

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA  
FACULTAD DE PSICOLOGIA, RELACIONES INDUSTRIALES Y  
CIENCIAS DE LA COMUNICACION  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA



**PERFIL NEUROPSICOLÓGICO EN ADULTOS Y ADULTOS MAYORES  
CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y CON QUEJAS SUBJETIVAS DE  
MEMORIA**

Tesis presentada por el bachiller:

**LUDWIN ANTHONY PAREDES QUISPE**

Para optar el Título Profesional de Psicólogo

Asesor:

**MARCIO SOTO AÑARI. PhD.**

**AREQUIPA – PERU**

**2019**

## **DEDICATORIA**

*A mi abuelo Pedro.*

## AGRADECIMIENTO

*A la Universidad Nacional de San Agustín, quien a través de su impulso y financiamiento al Proyecto IBA-011-2018, hizo posible la ejecución del presente trabajo investigativo.*

*A las personas adultas y adultas mayores, quienes se dieron el tiempo para participar de este estudio.*

*A mi asesor por su orientación, guía y paciencia, que sin su apoyo este trabajo no hubiese sido posible.*

*A mi familia por su apoyo incondicional y acompañamiento hasta la conclusión de este proyecto.*

## **PRESENTACIÓN**

**SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN.**

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR.II. Y CS. DE LA  
COMUNICACIÓN.**

**SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA.**

**SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR.**

**SEÑORES CATEDRATICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR**

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: **PERFIL NEUROPSICOLÓGICO EN ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA**, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, me permita optar el Título Profesional de Psicólogo.

Arequipa, diciembre del 2019

Bachiller:

LUDWIN ANTHONY PAREDES QUISPE

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer perfiles neuropsicológicos en adultos y adultos mayores entre 45 y 75 años que presentan Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y Quejas Subjetivas de Memoria (QSM). La metodología es de alcance descriptivo y diseño no experimental transversal. Los instrumentos utilizados fueron el consentimiento informado, Mini Mental State Examination, la escala de depresión geriátrica Yesavage, el índice de Barthel, una ficha sociodemográfica, cuestionario de quejas subjetivas de memoria y una batería neuropsicológica compuesta de ocho instrumentos que miden los dominios cognitivos de atención y velocidad de procesamiento, memoria verbal, visual y de trabajo, función ejecutiva y lenguaje. La muestra estuvo compuesta por 74 adultos y adultos mayores de los cuales 25 personas son parte del grupo de Quejas Subjetivas de Memoria y 49 personas pertenecen al grupo de Deterioro Cognitivo Leve, de ellos el 82,4% son de sexo femenino, el 90.6% tiene más de 12 años de escolaridad. No hay presencia de sintomatología depresiva, psiquiátrica o neurológica grave entre los participantes. Los resultados datan un perfil neuropsicológico en adultos con QSM caracterizado por seguir el curso de declive cognitivo del envejecimiento normal, pero perciben un declinar en el funcionamiento de su memoria, manifiestan quejas subjetivas de memoria corroboradas por un informante y estas no son mejor explicadas por un episodio depresivo moderado o grave; el perfil en el DCL se caracteriza por la conservación de los procesos en el dominio de atención y memoria visual, mientras que declives en la velocidad de procesamiento, mantenimiento y manipulación de la información, en tareas que requieren alternancia, menor cantidad de palabras evocadas en el recuerdo libre y recuerdo diferido.

**Palabras Clave:** Perfil neuropsicológico, quejas subjetivas de memoria, deterioro cognitivo leve

## ABSTRAC

The present study had as a general objective to establish neuropsychological profiles in adults and older adults between 45 and 75 years who presented Mild Cognitive Impairment (MCI) and Subjective Memory Complaints (QSM). The methodology is descriptive and non-experimental transversal design. The instruments used were informed consent, Mini Mental State Examination, Yesavage geriatric depression scale, Barthel index, a sociodemographic record, subjective memory complaints questionnaire and a neuropsychological battery composed of eight instruments that measure the cognitive domains of attention and processing speed, verbal, visual and working memory, executive function and language. The sample consisted of 74 adults and older adults of which 25 people are part of the Subjective Complaints of Memory group and 49 people belong to the Group of Minor Cognitive Impairment, of which 82.4% are female, 90.6% He has more than 12 years of schooling. There is no presence of severe depressive, psychiatric or neurological symptoms among the participants. The results date to a neuropsychological profile in adults with QSM characterized by following the course of cognitive decline of normal aging, but perceive a decline in the functioning of their memory, manifest subjective memory complaints corroborated by an informant and these are not better explained by a moderate or severe depressive episode; The profile in the DCL is characterized by the preservation of processes in the domain of attention and visual memory, while declines in the speed of processing, maintenance and manipulation of information, in tasks that require alternation, fewer words evoked in the free memory and deferred memory.

**Keywords:** Neuropsychological profile, subjective memory complaints, mild cognitive impairment.

## ÍNDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>i</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>ii</b>
<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE ABBREVIATURAS.....</b>	<b>xi</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>xii</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>1</b>
<b>LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: .....</b>	<b>1</b>
<b>2.- OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
A.    Objetivo general: .....	7
B.    Objetivos Específicos .....	7
<b>3.- JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>4.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>12</b>
<b>5.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....</b>	<b>13</b>
<b>6. VARIABLES E INDICADORES.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>17</b>
<b>REVISIÓN DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>1.- ENVEJECIMIENTO .....</b>	<b>17</b>
A.- Concepto de la vejez y envejecimiento .....	18
B.- Conceptos de adulto y adulto mayor .....	21
C.- Teorías del envejecimiento. ....	22
D.- Situación actual del Envejecimiento.....	25
E.-Situación actual del adulto mayor en el Perú.....	28
D.-Envejecimiento sano y envejecimiento patológico .....	30
<b>2.- DETERIORO COGNITIVO LEVE .....</b>	<b>32</b>
A.- Concepto de Deterioro Cognitivo Ligero .....	32
B.- Tipos de Deterioro Cognitivo Leve.....	35
C.- Tipos de Deterioro Cognitivo Leve y su Progresión .....	36
D.- Epidemiología .....	38

E.- Etiología.....	38
F.- Marcadores de DCL.....	39
G.- Evaluación del Deterioro Cognitivo Leve .....	42
<b>3.- QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA.....</b>	<b>44</b>
A.- Concepto de Quejas Subjetivas de Memoria .....	44
B.- Las quejas de memoria como criterio en los cuadros clínicos .....	45
C.- La valoración de las quejas de memoria .....	47
D.- Factores sociodemográficos, de salud y psicológicas relacionadas con las quejas subjetivas de memoria .....	47
<b>3. PERFIL NEUROPSICOLÓGICO.....</b>	<b>51</b>
A. DEFINICIÓN .....	51
B. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA .....	51
C. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA .....	52
D. LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA EN EL ENVEJECIMIENTO .....	52
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>54</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>54</b>
1.- TIPO, DISEÑO Y METODO DE INVESTIGACION.....	54
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55
2.1. Población .....	55
2.2. Muestra.....	55
3.- INSTRUMENTOS.....	57
4.- PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS .....	76
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>78</b>
RESULTADOS .....	78
DISCUSIÓN.....	99
CONCLUSIONES .....	107
RECOMENDACIONES.....	109
REFERENCIAS .....	111
ADDENDA .....	119
<b>ESTUDIO DE CASO.....</b>	<b>125</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b>	
<i>Variables e Indicadores.....</i>	15
<b>Tabla 2.</b>	
<i>Datos sociodemográficos de la muestra.....</i>	56
<b>Tabla 3.</b>	
<i>Ficha técnica del Ezamen Cognoscitivo Mini Mental (MMSE) .....</i>	59
<b>Tabla 4.</b>	
<i>Ficha técnica de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage .....</i>	62
<b>Tabla 5.</b>	
<i>Ficha técnica Índice de Barthel.....</i>	64
<b>Tabla 6.</b>	
<i>Ficha técnica del test de Copia de la Figura Compleja de Rey.....</i>	67
<b>Tabla 7.</b>	
<i>Ficha técnica del Test de Colores y Palabras de Stroop .....</i>	69
<b>Tabla 8.</b>	
<i>Ficha técnica del Test de Símbolos y Dígitos Modificado (SDMT) .....</i>	70
<b>Tabla 9.</b>	
<i>Ficha Técnica Test Modificado de Clasificación De Tarjetas De Wisconsin .....</i>	71
<b>Tabla 10.</b>	
<i>Ficha Técnica Test de Fluidez Verbal Semántica y Fonológica .....</i>	72
<b>Tabla 11.</b>	
<i>Ficha técnica de Test de Aprendizaje Verbal de Hopkins - Revisado.....</i>	74
<b>Tabla 12.</b>	
<i>Ficha Técnica del Test del Trazo - TMTA&amp;B .....</i>	75
<b>Tabla 13.</b>	
<i>Tabla cruzada de datos sociodemográficos de Adultos y Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria .....</i>	79
<b>Tabla 14.</b>	
<i>Tabla cruzada de datos sociodemográficos en relación a hábitos nocivos y hábitos saludables en Adultos y Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria .....</i>	81
<b>Tabla 15.</b>	
<i>Descriptivos del estado mental general de Adultos y Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria .....</i>	82
<b>Tabla 16.</b>	
<i>Descriptivos del desempeño neuropsicológico de adultos y adultos mayores del grupo de Quejas Subjetivas de Memoria .....</i>	83
<b>Tabla 17.</b>	
<i>Descriptivos del desempeño neuropsicológico de adultos y adultos mayores del grupo de Quejas Subjetivas de Memoria .....</i>	85
<b>Tabla 18.</b>	
<i>Diferencias entre el estado mental general de Adultos y Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria .....</i>	87

<b>Tabla 19.</b>	
<i>Diferencias del desempeño neuropsicológico entre los grupos DCL y QSM según el dominio cognitivo de Atención y velocidad de Procesamiento.</i>	88
<b>Tabla 20.</b>	
<i>Diferencias del desempeño neuropsicológico entre los grupos DCL y QSM según dominio cognitivo Memoria Verbal y Memoria de Trabajo</i>	89
<b>Tabla 21.</b>	
<i>Diferencias del desempeño neuropsicológico entre los grupos DCL y QSM según el dominio cognitivo de Función Ejecutiva</i>	90
<b>Tabla 22.</b>	
<i>Diferencias del desempeño neuropsicológico entre los grupos DCL y QSM según el dominio cognitivo de Lenguaje</i>	91
<b>Tabla 23.</b>	
<i>Análisis de inter-sujetos ANCOVA: HVLTR – Memoria a largo Plazo</i>	92
<b>Tabla 24.</b>	
<i>Análisis de covarianza ANCOVA: HVLTR – Reconocimiento</i>	93
<b>Tabla 25.</b>	
<i>Análisis de covarianza ANCOVA: Wisconsin – Errores Perseverativos</i>	94
<b>Tabla 26.</b>	
<i>Análisis de covarianza ANCOVA: Test del Trazo - Forma A</i>	95
<b>Tabla 27.</b>	
<i>Análisis de covarianza ANCOVA: Test del Trazo - Forma B</i>	96
<b>Tabla 28.</b>	
<i>Análisis de covarianza ANCOVA: Vocabulario</i>	97
<b>Tabla 29.</b>	
<i>Análisis de covarianza ANCOVA: Fluidez Verbal Fonológica-F</i>	98

## ÍNDICE DE FIGURAS

### ***Figura 1.***

Los ciclos vitales de crecimiento y desarrollo hasta la vejez..... 18

### ***Figura 2.***

Número de personas de 60 años o más por grupo de desarrollo, de 1980 a 2050..... 25

### ***Figura 3.***

Distribución (porcentaje) de la población por sexo y grupo de edad en Alemania y México, en 1950, 2017 y 2050. .... 26

### ***Figura 4.***

Pirámide de la población peruana en 1950 y 2018..... 27

### ***Figura 5.***

Algoritmo del DCL..... 36

### ***Figura 6.***

Tipos de DCL y su progresión..... 37

### ***Figura 7.***

Factores que influyen en las quejas de memoria. .... 48

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>EA</b>	: Enfermedad de Alzheimer.
<b>DCL</b>	: Deterioro Cognitivo Leve
<b>GDS</b>	: Geriatric Depression Scale (Escala de Depresión Geriátrica)
<b>LA</b>	: Latinoamérica
<b>MMSE</b>	: Mini Mental State Examination (Mini examen del estado mental)
<b>OMS</b>	: Organización Mundial de la Salud
<b>QSM</b>	: Queja Subjetiva de Memoria
<b>SCD</b>	: Subjetive Cognitive Decline (Declive Cognitivo Subjetivo)
<b>NIA-AA</b>	: Asociación del Instituto Nacional del Envejecimiento e Alzheimer de EE.UU.
<b>PPA</b>	: Proteína Precursora del Amiloide
<b>IPA</b>	: Asociación Psicogeriatría Internacional
<b>ABVD</b>	: Actividades Básicas de la Vida Diaria
<b>M-WCST</b>	: Test Modificado de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin
<b>HVLT-R</b>	: Test de Aprendizaje verbal de Hopkins – Revisado
<b>SDMT</b>	: Test de la Modalidad Dígitos y Símbolos
<b>TMT-A&amp;B</b>	: Test del Trazo Forma A – Forma B
<b>ACE-R</b>	: Examen cognitivo de Addenbrooke-Revisado
<b>CAMCOG</b>	: Test cognitivo de Cambridge
<b>MOCA</b>	: Evaluación Cognitiva de Montreal
<b>CERAD</b>	: La batería neuropsicológica del Consorcio para el Establecimiento de un Registro de la Enfermedad de Alzheimer

## INTRODUCCIÓN

Conservar la lucidez hasta el último de nuestros días es un anhelo de todo ser humano que agradece haber gozado de la capacidad de tener conciencia, y que ésta, de alguna manera le haya permitido tener cierta voluntad e independencia sobre sus pensamientos, decisiones y actos. Perder esta capacidad, implica perder parte de nuestra historia, olvidar lo que alguna vez conocimos, vivimos, sentimos, fuimos e incluso lo que uno llega a ser en el presente, entrando a un estado en el que a través de los años se le ha asignado el término de Demencia - *de* (ausencia) y *mente* (mente) - haciendo referencia a una “condición en la cual se pierde la mente”.

En Latinoamérica y el Caribe la prevalencia de síndrome demencial es elevada, entre el 6% y el 6,5 % de personas mayores de 60 años la padecen, y se estima que para el 2040 crecerá el número de personas con demencia en el 77% en los países del cono sur americano y del 134% a 146% en el resto de países de América Latina (Llibre y Gutierrez, 2014). Nitrini y colaboradores (2009), por su parte encontraron que entre los 65 a 69 años la prevalencia de 2,4%, entre los 85 a 89 años se incrementa hasta 20,20% y entre aquellos de 90 a 94 al 33,07%, siendo evidente la edad como un factor de riesgo. En Perú los estudios de Custodio (2016a) en el Cercado de Lima con 1532 individuos evaluados, revelan una prevalencia de demencia del 6,85%, siendo enfermedad de Alzheimer (EA) el diagnóstico más frecuente (56,2%), y en concordancia con Nitrini, la prevalencia de demencia se incrementa con la edad, de modo que la padecen el 1,1% en personas de 65 a 69 años, el 38,24% en personas entre los 85 y 89 años y el 49,12% en personas mayores a 90 años (Custodio, 2008).

Pese a más de un siglo de la identificación de la Enfermedad de Alzheimer (EA en adelante), aún se desconoce su etiológica y hasta el momento, no existe cura (Patterson, 2018) ni método terapéutico o preventivo contrastado que evite, detenga o haga más lento el progreso de la EA. Algunos expertos refieren que la ineeficacia de los diferentes tratamientos

farmacológicos y no farmacológicos sobre la EA, son debido a que no se administran en la etapa correcta del desarrollo de la enfermedad, dado que cuando el paciente tiene la EA, su cerebro ya está lo suficientemente dañado que pese a los tratamientos que se le brinda, este no es capaz de responder y recuperarse.

En este sentido Ritche (2017, citado por Patterson, 2018) escribió un artículo titulado “consenso de Edimburgo”, en el que redacto la opinión de algunos expertos británicos en enfermedades neurodegenerativas sobre la importancia de identificar la enfermedad en etapas tempranas, puesto que es el momento en el que probablemente funcionen mejor los tratamientos. Sugieren que las intervenciones puedan realizarse en etapas prodrómicas y preclínicas de la EA (es decir en adultos de 45 años a más en riesgo de desarrollar la patología), dado que durante este periodo el cerebro por su capacidad de neuroplasticidad tiene posibilidades de crear factores protectores de reserva cognitiva y cerebral que ayuden a prevenir o ralentizar la evolución de la enfermedad.

En este contexto surgen el planteamiento de dos entidades nosológicas que podrían describir a personas en riesgo de desarrollar la Enfermedad de Alzheimer en etapas preclínicas y prodrómicas de esta patología: las Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) y el Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Los criterios de ambas entidades aún están siendo discutidas en la comunidad científica debido a su limitada capacidad predictiva. Se sabe que todo paciente con EA atravesó por una etapa de DCL, pero también que no toda persona que presente DCL necesariamente llega a desarrollar la EA (Geslani y cols., 2005 citado por López, 2017). Asimismo las Quejas Subjetivas de Memoria es inespecífica, puede estar asociada con numerosas afecciones, como el envejecimiento normal, los rasgos de personalidad, las afecciones psiquiátricas, los trastornos neurológicos y médicos, el uso de sustancias y la medicación como también un trasfondo cultural individual (Jessen y cols., 2014). Por lo tanto, se necesita refinar el conocimiento sobre las características del Deterioro Cognitivo

Leve y de las Quejas Subjetivas de Memoria en la etapa preclínica y prodrómica de la enfermedad de Alzheimer. En el presente estudio se realizó esta caracterización mediante el perfil neuropsicológico tanto para el Deterioro Cognitivo Leve y las Quejas Subjetivas de Memoria.

Para poder elaborar el perfil neuropsicológico se ha desarrollado una ficha sociodemográfica que permitió conocer la edad, años de escolaridad, sexo, hábitos nocivos y saludables y antecedentes patológicos, datos que suelen influir en el desempeño de los instrumentos; seguidamente se aplicaron tres cuestionarios de tamizaje que valoraron el estado general mental de los participantes con el Mini Mental State Examination (MMSE), el estado afectivo con el Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, y el conductual mediante el cuestionario de las Actividades Básicas de la Vida Diaria de Barthel (Índice de Barthel). Finalmente se utilizó una batería neuropsicológica robusta que valora los dominios cognitivos de memoria verbal y de trabajo, lenguaje, atención, velocidad de procesamiento y función ejecutiva, cuya validación y estandarización en contexto peruano, específicamente con adultos y adultos mayores de la ciudad de Lima fue realizada en el año 2015 por Arango-Lasprilla y cols., Olibarrieta y cols. y Rivera y cols. .

El presente estudio está organizado en cuatro capítulos: en el Capítulo I se presenta el planteamiento del problema, los objetivos, la hipótesis, justificación, las limitaciones del estudio, definición de términos y variables e indicadores. En el Capítulo II, se expone el marco teórico, señalado los conceptos teóricos que permiten dar interpretaciones y discutir los resultados, así como los estudios realizados a nivel internacional, nacional y local. El Capítulo III se señala el marco metodológico describiendo el tipo, método y diseño de investigación utilizada, la población y muestra, los instrumentos y el procedimiento. Seguidamente en el Capítulo IV se exponen los resultados en respuesta a los objetivos y la hipótesis planteada, y finalmente se desarrollan la discusión, conclusiones y sugerencias.

## **CAPITULO I**

### **LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Una consecuencia natural de la acelerada transformación demográfica, acompañada de las bajas tasas de niveles socioeconómicos y educativos y a su vez el propio proceso de declive fisiológico natural que conlleva el envejecimiento incrementa la probabilidad y el riesgo de padecer deterioro cognoscitivo y condiciones médicas crónicas, incluida la demencia (Nitrini y cols., 2009). Cuando la persona padece alguna enfermedad neurodegenerativa, ésta afecta de manera directa a su calidad de vida y a la de su entorno social más cercano, su familia (Grau-Veciana & Junqué, 1987 citado por Montes-Rojas y cols., 2012), ello ha llevado a la OMS a declarar en el año 2017 que la demencia es una “prioridad de salud pública”. (Patterson, 2018)

En 1984 el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, Comunicativos y Accidentes Cerebrovasculares y la Asociación de Enfermedades de Alzheimer y Trastornos

Relacionados, define la demencia como “*el declive de las funciones cognitivas en comparación con el nivel previo del funcionamiento del paciente determinado por la historia de declive y por las alteraciones apreciadas en el examen clínico y mediante pruebas neuropsicológicas*”. (McKhann, Drachman, Folstein y cols., 1984)

Actualmente se toma énfasis en el estudio de esta materia debido al fenómeno demográfico de envejecimiento poblacional que están atravesando tanto países desarrollados como en vías de desarrollo. Anteriormente se consideraba este fenómeno propio de los países europeos, pero ahora es preocupación de América Latina y el Caribe, dado que su población envejece rápidamente y en un contexto de desigualdad social más intenso que en los países europeos (Ramos, 2014). El Perú no está menos afectado, para el año 1950 la población adulta mayor representó el 5,7% de la población, en el año 2018 aumentó al 10,4% y se estima que para el año 2050 pasará representar el 22%, superando a la población menor de 14 años (INEI, 2009 citado por SBS, 2018), . En el departamento de Arequipa, según el censo del INEI en el 2007 se identificó un 7.4% de personas mayores de 65 años (Bellón y Soto, 2015), esto sugiere una mayor incidencia de casos de enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer. (Escobar, 2012)

Se conoce que en Latinoamérica (LA) la prevalencia de demencia en personas mayores de 65 años es 7,1%, se estima para el 2030 que 7,6 millones de personas en LA y el Caribe desarrollarán demencia. En el cercado de Lima de una muestra de 1532 personas evaluadas, 6,85% padecen de demencia, siendo la enfermedad de Alzheimer el diagnóstico más frecuente. (56,6%; Custodio, Herrera, Lira y cols., 2012)

Cuando una persona padece de esta enfermedad, no solo la afecta a ella, sino también a su entorno familiar o social más cercano. Si bien en los inicios de la enfermedad el paciente es

consciente de sus síntomas cognitivos y funcionales, conforme avanza la enfermedad el paciente se hace más dependiente, siendo el entorno familiar el que asume su cuidado (Custodio, 2016). A esta situación se suma el coste médico y coste social, por lo que la demencia es una enfermedad de preocupación de salud pública, y su abordaje involucra tanto a su entorno más cercano como a las instituciones del estado (Montes-Rojas y cols., 2012).

Los estudios en los tratamientos para la demencia datan que hay mejores beneficios al realizar un abordaje mixto: farmacológico y no farmacológico o psicosocial. Sin embargo el abordaje farmacológico hasta el momento presenta beneficios limitados, es decir ninguno detiene, ralentiza ni mucho menos cura la enfermedad, además de que generan efectos secundarios (Allegri y cols, 2010, citado por Pérez, 2018), mostrando sólo algún efecto de enlentecer por un tiempo el declive cognitivo en pacientes en fase inicial o media de la enfermedad (Homma y cols, 2008 citado por Pérez, 2018). En cuanto a los tratamientos no farmacológicos o psicosociales, no existe evidencia concluyente en su efectividad debido a limitaciones metodológicas y de financiamiento en los estudios (Cammisuli et. al., 2016; Brasure et. al., 2016 citado por Pérez), no obstante, algunas intervenciones refieren efectos en la mejora de la calidad de vida (Cabrera y cols., 2015 citado por Pérez, 2018), en reducir síntomas conductuales y psicológicos y en ninguno de los casos se señala efectos secundarios (Brodaty & Arasaratnam, 2012 citado por Pérez, 2018). Por lo tanto algunos expertos en la materia sugieren que cuando aparecen los síntomas y se diagnostica la demencia, los daños en el sistema nervioso son irreversibles y ningún medicamento se ha mostrado eficaz para paliarlos, de este modo el cerebro ya no es capaz de responder a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Por este motivo toman mayor importancia estudios de intervención en etapas preclínicas de la demencia, en particular de la enfermedad de Alzheimer (Ritche, 2017, citado por Patterson, 2018)

Todo este contexto ha conllevado al interés de estudiar la patogénesis de la Enfermedad de Alzheimer. En los intentos de comprender su curso y analizar etapas prodrómicas y preclínicas surge la propuesta de dos entidades nosológicas: el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y las Quejas Subjetivas de Memoria (QSM). Se conoce hasta al momento que la enfermedad de Alzheimer puede tener un curso que duraría entre 5 a 20 años antes de que aparezcan los síntomas cognitivos que dirigen hacia un diagnóstico objetivo (Álvarez y cols., 2008). En esta línea el grupo de la Asociación del Instituto Nacional del Envejecimiento de Alzheimer de EE. UU. (NIA-AA) propuso conceptos que subdividen el curso de la Enfermedad de Alzheimer en tres etapas: (1) la etapa preclínica de la EA, donde hay presencia de quejas de memoria sin deterioro objetivo de la cognición y evidencia de biomarcadores para la Enfermedad de Alzheimer, (2) el deterioro cognitivo leve debido a Enfermedad de Alzheimer, donde hay un deterioro de la memoria u otros dominios de cognición en una evaluación estándar y evidencia de biomarcadores para AD, y (3) demencia debido a Enfermedad de Alzheimer, donde hay evidencia de demencia y biomarcadores para AD (Jessen, 2014).

Esta subdivisión del curso de la enfermedad, asociado a las dos entidades (DCL y QSM) puede servir para identificar a personas que estén en riesgo de desarrollar la Enfermedad de Alzheimer (EA) y elaborar perfiles neuropsicológicos a partir de los cuales se pueda generar ensayos y estrategias de prevención, intervención y tratamiento evitando o ralentizando su evolución hacia la enfermedad neurodegenerativa.

La entidad Deterioro Cognitivo Leve (DCL), fue un término introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker como una situación de disfunción cognitiva que no alcanza el grado de demencia en el contexto clínico inicial de la EA (Reisberg y cols, 1989 citado por López, Arriola, Carnero y cols., 2017), que actualmente el DCL describe la

alteración en uno o más dominios cognitivos en razón a otra persona de la misma edad y nivel educativo, pero que no es de suficiente intensidad como para establecer el diagnóstico de demencia (López y cols., 2017). Debido a que en los últimos años este constructo ha ido generando diversos criterios diagnósticos, conocer la prevalencia e incidencia de la enfermedad depende los criterios utilizados, por este motivo en la literatura se encuentra una prevalencia de DCL a nivel mundial en mayores de 75 años entre el 3 y 20% (Busse, Bischkopf, Riedel y Angermeyer, 2003 citado por Lopez y cols., 2017) y una incidencia del 8-58 por 1000 personas al año (Ritchte, 2004; Gauther, Risberg Zaudig y cols, 2006; citados por López y cols., 2017). Asimismo, se sabe que no toda persona que ha sido diagnosticada con DCL necesariamente evoluciona a la demencia, algunos estudios datan que entre el 5 y el 41% de pacientes evolucionan a demencia en un seguimiento de un año (Geslani y cols., 2005 citado por López, 2017), mientras que otro estudio en un seguimiento de 4 años, el 11% de los diagnosticados con DCL llegaron a progresar a demencia (Mitchell y Shire, 2008 citado por López, 2017). La variabilidad de los resultados puede deberse al grupo de edad que fue foco de estudio, teniendo en cuenta que a mayor edad hay mayor riesgo del desarrollo de la EA.

En nuestro país no se tiene datos respecto a la prevalencia e incidencia de DCL en población general, pero si en población de pacientes geriátricos hospitalizados y ambulatorios, al respecto Villar (2000, citado por Custodio, 2012) halla frecuencias de deterioro cognitivo moderado y severo entre el 20 y 28% de adultos hospitalizados, mientras que Pfeiffer, encuentra que más de la mitad de pacientes hospitalizados presenta deterioro cognitivo, y de ellos el 10% es leve, el 12% es moderado y el 24% es severo. En Arequipa Bellón y Soto (2015) elaboraron un perfil cognitivo del adulto mayor, encontrando de una muestra de 656 adultos mayores, el 21% presentaba signos de deterioro

Por otro lado, las quejas subjetivas de memoria (QSM) es un constructo mucho más discutido, debido a que su presencia en la persona no se asocia únicamente a un deterioro del dominio cognitivo de memoria o de la función cognitiva en general, sino que puede ser parte de un cuadro de depresión, sintomatología prefrontal, rasgos de personalidad o factores sociales y culturales respecto a la concepción de la vejez (Jessen, 2014). Todo ello genera debate si es que es viable considerarla como una fase preclínica y pre-prodrómica de la demencia. Sin embargo, su presencia toma mayor importancia en personas que alcanzan un alto nivel educativo, debido a que ellas suelen tener un desempeño por encima del promedio en las pruebas neuropsicológicas, pero refieren tener un declive en su funcionamiento cognitivo en comparación a años anteriores.

Con todo lo expuesto se evidencia que la línea entre el envejecimiento normal y el patológico es poco clara, resultando complejo la tarea de identificar a personas en riesgo de desarrollo de demencia tipo Alzheimer o que ya presentan la enfermedad en etapas prodrómicas. Lo que nos lleva a realizar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el perfil neuropsicológico de adultos y adultos mayores entre 45 y 75 años que presentan Deterioro Cognitivo Leve y Quejas Subjetivas de Memoria?

## 2.- OBJETIVOS

### A. Objetivo general:

- Desarrollar perfiles neuropsicológicos en adultos y adultos mayores entre 45 y 75 con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria.

### B. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la muestra, adultos entre 45 y 75 años con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria.
- Analizar el desempeño de la evaluación neuropsicológica realizada a adultos y adultos mayores entre 45 y 75 años que presentan Deterioro Cognitivo Leve y otro para adultos con Quejas Subjetivas de Memoria.
- Analizar las diferencias del desempeño en la evaluación neuropsicológica realizada a adultos y adultos mayores entre 45 y 75 años que presentan Deterioro Cognitivo Leve y Quejas Subjetivas de Memoria.
- Analizar el grado de relación entre los factores sociodemográficos y el desempeño en la evaluación neuropsicológica realizada a de adultos y adultos mayores entre 45 y 75 años con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria.

### **3.- JUSTIFICACIÓN**

El envejecimiento es una etapa natural del ciclo de vida que presenta importantes cambios a nivel biológico, fisiológico, psicológico y social (Espitia, 2017). A nivel biológico y fisiológico está caracterizado por un desgaste orgánico general, propio del paso de los años, asociado a la incidencia de enfermedades crónicas y neurodegenerativas; a nivel psicológico la presencia del desgaste cognitivo, cambios en el humor, concepción y vivencia de la vejez y la enfermedad; a nivel social la persona tendrá que adaptarse a los recursos biológicos y psicológicos que esta etapa le ofrece y hacer frente a las nuevas exigencias sociales que el contexto le demande. Sabemos que el ritmo del envejecimiento es heterogéneo, que las condiciones sociales, de salud física, psicológica y el estilo de vida juegan un papel importante para que las personas desarrollen un envejecimiento saludable o uno patológico.

Por otro lado, también se habla del “envejecimiento sociodemográfico”, donde el aumento de la esperanza de vida y el mayor control de la natalidad, ha traído consigo un incremento del tamaño de la población mayor de 60 años en contraposición a una disminución de la población menor de 18 años (Espitia, 2017). Antes este fenómeno era considerado como un asunto únicamente de países europeos, actualmente es materia de preocupación en países de Latinoamérica y el Caribe dado que los adultos envejecen en un contexto de desigualdad social más intenso que en los países europeos (Ramos, 2014). Perú no es ajeno a este fenómeno, en el 2017 fue identificado por la CEPAL como un “país de situación moderada de envejecimiento”, estimando que para el 2030-2035 se ubicará en la fase “moderadamente avanzada” (Huenchuan, 2017).

Tanto el “envejecimiento poblacional” como el “envejecimiento como etapa de vida”, han dado lugar a un proceso de “transición epidemiológica”, donde se da el paso de una alta

prevalencia de enfermedades infecciosas-contagiosas hacia un aumento de la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas y neurodegenerativas. Esta situación genera nuevos retos en los sistemas de salud y de los avances médicos para dar respuesta a las enfermedades con mayor prevalencia (García y cols., 2010 citado por Espitia, 2017).

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa de elevada incidencia entre las demencias (56,6%, Custodio, 2012) caracterizada por una variedad de síntomas y signos manifestados por dificultades en la memoria, trastornos en el lenguaje, cambios psicológicos y psiquiátricos, y deterioro en las actividades de la vida diaria (Romero y cols., 2012), cuyo curso puede durar entre 5 a 20 años antes de que aparezcan los síntomas cognitivos que dirigen hacia un diagnóstico objetivo (Álvares y cols., 2008). Cuando una persona la padece, no solo la afecta a ella, sino también a su entorno familiar y social más cercano. Si bien en los inicios de la enfermedad el paciente es consciente de sus síntomas cognitivos y funcionales, conforme avanza la enfermedad el paciente se hace más dependiente, siendo el entorno familiar el que asume su cuidado (Custodio, 2016a). A esta situación se suma el coste médico (visitas médicas basales y de seguimiento, exámenes auxiliares, medicamentos y costos de hospitalización) y coste social (que incluye gastos para el paciente fuera de los servicios médicos: pañales, transporte, suplementos alimenticios y/o casa de reposo). Custodio (2016a) calcula que el costo mensual promedio de un paciente con demencia alcanza la suma aproximada de US\$570, destinados particularmente al uso de medicamentos antidemencia (inhibidores de colinesterasa y menina), antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos.

Asimismo, se conoce que una vez que el examen clínico y la evaluación neurocognitiva confirmen la presencia de demencia, la persona afectada presenta un pronóstico poco

favorable en su evolución dado que la mayoría de los síndromes demenciales son irreversibles y a su vez no existe una cura para esta afección (Patterson, 2018). En la actualidad los tratamientos solo posibilitan mayor tiempo de vida (hasta 8 o 9 años), por lo que las intervenciones terapéuticas se orientan en el sentido de aliviar, cuidar y mejorar la calidad de vida del paciente (Romero y cols., 2012). Gauthier (citado por Patterson, 2018), en relación a los pocos avances en el desarrollo de tratamientos eficaces para la demencia refiere: “... ¿En qué especialidad hemos sido capaces de dar marcha atrás cuando el órgano ya ha fallado? En ninguna. [...], la clave es detectar la enfermedad tiempo”. La comunidad científica comparte una opinión similar, considerando de gran relevancia la necesidad de generar estudios de investigación que permitan realizar el diagnóstico precoz de la EA e intentar reducir el avance hacia la enfermedad (Custodio, 2016b). Esta situación ha llevado a considerar a la demencia tipo Alzheimer como una enfermedad de salud pública, siendo los principales actores para su abordaje tanto su entorno más cercano como a las instituciones del estado (Montes-Rojas y cols., 2012).

El estado peruano, como parte de las medidas para el abordaje de esta problemática, en el 2013 incluyó la demencia en la lista de enfermedades catastróficas, creándose el plan nacional para la EA y otras demencias. EsSalud y algunas municipalidades han desarrollado un programa de atención domiciliaria (PADOMI) y centros integrales del adulto mayor (CIAM), pero sin un adecuado programa de intervención cognitiva (Custodio, 2016a). Salta a la luz la necesidad de incluir, dentro de las estrategias de prevención, programas de intervención en etapas preclínicas y prodrómicas de la EA. Ello llevó a plantear algunos investigadores la pregunta: ¿Dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? (Custodio y cols., 2012). Al estudiarse el curso de la enfermedad de Alzheimer la Asociación del Instituto Nacional del Envejecimiento y Alzheimer de EE.UU. (NIA-AA)

la subdivide en tres etapas: la etapa preclínica de la EA, la etapa del deterioro cognitivo leve (DCL) debido a EA y la demencia debido a EA (Jessen, 2014), asimismo todo este proceso puede durar entre 5 y 20 años antes de que aparezcan los síntomas cognitivos que dirigen hacia un diagnóstico objetivo (Álvarez y cols., 2008). De esta propuesta se desprenden dos entidades nosológicas: las Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) y el Deterioro Cognitivo Leve (DCL), ambas describen a personas en riesgo del desarrollo de la patología tanto en la etapa preclínica como prodrómica respectivamente, refiriéndonos a personas alrededor de los 45 años en adelante.

Estos dos conceptos (DCL y QSM) actualmente son muy discutidos, sin embargo es el mayor acercamiento que se tiene hacia el abordaje preventivo de la Enfermedad de Alzheimer, por lo que es indiscutiblemente importante un diagnóstico adecuado, mediante la utilización de instrumentos y técnicas fiables y sensibles, que permitan discriminar entre sujetos con envejecimiento normal y patológico (Custodio, 2012), y consecuentemente desarrollar programas preventivos contrastables metodológicamente.

El presente estudio de alcance descriptivo y diseño transaccional, (Hernández y cols, 2014) pretende conocer la caracterización neuropsicológica de personas con Deterioro Cognitivo Leve y Quejas Subjetivas de Memoria, que permita contribuir en examinar la definición y diferencias entre ambas entidades nosológicas, aportar características cognitivas diferenciables entre el envejecimiento normal y patológico, generar una línea base para implementar programas de prevención del desarrollo de demencia y para hacer estudios de seguimiento longitudinal.

Asimismo se considera prioritario encontrar herramientas no invasivas y adaptadas a nuestra realidad sociocultural, capaces de detectar cambios en la función y estructura del sistema nervioso, por lo tanto es necesario analizar los instrumentos neuropsicológicos de detección y aportar datos que permitan identificar a personas en riesgo de progresión a demencia. En este sentido el presente estudio utiliza instrumentos neuropsicológicos normalizados en adultos y adultos mayores de la ciudad de Lima, desarrollados por Arango-Lasprilla y cols. (2015), Rivera y Cols. (2015) y Olabarrieta –Landa y cols. (2015): Test de copia de una figura compleja de Rey, Test de interferencia Colores – Palabras de Stroop. Test de la modalidad de Símbolos y Dígitos (SDMT), Test Modificado de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (M-WCST), Test de Fluidez Verbal Semántica y Fonológica, Hopkins Verbal Learning Test–Revised (HVLT-R) y Test del Trazo – TMTA&B, además de los Subtest Vocabulario y Dígitos Directos e Inversos de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos “WAIS”.

#### **4.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El presente estudio tuvo las siguientes limitaciones:

- A. El perfil neuropsicológico fue elaborada en función de los datos normativos de población limeña, sin embargo dada la alta variabilidad sociocultural en nuestro país, es necesario elaborar datos normativos para la población arequipeña con el objeto de realizar una caracterización con neuropsicológica más precisa.
- B. El presente estudio tuvo una muestra del 90,5% de personas que acabaron secundaria completa o superior técnico/universitario, por lo tanto estos resultados no pueden ser generalizados en personas con bajo nivel educativo.
- C. Al ser el diseño del estudio de corte transversal y asimismo ser la base del diagnóstico puntos de corte en referencia a datos normativos, pese a que se considere edad y nivel

de instrucción, se resta importancia al desempeño cognitivo histórico e individual del evaluado. Por tanto se hace evidente la necesidad de estudios longitudinales donde se pueda realizar un seguimiento de la evolución de los participantes.

