verbal y expresar pensamientos entre otros.

Lectura obtiene un puntaje de 3 de los 3 puntos máximos que se obtiene en esta categoría, lo que indica que no presenta deterioro ni alteraciones en esta área.

Escritura se obtuvo un puntaje de 2 de los 3 puntos máximos que se obtiene en esta categoría, esto muestra que la paciente no presenta deterioro en esta área.

Funciones Ejecutivas obtuvo un puntaje de 09 de los 18 puntos máximos que se obtiene en esta categoría, presentando déficit marcado en cuanto a la capacidad conceptual, a nivel motor también hay déficit no pudo realizar los movimientos indicados en la paciente.

Funciones de Evocación, evaluada obtiene un puntaje de 10 de 30 puntos que se obtiene en esta categoría, a nivel de memoria viso espacial hay deterioro leve, pero en tanto a la memoria verbal y reconocimiento se presenta un déficit mayor.

### Conclusiones

La evaluada obtuvo un puntaje total de 73 lo que indica que presenta deterioro cognitivo leve.

Presenta dificultades en el aprendizaje, también presenta reducción para concentrarse en una tarea esto puede ser evidenciado en los fallos de tareas que tiene en cuanto realiza sus actividades como dejar prendido la hornilla no saber dónde se encuentra por momentos. También hay presencia de un marcado sentimiento de fatiga mental para acometer el trabajo intelectual puesto que durante la evaluación se mostraba incomoda y buscaba hacer pequeñas pausas.

### Recomendaciones

Ampliar la evaluación neuropsicológica.

Ingresar a un programa neuropsicológico para mejorar la memoria y razonamiento perceptivo.

Practicar técnicas de relajación

Realizar actividades para fortalecer la atención y concentración (lectura, crucigramas, pupiletras, otros).

Practicar juegos de memorización.

### *Informe De Aplicación Del Examen Cognoscitivo Mini Mental De FOLSTEIN*

### Motivo de evaluación

Evaluar Deterioro Cognitivo

### Resultados

Orientación Temporal: 5 puntos

Orientación Espacial: 4 puntos

Fijación: 3 puntos.

Atención Cálculo: 5 puntos.

Recuerdo: 0 puntos.

Lenguaje: 4 puntos.

### Conclusiones

La evaluada obtuvo un puntaje de 21 puntos lo que la ubica en la categoría de Sospecha patológica lo que quiere decir que hay la existencia de un deterioro cognitivo.

### Recomendaciones

Realizar actividades para mantener la atención como dividir y organizar pequeñas tareas.

Practicar técnicas de relajación

Realizar actividades para fortalecer la atención y concentración (lectura, crucigramas, pupiletras, otros).

Practicar juegos de memorización

#### **2.5.3.4 Informe Neuropsicológico**

##### Datos generales

Nombre y apellidos : I.C.A.E.

Edad : 78 años

Fecha de nacimiento : 15 de enero de 1944

Lugar de nacimiento : Huancayo

Grado de instrucción : Superior Completa (Docente nivel primario)

Ocupación : Jubilada

Estado Civil : Viuda

Número de Hijos : 2 hijos (42) (49)

Nivel socioeconómico : Media

Lugar de procedencia : Huancayo – Junín

Lugar de entrevista : Hospital Nacional

Fecha de la entrevista : 24-05-2021

Evaluador : Ps. Franklin Gómez Canicela

### Motivo de consulta

Se realiza evaluación Neuropsicológica con el objetivo de determinar el perfil neuropsicológico (rendimiento neuropsicológico) debido a sospechas de Trastorno Cognitivo Leve.

### Antecedentes

La evaluada fue diagnosticada con presión arterial alta hace 45 años, menciona que hace 4 años, dio problemas de memoria, al principio, comenzó a olvidar las llaves o dónde dejó algo. Pero después de eso, descubrió hasta ahora, tiende a no saber dónde está algo que dejó en un solo lugar para después encontrarlo en otro lugar, cuando quiere contar algún evento da pensamientos diferentes a menudo no logra enfocarse en el tema, puede realizar sus actividades por si sola, pero a veces olvida la orilla prendida de la cocina. Vive con su nuera, pero no mantiene relación cercana ya que sus hijos están lejos a menudo presenta sensación de tristeza y tendencia a la soledad.

### Observación comportamental

La evaluada tiene 78 años de edad, contextura gruesa, mide aproximadamente 1.50cm, tez blanca, cabello negro y corto, ojos marrones oscuros, labios delgados, nariz respingada, viste con una chompa gris, su arreglo personal es adecuado y va de acuerdo

En la evaluación la examinada se encuentra desorientada en tiempo, en cuanto a espacio y persona hay orientación, muestra apertura, colaboración activa durante la evaluación, mantiene contacto visual de manera receptiva, su postura varía, su lenguaje es claro y fluido, el volumen de su voz es moderado.

Por momentos se toca mucho las manos, cambia de postura constantemente y cuando la prueba demanda concentración se esfuerza por querer hacerlo bien y trata de culminar todas más evaluaciones.

#### Técnicas e instrumentos utilizados

- Entrevista Psicológica (paciente y familiar)
- Observación Psicológica de conducta

#### Instrumentos neuropsicológicos

- Anamnesis Psicológica
- Examen Mental
- Escala de Inteligencia de Weschler para adultos WAIS IV
- Escala de Evaluación Neuropsicológica Breve en español NEUROPSI
- Examen MINI MENTAL de Folstein
- Test de retención visual de “BENTON”
- Test del dibujo del reloj (TRD)

#### Resultados

##### *Área intelectual*

Evaluada obtiene un CI Total de 83 ubicándola dentro del Medio bajo.

En el área de Comprensión verbal, presenta un Cociente Intelectual de 116 ubicándola dentro del Superior, en el área de Velocidad de trabajo presenta un Cociente Intelectual de 78 lo cual la ubica dentro de la Media baja , así como también en el área de Memoria de Trabajo un Cociente Intelectual de 85 ubicándola dentro de la categoría Media baja, pero se evidencia déficit en el área de Razonamiento Perceptivo con Cociente Intelectual de 68 el cual se encuentra debajo de lo normal esperado ubicándola en la categoría deficiente.

### *Área Neuropsicológica*

Conciencia: Adecuado estado de vigilia y alerta.

Orientación: Se encuentra orientada en tiempo, persona y espacio.

Atención:

Atención Selectiva: Se encuentra conservada no hay evidencia de deterioro o alteración significativa, tanto en lo visual, auditivo.

Atención Sostenida: Se encuentra conservada la atención focalizada ante tareas repetitivas y de forma continua.

