



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Dra. Nélide Cervone

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Angie Katherine Paredes Aguilar

TÍTULO DEL TRABAJO:

Uso de la Evaluación Neurocognitiva para diagnóstico en Hospital General de Agudos Dr.

Juan A. Fernández.

SEDE:

Buenos Aires

DIRECTOR/A DE TIF:

Lic. Walter Behobi

FECHA DE PRESENTACIÓN:

Marzo 2025

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

Tabla de contenido

Introducción	3
Objetivos generales:	5
Objetivos específicos:	5
Capítulo 1: Estado del arte	6
1.1 Desarrollo Histórico de la Neuropsicología.	6
1.2 Historia del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández.	13
1.3 Unidad de Neurología.	15
1.4 Descripción Batería Neuropsicológica UDS	16
1.5 Modelo de Intervención:	18
Capítulo 2: Marco teórico	21
2.1 Pruebas /Baterías más utilizadas en el centro hospitalario:	21
Capítulo 3: Metodología de Estudio:	62
3.1 Tamaño de la Muestra y justificación:	62
3.2 Técnica e instrumentos de recolección de datos	62
3.1 Procesos de evaluación, grupo de pacientes elegidos:	67
3.4 Caracterización Clínica y Sociodemográfica.	69
Capítulo 4. Importancia del Diagnostico	69
4.1 Diagnóstico de Trastorno Cognitivo Leve (TCL) Y Trastorno Cognitivo Mayor (TCM).	74
4.2 Consideraciones para Trastornos Menos Comunes:	76
Capítulo 5. Consideraciones Éticas.	79
Conclusión.	80
Bibliografía:	82

Introducción

Las demencias constituyen una de las patologías de mayor impacto para la población, siendo actualmente un problema de salud pública, debido a su alta y creciente prevalencia, con consecuencias importantes entre el entorno del cuidador y el paciente, a su vez generando un alto costo económico. (Wilson, 2019).

Algunas de las causas del déficit neuropsicológico más comunes aquí presentes, son el envejecimiento, el deterioro cognitivo temprano, las enfermedades neurodegenerativas tales como: demencias, afasias primarias progresivas, daño cerebral adquirido, entre otras.

Dichos trastornos neuropsicológicos adquieren mayor relevancia dada su alta prevalencia en pacientes más añosos, adultos mayores entre los 65 y 90 años aproximadamente. Una de las principales problemáticas observadas, es que estas personas llegan al servicio sin un diagnóstico, y con sintomatologías manifiestas, razón por la cual no pueden ser medicadas ni acceder a un tratamiento basado en evidencias. Según el DSM-5, los trastornos cognitivos se clasifican en trastorno cognitivo mayor (TCM) y trastorno cognitivo leve (TCL), dependiendo del grado de compromiso sobre la funcionalidad.

En el caso de los trastornos neurodegenerativos primarios, la detección temprana permite intervenir en aquellos factores preventivos que retrasan la velocidad de progresión de la enfermedad. El retraso en el diagnóstico empeora el pronóstico relacionado con la calidad de vida de los pacientes.

El trabajo realizado en esta tesis describe la evaluación neuropsicológica realizada a una muestra de pacientes, mediante la aplicación de baterías diagnósticas de buena calidad

psicométrica, realizadas durante el proceso de Evaluación Neurocognitiva, para arribar a un diagnóstico certero, que permita determinar la evolución de su cuadro, proyectar la potencial efectividad de un tratamiento, y predecir cómo estos cuadros impactan en la funcionalidad, autonomía, bienestar y calidad de vida de estas personas.

El presente trabajo abordará La Evaluación Neurocognitiva (EN) como herramienta clínica de diagnóstico, aplicada a la población que concurre a un centro hospitalario en CABA. Mediante la práctica, se pudo observar la realización de entrevistas, revisión de historias clínicas, aplicación de cuestionarios y baterías neuropsicológicas, que constan de las siguientes pruebas:

Ineco Frontal Screening (IFS), Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), Trail Making Test (TMT) - Copia de la Figura Compleja de Benson (Inmediata) – (Diferido), Historia de Craft 21 –Mint Prueba Multilingüe De Denominación, Mint – 32. Estos instrumentos agrupan un número importante de pruebas neuropsicológicas de alta confiabilidad y validez para la evaluación de procesos cognitivos.

Las prácticas se llevaron a cabo en el Servicio de Neurología del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, bajo la supervisión de la profesional Lic. Valeria Carabelli neuropsicología a cargo del dispositivo.

