

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

GUIA TECNICA:
GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
EN LA ATENCIÓN A PACIENTE CON
DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL)

Departamento de Especialidades Médicas

Servicio de Salud Mental - Psicología

2024



Dr. Víctor GONZALES PEREZ

Director General del Hospital Nacional Dos de Mayo

Dra. Glicería LAVADO DE LA FLOR

Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad

Dra. Lucía Beatriz Bobbio Fujishima

Jefa del Departamento de Especialidades Médicas



JEFATURA

Psic. LAVADO CARRILLO, Paula
Jefe del Servicio de Salud Mental

PARHUAYO ESTEBAN, LUIS ALBERTO
Coordinadora de Psicología

EQUIPO ELABORADOR

ECHEVARRIA VIGO, IseI
Mg. en Neuropsicología

EQUIPO TRABAJO DE SALUD MENTAL

ECHEVARRIA VIGO, IseI
Mg. en Neuropsicología

HERRERA ALVA, Vladimir
Lic. Psicólogo



ÍNDICE

I.	Finalidad.....	1
II.	Objetivo.....	1
2.1.	Objetivo general.....	1
2.2.	Objetivo específico.....	1
III.	Ámbito de aplicación.....	2
IV.	Nombre del procedimiento a estandarizar.....	2
4.1	Nombre :.....	2
4.2	Código:.....	2
V.	Consideraciones Generales.....	2
5.1	Definiciones Operativas.....	2
5.2	Conceptos Básicos.....	5
5.3	Requerimientos Básicos.....	8
5.4	consentimiento informado.....	9
VI.	Consideraciones específicas.....	9
6.1	indicaciones.....	9
6.2	contraindicaciones.....	10
6.3	descripcion detallada del procedimiento.....	10
6.4	complicaciones.....	15
VII.	Recomendaciones:.....	16
VIII.	Anexos.....	16
IX.	Bibliografía.....	15



GUÍA TÉCNICA:
**GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A
PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL)**

I. FINALIDAD.

La presente guía es una herramienta que busca estandarizar los procesos de atención a pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) en la sub-unidad de Neuropsicología, así como el uso de los recursos materiales y estrategias con la finalidad de contribuir a mejorar y unificar los procedimientos especializados que se consideran en una atención a paciente con DCL del Servicio de Salud Mental del Hospital Nacional Dos de Mayo, para la satisfacción de las necesidades de salud de la población, siguiendo criterios técnicos y normativos del Ministerio de Salud.

En el proceso de atención y evaluación a pacientes con deterioro cognitivo leve, tiene como objetivo estudiar ampliamente la relación entre el funcionamiento del sistema nervioso central y la conducta – emoción y cognición. Por tanto, requiere llevar a cabo una serie de evaluaciones con test estandarizados y adaptados al contexto, con la finalidad de precisar el diagnóstico y brindar una acertada e individualizada intervención neuropsicológica.

Del mismo modo, se hace hincapié en analizar los diferentes factores y/o variables que pueden desencadenar un deterioro cognitivo leve y alterar el desempeño óptimo e independiente del paciente atendido en la sub-unidad de Neuropsicología del Servicio de Salud Mental - Hospital Nacional Dos de Mayo.

II. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar los procedimientos de atención y abordaje integral al paciente con Deterioro Cognitivo Leve, necesariamente ejecutados por el especialista en Neuropsicología del Hospital Nacional Dos de Mayo para optimizar la calidad de atención, evaluación e intervención.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Normar los procedimientos realizados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Nacional Dos de Mayo, siguiendo los lineamientos señalados por el ente rector.
- Lograr la regulación de los procedimientos y precisión del pronóstico en la redacción del informe Neuropsicológico en todos pacientes con el diagnóstico de DCL.
- Lograr la disminución del tiempo en la entrega del informe Neuropsicológico.
- Obtener una base de datos que nos permita mejorar los procesos.
- Diseñar un óptimo plan de intervención en base a la evaluación Neuropsicológica (1).



III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La aplicación de la presente guía se lleva a cabo por los psicólogos clínicos que cuentan con estudios de segunda especialidad en Neuropsicología.

POBLACIÓN OBJETIVO:

La presente Guía Técnica es de aplicación y cumplimiento obligatorio en la Sub-unidad de Neuropsicología a todo paciente mayor de 18 años de edad con Deterioro Cognitivo Leve del servicio de Salud Mental del Hospital Nacional Dos de Mayo.

IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

4.1. NOMBRE:

- Procedimiento asistencial en la atención a pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL).

4.2. CÓDIGO:

- **CODIGO INSTITUCIONAL:** 96.100.09
DENOMINACIÓN: Evaluación Neuropsicológica por sesión (atención a pacientes con deterioro cognitivo leve).

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- Dominios Neurocognitivos:** tales como: Atención, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, habilidades perceptuales motoras, reconocimiento social, todos estos dominios cognitivos constituyen la base para diagnosticar los trastornos neurocognitivo, niveles y tipos. (1, 5).
- Trastornos cognitivos (mayores, leves y delirium):** son anomalías de los procesos mentales, que se asocian a una disfunción cerebral temporal o permanente. Sus síntomas principales incluyen problemas de la memoria, la orientación, el lenguaje, el procesamiento de la información, y la capacidad para concentrarse y mantener la atención en una tarea. Un trastorno cognitivo se debe a una condición médica o al consumo de una sustancia que da origen a defectos de la estructura, la química o la fisiología cerebrales. DSM5 (5).
- Trastornos Neurocognitivos (TNC):**
El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5-TR) Se refiere a todos los trastornos que presentan como característica principal el Déficit cognitivo, resaltado que esta disfunción cognitiva es adquirida, es decir no ha estado presente desde el nacimiento o en la infancia temprana y por tanto el funcionamiento cognitivo va en declive (5). Existen diferentes tipos de Trastornos Neurocognitivo, puede ser: TNC debido a la enfermedad de Alzheimer, TNC vascular, TNC con cuerpos de Lewy, TNC debido a la enfermedad de Parkinson, TNC fronto-temporal, TNC debido a



lesión cerebral traumática, TNC debido a infección por VIH, TNC inducido por sustancias/medicamentos, TNC debido a la enfermedad de Huntington, TNC debido a enfermedad por priones, TNC debido a otra afección médica, TNC debido a múltiples etiologías y TNC no especificado (5).

En este sentido, el DSM-5 engloba el término Trastorno Neurocognitivo (TNC) Menor y Mayor. El término de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) queda sustituido por el término Trastorno Neurocognitivo Menor y el término demencia por Trastorno Neurocognitivo Mayor (3).

d) Deterioro Cognitivo Leve (CIE10: F06.7):

Después de los 40 años el organismo empieza a perder capacidades motoras, sensoriales y cognitivas. Lo cual se evidencia en consulta y se presentan como quejas subjetivas de problemas de memoria, atención, sin embargo, no cumplen con los criterios de un cuadro demencial, pues las actividades de la vida diaria no se ven comprometidas (9).