Lenguaje: Su lenguaje cuando denominación acertó 6 de 8 palabras del puntaje total, la repetición acertó 2 de 4 palabras y oraciones presentadas, a nivel comprensivo se mantiene con un desenvolvimiento óptimo respondiendo 6 de 6 órdenes dadas, en tanto a la fluidez semántica se evidencia un decline obteniendo una puntuación de 2 esto mejora en cuanto a la fluidez fonológica en donde cuantifica el puntaje de 3.

Lectura: Se encuentra conservada ya que presenta adecuado todo de voz, prosodia estable, así como también una buena capacidad en su retención y comprensión verbal de textos.

Escritura: Su escritura con problemas para la orientación y el trazo, pero es entendible y legible, aunque no logra respetar los márgenes establecidos.

Calculo: Esta función se encuentra parcialmente conservada ya que mantiene la capacidad de realizar cálculos mentales (logra identificar las operaciones a realizar, habilidad en procesar la información abstracta).

Gnosia: Esta capacidad se encuentra conservada parcialmente ya que su percepción visual preservada pudiendo reconocer figuras grandes, pequeñas también es capaz de identificar y discriminar los sonidos.

Memoria:

Corto plazo

Visual: Mantiene la capacidad disminuida de memoria visual inmediata, esto genera problemas para recordar las imágenes que se le presentan.

Auditiva: Disminución de la capacidad para codificar, almacenar y recordar información auditiva de corto alcance.

Largo plazo

Implícita (Memoria Semántica): Déficit leve en cuanto a la capacidad para recibir y transmitir información de conceptos nuevos.

Explícita (Memoria Episódica): Esta capacidad se encuentra conservada la función mnésica para la evocación voluntaria y espontánea.

Procedimental: Esta capacidad esta con déficit leve ya hay fallas y errores en las habilidades perceptivas, motoras y cognitivas ya adquiridas.

Funciones Ejecutivas:

Memoria de Trabajo: Déficit marcado en la capacidad de la memoria para almacenar información reciente, especialmente a corto plazo, lo que representa una falta de recuperación de información en el momento actual, así como también problemas para realizar algunas actividades de la vida diría.

Fluidez verbal y fonológica: Muestra una velocidad de habla adecuada, tratando de expresar exactamente lo que quiere con los sonidos correctos.

Flexibilidad cognitiva: Capacidad alterada, rígida de realizar cambios en algo que se pretendía hacer previamente.

Control inhibitorio: Conservada la facultad de retener la capacidad de eliminar información que es irrelevante en el desempeño de la tarea.

### Conclusiones Generales

La evaluada presenta Trastorno Cognitivo Leve, como se pudo evidenciar, se presenta deterioro en las funciones ejecutivas (Memoria de Trabajo), memoria visual e inteligencia.

### Impresión Diagnóstica

La examinada en el momento actual, se desempeña:

Funcionamiento intelectual de nivel “Media baja”.

Diagnóstico clínico Trastorno Cognitivo Leve

## Recomendaciones

### *Para paciente*

Participar en el programa de rehabilitación neuropsicológica para estimular la memoria de corto plazo.

Participar en un programa de rehabilitación neuropsicológica para estimular la memoria de trabajo.

Participar en un programa de rehabilitación neuropsicológica para estimular áreas que se mantienen conservadas tales como lenguaje, atención, concentración.

Participar en un programa de rehabilitación neuropsicológica para que le pueda desarrollar estrategias compensatorias y modificaciones ambientales.

Reevaluación y control por el servicio de Neurología.

### *Para familiares:*

Orientación psicológica familiar.

Psicoeducación familiar sobre la Trastorno Cognitivo Leve

Instruir a la paciente en las estrategias compensatorias y la modificación ambiental.

Apoyar en brindar soporte emocional y confort la paciente.

Apoyar en actividades de entretenimiento u ocio a la paciente.

Apoyar en actividades y/o tareas dejadas en el programa de rehabilitación neuropsicológica.

A continuación, se reportan los niveles de evaluación neuropsicológica (Tabla 2)

**Tabla 2***Niveles de interpretación de pruebas neuropsicológicas*

Niveles	Resultados	Interpretación
Psicométrico	Índice Cociente Intelectual Memoria de Trabajo: 85 - Media baja	Capacidad Intelectual en declive
	Retención Visual: 63- Deficiente	Déficit en la Memoria a Corto Plazo
	Deterioro Cognitivo: 21- Moderado (Minimental)	Sospecha Patológica
	Deterioro Cognitivo: 72 – Leve (Neuropsi)	Deterioro Cognitivo Leve
Cognitiva	Memoria trabajo	Se valora el deterioro marcado en esta función cognitiva
	Memoria Visual a corto plazo	Esta función se encuentra afectada generando problemas en actividades
Neurofuncional	Lóbulo Frontal y temporal de predominio izquierdo	Se evidencia un disturbio en estas áreas lo que viene generando deficiencia en las funciones ejecutivas.
Ecológica	Duelo y familia	El origen de los síntomas deterioro cognitivo inicio con el fallecimiento de su esposo con indicadores depresivos, este estado anímico se agravo por la pandemia COVID 19 porque no tuvo contacto son

---

sus hijos agudizando más el estado anímico y como concluyo Cancino y Rehbein (2016) el deterioro cognitivo, a la presencia de sintomatología depresiva.

---

Nota: Elaboración propia

## **2.6 Intervención**

### **2.6.1 Programa de intervención**

Seguidamente se describen los objetivos, el plan y las sesiones de intervención neuropsicológica.

#### *Objetivo General*

- Fomentar mayor desempeño en sus funciones mnésicas, atencionales y ejecutivas para un incremento autonomía e independencia a nivel emocional, conductual y cognitivo.

#### *Objetivos específicos*

- Psicoeducación hacia la paciente y los familiares sobre el Deterioro Cognitivo Leve.
- Enseñar estrategias de modificaciones ambientales para una mayor eficacia en las actividades de la vida cotidiana.
- Brindar estrategias restaurativas para mejorar los procesos cognitivos (atención, memoria y función ejecutiva)
- Brindar estrategias compensatorias para que pueda tener un mejor desempeño de la memoria reciente.
- Estimular sus capacidades ejecutivas, principalmente la memoria de trabajo.