Objetivos generales:

- Describir la importancia de la evaluación neurocognitiva en el diagnóstico, para poder acceder a un tratamiento adecuado, que mejore la calidad de vida e indicadores clínicos de la población consultante.

Objetivos específicos:

- Observar el uso de Evaluaciones Neurocognitivas en un centro hospitalario.
- Especificar el perfil psicopatológico de la población consultante.
- Indagar el impacto de un diagnóstico adecuado para poder acceder a un tratamiento de mayor eficacia.

Capítulo 1: Estado del arte

1.1 Desarrollo Histórico de la Neuropsicología.

El estudio acerca de la Organización cerebral de la actividad cognoscitiva – comportamental y el análisis de sus alteraciones en caso de patología cerebral tiene apenas un poco más de un siglo, pero el material producido ha sido tan vasto como polémico por su contenido. Este tipo de análisis ha permitido avances notables en la comprensión de cómo se organiza el sistema nervioso. (Ardila & Rosselli, 2007. pp. 1-9).

Se distinguirán cuatro periodos en el desarrollo de los conceptos sobre las relaciones cerebro – actividad cognoscitiva:

1. Periodo preclásico (hasta 1861).
2. Periodo clásico (1861 -1945), aproximadamente hasta la Segunda Guerra Mundial.
3. Periodo moderno o posterior a la Segunda Guerra Mundial (1945 -1975).
4. Periodo contemporáneo (1975 a la fecha; aproximadamente, desde la introducción de las técnicas de imagenología contemporáneas).

Periodo preclásico (hasta 1861). La primera referencia a una alteración cognoscitiva en caso de daño cerebral, concretamente una pérdida del lenguaje aparece en Egipto hacia el año 3.500 aC, pero la primera referencia que reconoce claramente el papel del cerebro en este tipo de incapacidad se encuentra en el Corpus de Hipócrates (alrededor de 400 aC). Hipócrates cita dos tipos de alteraciones: los áfonos y los anaudos, como subtipos de pérdidas del lenguaje. Durante el imperio Romano, Valerius Máximum describe el primer caso de alexia traumática. En ese entonces, sin embargo, la actividad cognoscitiva tiene más relación con los ventrículos cerebrales que con el propio cerebro (Benton, 1981).

Durante los siglos XV-XIX se publicaron informes relacionados sobre todo con patologías del lenguaje. Antonio Guaneiro habla en el siglo XV de dos pacientes afásicos, uno de los cuales presenta un lenguaje fluente parafásico y el otro una afasia no fluida. La primera descripción de un caso de alexia sin agrafia se debe a Gerolamo Mercuriale. Johann Schmitt y Peter Schmitt, en el siglo XVII, se refiere a varios pacientes afásicos con diferentes sintomatologías, incluyendo la capacidad para denominar y repetir.

Durante el siglo XVIII se sabe de diferentes trastornos cognoscitivos, especialmente verbales: anomia y jerga (Gesner), agrafia (Linné), capacidad preservada para cantar (Dalin) e incluso disociación en la capacidad de leer en diferentes lenguas. (Ardila & Rosselli, 2007. pp. 1-9).

Periodo clásico (1861 -1945). Como parte de un prolongado debate, la Sociedad Antropológica de París presento a comienzos de 1861 un cráneo primitivo, con el argumento de que había una relación directa entre la capacidad intelectual y el volumen limitado del cerebro. En abril de ese mismo año, falleció un paciente que había sufrido pérdida del lenguaje y que era objeto de estudio de uno de los miembros de la sociedad. El examen postmortem demostró que el enfermo presentaba una lesión grave en la zona frontal posterior, y Paul Broca presentó este caso para fortalecer un punto de vista localizacionista. (Broca, 1863).

Broca sugirió que ya que el paciente había perdido el lenguaje (afemia) luego de una lesión frontal, la capacidad para hablar podía localizarse en la porción inferior posterior del lóbulo frontal, al menos en este caso. Naturalmente, su afirmación desencadenó un gran debate, y un informe posterior de casos similares terminó por reforzarla. Más tarde, Broca llamó la atención del mundo científico al señalar que sólo el hemisferio izquierdo se alteraba en caso de pérdida del lenguaje. Agrego que cuando un paciente perdía el habla, la patología se localizaba en el hemisferio izquierdo, en tanto que las lesiones que afectaban la misma región del hemisferio

derecho no producían pérdida de la capacidad lingüística. Broca declaró en 1865 que “la afemia se relaciona con lesiones de la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo del cerebro”. Actualmente se sabe que este dramático hallazgo se había dado a conocer unos 25 años atrás por Dax, cuyos trabajos nunca fueron publicados, permaneció en el anonimato hasta la época de Broca.