## 5.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

### 6.1. PERFIL NEUROPSICOLÓGICO

El perfil neuropsicológico hace referencia a la caracterización de procesos conductuales, cognitivos y afectivos asociadas al funcionamiento cerebral. Para llegar a establecer un perfil nos valemos de la evaluación neuropsicológica., siendo un método que permite identificar las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas de la disfunción cerebral, mediante el análisis de los déficit cognitivos (qué no puede hacer el paciente), los procesos cognitivos preservados (qué puede hacer el paciente) y la forma en que el sujeto se desenvuelve en la vida cotidiana. (Blázquez-Alisente, González-Rodríguez y Paúl-Lapedriza, 2011)

### 6.2. ADULTO Y ADULTO MAYOR:

Se entiende por **adulto** a la existencia de un ser humano que desde la perspectiva biológica se encuentra orgánicamente desarrollado; desde la psicológica es capaz de responsabilizarse por sus actos y de realizar un aporte al medio social en que se desarrolla; desde el económico goza de la independencia de los padres y solvencia económica. (Nassar y Abarca, 1983 citado por Alpízar, 2005). Asimismo vamos a considerar a la persona **adulta mayor**, tomando en cuenta nuestra legislación y desde el punto de vista cronológico de la vejez, a aquella persona que tenga 60 años a más, que a su vez está en concordancia con el criterio de las Naciones Unidas. (INEI, 2019). Para el presente estudio consideraremos participantes desde los 45 años hasta los 75 años de edad.

### 6.3. DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL)

El Deterioro Cognitivo Leve es entendido como un estado intermedio entre el envejecimiento normal y el patológico, e implica un deterioro en una o varias áreas cognitivas concretas, pero que no llegan a cumplir los criterios de demencia (Petersen, 2003 citado por Gramunt, 2007).

### 6.4. QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA (QSM)

El presente estudio adoptará el término quejas subjetivas de memoria entendiendo por ella que: “a) ***La queja*** supone una creencia o juicio de valor de la persona a su allegado o interlocutor. [...] b) ***La subjetividad*** se analiza desde el campo de la metamemoria como el conocimiento que se tiene de la propia memoria; pero no ha de basarse sólo en cómo funciona, puesto que en ella influirán la personalidad y una concepción más global de la salud física y mental. c) ***La memoria*** alude a los olvidos cotidianos como término más popular. [...] también hace referencia a otros problemas de las funciones cognitivas como la falta de atención, la dificultad de planificación, [...]" (Montenegro, 2016).

## 6. VARIABLES E INDICADORES

**Tabla 1.**

*Variables e indicadores*

VARIABLES	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	Instrumento
Variable 1  Quejas Subjetivas de Memoria	Olvidos Cotidianos		Presencia / Ausencia de olvidos cotidianos	Cuestionario de QSM de Jessen - 2014
			Percibe/No Percible	Cuestionario de QSM de Jessen - 2014
	Percepción subjetiva de declive		12 meses	Cuestionario de QSM de Jessen - 2014
			2 a 5 años	
			más de 5 años	
	Tiempo de inicio		Percibe/No Percible	Cuestionario de QSM de Jessen - 2014
			Normal	
	Percepción del informante o allegado	Área afectiva	Depresión Leve	Escala de Depresión Geriátrica Yesavage
			Depresión Establecida	
		Área conductual	Independencia Total	
			Leve	
			Moderada	
	Perfil Neuropsicológico	Área cognitiva	Grave	Índice de Barthel
			Dependencia Total	
			Atención	
			Memoria Visual	
			Memoria Verbal	
	Área cognitiva		Memoria de Trabajo	Test de Aprendizaje y Memoria Verbal Hopking
			Función Ejecutiva	
			Lenguaje	
			Por encima del promedio	
			Promedio	
			Por debajo del promedio	

VARIABLES	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	Instrumento
Variable 1  Deterioro Cognitivo Leve	Olvidos Cotidianos		Presencia / Ausencia de olvidos cotidianos	Cuestionario de QSM de Jessen - 2014
			Percibe/No Percible	Cuestionario de QSM de Jessen - 2014
			Percibe/No Percible	Cuestionario de QSM de Jessen - 2014
	Área afectiva	Depresión	Normal	Escala de Depresión Geriátrica Yesavage
			Depresión Leve	
			Depresión Establecida	
			Independencia Total	
	Área conductual	Actividades de la vida diaria.	Leve	Índice de Barthel
			Moderada	
			Grave	
			Dependencia Total	
			Atención	
	Perfil Neuropsicológico	Área cognitiva	Memoria Visual	Test Símbolos y Dígitos Modificado Test del Trazo A Figura Compleja de Rey Test de Aprendizaje y Memoria Verbal Hopking Dígitos Directo/ Inverso –WAIS III Trail Making Test Clasificación de Tarjetas Wisconsin
			Memoria Verbal	
			Memoria de Trabajo	
			Función Ejecutiva	
			Lenguaje	
			Por encima del promedio	
			Promedio	Test Palabras y Colores Stroop Test del Trazo B Vocabulario – WAIS III Fluidez Verbal Semántica Fluidez Verbal Fonológica
			Por debajo del promedio	

Fuente: Elaboración propia

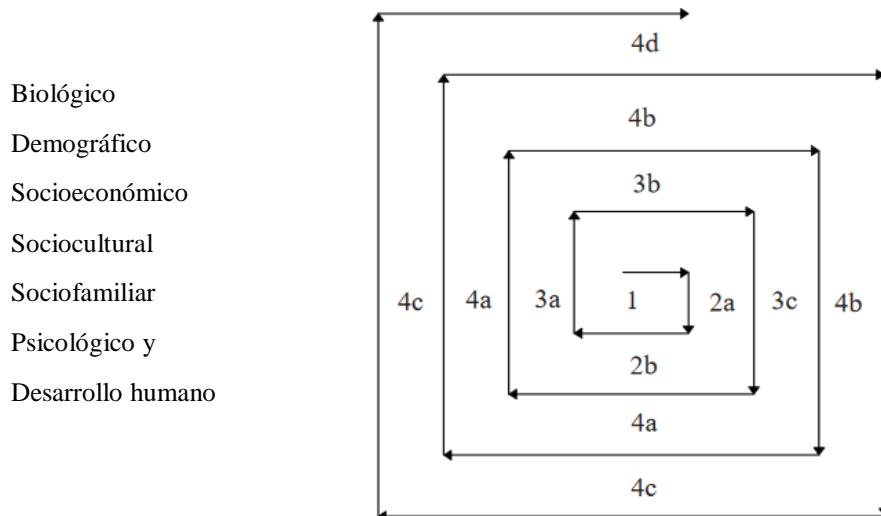
## **CAPITULO II**

### **REVISIÓN DE LITERATURA**

#### **1.- ENVEJECIMIENTO**

El termino envejecimiento hace referencia a un amplio y variante periodo de la vida humana, que abarca alrededor de 40 años. Este obedece a un proceso dinámico donde la vejez llega ser el resultado dependiente de etapas anteriores, asociadas a características biológicas, demográficas, sociales, culturales, económicas, familiares y psicosociales. Zetina (1999) grafica esta evolución desde los ciclos vitales de crecimiento y desarrollo, hasta la vejez (Figura 1), el cual nos da cuenta de que existen otros términos asociados al envejecimiento que ameritan ser conceptualizados para el presente estudio, como vejez, adulteza y adulto mayor.

### LOS CICLOS VITALES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO HASTA LA VEJEZ



*Figura 1. Los ciclos vitales de crecimiento y desarrollo hasta la vejez. 1 infancia, 2 juventud: a) pubertad, b) adolescencia, 3 adultez: a) inicial, b) media, c) avanzada. Umbral entre la adultez madura y el adulto mayor, 4 vejez: a) inicial, b) media, c) avanzada, d) umbral de la tercera edad a la longevidad.*

*Fuente:* Zetina L, María G. (1999) Conceptualización del proceso de envejecimiento.

#### A.- Concepto de la vejez y envejecimiento

La palabra **vejez** viene de la voz latina “*vetus*”, la cual se deriva de la raíz griega “*etos*” que significa “años”, “añejo”; por tanto su definición suele asociarse al tiempo acumulado de vida transcurrido en razón a un momento histórico determinado (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009).

Desde la psicología del desarrollo Rice (1997, citado por Satorres, 2013) señala que la **vejez** es “*un momento de ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales, y las relaciones*”; en esta misma línea Fernández (2000, citado por Ramos y cols., 2009) refiere que “*la vejez... está en función del tiempo que transcurre para un determinado organismo frecuentemente medido según la edad*”. Mientras que el **envejecimiento** es entendido como “*cualquier cambio*

*temporal en un objeto o sistema...que puede ser bueno, malo o indiferente a un determinado juez u observador”* (Yapes, citado por Ramos y cols., 2009), Asimismo, Buendía (1994, Ramos y cols., 2009) lo define como “*un proceso que comienza tempranamente y que a lo largo de la vida adulta se combina con los procesos de maduración y desarrollo*”, y además que este proceso no solo implica deterioros o perdidas, sino a su vez “*se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas*”

Estas definiciones citadas dan cuenta de diferencias entre ambos términos, haciendo referencia a que la **vejez** sea entendida como **estado, producto** o situación relacionada con la edad cronológica y el estado físico, mientras que el **envejecimiento** se asocie a un **proceso** que integra otros elementos. Sin embargo Ramos y cols. (2009), realiza un análisis de las concepciones utilizadas para ambos términos, concluyendo que la vejez es al mismo tiempo proceso y producto, dado que ambas constituyen dimensiones cambiantes y dinámicas de una misma situación, asumiendo una realidad dialéctica y relativa de la vejez, afirmando que “*la vejez es envejecimiento tanto como el envejecimiento es vejez*”. Por tanto, para el presente estudio hacemos referencia a la vejez y envejecimiento como **una sola entidad**.

Realizando un análisis de las concepciones de vejez nos encontramos con diversas aproximaciones desde tres vertientes usualmente comunes: la biológica, psicológica y social (Ramos y cols., 2009).

- A. La biológica incluye la definición en dos dimensiones a) la función del patrón de referencia cronológica (edad), y b) los cambios morfofuncionales. En este sentido, desde la fisiología, San Martín (1988, citado por Ramos y cols., 2009) refiere que el envejecimiento tisular comienza cuando termina el periodo de crecimiento (entre los 25 y 30 años) siendo este un proceso gradual, insidioso y progresivo, y se da

una manifestación objetiva después de los 40 años cuando el desgaste de los tejidos se hace evidente. Asimismo Craig refiere que el envejecimiento es un fenómeno universal, dado que “*Todos los sistemas del organismo envejecen incluso en condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no con la misma rapidez... Muchos de los efectos no se perciben sino hasta los últimos años de la adultez, porque el envejecimiento es gradual y los sistemas físicos poseen una gran cantidad de reserva.* (2001, citado por Ramos y cols., 2009)

- B. La psicológica también incluye dos dimensiones: a) la *Psicobiológica* que hace referencia a los procesos psicológicos y el desarrollo que estos presentan, y b) la *psicológica estructural*, que toma en cuenta el estudio de la personalidad y sus cambios. En esta línea Busse (1987, citado por Ramos y cols., 2009) plantean el estudio de la vejez a partir del *envejecimiento primario* y del *envejecimiento secundario*. El primero hace referencia a proceso gradual e inevitable del deterioro corporal que empieza temprano en la vida y continúa a lo largo de los años sin poder evitarse; mientras que el segundo consiste en el envejecimiento como resultado de la enfermedad, abuso u otros factores que estén en control de las personas.
- C. La social parte del estudio de tres dimensiones: la *sociodemográfica*, que toma en cuenta el crecimiento de la población y sus efectos endógenos y exógenos, la *sociopolítica*, que implica el nivel de participación e integración social de los viejos, y la *económica política*, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez. En este sentido, desde la dimensión sociodemográfica, podemos entender el envejecimiento de la población como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con

respecto a la población total. Ello implica todo un proceso que deriva de la acción combinada de dos elementos fuertemente relacionados entre sí, el demográfico y el epidemiológico: El primero, “*se refiere a las transformaciones en la estructura de la población, principalmente a causa de la disminución de la fecundidad y la mortalidad*”. El segundo, “*alude al cambio hacia una menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes*” (Ham Chande, 1996 citado en MMPV, 2017). Asimismo Blanck-Cereijido (1999, citado por Ramos y cols., 2009) desde las dimensiones políticas y sociopolíticas señala que “*Envejecer es entrar en una etapa de la vida que comienza con pérdida de capacidades vitales, habilidades, trabajos, pertenencias, carreras y papeles sociales*”.

Teniendo en cuenta toda esta variabilidad de definiciones desde distintas ramas del conocimiento, para el presente estudio hemos de adoptar el que propone Ramos y cols. (2009), quienes hacen referencia que el envejecimiento es un proceso y producto de la interacción dialéctica de factores psicológicos, biológicos y sociales, por tanto es una experiencia individual y social, dado que en cada persona se presenta de forma distinta y a su vez teniendo implicación psicosociales y biológicas, que no dependen del sujeto que está situado en una edad, sino de los cambios culturales y tecnológicos que enfrenta la sociedad en la que se vive.

## **B.- Conceptos de adulto y adulto mayor**

Se entiende por **adulto** a la existencia de un ser humano que desde la perspectiva biológica se encuentra orgánicamente desarrollado; desde la psicológica es capaz de responsabilizarse por sus actos y de realizar un aporte al medio social en que se

desarrolla; desde el económico goza de la independencia de los padres y solvencia económica. (Nassar y Abarca, 1983 citado por Alpízar, 2005). Las mismas autoras clasifican el concepto de adultez en tres etapas conocidas como adulto joven (de los 18 a los 25 años), adulto medio (de los 26 a los 45 años), y adulto tardío (de los 45 a los 64 años). Durante la etapa del adulto(a) joven no existe todavía una afirmación explícita del ser adulto, pero sí da inicio la búsqueda por la independencia económica y emocional. La etapa que le sigue es la adultez media, según Gould (1972, citado por Alpízar, 2005) durante este periodo se da cierta evaluación del pasado y, cierta ansiedad, porque el tiempo se va escapando, asimismo es la etapa de la vida de mayor productividad laboral y personal. La etapa que le continúa es la adultez tardía, en la cual las personas se encuentran en un periodo de cierre de su desarrollo evolutivo, como lo es la aparición de la menopausia y andropausia, la jubilación, y a la adaptación a una inminente vejez. Asimismo vamos a considerar a la persona **adulta mayor**, tomando en cuenta nuestra legislación (Ley N°30490) y en concordancia con el criterio de las Naciones Unidas, a aquella persona que tenga 60 años a más. (INEI, 2019).

## C.- Teorías del envejecimiento.

### a. Enfoque Biológico

Desde el enfoque biológico tiene su base en dos teorías: la *del envejecimiento programado* y la teoría *del desgaste natural del envejecimiento*,” (Papalia y Wendkos, 1998 citados por MMPV, 2017). La “teoría del envejecimiento programado” sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, predefinido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores por lo tanto este patrón es innato en todos los seres vivos; Por otro lado “la teoría de desgaste natural del envejecimiento” comparan el

cuerpo con una máquina, cuyas partes se desgastan debido al uso, asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo. (Papalia y Wendkos, 1998 citado por Alpízar, 2005). La diferencia entre ambos es sustancial dado que la “*teoría del envejecimiento programado se centra en el determinismo y en el hecho casi ineludible de que poco se puede hacer por intervenir en el proceso de envejecimiento, la teoría del desgaste natural otorga un margen de posibilidades a la intervención mediante la prevención y la acción*” (Alpízar, 2005).

### **b. Enfoque Psicológico**

Desde este enfoque encontramos dos teorías opuestas: la teoría de la desvinculación y la del envejecimiento satisfactorio. La teoría de la desvinculación hace referencia a que la vejez se caracteriza por el alejamiento de la propia persona adulta mayor y la sociedad, por un lado la persona reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que por otro lado la sociedad estimula la segregación generacional. (Papalia y Wendkos, 1998 citado por Alpízar, 2005)

Así también tenemos la teoría del envejecimiento satisfactorio introducida por John Rowe en 1987, haciendo referencia que el envejecimiento es resultado del mantenimiento de las capacidades funcionales, físicas, cerebrales, afectivas y sociales, de un buen estado nutricional, un proyecto de vida motivante y el empleo de paliativos apropiados que permitan compensar las incapacidades, entre otros elementos. De acuerdo a la teoría de la actividad, ello significaría que mientras más activas se conserven las personas adultas mayores, su envejecimiento sería más satisfactorio. Sin embargo reduce el valor humano a factores como la actividad y la productividad, dejando de lado el hecho de que las personas adultas mayores, independientemente de su nivel de actividad, merecen un lugar dentro de la sociedad.

### c. Enfoque Social

Desde la perspectiva del enfoque social se encuentra la teoría funcionalista del envejecimiento, que propone el hecho de que en la vejez se produce una ruptura social y una pérdida progresiva de las funciones en el sentido de los roles. Los críticos de esta teoría manifiestan que esta forma de entender el envejecimiento proporciona herramientas ideológicas para justificar argumentos sobre el “carácter problemático” de una población que envejece, y que percibe a las personas adultas mayores como improductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad. (Bury, 1995, citado en MMPV, 2017).

Desde la economía política de la vejez, se señala que el elemento básico para entender la situación de las personas adultas mayores en las sociedades capitalistas modernas, es que la calidad de vida alcanzada en esta etapa del ciclo de vida, está directamente influenciada por su posición en el mercado de trabajo al momento de jubilarse (Estes, 1986, citado en MMPV, 2017).

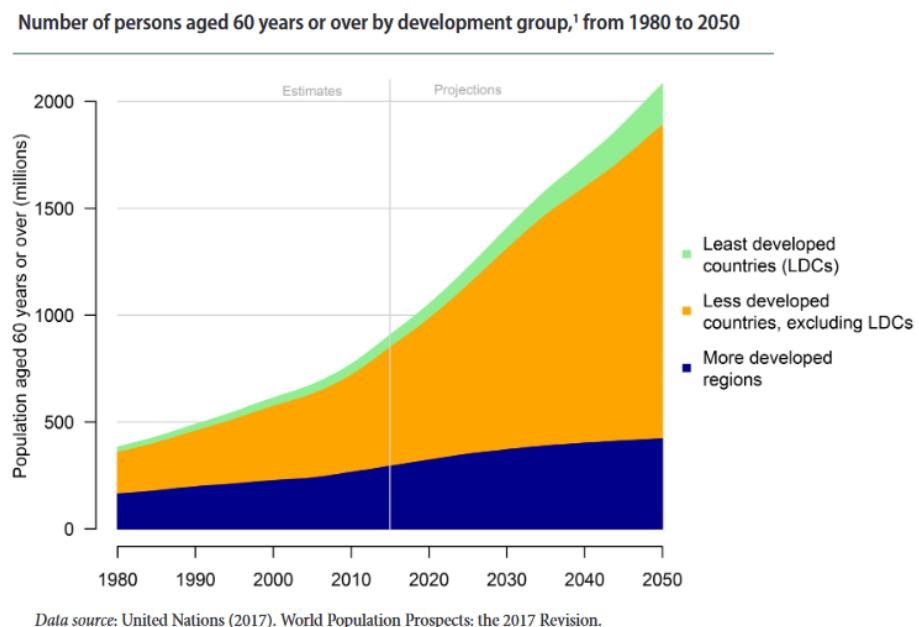
Por otro lado, la teoría de la dependencia estructurada enfoca su atención en “*...el sistema social en vez de dirigirla a las características de las personas. Propone que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social*

” (Mouzelis, 1991 citado en MMPV, 2017). Dicha teoría enfoca cuestiones trascendentales como “*...las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de las personas adultas mayores, a la vez que funciona como un correctivo del individualismo de teorías anteriores sobre el envejecimiento*” (Bury, 1995 citado en MMPV, 2017).

## D.- Situación actual del Envejecimiento

### a. Envejecimiento en el ámbito internacional.

El informe Perspectivas de la Población Mundial 2019 (ONU, 2019) confirmó que la población mundial está envejeciendo debido a la mayor esperanza de vida al nacer y la disminución de los niveles de fecundidad. Actualmente una de cada 11 personas (9% de la población mundial) tiene más de 65 años. En el año 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más a nivel mundial superaron en número a los niños menores de cinco años. La población mundial de 60 años, según el informe World Population Ageing realizado por las ONU (2017), ascendía a 962 millones en el año 2017, más del doble que en 1980, cuando había 382 millones de personas mayores en todo el mundo; asimismo se estima que para el 2050 la población duplicaría, llegando a casi 2,1 mil millones de adultos mayores.



*Figura 2. Número de personas de 60 años o más por grupo de desarrollo, de 1980 a 2050.*  
*Fuente:* United Nations (2017). World Population Ageing Prospects the 2017 Revision.

Inicialmente esta situación se tomaba como asunto únicamente de países desarrollados como los países de Europa y América del Norte, sin embargo hoy en día este fenómeno global. El informe WPA 2017 (ONU, 2017) además revela que son en las regiones en desarrollo donde la población adulta mayor ha estado creciendo mucho más rápido que en las regiones desarrolladas. Para el año 1980 las regiones en desarrollo albergaban al 56% de las personas de 60 años o más, en el año 2017 albergaban los dos tercios de las personas mayores del mundo, y se estima que para el año 2050, el 79% de la población mundial de 60 años o más vivirá en estas regiones.

Ante estos resultados, las pirámides demográficas de los países se están reconfigurando, transitando de una figura que representaba una "pirámide de población" hacia figuras "no piramidales".

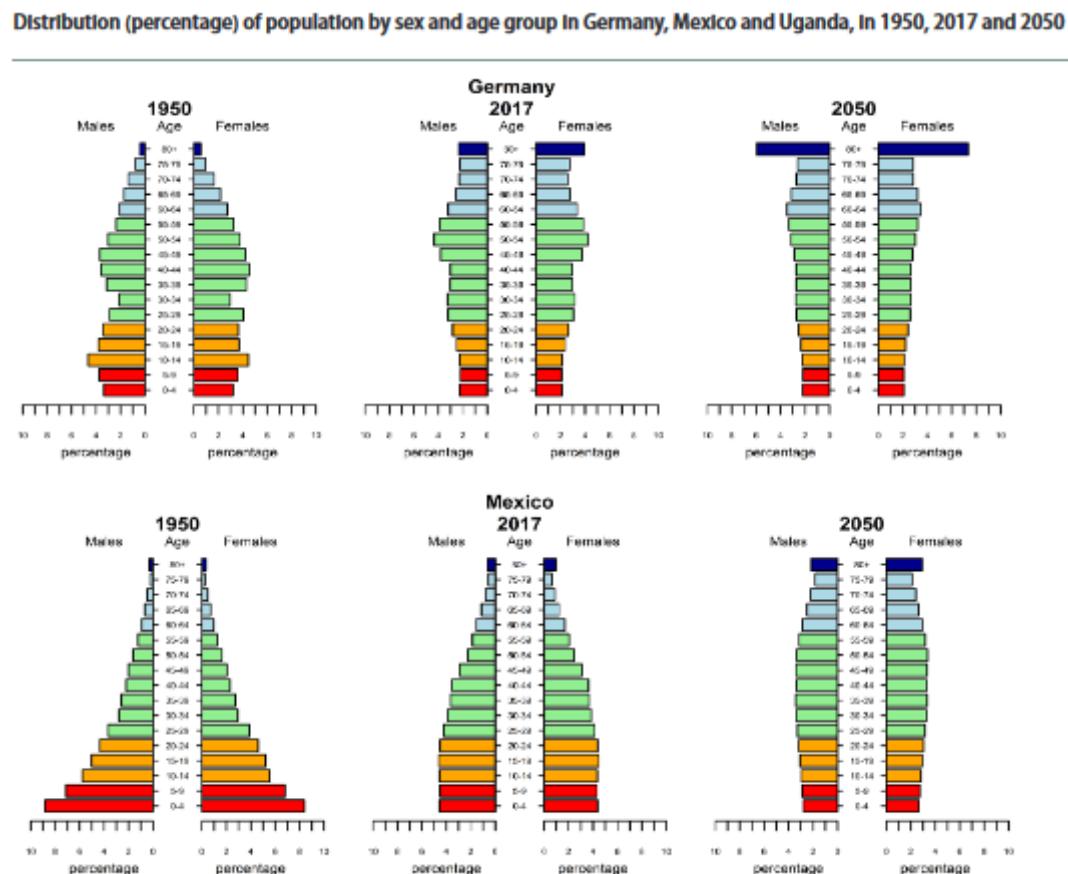


Figura 3. Distribución (porcentaje) de la población por sexo y grupo de edad en Alemania y México, en 1950, 2017 y 2050.

Fuente: United Nations (2017). World Population Ageing Prospects the 2017 Revision

## b. Envejecimiento en Perú

Perú no es ajeno a esta situación, según el Informe Técnico de la Situación de la Población Adulta Mayor que emitió el INEI en septiembre del presente año (2019), la población adulta mayor en el año 1950 representó el 5,7% de la cantidad en general y para el año 2019 esta proporción aumentó al 12,4%. Asimismo en el 2009 publicó en su boletín especial N° 17, las estimaciones y proyección de población total de Perú desde el año 1950 hasta el 2050, donde se hace estimaciones de que el grupo de personas mayores pasarán a representar del 10% en el año 2017 a cerca del 22% en el año 2050, superando a la población menor de 14 años. (INEI, 2009 citado por SBS, 2018).

Gráfico N° 01

Perú: Pirámide de la población en 1950

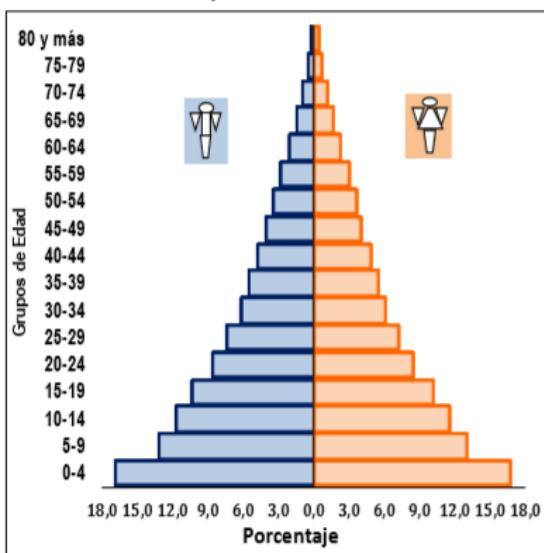
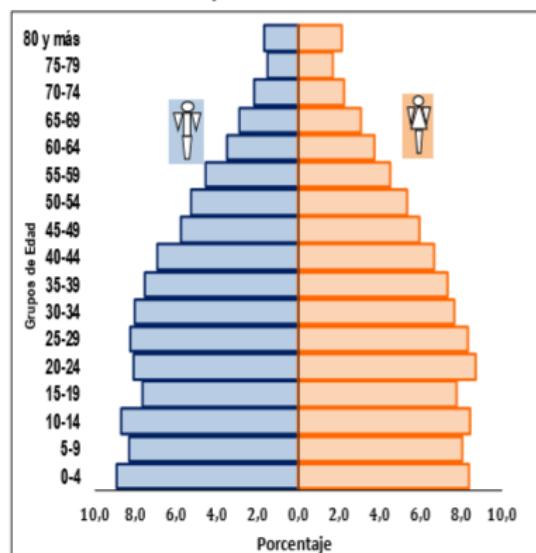


Gráfico N° 02

Perú: Pirámide de la población en 2019



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Figura 4. Pirámide de la población peruana en 1950 y 2018

Fuente: Informe Técnico de la Situación de la Población Adulta Mayor INEI - (2019)

#### **E.-Situación actual del adulto mayor en el Perú.**

El envejecimiento sociodemográfico de la población en nuestro país es una realidad que conlleva a cuestionarse ¿en qué condiciones subsisten actualmente los adultos mayores?, ¿Cómo lo harán en el futuro? y ¿Cuáles son las medidas que se han implementado y/o deberían implementarse para garantizar el ejercicio de sus derechos? (Defensoría del Pueblo, 2019). Para responder a esas cuestiones se requiere del conocimiento de la situación actual del adulto mayor.

Para ello vamos a analizar desde las diferentes dimensiones de bienestar en las personas mayores. Desde la educación, conocemos que el 30,71% de mujeres adultas mayores no sabe leer ni escribir y no recibió un programa de alfabetización en los últimos doce meses, frente al 9,37% de hombres en el mismo grupo de edad. Respecto a los sistemas de pensiones y acceso seguridad social, el 94,71% de las mujeres adultas mayores y el 78,57% de varones adultos mayores, no se encuentran afiliados. Asimismo el 45,87% de adultos mayores y el 56,08 de adultas mayores no recibe pensión por jubilación, viudez, orfandad ni accede al Programa Nacional de Asistencia Solidaria (Pension 65). Dado cuenta de este acceso bajo o limitado al sistema de pensiones y seguridad social, los adultos mayores se ven obligados a laborar con el propósito de mejorar sus ingresos. Al respecto se sabe que el 4,04% de los adultos mayores tiene una ocupación principal que nos remuneradas, mientras que el 11,93% de las mujeres adultas mayores trabaja también sin recibir remuneración. Por otro lado, que el 10,99% de los hombres adultos mayores y el 9,42% de mujeres viven en situación de pobreza a pesar de realizar un trabajo remunerado. (Enaho, 2017 citado por Defensoría del Pueblo, 2019).

Respecto al estado de salud en el adulto mayor, INEI Enaho (2017, citado por Defensoría del Pueblo, 2019) refiere que el 80,34% de las adultas mayores y el 71,08%

de los adultos mayores presenta enfermedad crónica (enfermedades cardíacas, infartos, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes). Al mismo tiempo, el 12,19% de los adultos mayores y el 13,74% de las adultas mayores que sufrieron caídas, síntomas, recaídas de enfermedades graves o accidentes, no accedieron a consulta médica por motivos de carencia de dinero, demoras excesivas en la atención, desconfianza en los médicos, falta de tiempo o maltrato del personal de salud. Además se conoce que el 7,41% de los adultos mayores y el 10, 31% de las mujeres adultas mayores, además de vivir solas, no participa en organización alguna.

Las dimensiones expuestas hacen un reflejo aproximado de la situación del adulto mayor en cuanto a su nivel educativo y alfabetización, acceso a pensiones, a un empleo remunerado, salud y enfermedades crónicas, participación o aislamiento de la comunidad. Las cifras muestran una realidad preocupante y alarmante apuntando a que el contexto actual donde convive la persona adulta mayor, escapa de la idea de una etapa de descanso, tranquilidad y gozo de lo ya vivido, a una realidad cruel, sufrible, asumiendo las mismas dificultades que en su juventud y adulterz, pero esta vez con menos recursos, menos fuerza física e inadecuado soporte social, familiar y/o emocional.

Si bien en los últimos años se han ido desarrollando diversas acciones orientadas a al cumplimiento de los derechos del adulto mayor, como la nueva Ley de la Persona Adulta Mayor, N°30490 promulgada en julio del 2016, la elaboración de una Política y un Plan Nacional para las personas Adultas Mayores, y la implementación de programas y servicios focalizados (Defensoría del Pueblo, 2019), aun se carece de acciones concretas por parte de diversos organismos estatales que permita alcanzar un goce efectivo.

Desde la Política Nacional referida a las Personas Adultas Mayores se desarrollan objetivos, lineamientos y contenido según los siguientes rubros:

- a) Envejecimiento saludable (salud, nutrición, uso del tiempo libre)
- b) Empleo, previsión y seguridad social.
- c) Participación e integración social
- d) Educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez.

Bajo este contexto, este estudio ofrece herramientas desde el campo de la neuropsicología, para el conocimiento del envejecimiento saludable y patológico, que permitan plantear estrategias de promoción, prevención e intervención.

#### **D.-Envejecimiento sano y envejecimiento patológico**

El aumento de la esperanza de vida al nacer y el envejecimiento sociodemográfico, han dado lugar al aumento de la población mayor de 60 años y disminución de la población menor a 18 años, y a la vez a un proceso de “transición epidemiológica”, que describe el paso de una alta prevalencia de enfermedades infecciosas-contagiosas hacia un aumento de la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas y neurodegenerativas. (García y cols., 2010 citado por Espitia, 2017). Asimismo conocemos que el envejecimiento es un proceso inevitable, que implica cambios progresivos estrechamente relacionados con la propia genética, herencia biología, la historia social y factores ambientales (Wilson, Bennett y Swartzendruber, 1997 citado por Barrera y cols., 2009). Estos cambios varían de una persona a otra y ocurren de manera progresiva y específica. Allí surge la pregunta de cómo saber si estos cambios son propios de un envejecimiento sano o estos vienen a ser los primeros signos de una enfermedad neurodegenerativa posterior.

Desde la neuropsicología conocemos que en relación a los aspectos cognitivos, durante el envejecimiento suele aparecer una disminución del rendimiento en una o varias

funciones cerebrales como memoria, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, cálculo, habilidades constructivas y visuoespaciales (Barreda y cols., 2009). El esfuerzo de los estudios se ha centrado en identificar los cambios cognitivos, que puedan ser significativos para predecir posible riesgo del desarrollo de alguna enfermedad neurodegenerativa, dando lugar a conceptos como deterioro cognitivo leve, quejas subjetivas de memoria o quejas cognitivas subjetivas.

## **2.- DETERIORO COGNITIVO LEVE**

### **A.- Concepto de Deterioro Cognitivo Ligero**

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL en adelante) es entendido como una entidad clínica de difícil definición debido a que es considerada una fase en el continuum de la normalidad a la demencia, hace referencia a un estado intermedio entre el envejecimiento normal y el patológico, e implica un deterioro en una o varias áreas cognitivas concretas, pero que no llegan a cumplir los criterios de demencia (Petersen, 2003 citado por Gramunt, 2007).

Este término es producto de perseverantes estudios y análisis para diferenciar el envejecimiento normal del patológico. Inicialmente Kral en 1962 propuso los términos de "pérdida de memoria benigna" y "pérdida de memoria maligna" (Lojo, 2012), posteriormente Crook, Bartrus y Ferris en 1986 (citados por Gramunt, 2007) proponen el término “Pérdida de memoria asociada a la edad”, siendo este el primer intento de estandarización de criterios diagnósticos, donde se hace referencia a quejas subjetivas de memoria en personas mayores de 50 años, confirmadas por un decremento de, al menos, una desviación estándar en un test formal de memoria en comparación con la media.

Levy y cols. en 1994 consideran restrictivo analizar únicamente la alteración cognitiva de memoria, cuando en la ancianidad se ven afectadas distintas funciones cognitivas además de la memoria, haciendo la propuesta de “Deterioro Cognitivo Asociado a la Edad” (Gramunt, 2007) y en la misma línea Graham y cols. en 1996 amplían el concepto a “Deterioro cognitivo no Demencia” haciendo referencia a cualquier tipo de deterioro (en áreas de aprendizaje, lenguaje y de las funciones motora ejecutiva) en ausencia de

demencia (Lojo, 2012). Por ese mismo periodo el DSM-IV (APA, 2004 citado por Gramunt, 2007) incluye el concepto “Trastorno amnésico sin especificar” haciendo referencia a quejas acerca de dificultades en el recuerdo de nombres y citas o en la resolución de problemas, sin poderse relacionar con un problema mental concreto o una alteración neurológica y el concepto “Trastorno Neurocognitivo Leve”, que abarca no sólo dificultades de memoria y aprendizaje sino, además, de funciones ejecutivas, lingüísticas y perceptivo-motoras.

Paralelamente a ello se utilizó el concepto de Deterioro Cognitivo Leve por primera vez en 1991 por Flicker, Ferris y Reisberg (Lojo, 2012), pero carecía de una precisión diagnóstica hasta 1999 cuando Peterson y cols. lo definen como una entidad diagnóstica que denomina al estado intermedio entre envejecimiento normal y patológico. En 1992 la Organización Mundial de la Salud incluye en su décima edición del CIE – 10 el término Mild Cognitive Impairment o “Deterioro Cognitivo Ligero”, describiéndola como una alteración adquirida que incluye el deterioro de una o varias áreas cognitivas (lenguaje, memoria, atención) y que se considera secundaria a una enfermedad definida.

Debido a las discrepancias y la falta de precisión en cuanto a los criterios anteriormente mencionados, se cuestiona utilidad diagnóstica del DCL, lo que conlleva a que en el año 2004, en la reunión del International Working Group on Mild Cognitive Impairment (Grupo de Trabajo Internacional en Deterioro Cognitivo Leve) se haga una revisión de los mismos (Windlad y cols, 2004 citado por Lojo, 2012), asumiendo los criterios propuestos por Petersen en 1999 para la clasificación del DCL, siendo los siguientes:

(a) quejas de deterioro de memoria, (b) actividades normales de la vida diaria preservadas,(c) función cognitiva general normal, (d) función de memoria anormal para su edad y (e) ausencia de demencia. Asimismo Petersen y cols. remarcan la importancia

de una normalización teniendo en cuenta el grupo de referencia por edad y nivel educativo al que pertenece la persona examinada (Lojo, 2012).

Asimismo para el año 2006, el grupo de trabajo European Consortium on Alzheimer Disease (Consorcio Europeo en la Enfermedad de Alzheimer) proponen un procedimiento diagnóstico para el DCL basado en los siguientes criterios (a) la persona debe presentar quejas cognitivas que deben ser corroboradas por un familiar, cuidador o informante del mismo, (b) la persona evaluada y el informador refieren un declive en el funcionamiento cognitivo en relación con las capacidades previas durante, al menos, los últimos 12 meses, (c) el deterioro cognitivo no afecta a las actividades de la vida diaria, y (d) ausencia de diagnóstico de demencia. (Lojo, 2012).

Pese a que la idea de DCL se fue haciendo relativamente más clara, aun los criterios diagnósticos no son lo suficientemente precisos. Golomb y cols. (2001, citado por Gramunt, 2007) explican que al ser la base del diagnóstico puntos de corte en referencia a datos normativos, pese a que se considere edad y nivel de instrucción, se resta importancia al desempeño cognitivo histórico e individual de la persona. Es decir, se ignora la posibilidad de que, en algunos pacientes puede que siempre hayan tenido rendimientos pobres y no hayan sufrido un verdadero declive de su capacidad cognitiva, o por otro lado, puede que los paciente hayan sufrido un deterioro cognitivo significativo pero puntúen por encima del punto de corte debido a que su nivel previo de rendimiento era muy elevado. Se realizaron estudios al respecto por Morris y cols. en el 2001 y Storandt, Grandt Milles y Morrisen en el 2006 (Gramunt, 2007), quienes desarrollaron un programa de investigación analizando la transición del envejecimiento normal a la enfermedad de Alzheimer, centrándose esencialmente en los cambios intraindividuales de la capacidad cognitiva de las personas, restándole énfasis a la comparación de rendimientos con datos normativos. Sus resultados sugieren que es posible identificarla

EA en una fase aún más temprana que la del DCL si es que nos enfocamos cuidadosamente en los cambios intraindividuales más que en los interindividuales.