Para la aplicación del programa se trabajará bajo el enfoque de la neurogénesis el cual es un proceso biológico complejo que involucra neurotransmisores, cascadas de señalización y mecanismos moleculares finamente ajustados que permiten a las neuronas proliferar, diferenciarse e integrarse en los circuitos neuronales existentes. Las neuronas generadas están involucradas en los procesos de aprendizaje, memoria, regulación de emociones y miedo condicionado. (Siteneski et al., 2020) además a esto se realizará la estimulación cognitiva la cual es la capacidad de cerebro para retardar sintomatologías de deterioro cognitivo y demencias (Carrasco, 2017) de este modo se utilizarán modificaciones ambientales, estrategias restaurativas, estrategias compensatorias, con una proyección de 16 sesiones que tienen una duración de 20 a 30 minutos, por sesión estas se llevarán a cabo 2 veces por semana con una duración de dos meses, así como también habrá seguimiento durante la y al finalizar se revaluará a nivel neuropsicológico y funcional.

**Tabla 3**

*Propuesta de Rehabilitación neuropsicológica*

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
1	Orientar al paciente y familia sobre el deterioro Cognitivo las repercusiones que tiene en la vida cotidiana.	Trasferencia de información Descarga emocional Adherencia al Tratamiento	Lectura para la familia sobre las implicancias de deterioro cognitivo.
2	Realizar modificaciones ambientales para adaptar en entorno a las capacidades cognitivas.	Organizar el espacio físico Estimulación visual	Modificar el espacio físico donde se encuentra y crear sus papelotes.

---

3	Valorar las modificaciones ambientales para prever la adaptabilidad al entorno.	Guiar la conducta	Creación de frases de donde pone las cosas
4	Estimular la atención y memoria sensorial para que de esta manera active sus receptores sensoriales	Identificación de objeto a través del tacto. Asociación de sonidos.	Ninguna
5	Estimular la atención y memoria sensorial para que de esta manera active sus receptores sensoriales	Identificación gustativa. Asociación olfatoria.	Ninguna
6	Estimulación la atención y la memoria de corto plazo	Memorizar dígitos (1- 7) Memorizar dígitos (8- 11)	Ninguna
7	Estimulación la atención y la memoria de corto plazo	Memorizar palabras. Evocar las palabras memorizadas.	Ninguna
8	Estimular la atención y memoria de trabajo para evocar acontecimientos actuales	Buscar Palabras Memorizar trabalenguas	Memorizar el Trabalenguas
9	Estimular la atención y memoria de trabajo verbal	Ordenar en orden alfabético. Memorizar canciones	Memorizar la canción

---

---

10	Estimular la atención y memoria de trabajo verbal	la y	Repetición de secuencias de palabras Deletrear de forma inversa	de de	Ninguna
11	Estimular la atención y memoria de trabajo visual	la y	Escribir los nombres de países Ordenar correctamente refranes	los de	Ninguna
12	Ejercitar la memoria de trabajo verbal y visual	la	Encontrar diferencias Escribir palabras.		Ninguna
13	Enseñar el uso de recursos externos de tipo personal.		Elaborar calendario propio. Apertura de una agenda.	de	Utilización correcta del calendario y agenda. Adquirir pizarra y plumones
14	Enseñar el uso de recursos externos de tipo funcional.		Elaborar pizarra de actividades. Carteles recordatorios.	de	Utilización correcta de la pizarra y carteles.
15	Valorar el uso de recursos externos.		Supervisar el uso de los recursos enseñados.	el los	Corrección de los aspectos observados
16	Retroalimentar de las estrategias brindadas	de	Cierre del programa.	del	Ninguna

---

Nota: Elaboración propia

Para mayor conocimiento de las sesiones véase el anexo A

## 2.7 Procedimiento

El presente estudio de caso se realizó a través de la derivación médica por parte del médico de cabecera del programa de atención domiciliar en la ciudad de Huancayo. Esto surge a raíz que independiente mente de las complicaciones médicas que está presentando la paciente, se evidencio que estaba teniendo problemas en cuanto a seguir las indicaciones médicas, las mismas que en un inicio el médico tratante pensó que era porque no estaba teniendo adherencia al tratamiento.

Motivo por lo cual decidió realizar la interconsulta al servicio de psicología. Es así que en la primera entrevista preliminar se pudo denotar que había un alteración en cuanto a sus procesos cognitivos, los cuales clínicamente mostraban déficit, frente a estos resultados preliminares el equipo multidisciplinario el programa de atención domiciliar determina practicarle una evaluación neuropsicológica para poder valorar de manera objetiva las funciones cognitivas que se encuentren alteradas en la paciente y de este modo poder intervenir , de este modo se solicitó a la paciente y la familia el consentimiento informado. Es así como que en los meses de junio y julio se realizó la evaluación Neuropsicológica a la paciente previo consentimiento de la familia.

Posterior a esta evaluación se plantío por servicio de psicología del programa de atención domiciliar una futura intervención neuropsicológica.

## 2.8 Consideraciones éticas

Para la realización del estudio de caso, se tomó en cuenta el consentimiento informado de usuario, tal como se encuentra en el Anexo B. Del mismo modo guardaran los criterios de confidencialidad según el código de ética del colegio de psicólogos del Perú quien menciona en su artículo 20° *“El psicólogo está obligado a salvaguardar la información acerca de un individuo o grupo, que fuera obtenida en el curso de su práctica, enseñanza o investigación.”* Así como también se ciñó a la Declaración de

Helsinki, que menciona que la investigación se baja en normas éticas, respetando a todos los seres humanos, protegiendo su salud, derechos individuales.

### III. Resultados

#### 3.1 Análisis de Resultados

Se determinó el perfil neuropsicológico de la paciente con trastorno cognitivo leve en un Hospital Nacional de la ciudad de Huancayo, tal como se aprecia en la tabla 4.

**Tabla 4**

*Perfil neuropsicológico de un caso de deterioro cognitivo*

Área evaluada	Prueba neuropsicológica	Resultados
Inteligencia	Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos WAIS IV	Inteligencia 83 media baja
	Test de retención visual de Benton Forma C	Retención Visual 60-69 (deficiente)
Memoria	Test del dibujo del reloj TRD	Sin alteración significativa 19.5
	Evaluación Neuropsicológica Breve en español NEUROPSI	Trastorno Cognitivo Leve 72
Deterioro cognitivo	Examen Cognoscitivo de Folstein MINI MENTAL	Sospecha Patológica 21

Nota: Elaboración propia

Se puede valorar que existe tendencia a la deficiencia en casi todas las evaluaciones aplicadas excepto en la prueba que evalúa la comprensión, ejecución motora, conocimiento numérico el Test del dibujo del reloj, pero esto no es de sorprendernos puesto que en el área de inteligencia verbal la paciente tiene mejor desempeño ubicándola en un índice de 116 que corresponde a una inteligencia superior, pero su funcionamiento global de sus funciones está presentando déficit, en la memoria visual, funciones ejecutivas de memoria de trabajo; son las áreas que

muestran declive cognitivo en la paciente, dando un perfil neuropsicológico que responde al objetivo general del presente trabajo académico.