El manual DSM-5, lo denomina como Trastornos Neurocognitivos Leve (TNC Leve), como un subtipo de TNC y lo reconoce como un término usado para describir a los individuos cuyas alteraciones cognitivas debida a varias causas que pueden ser progresivas, estables o reversibles no son lo suficientemente graves como para afectar el funcionamiento cotidiano (2)

El trastorno neurocognitivo Leve, también se ha definido como parte de un nuevo "síndrome denominado fragilidad senil, que refleja una vulnerabilidad inespecífica con cambios fisiológicos multisistémicos, incluye fragilidad física y cognitiva". Es casi siempre reversible, pero quienes los sufren tienen más riesgo de desarrollar demencia (2).

En un estudio longitudinal de inteligencia de adultos de Seattle, se demostró una reducción significativa en las habilidades cognitivas, pero con amplísimas diferencias individuales, pues, los individuos con alta puntuación en habilidades cognitivas, se asocia a la mayor escolaridad, personalidad flexible, mantenerse en empleos con más exigencias intelectuales y tener satisfacción con los logros personales (11).

Según Castellanos, los recuerdos que contienen un componente emocional son más resistentes a los efectos del deterioro cognitivo (12).



Subtipos de Deterioro Cognitivo Leve:

CUADRO N.º 02: DCL AMNESICO Y NO AMNESICO

VARIABLE	AMNESICO	NO AMNESICO
Etiología	Enfermedad neurodegenerativa Apolipoproteína (APOE)	Daño vascular Enfermedad cerebrovascular
Patología	Neurodegenerativas Placas amiloide Ovillós neurofibrilares Atrofia de hipocampo Reducción en el volumen cerebral	Cerebrovascular Infartos corticales Infartos subcorticales Hiperdensidades en la sustancia blanca
Presentación	Trastorno de la memoria	Trastorno de otros dominios cognitivos
Resultado a Largo plazo	Demencia tipo Alzheimer	Demencia vascular, de los cuerpos de Lewy, Frontotemporal

Fuente: Roberts, y Knopman, 2013 (2)

e) Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNC-Mayor):

Denominado Demencia (CIE-10: F03) por el DSM IV termino muy amplio que muchos médico y pacientes aún lo mantiene. Por lo general se usa para referirse a una gran cantidad de padecimientos neurodegenerativos que afectan a personas mayores de edad, tales como Alzheimer, Parkinson, Fronto-temporal Vascular, entre otros (2). El Manual DSM – 5, sustituyo el término por trastornos Neurocognitivo Mayor.

TNC - Mayor, Se caracteriza por marcada disfunción cognitiva en uno o más dominios cognitivos, por ejemplo, fallas en la memoria, déficits en las funciones ejecutivas, las cuales comprometen la planificación, organización de tareas y rutinas complejas. Esto se manifiesta en actividades de la vida diaria como el manejo de medicamentos, planificación de un viaje o tareas de la vida diaria, es decir interfiere en la autonomía del individuo para manejar sus actividades cotidianas (5).

f) Informe neuropsicológico

Documento en el cual se plasma los resultados de análisis clínico e interpretación de los hallazgos relevantes de un proceso de evaluación Neuropsicológica (9). Asimismo, en este documento queda detallado el plan de intervención (Rehabilitación Neuropsicológica) a trabajar con el paciente evaluado (10).

g) Rehabilitación neuropsicológica:

Es un término que puede aplicarse a cualquier estrategia de intervención o técnica que tenga como objetivo reducir el déficit cognitivo, es decir, promover la recuperación de funciones cerebrales alteradas, mejorar la capacidad funcional (pese a la existencia de alteraciones neuropsicológicas), y autonomía de las personas con déficits neuropsicológicos (2).



La rehabilitación neuropsicológica, se sustenta de las bases biológicas de la plasticidad cerebral. Menciona 3 enfoques:

- Restauración: estimula y realizar tareas repetitivas que activan la función dañada.
- Compensar: usar ayudas externas para sustentar la actividad
- Sustituir: emplear otras rutas cerebrales y procesos psicológicos preservados para desempeñar la función perdida.

En este sentido, la rehabilitación cognitiva recomienda estrategias para el mantenimiento cognitivo: en primer lugar, el ejercicio físico, segundo, el entrenamiento cognitivo, el aprender nuevas habilidades, en tercer lugar y por último el compromiso. (9)

Un estudio longitudinal de inteligencia de adultos de Seattle, demostró que los participantes que se someten a una intervención enfocada en el entrenamiento cognitivo (por ejemplo, ejercicios de habilidades de razonamiento) tuvieron menos propensión a sufrir demencia en 7 años después (11).

Asimismo, algunas investigaciones demostraron que cuantas más estrategias de memoria se entrenen, menor es el déficit en dicho dominio cognitivo, por tanto, se reduce los deterioros propios de la edad (11).

Castellano, en sus últimos estudios demuestra la importancia de la respiración y cómo influye en la capacidad de memorizar, recordar y aprender, por su impacto en el Hipocampo (12).

Cabe señalar, la importancia de la utilización de herramientas tecnológicas, por ejemplo, la Plataforma Online NEURON UP que contiene múltiples ejercicios según el dominio cognitivo, lo cual facilita a los terapeutas (2).

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

La Neuropsicología Clínica:

Es una rama de la Neurociencia que se dedica al estudio de las relaciones entre el sistema nervioso central, cognición, conducta y emociones en personas con cerebros sanos y en pacientes con daño adquirido, trastorno neurodegenerativo o del neurodesarrollo (1).

En este sentido, el proceso de evaluación neuropsicológica es un examen amplio que engloba la exploración de las funciones cognitivas (atención, memoria, funciones ejecutivas, entre otros), conductuales y emocionales, que sirven de antesala para el desarrollo de un diseño de intervención (rehabilitación neuropsicológica) que tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de los pacientes y lograr su autonomía y bienestar (1).

Asimismo, los pilares de una evaluación neuropsicológica, es realizar una exhaustiva historia clínica o anamnesis, observación diagnóstica y la adecuada aplicación de pruebas o baterías neuropsicológicas, lo cual, permitirá diseñar un perfil de capacidades preservadas y afectadas con la finalidad de establecer una línea base que ayudará a predecir, comparar la evolución y éxito del plan de Rehabilitación neuropsicológica (2).

Asimismo, flexibilidad, creatividad y experiencia del examinador son características importantes para lograr una óptima evaluación neuropsicológica (6).



Evaluación Neuropsicológica:

Entendiendo la relación entre el sistema nervioso central y la cognición, conducta y emociones, la evaluación neuropsicológica es ejecutado por el especialista en neuropsicología que gracias a la exploración de las funciones cognitivas superiores puede determinar la presencia de Deterioro Cognitivo Leve o de otros síndromes cognoscitivos/ comportamentales (afasia, amnesia, demencia, etc.) y puede sugerir la etiología de la condición patológica, su topografía, su posible evolución, y cuáles podrían ser las medidas de rehabilitación y manejo especializado e individualizado para el bienestar y calidad de vida del paciente (9).