Hubo un intenso debate por la manera en que se debía denominar esta alteración del lenguaje, inicialmente designada por Broca como afemia. Lordat empleó previamente el término alalia, y Trousseau (1865) desaprobó el término afemia porque en su opinión, era sinónimo de infamia, y propuso entonces la palabra afasia, esta última terminó por imponerse.

El segundo gran avance del enfoque localizacionista del lenguaje, y, por ende, de toda la actividad cognoscitiva ocurrió con la publicación de la tesis doctoral de un estudiante alemán, Karl Wernicke en 1874, propuso la existencia de dos tipos de afasia: motora y sensorial, separables clínicamente y apoyo su punto de vista en correlaciones clínicas/anatómicas. Posteriormente postuló un tercer tipo de afasia, la afasia de conducción, basándose en la descripción diagramática de las áreas del cerebro que participan en el lenguaje. Más tarde, junto con Lichtheim, dio a conocer un modelo de clasificación de las afasias al que se conocería como el esquema de Lichtheim-Wernicke.

Tales hallazgos clínicos solían expresarse con el lenguaje psicológico de la época (imágenes auditivas, impercepción, esquemas verbales, ceguera psíquica, etc.), y las asociaciones clínico – anatómicas hacían referencia a los efectos de la patología cerebral sobre estas supuestas funciones.

Por otra parte, los Psicólogos de la Gestalt, mejor ejemplificados por Goldstein (1948) y Conrad (1949), promovieron el enfoque holístico en neuropsicología, el daño cerebral influye con la función básica (gestalten), con una sintomatología derivada de las variaciones en la alteración de toda la organización cerebral. El enfoque gestáltico substituyó los conceptos psicológicos de las teorías neuroanatómicamente basadas y tuvo una gran influencia en todas las esferas de la psicología, incluyendo las referentes a las alteraciones del lenguaje.

El apoyo científico para el enfoque holístico provino también de la experimentación animal de Lashley (1929), cuyos trabajos iniciales sugirieron que la función cerebral no era el producto de una estructura neuroanatómicamente específica, sino que resulta de la participación integrada de una masa extensa de tejido cerebral. Lashley y sus seguidores incorporaron mediciones estrictas y técnicas observacionales en psicología, pero finalmente, estos estudios terminaron por afirmar la importancia de las estructuras cerebrales específicas en diferentes funciones psicológicas.

Hasta mediados del siglo XIX ya se había descrito la mayoría de los síndromes neuropsicológicos, y se conocía suficientemente la participación de cada hemisferio cerebral en diferentes procesos neuropsicológicos.

Periodo moderno o posterior a la Segunda Guerra Mundial (1945 -1975)

Durante la Segunda Guerra Mundial y en los años posteriores, no sólo en los países europeos sino en el resto del mundo, el número creciente de pacientes heridos de guerra con alteraciones cognitivas resultantes de lesiones cerebrales incremento la demanda de procedimientos y rehabilitaciones. El primer resultado importante de la posguerra fue la aparición del libro de A.R. Luria. La afasia Traumática, que presenta una serie de propuestas originales acerca de la

organización cerebral del lenguaje y de su patología, con base en la observación sistemática de centenares de heridos durante el conflicto bélico. La influencia de Luria en las interpretaciones teóricas y clínicas de las afasias ha sido inmensa. Sus puntos de vista se sistematizaron posteriormente en obras suyas, como *El cerebro humano y los procesos psicológicos* (1966), *Las funciones corticales superiores en el hombre* (1976), entre otros; Luria adopto un punto de vista intermedio entre el localizacionismo y el antilocalizacionismo. Además, propone una clasificación de los trastornos afásicos basada en los diferentes niveles en que el lenguaje se encuentra alterado, también propone una metodología para evaluar trastornos neuropsicológicos con base en el análisis de errores: el criterio de correcto – incorrecto en una prueba no es tan importante como el análisis de las características de los errores producidos por el paciente y los errores asociados con otras habilidades cognitivas (análisis sindromático).

Durante este periodo, se desarrolla en diferentes países la investigación en neuropsicología, realizando importantes contribuciones prácticamente en todas las áreas de la neuropsicología, pero sobre todo en el estudio de la simetría cerebral y la organización del lenguaje. Poeck, en Alemania, realiza aportes significativos en múltiples áreas, particularmente en el campo de las afasias y las apraxias. En 1958 se crea el Instituto de Neurología de Montevideo (Uruguay) y el llamado Laboratorio de Afecciones Cortico-cerebrales.