Asimismo, se identificó el grado de deterioro cognitivo de la paciente con trastorno cognitivo leve asistido en un Hospital Nacional de la ciudad de Huancayo, que da respuesta al primer objetivo específico (Tabla 5).

**Tabla 5**

*Análisis del deterioro cognitivo*

Nivel de deterioro	Áreas de evaluación	Resultados
Deterioro cognitivo	Conciencia	Alerta – Conservado
	Orientación	Se encuentra orientada
		Atención Selectiva
	Atención	Conservada
		Atención Sostenida
		Conservada
	Lenguaje	Conservada
	Lectura	Conservada
	Escritura	No hay alteración en el contenido, pero si en la forma.
		Calculo
	Gnosia	Parcialmente Conservada
Memoria	Corto plazo: Deterioro leve	
	Largo plazo: Déficit leve	
Función ejecutiva	Memoria de Trabajo: Déficit marcado	

---

	Fluidez verbal y fonológica: Velocidad de habla adecuada
	Flexibilidad cognitiva: Capacidad alterada
	Rígida
	Control inhibitorio: Conservado
Inteligencia	Media baja

---

Nota: Elaboración propia

En cuanto a la Escala de Deterioro Global (GDS) y la tabla 6, la paciente viene presentando deterioro cognitivo leve, por que presenta alteraciones cognitivas como: memoria de corto y largo plazo déficit leve, las funciones ejecutivas la memoria de trabajo es la función que viene presentado déficit marcado, y clínicamente su sintomatología son olvidos recurrentes de donde puso algunos objetos, déficit en la concentración de actividades complejas, dificultad para recordar a personas que haya conocido recientemente, dificultades para recordar nombres y palabras, en algunas oportunidades se ha desorientado perdiéndose en el lugar. Por lo tanto, de las 11 áreas evaluadas, 3 áreas se encuentran con déficit, esto representa el 27.2% del grado de deterioro cognitivo que presenta la paciente evaluada en el programa de atención domiciliar

Finalmente, se diseñó el programa de rehabilitación neuropsicológica para la paciente que presenta Trastorno Cognitivo Leve, se elaboró un enfoque mixto de técnicas de rehabilitación (Modificaciones ambientales, Estrategias compensatorias, Estrategias restaurativas) esto con el objetivo de conseguir mayor eficiencia

conductual y cognitiva en la paciente. Cabe precisar que no se ejecutó el programa de rehabilitación neuropsicológica, sin embargo, será aplicado a la brevedad posible. Las sesiones del programa se encuentran en el Anexo A.

### **3.2 Discusión de Resultados**

El perfil neuropsicológico de la paciente con trastorno cognitivo leve de un Hospital Nacional de la ciudad de Huancayo adscrita al programa de atención domiciliar, guarda relación lo que establecieron Custodio et al. (2012), quienes mencionan que las funciones cognitivas que se ven alteradas en el envejecimiento la memoria es (semántica, episódica, trabajo, prospectiva) y las funciones ejecutivas. Por otro lado, Fernández et al. (2019), quienes mencionan que la tercera etapa (GDS 3) “*deterioro cognitivo ligero*”, se caracteriza por problemas para leer un libro, dificultad para recordar el nombre de personas recién conocidas, pérdida de objetos dejados en algún lugar; estos indicadores guardan relación con el perfil neuropsicológico de la paciente. También hay presencia de indicadores depresivos, en este último punto es preciso mencionar, que Cancino y Rehbein (2016) concluyen que el deterioro cognitivo guarda relación con trastornos depresivos o como también la existencia de sintomatología depresiva; la paciente clínicamente viene presentando indicadores depresivos los cuales forman parte de sus antecedentes y consecuentes de los cuadros agudos de deterioro cognitivo.

El presente programa de intervención neuropsicológica contrasta con la intervención realizada por Díaz et al. (2022) en la cual tuvo una duración de doce meses e inicio con una muestra de 89, culminando con 23 personas, esto que la duración y lo extenso del programa; es por eso que esta intervención que se realizará en el caso de trastorno cognitivo leve tiene una duración dos meses, esto con la finalidad de no generar fatiga en la paciente y por lo tanto una deserción futura.

El presente programa de intervención neuropsicológica recoge los aportes realizados por Bastardo y Peña (2022) quienes mediante su programa de estimulación metacognitiva, quienes recomiendan que los adultos mayores que padecen de alguna enfermedad crónica como la artritis, osteoporosis, reumatismo, párkinson, entre otras, lo más conveniente y eficiente es realizar actividades que de manera pasiva estimulen las funciones visuales, auditivas, memoria; razón de ello este programa toma en cuenta este aporte ya que la paciente tiene el diagnóstico médico de artritis y osteoporosis de este modo sería contraproducente realizar una estimulación activa en el caso.

Adicionalmente, toma en cuenta el aporte realizado por Victoria (2020) quien concluye que el entrenamiento de la memoria a través de técnicas que estimulen cada modalidad de la memoria las conexiones neuronales, también incrementa la reserva cognitiva. A razón de esto el programa de rehabilitación cognitiva que se elaboró, va estimulando cada modalidad de la memoria iniciando por la memoria sensorial y culminando en la memoria de trabajo.

El estudio de Cerillo (2019) en un paciente de 70 años de edad con diagnóstico de deterioro cognitivo leve, donde aplico diez sesiones de 45 minutos, utilizando estrategias restaurativas, teniendo como resultado que estas estrategias contribuyen a la disminución de los déficits cognitivos; de este modo guardan relación con el presente programa de rehabilitación cognitiva que se elaboró sobre todo en optar por utilizar en una parte estrategias restaurativas.

Por otro lado, es estudio de Gonzales (2020) quien elaboró un programa de rehabilitación neuropsicológica en un adulto mayor de 69 años, este programa tuvo un desarrollo de 12 sesiones con una duración de 45 minutos, el programa concluye en su eficiencia y mejora de la función cognitiva, pero contrasta y se diferencia el presente

programa de rehabilitación cognitiva en el factor tiempo y número de sesiones, pero recoge los aportes en cuanto a la estructura y planteamiento de las sesiones denotando cierta similitud entre ambas.