Baterías neuropsicológicas:

En la evaluación neuropsicológica se han desarrollado diversas baterías de pruebas estandarizadas y no estandarizadas que se integran por pruebas diseñadas y adaptadas a la necesidad individual de cada paciente que intentan evaluar de forma amplia las funciones superiores cognitivas, tanto en su nivel más complejo (funciones ejecutivas) como en los componentes básicos (atención).

A continuación, Rosselli y colaboradores (1,8) describen las pruebas neuropsicológicas más usadas en la evaluación neuropsicológica, según el dominio cognitivo:

CUADRO N.º 01:
TEST NEUROPSICOLÓGICOS, SEGÚN LOS DOMINIOS COGNITIVOS

DOMINIOS COGNITIVOS	EVALUACION TEST NEUROPSICOLOGICOS
Motricidad	Fuerza Prueba de praxis Ideomotora e ideacional Secuencia de movimientos alternantes
Atención	Retención de dígitos – directos e inversos Prueba de cancelación Digito símbolo
Velocidad de Procesamiento	Clave número Búsqueda de símbolos TMT A y B Stropp
Lenguaje	Prueba de Boston para el diagnóstico de afasia. Prueba de denominación de Boston Prueba de escritura, lectura y gramática Prueba de fluidez verbal



DOMINIOS COGNITIVOS	EVALUACION TEST NEUROPSICOLÓGICOS
Somato sensorial	Localización de puntos Reconocimientos de dedos Reconocimientos de objetos
Habilidades viso espaciales y construccionales	Reconocimientos derecha – izquierda Copia de figura de rey Dibujo espontaneo Reconocimiento de figuras superpuestas
Memoria Memoria de Trabajo	Digito Cubos de corsi Escala de memoria de wechsler Prueba de memoria visual de Benton Aprendizaje verbal seriado
Memoria Semántica	Fluidez verbal Fluidez de dibujos
Funciones ejecutivas	Pruebas de categorías Prueba de Stroop Analogías Solución d problemas aritméticos
Inhibición Control de interferencia	Stroop Go / nogo
Flexibilidad cognitiva	Wisconsin Test de categoría
Planificación	Torres de Hanoi
Nivel cognoscitivo general	Batería Neuropsicológica Breve en español: NEUROPSI Moca Wechsler para Adultos

Fuente: Rosselli, Chamorro y Orosco, 2010 (2)



5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS.

5.3.1. RECURSOS HUMANOS

- 01 Neuropsicólogo

5.3.2. RECURSOS MATERIALES

a) Material Médico no Fungible

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Mascarilla KN 95	Unidad	1
Lapiceros	Unidad	1
Hojas bond	Unidad	1

b) Material médico fungible

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Formato: Protocolo de entrevista psicológica estructurada o semiestructurada, utilizado por cada paciente nuevo.	Juego de 2 hojas	6
Formato: Protocolos de baterías neuropsicológicas.	Juego de 10 hojas	6

c) Medicamentos y dispositivos médicos No Aplica

d) Equipos

- Equipos Biomédicos
 No Aplica
- Instrumental
 No Aplica
- Equipos de Computo

Descripcion	Unidad de Medida	Cantidad
Monitor Led	Unidad	01



CPU	Unidad	01
Teclado / Mouse	Unidad	01
Impresora Laser	Unidad	01

• **Mobiliario**

Descripción	Unidad de Medida	Cantidad
Escritorio	Unidad	1
Sillas para el psicólogo, paciente y familiar	Unidad	1
Estante Unipersonal	Unidad	1

• **Servicios**

Descripción	Unidad de Medida	Cantidad
Servicios Básicos	Unidad	1
Servicio de Internet	Unidad	1

5.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El Neuropsicólogo debe informar de forma verbal las características de la evaluación neuropsicológica, los beneficios de dicha atención y la no vulnerabilidad de la intervención. Por lo cual, el paciente o familiar deben expresar de forma verbal su aprobación o negación a dicho procedimiento e inmediatamente, el profesional lo debe registrar en el relato descriptivo de la historia clínica del paciente.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. INDICACIONES.

6.1.1. INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Todo paciente hospitalizado pagante o SIS que requiera una evaluación neuropsicológica, será atendido a través de interconsulta del médico tratante.
- De forma ambulatoria, todo paciente pagante o SIS que acuda con interconsulta del médico tratante para una evaluación neuropsicológica (9).
- De forma ambulatoria todo paciente pagante o SIS que requiera una evaluación neuropsicológica y sea derivado de Centros Educativos, Psicólogo Clínico, Especialistas, entre otros profesionales.



6.1.2. INDICACIONES RELATIVAS.

- Paciente con notorio deterioro cognitivo y/o trastorno psiquiátrico, es necesario acudir con un familiar responsable. Quien participará de la evaluación al paciente y de la ampliación de la historia clínica (9, 10).
- Importante tener en cuenta las condiciones ambientales durante la aplicación: adecuada iluminación, zona libre de ruidos, ventilación adecuada, además de tener en cuenta que las interrupciones durante la aplicación deben ser mínimas y/o inexistentes, a fin de facilitar la concentración del examinado y obtener un resultado lo más verídico posible (1).

6.2. CONTRAINDICACIONES

6.2.1. CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Paciente con efecto de sustancia psico-adictiva no podrá ser evaluado, debido a que los datos brindados no serán verosímiles (9).
- Pacientes con efectos notorios de medicamentos y/o en estados de conciencia mínima, serán observados y nuevamente reprogramados (14).
- Pacientes que muestren conductas agresivas e intolerancia no podrán ser evaluados y serán nuevamente reprogramados.

6.2.2. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS.

- En el caso de paciente con efectos de medicamentos y/o en estados de conciencia mínima, se solicita la intervención de un familiar para ampliar la historia clínica y otro tipo de evaluación (6, 14).
- En el caso de paciente con conductas agresivas u otra alteración que obstaculiza la ejecución de la evaluación, será necesario la intervención de un familiar y un informe o reporte psiquiátrico para llevar a cabo la evaluación neuropsicológica (9).

6.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

6.3.1. REQUISITOS

- Historia clínica (HC)
- Indicación Neuropsicólogo

6.3.2. DURACIÓN APROXIMADA DEL PROCEDIMIENTO:

El tiempo pertinente para llevarse a cabo el procedimiento es de aproximadamente 45 minutos por sesión. Tiempo óptimo para que el paciente previamente citado y habiendo aprobado verbalmente su consentimiento, pueda asistir y mostrar su participación activa durante el procedimiento en las 10 sesiones programadas.

6.3.3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

En la Sub-unidad de Neurociología se brinda la atención a pacientes nuevos y continuadores, dicha organización lo ejecuta el personal técnico en todas las sesiones durante 5 minutos previos a la atención de Neuropsicología.



Paciente nuevo, se denomina a toda persona que es atendida por primera en la Sub-unidad de Neurociología. Dicha atención tiene como objetivo profundizar en el motivo de consulta, se realiza la entrevista estructurada y se aplica el test de tamizaje con la finalidad de obtener una certera impresión diagnóstica y en un tiempo aproximado de 45 minutos.