En razón a lo expuesto se hace evidente la necesidad de realizar una recopilación histórica que permita documentar la existencia de un declive de las funciones cognitivas del paciente. Estas pueden ser reunidas a través de entrevistas con los informadores, la evaluación clínica del paciente y la síntesis de las observaciones realizadas por el clínico en un periodo de tiempo (Storandt, Grandt Milles y Morris, 2006 citado por Gramunt, 2007). Ello ha dado lugar a la creación de guías de entrevistas estructuradas para ser aplicadas tanto al paciente como a los informadores, las mayor uso son la Escala de Deterioro Global GDS desarrollada por Reisberg y cols. en 1982 y Clinical Dementia Rating (CDR – Escala Clínica de Demencia) elaborada por Hughes y cols, 1982.

## B.- Tipos de Deterioro Cognitivo Leve

En la reunión internacional del grupo de trabajo en Deterioro Cognitivo Leve (2004, citado por Gramunt, 2007), se fue analizando los criterios propuestos durante todo ese lapso de años y definiéndolos en un único marco de diagnóstico y clasificación aplicado clínicamente. De este modo para que el paciente pueda ser considerado como Deterioro Cognitivo Leve (DCL) debe existir una queja acerca de un declive cognitivo ya sea autorreferido o referido por un informador, respaldado con tareas cognitivas objetivas que evidencien un declive progresivo. Asimismo, pese a estas dificultades, la persona no debe presentar alteraciones en sus actividades funcionales de la vida diaria. Además en esta reunión se realizó una clasificación del DCL dependiendo del número y tipo de dominios afectados dando lugar a : *DCL amnésico de un solo dominio (DCL-a)*, si existe deterioro significativo tan solo de la memoria; *DCL amnésico múltiple dominio (DCL-ma)*, si otros dominios se ven afectados, además de la memoria; *DCL no amnésico de*

*un solo dominio (DCL-na), si existe deterioro tan solo en un área cognitiva que no es memoria; y DCL no amnésico múltiple dominio (DCL-mna), si hay más de un dominio afectado pero entre ellos no se encuentra la memoria.* (Petersen, 2004; Winblad, 2004 citados por Gramunt, 2007)

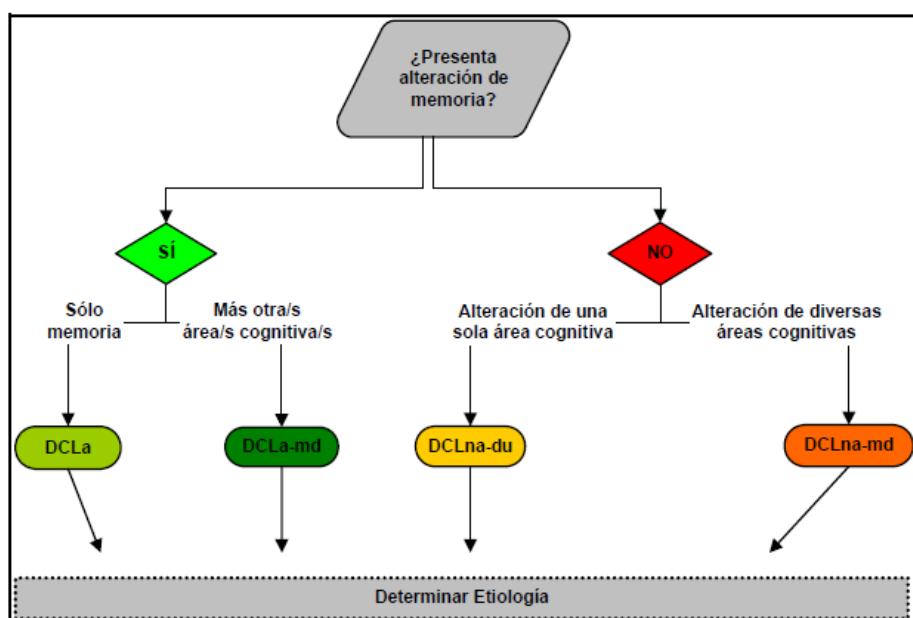


Figura 5. Algoritmo del DCL. Algoritmo para los subtipos Deterioro Cognitivo Leve según el consenso de Winblad y cols. (2004). DCLA: Deterioro Cognitivo Leve amnésico; DCLA-md: Deterioro Cognitivo Leve amnésico multidominio; DCLna-du: Deterioro Cognitivo Leve no amnésico de dominio único; DCLna-md: Deterioro Cognitivo Leve no amnésico de múltiples dominios.

Fuente: Gramunt (2007). Normalización y validación de un test de memoria en envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer

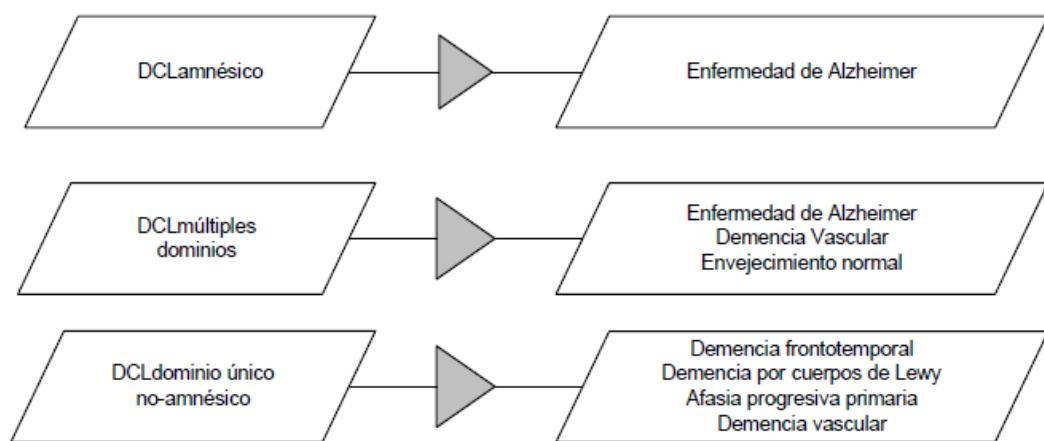
### C.- Tipos de Deterioro Cognitivo Leve y su Progresión

Diferentes investigadores han realizado estudios donde analizan el curso de los diversos tipos de DCL con el objeto de conocer cuál de ellos progresan hacia algún tipo de demencia y pueden llegar a constituir una etapa prodrómica de la enfermedad.

Al respecto Peterson y cols. (2001 citado por Gramunt, 2007) sugieren que el tipo más relacionado con una fase preclínica de la enfermedad de Alzheimer y de mayor valor predictivo positivo de conversión a la misma, es el DCL amnésico (DCLA). En el caso

del DCL no amnésico de dominio único, es decir donde se ve comprometido un área en específico, puede evolucionar hacia una afasia progresiva primaria si se ven afectadas las funciones de lenguaje, demencia frontotemporal si están alteradas funciones ejecutivas, o asimismo se puede asociar a demencia por cuerpos de Lewy, demencia vascular o la alteración secundaria a un foco isquémico.

Rasquin y cols. (2005 citado por Custodio y cols., 2012) encuentran que el DCL multidominio puede progresar hacia una EA, pero también hacia la demencia vascular, así como encontrarse dentro del envejecimiento no patológico, coincidiendo con los datos encontrados por Mulet, Sánchez-Casas, Arrufat, Figuera, Labad y Rosich (2005) y Peterson (2001 citado por Gramunt, 2007) . Miranda y cols. en el 2015, después de analizar tres estudios de DCL concluyen que en el tipo de DCL donde se encuentran afectados más de un dominio, incluyendo la memoria es el que evoluciona con mayor frecuencia a la Enfermedad de Alzheimer coincidiendo con los estudios de Dubois y cols, en el 2007 y Peterson y Morris en el 2005 (citados por Lojo, 2012).



*Figura 6. Tipos de DCL y su progresión*

Fuente: Peterson y cols. (2001) Heterogeneidad clínica y su etiología de los tipos de DCL y su progresión.

#### **D.- Epidemiología**

Estudios realizados por Custodio y cols. en el año 2012 refiere que trabajos de investigación para conocer la prevalencia de DCL en América Latina son escasos. En Argentina se realizó un estudio puerta a puerta donde se encontró una prevalencia del 13,6% en personas mayores a 50 años. En Medellín, Colombia se realiza otro estudio de la prevalencia de DCL tipo amnésico, encontrando alrededor de una muestra del 9,7%; del mismo modo en Chile se realiza un estudio longitudinal a 36 personas con DCL, durante un periodo de casi 3 años, encontrando que 15 de ellos evolucionaron a la demencia, en un lapso adicional de 2 años dos casos más que se mantenían como DCL estables en el tiempo, progresaron a demencia tipo Alzheimer. En Perú se cuentan con información acerca del deterioro cognitivo en el adulto mayor a partir de estudios en pacientes geriátricos hospitalizados y ambulatorios, al respecto Villar (2000, citado por Custodio y cols, 2012) halla frecuencias de deterioro cognitivo moderado y severo entre el 20 y 28%, mientras que Pfeiffer (Custodio y cols, 2012), encuentra que más de la mitad de pacientes hospitalizados presenta deterioro cognitivo, y de ellos el 10% es leve, el 12% es moderado y el 24% es severo. Esto da a conocer a frecuencia de deterioro cognitivos que convive y se asocia a otras patologías de pacientes hospitalizados.

#### **E.- Etiología**

Son varios los factores asociados al desarrollo del Deterioro Cognitivo Leve, considerándose un fenómeno multicausal, puede ser consecuencia de enfermedades vasculares, metabólicas, traumáticas, psiquiátricas u otras. Asimismo dependerá de la particularidad de zonas cerebrales que han sido más afectadas, por lo que diferentes procesos de un mismo dominio (memoria, lenguaje función, ejecutiva, atención u otros) pueden estar alterados, dando lugar a la dispersión encontrada. Ello ha dado lugar a encontrar una variabilidad de resultados en el rendimiento de evaluaciones

neuropsicológicas de participantes pertenecientes a un mismo subtipo de DCL (Guedj et al., 2009 citado por Lojo, 2012).

#### **F.- Marcadores de DCL**

A la heterogeneidad de su etiología, la dificultad para establecer precisiones diagnósticas y por consecuente conocer la variabilidad de su epidemiología, prevalencia e incidencia así como su evolución a la demencia, se suma la carencia de instrumentos sensibles y específicos para realizar un diagnóstico preciso de DCL (Lojo, 2012). Por tal motivo se considera de gran valor el uso marcadores biológicos, conductuales, psicológicos y neuropsicológicos para su detección, describiéndolos a continuación:

##### **A. Marcadores Biológicos**

Los marcadores biológicos utilizados en la actualidad para el diagnóstico de EA incluyen los test genéticos, los estudios de las proteínas del plasma y finalmente, la determinación de péptidos en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Dentro de estos péptidos se encuentran las proteínas A $\beta$ -42, T-tau y P-tau. En un estudio sobre biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo en pacientes con deterioro cognitivo leve realizados por Monge-Argilés y cols. (2010) encontraron que la alteración de los niveles de T-tau y P-tau en el líquido cefalorraquídeo es muy sensible para diferenciar entre pacientes con DCL que van a desarrollar EA y aquellos que van a permanecer estables.

En otro estudio, publicado por Prodan, Ross, Vincent y Dale (2007 citado por Sánchez y Torrellas, 2011), describen un tipo de plaquetas denominadas “recubiertas” que se producen debido a la coactivación con colágeno y trombina que retienen intacta la proteína precursora de la amiloidea (PPA) en su superficie. Encuentran que el número de placas recubiertas es mayor en sujetos con DCL de tipo amnésico que en los diagnosticados con DCL sin amnesia.

Asimismo el 5% de los pacientes con EA es menor de 60 años y la mitad de los casos presentan mutaciones autosómicas dominantes de la Proteína Precursora del Amiloide (PPA) y de los genes responsables de la presenilinas 1 y 2. La ausencia del alelo ApoE4 se vincula con un envejecimiento normal desde el punto de vista cognitivo (Otero & Scheitler, 2003 citado por Sánchez y Torrellas, 2011). Por último habría que destacar los factores de riesgo cardiovascular, entre ellos los altos niveles de colesterol, hipertensión en edades medias de la vida y la elevación de la homocisteína se pueden considerar factores de riesgo (Otero & Scheitler, 2003 citado por Sánchez y Torrellas, 2011)

#### B. Marcadores Conductuales y Psicológicos

Los marcadores conductuales y psicológicos se engloban bajo el epígrafe de “Síntomas no cognitivos”, la Asociación Psicogeriatría Internacional (IPA), incluye en este grupo las alteraciones de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o las de tipo conductual (Baquero y cols., 2004 citado por Cancino y Rehbein, 2016). Los mismos autores comprobaron que en un 62% de los casos de DCL existía algún síntoma psicológico o conductual, de los cuales los que tenían una mayor asociación con el DLC fueron: la depresión, irritabilidad, ansiedad, apatía y agitación, de ellos los más frecuentes eran la depresión y la irritabilidad, los cuales estaban presentes en más de un tercio de los casos.

#### C. Marcadores Neuropsicológicos

Los esfuerzos consecutivos a la reunión internacional del grupo de trabajo en DCL en el 2004 fueron la necesidad de desarrollar marcadores cognitivos que permitan discriminar entre personas que atraviesan por un envejecimiento normal y quienes

están ingresando a un cuadro patológico, y su vez de este último poder realizar diagnósticos diferenciales entre los déficits propios del DCL frente a otros procesos como depresión, demencia frontotemporal, demencia vascular y demás factores médicos, psiquiátricos, psicológicos o sociales asociados.

El doctor Snowdon a partir del estudio longitudinal llevado a cabo con un grupo de 678 monjas las cuales vivían recluidas en conventos (Nun Study), sobre el envejecimiento y la posibilidad de padecer Alzheimer, comprobó que la baja capacidad lingüística, valorada incluso en épocas tempranas de la vida, puede ser un factor predictivo del DCL y EA en edades avanzadas (Snowdon, 1997 citado por Lojo, 2012).

Otros trabajos señalan que los años de educación formal y la actividad mental favorecen la conectividad cerebral y aumentan la reserva funcional cerebral (Sánchez, Rodríguez, & Carro, 2002 citado por Lojo, 2012). Algunos autores sugieren que los sujetos con mayor nivel educacional mantienen capacidades cognitivas indemnes, este concepto hace referencia a la llamada reserva cognitiva, en tanto que sujetos con baja escolaridad desarrollan un deterioro de tipo “homogéneo” con afectación de varios dominios cognitivos (Otero y Scheitler, 2003). Petersen (2004), enfatizó la importancia de evaluar el rendimiento cognitivo mediante tareas específicas de memoria (de recuerdo libre, inmediato y de recuerdo a largo plazo), para poder discriminar entre participantes según el tipo de DCL.

En esta misma línea Lonie y cols. en el año 2009, realizaron una revisión de 21 trabajos publicados desde 1999, donde concluyen que los instrumentos como ACE-R, MoCA, el protocolo del CERAD y el CAMCOG demostraron utilidad para la detección de DCL, pero no mostraron éxito para realizar inferencias precisas sobre el curso y resultado final del mismo (Lojo, 2012). En el año 2012 Conde-Sala y cols.

realizan un estudio longitudinal de 5 años con el CAMCOG, demostrando su utilidad para el diagnóstico de DCL, a su vez analizaron las subescalas que la componen, concluyendo que las subescalas de orientación y memoria discriminan y predicen el deterioro cognitivo en los participantes con EA y en quienes tienen DCL y evolucionan a E. Alzheimer (Lojo, 2012).

En concordancia con las sugerencias de Morriz y cols (2001, citado por Gramunt, 2007) y Golomb y cols. (2001, citado por Gramunt, 2007), de realizar análisis intraindividuales y longitudinales, Geerlings y cols. demuestran la utilidad de analizar las quejas de memoria como un marcador de deterioro, cuando este todavía no se ha manifestado clínicamente. Van Oijen, Jong, Hofman, Koudstaal, y Breteler, 2007 citados por Lojo, 2012) refieren que las quejas cognitivas de memoria adquieren mayor importancia como marcador de deterioro cuando las personas que la presentan tienen un nivel educativo alto, dado que suelen obtener puntuaciones que superan los puntos de corte en las evaluaciones neuropsicológicas pudiendo ser consecuencia de reserva cognitiva.

#### **G.- Evaluación del Deterioro Cognitivo Leve**

La evaluación neuropsicológica a cargo de un profesional con experiencia en su realización es la única prueba que permite confirmar el diagnóstico de DCL o descartarlo. (Custodio, 2012). La evaluación clínica de los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, están orientada a descartar las condiciones médicas tratables y determinar el estado basal para valorar el seguimiento (Custodio, 2012). En este sentido la evaluación puede incluir estudios de neuroimágenes cerebrales y pruebas de sangre para evaluar deficiencia de vitamina B12, ácido fólico e hipotiroidismo, determinar el

nivel de enzimas hepáticas, función renal y hemograma completo, asimismo es necesario descartar depresión y evaluar medicamentos habituales, como antiespasmódicos, opioides, relajantes musculares, antihistamínicos, biperideno, trihexifenidilo, antidepresivos, antipsicóticos, antieméticos, ansiolíticos, antiarrítmicos y antiepilepticos, dado que podrían estar asociados a la disminución el rendimiento cognitivo. Además es importante durante la evaluación considerar que el déficit sensorial (pérdida de agudeza visual o auditiva) y los déficit motores coexistentes en esta población pueden dificultar el diagnóstico de DCL.

No hay criterios homogéneos para el diagnóstico de DCL mediante aplicación de pruebas neuropsicológicas. Se ha sugerido un umbral de 1,5 desviaciones estándar (DE) para la valoración del deterioro de memoria en las pruebas respectivas de la evaluación neuropsicológica. En el DCL-amnésico puede haber compromiso de otros dominios, pero usualmente no es superior a 0,5 DE. En el DCL-multidominio el compromiso cognitivo suele estar en el rango de 0,5 a 1 DE. (Custodio,2012)

### **3.- QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA**

#### **A.- Concepto de Quejas Subjetivas de Memoria**

El funcionamiento cognitivo de la memoria implica un conjunto de otros procesos cognitivos asociados a la capacidad de registrar, retener y recordar información como la atención, la velocidad de procesamiento y la función ejecutiva. Cuando una persona percibe dificultad en alguno de estos procesos implicados, suele evidenciar la manifestación conductual de quejas subjetivas de memoria (QSM). Esta manifestación conductual de fallos en la memoria a través de las quejas suele involucrar no únicamente la probabilidad de dificultades o declives de procesos cognitivos implicados en el almacenamiento de la información (memoria), sino a su vez al momento de registrarla o recuperarla (atención y función ejecutiva por dar algunos ejemplos). En razón a esto último, la terminología asociada a los fallos de memoria auto-percibidos es muy variada: quejas de memoria, quejas cognitivas, creencias de memoria, *subjective cognitive decline* (declinar cognitivo subjetivo), olvidos de memoria, se multiplica casi por cinco el número de estudios que mencionan estos términos.

Si bien es cierto existe diferencias entre todas estas terminologías, el presente estudio adoptará el término quejas subjetivas de memoria (QSM), entendiendo por ella que: “*a) La queja supone una creencia o juicio de valor de la persona a su allegado o interlocutor; esta queja se puede expresar de forma global ante una pregunta general, o de forma concreta, a través de un cuestionario de fallos de memoria. b) La subjetividad se analiza desde el campo de la metamemoria como el conocimiento que se tiene de la propia memoria; pero no ha de basarse sólo en cómo funciona, puesto que en ella influirán la personalidad y una concepción más global de la salud física y mental. c) La memoria alude a los olvidos cotidianos como término más popular. Sin embargo, desde hace años, también hace*

*referencia a otros problemas de las funciones cognitivas como la falta de atención, la dificultad de planificación, la palabra en la punta de la lengua”* (Montenegro, 2016).

La definición e importancia que se le da a las quejas como un indicador precedente a la aparición de deterioro cognitivo es controversial, debido a que está sujeta a muchas variables intervinientes. Así por ejemplo para el grupo Hertzog y Pearman (2013, citado por Montenegro, 2016), “*las QSM reflejan más las creencias personales que derivan en esquemas y teorías sobre el funcionamiento de la memoria en el envejecimiento, y no tanto el propio rendimiento de memoria*”. Sin embargo Zarit (2008), argumenta que “*para poder manifestar quejas, una persona realiza un proceso complejo evaluando su memoria reciente y lejana, se compara con personas de la misma edad, tiene expectativas sobre el envejecimiento y creencias sobre la memoria, entre otros factores. Por todo ello, las QSM pueden reflejar demencia, depresión y la valoración de la salud en el envejecimiento*”.

En este sentido, para el presente estudio adoptaremos la definición de Mitchell (2008, citado por Montenegro, 2016), las quejas subjetivas de memoria, “*son la preocupación de la vida diaria que expresan las personas y que puede tener o no evidencia objetiva de alteración de memoria*”.

## **B.- Las quejas de memoria como criterio en los cuadros clínicos**

Las QSM han ido adquiriendo cada vez mayor importancia como criterio clínico para diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas. Petersen y cols. (2014 citado por Montenegro, 2016) considera como criterio para el diagnóstico de DCL la presencia de quejas subjetivas de memoria, que a su vez tienen que ser corroboradas por un informador. Asimismo, en dentro de los criterios para el diagnóstico de trastorno neurocognitivo leve (DSM 5), se considera la preocupación por parte del individuo, del informante o del clínico

que lo atiende respecto a su rendimiento cognitivo, además se pide la evidencia del declive cognitivo documentado por un test.

Pero la consideración de las quejas de memoria como parte de un criterio clínico no es reciente, Kral (1962) introdujo el conceptos de *olvidos benignos de la senescencia*, caracterizados por la dificultad para recordar aspectos concretos de un episodio que normalmente es recordado más tarde y *olvidos maligno*, donde la persona no podía recordar hechos recientes y su desorientación iba en aumento. Crook, (1986 citado por Montenegro, 2016), incluye dentro de los criterios del cuadro clínico *Alteración de memoria asociada a la edad*, quejas de pérdida de memoria relacionadas con dificultades para: recordar nombres de personas, recordar el lugar de algunos objetos, recordar cosas para comprar o tareas para hacer, recordar números de teléfono o direcciones, evocar información rápidamente o después de una pausa.

Sin embargo, algunos investigadores van en contra de las QSM como criterio ya sea de DCL o demencia, como Purser, Fillenbaum y Wallace (2006 citado por Montenegro, 2016), quienes encontraron en un estudio prospectivo que el 61% de participantes con DCL no tenían quejas de memoria frente al 39% que si las tenían; Mitchell (2008, citado por Montenegro, 2016) en la misma línea en un metaanálisis encuentra que las QSM presentan una sensibilidad del 37,4% y una especificidad 86,9% para DCL, además de que las QSM están presentes en el 40% de participantes con DCL y en un 17% en personas sanas. Culmina afirmando que “*la puede ser empleada para descartar a sanos de demencia y DCL, pero la presencia de las mismas tiene un valor diagnóstico limitado y no diferenciado claramente de otros trastornos como la depresión*”.

### **C.- La valoración de las quejas de memoria**

Todo ello conduce a buscar conocer y esclarecer si bajo nuestro contexto social es posible considerar las QSM como parte de un criterio clínico, pero surge la pregunta, ¿Cómo diferencias quién tiene y quién no tiene quejas de memoria? Para ello hay dos formas habituales de valorar las quejas de memoria, por un lado valorar la memoria de un modo global donde suele usarse una pregunta dicotómica o algunas preguntas más, y por otro lado un cuestionario de quejas de memoria o metamemoria; pese a no ser iguales se todas ellas se correlacionan positivamente. (Abdulrab y Heun, 2008)

Reid y MacLullich (2006, citado por Montenegro, 2016) realizaron una revisión de 21 estudios poblacionales, encontrando que el 40% solo una pregunta para considerar si presenta o no quejas subjetivas de memoria: “¿tiene usted problemas de memoria? Si/No”, una proporción similar realizaban varias preguntas, mientras que solo 6 estudios administraron cuestionarios estructurados. Los cuestionarios que encontramos para medir las quejas podrían distinguirse por un lado lo que valoran la frecuencia de olvidos, y por otro los específicos de metamemoria.

### **D.- Factores sociodemográficos, de salud y psicológicas relacionadas con las quejas subjetivas de memoria**

Derouesné y cols. (1999 citado por Montenegro, 2016) son algunos de los autores que intentaron comprender las quejas subjetivas de memoria, ellos no encuentran relación entre las quejas de memoria y la disminución del rendimiento de memoria por la edad. Plantean un modelo en el que “*los factores psicológicos, biológicos y sociales influyen en la manifestación de las quejas al estar mediados por variables como la autoestima, el declive cognitivo, la ansiedad y la depresión*”.



Figura 7. Factores que influyen en las quejas de memoria.

Fuente: Derouesne y cols. (1999).

Las quejas en general, como lo hemos descrito en un comienzo, viene a ser una apreciación o juicio de valor cuya aparición está sujeta a muchas variables tanto internas o propias del sujeto (autopercepción, metacognición, autoconocimiento, estado de ánimo, edad etc.) como externas o socialmente condicionadas (cómo se entiende y vive la vejez en un contexto social determinado). Por tanto es muy apresurado relacionar la queja subjetiva de memoria con una disminución real de rendimiento cognitivo y este a su vez explicarla por una fase temprana de deterioro cognitivo. La edad, años de estudio, ocupación, el estado de ánimo, personalidad, sintomatología prefrontal son algunos de los factores asociados a la presencia de quejas subjetivas de memoria

Cutler y Grams (1988 citado por Montenegro, 2015) en un estudio poblacional de EEUU con personas de 55 a más de 85 años, encuentra que los participantes tiene más problemas para recordar las cosas con el incremento de la edad, asimismo que a mayor nivel educativo presentan menores problemas de memoria. Basset y Folstein (1993 citado por Montenegro, 2016) realiza un estudio poblacional de individuos entre los 18 y 92 años, llegando a la

conclusión de que las diferencias entre las quejas de memoria en menores de 65 años no son significativas, pero sí lo son para los mayores, de esta manera de presentar el 42,7% de personas QSM entre 65-74 años, pasan a los 88% en mayores de 85 años.

Respecto al sexo, los resultados son variados, por un lado Begum, Whitley, Banerjee, Matthews, Stewart, & Morgan (2013 citados por Montenegro, 2016) encuentran asociación entre las quejas de memoria y ser mujer, mientras que Mendes y cols, (2008 citado por Montenegro) al aplicar un cuestionario de QSM no encontraron asociación con la edad, sexo o años de estudio.

Por otro lado Barker, Prior, y Jones (1995) y Pearman y Storandt (2004 citador por Montenegro, 2016), en estudios con muestras clínicas, encuentran que en algunas ocasiones las quejas no se asocian con la edad o el nivel educativo sino principalmente a factores psicológicos. En esa misma línea Derouesne y cols (1999, citados por Montenegro, 2016) refieren que los jóvenes y mayores tienen distintas razones para presentar quejas de memoria, “*mientras en los jóvenes se asocia a cuestiones de estrés o causas externas a la memoria, en los mayores se asocian al envejecimiento, a causas internas y menos reversibles*”. Asimismo Mendes y cols. analizan la percepción y el conocimiento que tienen los adultos mayores del rendimiento de su memoria u el envejecimiento, encontrando que por un lado, los adultos mayores con buena salud optimistas, valoran de forma positiva su memoria al compararse con otras personas de su misma edad, tendiendo en ocasiones a sobreestimar sus capacidades de memoria y manifestando pocas quejas de memoria; por otro lado adultos mayores que tiene tendencia a la depresión, lo que los lleva a tener una peor impresión respecto al rendimiento de su memoria, aunque sea real.

La depresión y la ansiedad en muchos estudios se han ido asociando tanto a deterioro cognitivo como a las quejas subjetivas de memoria. Algunos estudiosos consideran que la

presencia de las quejas de memoria y la depresión al mismo tiempo es antecesor del declive cognitivo (Jorm, Christensen, Korten, Jacomb, & Henderson, 2001 citado por Montenegro, 2016). Chandler y Gernt, consideraron las quejas de memoria como un indicador de depresión en población mayor, mientras que Rohling, Green Allen e Iverson, (2002 citados por Montenegro, 2016) consideran que los pacientes deprimidos presentan más QSM. Por otro lado Jonker y cols. (2000 citado por Montenegro, 2016) refiere que las quejas de memoria no deben verse como algo inocente o ligado a depresión (al menos únicamente) sino a n signo temprano ligado a demencia, especial ente en algunos grupos de población como sujetos con alto nivel educativo.

En relación a la personalidad, se halló una fuerte asociación entre quejas y neuroticismo (Merema y cols., 2014 citado por Montenegro, 2016). Por otro lado Ponds, Commissaris y Jolles (1997 citado por Montenegro, 2016) refieren que los más jóvenes atribuyen sus quejas de memoria a tensión y problemas emocionales, falta de interés y falta de atención-concentración.

Comijs y cols, (2002, citadpo por Montenegro, 2016) en un estudio de seguimiento de 6 a 12 años encuentran que las quejas de memoria se asocian con la presencia de problemas de salud física, síntomas depresivos y de ansiedad más que con el rendimiento objetivo. Asimismo Lee, Hsiao y Wang (2013, citado por Montenegro, 2016) realizó un estudio sobre la influencia del ejercicio físico en alas quejas, donde concluye que la actividad moderada en casa o en el tiempo libre están asociadas a menos quejas en adultos de 36-65 años, metros que los niveles elevados o muy bajos de ejercicio físico o ejercicio en el trabajo no tienen esa relación.

### **3. PERFIL NEUROPSICOLÓGICO**

#### **A. DEFINICIÓN**

El perfil neuropsicológico hace referencia a la caracterización de procesos conductuales, cognitivos y afectivos asociadas al funcionamiento cerebral. Para llegar a establecer un perfil nos valemos de la evaluación neuropsicológica., siendo un método que permite identificar las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas de la disfunción cerebral, mediante el análisis de los déficit cognitivos (qué no puede hacer el paciente), los procesos cognitivos preservados (qué puede hacer el paciente) y la forma en que el sujeto se desenvuelve en la vida cotidiana. (Blázquez-Alisente, González-Rodríguez y Paúl-Lapedriza, 2011)

#### **B. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA**

El examen Neuropsicológico tiene como objetivo central “analizar el estado cognoscitivo de un individuo y la presencia de posibles síndromes clínicos”. Por lo tanto el examen neuropsicológico puede determinar la presencia de síndromes cognitivos y sugerir la etiología de la condición patológica, su topografía, su posible evolución y cales podrían ser las medidas de rehabilitación y manejo de paciente. (Ardila y cols., 2012). Por su parte Blazquez y cols (2015) refiere que el objetivo principal de la evaluación neuropsicológica es identificar las consecuencias, emocionales y cognitivas de la disfunción cerebral.

La evaluación neuropsicológica recurre a la aplicación de instrumentos psicométricos estandarizados, con una confiabilidad y validez aceptables. (Pinesda y cols, 2010citado por Ardila y cols., 2012)

## C. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Blazquez y cols (2015) consideran los siguientes entre los principales objetivos de la evaluación neuropsicológica:

- Descripción detallada de las consecuencias de la disfunción cerebral en términos de funcionamiento cognitivo, posibles trastornos de conducta y alteraciones emocionales.
- Contribución al establecimiento de un diagnóstico preciso, tanto en enfermedades neurológicas como psiquiátricas.
- Diseño de un programa de rehabilitación individualizado a partir del conocimiento de las limitaciones y de las habilidades conservadas, con el fin de optimizar el funcionamiento independiente y la calidad de vida del paciente.
- Valoración de la eficacia de los diferentes tratamientos.
- Valoración médico-legal del nivel de deterioro cognitivo, como apoyo a las interpretaciones de testimonios y peritaciones judiciales, y/o de cara al establecimiento de posibles indemnizaciones.
- Investigación clínica y verificación de hipótesis sobre las relaciones entre cerebro y conducta.

## D. LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA EN EL ENVEJECIMIENTO

Cáceres y Llerena, (2013 citado por Ballón y Soto, 2015) sugieren que los procesos cognitivos vinculados al lóbulo frontal son los primeros en sufrir deterioro con la edad avanzada, por lo tanto las funciones superiores más sensibles al envejecimiento son la velocidad de procesamiento, las habilidades visoespaciales, la función inhibitoria (atención), la memoria de trabajo, la memoria episódica y las funciones ejecutivas. Custodio y cols (2012) realizaron una revisión de algunas pruebas neuropsicológicas utilizadas en el ámbito

clínico para valorar el desempeño de los dominios cognitivos antes mencionados, así como los de lenguaje, atención, funciones espaciales y construccionales, las que describimos a continuación.

**Atención:** Se puede evaluar la atención auditiva al solicitar al paciente que repita una serie de dígitos; la atención visual puede incluir recordar y correlacionar una serie de figuras; habitualmente se recomienda pruebas cortas y simples de atención sostenida, como el Trail-Making Test-A

**Función ejecutiva:** La inhibición y atención selectiva puede ser evaluada con el Stroop Color-Word Interference Test, la flexibilidad mental con el Trail-Making Test-B. Para tareas complejas de funciones ejecutivas, se puede utilizar el Wisconsin Card Sorting Test.

**Memoria:** La evaluación de la memoria verbal incluye tareas con listas de palabras, como el Rey Auditory Verbal Learning Test o el California Verbal Learning Test. La evaluación de la memoria no verbal puede requerir el reconocimiento o la reproducción de figuras geométricas o fotografías de rostros.

**Lenguaje:** La denominación por confrontación puede ser evaluada con el Boston Naming Test, La velocidad del recuerdo de palabras con el Test de Fuidez verbal fonológica y semántica, que requiere que el individuo genere palabras en respuesta a letras (F, A y S) o categorías (animales o frutas), bajo ciertas condiciones de tiempo.

**Funciones espaciales y construccionales:** La función viso-espacial incluye tareas que requieren construcción o copia de figuras con dimensión. La habilidad de viso-construcción es evaluada con tareas simples, como la prueba de dibujo del reloj y el dibujo del cubo; sus alteraciones pueden reflejar trastornos de la planificación y ejecución motora. Otras tareas viso-construccionales más complejas incluyen el WAIS-III Test de diseño de bloques y el Figura Compleja de Rey.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **1.- TIPO, DISEÑO Y METODO DE INVESTIGACION**

El presente estudio, según el paradigma de investigación, es de tipo cuantitativo debido a que se centró en la búsqueda de fenómenos observables y cuantificables, los cuales nos permitió generar datos que midan numéricamente las variables estudiadas (Hernández, Fernández y Batista, 2014).

El alcance de la investigación es descriptivo porque se buscó conocer el perfil neuropsicológico en adultos y adultos mayores con deterioro cognitivo leve y quejas subjetivas de memoria. (Hernández, Fernández y Batista, 2014), asimismo el presente estudio no presenta hipótesis debido a que no se está pronosticando un dato.

Asimismo se utilizó el diseño no experimental de corte transversal, debido a que se observó el fenómeno tal como se da en su contexto natural para poder ser analizado, se recopiló los datos en un momento único. (Hernández, Fernández y Batista, 2014).

El Método de la medición es Empírico, dado que permite obtener los datos del desempeño en evaluaciones de los dominios cognitivos estudiados atribuyendo valores numéricos a las para su análisis.

## **2.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **2.1. Población**

La población estuvo conformada por 503 adultos y adultos mayores entre 45 y 75 años de edad, de la ciudad de Arequipa, que participaron de las campañas de despistaje de problemas de memoria organizadas para el efecto del presente estudio.

### **2.2. Muestra**

Para la selección de la muestra se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, el cual supone un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio de generalización (Hernández y cols., 2014). De esta manera la muestra para el presente estudio estuvo conformado por 74 adultos y adultos mayores de la ciudad de Arequipa, de los cuales 25 formaron parte del grupo Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) y 49 del grupo Deterioro Cognitivo Leve (DCL). De ellos el 17,6% de los participantes son de sexo masculino (que representaban el 16% en el grupo QSM y el 18,4% en el grupo DCL) mientras que 82,4% de sexo femenino (representando el 84% en grupo QSM y el 81,6% en el de DCL). Todos los participantes tienen residencia en la zona Urbana. El 52,7% de los participantes tienen edades entre 55 y 64 años, el 36,5% entre 65 y 75 años, mientras que solo un 10,8% entre 45 y 54 años. En relación al estado civil el 59,5% de participantes (44 personas) es casado/a, mientras que un 14,9% es viudo/a, un 12,2% soltero/a y un 10,8% separado. (Tabla 2)

**Tabla 2. Datos sociodemográficos de la muestra**

Variables	Sociodemográficas	QSM		DCL		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Grupo	QSM	25	100.0	0	0.0	25	33.8
	DCL	0	0.0	49	100.0	49	66.2
Residencia	Urbano					74	100.0
		25	100.0	49	100.0	74	100
	Rural	0	0.0	0	0.0	0	0
						74	100.0
Sexo	Hombre	4	16.0	9	18.4	13	17.6
	Mujer	21	84.0	40	81.6	61	82.4
Edad	45-54 años	4	16.0	4	8.2	8	10.8
	55-64 años	13	52.0	26	53.0	39	52.7
	65-75 años	8	32.0	19	38.8	27	36.5
							74 100.0
Estado civil	Soltero	3	12.0	6	12.2	9	12.2
	Casado	15	60.0	29	59.2	44	59.5
	Viudo	3	12.0	8	16.3	11	14.9
	Separado	4	16.0	4	8.2	8	10.8
	Otro	0	0.0	2	4.1	2	2.7
						74	100.0

Fuente: Elaboración propia

Los participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión propuestos para el estudio.

#### a. Criterios de Inclusión:

- Antes de su inclusión en el estudio, todos los participantes deben dar su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.
- Todos los participantes inscritos tendrán entre 45 y 75 años.
- Todos los participantes deben ser aptos de someterse a procedimientos de evaluación neuropsicológica.
- Sin historial de abuso de alcohol y drogas.
- Ausencia de enfermedad neurológica o psiquiátrica grave.
- Ausencia de trastornos sensoriales significativos.

- Solo serán aceptados los síntomas de depresión de leve en el grupo de QSM porque este es un estado intrínseco en algunos de los sujetos de QSM y en general en los ancianos.