A través del presente que reúne los aportes de diferentes autores y hace una revisión bibliográfica sobre el manejo de las intervenciones neuropsicológicas tanto a grupos como a nivel individual, buscando enfocar un programa que integre lo mejor de las intervenciones al punto que el objetivo sea “Rehabilitar” la función que se encuentra disminuida y no solo el hecho de estimular mejorando el rendimiento de la función cognitiva ya que cuantitativamente se podría evidenciar un mejor rendimiento pero no necesariamente un rendimiento conductual eficiente por ejemplo el olvidar las llaves, que mejore la puntuación en memoria de trabajo no se encuentra relacionado con el ya no olvidar las llaves. Es por esto que este programa puede servir para implementar un protocolo que se enfoque en la intervención individualizada del paciente respetando ciertos procedimientos con un enfoque rehabilitador.

Una limitación del programa es que el concepto de “adulto mayor” dentro de nuestro sistema de salud está normalizado ciertos déficits cognitivos al punto que se espera que el adulto mayor desarrolle demencia senil, siendo pocos los profesionales de la salud que realmente no buscan normalizar los déficits cognitivos, es por ello que la propuesta del programa y de discusión de la misma fue sometida a aprobación por la junta médica generando retraso en la aplicación generando barreras administrativas para poder intervenir ya que en muchos hospitales actualmente el área de neuropsicología no está habilitada y creada como tal y tanto el perfil profesional en el cual se desempeña el psicólogo no guarda relación con las intervenciones que realiza en neuropsicólogo.

Por otro lado, el Test de Reloj cuyo resultado fue contradictorio a los resultados esperados que se pudo valorar en las otras evaluaciones el déficit era marcado, esto nos hace reflexionar es importante utilizar herramientas de evaluación con mayor sensibilidad grado, así como de confiabilidad y validez. Otra dificultad fue hubo problemas para poder acceder a evaluaciones neuropsicológicas es por ello que se le evaluó el NEUROPSI breve en vez del complejo.

### **3.3 Seguimiento**

El seguimiento se realizará a los 20, 45 y 75 días de concluido el programa de rehabilitación neuropsicológica.

EL primer seguimiento a los 20 días después de iniciar las sesiones en las cuales se realizará la valoración inicial del compromiso y adherencia a la intervención por parte de la familia y la paciente.

El seguro seguimiento será a los 45 días de intervención en la cual mediante la observación conductual se valorará las principales conductas desarrolladas mediante la estimulación que viene recibiendo por parte del programa, así como también que funciones cognitivas presentan déficit.

En el tercer seguimiento será a los 75 días, quince días de haber concluido el programa se realizará una evaluación post - programa en la cual se aplicará todas las pruebas neuropsicológica pre – programa y se realizará un cuadro comparativo de las principales funciones ejecutivas (memoria de trabajo) y de inteligencia si hubo o no mejorías a nivel de eficiencia cuantitativa; así como también se realizará un registro de funcionabilidad conductual para valorar las estrategias sustituirías y de modificaciones ambientales aplicadas en el programa.

#### IV. Conclusiones

- A. Se concluye que en el caso neuropsicológico que se realizó la persona evaluada presenta Trastorno Cognitivo Leve.
- B. El Trastorno Cognitivo Leve es causado por déficit que presenta en las funciones ejecutivas (Memoria de Trabajo), memoria visual, son las áreas que muestran déficit, lo que vienen alterando la conducta la de evaluada, en cuanto a su desenvolvimiento normal.
- C. La estructura del programa buscó tener un enfoque ecológico ya que parte de utilizar estrategias ambientales, estrategias restaurativas y estrategias compensatorias todo con el objetivo de recuperar la funcionabilidad del desenvolvimiento de la conducta de la paciente frente al entorno y de esta manera preservar su individualidad.
- D. Una conclusión importante que pude llegar al momento de elaborar el programa de rehabilitación es que la mayoría de las intervenciones se enfoca en la estimulación de la función con el objetivo de mejorar el desempeño, pero muchas veces esto no se ve reflejado en el desenvolvimiento conductual, es por ello la importancia de desarrollar programas individualizados para cada paciente que venga presentando deterioro cognitivo y de esta manera conseguir mejor desempeño conductual en poco tiempo.

## V. Recomendaciones

- A. Se recomienda mayor cantidad de investigaciones dentro de la etapa de vida del adulto mayor, que contribuyan a mejorar el estilo de vida y la calidad de la misma.
- B. Se recomienda a los futuros estudios de casos en neuropsicología, que se realicen en las distintas provincias del Perú realizar una validación y confiabilidad a los instrumentos de medición para una mejor medición de acuerdo al contexto sociodemográfico, puesto que la mayoría de instrumentos se encuentra validados a la ciudad de Lima.
- C. Se recomienda desarrollar programas de intervención que busquen rehabilitar la funcionalidad y en desempeño conductual eficiente en el adulto mayor.
- D. Realizar una propuesta de plan de seguimiento que identifique y valore el restablecimiento de la conductual de la paciente.

## VI. Referencias Bibliográficas

- Acuña, M. (1997). Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria. Editorial Paidós.
- Alvarado, G. A., & Salazar, M. A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *GEROKOMOS*, 6.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>.
- Bastardo, R., & Peña, A. (2022). Estrategias para la estimulación cognitiva en adultos mayores. *Universidad Central del Este Revista de posgrado*.  
<https://es.scribd.com/document/594828435/Bastardo-y-Pena>
- Borras, C., & Viña, J. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*.  
<https://medes.com/publication/114993>
- Calzada, C. (2017). El papel de la reserva cognitiva en el proceso de envejecimiento. *Revista de psicología universidad Cesar Vallejo*. 160-194.  
<http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/361/341>
- Cancino, & Rehbein. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Revista sociedad de Psicología Clinica*, 34, 183-189.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002>
- Caro, B. C. (2017). Deterioro Cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40, 107-112  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>

Carrasco, A. (2017). El papel de la reserva cognitiva en el proceso de envejecimiento. *Revista de psicología Universidad Cesar Vallejo*, 160-191.

<http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/361/341>

Cerillo, Q. S. (2019). *Programa rehabilitación neuropsicológica en una paciente geronto con deterioro cognitivo leve e hipotiroidismo* [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3580>

Chuquipul, P., y Izaguirre, C. M. (2018). *Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida Del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018*. [Tesis de pregrado de la Universidad Norbert Winer]. Repositorio Institucional de la UNW

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2575>

Custodio, N., Herrera, E., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezu, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia. *Anales de la Facultad de Medicina UMSM*, 73(4), 321-330.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832012000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832012000400009&script=sci_arttext)

Diaz, Franco, Parra, Toribio , Bueno, Martinez , Van der Roest. (2022). A Neuropsychological Rehabilitation Program for People with Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia. Results of a Randomized Controlled Trial After 4 and 12 Months of Treatment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 17.