Paciente continuador, es aquel paciente que aprobó el consentimiento verbal y se compromete a continuar con las sesiones de evaluación e intervención, las cuales oscilan de 7 a 10 sesión, en un tiempo conveniente de 45 minutos por sesión previamente programada.

A continuación, se expone detalladamente el procedimiento de atención, especificando la actividad y el tiempo invertido.

a) Previo al procedimiento

	Detalle de la actividad	Responsable	Duración
1.	Previa a la atención del paciente, el profesional se debe asegurar en obtener la correcta historia clínica del paciente	Neuropsicólogo	2 minutos
Tiempo aproximado			2 minutos

b) Durante el Procedimiento

i. Primera Consulta:

	Detalle de la Actividad 1° Sesión	Responsable	Duración
1.	El Neuropsicólogo realiza una entrevista estructurada (Anexo 2), lo cual permitirá obtener una certera impresión diagnóstica.	Neuropsicólogo	15 minutos
2.	Culminada la entrevista estructurada, se realiza aplicación de un Test de Tamizaje (Test de Evaluación Cognitiva Montreal - MOCA (Anexo 3) (9). Inmediatamente se realiza la calificación y se obtiene un puntaje que lo ubicará en una determinada categoría y según ello se determinará el nivel de Deterioro, es decir: leve, moderado o severo (13)	Neuropsicólogo	15 minutos



**GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTE CON DETERIORO
COGNITIVO LEVE (DCL)**

2024

3.	<p>En este sentido, al tener el resultado del Test de tamizaje y analizar los detalles de la historia clínica, permite discriminar y determinar si el paciente continúe con el profesional de neuropsicología o se deriva al psicólogo clínico.</p> <p>Por tanto, de acuerdo al análisis, se clasifica al paciente con dos posibilidades:</p> <p>a) Continúa con la evaluación e intervención en Neuropsicología, debido a la necesidad de profundizar y obtener un diagnóstico definido y un perfil de los dominios cognitivos, con la finalidad de diseñar un plan de intervención para la rehabilitación neuropsicológica (2).</p> <p>b) Se determina priorizar aspectos psicológicos, es decir, abordar duelos inconclusos, ansiedad, depresión, conflictos internos, entre otros trastornos emocionales que generan alteración cognitiva. Es necesario derivarlo al psiquiatra y/o psicólogo clínico y culminar la terapia.</p>	Neuropsicólogo	10 minutos
4.	<p>Para finalizar la primera sesión, se explica al paciente y familiar sobre lo trabajado, se aclara las inquietudes. Se brinda orientación y consejería. Si se acuerda la continuación de evaluación, se programa la siguiente cita en Neuropsicología.</p>	Neuropsicólogo	5 minutos
Tiempo aproximado de atención			45 minutos

ii. **Segunda consulta:**

	Detalle de la Actividad	Responsable	Duración
2° Sesión			
1.	<p>Revisa los apuntes anteriores, verifica la necesidad de ampliar el estudio de los dominios cognitivos, por lo cual realiza una evaluación amplia con la Batería Neuropsicológica – NEUROPSI (Anexo 04) utilizada en la sub-unidad de Neuropsicología (9).</p>	Neuropsicólogo	30 minutos
2.	<p>Se explica al paciente y familiar sobre lo avanzado, se refuerza la importancia de culminar con todas las evaluaciones, se esclarecen las dudas y se programa nueva cita.</p>	Neuropsicólogo	10 minutos
Tiempo aproximado de atención			45 minutos



iii. **Tercera Consulta:**

	Detalle de la Actividad 3° Sesión	Responsable	Duración
1.	Revisa la evolución de lo avanzado. Certifica que en esta sesión corresponde la evaluación intelectual con pruebas de Weschler para adultos - WAIS (Anexo 05), lo cual, según la amplitud de la prueba y el manual, el tiempo aproximado de aplicación es de 45 minutos a 1 hora, por lo que el autor sugiere la aplicación en 2 fechas de en una semana.	Neuropsicólogo	30 minutos
2.	Se explica al paciente y familiar sobre lo avanzado, se refuerza la importancia de culminar con todas las evaluaciones, se esclarecen las dudas y se programa nueva cita.	Neuropsicólogo	10 minutos
Tiempo aproximado de atención			45 minutos

iv. **Cuarta Consulta:**

	Detalle de la Actividad 4° Sesión	Responsable	Duración
1.	Revisa la evolución de lo avanzado. Certifica que en esta sesión corresponde continuar con la evaluación intelectual con pruebas de Wechsler para adultos - WAIS (anexo 05) Asimismo, si el profesional cree necesario evaluará con Test neuropsicológicos específicos, por el ejemplo, el test de Stroop (anexo 06); Memoria auditiva (anexo 07) y TMT A - B (anexo 08)	Neuropsicólogo	30 minutos
2.	Se explica al paciente y familiar sobre lo avanzado, se refuerza la importancia de culminar con todas las evaluaciones, se esclarecen las dudas y se programa nueva cita.	Neuropsicólogo	10 minutos
Tiempo aproximado de atención			45 minutos



v. **Quinta Consulta:**

	Detalle de la Actividad 5° Sesión	Responsable	Duración
1.	Revisa la evolución anterior, y según ello continua con la evaluación que corresponde. En esta sesión corresponde ampliar el estudio de aspectos emocionales y personalidad, con test psicológicos de personalidad (anexo 09) y aspectos emocionales, tales como Depresión (anexo 10), ansiedad (anexo 11) utilizada en la unidad de Psicología (9).	Neuropsicólogo	30 minutos
2.	Se explica al paciente y familiar sobre lo avanzado, se informa que la siguiente cita se leerá el informe neuropsicológico, se explicará del plan de intervención para las siguientes citas iniciar con la Rehabilitación cognitiva.	Neuropsicólogo	10 minutos
Tiempo aproximado de atención			45 minutos

vi. **Sexta consulta:**

	Detalle de la Actividad 6° Sesión	Responsable	Duración
1.	Se leerá al paciente y familiar (previa autorización verbal del paciente) el informe neuropsicológico (anexo 12). Se explica los resultados obtenidos en relación al perfil de los dominios cognitivos conservados y en déficit, Rasgos de personalidad y aspectos emocionales. Asimismo, se hace hincapié en el diseño del plan de intervención y el número de sesiones sugeridas a trabajar (2).	Neuropsicólogo	30 minutos
2.	El profesional explicará y sensibilizará en la importancia de continuar las sesiones de Rehabilitación neuropsicológica. En este sentido, se clasifica al paciente con dos posibilidades: a. Paciente se compromete a continuar con las siguientes 5 a 10 sesiones de rehabilitación neuropsicológica en este nosocomio. b. Paciente sólo requiera el informe Neuropsicológico y decide postergar sus sesiones de rehabilitación, o llevarlas en otro centro especializado.	Neuropsicólogo	10 minutos
Tiempo aproximado de atención			45 minutos