**b. Criterios de Exclusión:**

- Personas que cumplan con los criterios de inclusión, pero no haber firmado un consentimiento sobre el propósito de la investigación.
- Personas menores a 45 años y mayores a 75 años.
- Personas que presenten historial de abuso de alcohol y drogas
- Personas que presenten antecedentes de enfermedad psiquiátrica o neurológica y estar consumiendo fármacos psiquiátricos.
- Se excluyen los pacientes con trastornos psicoafectivos severos.
- Personas que no aprueben las pruebas de Screening, así como las pruebas neuropsicológicas especializadas.
- Personas con alguna enfermedad somática, genética, biológica, la cual interfiera en la evaluación neuropsicológica.

### **3.- INSTRUMENTOS**

El estudio estuvo conformado por dos etapas, la primera etapa de Screening y la segunda etapa de evaluación neuropsicológica, en esta última se incluyeron el consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico y el de cuestionario de quejas subjetivas de memoria.

#### **3.1. Primera etapa: Evaluación de Screening**

En esta primera etapa se aplicaron tres instrumentos de Screening: El examen cognitivo Minimental (MMSE) que valora aspectos cognitivos; la escala de depresión geriátrica

Yesavage que valora el estado afectivo; y el cuestionario de actividades de la vida diaria (Índice de Barthel) que valora aspectos conductuales y de funcionalidad. Estos se describen a continuación.

#### **A. Examen cognoscitivo Mini - Mental (MMSE)**

- **Antecedentes**

Es el test de tamizaje de deterioro cognitivo más citado en la literatura científica, difundido y aceptado, asimismo es el instrumento más usado para la evaluación del estado cognitivo global y es ampliamente utilizado no sólo en la práctica clínica sino también en investigación. En el Perú existen dos propuestas con puntos de corte distintos para la clasificación de posible deterioro en el MMSE. Por un lado, Robles-Arana (2003), realizó un estudio para la adaptación del MMSE, en donde propone un punto de corte de 23 puntos para considerar con mayor eficiencia la presencia de deterioro, con una sensibilidad de 86% y especificidad de 94%; la cual además parece ser independiente del nivel educativo. Por otro lado, en un estudio sobre la prevalencia de demencia y la frecuencia de los tipos de demencia en Lima urbana de Custodio, García, Montesinos y Escobar (2008), se proponen puntos de corte diferentes para el MMSE según los años de escolaridad: 27 para aquellos con más de 7 años de escolaridad; 23 para quienes tienen 4 a 7 años de escolaridad; 21 para aquellos con 1 a 3 años de educación, y 18 para analfabetos; todas ellas basadas en la versión Argentina del MMSE; asimismo se tomó la versión con las adaptaciones, las instrucciones y datos normativos del estudio más reciente de Custodio y Lira (2014).

- **Ficha técnica**

**Tabla 3. Ficha técnica del Examen Cognoscitivo Mini Mental (MMSE)**

<b>FICHA TÉCNICA DE EXAMEN COGNOSCITIVO MINI - MENTAL (MMSE)</b>	
Nombre:	Examen Cognoscitivo Mini - Mental (MMSE)
Nombre original:	MMSE. Mini Mental State Examination.
Autores:	Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. McHugh y Gary Fanjiang.
Procedencia:	PAR. Psychological Assessment Resources, Inc.
Adaptación Peruana:	Robles-Arana (2003)
Adaptación Limeña:	Custodio, N. y Lira, D. (2014)
Aplicación:	Individual.
Ámbito de aplicación:	Adultos con posible Deterioro Cognoscitivo.
Duración:	Aproximadamente 15 minutos.
Finalidad:	Detección rápida del Deterioro de Funciones Cognoscitivas
Baremos:	Custodio y Lira (2014). Población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

Fuente: Custodio y Lira (2014)

- **Confiabilidad**

Estudios realizados por Robles-Arana (2003) concluyen que el MMSE tiene una confiabilidad por consistencia interna, encontrándose que ésta varía de acuerdo al grupo estudiado, siendo el coeficiente alfa de Cronbach 0,61 para el grupo sano, 0,82 para el grupo demencia y 0,80 para el grupo depresión. Siendo los ítems fecha y lugar quienes tienen mayor contribución a la consistencia, mientras que los ítems denominación, repetición y orden presentan una menor contribución.

En el estudio de revisión de Tombaugh y McIntyre (1992 citado por Robles-Arana, 2003) identifican catorce estudios sobre confiabilidad mediante retest, realizadas en sujetos normales y con pacientes, con intervalos de horas hasta de dos meses, encontrando correlaciones entre 0,38 y 0,97. Katz y cols (1991 citado por Robles-Arana, 2003) estudiaron

las puntuaciones de 102 sujetos mayores, donde evaluaciones sucesivas a la semana, dos semanas y cuatro meses arrojaron correlaciones de 0,806, 0,832 y 0,831 respectivamente.

- **Validez**

Robles-Arana en 2003 realizo la adaptación del MMSE en población peruana. Para estudiar la validez de constructo procedió a través del análisis factorial exploratorio, hallándose una estructura diferente en sus tres grupos de estudio: sano, demencia y depresión. Identifica en el grupo sano cinco factores que explican la varianza en los resultados: orientación, autodirección, verbal, evocación y registro. Asimismo utilizando el punto de corte 23 obtuvo una sensibilidad del 86.0% y especificidad del 94.0%, con un poder de predicción positivo del 93,5% y de predicción negativo del 87,0%.

En un estudio realizado por Soto-Añari y Belón-Hercilla (2017) donde analizan los indicadores de sensibilidad y especificidad de los puntos de corte propuesto por Custodio (2008) y Robles-Arana (2003) encuentran que el mayor nivel de sensibilidad y especificidad para el punto de corte propuesto por Custodio y cols. se da en el grupo entre 0 y 3 años de escolaridad y refieren que el punto de corte propuesto por Robles-Arana (donde no se toma en cuenta el niveles de escolaridad) brinda buenos indicadores, pero no al nivel de la propuesta realizada por Custodio. Concluyen refiriendo que el MMSE muestra mejores indicadores de sensibilidad y especificidad cuando se ajusta las puntuaciones en base a los años de escolaridad y que se observa mayor variabilidad en las puntuaciones conforme aumenta el nivel de escolaridad. Por lo tanto sugieren que encontrar puntuaciones por debajo de 27 puntos en sujetos de escolaridad alta (punto de corte que sugiere Custodio para este nivel de escolaridad), debe suponer la necesidad de realizar evaluaciones más extensas de los procesos cognitivos, afectivos y funcionales.

Custodio (2008) considera como puntos de corte según el nivel de escolaridad de las personas, en concordancia con la sugerencia realizada por Betolucci y cols (1994 citado por Robles-Arana, 2003) y por Butman, Arizaga, Harris y cols. (2001) en estudios similares realizados en Brasil y Argentina respectivamente. Por otro lado Quiroga y cols. (1994 citado por Robles-Arana, 2003) en Chile, con 94 sujetos, 76 sin deterioro y 8 con demencia, utilizando el puntaje de corte 21/22 encontraron 94,4% de sensibilidad y 46,1% de especificidad.

## **B. Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS)**

### **• Antecedentes**

El nombre en español es Escala de Depresión Geriátrica, pero en su versión original es Geriatric Depression Scale (GDS). La prueba fue creada por Yesavage, Brink, Rose, Lum y cols. en el año de 1982. Se han realizado distintas adaptaciones al castellano en varios países, tanto de la versión original de 30 ítems como de las versiones más abreviadas. Para la presente investigación se utilizó la versión reducida de 15 ítems (GDS-15) validada al español, preparada y orientada a adultos mayores por Martínez de la iglesia, J. et al. (2002), la cual tiene como principal beneficio identificar síntomas depresivos y no modificarse con la presencia o ausencia de síntomas físicos, es decir evalúa el estado afectivo.

- **Ficha técnica**

**Tabla 4. Ficha técnica de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage**

<b>FICHA TECNICA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS)</b>	
Nombre:	Escala de Depresión Geriátrica (GDS).
Nombre original:	Geriatic Depression Scale (GDS).
Autores:	Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M y Rose (1982).
Procedencia:	PAR. Psychological Assessment Resources, Inc.
Adaptación Castellano:	J. Martínez de la Iglesia, M C., Onís Vilches, R. Dueñas Herrero, C. Albert Colomer, C. Aguado Taberné, R. Luque Luque (2002).
Aplicación:	Individual.
Ámbito de aplicación:	Adultos mayores.
Duración:	Aproximadamente 5 a 10 minutos.
Finalidad:	Identificar síntomas depresivos y no modificarse con la presencia o ausencia de síntomas físicos.
Baremos:	Martínez de la Iglesia, J. et al. (2002)

*Fuente:* Martínez de la Iglesia, J. et al. (2002)

- **Calificación**

Las respuestas del individuo se anotarán en el espacio de la hoja de respuesta de “SI y NO”.

Se marca el “0” si la respuesta no está sombreada “correcta” y el “1” si la respuesta es sombrada “incorrecta”. De acuerdo con el puntaje obtenido se clasificaron a los participantes como normal (0-5 puntos), depresión leve (6-9 puntos) y depresión establecida (>10 puntos).

Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Para el presente trabajo se usó como punto de corte 5 puntos.

- **Confiabilidad y validez**

Según los estudios realizados por Martínez dela Iglesia y cols. (2002) encuentran una fiabilidad elevada medidas a través del Kappa tanto interobservador con valores de 0,655 ( $p>0,001$ ) como intraobservador 0,951( $p<0,001$ ) para un punto de corte de 5 a más. La consistencia interna alcanzó un valor de 0,994. Por su parte De la Torre (2006), en una

validación del instrumento en población limeña encuentra que el valor Kappa para el GDS-15 en relación al DSM-IV fue 0,52.

Martínez de la Iglesia y cols. (2002) encontró que la validez convergente alcanzó un coeficiente de correlación de Spearman de 0,618 ( $p>0,001$ ) al comparar el GDS con los resultados del cuestionario de Montgomery-Asberg. En la validez discriminante, que se obtuvo al correlacionar la puntuación del GDS con la obtenida con el SPMSQ, el coeficiente de correlación de Spearman fue de 0,235 ( $p<0,001$ ). Coincidiendo con estos resultados De la Torre y cols. (2006) en un estudio de validación del GDS-15 en población peruana encuentran una sensibilidad del 49% y una especificidad del 96%, con un valor predictivo negativo del 90% y un predictor positivo del 72% en un punto de corte de 5 a más.

### **C. Índice de Barthel.**

- **Antecedentes**

El índice fue diseñado por Mahoney y Barthel en 1955. Originalmente fue creado para la medición de la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos. Se trata de un índice que consta de diez parámetros y mide las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Además, es uno de los instrumentos para medir ABVD más utilizado internacionalmente, especialmente en pacientes con enfermedades cerebrovasculares agudas.

- **Ficha técnica**

**Tabla 5. Ficha técnica Índice de Barthel**

<b>FICHA TECNICA DEL ÍNDICE DE BARTHEL</b>	
Nombre:	Índice de Barthel.
Nombre original:	Valoración de la Discapacidad Física: el Índice de Barthel.
Autores:	Mahoney y Barthel (1955).
Procedencia:	PAR. Psychological Assessment Resources, Inc.
Adaptación Castellano:	Valoración de la Discapacidad Física: el Índice de Barthel, J. Cid-Ruzafa et al. (2007)
Ámbito de aplicación:	Adultos y adultos mayores.
Duración:	Aproximadamente 5 minutos.
Finalidad:	Mide las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e identifica el grado de dependencia e independencia de la persona
Baremos:	J. Cid- Ruzafa et al. (2007).

*Fuente:* J. Cid- Ruzafa et al. (2007).

- **Calificación**

El índice de Barthel se utiliza para valorar la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria. Tales como: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación y escaleras. El índice le asigna una puntuación “0, 5, 10 o 15” a cada actividad en función del tiempo empleado y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. La puntuación total que representa la máxima independencia es 100 y la de máxima dependencia es 0. No se trata de una escala continua ya que el cambio de 5 puntos en situación funcional en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Para el presente trabajo se usó como punto de corte 95 puntos.

- **Confiabilidad y validez**

La reproducibilidad inter e intra observador ha sido demostrada en diversos estudios con coeficientes de correlación de entre 0.88 y 0.98 respectivamente. Referente a la validez, se trata de un índice que predice bien la mortalidad y la respuesta a los tratamientos de rehabilitación. Además, valora con precisión la duración de la estancia hospitalaria, la necesidad de hospitalización, el resultado funcional final y la capacidad para seguir viviendo en la comunidad. Las instrucciones y los datos normativos fueron tomados de estudio de J. Cid- Ruzafa et al. (2007).

### **3.2. Segunda etapa: Evaluación Neuropsicológica**

#### **A. Consentimiento Informado**

Esta segunda parte inicia con el llenado y la firma del consentimiento informado por parte del participante, el cual explica el nombre del trabajo de investigación, los objetivos y la finalidad. Seguidamente se informa que toda la información obtenida solo será para fines de investigación. Se le indica explícitamente que su participación es completamente voluntaria, haciéndole de conocimiento que en cualquier momento del estudio puede abstenerse a seguir participando, borrándose toda la data obtenida de su participación. Finalmente se absuelven las dudas en caso las tuviera. (Ver ADDENDA)

#### **B. Ficha Sociodemográfica**

Esta ficha fue elaborada para el propósito de la investigación. Tiene un tiempo aproximado de 5 minutos. Está conformada por datos de los participantes relacionados con la edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, lugar de residencia, lateralidad, distrito en el que vive, antecedentes patológicos, antecedentes patológicos familiares, hábitos de consumo de sustancias, hábitos de ejercicio físico. (Ver ADDENDA)

### **C. Cuestionario de Quejas Subjetivas de Memoria.**

Abdulrab y Heun en el 2008 realizaron un análisis de las investigaciones publicadas hasta esa fecha sobre la definición y criterios que utilizaban para estudiar las quejas subjetivas de memoria, resultado de ese trabajo de revisión proponen criterios con los que se pretendía realizar una mejor detección de las personas en un mayor riesgo de desarrollar demencia. En el año 2014, Jessen y colaboradores del grupo de trabajo Iniciativa del deterioro cognitivo subjetivo (SCD-I) en su artículo denominado “Marco conceptual para la investigación sobre el deterioro cognitivo subjetivo en la enfermedad de Alzheimer preclínica, publica los criterios de investigación para las Quejas subjetivas cognitivas en el deterioro cognitivo preleve (pre-DCL). Para el presente estudio se toman los criterios elaborados por Abdulrab y Heun (2008) y Jessen (2014) para caracterizar al grupo de Quejas subjetivas de memoria, estos criterios se describen a continuación: (1) Paciente que afirma que su memoria u otra función cognitiva tiene se deterioró en comparación con etapas anteriores de la vida; (2) Tiempo de inicio se dio en la adultez y en los últimos cinco años; (3) Proporciona un ejemplo válido; (4) Deterioro de la memoria confirmado por un informante (pariente cercano o amigo); y (5) Memoria objetiva y otras funciones cognitivas en un normal rendimiento. (Ver ADDENDA)

### **D. Batería de Evaluación Neuropsicológica**

- ***Test de copia de una figura compleja de Rey.*** Fue desarrollada por Rey y Osterrieth entre 1941 y 1944. Es un test utilizado para distintos propósitos incluyendo la evaluación de daño cerebral en pacientes neurológicos, determinar la presencia de demencia y estudiar el grado de desarrollo cognitivo en niños. Durante la evaluación, se pidió a los participantes que reproduzcan una línea de dibujos complicada, primero copiándolo y después recordándolo sólo con la memoria. La prueba mide numerosas habilidades cognitivas que incluyen habilidades visoespaciales, memoria, planificación

y memoria de trabajo (funciones ejecutivas). La prueba consta de diversas tareas; primero, el participante ve la figura compleja y la copia en una hoja blanca de papel; cuando ha terminado, la figura y el dibujo desaparecen de la vista del examinado; después de tres minutos de actividad verbal acerca de algo ajeno con la prueba, se usa la prueba de recuerdo inmediato, donde el sujeto tiene que dibujar lo que recuerde de la figura compleja en una hoja blanca de papel. Se puntuá a los sujetos dependiendo de su precisión en el dibujo. Los datos normativos son tomados del estudio realizado por Rivera y cols. (2015) en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

**Tabla 6. Ficha técnica del test de copia de la Figura compleja de Rey**

<b>FICHA TÉCNICA DEL TEST DE COPIA DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY</b>	
Nombre:	Figura Compleja de Rey
Nombre original:	REY Test de Copia de una Figura Compleja
Autores:	Propuesto por André Rey (1941) y estandarizado por Paul-Alexandre Osterrieth (1944).
Procedencia:	Madrid, España: TEA Ediciones.
Adaptación Castellano:	REY Test de Copia de una Figura Compleja; Rey, A. (2009).
Ámbito de aplicación:	Desde los 4 años en adelante.
Duración:	Aproximadamente 10 minutos.
Finalidad:	Apreciación de posibles Trastornos Neurológicos relacionados con problemas de carácter perceptivo o motriz, el nivel de Desarrollo Intelectual y Perceptivo Motor, Atención, Memoria Visual Inmediata, Esfuerzo de Memorización, Rapidez de Funcionamiento Mental y la Estructura Espacial, Agnosias, Apraxias, Organicidad.
Baremos:	Los baremos fueron tomados del estudio de D. Rivera et al. (2015) Rey-Osterrieth Complex Figure – copy and immediate recall: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. Realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

*Fuente:* D. Rivera et al. (2015)

- ***Test de interferencia Colores – Palabras de Stroop.*** El test de Colores y Palabras “Stroop” se desarrolló a partir de investigaciones de los primeros psicólogos experimentales tras observar que la identificación de colores era más lenta en adultos que sabían leer que la lectura de los nombres de los colores. El primer informe publicado sobre este fenómeno se debe a Cattell, quien estimo que las palabras se podían leer e identificar en  $\frac{1}{4}$  de segundo mientras que la identificación de un tono de color requería un tiempo dos veces más largo. Cattell atribuyo esta diferencia a la idea de que ver y nombrar una palabra era una asociación automática mientras que nombrar un tono de color era el fruto de un esfuerzo consciente para elegir y decir el nombre de este. Pensó que la lectura de palabras era automática como resultado de una dilatada práctica en la tarea de lectura. Sin embargo, Brown demostró que, incluso con una práctica intensiva, el nombramiento de colores nunca era tan rápido como la lectura de palabras. Stroop (1935 citado por Rivera y cols, 2015) sugirió que la diferencia entre ambas tareas se debía a que los colores tenían asociadas diversas respuestas conductuales y las palabras sólo estaban asociadas a la respuesta denominada “lectura”. La originalidad de la prueba Stroop radica en el hecho de que la palabra coloreada suscita una respuesta verbal automática que requiere muchas de las mismas funciones neuropsicológicas que son necesarias para nombrar los colores; es decir, la página de interferencia del Stroop mide básicamente la capacidad del individuo para separar los estímulos de nombrar colores y palabras. En la prueba normalizada por Golden (2001) se utilizan cinco columnas de 20 elementos, indicando a los sujetos que trabajen por columnas. La primera página está formada por las palabras “ROJO”, “VERDE” y “AZUL” impresas en tinta negra. La segunda página consta de 100 elementos iguales “XXXX” impresos en tinta azul, verde o roja. La tercera página consiste en palabras de la primera página impresas en los colores de la segunda, mezcladas, ítem por ítem. Los datos normativos son tomados del

estudio realizado por Rivera y cols. (2015) Realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

**Tabla 7. Ficha técnica del Test de colores y palabras Stroop**

<b>FICHA TÉCNICA DE TEST DE COLORES Y PALABRAS STROOP</b>	
Nombre:	Test de colores y palabras Stroop
Nombre original:	Stroop Color and Word Test
Autores:	Charles J. Golden, PH.D. (2001).
Procedencia:	Estados Unidos
Adaptación Castellano:	Golden, J. (2001). Test de Colores y Palabras Stroop. Madrid: TEA. 3ra Edición
Ámbito de aplicación:	Desde los 8 años hasta los 80 años.
Duración:	Aproximadamente 5 minutos.
Finalidad:	Detección de problemas neurológicos y cerebrales y medida de la interferencia.
Baremos:	Los baremos fueron tomados del estudio de Rivera et al. (2015) Stroop Color-Word Interference Test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. Realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

*Fuente:* D. Rivera et al. (2015)

- **Test de la modalidad de Símbolos y Dígitos – SDMT.** El test de la modalidad Símbolos y Dígitos (SDMT) fue desarrollado por A. Smith en 1968 como un test neuropsicológico para identificar personas con disfunción neurológica. Consta de una serie de símbolos que deben ser sustituidos por números de una respuesta clave. La prueba se puede administrar de manera escrita u oral, aunque para el presente estudio se aplicará de forma escrita. El test mide funciones neurocognitivas importantes tales como la atención, el escáner visual, y la velocidad motora; su naturaleza breve y facilidad de administración lo han convertido en una prueba neuropsicológica habitual en distintas áreas. La puntuación del sujeto es el número de sustituciones correctas en un intervalo

de 90 segundos. Los datos normativos son tomados de los estudios de Arango-Lasprilla y cols. (2015), realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

**Tabla 8. Ficha técnica del test de símbolos y dígitos (SDMT)**

<b>FICHA TECNICA DEL TEST DE SÍMBOLOS Y DÍGITOS (SDMT)</b>	
Nombre:	Test de Símbolos y Dígitos (SDMT)
Nombre original:	Symbol Digit Modalities Test (SDMT)
Autores:	A. Smith (1968)
Procedencia:	Western Psychological Services, Los Angeles, California.
Adaptación Castellano:	Smith, A. (2002). <i>SDMT, Test de Símbolos y Dígitos. Manual</i> . Madrid: Tea Ediciones.
Ámbito de aplicación:	Desde los 8 años en adelante.
Duración:	Aproximadamente 10 minutos, en ambas formas (oral y escrita) con los tiempos de instrucciones y corrección incluidos.
Finalidad:	Detección rápida de disfunciones cerebrales mediante una tarea clásica de sustitución de símbolos por dígitos.
Baremos:	Los baremos fueron tomados del estudio de Arango-Lasprilla et al. (2015) Symbol Digit Modalities Test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population, realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima..

Fuente: Arango-Lasprilla y cols. (2015)

- **Test Modificado de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (M-WCST).** El Test modificado de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin es una variación del ampliamente conocido Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin que fue desarrollado por Grant y Berg (1948, citado por Arango-Lasprilla y cols, 2015). El test fue desarrollado para medir la capacidad de resolución de problemas y la capacidad de modificar las estrategias cognitivas en función de los cambios que se producen en el ambiente. Se trata de un test en el que entran en función la memoria de trabajo, la flexibilidad atencional, la inhibición de respuesta y otros aspectos de la función ejecutiva. El test modificado de clasificación de Tarjetas de Wisconsin (M-WCST) fue introducido por Nelson (1976 citado por Arango-Lasprilla y cols., 2015). En esta versión, se eliminan

80 de las 128 tarjetas de respuestas que compartían más de un atributo con alguna de las tarjetas clave. Por ello, el M-WCST consta de 48 tarjetas de respuesta y 4 tarjetas clave. En la versión modificada, el examinador considera correcta sea cual sea la categoría elegida en primer lugar. Si la segunda vez la categoría elegida difiere de la que se eligió en la primera ocasión, también se considera correcta. Durante la administración, el evaluador informa si su elección es correcta o no hasta que el examinado clasifique correctamente seis tarjetas consecutivas. Después, el examinador dice que las reglas han cambiado y le dice que trate de “buscar otra regla”. La prueba continúa hasta que todas las seis categorías consecutivas sean clasificadas o hasta que se hayan usado el tomo entero de 48 cartas. Los datos normativos son tomados del estudio de Arango-Lasprilla y cols (2015) realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

**Tabla 9. Ficha Técnica Test Modificado de Clasificación De Tarjetas De Wisconsin (M-WCST)**

<b>FICHA TÉCNICA DEL TEST MODIFICADO DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN (M-WCST)</b>	
Nombre:	Test Modificado de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (M-WCST)
Nombre original:	Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, desarrollado por Grant y Berg (1948).
Autores:	Grant y Berg (1948).
Procedencia:	Western Psychological Services, Los Angeles, California.
Adaptación Castellano:	Test Modificado de Clasificación De Tarjetas De Wisconsin, Nelson (1976).
Ámbito de aplicación:	Desde los 8 años en adelante.
Duración:	Aproximadamente 10-15 minutos.
Finalidad:	Medir la capacidad de resolución de problemas y la capacidad de modificar las estrategias cognitivas en función de los cambios que se producen en el ambiente, memoria de trabajo, la flexibilidad atencional, la inhibición de respuesta y otros aspectos de la función ejecutiva.
Baremos:	Los baremos fueron tomados del estudio de Arango-Lasprilla et al. (2015) Modified Wisconsin Card Sorting Test (M-WCST): Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. Realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

Fuente: Arango-Lasprilla y cols. (2015)

- **Test de Fluidez Verbal Semántica y Fonológica.** La prueba de fluidez verbal que se aplicó en este estudio consta de dos partes: la fluidez fonológica y la fluidez semántica. Se mide mediante el número de palabras producidas dentro de cada categoría en un minuto y es considerado una prueba de producción verbal controlada y programada que es sensible a las alteraciones en el funcionamiento de las áreas prefrontales izquierdas (Pineda, 1996). Los datos normativos son tomados del estudio realizado por Arango – Lasprilla y cols. (2015), realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

**Tabla 10. Ficha Técnica Test de Fluidez Verbal Semántica Y Fonológica**

<b>FICHA TÉCNICA DEL TEST DE FLUIDEZ VERBAL SEMÁNTICA Y FONOLÓGICA</b>	
Nombre:	Test de Fluidez Verbal Semántica Y Fonológica
Ámbito de aplicación:	Desde los 6 años en adelante.
Duración:	Aproximadamente 10-15 minutos.
Finalidad:	Medir la capacidad de resolución de problemas y la capacidad de modificar las estrategias cognitivas en función de los cambios que se producen en el ambiente, memoria de trabajo, la flexibilidad atencional, la inhibición de respuesta y otros aspectos de la función ejecutiva.
Baremos:	Los baremos fueron tomados del estudio de Olabarrieta-Landa et al. (2015), Verbal Fluency Tests: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population Realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

Fuente: Olabarrieta-Landa et al. (2015).

- **Dígitos Directos e Inversos- WAIS.** La subprueba Retención de Dígitos, pertenece a la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos “WAIS”, Wechsler D. (1995), la cual se divide en escalas verbal y manual, siendo la subescala Retención de Dígitos perteneciente a la escala verbal de Wechsler. La prueba de dígitos consiste en dos partes que se aplican por separado: *Dígitos en orden directo* y *Dígitos en orden inverso*. En los dos casos el examinador debe leer en voz alta al sujeto una serie de números, bien el

mismo orden en que se ha presentado (orden directo) o en orden inverso. Este último caso se aplicará siempre, incluso cuando el sujeto no haya puntuado en el orden directo.

Entre las funciones implicadas se encuentran factores tales como la distracción; el span memoria corto plazo; concentración; secuenciación auditiva, y atención ejecutiva.

- ***Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLT-R).*** El Test de Aprendizaje Verbal Hopkins-Revisado es uno de los test más utilizados para medir la memoria en la evaluación clínica neuropsicológica de personas mayores; consiste en una lista de 12 palabras extraídas de 3 categorías semánticas diferentes. Se trata de 3 fases de aprendizaje, después de las cuales hay una fase de reconocimiento sí/no que contiene las 12 palabras objetivo y otras 12 palabras distractoras (6 semánticamente relacionadas y 6 semánticamente no relacionadas). Diversos estudios han demostrado que la prueba tiene buena validez y fiabilidad test-retest. Así mismo, las características de la prueba hacen que sea especialmente adecuada para la evaluación de individuos con lesiones severas. Para el presente estudio se utilizan los datos normativos desarrollados por Arango-Lasprilla y cols. (2015), realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

**Tabla 11. Ficha técnica de Test de Aprendizaje Verbal de Hopkins - Revisado**

<b>FICHA TÉCNICA DEL TEST DE APRENDIZAJE VERBAL DE HOPKINS EN SU VERSIÓN REVISADA (HVLT-R)</b>	
Nombre:	Test de Aprendizaje Verbal de Hopkins en su versión Revisada (HVLT-R)
Nombre original:	Hopkins verbal Learning test-Revised (HVLT-R), modificado por Benedict et al., (1998) de la creación del Brandt, 1991(HVLT).
Autores:	Benedict et al., (1998).
Adaptación Castellano:	Arango-Lasprilla et al. (2015), Hopkins Verbal Learning Test-Revised: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population
Ámbito de aplicación:	Desde los 16 a 92 años.
Duración:	Aproximadamente 20-25 minutos.
Finalidad:	Medir la capacidad del recuerdo total y recuerdo diferido, mientras que también puede obtener puntuaciones de reconocimiento y porcentaje de retención.
Baremos:	Arango-Lasprilla et al. (2015), Hopkins Verbal Learning Test-Revised: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. Realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

Fuente: Arango-Lasprilla y cols. (2015).

- **Subtest Vocabulario - WAIS.** Esta subprueba “Vocabulario” pertenece a la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos “WAIS”, Wechsler D. (1995), la cual se divide en escalas verbal y manual, siendo la subescala vocabulario perteneciente a la escala verbal de Wechsler. Esta refleja el nivel de educación, la capacidad de aprendizaje, la formación de conceptos verbales y la riqueza verbal y semántica del ambiente en el que se desenvuelve la persona evaluada. Requiere que se nombre un objeto y que definan vocablos de dificultad creciente que se presentan oralmente. Contiene 36 elementos, con un máximo de 68 puntos. Las respuestas son evaluadas de 0 a 2 puntos de acuerdo con los criterios de puntuación y ejemplos de respuestas. La administración se suspende cuando el sujeto falla los cinco errores consecutivos de los ítems. Para el presente estudio se utilizan los datos normativos desarrollados por Arango-Lasprilla y cols. (2015), realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

- **Test del Trazo – TMTA&B.** Diseñado originalmente por Reitan, R. M. en 1992, como una medida de inteligencia para la designación de la armada estadunidense, luego se comprendió de la importancia como prueba atencional y se extendió. El Test del Trazo es un instrumento de diagnóstico popular para muchos tipos de disfunción cerebral. El test consiste en un ejercicio de “conectar los puntos” que contiene 25 objetivos y permite evaluar la atención visual, la velocidad motora, la flexibilidad cognitiva y la alternancia de tareas. Para el presente estudio se utilizan los datos normativos desarrollados por Arango-Lasprilla y cols. (2015) realizados en población adulta y adulta mayor de la ciudad de Lima.

**Tabla 12. Ficha Técnica del Test del Trazo - TMTA&B**

<b>FICHA TÉCNICA DEL TEST DEL TRAZO – TMTA&amp;B</b>	
Nombre:	Test Del Trazo – TMTA&B
Nombre original:	Trail Making Test, (TMT-A & B)
Autores:	Reitan, R. M. (1992).
Ámbito de aplicación:	Desde los 6 años en Adelante
Duración:	Aproximadamente 10 minutos.
Finalidad:	Medir la capacidad de velocidad visual, atencional, flexibilidad mental, memoria de trabajo, función motora y de procesamiento y concentración del individuo, (parte A); atención alternante y funcionamiento ejecutivo (parte B).
Baremos:	Arango-Lasprilla et al. (2015), Trail Making Test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population.

*Fuente:* Arango-Lasprilla y cols. (2015).

#### **4.- PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS**

La presente investigación tuvo dos etapas, la primera consistió en la captación de la muestra y la segunda en la evaluación neuropsicológica propiamente dicha. Ambas las describimos a continuación.

Para la primera etapa de captación de la muestra se realizó coordinaciones con diferentes instituciones para poder generar campañas de “Despistaje de problemas de memoria” abiertas al público en general en varios puntos de la ciudad, de este manera participaron instituciones como Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de algunos distritos, el Club Melgar, Asociación de Alzheimer de Arequipa y en talleres brindados en la Universidad Nacional de San Agustín. En esta primera intervención se aplicaron los instrumentos de tamizaje o Screening: el Examen cognoscitivo Mini - Mental, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Índice de Barthel, que valoran aspectos cognitivos, afectivos y de funcionalidad respectivamente. Todas las personas que superaron los puntos de corte en los Screening ya establecidos para el presente estudio, fueron invitados a participar de la segunda etapa del estudio.

Para tal efecto, en esta segunda etapa se realizaron llamadas a los seleccionados haciéndoles la invitación correspondiente y citándolos al Instituto de Investigaciones Sociales de la UNSA para que puedan ser informados del estudio en proceso. Las personas que aceptaron su participación, llenaron y firmaron el consentimiento informado. Seguidamente se inició con el llenado de la ficha sociodemográfica, del cuestionario de quejas subjetivas de memoria y se continuó con el desarrollo de las pruebas neuropsicológicas. Esta segunda etapa tuvo una duración entre dos a tres sesiones consecutivas de una hora, dependiendo del ritmo de resolución de los participantes. Los instrumentos neuropsicológicos utilizados fueron la Figura compleja de Rey, Test de Colores y Palabras de Stroop, Test de símbolos y dígitos, Test modificado de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, Test de fluidez verbal

semántica y fonológica, Subtest Retención de Dígitos directos e inversos y Subtest Vocabulario de WAIS, Hopkins verbal Learning Test-Revised (Test de aprendizaje verbal Hopkins- Revisado) y Test del Trazo forma A&B. Todas las evaluaciones de los participantes que completaron ambas fases fueron codificadas conforme a lo planteado al consentimiento, seguidamente se procedió a la calificación de las pruebas de forma manual y tabulado en una hora de cálculo de Microsoft Excel. Para la división de muestra se utilizaron los criterios clínicos para la investigación del Deterioro Cognitivo Leve (Pettersen, 2001 citado por Lojo, 2012) y de las Quejas Subjetivas de Memoria (Jessen, 2014; Abdulrab y Heun, 2008), asimismo siendo analizados por Neuropsicólogos con experticia en la materia, producto del análisis clínico se obtuvo una muestra de 74 participantes, 25 que pertenecieron al grupo de quejas subjetivas de memoria 49 al grupo de Deterioro cognitivo Leve. Posteriormente esa data fue llevada al paquete estadístico SPSS versión 2015, en el cual se pudo establecer los análisis descriptivos pertinentes para desarrollar el perfil neuropsicológico para adultos y adultos mayores con deterioro cognitivo leve y queja subjetiva de memoria. Seguidamente mediante el análisis correlacional se buscó conocer la presencia o no de diferencias significativas entre ambos grupos de estudio y la relación del desempeño neuropsicológico con los factores sociodemográficos.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

En el presente capítulo se expondrán los resultados obtenidos del análisis estadístico de la investigación desarrollados en el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de frecuencia, porcentajes y tablas cruzadas; para el análisis diferencial se utilizó la prueba paramétrica: t de Student y para la conocer la relación sociodemográficas del estudio se utilizó la prueba el análisis de covarianza ANCOVA. A continuación se expondrán los resultados siguiendo el orden de los objetivos propuestos para el presente estudio.

**1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y CON QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA**

**Tabla 13. Tabla cruzada de datos sociodemográficos de Adultos y Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria**

	Variables Sociodemográficas	QSM		DCL		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Grupo	QSM	25	100.0	0	0.0	25	33.8
	DCL	0	0.0	49	100.0	49	66.2
Residencia	Urbano	25	100.0	49	100.0	74	100.0
	Rural	0	0.0	0	0.0	0	0
Sexo	Hombre	4	16.0	9	18.4	13	17.6
	Mujer	21	84.0	40	81.6	61	82.4
Estado civil	Soltero	3	12.0	6	12.2	9	12.2
	Casado	15	60.0	29	59.2	44	59.5
	Viudo	3	12.0	8	16.3	11	14.9
	Separado	4	16.0	4	8.2	8	10.8
	Otro	0	0.0	2	4.1	2	2.7
						74	100.0
Escolaridad	Primaria	0	0.0	7	14.3	7	9.4
	Secundaria	4	16.0	13	26.5	17	23.0
	Superior	21	84.0	29	59.2	50	67.6
						74	100.0
Lateralidad	Derecha	24	96.0	47	95.9	71	96.0
	Zurdo	0	0.0	1	2.0	1	1.0
	Ambidiestro	1	4.0	1	2.0	2	3.0
						74	100.0
Antecedentes Familiares	No	25	100.0	49	100.0	74	100
	Si	0	0.0	0	0.0	0	0
						74	100.0
Patología	Enf. Cardiovas.	4	16.0	11	22.4	15	20.3
	Tiroidismo	1	4.0	5	10.2	6	8.1
	Diabetes	1	4.0	4	8.2	5	6.8
	Otros	18	72.0	20	40.8	28	51.4
	Ninguna	1	4.0	9	18.4	10	13.5
						74	100.0

*Fuente:* Elaboración propia

En la Tabla 13 se observa que la muestra está conformada por 74 personas, de ellas 49 personas (66,2%) pertenecen al grupo Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y 25 personas (33,8%) al grupo Quejas subjetivas de Memoria (QSM). De ellos el 17,6% son de sexo masculino (QSM=16%; DCL=18,4%) mientras que 82,4% son de sexo femenino (QSM=84%; DCL=81,6%). Todos los participantes tienen residencia en la zona Urbana. En relación al estado civil el 59,5% de participantes es casado/a (QSM=60%; DCL=59,2%), un 14,9% es viudo/a (QSM=12%; DCL=16,3%), el 12,2% soltero/a (QSM=12%; DCL=12,2%) y un 10,8% separado (QSM=16%; DCL=8,2%). Además se conoce que el 67,6% de participantes han terminado la educación superior técnica o universitaria (QSM=84%; DCL=59,2%), el 23,0% tiene secundaria completa (QSM=16%; DCL=26,5%), mientras que el 9,5% (QSM=0%; DCL= 14,3%) tiene primaria completa. De todos los participantes el 95,9% son población con dominancia de lateralidad derecha, el 1,4% con dominancia de lado izquierdo y un 2,7% son ambidiestros. Asimismo el 100% de los participantes no presenta antecedentes familiares. También, se registraron datos de antecedentes patológicos diagnosticados por un profesional médico, entre ellos el 20,3% presenta enfermedades cardiovasculares (QSM=16%; DCL=22,4%), el 8,1% presenta hipo/hipertiroidismo (QSM=4%; DCL=10,2%), el 6,8% presenta diabetes (QSM=4%; DCL=8,2), el 13,5% refieren que no presentan ninguna enfermedad (QSM=4%; DCL=18,4%).