<http://doi:10.3233/JAD-215350>

Espinoza, Q. M. (2022). *Medidas de autocuidado que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve en un centro de salud de Lima*

*Metropolitana*, 2020[Tesis de Pregrado Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional de la UMSM.

<https://hdl.handle.net/20.500.12672/17945>

Fernandez, F. V. (2019). Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo[Archivo PDF] .

<https://www.saneurologia.org/pdf-guias/libro-deterioro-cognitivo.pdf>

Forlenza, Diniz, Stella, Teixeira , & Gattaz. (2013). Mild cognitive impairment (part 1): clinical characteristics and predictors of dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 178-185.

<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-3503>

Gonzales , P. (2020). Programa de rehabilitación neuropsicológica en una adulta mayor con deterioro cognitivo leve e hipertensión arterial [Tesis de Segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4040>

Hebben, N., & Milberg , W. (2011). *Fundamentos para la Evaluacion Neuropsicologica* [Archivo PDF].

[https://cdn.websiteeditor.net/50c6037605bc4d1e9286f706427108e6/files/uploaded/1.%2520Fundamentos\\_para\\_la\\_evaluacion\\_neuropsicologica.pdf](https://cdn.websiteeditor.net/50c6037605bc4d1e9286f706427108e6/files/uploaded/1.%2520Fundamentos_para_la_evaluacion_neuropsicologica.pdf)

Hernández , R., Fernández , C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Editorial Mc Graw Hill.

Herros, S. I., & Jarvio, F. A. (2022). Fomento de lectura y escritura en adultos mayores.*Revista de investigacion cientifica del Centro de Estudios Superiores de Mexico y Centro de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas*, Volumen (10), 1-14.

<https://doi.org/10.29043/liminar.v20i1.895>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). Diagnostico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atencion . *Catalogo maestro de guias de practica clinica*.IMSS-144-08.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2021). Situación de la Poblacion Adulta Mayor. *Informe Tecnico anual*.

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin\\_adulto\\_mayor\\_1.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.pdf).

Jara, M. (2007). La Estimulación Cognitiva en personas adultos mayores. *Revista Cúpula*.4- 14.

<https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf>

Laguado , J. E., & Camargo, K. (2016). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Articulo de Universidad de Nariño*. 163-170.

<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>

Lozano , D. (2011). Concepción de vejez: Entre la biología y la cultura. *Revista de Enfermería imagen y desarrollo*, 13(2), 89-100.

<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/146.pdf>

Moreno, P. M., & Rodríguez , A. A. (2021). *Programa de estimulación cognitiva continuada “neurodown”:* prevención del deterioro cognitivo asociado a demencia en adultos con síndrome de DOWN[Tesis de Grado Academico, Universidad de Jaén] Repositorio Institucional de UJ

[https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/17260/1/Morillas\\_Soriano\\_Mara\\_Trinidad\\_TFG\\_Psicologa.pdf](https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/17260/1/Morillas_Soriano_Mara_Trinidad_TFG_Psicologa.pdf)

Organización de Naciones Unidas . (2015). *Perspectivas de la Poblacion mundial . magazine key findings y advance tables revision.*

[https://population.un.org/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](https://population.un.org/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf)

Organización Mundial de la Salud . (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. *Resvista OMS*

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15\\_01\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15_01_spa.pdf)

Oxford Dictionary. (2011). Discover how our language data could power. *OxfordLanguages.*

<https://languages.oup.com/dictionaries/>

Papalia , D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D., & Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del Adulto y la Vejez.* Editorial The McGraw-Hill.

Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista cubana de medicina general integral,* 21(1), 1-8.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252005000100017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000100017)

Petersen, R. (2003). *Mild Cognitive Impairment.* Editorial Oxford University Press.

Petersen, R., Smith, G., Waring, S., Ivnik, R., Tangalos, E., & Kokmen, E. (1999). *Mild Cognitive Impairment. Magazine Clinical Characterization and Outcome.*

<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/774828>

- Roman, F., & Sanchez, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Revista Anales de psicología*, Volumen (14), 27-43.  
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/31111/30251>
- Rui, Mingyue, Huiying, Yu, Shangjie, & Guohua. (2022). Effects of mind–body exercise Baduanjin on cognition in community-dwelling older people with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Routledge Taylor & Francis Group*,  
<https://10.1080/09602011.2022.2099909>
- Siteneski, Sanchez, & Olescowicz. (2020). Neurogenesis y ejercicios físicos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*.  
[http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S263125812020000100125&script=sci\\_arttext](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S263125812020000100125&script=sci_arttext)
- Sohlberg, & Mateer. (2001). *Cognitive Rehabilitation an Integrative Neuropsychological*. Editorial The Guilford Press
- Torralva. M.,T. (2019). *Rehabilitación cognitiva*. Editorial El Ateneo
- Victoria , P. M. (2020). *Estimulación de la memoria en adultos mayores*. [Tesis de Pregrado, *La Universidad FASTA*]. Repositorio Institucional FASTA  
<http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/bitstream/123456789/344/1/PALADINO%20C%20Mar%C3%ADa%20Victoria%20%20Trabajo%20final%20de%20graduaci%C3%B3n.pdf>
- Vinyoles, E., Vila, J., Argimon, J., Espiñas , J., Abos, T., & Limón, E. (2002). Concordancia entre el Mini-examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Revista El Sevier*  
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78956-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78956-7)

Willson , Emslie, Quirk, & Evans . (2001). Reducing everyday memory and planning problems by means of a paging sytem. *Journal of Neurology Neurosurgery, & Psychiatry*, 70-447.