vii. **Séptima consulta: Intervención**

	Detalle de la Actividad 7° Sesión	Responsable	Duración.
1.	<p>En esta sesión se da inicio a la rehabilitación cognitiva, y se empieza a entrenar los dominios cognitivos más básicos, tales como atención, concentración y así sucesivamente todos dominios, hasta el más complejo (funciones ejecutivas), ejercicios que se programan y aún son entrenados con papel y Lápiz (anexo 13). Sin embargo, embargo muchos estudios sugieren que lo más recomendable para el paciente es poder entrenar los dominios cognitivos computarizados, es decir, a través de plataformas online, por ejemplo: Neuro Up (2).</p> <p>Asimismo, en esta etapa de intervención, es muy importante contar con un ambiente propicio, donde se pueda realizar talleres de entrenamiento cognitivo, técnicas de respiración (12) y relajación para contribuir a la recuperación del paciente.</p>	Neuropsicólogo	35 minutos
2.	El profesional explica al paciente y familiar sobre lo trabajado. Explica la importancia de continuar las sesiones de Rehabilitación neuropsicológica y programa una cita de procedimiento (próxima consulta).	Neuropsicólogo	5 minutos
	Tiempo de atención	45 minutos	

6.4. **COMPLICACIONES**

6.4.1. **COMPLICACIONES INMEDIATAS**

COMPLICACIONES	ACCIONES A REALIZAR
1) Discontinuidad en las atenciones.	<ul style="list-style-type: none"> - La discontinuidad en las atenciones, generan complicaciones en la adherencia al tratamiento psiquiátrico y/o médico, empeorando la sintomatología física y psicológica del paciente (9). - Del mismo modo, el equipo de profesionales del área de psicología, considera importante registrar en la Historia Clínica las reiteradas inasistencias del paciente y a criterio del profesional a cargo decidirá si realiza el llamado con la finalidad de conocer la situación que acontece y procederá a determinar.



2) Paciente con actitud violenta.	<ul style="list-style-type: none">- El equipo de profesionales del servicio de Salud Mental, consideran que el profesional debe informar al paciente y/o familiar, las consecuencias de la conducta inadecuada.- Por ende, el profesional describe en la historia clínica las características del paciente y se reporta la restricción de las atenciones hasta que el paciente logre controlar la conducta inadaptada y pasar evaluación en psiquiatría.
-----------------------------------	---

6.4.2. COMPLICACIONES TARDIAS

Todo procedimiento de evaluación e intervención debe ser realizado previa información y aprobación de forma verbal por parte del paciente y/o familiar, donde se comprometen a responder las preguntas y colaborar de forma constante y activa en las evaluaciones e intervención neuropsicológicas.

VII. RECOMENDACIONES:

El equipo de profesionales del área de psicología, recomienda:

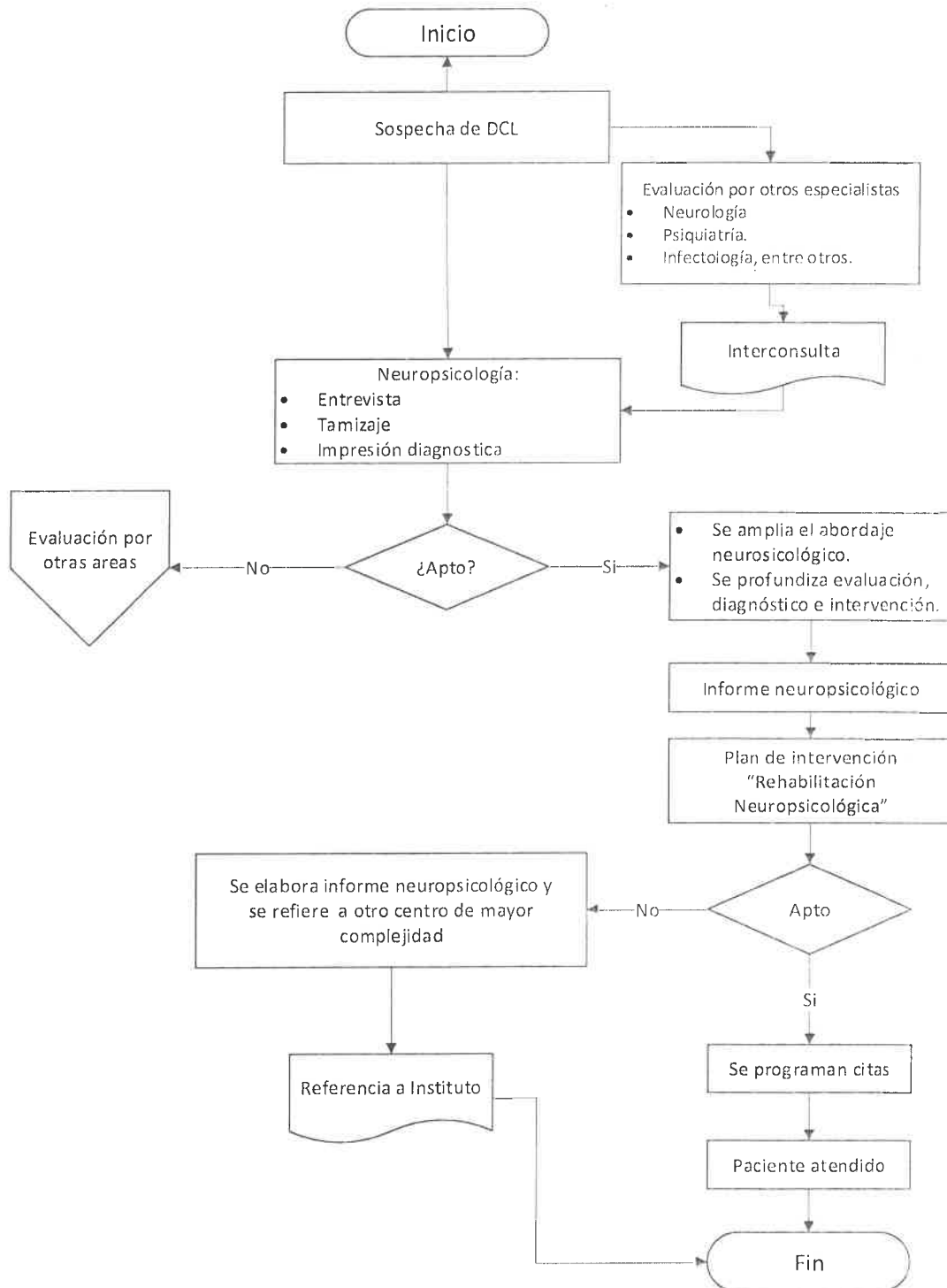
- Sensibilizar a los profesionales de Neurología, Psiquiatría y otras especialidades, la importancia de la atención, evaluación e intervención de la Sub-unidad de Neuropsicología.
- Realizar campañas de tamizaje de Deterioro cognitivo. Para dar a conocer la importancia de cuidar nuestro cerebro.
- Sensibilizar a los profesionales de Geriatría en la importancia de elaborar un plan de intervención para la rehabilitación cognitiva a los adultos mayores.
- Obtener y hacer uso de plataformas online en la rehabilitación neuropsicológica.