**Tabla 14. Tabla cruzada de datos sociodemográficos en relación a hábitos nocivos y hábitos saludables en Adultos y Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria**

		QSM		DCL		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
Fumador	No	24	96.0	49	100.0	73	98.6
	Si	1	4.0	0	0.0	1	1.4
				74		100.0	
Bebedor	No	24	96.0	42	85.7	66	89.2
	Si	1	4.0	6	12.2	7	9.5
				73		100.0	
Ejercicio Físico	Diario	4	16.0	10	20.4	14	18.9
	2/3 días por semana	8	32.0	26	53.1	34	45.9
	Nunca	12	48.0	12	24.5	24	35.1
				72		100.0	

*Fuente:* Elaboración propia

En la Tabla 14 se da a conocer algunas de las conductas de hábitos saludables o nocivos que realizan los participantes en su cotidiano vivir. Encontramos que el 98,6% de la población no fuma y el 89,2% tampoco consume actualmente bebidas alcohólicas salvo compromisos u ocasiones esporádicas, en comparación a un 9,5% que si consume con cierta frecuencia, siendo el 4% del grupo QSM mientras el 12,2% del grupo de DCL. Asimismo el 45.9 % realiza ejercicio físico 2 o 3 veces por semana, el cual representa el 53% de los participantes del grupo DCL y el 32% del grupo QSM; el 18,9% lo realiza diariamente (QSM=16%; DCL=20,4%), mientras que el 35,1% no realiza ejercicio físico (QSM=48%; DCL=24,5%). De esto último interpretamos que quienes realizan mayor ejercicio son los participantes del grupo DCL mientras que hay una mayor cantidad de participantes del grupo de QSM que no realiza nunca ejercicio físico.

**2. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DEL DESEMPEÑO EN LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y CON QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA.**

**Tabla 15. Descriptivos del estado mental general de Adultos y Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria**

	GRUPO	N	Media	Desviación estándar
MMSE	QSM	25	28.8333	1.54349
	DCL	48	27.7600	1.96384
GDS – Yesavage	QSM	25	2.5600	1.98074
	DCL	48	3.0208	2.88422
Índice de Barthel	QSM	25	99.8000	1.00000
	DCL	49	98.9796	5.10102

\* p <0,05

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 15 se expone los descriptivos del test de tamizaje Mini Examen del Estado Mental (MMSE), el cual valora el estado cognitivo global, donde los participantes del grupo de quejas subjetivas de memoria (QSM) alcanzan una media de 28,8 puntos (DS=±1.5) y el de deterioro cognitivo leve (DCL) una media de 27,7 puntos (DS=±1.9). Superan los puntos de corte para la normalidad desarrollados por Custodio y Lira (2014). La Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, que nos permite identificar síntomas depresivos en población adulta y adulta mayor, se encuentra que el grupo QSM alcanza una media de 2,56 con un DE=±1.9 y el grupo DCL=3,0 con DE=±2,8, con estas puntuaciones los participantes no superan el punto de corte propuestos por Martínez de la iglesia y cols. (2002) para considerar la presencia de un episodio depresivo moderado o grave. Seguidamente se valoró el grado de funcionalidad de la persona mediante el Índice de Barthel, en donde ambos grupos de estudio obtuvieron puntuaciones que alcanzaron niveles de normalidad (QSM  $\bar{x}=99,80$ ; DCL  $\bar{x}=98,97$ ).

**Tabla 16.**

*Descriptivos del desempeño neuropsicológico de adultos y adultos mayores del grupo de Quejas Subjetivas de Memoria.*

	GRUPO	N	Media	Pc	* p < 0,05
SDMT	QSM	25	36.1200	50 <sup>a</sup>	
STROOP_P	QSM	25	88.8000	50 <sup>b</sup>	
STROOP_C	QSM	25	60.9600	40 <sup>b</sup>	
TMT_A	QSM	25	58.4000	50 <sup>f</sup>	
Hopking–Recuerdo	QSM	25	19.6000	40 <sup>c</sup>	
Hopking–A largo plazo	QSM	25	6.6400	50 <sup>c</sup>	
Hopking–Reconocimiento	QSM	25	11.0400	-	
Hopking–Discriminación	QSM	25	9.7600	-	
Dígitos–Directo	QSM	25	8.2800	-	
Dígitos–Inverso	QSM	25	5.3600	-	
Figura Compleja de Rey-C	QSM	25	34,14	60 <sup>g</sup>	
Figura Compleja de Rey-M	QSM	25	17,46	50 <sup>g</sup>	
Wisconsin Categorías Correctas	QSM	25	5.40	80 <sup>d</sup>	
Wisconsin Errores Perseverativos	QSM	25	3.04	60 <sup>d</sup>	
STROOP Palabra-Color	QSM	25	34.20	50 <sup>b</sup>	
STROOP Interferencia	QSM	25	-1.02	60 <sup>b</sup>	
TMT-B	QSM	25	113.56	60 <sup>e</sup>	
Vocabulario	QSM	25	51.0400	-	
F. Verbal Animales	QSM	25	19.3600	50 <sup>f</sup>	
F. Verbal Frutas	QSM	25	15.9200	-	
F. Fonológica F	QSM	25	12.4400	30 <sup>f</sup>	
F. Fonológica A	QSM	25	13.1600	50 <sup>f</sup>	
F. Fonológica S	QSM	25	12.0400	40 <sup>f</sup>	

Pc=Percentiles

*a* Datos Normativos tomados de Arango –Lasprilla y cols. (2015) Symbol Digit Modalities Test

*b* Datos Normativos tomados de Rivera y cols. (2015) Stroop Color-Word Interference Test

*c* Datos Normativos tomados de Arango –Lasprilla y cols. (2015) Hopkins Verbal Learning Test-Revised

*d* Datos Normativos tomados de Arango –Lasprilla y cols. (2015) Modified Wisconsin Card Sorting Test

*e* Datos Normativos tomados de Arango –Lasprilla y cols. (2015) Trail Making Test

*f* Datos Normativos tomados de Olabarrieta –Landa y cols. (2015) Verbal Fluency Tests

*g* Datos Normativos tomados de Rivera y cols. (2015) Rey Complex Figure-copy and immediate recall

*Fuente:* Elaboración propia.

En la Tabla 16 se exponen los resultados del desempeño en las evaluaciones neuropsicológicas desarrollados por los adultos y adultos mayores del grupo de Quejas Subjetivas de Memoria. Se organizó la tabla en función a los dominios cognitivos que cada instrumento valora. El test de la Modalidad Símbolos y Dígitos-SDMT ( $\bar{x}=36,12$ ; Pc=50),

las subescalas Palabras ( $\bar{X}=88,80$ ;  $Pc=50$ ) y Colores ( $\bar{X}=60,96$ ;  $Pc=40$ ) del test de Stroop y el Test del Trazo Forma A ( $\bar{X}=58,40$ ;  $Pc=50$ ), fueron agrupados dentro del dominio cognitivo de atención y velocidad de procesamiento. Se observa que los participantes del grupo QSM obtienen puntuaciones medias que alcanzan niveles dentro del promedio general para este dominio cognitivo. Seguidamente se valora el dominio cognitivo de memoria verbal mediante el Test de Aprendizaje Verbal Hopkins en las subescalas de Recuerdo Inmediato ( $\bar{X}=19,60$ ;  $Pc=40$ ) y Memoria a largo Plazo ( $\bar{X}=6,64$ ;  $Pc=50$ ), donde los participantes obtienen puntuaciones medias que alcanzan niveles dentro del promedio general; también se examinó la memoria visual con el test de la Figura Compleja de Rey, alcanzando puntuaciones dentro del promedio en la tarea copia ( $\bar{X}=34,14$ ;  $Pc=60$ ) y memoria ( $\bar{X}=17,46$ ;  $Pc=50$ ). El siguiente dominio cognitivo valorado es el de Función Ejecutiva, en este se incluyen las escalas Categorías Correctas ( $\bar{X}=5,40$ ;  $Pc=80$ ) y Errores perseverativos ( $\bar{X}=3,04$ ;  $Pc=60$ ) del Test Clasificación de Tarjetas Wisconsin – Modificado, las subescalas Palabra-Color ( $\bar{X}=34,20$ ;  $Pc=50$ ) e Interferencia ( $\bar{X}=-1,02$ ;  $Pc=60$ ) del test de Stroop y la Forma B del Test del Trazo ( $\bar{X}=113,56$ ;  $Pc=60$ ), las puntuaciones obtenidas alcanzan niveles dentro del promedio y superior al promedio para este dominio cognitivo. Finalmente el dominio cognitivo descrito fue el de Lenguaje, el cual incluye las escalas de Semántica – Animales ( $\bar{X}=19,36$ ;  $Pc=50$ ), Fonológica-F ( $\bar{X}=12,44$ ;  $Pc=30$ ), Fonológica-A ( $\bar{X}=13,16$ ;  $Pc=50$ ) y Fonológica-S ( $\bar{X}=12,04$ ;  $Pc=40$ ) del test de Fluidez Verbal, dando cuenta de que las puntuaciones obtenidas alcanzan niveles dentro del promedio.

**Tabla 17.**

*Descriptivos del desempeño neuropsicológico de adultos y adultos mayores del grupo Deterioro Cognitivo Leve*

TAREA	GRUPO	N	Media	Pc
SDMT	DCL	49	34.8571	40 <sup>a</sup>
STROOP_P	DCL	49	83.7551	40 <sup>b</sup>
STROOP_C	DCL	49	58.3673	40 <sup>b</sup>
TMT_A	DCL	49	67.7755	30 <sup>f</sup>
Hopking–Recuerdo	DCL	49	17.1020	20 <sup>c</sup>
Hopking – A largo plazo	DCL	49	4.8163	20 <sup>c</sup>
Hopking–Reconocimiento	DCL	49	10.1020	-
Hopking–Discriminación	DCL	49	8.2653	-
Dígitos–Directo	DCL	49	7.0204	-
Dígitos–Inverso	DCL	49	4.2653	-
Figura Compleja de Rey-C	DCL	49	31,5102	30 <sup>g</sup>
Figura Compleja de Rey-M	DCL	49	15,7245	40 <sup>g</sup>
Wisconsin Categorías Correctas	DCL	49	4.57	60 <sup>d</sup>
Wisconsin Errores Perseverativos	DCL	49	6.10	40 <sup>d</sup>
STROOP Palabra-Color	DCL	49	30.44	40 <sup>b</sup>
STROOP Interferencia	DCL	49	-3.48	50 <sup>b</sup>
TMT-B	DCL	49	183.93	20 <sup>e</sup>
Vocabulario	DCL	49	39.8776	-
F. Verbal Animales	DCL	49	18.9184	40 <sup>f</sup>
F. Verbal Frutas	DCL	49	14.6531	-
F. Fonológica F	DCL	49	10.1837	15 <sup>f</sup>
F. Fonológica A	DCL	49	11.5714	30 <sup>f</sup>
F. Fonológica S	DCL	49	11.3265	30 <sup>f</sup>

\* p < 0,05

Pc=Percentiles

*a* Datos Normativos tomados de Arango –Lasprilla y cols. (2015) Symbol Digit Modalities Test

*b* Datos Normativos tomados de Rivera y cols. (2015) Stroop Color-Word Interference Test

*c* Datos Normativos tomados de Arango –Lasprilla y cols. (2015) Hopkins Verbal Learning Test-Revised

*d* Datos Normativos tomados de Arango –Lasprilla y cols. (2015) Modified Wisconsin Card Sorting Test

*e* Datos Normativos tomados de Arango –Lasprilla y cols. (2015) Trail Making Test

*f* Datos Normativos tomados de Olabarrieta –Landa y cols. (2015) Verbal Fluency Tests

*g* Datos Normativos tomados de Rivera y cols. (2015) Rey Complex Figure-copy and immediate recall

*Fuente:* Elaboración propia.

En la Tabla 17 se describen los resultados del desempeño en la evaluación neuropsicológicas de adultos y adultos mayores del grupo Deterioro Cognitivo Leve. En relación al dominio cognitivo de atención y velocidad de procesamiento, los resultados en el test de la Modalidad Símbolos y Dígitos-SDMT ( $\bar{x}=34,85$ ; Pc=40), las subescalas Palabras ( $\bar{x}=83,75$ ; Pc=40) y

Colores ( $\bar{X}=58,36$ ;  $Pc=40$ ) del test de Stroop y el Test del Trazo Forma A ( $\bar{X}=67,77$ ;  $Pc=30$ ), revelan puntuaciones medias que alcanzan niveles dentro del promedio general. En relación al dominio cognitivo de memoria verbal las subescalas de Recuerdo Inmediato ( $\bar{X}=17,10$ ;  $Pc=20$ ) y Memoria a largo Plazo ( $\bar{X}=4,81$ ;  $Pc=20$ ) del Test de Aprendizaje Verbal Hopkins, revelan que los participantes obtuvieron puntuaciones medias equivalente a niveles por debajo del promedio general; asimismo se examina la memoria visual con el test de la Figura Compleja de Rey, alcanzando puntuaciones dentro del promedio en la tarea copia ( $\bar{X}=31,51$ ;  $Pc=30$ ) y memoria ( $\bar{X}=15,72$ ;  $Pc=40$ ). El siguiente dominio cognitivo descrito fue el de Función Ejecutiva, en este se incluyeron las escalas Categorías Correctas ( $\bar{X}=4,57$ ;  $Pc=60$ ) y Errores perseverativos ( $\bar{X}=6,10$ ;  $Pc=40$ ) del Test Clasificación de Tarjetas Wisconsin – Modificado, las subescalas Palabra-Color ( $\bar{X}=30,44$ ;  $Pc=40$ ) e Interferencia ( $\bar{X}=-3,48$ ;  $Pc=50$ ) del test de Stroop y la Forma B del Test del Trazo-TMT ( $\bar{X}=183,93$ ;  $Pc=20$ ), las puntuaciones obtenidas alcanzan niveles dentro del promedio en los primeros tres instrumentos y por debajo del promedio en el TMT-B. Asimismo se ha descrito el desempeño en el dominio cognitivo de Lenguaje, donde se incluyen las escalas Semántica–Animales ( $\bar{X}=18,91$ ;  $Pc=40$ ), Fonológica-F ( $\bar{X}=10,18$ ;  $Pc=15$ ), Fonológica-A ( $\bar{X}=11,57$ ;  $Pc=30$ ) y Fonológica-S ( $\bar{X}=11,32$ ;  $Pc=30$ ) del test de Fluidez Verbal, dando cuenta de que las puntuaciones obtenidas alcanzan niveles dentro del promedio en fluidez verbal Semántica y Fonológica (A-S) y por debajo del promedio en fluidez fonológica F.

**3. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DEL DESEMPEÑO EN LA EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y CON QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA**

**Tabla 18.**

*Diferencias entre el estado mental general de Adultos y Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo Leve y con Quejas Subjetivas de Memoria.*

	GRUPO	N	Media	Desviación estándar	T	Sig. (bilateral)
MMSE	QSM	25	28.8333	1.54349	1.927	.061
	DCL	48	27.7600	1.96384		
GDS – Yesavage	QSM	25	2.5600	1.98074	-.715	.477
	DCL	48	3.0208	2.88422		
Índ. Barthel	QSM	25	99.8000	1.00000	.794	.430
	DCL	49	98.9796	5.10102		

\* p <0,05

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 18 se puede observar en relación al test de tamizaje Mini Examen del Estado Mental (MMSE) que si bien existen diferencias en la media de las puntuaciones directas, estas no son significativas ( $p=0,061$ ). Sigue de la misma manera al observar los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage ( $p=0,477$ ), y del Índice de Barthel (0,794), donde los participantes del grupo QSM alcanzan una media superior que el grupo DCL, pero que no es llegan a ser diferentes significativamente.

**Tabla 19.**

*Diferencias del desempeño neuropsicológico entre los grupos DCL y QSM según el dominio cognitivo de Atención y velocidad de Procesamiento.*

TAREA	GRUPO	N	Media	Desviación estándar	t	Sig. (bilateral)	* p < 0,05
SDMT	QSM	25	36.1200	7.38422	.502	.617	
	DCL	49	34.8571	11.40541			
STROOP_P	QSM	25	88.8000	9.99583	1.058	.294	
	DCL	49	83.7551	22.68124			
STROOP_C	QSM	25	60.9600	9.18550	.839	.404	
	DCL	49	58.3673	13.95483			
TMT_A	QSM	25	58.4000	19.85363	-1.539	.128	
	DCL	49	67.7755	26.91442			

\*\*Datos Normativos tomados de Arango –Lasprilla y cols. (2015) y Rivera y cols. (2015)

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 19 se describen los resultados de las escalas asociadas a la atención y velocidad de procesamiento. En primer lugar se muestran los resultados del Symbol Digit Modalities Test (SDMT), donde si bien hay un mejor desempeño del grupo QSM ( $\bar{x}=36,12$ ) que el de DCL ( $\bar{x}=34,85$ ), estas no representan diferencias significativas ( $p=0,67$ ). Al analizar las diferencias del desempeño en las escalas Palabras y Colores del test de Stroop y del Test del Trazo Forma A (TMT-A), se observan que mejores puntuaciones del grupo QSM sobre el DCL, sin embargo estas no representan diferencias significativas.

**Tabla 20.**

*Diferencias del desempeño neuropsicológico entre los grupos DCL y QSM según dominio cognitivo Memoria Verbal, Memoria de Trabajo y Memoria Visual*

TAREA	GRUPO	N	Media	Desviación estandar	t	Sig. (bilateral)
Hopking–Recuerdo	QSM	25	19.6000	3.90512	2.380	.020*
	DCL	49	17.1020	4.44056		
Hopking – A largo plazo	QSM	25	6.6400	2.34307	3.536	.001*
	DCL	49	4.8163	1.96504		
Hopking–Reconocimiento	QSM	25	11.0400	.88882	2.473	.016*
	DCL	49	10.1020	1.78238		
Hopking–Discriminación	QSM	25	9.7600	1.47986	3.009	.004*
	DCL	49	8.2653	2.24328		
Dígitos–Directo	QSM	25	8.2800	2.07204	2.571	.012*
	DCL	49	7.0204	1.95245		
Dígitos–Inverso	QSM	25	5.3600	1.57797	2.904	.005*
	DCL	49	4.2653	1.51073		
Figura Compleja de Rey-C	QSM	25	34,1400	3,07381	2,115	.068
	DCL	49	31,5102	5,80364		
Figura Compleja de Rey-M	QSM	25	17,4600	5,19399	1,149	.254
	DCL	49	15,7245	6,57018		

\* p < 0,05

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 20 se observa que en el Test de Aprendizaje Verbal de Hopkins – Revisado (HVLT-R) que examina el dominio cognitivo de memoria verbal, permite conocer que existen diferencias significativas en las cuatro áreas que mide el instrumento: Recuerdo Inmediato ( $p=0,020$ ); Memoria a largo plazo ( $p=0,001$ ); Reconocimiento ( $p=0,016$ ), y la cuarta Discriminación ( $p=0,004$ ). En cuanto a la memoria de trabajo medidas por la subescala de dígitos directo e inverso del WAIS III, se observan diferencias significativas Dígitos Directo ( $p=0,015$ ) e Inverso ( $p=0,005$ ) a favor del grupo QSM. En relación a la memoria visual, no hay diferencias significativas en la tarea de Copia ni memoria inmediata del test de la Figura Compleja de Rey.

**Tabla 21.**

*Diferencias del desempeño neuropsicológico entre los grupos DCL y QSM según el dominio cognitivo de Función Ejecutiva*

Tarea	GRUPO	N	Media	Desviación estándar	T	Sig. (bilateral)
Wisconsin Categorías Correctas	QSM	25	5.40	1.00	2.194	.031*
	DCL	49	4.57	1.74		
Wisconsin Errores Perseverativos	QSM	25	3.04	3.45	-2.289	.025*
	DCL	49	6.10	6.20		
Wisconsin Errores no Perseverativos	QSM	25	5.56	5.70	-.874	.385
	DCL	49	6.97	7.01		
STROOP Palabra-Color	QSM	25	34.20	7.29	1.463	.148
	DCL	49	30.44	11.68		
STROOP Interferencia	QSM	25	-1.02	6.93	1.119	.267
	DCL	49	-3.48	9.79		
TMT-B	QSM	25	113.56	51.43	-3.657	.000*
	DCL	49	183.93	88.72		
TMT-B Errores	QSM	25	0.64	1.03	-2.196	.031*
	DCL	49	2.10	3.23		

\* p < 0,05

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 21 se examinan la diferencia de los resultados obtenidos por los participantes en el desempeño de pruebas neuropsicológicas relacionadas con la Función Ejecutiva. En el Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin se observa diferencias significativas en las puntuaciones relacionadas a Categorías completas logradas ( $p=0,031$ ) y errores perseverativos ( $p=0,025$ ), donde los participantes con QSM tienen mejores desempeños que participantes del grupo DCL. En relación al instrumento Stroop, si bien el grupo de QSM tiene mayores puntajes que el grupo DCL en las escalas Palabra-Color ( $p=0,095$ ) e Interferencia ( $p= 0,216$ ), estas no representan diferencias significativas. Adicionalmente se comparó los datos obtenidos en Trail Making Test Forma B, en este instrumento los participantes del grupo QSM tienen un mejor desempeño que el grupo DCL ( $p=0,00$ ), estas diferencias llegan a ser significativas.

**Tabla 22.**

*Diferencias del desempeño neuropsicológico entre los grupos DCL y QSM según el dominio cognitivo de Lenguaje*

Tarea	GRUPO	N	Media	Desviación estándar	T	Sig. (bilateral)
Vocabulario	QSM	25	51.0400	11.55956	3.945	.000*
	DCL	49	39.8776	11.42117		
F. Verbal	QSM	25	19.3600	3.66151	.421	.675
	DCL	49	18.9184	4.53614		
Animales	QSM	25	15.9200	3.31562	1.420	.160
	DCL	49	14.6531	3.77796		
F. Verbal Frutas	QSM	25	12.4400	3.54824	2.362	.021*
	DCL	49	10.1837	4.04492		
F. Fonológica F	QSM	25	13.1600	3.32516	1.841	.070
	DCL	49	11.5714	3.59977		
F. Fonológica A	QSM	25	12.0400	3.00666	.812	.419
	DCL	49	11.3265	3.82638		
F. Fonológica M	QSM	25	13.5600	3.48903	1.678	.098
	DCL	49	12.1429	3.40955		
F. Fonológica R	QSM	25	13.4400	3.11020	2.560	.013*
	DCL	49	11.3673	3.38313		
F. Fonológica P	QSM	25	15.0000	2.79881	1.703	.093
	DCL	49	13.5102	3.88438		

\* p < 0,05

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 22 se exponen las diferencias del desempeño en pruebas neuropsicológicas relacionadas con el lenguaje. En la subescala de Vocabulario del WAIS III se observan diferencias significativas, donde el grupo de QSM ( $p=0,000$ ) conoce y define con cierta precisión una mayor cantidad de palabras que el grupo DCL. Del mismo modo en el instrumento Fluidez verbal fonológica presentaron diferencias significativas en las subescalas de Fluidez Fonológica F ( $p=0,017$ ) y Fluidez Fonológica R ( $p=0,011$ ), donde las personas participantes del grupo QSM emitían una mayor cantidad de palabras con estos fonemas (F, R) en comparación con el grupo DCL, mientras que no presentaron diferencias significativas con las consonantes A, S, M y P. Asimismo no presentaron diferencias significativas en el área de fluidez verbal semántica.

**4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y EL DESEMPEÑO EN LA EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y CON QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA**

**Tabla 23.**

*Análisis de inter-sujetos ANCOVA: HVLTR – Memoria a largo Plazo*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	Gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Sexo	0.271	1	0.271	0.081	0.778
Edad	1.572	1	1.572	0.467	0.500
Reserva Cognitiva	1.365	1	1.365	0.406	0.529
Grupo	8.091	1	8.091	2.403	0.132
N. Escolaridad	42.828	3	14.276	4.241	0.013*
Patología	13.907	3	4.636	1.377	0.269
Ejercicio Físico	12.489	2	6.244	1.855	0.174
Fuma/Bebe Alcohol	13.615	1	13.615	4.045	0.053
Error	100.989	30	3.366		
Total	2499.000	71			
Total corregido	367.718	70			

a. R al cuadrado = .725 (R al cuadrado ajustada = .359)

\* p < 0,05

Como se observa en el Tabla 23 el nivel de escolaridad tiene un efecto significativo sobre las puntuaciones en la escala Memoria a largo Plazo ( $F=4.241$ ;  $p<.05$ ) del test de Aprendizaje Verbal de Hopkins mientras que las otras variables no muestran el mismo efecto.

**Tabla 24***Análisis de covarianza ANCOVA: HVLTR – Reconocimiento*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	Gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Sexo	1.913	1	1.913	1.000	0.325
Edad	1.228	1	1.228	0.642	0.429
Reserva Cognitiva	0.012	1	0.012	0.006	0.938
Grupo	0.732	1	0.732	0.383	0.541
N. Escolaridad	5.790	3	1.930	1.009	0.402
Patología	5.935	3	1.978	1.034	0.392
Ejercicio Físico	3.765	2	1.883	0.984	0.386
Fuma/Bebe Alcohol	0.017	1	0.017	0.009	0.925
Error	57.393	30	1.913		
Total	8025.000	71			
Total corregido	123.577	70			

a. R al cuadrado = .536 (R al cuadrado ajustada = -.084)

\* p < 0,05

En la Tabla 24 se observa que desempeño en la subescala de reconocimiento del Test de aprendizaje Verbal de Hopkins no está afectado significativamente por algún factor sociodemográfico de edad, sexo, reserva cognitiva, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos, ejercicio físico o hábitos de fumar o beber alcohol, que explique mejor la variabilidad de los resultados.

**Tabla 25***Análisis de covarianza ANCOVA: Wisconsin – Errores Perseverativos*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	Gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Sexo	1.415	1	1.415	0.044	0.835
Edad	30.479	1	30.479	0.951	0.337
Reserva Cognitiva	55.531	1	55.531	1.733	0.198
Grupo	0.253	1	0.253	0.008	0.930
N. Escolaridad	82.868	3	27.623	0.862	0.472
Patología	96.930	3	32.310	1.008	0.403
Ejercicio Físico	33.584	2	16.792	0.524	0.598
Fuma/Bebe Alcohol	5.438	1	5.438	0.170	0.683
Error	961.514	30	32.050		
Total	3604.000	71			
Total corregido	2013.915	70			

a. R al cuadrado = .523 (R al cuadrado ajustada = -.114)

\* p < 0,05

La Tabla 25 muestra que la variabilidad del desempeño en la subescala de Errores perseverativos de Wisconsin no están afectadas por los factores sociodemográficos de edad, sexo, reserva cognitiva, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos, ejercicio físico o hábitos de fumar o beber alcohol.

**Tabla 26.***Análisis de covarianza ANCOVA: Test del Trazo - Forma A*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	Gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Sexo	16.715	1	16.715	0.042	0.839
Edad	5073.054	1	5073.054	12.683	0.001*
Reserva Cognitiva	1765.993	1	1765.993	4.415	0.044*
Grupo	140.372	1	140.372	0.351	0.558
Escolaridad	770.179	3	256.726	0.642	0.594
Patología	2498.872	3	832.957	2.082	0.124
Ejercicio Físico	1055.782	2	527.891	1.320	0.282
Fuma/Bebe Alcohol	315.118	1	315.118	0.788	0.382
Error	11999.593	30	399.986		
Total	341351.000	71			
Total corregido	44746.479	70			

a. R al cuadrado = .732 (R al cuadrado ajustada = .374)

\* p < 0,05

La Tabla 26 muestra que los factores sociodemográficos de la edad y la reserva cognitiva afectan significativamente en la variabilidad del desempeño en la Forma A del Test del Trazo (TMT-A), mientras que con las variables de reserva cognitiva, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos, ejercicio físico o hábitos de fumar o beber alcohol, no muestran el mismo efecto.

**Tabla 27.****Análisis de covarianza ANCOVA: Test del Trazo - Forma B**

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	Gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Sexo	28.539	1	28.539	0.005	0.942
Edad	17682.543	1	17682.543	3.319	0.078
Reserva Cognitiva	6658.906	1	6658.906	1.250	0.272
Grupo	17837.636	1	17837.636	3.348	0.077
Escolaridad	14370.896	3	4790.299	0.899	0.453
Patología	2633.708	3	877.903	0.165	0.919
Ejercicio Físico	8036.732	2	4018.366	0.754	0.479
Fuma/Bebe Alcohol	1421.106	1	1421.106	0.267	0.609
Error	159850.073	30	5328.336		
Total	2383388.000	71			
Total corregido	514227.437	70			

a. R al cuadrado = .689 (R al cuadrado ajustada = .275)

\* p < 0,05

En la Tabla 27 se observa en cuanto al desempeño en la Forma B del test del Trazo (TMT-B) que este no se ve afectado significativamente por los factores sociodemográficos de edad, reserva cognitiva, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos, ejercicio físico o hábitos de fumar o beber alcohol.

**Tabla 28.***Análisis de covarianza ANCOVA: Vocabulario*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Sexo	231.053	1	231.053	2.277	0.142
Edad	69.734	1	69.734	0.687	0.414
Reserva Cognitiva	48.853	1	48.853	0.482	0.493
Grupo	289.831	1	289.831	2.857	0.101
Escolaridad	199.104	3	66.368	0.654	0.587
Patología	228.832	3	76.277	0.752	0.530
Ejercicio Físico	19.426	2	9.713	0.096	0.909
Fuma/Bebe Alcohol	178.229	1	178.229	1.757	0.195
Error	3043.540	30	101.451		
Total	147014.000	71			
Total corregido	10611.972	70			

a. R al cuadrado = .713 (R al cuadrado ajustada = .331)

\* p < 0,05

En la Tabla 28 se observa que la subescala Vocabulario del WAIS III, no presenta afectación significativa por las variables sociodemográficos de edad, reserva cognitiva, nivel de escolaridad, antecedentes patológicos, ejercicio físico o hábitos de fumar o beber alcohol.

**Tabla 29.***Análisis de covarianza ANCOVA: Fluidez Verbal Fonológica-F*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Sexo	7.880	1	7.880	0.930	0.343
Edad	0.540	1	0.540	0.064	0.802
Reserva Cognitiva	2.205	1	2.205	0.260	0.614
Grupo	30.722	1	30.722	3.627	0.066
Escolaridad	96.087	3	32.029	3.781	0.021*
Patología	71.371	3	23.790	2.809	0.056
Ejercicio Físico	33.833	2	16.917	1.997	0.153
Fuma/Bebe Alcohol	72.401	1	72.401	8.547	0.007
Error	254.114	30	8.470		
Total	9493.000	71			
Total corregido	1120.592	70			

a. R al cuadrado = .773 (R al cuadrado ajustada = .471)

\* p < 0,05

En la Tabla 29 se muestra que la variable sociodemográfico de años de escolaridad afecta significativamente sobre el desempeño en la escala de Fonológica-F del Test de Fluidez Verbal, mientras que las otras variables no muestran el mismo efecto.

## DISCUSIÓN

El presente estudio planteó como objetivo general el desarrollo de perfiles neuropsicológicos en adultos y adultos mayores que presentan un grupo de ellos deterioro cognitivo leve (DCL en adelante) y otro grupo quejas subjetivas de memoria (QSM en adelante). Estas dos entidades han ido adquiriendo importancia en el ámbito de la investigación y clínico al formar parte del curso y evolución de posibles enfermedades neurodegenerativas en etapas tempranas, en particular de la demencia de tipo Alzheimer. Partimos con la premisa de que el envejecimiento es un proceso natural que implica, entre otros ámbitos, cambios físicos, emocionales, conductuales y cognitivos. El presente estudio se ha centrado en realizar la caracterización de este último, valorando los siguientes dominios cognitivos: atención y velocidad de procesamiento, memoria verbal, visual y de trabajo, función ejecutiva y lenguaje.

En este sentido el perfil neuropsicológico de adultos y adultos mayores con quejas subjetivas de memoria (QSM) se caracteriza en general por tener un desempeño dentro del promedio en todas las áreas cognitivas evaluadas, siguiendo un curso similar al envejecimiento normal, pero aun así el participante percibe que ha habido una disminución del desempeño de su memoria en comparación a años anteriores, siendo corroboradas por un familiar o allegado, y que esta no sería mejor explicada por la presencia de un episodio depresivo moderado o grave. Por otro lado el perfil en el deterioro cognitivo leve (DCL) se caracteriza por puntuaciones que oscilan entre un desempeño dentro del promedio y por debajo del promedio, donde los dominios mejor conservados son el de atención, velocidad de procesamiento y memoria visual, y los que presentan las primeras alteraciones fuera del curso de la envejecimiento normal son las áreas de memoria verbal y de trabajo, función ejecutiva y lenguaje. Con esta descripción podemos dar cuenta de dos tipos de DCL de los

propuestos por Petersen (2003, citado por Gramunt, 2007) en la población de estudio: DCL amnésico (66,6%) y DCL multidominio (27,4%); pese a estas alteraciones el participante no ha perdido la funcionalidad, utilizando estrategias compensatorias para responder a las exigencias sociales y, en similitud a las QSM, estas tampoco pueden ser mejor explicadas por un episodio depresivo moderado o grave.

En principio el desempeño neuropsicológico de los adultos y adultos mayores presentarán una variabilidad en función a la edad y años de escolaridad. En este estudio alrededor del 84% de los adultos del grupo QSM presentó edades mayores a 55 años y el 100% alcanzó una escolaridad mayor o igual a 12 años, mientras que en el grupo DCL el 91.8% tienen edades mayores a 55 años y el 85.7% una escolaridad mayor o igual a 12 años. Estas variables toman importancia debido a que conforme se incrementa la edad, el desempeño se caracteriza por una disminución en las respuestas correctas y por el uso de una mayor cantidad tiempo para resolver las tareas que requieren memoria de trabajo, flexibilidad mental, planeación y control inhibitorio; asimismo los años de escolaridad por su parte juegan un papel importante en hacer posible una mayor o menor automatización de las respuestas en este tipo de tareas (Espitia, 2017).

Entonces al examinar los instrumentos que valoran el dominio cognitivo de atención - el test de la Modalidad Símbolos y Dígitos (SDMT), las subescalas Palabras y Colores del test de Stroop y el Test del Trazo Forma A – se evidencia en las personas del grupo quejas subjetivas de memoria (QSM) una disminución en la velocidad de procesamiento conforme avanza la edad, que puede ser explicada debido a un enlentecimiento en el tiempo de reacción y a su vez el enlentecimiento en el procesamiento mental propio del envejecimiento normal (Junqué y Jodar, 1990). Sin embargo otros estudios dan la explicación sobre una disminución en la eficiencia de la atención sostenida y alternante a través de la edad, explicado mediante cambios en el funcionamiento de la corteza cerebral que se relacionan con las demandas

ejecutivas de las tareas como focalización, monitoreo e inhibición frontal, donde los adultos mayores muestran un patrón de activación menor de la vía ventral en tareas que requieren atención dividida y una activación de la corteza dorsolateral prefrontal en tareas que requieren de focalización y alternancia, mientras que los jóvenes muestran este patrón solo en actividades que implican alternancia. Ello da cuenta de que en el proceso envejecimiento normal existe un patrón de activación que da lugar a la existencia de un reclutamiento de otras redes para compensar y responder a una demanda cognitiva (Grady, 2002 citado por Espitia, 2017), lo que explicaría el mayor uso del tiempo para lograr el objetivo estas tareas. Estos mismos procesos son aplicables en los adultos del grupo QSM y DCL salvo que en este último el rendimiento es menor, lo que implicaría mayores esfuerzos de compensación que el grupo QSM, evidenciándose mediante el uso de un mayor tiempo de resolución en el Test del Trazo Forma A (TMT-A), una menor cantidad de palabras en las subescalas Colores y Palabras del Stroop, y menores puntuaciones en el Test de Dígitos y Símbolos (SDMT), aunque cabe resaltar que las diferencias entre ambos grupos no son significativas. Adicionalmente, a la variabilidad del tiempo de resolución del TMT-A en relación a la edad, en el presente estudio se asocia a su vez a la reserva cognitiva (entendida esta por la cantidad de activa de lectura, de manejo de otros idiomas, de estudios superiores complementarios y actividades cognitivas como puzzles, ajedrez, entre otros). También algunos autores (Espitia, 2017) analizaron la cantidad de errores cometidos en el TMT B, encontrando que a mayor nivel de escolaridad hay menor cantidad de errores, y viceversa, ello se explica a partir de una automatización en los circuitos visuales, asociativos y motores, y la combinación de conocimientos previamente aprendidos de las personas con niveles medios y altos de escolaridad a diferencia de adultos con pocos años de estudios. Ello da lugar a valorar la cantidad de errores que cometen adultos con alto nivel de escolaridad, siendo su elevada presencia indicador de envejecimiento patológico.

En relación al dominio cognitivo de memoria se valoraron las áreas de memoria verbal, memoria de trabajo y memoria visual. La memoria verbal ha sido explorada mediante el Test de Aprendizaje Verbal Hopkins el cual nos brinda las puntuaciones de recuerdo inmediato, memoria a largo plazo (evocación diferida), reconocimiento y discriminación. En concordancia con los datos normativos de Arango –Lasprilla y cols. (2015) se observa que a mayor edad se logran menores cantidades de palabras recordadas tanto en el de recuerdo inmediato (recordar palabras de una lista inmediatamente después de ser leída), como a largo plazo (recordar la misma lista de palabras después de unos 20 minutos), asimismo que a mayor nivel educativo hay mejores desempeños. Zimmerman y cols. por su parte (2008, citado por Duarte, 2017) realizaron un trabajo investigativo analizando el cambio del volumen total del hipocampo asociado al envejecimiento normal con estudios de neuroimagen estructural, encontrando que en aquellos participantes en quienes el volumen del hipocampo ha disminuido, la cantidad de palabras recordadas era menor. Por lo tanto la cantidad de palabras recordadas en el test Aprendizaje Verbal de Hopkins, en el recuerdo inmediato pueden ser un indicador de deterioro o conservación del volumen del hipocampo. Asimismo el recuerdo inmediato en este test implica el recuerdo de una lista de palabras inmediatamente después de ser leída, realizándose tres ensayos espaciados que mejoran progresivamente el aprendizaje y la evocación de la misma, ello da lugar a la presencia de una “curva de aprendizaje creciente” de la información aprendida. Y en relación a la memoria a largo plazo (evocación diferida), Zhao y cols (2012, citado por Duarte, 2017) refieren que el desempeño en esta tarea, tanto libre como facilitada, tiene un gran valor diagnóstico en la identificación del DCL como en la estimación de una posible evolución hacia el desarrollo de la demencia tipo Alzheimer. La memoria a largo plazo muestra relación significativa con la edad y escolaridad, de modo que los datos normativos permiten darle el valor clínico a este indicador. En este sentido el grupo de Quejas Subjetivas de

Memoria alcanzan en ambas medidas puntuaciones dentro del promedio ajustadas a normas de edad y escolaridad, mientras que los adultos del grupo de Deterioro Cognitivo Leve obtienen en ambas medidas puntuaciones por debajo del promedio, siendo significativamente diferentes. Con estos datos se observa que el grupo QSM sigue el patrón del envejecimiento normal en este dominio cognitivo, mientras que en grupo DCL evidencia las alteraciones de la memoria verbal asociadas al envejecimiento patológico.