<https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/70/4/477.full.pdf>

## **VII. Anexos**

## Anexo A

**Programa de Rehabilitación Neuropsicológica en un caso de Trastorno Cognitivo  
Leve de un Hospital Nacional de la Ciudad de Huancayo**

Sesión	Áreas de Trabajo	Procedimientos	Técnicas y estrategias	Tiempo de la sesión
1	Familia  Personal	1.- Se informa a la familia y paciente sobre el diagnóstico neuropsicológico y sus implicancias. 2.- Validar emociones y absolver dudas sobre el diagnóstico. 3.- Presentar los objetivos del programa y generar compromiso con la familia y paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traslado de información</li> <li>• Descarga emocional</li> <li>• Adherencia al Tratamiento</li> </ul>	45 min
2	Ambiente domiciliario	1.- Recipientes de colores para cada medicamento en los cuales habrá la cantidad exacta de medicamentos por semana. 2.- Meta planes de colores indicando el medicamento y la hora que tiene que tomar los medicamentos. 3.- Señalización en la cocina y sala sobre "No olvides Cerrar la puerta".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar el espacio físico</li> <li>• Estimulación visual</li> </ul>	30min

		<p>“No dejes la estufa encendida”</p> <p>“Cierra la llave del caño”</p> <p>“Deja tu llave aquí”</p>		
3	Ambiente domiciliario	<p>1.- Se monitorea el uso de los recipientes de colores para cada medicamento y como ha ido adecuándose al manejo de estos a través de juego de roles.</p> <p>2.- Se monitorea el uso y colocación de los metaplanes donde este indicando el medicamento y la hora que tiene que tomar los medicamentos, se realiza juego de roles.</p> <p>3.- Se monitorea la colocación de la señalización en la cocina y sala sobre “No olvides Cerrar la puerta”.</p> <p>“No dejes la estufa encendida”</p> <p>“Cierra la llave del caño”</p> <p>“Deja tu llave aquí”</p> <p>Se realiza juego de roles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guiar la conducta</li> <li>• Juego de Roles</li> </ul>	30min
		1.- En una caja se coloca un elemento a la vez en el cual la paciente tendrá que identificarlos sin poder verlos solo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de objeto a través del tacto.</li> </ul>	

4	Atención sensorial Memoria sensorial	<p>tocándolos. (Módena, lápiz, caramelo, vaso, borrador, crayola, plumón, abridor)</p> <p>2.- Con un reproductor musical se le hará escuchar sonidos, y se le preguntara a que hace referencia cada sonido que escuche y que recuerdos se le presentan. (aplausos, guitarra, maullidos de gato, ladridos de perro, sonido de la lluvia, vals antiguo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociación de sonidos.</li> </ul>	30 min
5	Atención sensorial Memoria sensorial	<p>1.- En tres cucharas diferentes se clasificarán tres sabores los cuales será, agrio, salado y dulce, con los ojos tapados degustaran los alimentos para luego comentar de que están comiendo y que recuerdo le trae.</p> <p>2.- En unos vasos cubiertos en los que no se vea el contenido, se pondrán las fragancias de lavanda, vino, limón y café, se les pedirá que huelan cada fragancia, para luego preguntar que sensaciones le produjo, que recuerdos se vienen a la mente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación gustativa.</li> <li>• Asociación olfatoria.</li> <li>• Asociación Visual.</li> </ul>	30

		3.- Se presenta 5 imágenes (fotografías personales) de ciudades, lugares, personas y objetos, se le dejara verlos por un minuto, para que posteriormente describa todo lo que recuerde.		
6	Atención selectiva Memoria de corto plazo	1.- Se pide que empiece lea los siguientes dígitos durante 5 minutos, para que después lo repita sin ver hasta donde recuerde: 1 25 2568 78969 598763 7859263 28793186 2.- Se pide que empiece lea los siguientes dígitos durante 10 minutos, para que después lo repita sin ver hasta donde recuerde: 265971 1462513 54813841 154786742 9674876073 29627623482	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorizar dígitos (1- 7)</li> <li>• Memorizar dígitos (8- 11)</li> </ul>	30
7	Atención focalizada Memoria de corto plazo	1.- Se pide que empiece lea los siguientes dígitos durante 10 minutos, para que después lo repita sin ver hasta donde recuerde:  Manzanas, Pimienta, Banana, Leche, Yogures, Bolsas de basura, Té, Lechuga, Lentejas, Fideos, Detergente, Café, Canela, Panel, Manzanas, Fosforo, Plátanos, Clavo de olor.  2.- Posterior a la repetición se hace una pausa se 15 minutos y después de le	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorizar palabras.</li> <li>• Evocar las palabras memorizadas.</li> </ul>	30min

		pide que vuelva a repetir las palabras previamente memorizadas.		
8	Atención focalizada Memoria de Trabajo	<p>1.- Se le pide a la paciente que lea las palabras que se encuentran enmarcadas y las ubique encerrándolas en una circunferencia.</p> <p>2.-Se le presenta de manera verbal 2 trabalenguas se pide que lo memorice y después lo evoque.</p> <p>Nota: Se le solícita que memorice entre semana para que lo repita la siguiente sesión.</p> <p>Ver Anexo 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorizar el Trabalenguas</li> <li>• Buscar Palabras</li> </ul>	
9	Atención selectiva Memoria de Trabajo Verbal	<p>1.- Se le pide que escuche atentamente la lista de palabras, se le repetirá por un periodo de 5 minutos una vez concluido se solicita que ordene de manera alfabética.</p> <p>2.- Se solicita que escuche una canción, luego de ser escuchada se le pide que cante.</p> <p>Nota: La participante tiene que memorizar la canción para la siguiente sesión.</p> <p>Ver Anexo 3</p>		

10	Atención selectiva Memoria de Trabajo Verbal	<p>1.- Se le repetirá una lista de palabras una vez de ser escuchadas se le solicitará que las deletree de forma inversa.</p> <p>2.- Se le va leer una serie de palabras tiene que estar atenta a la lectura, una vez se termine de leer se le solicita que repita las palabras.</p> <p>Ver Anexo 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetición de secuencias de palabras</li> <li>• Deletrear de forma inversa</li> </ul>	
11	Atención Selectiva Memoria visual	<p>1.- En un mapa se coloca los nombres de los países de sur américa se le pide que lo lea y observe por 5 minutos, luego se le solicita que coloque el nombre de todos los países observados.</p> <p>2.- Se proyecta 4 refranes se ordena que lea cada uno de ellos por el periodo de 5 minutos al terminar se desordena las palabras y la participante tiene que ordenarlo.</p> <p>Ver Anexo 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribir los nombres de países</li> <li>• Ordenar correctamente refranes</li> </ul>	
		<p>1.- Se muestra dos imágenes similares, pero con ligeras diferencias se le pide que observe cada imagen y encuentre las diferencias y las mencione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar diferencias</li> <li>• Escribir palabras.</li> </ul>	