En la etapa de intervención, es importante contar con un ambiente propicio, donde se pueda realizar talleres de entrenamiento cognitivo, técnicas de respiración (12) y relajación para contribuir a la recuperación del paciente.


VIII. ANEXOS



ANEXO N°01
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTE CON DCL EN NEUROPSICOLOGIA



ANEXO N°02

	PERU Ministerio de Salud	Hospital Nacional "DOS DE MAYO"	Departamento Especialidades Médicas	Servicio de Salud Mental ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	CARTEA
---	--------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--	--------

Nombre y Apellidos:		Sexo:	H.C.:	Fecha:
		Educación:	DNI:	N° Celular:
Procedencia:	Educación:	Ocupación:	Lateralidad:	
Religión:	Estado Civil:	Número de hijos:	Vive con:	
Familia Responsable:			N° Celular:	
Estado de alerta: consciente, somnoliento, delirante, comatoso, etc.				
En caso la persona consuma algún medicamento, especifique cuál y la dosis:				
Alguna enfermedad: () HTA; () Diabetes; () Tiroidea; () ACV; () Alcohólico; () TEC; () Distorsión de agudeza visual o audición u otra (especificar):				
Exámenes: Angiografía; EEG; RM, etc.				
Evaluaciones neuropsicológicas y/o psicológicas anteriores:				
Motivo de Consulta:				
Problema actual:				
Antecedentes de Importancia:				
<u>hobbies</u>				
Alimentación:		Sueños:		
Conducta social:		Asociación:		
Evaluación cognitiva breve/ Examen mental:				
Impresión diagnóstica:			Plan de intervención:	

FIRMA DEL RESPONSABLE



ANEXO N°3

TEST DE TAMIZAJE EN DEMENCIA:

	PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"	Departamento Esp. Especialidades Médicas	Servicio de Salud Mental EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL - MOCA	CAMA 50
--	-----------------------------	---------------------------------------	--	---	---------

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: _____
Nivel de estudios: _____
Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____
EDAD: _____


<p>TEST DE FIGURAS Y SÍMBOLOS</p> <p>Capar el cubo</p>	<p>Draw a clock face (hour and minute hands)</p> <p>(3 points)</p>	<p>Points</p> <p>Contorno [] Números [] Agujas []</p> <p style="text-align: right;">/5</p>
<p>IDENTIFICACIÓN</p>		
<p>MEMORIA</p> <p>Una lista de palabras. El paciente debe recordarlas. Repetición de 5 palabras más tarde.</p>	<p>ROSTRO [] SEGA [] IGLESIA [] CLAVEL [] ROJO []</p>	<p>Sin puntos</p>
<p>ATENCIÓN</p> <p>Lee la serie de números. El paciente debe repetirlos. El paciente debe repetirlos a la inversa.</p> <p>El paciente debe repetirlos [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos a la inversa [] 4 5 1 8 2</p>		
<p>LENGUAJE</p> <p>Lee la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito por la misma cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si el paciente repite la serie de letras.</p> <p>[] P R A C M N A A I K L B A F A R D E A A A A J A M O F A A B</p>		
<p>ADSTRACCIÓN</p> <p>Resaca de 7 en 7 empezando desde 100. El paciente debe restar 7 de cada número.</p> <p>100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 []</p>		
<p>LENGUAJE</p> <p>Palabras del lenguaje. Dale el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra 'P' en 1 min.</p>		
<p>ADSTRACCIÓN</p> <p>Símbolos entre sí. El paciente debe ponerlos en orden.</p>		
<p>RECONOCIMIENTO</p> <p>Una lista de palabras. El paciente debe reconocerlas.</p> <p>ROSTRO [] SEGA [] IGLESIA [] CLAVEL [] ROJO []</p>		
<p>ORIENTACIÓN</p> <p>¿Dónde estás? ¿Qué día es hoy? ¿Qué hora es?</p>		
<p>TOTAL</p> <p>Nota: 1 punto a más = 17 años de edad</p> <p style="text-align: right;">/30</p>		

© Z. Nasreddine MD Versión 2005. www.mocatest.org



ANEXO N°5

ESCALA DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS DE WECHSLER

	PERÚ Ministerio de Salud	Hospital Nacional "DOS DE MAYO"	Departamento Especialidades Médicas	Servicio de Salud Mental Escala de Inteligencia para adultos de WECHSLER	CAMA N°
---	--------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---	---------

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO: FECHA DE EVALUACIÓN:

SUBTEST	PUNTAJE TOTAL	PUNTAJE ESCALAR	
DISEÑO DE CUBOS			
SEMEJANZA			
RETENCIÓN DE DÍGITOS			
MATRICES			
VIOCABULARIO			
ARITMETICA			
BUSQUEDA SE SIMBOLOS			
ROMPECABEZA VISUAL			
INFORMACIÓN			
CLAVES			
SUMATORIA DE PUNTUACIONES ESCALARES			
ESCALAS	SUMATORIA DE PUNTAJES ESCALARES	PUNTUACIÓN COMPUESTA	
COMPRESION VERBAL		ICV	
RAZONAMIENTO PERCEPTUAL		IRP	
MEMORIA DE TRABAJO		IMT	
MATRICES VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO		IMP	
CI TOTAL			



ANEXO N°6

Test de Atención Y Funciones Ejecutivas: Test de Colores y Palabras: STROOP

	PERU	Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"	Departamento Especialidades Médicas	Servicio de Salud Mental Test de Colores y Palabras: STROOP	CAMA 001
---	------	---------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---	----------

STROOP

Test de Colores y Palabras

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____


Para uso del Profesional

	PD	PT
P		
C		
PC		
P x C		
----- = PC'		
P + C		
PC - PC' = INTERF.		



ANEXO N°7

TEST DE MEMORIA AUDITIVA: PALABRAS DE REY

	PERU	Ministerio de Salud	Hospital Nacional "DOS DE MAYO"	Departamento Especialidades Médicas	Servicio de Salud Mental Test de Memoria Auditiva "Palabras de Rey"	CAMA N°
---	------	---------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---	---------

TEST DE MEMORIA AUDITIVA
(Palabras de Rey)

Nombre y Apellido : _____ Sexo : _____
 Fecha Nacimiento : _____ Edad : _____
 Grado Instrucción : _____ Ocupación : _____
 procedencia : _____ Lateralidad : _____
 Examinador : _____ F. de Examen : _____

RESUMEN CLÍNICO:

APLICACIÓN:

Quince palabras comunes que son leídas al examinado, siguiéndose una evocación a cada lectura. Al final de la prueba se lee una historia que contiene todas las palabras presentadas en la lista. Estas deben ser reconocidas por el sujeto. Se estudia el número de palabras repetidas en cada evocación y se traza una curva de aprendizaje. Se valora también el número de lecturas necesarias para aprender la lista completa y del número de palabras evocadas correctamente.