En relación a la memoria de trabajo, la subescala de Dígitos Inverso-Directos del WAIS III, permite identificar la funcionalidad de dos subprocesos implicados: mantenimiento de la información y manipulación/procesamiento de la información. Mientras que algunos estudios refieren que en el envejecimiento normal hay una relativa estabilidad en el mantenimiento y un decline en la manipulación, (Babcock y Salthouse, 1990 citado por Espitia, 2017), en el presente estudio podemos observar un declinar en ambos subprocesos propios del envejecimiento normal. Asimismo cuando se realiza la comparación de medias de los adultos del grupo QSM con los de DCL, se encuentra diferencias significativas. Por lo tanto el grupo QSM sigue un curso del envejecimiento normal en el área de memoria de trabajo, mientras que en el grupo DCL se observa dificultades en el mantenimiento de la información así como en la manipulación de la misma.

Las habilidades visuoconstructivas y de memoria visual han sido valoradas mediante el test de Copia de la Figura Compleja de Rey. Similar a los anteriores instrumentos expuestos, este presenta variabilidad en el desempeño en función a la edad y nivel de escolaridad, que son explicados por un lado por los cambios en los sistemas sensoriales, en los procesos de organización perceptiva y de ejecución visuoconstructiva propios del envejecimiento (Ardila, 2012 citado por Duarte, 2017); y por otro lado por la relación entre el nivel de escolaridad y el desempeño, donde la variabilidad puede deberse a la familiaridad que la persona evaluada presenta con tareas visuoconstructivas complejas y a la adquisición y

automatización de habilidades necesarias para la realización de trazos y figuras sencillas que los contextos educativos formales brindan (Duarte, 2017). Asimismo la memoria visual en particular en este instrumento estaría asociada a procesos de funcionamiento ejecutivo, donde el participante lleva a cabo diferentes estrategias para la evocación de la información almacenada. El desempeño en este instrumento tanto en el grupo QSM como en del DCL obtienen puntuaciones dentro del promedio, por lo que siguen el curso del envejecimiento normal, si bien los adultos del grupo DCL alcanzan percentiles menores al grupo QSM, estas no representan diferencias significativas.

El siguiente dominio cognitivo valorado es el de Función Ejecutiva, siendo examinado a través de las escalas Categorías Correctas y Errores perseverativos del Test Clasificación de Tarjetas Wisconsin – Modificado, las subescalas Palabra-Color e Interferencia del test de Stroop y la Forma B del Test del Trazo. Los subprocesos implicados en este dominio cognitivo son: inhibición, flexibilidad mental y planeación. Al valorar el dominio función ejecutiva no es posible aislarlo de otros procesos cognitivos como el de memoria de trabajo, conceptualización o fluidez verbal. El en el envejecimiento normal hay una disminución en la eficiencia de la capacidad inhibitoria (Hashery Zacks, citado por Espitia, 2017), haciéndose evidente mediante la subescala Palabra-Color del test de Stroop, pero la disminución del componente inhibitorio también está asociada a una disminución de la automatización de la lectura en personas de escolaridad media y alta (como es el caso del presente estudio), por lo tanto también debe haber una disminución en las puntuaciones de la parte Palabras del test de Stroop. La afectación en esta capacidad ha sido encontrada en personas con demencia tipo Alzheimer (Amieva, Phillips, Della Sala y Henry, 2004 citado por Espitia, 2017). En ese sentido, los participantes de los grupos QSM y DCL obtuvieron medias que alcanzaron puntuaciones dentro del promedio tanto en la subescala Palabras/Color como en la subescala Palabra, ello da a conocer que ambos grupos siguen el

curso del envejecimiento normal en esta área. Otros estudios brindan datos respecto a la importancia de valorar la presencia de errores perseverativos, por un lado es esperable que el incremento de la edad sea asocie al incremento de errores perseverativos en un prueba como en las Tarjetas de Clasificación de Wisconsin, pero no en la evocación lexical demandada por la fluidez verbal, dado que la primera implica el procesamiento de una información novedosa, mientras que en la segunda se hace uso de redes y unidades de información previamente aprendidas. El test de Trazo la forma B y el test de Clasificación de Tarjetas Wisconsin se han relacionado con el procesamiento conceptual-abstracto y con la búsqueda de soluciones alternas (O'Donnell y cols, 1994 cito por Espitia, 2017). Dados estos componentes de abstracción y conceptualización, el nivel de escolaridad juega un papel importante en el desempeño de estos instrumentos, observándose que las personas con alto nivel de escolaridad en el envejecimiento normal se caracterizan por una mayor velocidad de respuesta y adecuada capacidad de abstracción y a su vez una mejor comprensión de las reglas que presenta el test. Esto lo podemos corroborar con las puntuaciones muy por encima del promedio obtenidas por el grupo QSM y dentro del promedio logradas por el grupo DCL en el test de clasificación de tarjetas de Winsconsin. El Test del Trazo en la forma B, valora por su parte además habilidades relacionadas con la alternancia e inhibición de respuesta, la eficiencia en este proceso es influida por el nivel de escolaridad, dado que se relaciona con procesos de automatización de las secuencias alfabéticas y numéricas así como de orden y secuenciación (Matute, 2003 citado por Espitia). Por lo tanto tiempos largos en la resolución del TMT-B asociado a una mayor cantidad de errores ajustados a normas de edad y escolaridad son indicadores de envejecimiento patológico. En nuestro estudio los adultos del grupo QSM alcanzan niveles dentro del promedio siguiendo el patrón del curso normal del envejecimiento, mientras que el grupo DCL puntuaciones por debajo del promedio, lo que implica el curso posible de un envejecimiento patológico.

En relación al dominio de lenguaje se utilizaron la subescala Vocabulario del WAIS III y el test de Fluidez Verbal Semántica y Fonológica. Estudios refieren que el lenguaje es la capacidad que menos cambios muestra en función a la edad, haciéndose evidentes recién a partir de los 70 u 80 años (Duarte, 2017), donde las alteraciones están asociadas al acceso léxico más que a la perdida de contenidos representacionales. En este sentido observamos que en los adultos de los grupos QSM y DCL obtienen medias que alcanzan puntuaciones dentro del promedio en las escalas de Fluidez Verbal Semántica y Fonológica (A y S), sin embargo se muestran diferencias significativas en las subescalas Vocabulario del WAIS y Fonológica F, ello podría suponer que ambas escalas se muestran sensibles ante los primeros cambios del funcionamiento del lenguaje en el envejecimiento patológico.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** El perfil neuropsicológico de adultos y adultos mayores con quejas subjetivas de memoria se caracteriza por seguir el curso de declive cognitivo del envejecimiento normal, sin embargo percibe un declinar en el funcionamiento de su memoria y manifiesta quejas subjetivas de memoria corroboradas por un informante que no son explicadas por la presencia de un episodio depresivo moderado o grave.

**SEGUNDA:** El perfil neuropsicológico en adultos y adultos mayores con Deterioro Cognitivo Leve se caracteriza por la conservación de los procesos en el dominio de atención y el de memoria visual, disminución de la velocidad de procesamiento de información y ante tareas que requieren alternancia, disminución en el mantenimiento y manipulación de la información, menor cantidad de palabras evocadas en el recuerdo libre, en la memoria a largo plazo y con facilitadores, mejor evocación semántica que fonológica, conservación de los procesos de abstracción y conceptualización y un declive en los procesos de automatización de la secuenciación.

**TERCERA:** Se ha encontrado que las características de la muestra ha sido en su mayoría mujeres, más de la mitad personas mayores a 55 años hasta los 65 años, con una media de 62 años y 63 años en el grupo QSM y DCL respectivamente. Asimismo el 90.6% concretaron un nivel de escolaridad mayor o igual a 12 años (media/alta) y todos tienen como lugar de residencia urbano. Ninguno de ellos presenta sintomatología depresiva grave o moderada. Además los hábitos de consumo de alcohol o conductas de fumar son mínimas; un mayor porcentaje de la población

realizaba ejercicio interdiario, le sigue un menor porcentaje que no realiza nunca ejercicios. De todos ellos 25 formaron parte del grupo QSM y 49 al grupo DCL.

CUARTA: El desempeño neuropsicológico de los adultos del grupo QSM se caracterizan por alcanzar percentiles dentro de la media en todas las áreas examinadas, siguiendo el curso de declive del envejecimiento normal, mientras que el grupo de adultos del grupo DCL alcanzaron percentiles dentro del promedio en los dominios de atención, velocidad de procesamiento y memoria visual y fluidez verbal semántica, mientras que por debajo de promedio en las áreas de función ejecutiva (inhibición y flexibilidad mental), memoria verbal, memoria de trabajo, fluidez semántica.

QUINTA: Existen diferencias significativas entre los grupos DCL y QSM en el desempeño neuropsicológico en las áreas de memoria verbal, memoria de trabajo, fluidez verbal fonológica, vocabulario y función ejecutiva. Los instrumentos Test de Aprendizaje Verbal Hopkins – R, la subescala de Dígitos Directos e Inversos de WAIS III, Test del Trazo forma B, fluencia verbal fonológica F y la subescala vocabulario del WAIS III, fueron sensibles esta diferenciación, pudiéndose considerar herramientas útiles para la detección de personas que presentan indicios de deterioro cognitivo

SEXTA: Los factores sociodemográficos asociados al desempeño en las tareas neuropsicológicas son principalmente la edad y años escolaridad, siendo un continuo que a mayor edad menor eficiencia en el desempeño. Los factores de reserva cognitiva tienen asociación con el desempeño en el test del trazo forma A. Asimismo los factores sexo, antecedentes patológicos, hábitos saludables y nocivos no tienen relación con el desempeño en las tareas neuropsicológicas.

## RECOMENDACIONES

1. Los perfiles neuropsicológicos de los adultos con Quejas subjetivas de memoria y con Deterioro Cognitivo Leve permiten brindar una aproximación para la detección temprana de personas en riesgo de padecer alguna enfermedad neurodegenerativa, en particular la Enfermedad de Alzheimer, sin embargo al ser este un estudio de corte transversal y haciendo uso de datos normativos, no se ha explorado la historia personal del desempeño cognitivo, por lo tanto no se tiene claro si es que los resultados son producto de un declinar en las funciones cognitivas o si es que el adulto a lo largo de su vida mantuvo el mismo patrón de desempeño cognitivo. Esto lleva a la propuesta de generar estudios longitudinales con la población estudiada y hacer un análisis de la evolución del desempeño neuropsicológico.
2. El estudio al estar conformado básicamente por personas con nivel educativo medio alto, y siendo este un factor sociodemográfico importante en la variabilidad del desempeño, estos resultados no son aplicables a personas adultas y adultas mayores con niveles de escolaridad bajo o menor a doce años. Por lo tanto los próximos estudios pueden apuntar a trabajar con este grupo poblacional, del cual se dispone de poca información en nuestro contexto. Asimismo no se han tomado en consideración otros factores como la personalidad, concepción de la vejez del adulto y adulto mayor, sintomatología frontal o bilingüismo, que pueden jugar un papel muy importante sobre todo en adultos del grupo con Quejas Subjetivas de Memoria
3. Los instrumentos neuropsicológicos utilizados para el presente estudio presentan una notable variabilidad en función a la edad y años de escolaridad, si bien hay datos normativos elaborados con adultos y adultos mayores de la ciudad de Lima, los

esfuerzos actuales están orientados al desarrollo de instrumentos neuropsicológicos que tengan la menor influencia sociocultural. Además los instrumentos neuropsicológicos nos permiten medir la memoria en un “contexto de laboratorio”, sin embargo actualmente hay la propuesta de medir la “memoria en el ámbito cotidiano”, dado que al ser diferentes contextos el desempeño de la memoria está sujeto a otras variables.

4. Se han encontrado diferencias significativas entre las puntuaciones de los grupos QSM y DCL en el Test del Trazo Errores -Forma B, subescala Dígitos directo/inverso y Vocabulario del WAIS III, reconocimiento y discriminación del Test de Aprendizaje Verbal Hopkins-R, evidenciando sensibilidad en la detección de cambio cognitivos en posibles etapas tempranas de la Enfermedad de Alzheimer, sin embargo no se cuenta con datos normativos para estas puntuaciones.

## REFERENCIAS

- Abdulrab K y Heun R. (2008) Deterioro subjetivo de la memoria. Una revisión de sus definiciones indica la necesidad de un conjunto integral de criterios estandarizados y validados. Eur Psychiatry. Vol (23) : 321-30.
- Álvares S., A Mario, Pedroso, F. A., Padrón S., A., Álvarez S. M. & Álvarez L. (2008) Fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer. Rev. Mexicana de Neurociencia – Mayo-Junio Vol. 9(3): 196-201
- Alpízar D., W (2005) Hacia la construcción del concepto integral de adultez. Rev. Enfermería actual en Costa Rica
- Arango-Lasprilla et al. (2015) Symbol Digit Modalities Test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. Rev. NeuroRehabilitation; 37(4):625-38. DOI: 10.3233/NRE-151282.
- Arango-Lasprilla et al. (2015) Modified Wisconsin Card Sorting Test (M-WCST): Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. NeuroRehabilitation. 2015;37(4):563-90. DOI: 10.3233/NRE-151280.
- Arango-Lasprilla et al. (2015) Hopkins Verbal Learning Test–Revised: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. NeuroRehabilitation; 37(4):699-718. DOI: 10.3233/NRE-151286.
- Arango-Lasprilla et al. (2015), Trail Making Test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. NeuroRehabilitation; 37(4):639-61. DOI: 10.3233/NRE-151284.
- Ardila, A y Otrskey F. (2012) Guía para el diagnóstico neuropsicológico. [En línea]

- Blázquez-Alisente JL & González-Rodríguez B, & Paúl-Lapedriza. (2011). Evaluación Neuropsicológica. 33-56.
- Barrera M. y Donolo D. (2009) Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. Desempeños en el Addenbrooke's Cognitive Examination. Pensamiento Psicológico, Vol. 5 N12, p: 45-58
- Butman J, Arizaga R, Harris P, Drake M, Baumann D. y cols. (2001) El "Mini – Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires. Rev. Neurol Arg 26(1): 11-15
- Cid-Rizafa J y Damina-Moreno J (1997) Valoracion dela discapacidad: el indice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica [online]. 1997, vol.71, n.2, pp.127-137. ISSN 2173-9110.
- Custodio N, García A, Montesinos R y Escobar J. (2008). Prevalencia de demencia en una comunidad urbana de Lima: Un estudio puerta a puerta. (Abstr). XII Congreso Panamericano de Neurología, Santo Domingo, Republica Dominicana.
- Custodio N, Herrera-Pérez E, Lira D, Montesinos R, Linares J, Bendezú L. (2012) Deterioro cognitivo leve: Dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? An Fac Med. 2012; 73(4): 321-330.
- Custodio, N. y Lira, D. (2014) Adaptación peruana del Mini-mental State Examination (MMSE). Revista investigación UNMSN. Anales de la facultad de medicina.
- Custodio, N (2016a) Vivir con demencia en Perú: ¿El sistema de salud está enfrentando sobrecarga? Rev. Neuropsiquiatr 79(1) Pág.: 1-2
- Custodio, N (2016b) Rendimiento del test de alteración de memoria para detectar deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer en estadios iniciales en población de bajo nivel de instrucción de dos distritos de Lima. Tesis de Maestría. Fac. Medicina Humana. Universidad San Martín de Porres. Lima.

- Custodio N, Montesinos R y Alarcón J (2018) Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. Rev. Neuropsicuiatr 81(4):235-250
- Cancino M y Rehbein L (2016) Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. Terapia Psicológica. Asociación Psicogeriatría Internacional
- Duarte P, L (2017) Lenguaje, memoria y habilidades visuoconstructivas en el envejecimiento normal: datos normativos con la Batería Neuronorma Colombia. Maestría en Psicología. Universidad Nacional de Colombia.
- De la Torre Maslucan et al. (2006) Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta Méd. Peruana [online]. 2006, vol.23, n.3, pp.144-147. ISSN 1728-5917.
- Defensoría del Pueblo (2019) Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. Lima - Perú.
- Escobar G y Ramos L (2012) Nociones del deterioro cognitivo leve. Rev Med Hered. 23(2): 134-135.
- Espitia M, A D (2017) Funciones ejecutivas en el envejecimiento normal: Datos normativos con la batería Neuronorma. Colombia. Maestría en Psicología. Universidad Nacional de Colombia.
- Gramunt F, N (2007) Normalización y validación de un test de memoria en envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer
- Hernández, R. Fernández C y Baptista P (2014) Metodología de la investigación. Sexta edición. INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México.

Huenchuan S (2017). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. México.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). Informe Técnico. Situación de la Población Adulta Mayor. Abril-Mayo-Junio 2019

Golden, J. (2001). Test de Colores y Palabras Stroop. Madrid: TEA. 3ra. Edición  
Jessen, F., Amariglio, R. E., van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chételat, G., . . .  
Wagner, M. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia : The Journal of the Alzheimer's Association*, 10(6), 844-852.

Kral, V. A. (1962). Senescent forgetfulness: Benign and malignant. *Canadian Medical Association Journal*, 86, 257-260.

Llibre Rodríguez, Juan, & Gutiérrez Herrera, Raúl Fernando. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 378-387.

Lojo S, C (2012) Efecto de la reserva cognitiva en el deterioro cognitivo ligero. Tesis Doctoral. Universidad Santiago de Compostela. España.

López J, Arriola E, Carnero C, Freire A, López R, Manzano S y Olazarán J (2017). Deterioro Cognitivo Leve en el adulto mayor. Documento de consenso. *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*. Madrid.

Martínez De La Iglesia, Onís Vilches, Dueñas Herrero, Albert Colomer, Aguado Taberné y Luque Luque (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado

- (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* 2002; 12 (10): 620-630
- McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM y cols (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology.*; 34: 939-44.
- Monge A, Sánchez J, Muñoz C, Pampliega A, Montoya J y Leiva C (2010) Biomarcadores en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con deterioro cognitivo leve: metaanálisis de su capacidad predictiva para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Neurol* 2010; 50 (4): 193-200.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2017) PLANPAM 2013-2017. Plan Nacional para las personas adultas mayores. Lima. Perú.
- Montes-Rojas J, Gutiérrez-Gutiérrez L, Silva-Pereira J y cols. (2012) Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60años con y sin deterioro cognoscitivo. México. *Rev. Chil. Neuropsicología* 7(3):121-126
- Montenegro P., M (2016) Quejas subjetivas de memoria en el envejecimiento y en adultos jóvenes: variables implicadas.
- Mulet B, Sánchez-Casas R, Arrufat M, Figuera L, Labad A y Rosich M (2005) Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Rev. Psicothema.* Vol. 17, nº 2, pp. 250-256
- Nitrini R, Bottino CM, Albala C, Custodio N, Ketzoian C, Llibre JJ, et al. (2009) Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population based cohorts. *IntPsychogeriatr.* ; 21:622–30

Olabarrieta-Landa L, Torre EL, López-Mugartza JC, Bialystok E, Arango-Lasprilla JC (2017). Verbal fluency tests: Developing a new model of administration and scoring for Spanish language. *NeuroRehabilitation*, vol. 41, no. 2, pp. 539-565, 2017.  
DOI: 10.3233/NRE-162102

Organización de las Naciones Unidas (2019) Perspectivas de la Población Mundial 2019. Comunicado de prensa.

Organización de las Naciones Unidas (2017) Word Population Ageing. Department of Economic and Social Affairs.

Otero J y Scheitler (2003) Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Rev Med Uruguay*; 19: 4-13

Patterson (2018) Informe Mundial sobre el Alzheimer 2018. La investigación de vanguardia sobre la demencia: Nuevas fronteras Alzheimer,s Disease International (ADI), Londres

Pérez R. (2018) El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 8(2) p: 139-169.

Ramos J, Meza A, Maldonado I, Ortega M y Hernández T (2009) Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*. p: 47-56

Ramos, G. (2014). Antropología de la vejez en el Perú: Un vacío etnográfico. *Anthropía*, 11, 104-112.

Rivera D y cols. (2015) Rey–Osterrieth Complex Figure – copy and immediate recall: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. *NeuroRehabilitation*; 37(4):677-98. DOI: 10.3233/NRE-151285.

Rivera et al. (2015) Stroop Color-Word Interference Test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. NeuroRehabilitation; 37(4):591-624.  
 DOI: 10.3233/NRE-151281..

Robles-Arana Y. (2003) Adaptación del Mini-Mental State Examination Lima, Perú. [Tesis de Magister]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2003.

Romero-Cabrera Á, Fernández-Casteleiro E, López-Argüelles J, Suz-Piña J, Cordero-Jiménez J. (2012) Actualización en diagnóstico y manejo de las demencias. Aportes prácticos en nuestro contexto. Revista Finlay [revista en Internet].

Sánchez J. Torrellas, C. (2011) Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. RevNeurol. Vol. 52 (5):300-305

Satorres P, E (2013) Bienestar Psicológico en la Vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. Faculta de Psicología. Universitat de Valencia

Soto-Añari y Belón-Hercilla (2017) Indicadores de sensibilidad y especificidad para dos puntos de corte del Mini Mental State Examination: Estudio preliminar. Rev Neuropsiquiatr Vol. 80(2) p: 88-93

Smith, A. (2002). *SDMT, Test de Símbolos y Dígitos. Manual*. Madrid: Tea Ediciones.

Valencia Y, Morante P y Soto M. (2014) Velocidad de Procesamiento y memoria de trabajo en adultos mayores: implicancias para el envejecimiento cognitivo normal y patológico. Revista de Psicología. Año1, Número 1. Universidad Católica San Pablo. p:11-25

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17(1), 37–49.  
 doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

- Zarit, S. H. (2008). New perspectives on subjective memory complaints. *Aging& Mental Health*, 12(2), 165-166. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860801951085>
- Zetina L., M. G. (1999) Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, vol. 5 (19), pp. 23-41. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México

# ADDENDA

**EXAMEN MENTAL (MMSE)**  
(MINI-MENTAL STATE EXAMINATION-FOLSTEIN) (1975) - VERSIÓN PERUANA

NOMBRE : \_\_\_\_\_ GRADO DE INSTRUCCIÓN: \_\_\_\_\_  
 EDAD : \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN ANTERIOR : \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN ACTUAL : \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN : \_\_\_\_\_ TELÉFONO : \_\_\_\_\_

**I. ORIENTACIÓN** (Hacer las sgte. Preguntas: correcto = X)  
 En qué año estamos?  
 En qué estación del año estamos?  
 Cuál es la fecha de hoy?  
 Qué día de la semana es hoy?  
 En qué mes estamos?  
 Me puede decir en qué país estamos?  
 En qué pueblo ciudad municipio estamos?  
 En qué sección barrio urbanización estamos?  
 En qué piso (del edificio) estamos?  
 Cuál es la dirección de este lugar? Si es una institución cuál es el nombre de ese lugar

Puntuación Máxima (10)  
 Año ..... 1   
 Estación ..... 1   
 Fecha ..... 1   
 Día ..... 1   
 Mes ..... 1   
 País ..... 1   
 Pueblo ..... 1   
 Sección ..... 1   
 Piso ..... 1   
 Nombre ..... 1

**II. REGISTRO** (Correcto=X)  
 Le voy a nombrar cosas. Después que yo las diga quiero que Ud. las repita  
 Trate de recordarlas porque dentro de unos minutos le voy a pedir otra vez:  
 "pila" "mesa" "peso"

(Puntuación Máxima =3)  
 Pila ..... 1   
 Mesa ..... 1   
 Peso ..... 1

**III. ATENCIÓN Y CALCULO** (Indique cada respuesta; correcto=X)  
 Comenzando con 100 soles, réstale 7 soles del resultado que obtenga hasta que diga que pare.  
 (Si negativo, sustituya el ejercicio por el próximo)

solo incluir la resta, no la opción de deletreo

Ahora le voy a deletrear una palabra y quiero que Ud. me la deletree al revés.  
 La palabra es Mundo

Puntuación Máxima =5  
 93 ..... 1   
 86 ..... 1   
 79 ..... 1   
 72 ..... 1   
 65 ..... 1

O ..... 1   
 D ..... 1   
 N ..... 1   
 U ..... 1   
 M ..... 1

**IV. RECUERDO** (Correcto=X)  
 Ahora, cuáles fueron las tres cosas que le pedí que recordara?

(Puntuación Máxima =5)  
 Pila ..... 1   
 Mesa ..... 1   
 Peso ..... 1

**V. LENGUAJE** (Correcto=X)  
 Cómo se llama esto? RELOJ  
 Cómo se llama esto? LAPIZ

Quisiera que repitiera esta expresión después de que yo la diga:  
 "Tres tristes tigres comen trigo"

Lea las palabras en éste página y luego haga lo que dice/ leer la cifra en soles del precio de venta de un producto  
 CIERRE LOS OJO S! ...

Le voy a dar un papel, cuando se lo dé, tome el papel en la mano derecha, doble el papel una vez por la mitad con las dos manos y luego ponga el papel en su falda.

Escriba/formule cualquier oración completa, la oración debe tener sujeto y verbo. También debe tener sentido, los errores de ortografía o gramática no cuenta.

Repetición..... 1   
 Reloj ..... 1   
 Lápiz ..... 1   
 Cerrar los ojos! ..... 1   
 Tome el papel en la mano ..... 1   
 doble el papel en la mitad ..... 1   
 Ponga papel en la falda ..... 1   
 Escribir/Formular: 1

**Escala 41c. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage  
 Abreviada  
 (Versión Española) GDS-VE**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. En general, ¿Se siente satisfecho con su vida?                         | Sí | No |
| 2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?            | Sí | No |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía?  | Sí | No |
| 4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?                                  | Sí | No |
| 5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?                 | Sí | No |
| 6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?                                   | Sí | No |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                            | Sí | No |
| 8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?               | Sí | No |
| 9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?  | Sí | No |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?  | Sí | No |
| 11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?               | Sí | No |
| 12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?                                   | Sí | No |
| 13. ¿Se siente lleno/a de energía?  | Sí | No |
| 14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?                             | Sí | No |
| 15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? | Sí | No |

ÍNDICE DE BARTHÉL			
<b>Comida:</b>	10 Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona 5 Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo 0 Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona		
<b>Lavado (baño):</b>	5 Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise 0 Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión		
<b>Vestido:</b>	10 Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda 5 Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable 0 Dependiente. Necesita ayuda para las mismas		
<b>Arreglo:</b>	5 Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna; los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona 0 Dependiente. Necesita alguna ayuda		
<b>Deposición:</b>	10 Contínuo. No presenta episodios de incontinencia 5 Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. 0 Incontinente. Más de un episodio semanal		
<b>Micción:</b>	10 Contínuo. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo ( botella, sonda, orinal ...) 5 Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos. 0 Incontinente. Más de un episodio en 24 horas		
<b>Ir al retrete:</b>	10 Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona 5 Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo 0 Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor		
<b>Transferencia (traslado cama/sillón)</b>	15 Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama. 10 Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física. 5 Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada. 0 Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado		
<b>Deambulación:</b>	15 Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela sola. 10 Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador. 5 Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión		
<b>Subir y bajar escaleras:</b>	10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona. 5 Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión. 0 Dependiente. Es incapaz de salvar escalones		
<b>La incapacidad funcional se valora como:</b>	* Severa: < 45 puntos.	* Moderada: 46 - 60 puntos.	* Grave: 61 - 80 puntos.
			* Ligera: 81 - 100 puntos.
	<b>Puntuación Total:</b>		

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. \_\_\_\_\_

(Nombres y Apellidos)

- He recibido información suficiente sobre la investigación denominada "PERFIL NEUROPSICOLOGICO EN ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y CON QUEJAS SUBJETIVAS DE MEMORIA", que es parte del proyecto de investigación "Desarrollo de perfiles neurofisiológicos y neurocognitivos en sujetos con alto riesgo de desarrollo de demencia- Población arequipeña, (código de identificación: IAI-011-2018- UNSA), subvencionada íntegramente por la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, cuyo objetivo es evaluar cómo la conectividad ~~anatómico~~-funcional y los puntajes neuropsicológicos que están modulados por la reserva cognitiva / cerebral y el hecho de tener o no antecedentes familiares de Enfermedad de Alzheimer en los grupos de mediana edad. Además probar si este enfoque de múltiples escalas, combinado con la evaluación de la memoria en el marco de los paradigmas de olvido, podría mejorar la comprensión de una intervención temprana de la red cerebral inhibitoria en sujetos con alto riesgo de desarrollar demencia.
- Entiendo que la investigación se desarrollará en el marco de 3 etapas. La primera incluye una evaluación desde el marco neuropsicológico (en dos o tres sesiones), la segunda el registro de electroencefalograma (técnica no invasiva para medir la conectividad cerebral) y la última la evaluación con resonancia magnética funcional. Cada una de las cuales estará supeditada a los resultados encontrados y el perfil de los participantes.
- Tengo conocimiento que, como parte del estudio, al término de un año podrán contactar conmigo para hacer un seguimiento y nueva evaluación, siguiendo las etapas descritas.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y presto libremente mi conformidad para participar de esta investigación.
- 

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del participante

Firma del evaluador

EVALUACION NEUROPSICOLÓGICA					
ID Participante: # _____					
<b>I. FILIACIÓN</b>					
Apellidos:			Nombres:		
Dirección:			Área de residencia:	Rural (1) Urbana (2)	
F. Nacimiento:		Edad:	Sexo:	(1) Hombre	(2) Mujer
Estado civil	Soltero (1)	Casado (2)	Viudo (3)	Separado (4)	Otro (5)
Lateralidad	Derecho (1)	Zurdo (2)	Ambidiestro (3)	Telf.	
Lugar de Nacimiento:			Ocupación u oficio:		
Fecha 1º Eval.		Fecha 2º Eval.	Fecha 3º Eval.		
<b>II. ANTECEDENTES PERSONALES</b>					
<b>1. PATOLOGÍA</b>					
1 Enf. Cardiovasculares	( )	10	Depresión	Ansiedad ( )	
2 Hipertensión	( )			Otras	
3 Diabetes	( )	11	Hipertiroidismo	( )	
4 Dislipemias	( )	12	Alcoholismo	( )	
5 Ictus. Año _____	( )	13	Déficit	Visual ( )	
6 TCE: Año _____	( )			Auditivo ( )	
7 Hidrocefalia	( )	14	Alergias	( )	
8 Parkinson	( )	15	IQ	( )	
9 Enf. Infecciosas	( )	16	Otros:		
<b>2. FÁRMACOS</b>					
1 Benzodiacepinas	( )	5 Antihipertensivos	( )	9 Hipolipemiantes	( )
2 Antidepresivos	( )	6 Tiroxina	( )	10 Otros	( )
3 Neurolépticos	( )	7 Antiagregantes	( )	psicofármacos	
4 Antiparkinsonianos	( )	8 Anticolinesterásicos	( )		
<b>3. HÁBITOS</b>					
Fumador	1 No	2 Si	Nº de cigarrillos	3 Ex fumador	Tiempo
Bebedor	1 No	2 Si		3 ex bebedor	Tiempo
Ejercicio	1 Diario	2 2/3 días de semana		3 Nunca ¿cuál?	
Físico					
<b>III. ANTECEDENTES FAMILIARES</b>					
1. Demencia ¿Cuál?	Parentesco (Edad)				
2. Parkinson	Parentesco (Edad)				
3. Psiquiátrico ¿Cuál?	Parentesco (Edad)				
3. Ictus ¿Cuál?	Parentesco (Edad)				

**Criterios de Jessen y cols., (2014) para las Quejas Subjetivas de Memoria**

QUEJA SUBJETIVA DE MEMORIA	
( )	(1) paciente que afirma que su memoria u otra función cognitiva tiene se deterioró en comparación con etapas anteriores de la vida;
( )	(2) tiempo de inicio en la adultez y en los últimos cinco años;
( )	(3) proporcionando un ejemplo válido;
( )	(4) deterioro de la memoria confirmado por un informante (pariente cercano o amigo);
( )	(5) memoria objetiva normal y otras funciones cognitivas, rendimiento normal-
	Sin diagnóstico o síntoma grave (en el momento de la prueba) de trastorno psicoafectivo.

**REY**  
TEST DE COPIA Y DE  
REPRODUCCIÓN DE MEMORIA DE  
FIGURAS GEOMÉTRICAS COMPLEJAS

**Figura A**

HOJA DE ANOTACIÓN

Apellidos y nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_

**CRITERIOS DE PUNTUACIÓN**

Punt.	Precisión	Localización
2	Buena	Buena
1	Buena	Mala
1	Mala	Buena
0,5	Mala, reconocible	Mala
0	Mala, irreconocible	Mala

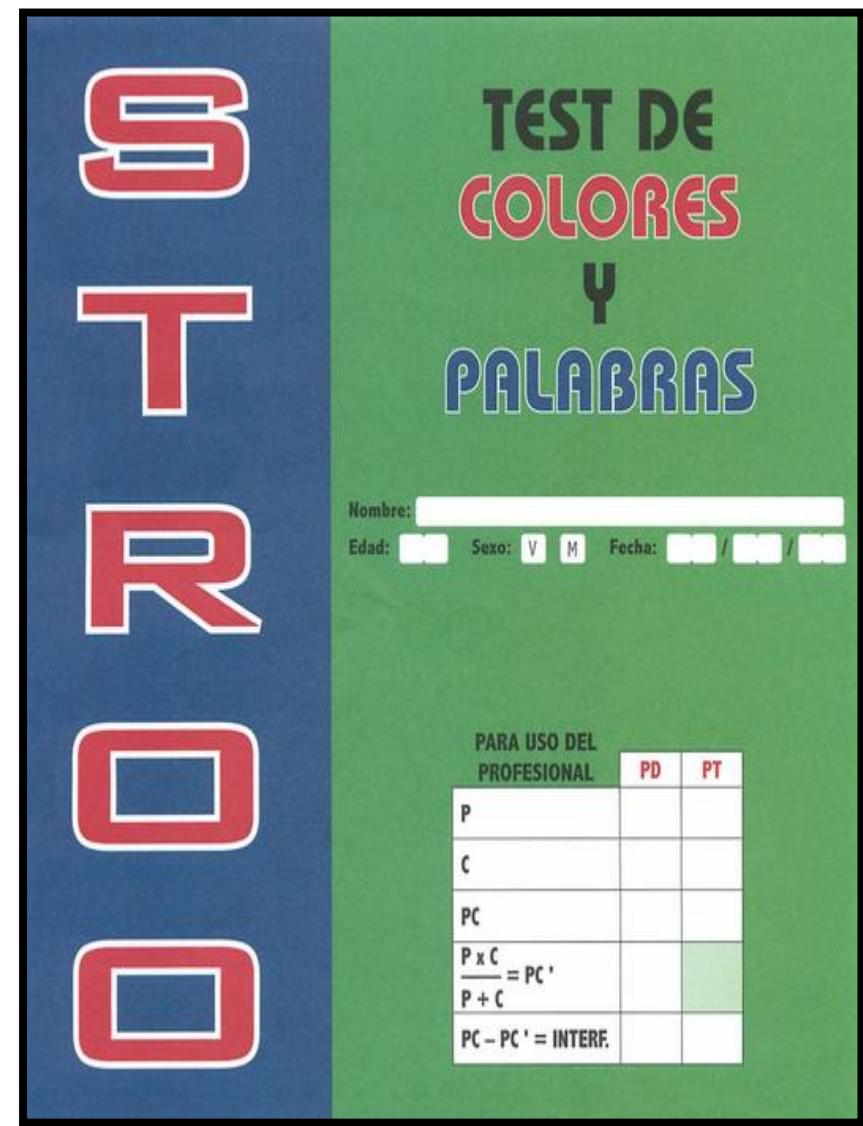
**ELEMENTOS**

ELEMENTOS	COPIA	MEMORIA
1. Cruz exterior, ángulo superior izquierda		
2. Rectángulo grande, armazón de la figura		
3. Cruz de San Andrés, diagonales del rectángulo grande		
4. Mediana horizontal de rectángulo grande 2		
5. Mediana vertical de rectángulo grande 2		
6. Rectángulo pequeño en rectángulo grande		
7. Segmento pequeño sobre el rectángulo 6		
8. 4 líneas paralelas en triángulo superior izquierdo		
9. Triángulo rectángulo sobre rectángulo grande (a la derecha)		
10. Pequeña perpendicular en cuadrante superior derecha		
11. Círculo con tres puntos en cuadrante superior derecha		
12. 5 pequeñas líneas paralelas en cuadrante inferior derecha		
13. Dos lados exteriores del triángulo isósceles de la derecha		
14. Pequeño rombo en vértice extremo del triángulo 13		
15. Segmento vertical en el interior del triángulo 13		
16. Prolongación de la mediana horizontal, altura de triángulo 13		
17. Cruz en extremo inferior de rectángulo 2		
18. Cuadrado y diagonal en extremo inferior izquierda		

PUNTUACIÓN DIRECTA \_\_\_\_\_  
PUNTUACIÓN CENTIL \_\_\_\_\_

**PERFIL DE LAS PUNTUACIONES TRANSFORMADAS**

Pc	COPIA	MEMORIA	Pc
99	-	-	99
90	-	-	90
80	-	-	80
75	-	-	75
70	-	-	70
60	-	-	60
50	-	-	50
40	-	-	40
30	-	-	30
25	-	-	25
20	-	-	20
10	-	-	10
1	-	-	1



### Test de Modalidad Símbolos y Dígitos (SDMT)

ID: \_\_\_\_\_ Puntaje: \_\_\_\_\_

**CLAVE**

(	-	H	G	-	>	+	)	÷
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**EJEMPLOS**

( - H G - > + ) ÷

G > C - H > H G ( - > + ÷ G H )

G - H + ) ( H + G ) - - ÷ H G +

- G - H C > G ( - > + ÷ ) H > G

- H ) H > + G - ÷ H + - ÷ ) (

> - + - H > G - ( + - H > ) G

**Test modificado de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (M-WCST)**

David J. Schretlen, PhD, ABPP

ID: \_\_\_\_\_

Orden de las categorías: \_\_\_\_\_

1. _____ C F N O	17. _____ C F N O	33. _____ C F N O
2. _____ C F N O	18. _____ C F N O	34. _____ C F N O
3. _____ C F N O	19. _____ C F N O	35. _____ C F N O
4. _____ C F N O	20. _____ C F N O	36. _____ C F N O
5. _____ C F N O	21. _____ C F N O	37. _____ C F N O
6. _____ C F N O	22. _____ C F N O	38. _____ C F N O
7. _____ C F N O	23. _____ C F N O	39. _____ C F N O
8. _____ C F N O	24. _____ C F N O	40. _____ C F N O
9. _____ C F N O	25. _____ C F N O	41. _____ C F N O
10. _____ C F N O	26. _____ C F N O	42. _____ C F N O
11. _____ C F N O	27. _____ C F N O	43. _____ C F N O
12. _____ C F N O	28. _____ C F N O	44. _____ C F N O
13. _____ C F N O	29. _____ C F N O	45. _____ C F N O
14. _____ C F N O	30. _____ C F N O	46. _____ C F N O
15. _____ C F N O	31. _____ C F N O	47. _____ C F N O
16. _____ C F N O	32. _____ C F N O	48. _____ C F N O

Tabla resumen de calificación

Calificación	Puntaje bruto
Número de categorías correctas	
Número de errores perseverativos	
Número de errores NO perseverativos	
Número total de errores	
Porcentaje de errores de perseveraciones	

	F	A	S	M	R	P
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
Total F						

**Fluidez verbal fonológica**

"A continuación le voy a decir un fonema, un sonido, y su tarea consiste en decirme tantas palabras como se le ocurran que comiencen con ese fonema, no importa cómo se escriba. Por ejemplo, si le dijera /b/, podría decirme "burro", "viejo", "blando", "brazalete", etc. Por favor, trata de no decir nombres propios de personas ni lugares, como por ejemplo "Blanca" o "Valencia". Tampoco debe decirme aumentativos o diminutivos o la misma palabra pero cambiando el género o el número. Por ejemplo, si me dice "gato", luego no puede decirme "gata", "gatos", "gatito", "gatote", etc. Trate de no repetir ¿Lo ha entendido? Tendrá un minuto para ello. El sonido es la /p/. ¡Comience!" (60 segundos).