12	Atención selectiva Memoria Visual	2.- Se procede a dictarle 20 palabras se le solicita que este atenta, una vez se termine, se indica que escriba todas las palabras dictadas.  Ver anexo 6		
13	Recursos personales	1.- Con Papelotes, plumones, post its, se elabora un calendario donde la participante coloque todas las actividades que se va realizar.  2.- Con un cuaderno en blanco se elabora una agenda personal la cual acompañará a la paciente cuando salga de casa en las que incluirá las compras que va realizar, los precios de los productos y el gasto semanal que realiza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar calendario propio.</li> <li>• Apertura de una agenda.</li> </ul>	
14	Recursos externos	1.- Colocar la pizarra de actividades dentro de la sala de la paciente el cual marque todas las actividades que tiene que realizar tanto como el uso del recurso de las modificaciones ambientales.  2.- De manera contingencia se estala carteles de 30x30 cm en el cuarto de la paciente el cual le indique que debe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar pizarra de actividades.</li> <li>• Carteles recordatorios.</li> </ul>	

		tomar el medicamento y marcarlo en la pizarra.		
15	Uso de recursos externos	<p>1.- Se monitorea mediante la técnica de simulación conductual en uso de los recursos externos instalados en el domicilio.</p> <p>2.- Se realiza ejercicios de atencionales los cuales buscaran generar distracción al momento de la simulación para valorar el grado de concentración y generación de rutina que hizo la paciente.</p>	Supervisar el uso de los recursos enseñados.	30min
16	Retroalimentación	<p>1.- Mediante el trabajo de “organizador temático” se solicita a la participante que realice mediante plumones y papelotes un resumen de las estrategias enseñadas.</p> <p>2. Se explica las estrategias enseñadas apelando a que esta se mantenga para poder generar mejor desempeño individual.</p>	Cierre del programa	30min

## Anexo B

C	A	Q	S	S	E	P	T	I	E	M	B	R	E	D	S
E	Q	Q	F	E	R	H	J	D	J	P	A	R	U	I	P
V	K	C	I	E	N	C	I	A	V	F	Q	F	L	K	K
I	Y	U	I	U	A	Q	U	D	S	X	U	V	P	N	U
C	T	I	T	J	S	A	N	R	W	S	I	J	L	X	C
H	R	O	A	H	D	Z	H	E	Z	A	N	M	P	Z	D
E	E	P	M	D	F	W	Y	V	A	Y	H	I	N	A	F
G	W	A	A	F	G	S	O	J	Q	A	Y	K	Q	S	G
H	Q	S	L	V	H	D	B	S	N	B	B	O	W	D	D
J	E	D	E	B	R	X	G	E	P	A	G	O	E	F	A
O	T	F	S	A	J	E	T	X	O	C	T	T	R	G	T
W	Y	G	C	A	R	L	O	T	A	A	V	I	T	H	R
T	J	I	U	N	K	D	R	O	L	S	F	R	Y	J	E
A	R	H	I	M	P	A	I	T	A	W	R	B	U	K	B
V	J	J	L	N	L	C	F	M	I	E	E	A	I	N	I
S	E	C	H	U	R	A	V	I	K	D	C	C	O	P	L

CIENCIA   
 VERDAD   
 CARLOTA   
 LIBERTAD   
 SILVIA   
 CEVICHE   
 SECHURA   
 SEXTO

RICARDO   
 CABRITO   
 TAMALES   
 UNP   
 PIURA   
 SEPTIEMBRE   
 PAITA   
 AYABACA

Lado, ledó, lido, lodo, ludo,  
 decirlo al revés lo dudo.  
 Ludo, lodo, lido, ledó, lado,  
 ¡Qué trabajo me ha costado!

Amaya tiene un gallo  
 que no calla,  
 siempre está ese gallo  
 apoyado en una valla.

Si oyes gallear un gallo  
 no falla, es el de Amaya  
 que siempre está apoyado  
 cantando sobre la valla.

## Anexo C

Palabras a ordenar:

- TORTILLA, ORDENADOR
- CABEZA, AVIÓN
- LIBRO, ANZUELO
- CÁMARA, FOTOS
- BOMBILLA, LÁMPARA
- TELÉFONO, RELOJ
- ANILLO, GATO
- SOL, BOTELLA
- SALAZAR, ROMERO
- PELÍCULA, TELEVISOR
- ENCENDEDOR, TIMBRE
- FÓSFORO, CAMIÓN
- ZORRO, BURRO
- FUNCIÓN , CINE
- FIESTA, RADIO
- MUEBLE, LLAVE
- CAJÓN.MESA

## Nino Bravo – Noelia (Canto)

Hay una chica que es igual  
 Pero distinta a las demás  
 La veo todas las noches  
 Por la playa pasear  
 Y no sé de dónde viene  
 Y no sé a dónde va

Hace tiempo que sueño con ella  
 Y solo sé que se llama Noelia  
 Hace tiempo que vivo por ella  
 Y solo sé que se llama Noelia

Noelia, Noelia, Noelia, Noelia, Noelia  
 Noelia, Noelia, Noelia, Noelia, Noelia

Yo quiero hablarle de mi amor  
 Pero ella da la espalda y se va  
 Parece que me va a llamar  
 Y luego huyo sin hablar

Hace tiempo que sueño con ella  
 Y solo sé que se llama Noelia

Hace tiempo que vivo por ella  
 Y solo sé que se llama Noelia

Noelia, Noelia, Noelia, Noelia, Noelia  
 Noelia, Noelia, Noelia, Noelia, Noelia

Hace tiempo que no he vuelto a verla  
 Y ya no sé qué será de Noelia  
 Por la noche la busco en la playa  
 Y en el silencio yo grito  
 ¡Noelia!

Noelia, Noelia, Noelia, Noelia, Noelia  
 Noelia, Noelia, Noelia, Noelia, Noelia  
 Noelia, Noelia, Noelia, Noelia  
 Noelia

No sé qué hará  
 Ni si vendrá  
 Mas yo la espero

## Anexo D

## Deletreo inverso

- derramar
- participar
- observar
- juguete
- sollozar
- asignación
- hospital
- leer
- plumaje
- teléfono
- avanzar
- peatones
- semáforos
- tránsito
- virar
- zona
- paz
- dirigir
- condición
- peces
- reciclar

## Repetición de palabras

- avanzar, azotar, varilla, servir, hombro, arena, ahogado, empacar, comunidad, laborioso, zumbiar, confianza, acróbata, éxito, múcaro, patrullero, portón, reguardo, río, yola, mofar, mágico, nítido.

## Anexo E



## Refranes:

- Primer día de agosto, primer día de invierno.
- No quieras de tu amigo, más de lo que él quisiera contigo.
- Viento, mujer y fortuna, mudables como la luna. Viento y ventura, poco dura.
- La primavera pasa ligera, al revés que el invierno que se hace eterno.



## Anexo G

1.- Dictado de palabras: Toxico, extremo, sexto, alma alto, esto, arte , arma anda , espuela , indio, onda, isla , arpa, faja, familia, hoja, zapato.