N°	PALABRA	Ensayo											
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X		
1	Mesa												
2	Lección												
3	Vida												
4	Clase												
5	Ulamas												
6	Pastor												
7	Gorrion												
8	Torre												
9	Puente												
10	Barco												
11	Gafas												
12	Pipa												
13	Goria												
14	Patio												
15	Peces												
	TOTAL												


OBSERVACIONES:

bilidad: es necesario investigar



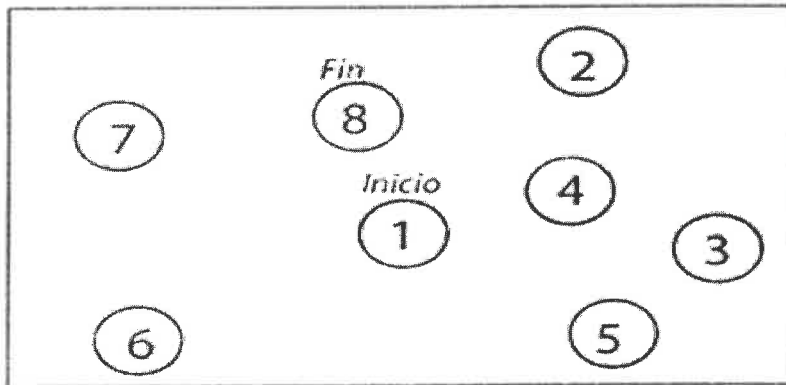
ANEXO N°8

Test de Atención, Funciones Ejecutivas: TRAIL MAKING TEST (TMT)

	PERU	Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"	Departamento Especialidades Médicas	Servicio de Salud Mental Test de Memoria Auditiva: TRAIL MAKING TEST	CAMA N°
---	------	---------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--	---------

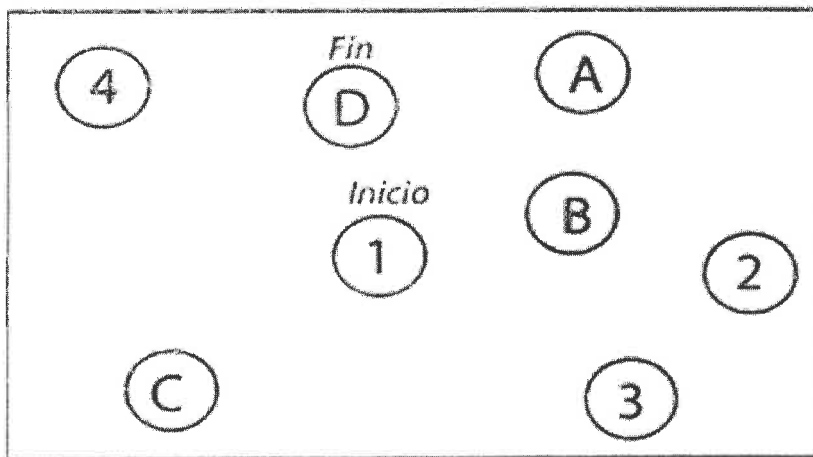
PARTE A:

PRÁCTICA




PARTE B:

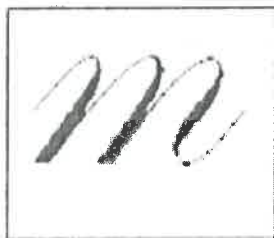
PRÁCTICA



ANEXO N° 09

Inventario Clínico Multiaxial de Millón - III

	PERÚ	Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"	Departamento Especialidades Médicas	Servicio de Salud Mental INVENTARIO CLÍNICO MULTIAxIAL DE MILLON III	CAMA N°
---	------	---------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--	---------



MCMII - II

Sexo _____ Edad y fecha de nacimiento 11
 Lugar de nacimiento: _____ TH Millon
 Estado civil _____ Ocupación _____

INSTRUCCIONES

1. Para contestar en la hoja de respuesta utilice lápiz y goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario
2. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas que las personas suelen utilizar para describirse a si mismas. Sirven para ayudarlo a describir sus sentimientos y actitudes **SEA LO MÁS SINCERO POSIBLE.**
3. No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas. Están incluidas para describir los diferentes problemas que puedan tener la gente
4. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar correctamente en cada frase. **SI ESTA DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, ponga una **V (de Verdad)** al lado de la frase o si por lo contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser ponga una **F (de Falso)**. Así

1. "Soy un ser humano" **V**
 Como esta frase es verdadera para usted poner
2. "Mido más de tres metros" **F**
 Como esta frase es falsa para usted poner
3. Procure responder a todas las frases, aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas, pero si no es capaz de decidirse debe poner **F (Falso)**

No hay límite de tiempo para contestar todas las frases. Pero lo mejor es hacerlo con rapidez



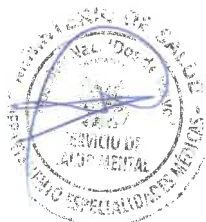
ANEXO N°10

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HALMITON

ESCALA DE HAMILTON – Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)


Nombre: _____ Fecha: _____

1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.	4
2. Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
3. Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
4. Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
5. Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2



ANEXO N°11

ESCALA DE ANSIEDAD DE HALMITON

		Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"	Departamento Especialidades Medicas	Servicio de Salud Mental TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON	CAMA 02
---	---	---------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---	---------

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre _____



Fecha _____

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4



ANEXO N°12
ESTRUCTURA DEL INFORME NEUROPSICOLÓGICO

INFORME NEUROPSICOLÓGICO					
		Hospital Nacional "DOS DE MAYO"	Departamento Especialidades Medicas		CAMA N°
Servicio de Salud Mental INFORME NEUROPSICOLOGICO					
<p>I. DATOS DE FILIACION</p> <ul style="list-style-type: none">- Apellidos Y Nombre:- Sexo Y Edad:- N° de DNI:- N° De Historia Clínica:- Fecha De Nacimiento:- Procedencia:- Grado de instrucción:- Lateralidad:- Numero de hermanos:- Ocupación:- Estado civil:- Número de hijos:- Informantes:- Fecha de entrega de informe: <p>II. MOTIVO DE CONSULTA</p> <p>III. PRUEBAS APLICADAS</p> <p>IV. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA</p> <p>V. RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none">a. Área Intelectual:b. Área Neurocognitiva<ul style="list-style-type: none">- Atención y concentración- Lenguaje: comprensivo y expresivo (automático, repetitivo y denominativo)- Gnosias- Lateralidad- Memoria: declarativa y no declarativa (procedimental y espacial)- Orientación temporo – espacial- Praxias- Habilidades Académicas<ul style="list-style-type: none">o Lectura:o Escritura:o Cálculo:c. Área de Actividades Básicas e Instrumentalesd. Área Afectivae. Área de Personalidad <p>VI. CONCLUSION DIAGNOSTICA</p> <p>VII. RECOMENDACIONES</p>					
_____ FIRMA Y SELLO					