	Animales	Frutas
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
Total F		

**Fluidez verbal semántica**

"A continuación le voy a decir un grupo o categoría y su tarea va a consistir en decirme tantas palabras como se le ocurran que pertenezca a ese grupo o categoría. Por ejemplo, si la categoría fuese "colores", podría decirme "rojo", "azul", "amarillo", "verde", etc. Por favor, trata de no repetir ni decir nombres propios ¿Lo ha entendido? Tendrá un minuto para ello. La categoría es "animales". ¡Comience!" (60 segundos)

"Bien, ahora digame nombres de frutas. Comience" (60 segundos)

**8 Dígitos**

**TERMINACIÓN:** Puntuación 0 en los dos intentos de cualquier elemento. Aplicar los dos intentos de cada elemento aunque se haga bien el primero. Aplicar el orden inverso aunque se falle en el orden directo.

**PUNTUACIÓN**  
En cada intento: 0 ó 1 punto en cada respuesta  
Puntuación del elemento: Intento 1 + Intento 2

ORDEN DIRECTO		Punt.	Puntuación
Elemento/intento	intento	elemento	
1 1-7	0 1	0	1
2 2-6-3	0 1	0	1
2 1 5-8-2	0 1	0	1
2 2 6-9-4	0 1	0	1
3 1 6-4-3-9	0 1	0	1
3 2 7-2-8-6	0 1	0	1
4 1 4-2-7-3-1	0 1	0	1
4 2 7-5-8-3-6	0 1	0	1
5 1 6-1-9-4-7-3	0 1	0	1
5 2 3-9-2-4-8-7	0 1	0	1
6 1 5-9-1-7-4-2-8	0 1	0	1
6 2 2-4-1-7-9-3-8-6	0 1	0	1
7 1 5-8-1-9-2-6-4-7	0 1	0	1
7 2 3-8-2-9-5-1-7-4	0 1	0	1
8 1 2-7-5-8-6-2-5-8-4	0 1	0	1
8 2 7-1-3-9-4-2-5-6-8	0 1	0	1

Puntuación orden directo  
(máxima=16) \_\_\_\_\_

ORDEN INVERSO		Punt.	Puntuación
Elemento/intento	intento	elemento	
1 1 2-4	0 1	0	1
1 2 5-7	0 1	0	1
2 1 6-2-9	0 1	0	1
2 2 4-1-5	0 1	0	1
3 1 3-2-7-9	0 1	0	1
3 2 4-9-6-8	0 1	0	1
4 1 1-5-2-8-6	0 1	0	1
4 2 6-1-8-4-3	0 1	0	1
5 1 5-3-9-4-1-8	0 1	0	1
5 2 7-2-4-8-5-6	0 1	0	1
6 1 8-1-2-9-3-6-5	0 1	0	1
6 2 2-4-7-3-9-1-2-8	0 1	0	1
7 1 9-4-3-7-6-2-5-8	0 1	0	1
7 2 7-2-8-1-9-6-5-3	0 1	0	1

Puntuación orden inverso  
(máxima=14) \_\_\_\_\_

**HOPKINS VERBAL LEARNING TEST**

No Exp: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Residencia: \_\_\_\_\_ No Habitantes: \_\_\_\_\_

Educación: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ N.E.E.: \_\_\_\_\_

Ocupación(es): \_\_\_\_\_

Lateralidad: Diestro Zurdo Mixta Lengua Materna: \_\_\_\_\_

**FORMA C**

HVLT: Lista	Ensayo de Aprendizaje: Recuerdo				20 minutos
	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Ensayo 4	
Tormenta					
Flauta					
Espada					
Trompeta					
Nieve					
Piano					
Puñal					
Trueno					
Violín					
Lanza					
Tempestad					
Látigo					
Num incorrectas					

**Reconocimiento**

Tormenta	*Avión*	Violín	Flauta	Trueno	lanza
*Cactus*	<b>Relámpago</b>	Puñal	*Sombrero*	*Elefante*	Piano
Espada	Nieve	<b>Clarinete</b>	Látigo	Trompeta	Tempestad
<b>Flecha</b>	<b>Trombón</b>	<b>Niebla</b>	*Reloj*	<b>Hacha</b>	*Ventana*

Recuerdo: (Total 1+2+3): \_\_\_\_\_ % retenido: (Ensayo 4 x 100) / Ensayo 3: \_\_\_\_\_ %

Reconocimiento: # aciertos: \_\_\_\_\_ /12

Falsos positivos: **relacionados:** \_\_\_\_\_ /6 \*no relacionados\*: \_\_\_\_\_ /6

Total falsos positivos: \_\_\_\_\_ /12 Discriminación (Aciertos-falsos positivos)= \_\_\_\_\_

**VOCABULARIO**

**WAIS**

**INSTRUCCIONES**

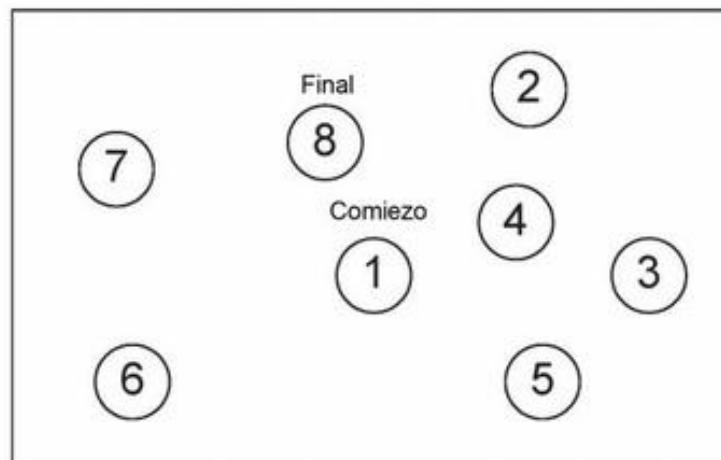
Te voy a decir algunas palabras. Escucha cuidadosamente y dime escribe qué quiere decir cada palabra.

1. cama:	
2. invierno:	
3. desayuno:	
4. tela:	
5. enorme:	
6. dólar:	
7. rebanada:	
8. barco:	
9. reparar:	
10. ocultar:	
11. apresurarse:	
12. doméstico:	
13. finalizar:	
14. compasión:	
15. regular:	
16. consumir:	
17. fortaleza:	
18. remordimiento:	
19. sentencia:	
20. iniciar:	

## TRAIL MAKING

Parte A

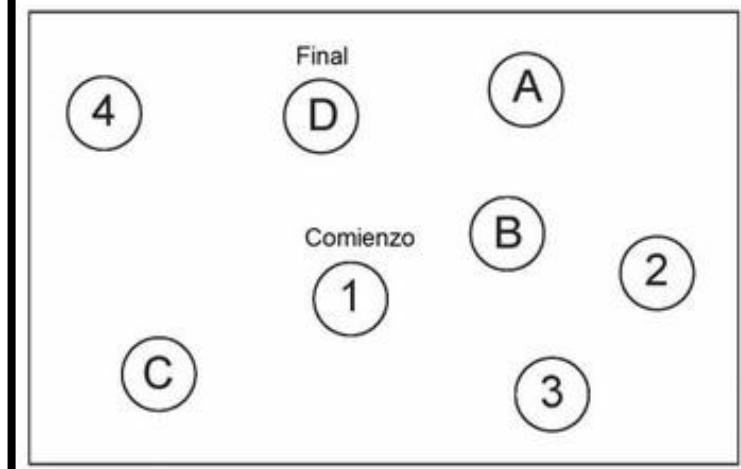
Ejemplo



## TRAIL MAKING

Parte B

Ejemplo



# **ESTUDIO DE CASO**

**HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA**

**EXAMEN MENTAL**

**INFORME PSICOMÉTRICO**

**INFORME PSICOLÓGICO**

**PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

## ANAMNESIS

### I. DATOS DE FILIACION

- Nombres y Apellidos : M. L. B.
- Edad : 39 años
- Fecha de Nacimiento : 14/07/1979
- Lugar de nacimiento : Cercado
- Procedencia : Arequipa
- Grado de instrucción : Superior Técnico
- Estado civil : Soltera
- Ocupación : Desocupado / Anteriormente atención al público
- Profesión : Administración de servicios.
- Religión : Católica
- Referente : Psiquiatría
- Informantes : Paciente y hermano.
- Lugar de evaluación : C.H.M.H.F.
- Fecha de evaluación : 02, 03 y 05 de Noviembre del 2018
- Examinador : Ludwin Anthony Paredes Quispe

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es referida por el departamento de psiquiatría. Ingresa al servicio de hospitalización por primera vez. Refiere tener ideas suicidas desde hace más de dos años. Hace año y medio intenta quitarse la vida con el consumo excesivo de pastillas, pero es inducida al coma para su restablecimiento. Menciona sentirse culpable de que su padre este peleado con sus hermanos señalando: “mi padre seguro me debe estar odiando”. Hace un mes su padre le dijo a paciente: “si

quieres morir, mátate, yo no me voy a meter”, lo que para ella significa que “él (padre) me da su permiso, ya no me necesita y tengo su bendición” para quitarse la vida. Refiere que no le encuentra sentido a su existencia y en este último mes paciente le dijo a la madre que “quiere morirse”, por lo que decidieron traerla a consulta. Su apetito está disminuido desde hace un año, presenta dificultad para dormir y no trabaja desde hace casi cuatro años.

### III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente empieza a sentir tristeza desde el año 2012 aproximadamente, a raíz de un conflicto laboral con una colega, quedando afectada emocionalmente. Su trabajo en ese periodo era la de administración hotelera en un crucero, viajando durante un lapso de seis meses a diferentes países y dos meses de descanso en su país de origen. A raíz del conflicto pide que se hagan extensivas sus vacaciones alrededor de 6 meses. Durante este lapso de tiempo conoce a un amigo, con quien llegó a mantener una relación de enamorados durante un mes. Su relación termina debido a que paciente es llamada nuevamente para trabajar y él no acepta una relación a distancia, ello le genera sentimientos de culpa. En el trabajo se encuentra nuevamente con la colega que tuvo el conflicto, lo que durante ese perdió la mantuvo angustiada y triste, presentando constantemente problemas para dormir. Al terminar su contrato, paciente se entera de que su familia se mudó de casa. Su hermano decide apoyarla dándole una habitación por cierto tiempo, pero pronto comenzó a tener problemas con él debido a que paciente no salía de su cuarto para hacer sus quehaceres, por lo que las constantes riñas la motivaron a mudarse con el padre, durante ese tiempo empieza a auto-medicarse consumiendo pastillas para dormir. Decide contactar nuevamente con su ex pareja, dándole

cierta esperanza para retomar la relación. Sin embargo es llamada a trabajar nuevamente, decidiendo ser su último contrato laboral en un crucero. Regresando de trabajar, se queda a vivir con el padre y consigue algunos empleos en atención al público. Durante este periodo decae aún más anímicamente, ello debido a que su padre consume alcohol con frecuencia y al estar mareado le reprocha y culpa a paciente por la situación de desunión familiar. Hacia el padre tiene sentimientos encontrados, por un lado cólera y rabia debido a que su conducta de consumo excesivo de alcohol “destruyeron” su familia, y por otro lado “lo quiere” debido a que el padre desde pequeña hasta la adolescencia tuvo un trato diferenciado con ella, era “su consentida y engréída”. Hace tres años empieza a sentir que “su vida no tiene sentido” y no le halla motivo a su existencia. Hace dos años hubo una fuerte discusión entre padre y hermanos de la paciente, motivada por el comportamiento violento y de abuso de consumo del alcohol del padre. Pese a ello paciente decide quedarse con el padre, y cuando esta mareado le ayuda en su cuidado o alimentación. Durante este periodo paciente planifica un intento de suicido consumiendo gran cantidad de pastillas para dormir, pero al ser encontrada por padres y hermanos es llevada a la clínica, realizándole un lavado gástrico e induciéndola al coma para su restablecimiento. Después de lo sucedido siente que por un tiempo la familia se preocupó por ella, sin embargo durante estos últimos meses las cosas “regresaron a como era antes”. Durante este último mes aumentan las ideaciones suicidas, producto de una discusión con el padre cuando este estuvo mareado, donde le dijo: “a ustedes no les importa nada, solo piensan en su pellejo”. A paciente le afecta, poniéndola triste y a su vez molesta, por lo que decide retirarse de casa. Cuando conversa con el padre para decirle de su decisión, él no se opone, pero realiza dos comentarios en los que la paciente constantemente

piensa: paciente “es quien tiene la culpa de que sus hermanos estén peleados con él (el padre)” y “si es que túquieres matarte, mátate, yo no me voy a oponer”. Estos dos comentarios por un lado le hacen sentir culpable de los problemas de casa, siente que el padre la debe de estar odiando y por otro lado que con el ultimo comentario el padre “le dio la bendición” para que se suicidara, por lo que ya no siente culpa por querer hacerlo. Actualmente refiere que después del internamiento lo más probable es que planifique como suicidarse, no siente que alguien la necesite y no le encuentra motivo a su existencia.

#### IV. ANTECEDENTES PERSONALES

- Periodo del desarrollo

La madre durante el embarazo no presentó complicaciones, tuvo los síntomas de mareos, antojos y cambios hormonales propios del proceso de gestación, teniendo una duración de 37 semanas. Paciente nació de parto natural, no presentó complicación al momento de nacer, lloró inmediatamente.

- Primera Infancia

Respecto a su desarrollo motor, levanta la cabeza alrededor de los 2 meses, se sienta alrededor de los cinco meses, gatea alrededor de los 9 meses y al año y tres meses comienza a caminar. A la edad de 11 meses paciente tuvo una infección urinaria que puso en peligro su vida, la abuela le dice al padre que “la dejé morir, porque ya estas esperando una nueva niña”, padre decide enfrentarse a su madre y la lleva al hospital salvando la vida a paciente. Esta situación marca un mayor apego entre ambos, y al ser comentado a la paciente, ella se siente “en deuda” con el padre. En cuanto a su lenguaje, los balbuceos inician alrededor de los 6 meses, alrededor del año y medio se dan sus primeras palabras, a los 3 años y meses

comienza sus primeras oraciones de dos palabras, y a los cuatro años de desarrolla un lenguaje elaborado. A la edad de tres años se da el control de esfínteres tanto vesicales como anales.

- Etapa escolar y superior

Paciente asiste a jardín desde los cuatro años, acompañándola a su hermana. Durante la primaria su rendimiento fue regular, ingresó a un colegio de solo mujeres. Sus docentes eran muy estrictos, cuando no cumplíamos con las obligaciones les “pegaban con la regla o las castigaban poniéndonos de rodillas”. En este periodo se describe como una alumna “muy dejada”. En secundaria realizó sus estudios con su hermana mayor, debido a que esta última dejó de estudiar por un año debido a encontrarse mal de salud. A partir de esa fecha siempre han estado juntas, todas las actividades, los trabajos en grupo y tareas escolares ambas las realizaban. En tercer año por motivos económicos son cambiadas de colegio, a paciente le costó adaptarse, le afectó “porque nunca había estudiado con hombres”, pero menciona que su hermana mayor y menor por ser más sociables se adaptaron con mayor facilidad. A partir de ese año mejoró su rendimiento académico porque pensó que tenía muy buena base del colegio anterior. Le agrada la materia de inglés, asimismo desde esa fecha desarrolló atracción por la gimnasia rítmica practicándola, en ocasiones, hasta la actualidad. Paciente le seguía los pasos a su hermana en lo que hacía, y eso a ella le molestaba. Cuando la hermana mayor consigue trabajo con la ayuda del padre decide a su vez ponerse a estudiar, y como la paciente quería estudiar lo mismo, el padre le ordenó a la hermana mayor a que le pague los gastos de estudio de la paciente, es en este periodo donde comienzan los conflictos entre la paciente y su hermana mayor y

entre la hermana mayor y el padre. Esta situación de conflicto se agrava más cuando paciente deja inconclusas dos carreras técnicas, una de inglés y otra de turismo. Por esa razón, sintiéndose culpable la paciente consigue trabajo con ayuda de su hermana mayor, desempeñándose de moza en un restaurante, a la edad de 20 años. Un año después tuvo que ser operada por problemas en el apéndice, en ese periodo menciona “se comenzó a sentir peor anímicamente”. Despues de recuperarse, a los 22 años, comienza a trabajar en un bar por la noche, con ello y por motivación de una amiga paga sus estudios técnicos, estudiando Administración de servicios del 2003 al 2006, concluye sus estudios pese a que la promotora le dijo que “era muy mayor para la carrera”. Durante ese tiempo fue la primera vez que pensó en no querer existir, seguido a ello consigue un empleo en el área que estudió, despues de casi seis años decide titularse, entre el año 2012 y 2013.

- Desarrollo funcional y sexual

Paciente empieza a distinguir entre niños y niñas a la edad de 4 a 5 años. Desde pequeña le agrada jugar a las muñecas y juegos de roles (la familia, la cocina). No se ha iniciado sexualmente. Realizó conductas masturbadoras a la edad de 23 años por curiosidad, pero no lo ha vuelto a realizar por que no siente el deseo de hacerlo. Tuvo anteriormente tres relaciones de pareja, pero ninguna de larga duración, en las dos primeras siempre ha sido muy reservada, nunca mostro iniciativa, duraron uno y dos meses y solían terminar porque pensaban que ella no mostraba interés por la relación, se abocó más a los estudios y el trabajo. La ultima relación se dio entre el año 2012-2013, tuvo una duración de un mes, pero ella se ilusionó con él. Por motivos de trabajo ella le propone que ambos se esperen, él en un primer

momento acepta, pero posteriormente da a notar su inseguridad y desconfianza hacia ella, afectándola emocionalmente. Siempre mantuvo comunicación con él hasta la actualidad, y menciona que en repetidas ocasiones le “da cierta esperanza” para retomar la relación.

- Historia de recreación y de la vida

Paciente desde pequeña se ha mostrado tímida, reservada y no manifestaba iniciativa para el juego, pero generalmente participaba. A la edad de siete u ocho años comienza a aumentar su contextura pero en su estatura era la más bajita de sus hermanas, ello fue motivo para que sus hermanos comenzaran a hacer comentarios negativos de su aspecto físico, le decían “pequeña y gorda”, por lo que creció con complejos de su contextura y tamaño. Durante la primaria no gustaba de participar en deportes o actividades recreativas. Durante la secundaria recuerda haber sido una grata experiencia haber participado de taller de gimnasia rítmica, actividad que le agrada hasta la fecha. Actualmente de modo ocasional asiste a gimnasia, sin embargo prefiere estar en su cuarto sola, escuchando música.

- Actividad laboral

Comenzó a laborar desde los 20 años, con ayuda de su hermana mayor, trabajando de moza en un restaurant, pero le fue difícil adaptarse, sintiendo miedo y mostrándose tímida, ya que “ni siquiera se atrevía a pedir las ordenes de los clientes”, pero por fortuna para ella sus empleadores fueron pacientes y la apoyaron, adaptándose al empleo, hasta que tuvo que renunciar debido a tener que ser operada del apéndice. A los 23 años trabaja como moza en un bar de noche, logra adaptarse al trabajo, tuvo compañeros que la motivaron a estudiar una

carrera técnica. Al culminar sus estudios se presenta la oportunidad de trabajar en un crucero, asiste a las entrevistas y consigue el trabajo. Labora allí desde el 2009 hasta el 2014, con contratos de seis meses y descansos de dos o tres meses, y los últimos años solicitando vacaciones de hasta cinco meses. Todo su dinero lo invirtió en la casa donde actualmente vive. Durante los primeros años le fue muy bien, el clima laboral y sus ascensos eran favorables. Sin embargo los últimos años, tuvo conflictos con algunos colegas ya no se sentía cómoda trabajando allí, asimismo se dio cuenta que no podía establecer una relación de pareja debido a que el trabajo le demandaba meses de ausencia en casa. Por esos motivos decide renunciar. Al quedarse en la ciudad de Arequipa labora un tiempo en atención al cliente, sin embargo desde hace cuatro años que no trabaja, durante ese tiempo a estado viviendo con sus ahorros, pero últimamente de lo que el padre le brinda. Generalmente está en casa realizando los quehaceres del hogar, en ocasiones sale al gimnasio y la mayor parte de tiempo está encerrada en su cuarto escuchando música.

- Religión

Paciente es de religión católica, debido a que los padres lo son y estudio en colegios que impartían esta religión. Es creyente, sin embargo no es participante activo de las costumbres de esta religión.

- Hábitos e influencias nocivas o toxicas

Paciente no consume alcohol ni drogas, pese a que en repetidas ocasiones existió la oportunidad, existe ese rechazo debido a que recuerda a su padre bajo los efectos del consumo excesivo de alcohol y los problemas que han causado muchísimo sufrimiento a toda su familia. Sin embargo si presenta hábitos nocivos.

Desde hace casi seis años se auto-medica con pastillas para dormir (que le fueron recetadas a su hermana en tratamiento psiquiátrico), asimismo son casi dos años que comienza a alterar sus horas de comida y la cantidad de consumo, durante la semana solo tres a cuatro días almuerza y solo cuando tiene apetito, asimismo cena en mínimas cantidades, prefiriendo no hacerlo. Generalmente esta todo el día encerrada en su cuarto, presenta ideas suicidas, evita tener contacto con otras personas por que no tiene el interés por hacerlo. Deja de realizar actividades laborales y sociales.

## V. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

- Enfermedades y accidentes

A la edad de 11 meses sufre de infección urinaria que pone en riesgo su vida, por lo que es intervenida quirúrgicamente, teniendo resultados positivos. A los 21 años es operada del apéndice estando en reposo por un lapso de casi seis meses. En el año 2016, con 37 años tuvo su primer intento suicida ejecutado mediante el consumo excesivo de pastillas, siendo asistido por hermanos y el padre, le realizaron lavado gástrico y la indujeron al coma para su restablecimiento y mejora. Desde la fecha a la actualidad presenta ideación suicida. Fue orientada para asistencia a terapia psicológica pero solo asistió a dos sesiones.

- Personalidad Pre-mórbida

Paciente desde niña ha sido una persona reservada, introvertida, tímida, toma muy en cuenta y sobrevalora las opiniones o críticas de los demás, por ello evita el contacto con ellos, tiende a ser poca tolerante a los conflictos interpersonales, le

agrada llevarse bien con las demás personas, pero cuando no es así intenta evitar relacionarse, no se proyecta a futuro. Sin embargo rescata conductas de perseverancia y dedicación cuando se trata de actividades que le son de agrado. Es de trato amable y conversa con facilidad.

## VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

### A. Composición familiar

Paciente es la segunda de seis hermanos. Sus padres son separados. La edad padre es de 68 años y la de la madre 67 años. Eda Paciente vive con el padre y el hermano menor, mientras que la madre vive con sus dos hijas y sus dos nietos. Sus otros dos hermanos viven solos y no tienen familia.

### B. Dinámica Familiar

Paciente describe al padre como “un demonio”. Cuando ambos padres vivían juntos, él era autoritario y quien decidía las cosas en la casa, generalmente cuando venía mareado era agresivo, prepotente y ejercía violencia física hacia la madre y sus hermanos. Poco a poco cesa la violencia cuando su hermano menor, el cuarto hijo, cumple los 14 años y se enfrenta físicamente al padre. La madre por el contrario era muy sumisa, pero con el paso de los años comenzó a reaccionar ante las situaciones de violencia, ocasionando que ambos se separaran. Pese a todos los antecedentes de violencia, paciente tiene bastante aprecio y acercamiento con su padre, él ejerce mucha influencia sobre sus decisiones, así por ejemplo después del intento suicida fue recomendada a asistencia psicológica, pero solo asistió a dos sesiones debido a que padre le dijo que “eso no sirve para nada”. Últimamente ella percibe que padre la odia, dado que la ha responsabilizado de que sus hermanos estén peleados con él, a razón de ello aumentan las ideaciones suicidas.

### C. Condición socioeconómica

Padre siempre tuvo trabajos eventuales, dedicándose generalmente a la ocupación de taxista. La madre se ha desenvuelto como ama de casa, sin embargo debido a la separación trabaja con su hija como comerciante minoritario. Paciente desde hace cuatro años no labora, hasta hace un año vivía de sus ahorros, sin embargo a la fecha depende económicamente del padre.

### D. Antecedentes Patológicos

Padre con hipertensión y consumo excesivo del alcohol desde hace más de 30 años. Madre presenta rasgos de sintomatología depresiva pero no ha sido valorada por un especialista.

## VII. RESUMEN

Paciente mujer de 39 años, con ideaciones suicidas, un antecedente de intento de suicido por consumo excesivo de pastillas, apetito disminuido, no labora desde hace tres años, ni muestra interés por actividades sociales, este último mes manifiesta a la madre deseos de querer morir, razón por la que hermana mayor decide traerla a consulta. Nació a término de una gestación de 37 semanas, de parto eutócico, no presenta complicación al momento de nacer, llora inmediatamente. Aparentemente tuvo un desarrollo psicomotor y de lenguaje dentro de la normalidad. Desde niña se ha mostrado como una persona reservada, introvertida, tímida, sobrevalora las opiniones de los demás y tiende a ser poca tolerante a los conflictos interpersonales, llegando a evitar relacionarse. No se proyecta a futuro. Durante inicial, primaria y secundaria tuvo un rendimiento académico dentro del promedio. Al salir del colegio deja inconclusas dos carreras técnicas, una de inglés y otra de turismo. A los 22 años trabaja y estudia la carrera

de Administración de servicios culminándola con buen promedio y consiguiendo trabajo en un crucero. Comienza a sentir tristeza desde el año 2012 a raíz de un conflicto laboral con una colega, a ello se sumó la inestabilidad en sus relaciones de pareja debido al trabajo. En este contexto, las situaciones de conflicto dentro de su ámbito familiar se iban agravando, en su penúltimo viaje de regreso se entera que madre y hermanas se mudaron de casa debido a las conductas de consumo excesivo de alcohol, de agresividad y prepotencia por parte del padre. Durante este periodo paciente empieza a consumir pastillas para dormir. Después de su último contrato en el crucero decide quedarse a vivir en la casa del padre. En el primer año busca trabajos de atención al público, pero desde hace tres años deja de laborar. El padre ejerce gran influencia sobre las decisiones de la paciente, de modo que los conflictos continuos con él motivaron la ideación suicida y hace dos años el intento de suicidio mediante el consumo de gran cantidad de pastillas. En este último mes discutieron con el padre donde él la culpabiliza de las situaciones de conflicto familiar, ella siente que nadie la necesita y no encuentra sentido a su vida. En cuanto a las conductas nocivas, se automedica con pastillas para dormir desde hace seis años, hace casi dos años que comienza a alterar sus horas de comida y la cantidad de consumo. Paciente es la segunda de seis hermanos, sus padres están separados, vive con el padre y el hermano menor. Padre tiene trabajos eventuales y generalmente se desempeña como taxista, actualmente es quien la apoya económicamente. En cuanto a los antecedentes familiares patológicos, el padre presenta hipertensión y consumo excesivo de alcohol y la madre rasgos de sintomatología depresiva no valorada por un especialista.

Arequipa, 06 de Noviembre del 2018

## **EXAMEN MENTAL**

### **I. DATOS DE FILIACION**

- Nombres y Apellidos : M. L. B.
- Edad : 39 años
- Fecha de Nacimiento : 14/07/1979
- Lugar de nacimiento : Cercado
- Procedencia : Arequipa
- Grado de instrucción : Superior Técnico
- Estado civil : Soltera
- Ocupación : Desocupado / Anteriormente atención al público
- Profesión : Administración de servicios.
- Religión : Católica
- Referente : Psiquiatría
- Informantes : Paciente y hermano.
- Lugar de evaluación : C.H.M.H.F.
- Fecha de evaluación : 02, 03 y 05 de Noviembre del 2018
- Examinador : Interno de Psicología Ludwin Anthony Paredes Quispe

### **II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD**

Paciente de sexo femenino, aparenta mayor a la edad cronológica que posee, talla aproximada de 1.50 cm, peso aproximado de 42 kilos, de tez clara, pelo ondulado, color negro-castaño y contextura delgada. Al momento de la entrevista mostraba aliño en su persona, su ropa era holgada y abrigadora. Se realizó la entrevista en su habitación, manifestó sentirse cansada atribuyendo ser debido a la medicación. Mostró predisposición para conversar, su tono de voz era suave, su lenguaje claro

y fluido, de escucha atenta y respuestas lentas. Muestra desgano y falta de energía para realizar sus actividades, desde su internamiento solo sale de la habitación para comer, no tiene interés por iniciar alguna conversación o hacer contacto con sus demás compañeros de internado. Acepta el cumplimiento de las reglas y normas internas. Muestra disposición para la ejecución de las evaluaciones y desarrollo del plan de intervención psicoterapéutico, responde con interés a las preguntas y participa de las evaluaciones.

### III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

- ATENCIÓN

Paciente evidencia no presentar alteraciones en las capacidad de recoger, fijar, procesar y grabar los estímulos perceptivos, por lo tanto sus respuestas fueron coherentes, su escucha activa y prolongada.

- CONCIENCIA

Su estado de conciencia general es lúcida, manteniéndose alerta a los estímulos del ambiente.

- ORIENTACIÓN

Asimismo se encuentra ubicada en persona, tiempo y espacio. Relata con claridad su condición, comprende y responde adecuadamente.

### IV. CURSO DEL LENGUAJE

Paciente tiene un lenguaje fluido, mantiene coherencia en su discurso, articula adecuadamente las palabras que emite, tiene un adecuado vocabulario, existe relación y orden en su lenguaje. Comprende las indicaciones, órdenes, y el sentido de las oraciones. Sin embargo mantiene una entonación plana, sin modulaciones.

## V. PENSAMIENTO

En relación al curso del pensamiento es adecuado, mantiene el control y secuencia de sus ideas. Durante la entrevista se hacen evidentes alteraciones en el contenido del pensamiento de tipo ideas sobrevaloradas, manifestándose en la paciente como pensamientos en el que el aspecto afectivo predomina sobre lo racional, ocupando un lugar privilegiado en la vida de la paciente y orientando unilateralmente su conducta. Estos son: “siento que ahora mi padre me odia”, “mi padre me dijo: si quieres matarte, mátate, yo no me voy a oponer”, “...tengo la bendición de mi padre para suicidarme, ya no siento mucha culpa si es que lo hago”, existe ideaciones suicidas muy frecuentes, ha planificado un intento suicida anteriormente y quiso hacerlo durante estas últimas semanas. Asimismo existen pensamientos ambivalentes hacia la figura paterna, por un lado considera que “es un demonio”, porque sus conductas agresivas, prepotentes, no meditadas y el consumo excesivo de alcohol han destruido su familia, pero por otro lado refiere que es con quien más ha tenido más apertura para poder conversar “sobre la vida y la muerte, sobre el sentido de la vida”. Anteriormente pensaba que su “padre lo necesitaba” y ella quería ayudarlo, pero ahora que ha discutido con él y le dejó en claro que no se opondrá a su muerte, piensa que “ya no tiene sentido seguir viviendo”.

## VI. PERCEPCION

Paciente discrimina adecuadamente formas, figuras y colores, sabores olores, así como estímulos térmicos; percibe y localiza sonidos sin dificultad, lo que permite mantener una escucha activa y prolongada. No evidencia distorsiones ni engaños perceptivos como alucinaciones o ilusiones.

## VII. MEMORIA

Durante las sesiones no presenta alteraciones en la memoria anterógrada ni retrograda. Se encuentran conservados la memoria episódica dado que recuerda con facilidad acontecimientos ocurridos en el pasado, específicamente hechos autobiográficos. Del mismo no presenta alteraciones en la memoria procesual, semántica, declarativa ni prospectiva, teniendo capacidad para realizar determinadas secuencias motoras orientadas a un fin sin dificultad, tales como pasos que realiza en los ejercicios de gimnasia, recuerda sin dificultad los lugares que logró conocer durante el tiempo que estuvo laborando, y finalmente pudo planificar su intento suicidio meditándolo durante casi dos meses.

## VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Paciente no presenta retardo mental y ni alguna alteración a nivel intelectual. Refiere que durante la primaria tuvo un rendimiento académico promedio y durante el nivel secundario su rendimiento mejora, pero no logra obtener ningún puesto. En superior decide esforzarse con tener buen promedio para poder ganarse una media beca en una carrera técnica, logrando estudiar con esta modalidad durante un periodo de tiempo de dos años.

## IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS

Paciente evidencia un sentimiento de tristeza prolongado que inicia alrededor de los 20 años, muestra apatía siendo evidente a través de la indiferencia y pérdida del interés en las actividades normales de la vida cotidiana, falta de motivación, entusiasmo, sensación de pesadez y desgano. Asimismo no es capaz de disfrutar de las cosas que anteriormente le causaban satisfacción o placer, considerando una

possible anhedonia. Además muestra deseos de querer cambiar el estado actual de las cosas.

#### X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

Paciente está en internamiento debido a que su hermana y madre están preocupados por ella. Sin embargo no evidencia motivación por querer cambiar la actual situación anímica en la que se encuentra, no se visiona a futuro y no le encuentra motivo ni razón a su existencia. Durante la entrevista menciona “yo saliendo de aquí, sé que voy a empezar a planificar como quitarme la vida, estoy aquí solo porque mi hermana me trajo y lo vió necesario, pero yo no le encuentro sentido a mi existencia”. Durante las primeras sesiones hay predisposición para su evaluación.

#### XI. RESUMEN

Paciente de sexo femenino, aparenta mayor a la edad cronológica que posee, talla aproximada de 1.50 cm, peso aproximado de 42 kilos, de tez clara, al momento de la entrevista mostraba alivio en su persona. Mostró predisposición para conversar, su tono de voz es suave, su lenguaje claro y fluido, de escucha atenta y prolongada, respuestas lentas. Muestra disposición para la ejecución de las evaluaciones y desarrollo del plan de intervención psicoterapéutico, responde con interés a las preguntas y participa de las evaluaciones. Su estado de conciencia general es lúcida, manteniéndose alerta a los estímulos del ambiente, está ubicada en persona, tiempo y espacio. Paciente tiene un lenguaje fluido, mantiene coherencia en su discurso, tiene un adecuado vocabulario, comprende las indicaciones,

órdenes, y el sentido de las oraciones. Sin embargo mantiene una entonación plana, sin modulaciones. En relación al curso del pensamiento es adecuado, mantiene el control y secuencia de sus ideas, en cambio en cuanto al contenido del pensamiento se evidencian alteraciones de tipo ideas sobrevaloradas, manifestándose en la paciente como pensamientos en el que el aspecto afectivo predomina sobre lo racional, existe ideaciones suicidas recurrentes. Paciente no evidencia distorsiones ni engaños perceptivos como alucinaciones o ilusiones. El dominio de memoria en sus diferentes áreas están conservadas, asimismo no presenta en su funcionamiento intelectual. En cuanto el estado de ánimo, se evidencia un sentimiento de tristeza prolongado que inicia alrededor de los 20 años, muestra apatía y no es capaz de disfrutar de las cosas que anteriormente le causaban satisfacción o placer, considerando una posible anhedonia. Conoce los motivos de su internamiento, sin embargo no asume responsabilidad de su situación, por lo que no muestra deseos por querer cambiar su estado actual ni se visiona a futuro, por el contrario mantiene la idea de saliendo del internamiento planificará su suicidio.

Arequipa, 04 de Noviembre del 2018

---

Ludwin Anthony Paredes Quispe

Bachiller en Psicología

## **INFORME PSICOMÉTRICO**

### **I. DATOS DE FILIACION**

- Nombres y Apellidos : M. L. B.
- Edad : 39 años
- Fecha de Nacimiento : 14/07/1979
- Lugar de nacimiento : Cercado
- Procedencia : Arequipa
- Grado de instrucción : Superior Técnico
- Estado civil : Soltera
- Ocupación : Desocupado / Anteriormente atención al público
- Profesión : Administración de servicios.
- Religión : Católica
- Referente : Psiquiatría
- Informantes : Paciente y hermano.
- Lugar de evaluación : Complejo Hospitalario Moisés Heresi Farwagi
- Fecha de evaluación : 02, 03 y 05 de Noviembre del 2018
- Examinador : Interno de Psicología Ludwin Anthony Paredes Quispe

### **II. OBSERVACIONES GENERALES**

Paciente resolvió las pruebas con buena disposición. Se mostró atenta, sus respuestas eran lentas, pausadas y en ocasiones extensas, su tono de voz suave y su lenguaje claro y fluido. Responde adecuadamente a las preguntas, no mostrando dificultad para la comprensión de los ítems.

### III. INSTRUMENTOS

- Instrumentos Psicométricos
  - Test de Inteligencia No Verbal – TONI II
  - Inventario Clínico Multiaxial de Millon II - MCMI-II
- Instrumentos Proyectivos
  - Test de la Figura Humana de K. Machover

### IV. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

#### 1. Test de Inteligencia No Verbal – TONI II

- Análisis Cuantitativo

PUNTAJE DIRECTO	COEFICIENTE INTELECTUAL	CATEGORIA
40	112	Término Medio

- Análisis Cualitativo

Paciente obtuvo un puntaje directo de 40, alcanzando una categoría de coeficiente intelectual *de Término medio*, lo que significa que su capacidad del procesamiento de información, de análisis y síntesis de operaciones básicas y solución de problemas se encuentran de manera general conservados.

## 2. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II - MCMI-II

### - Análisis Cuantitativo

Escalas de Validez			PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido
X	Sinceridad	413	=	Válido
Y	Deseabilidad Social	10	=	
Z	Autodescalificación	30	=	

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE Bruto	PUNTAJE BR	FACTOR X	X	AJUSTES				PUNTAJE FINAL
					DA	DD	DC-	DC-Pac.	
1 Esquizoide	48	121	120						120
2 Evitativo	48	116	115		115				115
3 Dependiente	43	101	100						100
4 Histriónico	6	0	-1						-1
5 Narcisita	22	38	37						37
6 <sup>a</sup> Antisocial	16	47	46						46
6B Agresivo-sádico	15	24	23						23
7 Compulsivo	38	68	67						67
8 <sup>a</sup> Pasivo-agresivo	21	50	49						49
8B Autoderrotista	37	95	94		94				94

Patología severa de personalidad									
S	Esquizotípico	43	89		89	85	85	83	83
C	Borderline	44	70		70	66	66	60	60
P	Paranoide	26	67		67		67	60	60

Síndromes clínicos									
A	Ansiedad	30	95	94		90	90	83	83
H	Somatoformo	25	66	65		61	61	56	56
N	Bipolar	5	7	6					6
D	Distimia	52	97	96		92	92	87	87
B	Dependencia de alcohol	21	57	56					56
T	Dependencia de drogas	11	20	19					19

Síndromes severos									
SS	Desorden del pensamiento	21	62		62		62	62	SS
CC	Depresión mayor	39	79		79		79	79	CC
PP	Desorden delusional	16	61		61		61	61	PP

- Análisis cualitativo

Paciente al responder los ítems lo realizó con un grado aceptable de sinceridad y validez. En relación a los Patrones Clínicos de Personalidad obtiene puntajes elevados en: **ESQUIZOIDE, EVITATIVA Y DEPENDIENTE**, por lo que paciente tiende a caracterizarse por mostrar una hipersensibilidad de la evaluación negativa, miedo a las críticas, a la desaprobación social o al rechazo, le cuesta implicarse con la gente si no está seguro que va a agradar. Ello la lleva a desarrollar sentimientos de incapacidad y perder el deseo y disfrute de las relaciones interpersonales, mostrando distanciamiento de las relaciones sociales y evitar trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal, escogiendo casi siempre actividades solitarias. Asimismo existe una necesidad general y excesiva de que se ocupen de ella, tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con una reafirmación por parte de los demás, tiene dificultades para expresar el desacuerdo debido al temor de perder apoyo o aprobación, existe el deseo de lograr protección hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables. Está preocupada de forma no realista por el miedo a que la abandonen y tenga que cuidar de sí misma.

Dentro de la Patología severa de la personalidad muestra un indicador moderado en el tipo **ESQUIZOTÍPICA**, relacionado con preferencias hacia el aislamiento social y a los mínimos apegos personales.

En cuanto a la Síndromes Clínicos presenta un índice moderado de **ANSIEDAD** y elevado de **DISTIMIA**, mostrando indecisión, inquietud y tensión ante situaciones que demandan actividad social, además se ha visto afectada por sentimientos de desánimo o culpabilidad, carencia de iniciativa y apatía, expresiones de inutilidad y comentarios desvalorativos por un periodo mayor a

dos años, ello asociado a llantos continuados, ideación suicida, no hay proyección hacia el futuro, alteración en su hábitos de alimentos. Perdida de interés por actividades lúdicas y sociales.

En cuanto a los Síndromes Severos alcanza un nivel moderado en la escala de **DEPRESION MAYOR.**

### 3. Test de la Figura Humana de K. Machover

DIMENSION	DESCRIPCION	INDICADORES
TAMAÑO DEL DIBUJO	Normal (50% del área)	Acomodación al medio, de equilibrio entre intro-extraversión, vitalidad normal, control.
DIRECCION DEL DIBUJO	Ambivalente	Expectativa del porvenir, acogedor, sus sueños se dirigen a lo desconocido, personalidad dividida e inseguridad.
SITUACION	Centro - Izquierda	Tendencia a la objetividad, control de sí, control de sí, reflexión y buen sentido, la razón domina lo sentimental y lo pasional. Tendencia a la inhibición, timidez, dependencia materna, rutina y cierto encerrarse en uno mismo. Difícil socialización o comunicación con los demás
FORMA DEL TRAZO	Predominancia de líneas curvas	Persona afectiva, sensible, de buena memoria e imaginación. Son suaves en el contacto con los demás.
FUERZA DEL TRAZO	Presión Firme	Indica extraversión, vitalidad física, carácter firme, seguridad en sí mismo y en sus criterios
CONTINUIDAD	Líneas sueltas	Tendencia a la introversión por las dificultades de contacto, probablemente buena capacidad intuitiva.

Paciente muestra tendencia a ser una persona afectiva, sensible, de buena memoria e imaginación, suave en el contacto con los demás y de carácter firme. Sin embargo probablemente presenta dificultades para relacionarse con los demás, tiende a la inhibición, timidez, dependencia materna, rutina y cierto encerrarse en uno mismo, asimismo se evidencia inseguridad en sus expectativas del porvenir.

## V. RESUMEN

Paciente alcanza un nivel de capacidad intelectual dentro del *Término medio*, no presenta indicadores de daño cerebral y se encuentra orientada en persona, tiempo y espacio. En relación a su personalidad muestra hipersensibilidad de la evaluación negativa, miedo a las críticas, a la desaprobación social o al rechazo, le cuesta implicarse con la gente si no está segura de que va a agradar. Ello la lleva a desarrollar sentimientos de incapacidad y perder el deseo y disfrute de las relaciones interpersonales, mostrando distanciamiento de las relaciones sociales y escogiendo casi siempre actividades solitarias. Asimismo existe una necesidad general y excesiva de que se ocupen de ella, tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con una reafirmación por parte de los demás, tiene dificultades para expresar el desacuerdo debido al temor de perder apoyo o aprobación. Desde hace más de dos años presenta sentimientos de desánimo o culpabilidad, carencia de iniciativa y apatía, expresiones de inutilidad y comentarios desvalorativos, llantos continuados, ideación suicida, no hay proyección hacia el futuro y alteración en su hábitos de alimentos. Perdida de interés por actividades lúdicas y sociales. La evaluación proyectiva muestra tendencia a ser una persona afectiva, sensible, suave en el contacto con los demás, sin embargo, probablemente presenta dificultades para relacionarse con los

demás, tiende a la inhibición, timidez, dependencia materna, rutina y cierto encerrarse en uno mismo; asimismo se evidencia inseguridad en sus expectativas del porvenir.

Arequipa, 23 de noviembre del 2018

---

Ludwin Anthony Paredes Quispe

Bachiller en Psicología

## INFORME PSICOLOGICO

### I. DATOS DE FILIACION

- Nombres y Apellidos : M. L. B.
- Edad : 39 años
- Fecha de Nacimiento : 14/07/1979
- Lugar de nacimiento : Cercado
- Procedencia : Arequipa
- Grado de instrucción : Superior Técnico
- Estado civil : Soltera
- Ocupación : Desocupado / Anteriormente atención al público
- Profesión : Administración de servicios.
- Religión : Católica
- Referente : Psiquiatría
- Informantes : Paciente y hermano.
- Lugar de evaluación : C.H.M.H.F.
- Fecha de evaluación : 02, 03 y 05 de noviembre del 2018
- Examinador : Ludwin Anthony Paredes Quispe

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es referida por el departamento de psiquiatría. Ingresa al servicio de hospitalización por primera vez. Manifiesta tener ideas suicidas desde hace más de dos años. Hace año y medio intenta quitarse la vida con el consumo excesivo de pastillas, pero es inducida al coma para su restablecimiento. Menciona sentirse culpable de que su padre este peleado con sus hermanos señalando: "mi padre

seguro me debe estar odiando”. Hace un mes su madre le dijo a paciente: “si quieres morir, mátate, yo no me voy a meter”, lo que para ella significa que él le da “su permiso, ya no la necesita y tiene su bendición” para quitarse la vida. No le encuentra sentido a su existencia y en este último mes paciente le dijo a la madre que “quiere morirse”, por lo que decidieron madre y hermana traerla a consulta. Su apetito está disminuido desde hace un año, presenta dificultad para dormir y no trabaja desde hace casi tres años.

### III. TECNICAS E INSTRUMENTOS

1. Observación
2. Entrevista psicológica
3. Instrumentos Psicométricos
  - a. Test de Inteligencia No Verbal – TONI II
  - b. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II - MCMI-II
4. Instrumentos Proyectivos
  - a. Test de la Figura Humana (Plano Formal)

### IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente mujer de 39 años, con ideaciones suicidas, un antecedente de intento de suicidio por consumo excesivo de pastillas, apetito disminuido, no labora desde hace tres años, ni muestra interés por actividades sociales, este último mes manifiesta a la madre deseos de querer morir, razón por la que hermana mayor decide traerla a consulta. Nació a término de una gestación de 37 semanas, de parto eutóxico, no presenta complicación al momento de nacer, llora inmediatamente. Aparentemente tuvo un desarrollo psicomotor y de lenguaje

dentro de la normalidad. Desde niña se ha mostrado como una persona reservada, introvertida, tímida, sobrevalora las opiniones de los demás y tiende a ser poca tolerante a los conflictos interpersonales, llegando a evitar relacionarse. No se proyecta a futuro. Durante inicial, primaria y secundaria tuvo un rendimiento académico dentro del promedio. Al salir del colegio deja inconclusas dos carreras técnicas, una de inglés y otra de turismo. A los 22 años trabaja y estudia la carrera de Administración de Servicios culminándola con buen promedio y consiguiendo trabajo en un crucero. Comienza a sentir tristeza desde el año 2012 a raíz de un conflicto laboral con una colega, a ello se sumó la inestabilidad en sus relaciones de pareja debido al trabajo. En este contexto, las situaciones de conflicto dentro de su ámbito familiar se iban agravando, en su penúltimo viaje de regreso se entera que madre y hermanas se mudaron de casa debido a las conductas de consumo excesivo de alcohol, de agresividad y prepotencia por parte del padre. Durante este periodo paciente empieza a consumir pastillas para dormir. Después de su último contrato en el crucero decide quedarse a vivir en la casa del padre. En el primer año busca trabajos de atención al público, pero desde hace tres años deja de laborar. El padre ejerce gran influencia sobre las decisiones de la paciente, de modo que los conflictos continuos con él motivaron la ideación suicida y hace dos años el intento de suicido mediante el consumo de gran cantidad de pastillas. En este último mes discutieron con el padre donde él la culpabiliza de las situaciones de conflicto familiar, ella siente que nadie la necesita y no encuentra sentido a su vida. En cuanto a las conductas nocivas, se automedica con pastillas para dormir desde hace seis años, hace casi dos años que comienza a alterar sus hábitos de alimentación. Paciente es la segunda de seis hermanos, sus padres están separados, vive con el padre y el hermano menor. Padre tiene trabajos eventuales y

generalmente se desempeña como taxista, actualmente es quien la apoya económicamente. En cuanto a los antecedentes familiares patológicos, el padre padece de hipertensión y consume excesivamente alcohol y la madre rasgos de sintomatología depresiva no valorada por un especialista.

#### V. OBSERVACIONES GENERALES

Paciente de sexo femenino, aparenta mayor a la edad cronológica que posee, talla aproximada de 1.50 cm, de tez clara, al momento de la entrevista evidencia aliño en su persona. Mostró predisposición para conversar, su tono de voz era suave, su lenguaje claro y fluido, mantiene coherencia en su discurso, comprende las indicaciones, órdenes, y el sentido de las oraciones. Sin embargo, mantuvo una entonación plana, sin modulaciones. Su estado de conciencia general es lúcido, manteniéndose alerta a los estímulos del ambiente, de escucha atenta y prolongada y de respuestas lentas. Estuvo ubicada en persona, tiempo y espacio. En relación al curso del pensamiento es adecuado, mantiene el control y secuencia de sus ideas, en cambio en cuanto al contenido del pensamiento se evidencian alteraciones de tipo ideas sobrevaloradas, existiendo ideaciones suicidas recurrentes. Paciente no evidencia distorsiones ni engaños perceptivos como alucinaciones o ilusiones. El dominio de memoria en sus diferentes áreas se encuentran conservadas, asimismo no presenta alteración en su funcionamiento intelectual. En cuanto el estado de ánimo, se evidencia un sentimiento de tristeza prolongado desde hace más de dos años, muestra apatía y anhedonia. Conoce los motivos de su internamiento, sin embargo no asume responsabilidad de su situación, por lo que no muestra deseos por querer cambiar su estado actual ni se

visiona a futuro, por el contrario mantiene la idea de que saliendo del internamiento planificará su suicidio.

## VI. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Paciente alcanza un nivel de capacidad intelectual dentro del *Término medio* y se encuentra orientada en persona, tiempo y espacio. Desde niña era tímida, con tendencia a la introversión, tomaba muy en cuenta la opinión y crítica de los demás sobrevalorándolas, hipersensible a la evaluación negativa, con miedo a la desaprobación social o al rechazo, sentía ansiedad e inseguridad ante situaciones que demandaban actividad social, ello la llevo a reducir su círculo de amistad en primaria y apegarse más a su hermana en el nivel secundario, haciéndose dependiente de ella, quién por el contrario era una persona sociable, con tendencia a la extraversion y seguridad en sí misma, ella era quien generalmente tomaba las decisiones, mientras que paciente solo asentía y acataba, no expresaba su opinión o desacuerdo por temor a perder el apoyo o la aprobación.

Tuvo anteriormente tres relaciones de pareja, pero ninguna de larga duración, en ellas siempre ha sido muy reservada, no mostraba iniciativa, duraron uno y dos meses y solían terminar porque pensaban que ella no mostraba interés por la relación.

Le cuesta adaptarse al ámbito laboral sintiendo inseguridad, miedo, ansiedad y timidez. Sin embargo cabe resaltar que por un periodo de tiempo, a la edad de 23 años, con el apoyo de una compañera de trabajo se puso a estudiar y trabajar, se esforzó por conseguir una media beca que le permitió costear sus estudios y culminar satisfactoriamente. Con estos estudios consigue trabajo en un crucero en

el que laboró alrededor de 5 años, durante los primeros años consigue adaptarse, pero en el último decide renunciar debido a un conflicto laboral que la hacía sentir ansiosa y triste, sentimientos que persistieron y amentaron hasta la actualidad.

De regreso a casa el contexto familiar era hostil, ambos padres se separaron por motivos de violencia por parte del padre, pero pese ello decide quedarse a vivir con él. No se adapta a sus nuevos empleos, motivo por el que deja de trabajar hace 3 años. Asimismo reduce su círculo de amistad prefiriendo actividades en solitario. Vive con el padre porque le consiente que no labore, que este todo el día en casa o en su cuarto, que altere sus hábitos de sueño y cantidad de consumo de alimentos, que muestre desgano y fatigabilidad; mientras que por su parte ella tolera las conductas de consumo excesivo del alcohol del padre, cuidándolo y apoyándolo las veces que llega a casa bastante mareado. Padre ejerce gran influencia sobre las decisiones de la paciente, ella sobrevalora sus opiniones, mostrando con él conductas de sumisión, dependencia y temor al abandono. De modo que los conflictos suscitados entre ambos en estos últimos años, han agravado el estado emocional de la paciente, presentando llantos frecuentes, ideaciones suicidas constantes y un intento de suicido hace año y medio. En este último mes una nueva situación de conflicto ha provocado la sensación de pérdida de apoyo del padre, su desaprobación, ideas de que nadie la necesita y de que no encuentra motivos a su existencia.

## VII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Paciente con capacidad intelectual promedio, orientada en tiempo, espacio y persona. El curso de su historia personal está caracterizado por la presencia de sentimientos tristeza, ansiedad e inseguridad, hipersensibilidad a la crítica y a la

evaluación negativa, miedo a la desaprobación social o al rechazo, ello genera conductas de evitación a actividades que impliquen un contacto interpersonal y relaciones sociales y dependencia hacia una figura de autoridad. Durante más de dos años se ven alterados sus hábitos de sueño y alimentación, presenta desgano y fatigabilidad, dificultad para tomar decisiones, ideaciones suicida frecuentes, un intento de suicidio hace año medio y sentimientos de desesperanza. Todo ello configura un Trastorno depresivo Persistente y Recurrente (Distimia, F34.1 - F33.2), con rasgos de personalidad Dependiente.

### VIII. PRONÓSTICO

Reservado: Debido a la parcial conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, asimismo la existencia de un ambiente y dinámica familiar de conflicto, inadecuada red emocional y la figura paterna que refuerza las conductas de dependencia y evitación.

### IX. RECOMENDACIONES

1. Continuar tratamiento Psiquiátrico
2. Psicoterapia individual.
3. Psicoterapia familiar.

Arequipa, 23 de Noviembre del 2018

---

Ludwin Anthony Paredes Quispe  
Bachiller en Psicología

## **PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

### **I. DATOS DE FILIACION**

- Nombres y Apellidos : M. L. B.
- Edad : 39 años
- Fecha de Nacimiento : 14/07/1979
- Lugar de nacimiento : Cercado
- Procedencia : Arequipa
- Grado de instrucción : Superior Técnico
- Estado civil : Soltera
- Ocupación : Desocupado / Anteriormente atención al público
- Profesión : Administración de servicios.
- Religión : Católica
- Referente : Psiquiatría
- Lugar de intervención: C.H.M.H.F.
- Fecha de evaluación : 02, 03 y 05 de noviembre del 2018

### **II. DIAGNÓSTICO**

Paciente con capacidad intelectual promedio, orientada en tiempo, espacio y persona. El curso de su historia personal está caracterizado por la presencia de sentimientos tristeza, ansiedad e inseguridad, hipersensibilidad a la crítica y a la evaluación negativa, miedo a la desaprobación social o al rechazo, ello genera conductas de evitación a actividades que impliquen un contacto interpersonal y relaciones sociales y dependencia hacia una figura de autoridad. Durante más de dos años se ven alterados sus hábitos de sueño y alimentación, presenta desgano y

fatigabilidad, dificultad para tomar decisiones, ideaciones suicida frecuentes, un intento de suicidio hace año medio y sentimientos de desesperanza. Todo ello configura un Trastorno depresivo Persistente (Distimia, F34.1), en comorbilidad con un Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos (F33.2).

### III. OBJETIVOS GENERALES

Desarrollar estrategias cognitivas para el manejo de las ideas irrationales, que a su vez le permitan comprender y afrontar comportamientos desadaptativos de evitación y dependencia. Aceptar y asumir responsabilidad sobre su situación emocional actual. Fortalecer de habilidades personales de autorregulación emocional y afronte. Revinculación afectiva a nivel familiar.

### IV. MODALIDAD TERAPÉUTICA

El plan intervención tiene como base teórica el modelo psicoterapéutico de Cognitivo de Beck (2005), siguiendo la secuencia adaptado por Elia Roca, la cual se estructura en tres partes: identificar y trabajar la influencia de los pensamientos sobre el estado de ánimo; identificar actividades diarias y comportamientos que estén afectando el estado de ánimo; e identificar y trabajar sobre las interacciones sociales que afectan el estado de ánimo.

### V. SESIONES TERAPÉUTICAS

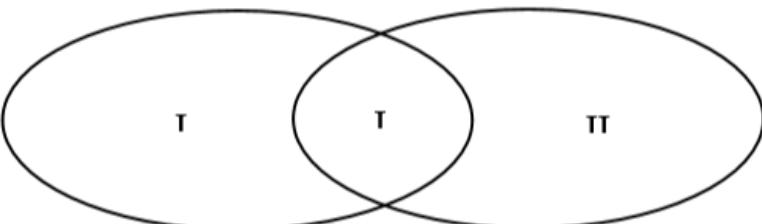
<b>SESION N° 1</b>	<b>CONTENCIÓN EMOCIONAL</b>
TECNICA	Psicoeducación
OBJETIVO	Disminuir el riesgo de suicido
DESARROLLO	<p>Esta primera sesión está orientada a brindar la contención emocional para disminuir el riesgo de suicidio.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se ofrece apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas.</li> <li>2. Usar la ambivalencia. El trabajador de la salud deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir.</li> <li>3. Explorar alternativas al suicidio. El trabajador de la salud deberá tratar de explorar las diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas.</li> <li>4. Realizar un “contrato” de no suicidio durante un periodo de tiempo, buscando la adherencia al tratamiento.</li> </ol>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESION N° 2</b>	<b>AUTOCONOCIMIENTO</b>
--------------------	-------------------------

TÉCNICA	Relato Autobiográfico
OBJETIVO	Centrar al paciente en el curso de su historia personal que le permitan identificar las situaciones y experiencias vividas de modo satisfactorio y no satisfactorio, promover el autoconocimiento y generar conciencia de enfermedad.
DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente redactará su biografía, según su punto de vista y experiencias.</li> <li>2. Extraerá en una lista las situaciones y experiencias que le generaron tanto sentimientos de carga positiva como negativa.</li> <li>3. Identificar los principales pensamientos irrationales que guían el actual comportamiento de la paciente.</li> </ol>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESION N° 3</b>	<b>TECNICA DE RELAJACIÓN</b>
--------------------	------------------------------

TÉCNICA	Relajación progresiva de Jacobson
OBJETIVO	Enseñar una técnica de relajación que le permita regularse cada vez que sienta una activación emocional
DESARROLLO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modelar los pasos adecuados y tiempos para lograr la relajación.</li> <li>2. Motivar a que la paciente los ponga en práctica cada vez que se identifique ansiosa.</li> <li>3. Determinará en qué momentos podrá aplicarla.</li> <li>4. Esta técnica será realizada durante todo el proceso terapéutico</li> <li>5. En las subsiguientes sesiones describirá los efectos de esta técnica en su vida diaria.</li> </ol>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESION N° 4</b>	<b>AUTOCOMPRENSIÓN DE SI MISMO</b>
TECNICA	Diagrama de Venn para la autocomprensión
OBJETIVO	Explorar y comprender el concepto que paciente tiene sobre sí misma, identificar como su entorno social la percibe y promover el autoconocimiento.
DESARROLLO	<p>1. Diagrama de Venn</p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- El área I corresponde al concepto que tiene la paciente de sí misma.</li> <li>- El área II corresponde a aquellos conceptos que tiene la paciente de sí misma y que son compatibles con la experiencia individual, familiar y social</li> <li>- El área III corresponde a aquellas experiencias individuales, familiares y sociales que no son compatibles con los conceptos que la paciente tiene de sí misma.</li> </ul> <p>Durante el llenado del diagrama se busca que paciente se dé cuenta de aquellos conceptos que ha formado de sí misma que no son compatibles con la experiencia, así como de aquellas experiencias que formaban parte de su personalidad, pero que no eran reconocibles por el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Generar un concepto sobre si misma.</li> </ul>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESION N° 5</b>	<b>COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA</b>
TECNICA	Psicoeducación
OBJETIVO	Reconocimiento de las consecuencias a nivel personal y social de su estado de ánimo depresivo y de sus comportamientos de evitación y dependencia. Generar conciencia de enfermedad.
DESARROLLO	<p>1. Se tendrán como recursos previos la lista de experiencias vividas con carga positiva y negativa</p> <p>2. Se redactará la idea de su autoconcepto</p> <p>3. Se analizarán las consecuencias de los pensamientos irracionales en su actual comportamiento y toma de decisiones</p> <p>4. Se explicara el modelo cognitivo de la depresión:  <i>“Durante la depresión están activados na serie de esquemas (formas de percibir la realiad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron. Estos esquemas activos llegan a ser predominantes, favoreciendo la percepción y el recuerdo de estímulos congruentes con ellos, por eso la persona deprimida está convencida de que las cosas son tan negativas como ellas las ven. El contenido de los esquemas depresógenos está constituido por la triada: Visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro”</i></p> <p>5. Lograr la comprensión de la enfermedad y adherencia terapeútica.</p>
TIEMPO	45 minutos
APROXIMADO	

<b>SESION N° 6</b>	<b>REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA</b>
TECNICA	Reestructuración cognitiva
OBJETIVO	Identificar y modificar los contenidos disfunciones de los pensamientos irracionales que mantienen el estado afectivo depresivo, las conductas de evitación y dependencia.
DESARROLLO	<p>Se desarrollaran las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Detectar pensamientos automáticos irracionales</li> <li>2. Comprobar como los pensamientos automáticos influyen en las emociones</li> <li>3. Entrenamiento en observación y registro de cogniciones mediante: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis de autorregistros</li> <li>- Preguntas acerca de qué pensaba al venir o que piensa cuando percibe un cambio emocional</li> </ul> </li> <li>4. Registrar pensamientos automáticos</li> </ol>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESION N° 7</b>	<b>REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA</b>
TECNICA	Reestructuración cognitiva
OBJETIVO	Modificar los contenidos disfunciones de los pensamientos irracionales que mantienen el estado afectivo depresivo, las conductas de evitación y dependencia.
DESARROLLO	<p>Se desarrollaran las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traducir o reducir el pensamiento a su esencia</li> <li>2. Clasificar las cogniniciones en función de sus: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenidos o temas (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro)</li> <li>- Distorsiones cognitivas: sobregeneralizacion, pensamiento dicotómico, conclusiones apresuradas, descalificar lo positivo, filtro mental, magnificación o minimización, personalización.</li> </ul> </li> <li>5. Someter los pensamientos automáticos a prueba de realidad: examinar su validez y su tipo de distorsión.</li> </ol>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESION N° 8</b>	<b>REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA</b>
TECNICA	Búsqueda de interpretaciones alternativas
OBJETIVO	Modificar los contenidos disfunciones de los pensamientos irracionales que mantienen el estado afectivo depresivo, las conductas de evitación y dependencia.
DESARROLLO	<p>Se desarrollaran las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar pensamientos irracionales que la predispongan a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la hipersensibilidad la crítica.</li> <li>- ansiedad e inseguridad por miedo a la desaprobación social o al rechazo.</li> <li>- Dependencia de una figura de autoridad.</li> <li>- Temor al abandono</li> <li>- Desesperanza</li> </ul> </li> <li>2. Buscar todas interpretaciones alternativas posibles</li> <li>3. Hacer preguntas para que sefije e detalles de interés</li> <li>4. Buscar pruebas (argumentos) que las confirmen o invaliden</li> <li>5. Acostumbrarse a manejar varias hipótesis con el objeto de disminuir el grado de pensamiento dicotómico</li> </ol> <p>Para ello en esta sesión se realizará, haciendo uso de la técnica del Dialogo Socrático, a través de las preguntas ¿Qué? y ¿Cómo?; para analizar los posibles interpretaciones alternativas.</p>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESION N° 9</b>	<b>ACTIVACION CONDUCTUAL: HORARIOS</b>
TECNICA	Planificación y gestión del tiempo.
OBJETIVO	Probar la validez de las ideas del paciente acerca de sí mismo. Fijar su atención en las sensaciones agradables que experimente.
DESARROLLO	<p>Se desarrollaran las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lista de actividades potencialmente agradables, incluyendo las que le gustaba anteriormente</li> <li>2. Lista e actividades de dominio, que incluyen cosas que le gustaría hacer actualmente o que no pudo hacer.</li> <li>3. Elaborar un programa semanal de actividades, incluyendo las que describió con anterioridad.</li> </ol>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESIONES N° 10 y 11</b>	<b>ACTIVACIÓN CONDUCTUAL: TOMA DE DESICIONES</b>
<b>TECNICA</b>	Estrategias de afrontamiento – toma de decisiones/ Solución de problemas
<b>OBJETIVO</b>	Afrontar situaciones que generen ansiedad e inseguridad, por temor al abandono y dependencia a una figura de autoridad.
<b>DESARROLLO</b>	<p>Se desarrollan las siguientes actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le pide que responda a las siguientes preguntas: ¿Cómo considera sus decisiones? ¿Cómo crees que afecta tu vida?,</li> <li>2. Se brinda estrategias de toma de decisiones</li> <li>3. Se formulará en presencia del terapeuta objetivos de cambio y de fortaleza, los cuales se trabajarán con el acompañamiento psicológico.</li> <li>4. Se trabajará sobre supuestos, de acuerdo de la vida de la paciente, en alternativas de solución de problemas.</li> <li>5. Para afianzar, se resolverá preguntas y reforzara conductas trabajadas.</li> </ol>
<b>TIEMPO APROXIMADO</b>	45 minutos

<b>SESION N° 12</b>	<b>AUTOACEPTACIÓN</b>
TECNICA	Técnica del espejo / psicoeducación
OBJETIVO	Mejorar la autoestima empleando la autocontemplación. Reconocer y evaluar las fortalezas y limitaciones propias para aceptarlas, valorarlas, respetarlas y asumirlas, fortaleciendo un autoconcepto sano.
DESARROLLO	<p>Actividades a desarrollar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le pide que responda a las siguientes preguntas frente a un espejo mirándose a sí misma.: ¿Cómo se considera? ¿Cómo se encuentra en la familia? ¿Cómo se relaciona con los demás? ¿Cómo considera que la ven los demás? ¿Qué es lo que más le molesta de sí misma? ¿Qué es lo que más le gusta de sí misma?</li> <li>2. Luego se analizan las respuestas junto a ella, realzando sus características positivas y la importancia de reconocer sus defectos.</li> <li>3. Para afianzar, se hace una lista donde escriba sus defectos y aspectos positivos. Con ello concluimos que es importante autoafirmar nuestra propia valía y nuestras posibilidades de forma realista y optimista.</li> </ol>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESION N° 13</b>	<b>ACTIVACIÓN CONDUCTUAL: ASERTIVIDAD</b>
TECNICA	Desensibilización sistemática
OBJETIVO	Afrontar situaciones que generen ansiedad e inseguridad por miedo a la desaprobación social o al rechazo.
DESARROLLO	<p>1. Elaborar una jerarquía de situaciones que generen ansiedad</p> <p>2. Acordar con el paciente la señal que realizará para indicar que está relajado o ansioso.</p> <p>La sesión de desensibilización comienza con el paciente sentado en un lugar cómodo y desarrollando la respuesta de relajación para el cual ya fue previamente entrenado, una vez indicada su señal se presenta el primer ítem de la jerarquía y se le pide que lo imagine con el mayor realismo posible. Si ante la presentación del ítem el paciente indicase ansiedad, se le da la indicación de dejar de imaginar y volver a centrarse en la relajación. En caso de que no se produzca ansiedad el ítem se mantiene en la imaginación durante unos 15 o 20 segundos, después de este tiempo se le pide al paciente centrarse nuevamente en la relajación (40 o 50 segundos) y se y se volverá a presentar el mismo ítem siguiendo las mismas pautas, si nuevamente no se produce ansiedad se realizará una nueva pausa para centrarse nuevamente en la relajación y después volver a presentar el ítem una tercera vez. Si no hay ninguna señal de la presencia de ansiedad durante la exposición, el tiempo de exposición del ítem se va haciendo un poco más largo en cada presentación (1<sup>a</sup>:15-20 s / 2<sup>a</sup>: 25-30 s / 3<sup>a</sup>: 35-50 s).</p>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESION N° 14</b>	<b>HERIDAS EMOCIONALES</b>
TECNICA	Liberación de emociones: Etapas para sanar las Heridas Emocionales
OBJETIVO	Identificar y sanar los aspectos emocionales que no nos deja superar situaciones dolorosas
DESARROLLO	<p>1. Se le pide que responda a las siguientes preguntas: ¿Qué son las heridas? ¿Cómo es una herida emocional? ¿Cómo le afectan las heridas emocionales en su vida?</p> <p>2. Se identifica que tipo de herida emocional posee la paciente. Posteriormente se trabaja los pasos para sanar una herida emocional.</p> <p>Para afianzar, se da apoyo psicológico y acompañamiento.</p>
TIEMPO	45 minutos

<b>SESION N° 15</b>	<b>EL PERDÓN</b>
OBJETIVO	Liberación de sentimientos negativos: terapia del perdón
DESCRIPCIÓN	<p>Etapas del perdón: Dejar todo atrás.</p> <p>1. pide que responda a las siguientes preguntas: ¿Cómo y cuándo me hicieron daño? ¿Tengo claro dichos ofensas? ¿Cómo he dañado a otros? ¿Qué a esa persona que me daño?</p> <p>2. Se evalúa las dos formas de perdón, sincero y de compromiso y evaluar ¿Cómo me sentiré?</p> <p>3. Se explora si la paciente se siente prepara para el perdón.</p> <p>4. Ventajas de perdonar y aliviar todos atascos de no darse el perdón, así mismo se simulara una escena de perdón y el rechazo de pedir el perdón.</p> <p>Para afianzar, se da apoyo psicológico y acompañamiento.</p>
TIEMPO	45 minutos

<b>SESION N° 16</b>	<b>ME LIBERO DE LA CULPA</b>
OBJETIVO	Conocer y liberar culpas
DESCRIPCIÓN	<p>1. Se le pide que responda a las siguientes preguntas: ¿Qué situaciones crees que puedes controlar?; explicar que situaciones podemos tener control, ¿En qué situaciones te sientes culpable? ¿por qué?, ¿Con quién?</p> <p>2. Explicar la importancia de la culpa en el desarrollo de la evolución y en la implicancia de la vida.</p> <p>3. Escribirá un diario de culpas, este diario será desarrollado diferentes posturas por cada sentimiento de culpa.</p> <p>4. Reforzara el diario de la en cada sesión explorando las emociones de la paciente.</p>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

<b>SESION N° 17</b>	<b>SOPORTE FAMILIAR</b>
OBJETIVO	Identificar las redes familiares y conflictos familiares para fortalecer la familia
TECNICA A USAR	Genograma – Juego de roles
DESCRIPCIÓN	<p>Esta Sesión se trabaja con los familiares y paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le pide que sean totalmente sinceros con los gráficos que se trabajara, con la técnica del genograma se trabajar con la familia aspectos de vinculación afectiva y comunicación que existe en la familia.</li> <li>2. Todos responderán: ¿Cómo se han sentido? ¿Desean mencionar o preguntar algo?</li> <li>3. Seguidamente se trabajara Rolling playing según los resultados del genograma. Se realizara tres interacciones de diferentes papeles cada miembro de familia.</li> </ol> <p>Para afianzar, se realizara una técnica de relajación y se liberará dudas.</p>
TIEMPO APROXIMADO	45 minutos

### **TIEMPO DE EJECUCIÓN**

La psicoterapia está programada para un tiempo no menor de 6 meses, se realizará de 1 a 2 veces por semana, siendo cada sesión de 40 minutos y se prolongará de acuerdo al avance del paciente. Aprendió a utilizar la relajación progresiva de Jacobson. No se continuó con las demás sesiones debido a que fue dada de alta por el psiquiatra, no asistiendo a las siguientes citas por consulta externa.

## AVANCES PSICOTERAPÉUTICOS

Se logró que paciente identifica situaciones y experiencias de su historia personal que le generaron sentimiento de culpa, miedo al abandono, evitación de la participación en actividades sociales Asimismo identificó las situaciones que generaron pensamientos irracionales.

Arequipa, 23 de noviembre del 2018

---

Ludwin Anthony Paredes Quispe

Bachiller en Psicología

# ANEXOS

<b>CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMII)</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.	Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.	X	
2.	He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.	X	
3.	Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.	X	
4.	Creo que tengo que ser energético y decidido en todo lo que hago.		X
5.	Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.		X
6.	Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.		X
7.	Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.		X
8.	Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.		X
9.	Frecuentemente critico a la gente que me molesta.		X
10.	Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.	X	
11.	Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.		X
12.	Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.		X
13.	Tengo poco interés en hacer amigos.	X	
14.	Me considero una persona muy sociable o extraversada.		X
15.	Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.		X
16.	La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.		X
17.	Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.		X
18.	Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.		X
19.	Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.		X
20.	A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.		X
21.	Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.		X
22.	Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.		X
23.	Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.		X
24.	La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.		X
25.	Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.		X
26.	Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.		X
27.	Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.		X
28.	Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.		X
29.	Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.		X
30.	Disfruto en situaciones de intensa competitividad.		X
31.	Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.		X
32.	Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.		X
33.	Casi siempre me siento débil y cansado.		X
34.	Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.		X
35.	A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.		X
36.	Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.		X
37.	Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.		X
38.	Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.		X
39.	Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.		X
40.	En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.		X
41.	Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.		X
42.	Soy una persona muy agradable y dócil.		X
43.	La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".		X
44.	No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.		X

45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia perecen deprimirme.	X
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.	X
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.	X
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.	X
49. Soy una persona tranquila y temerosa.	X
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.	X
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.	X
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.	X
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.	X
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.	X
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.	X
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.	X
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.	X
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.	X
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.	X
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.	X
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.	X
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.	X
63. Le gusto a muy poca gente.	X
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.	X
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.	X
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.	X
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.	X
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.	X
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.	X
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.	X
71. Me siento continuamente muy cansado.	X
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.	X
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.	X
74. Nunca perdonó un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.	X
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.	X
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.	X
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.	X
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.	X
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.	A
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.	X
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.	X
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.	X
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.	X
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.	X
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.	X
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.	X
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.	X
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.	X

89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.	x
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.	x
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero	x
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.	x
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.	x
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.	x
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.	x
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.	x
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.	x
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.	x
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.	x
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.	x
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.	x
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.	x
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.	x
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.	x
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.	x
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.	x
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.	x
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.	x
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.	x
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.	x
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.	x
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.	x
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.	x
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.	x
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.	x
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.	x
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.	x
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.	x
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.	x
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.	x
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.	x
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.	x
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.	x
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.	x
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.	x
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.	x
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.	x
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.	x
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.	x
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.	x
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.	x
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.	x
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.	x
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.	x

135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.	X
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.	X
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.	X
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.	X
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.	X
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.	X
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.	X
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.	X
143. No me importa que la gente no se interese por mí.	X
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.	X
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.	X
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.	X
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.	X
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.	X
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.	X
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.	X
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.	X
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.	X
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".	X
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.	X
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.	X
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.	X
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.	X
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.	X
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.	X
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.	X
161. Rara vez me emociono mucho con algo.	X
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.	X
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.	X
164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.	X
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.	X
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.	X
167. Últimamente me siento completamente destrozado.	X
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.	X
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.	X
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.	X
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.	X
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.	X
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.	X
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.	X
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.	X

51	<b>1</b>	3	4	5	6	0	0	0	0
52	<b>0</b>	2	<b>3</b>	4	5	6	<b>6</b>	0	0
53	<b>0</b>	2	3	4	5	<b>6</b>	0	0	0
54	1	2	<b>3</b>	4	5	6	0	0	0
55	<b>1</b>	2	3	4	5	6	0	0	0

## E. RESUMEN DE PUNTUACIONES

- Elemento umbral ..... 299  
• Respuestas correctas entre umbral y techo a fin ..... 44  
• Puntuación directa

Oh

$$CST = \sqrt{J/2}$$

#### D. RESPUESTAS FORMA A

214