ANEXO N° 13

MODELO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN
 ENTRENAMIENTO COGNITIVO EN ATENCIÓN

TAREA	INDICADOR	ACTIVIDAD	MATERIAL	T	Área Estimulada
Atención visual selectiva	Identificar el nombre de determinados de frutas, objetos, cosas, entre otros.	Se le mostrara el cuaderno de estímulos, donde el paciente tendrá que identificar los nombres indicados, según las categorías a mostrar, por ejemplo: - Siluetas de frutas - Siluetas de animales - Siluetas de diversos objetos - Siluetas de utensilios	Cuadernillo de estimulación	10'	Parieto-Occipital Pre frontal S. Reticular
ATENCIÓN VISUAL SELECTIVA	Sigue de forma ordenada los estímulos visuales.	Se entrega la ficha inicial y se pide que siga las flechas trazadas con ayuda de su dedo y luego solo seguirá las flechas visualmente con movimientos de izquierda a derecha. Se entregara la ficha de fruta y se indicara «Menciona el nombre de las frutas de izquierda a derecha, moviendo solo tus ojos»	Ficha de frutas	10'	
ATENCIÓN SOSTENIDA	Focaliza la atención en una actividad breve.	Se muestra la ficha de conjuntos de numero y se pide que indique cual es el numero de elemento que hay en cada conjunto.	Ficha conjunto de numero.	10'	Parieto temporal I (verbal) P.T.D (no verbal) Área cingulada
ATENCIÓN AUDITIVA	Sigue instrucciones verbales asociadas a estímulos visuales	Se mostraran las láminas y se explicará la tarea que consiste en: «Cada vez que te muestre una ficha de color rojo levantarás la mano derecha, cuando te enseñe la ficha de color amarillo aplaudirás y por último cuando te muestre la de color verde levantarás la mano izquierda»	Fichas de plástico de color verde, amarillo y rojo de aprox. 15x15cm	5'	C. Parieto post. C. Prefrontal S. Reticular Occipital (18-19)
ATENCIÓN AUDITIVA	Escucha e identifica palabras en un texto	Se indica al niño: «vamos a leer un cuento El perro que quería volar, y cada vez que escuche la palabra «VOLAR» dará un golpe sobre la	Cuento corto	10 minutos	

* Considerando la característica principal de toda intervención neuropsicológica es personalizado (9, 14) el presente modelo, es un ejemplo, pues el plan de intervención se acondicionará según el paciente, la evaluación y los resultados encontrados en el informe neuropsicológico (9, 14)



FIGURA DE NUMERACIÓN INCOMPLETA, PARA TRABAJAR ATENCIÓN SOSTENIDA

Localiza los números que faltan del 1 al 50, en cada grupo y ponlos en los huecos:







12	19	3	20	25	29	43	13	35	17
4	16	31	39	2	45	24	37	50	30
11	22	34	38	15	1	49	7	44	42
27	41	32	6	36	21	26	48	14	46

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Figura: Relacionar número y dibujo (ENTRENA ATENCIÓN SOTENIDA Y ALTERNA).

El sujeto tiene que asignar a cada dibujo el número correspondiente y escribirlo en la casilla adecuada.

					
1	2	3	4	5	6



















					
					
					



FIGURA DE NUMERACIÓN. ENTRENAMIENTO DE ATENCIÓN ALTERNANTE:

La tarea consiste en unir números en orden creciente, empezando por el 1, alternando un círculo y un cuadrado.



ANEXO N° 14
GLOSARIO SIGLAS Y ABREVIATURAS:

- **CIE-10:** Clasificación Internacional De Enfermedades 10ª Revisión.
- **DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, 5ª edición
- **DCL:** Deterioro Cognitivo Leve
- **Gnosias:** Capacidad para reconocer información, de objetos o personas, previamente adquirida
- **HC:** Historia clínica
- **NEURON – UP:** es una plataforma web de neurorehabilitación.
- **Praxias:** Son las habilidades motoras adquiridas.
- **STROOP:** Test de Colores y Palabras, conocido como STROOP, es una prueba de referencia para la detección de problemas neuropsicológicos.
- **TMT:** Es una de las pruebas más utilizadas para evaluar los procesos atencionales (Trial Making Test)
- **TNC:** Trastornos Neurocognitivo



ANEXO N° 15
DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERES

El equipo de trabajo, desarrollador de la presente Guía de Procedimiento DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS, de lo siguiente: Conmovedoras

1. No tener relación como Empleo y/o consultorías con alguna organización con el área objeto del presente grupo de trabajo.
2. No apoyar en investigación, como financiamiento, colaboración, pago de viajes a reuniones de trabajo, adquisición de equipos de trabajo, auspicio y otro tipo de transferencia de fondos valoradas.
3. No tener Interés de inversión. No tener inversiones en una institución comercial con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
4. No tener propiedad intelectual, patente, marcas, o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes), tener derechos sobre propiedad intelectual relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
5. No haber proveído una opinión o testimonio, posiciones o declaraciones públicas de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.



IX. BIBLIOGRAFIA

1. Ardila A, Roselli M. Neuropsicología Clínica, 2ª. edición. México: Editorial Manual Moderna; 2019.
2. Wilson B, Winegardner J, Heuglen C, Ownsworth T. Rehabilitación Neuropsicológica: Manual Internacional. México: Editorial Manual Moderna; 2019.
3. Ocaña C, Montoya A, Bolaño G. Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. MEDISAN. 2019 [Consultado 2 de setiembre 2023]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v23n5/1029-3019-san-23-05-875.pdf>
4. Labos, Slachevsky A, Torralva T, Fuentes P, Manes F. Tratado de Neuropsicología Clínica, 2ª edición. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2019.
5. American Psychiatric Association. DSM-5- TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales, 5ª edición – Texto Revisado. Washington D.C. Editorial Panamericana; 2022.
6. Villajos A. Entrevista al Dr. Raúl Expert. Doctor en Psicología UMA. Información Psicológica. 2021 [Consultado 20 de octubre 2023]; 121(147-154). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8038876.pdf>
7. Contreras I. La neuropsicología y su importancia en la detección de enfermedades mentales. Artículo de Investigación. Ciencia de la Salud. 2023 [Consultado 21 de octubre 2023]; 8(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152078>
8. Tirapu-Ustárriz J, Luna-Lario P. Neuropsicología de la Funciones Ejecutivas. 2018. Disponible en: <https://autismodiario.com/wp-content/uploads/2013/12/Neuropsicolog%C3%ADa-de-las-funciones-ejecutivas.pdf>.
9. Villa M, Navarro M, Villaseñor T. Neuropsicología Clínica Hospitalaria. México: Editorial Manual Moderna; 2017.
10. Andrago M, López D. Abordaje clínico del deterioro cognitivo leve en atención primaria. RECIMUNDO. 2022; 6(2):47 – 59
11. Papalia D, Martorell G. Desarrollo Humano, decimocuarta edición. México: Editorial McGRAW - HILL; 2021.
12. Castellanos N. Neurociencia del cuerpo. Cómo el organismo esculpe el cerebro. Barcelona: Editorial Kairós; 2022.
13. Echevarría I. Relación entre la Adherencia al TARGA y Deterioro cognitivo en personas que viven con VIH del HNDM [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Particular Cayetano Heredia; 2017 (13).
14. Del Barrio A. El Informe Neuropsicológico. España: Editorial Síntesis; 2018