En España se crea, con la dirección de Barraquer – Bordas, un importante grupo de trabajo especializado en neuropsicología, y en general en todos los países europeos se forman grupos de investigación dedicados al análisis de la organización cerebral de la actividad Cognoscitiva. En estos tiempos la neuropsicología se establece definitivamente como un área de actividad científica profesional.

Periodo contemporáneo (1975 a la fecha; aproximadamente, desde la introducción de las técnicas imagenológicas contemporáneas).

Desde mediados de 1975 la neuropsicología ha tenido un crecimiento notorio. De hecho, se considera el área con mayor desarrollo dentro de la psicología y dentro de las neurociencias en general. Estos avances podrían sintetizar siete puntos diferentes:

1. Surgimiento de las imágenes cerebrales.
2. Utilización de Pruebas estandarizadas en el diagnóstico.
3. Desarrollo del área de la rehabilitación neuropsicológica.
4. Profesionalización de la neuropsicología
5. Aumento en el número de publicaciones
6. Integración conceptual
7. Ampliación del campo de trabajo.

La incorporación y difusión de las técnicas imagenológicas contemporáneas, en especial la escenografía cerebral o la tomografía axial computarizada (TAC), implicó una verdadera revolución en todas las ciencias neurológicas. Muchos conceptos acerca de la organización cerebral de la actividad cognoscitiva fueron redefinidos al menos parcialmente. En el campo de la neuropsicología se obtuvieron correlaciones clínico – anatómicas más precisas para diferentes síndromes y se incorporaron nuevas distinciones y clasificaciones. (Kertesz, 1983, 1994; Damasio & Damasio, 1989).

No sólo se proponen diferentes subtipos para diversos síndromes neuropsicológicos, sino también las áreas “no clásicas” en neuropsicología (en particular las estructuras subcorticales) resultan muy atractivas por su posible participación en procesos cognoscitivos.

Durante la década de 1990 se fortalece la investigación con el empleo de imágenes ya no anatómicas sino funcionales, en particular la resonancia magnética funcional (fMRI) y la tomografía por emisión de positrones (PET), que ha permitido visualizar la actividad cerebral durante la realización de diferentes tareas cognitivas (por ejemplo, hablar, leer, pensar en palabras, etc.) Asimismo, surge un nuevo modelo en la interpretación de la organización cerebral, denominado “modelo funcional”. Hasta ese momento se había utilizado “un modelo lesional”.

Se recurre igualmente al uso creciente de procedimientos estandarizados de evaluación, lo cual representa un intento por utilizar un lenguaje común en neuropsicología. Algunas pruebas y Baterías Neuropsicológicas de Halstead – Reitan, La Batería Neuropsicológica de Luria – Nebraska, EL Neuropsi, la Escala de Memoria de Wechsler, la Prueba de Boston para el Diagnóstico de las Afasias, la Prueba de Clasificación de Wisconsin, la Figura Compleja de Rey – Osterrieth, etc. También se han dedicado esfuerzos a la normalización y estandarización de estas pruebas de diagnóstico, tanto en poblaciones normales como en las patologías.

La rehabilitación de las secuelas cognitivas de lesiones cerebrales en general (la desaparición de las alteraciones no sólo afásicas, sino también amnésicas, apraxias, agnosias, comportamentales, etc.) ha generado un enorme interés en los últimos años.

Ha surgido también una nueva área de trabajo, conocida como rehabilitación cognitiva o rehabilitación neuropsicológica, que procura introducir procedimientos remediales en pacientes con daño cerebral no sólo en relación con las alteraciones del lenguaje, sino también con respecto a trastornos cognitivos asociados memoria, percepción, atención. (Meier & Diller, 1987; Ostrosky et al., 1996; Sohlberg & Mateer, 1989).

Por su parte, la terapia del lenguaje o fonoaudiología se ha reforzado con el trabajo de muchos neuropsicólogos dedicados a la rehabilitación cognoscitiva.

Las discrepancias sobre la interpretación teórica de la organización cognoscitiva en el cerebro son cada vez menores. A futuro, se prevé:

1. Una ampliación ulterior del campo de trabajo.
2. Una consolidación del perfil profesional.
3. Una mayor aproximación a la psiquiatría (neuropsiquiatría), a la rehabilitación y a los temas educacionales,
4. Una mejor comprensión de los factores culturales y educacionales.
5. Una mayor sofisticación en los procedimientos diagnósticos.

1.2 Historia del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández.

En 1904, se lo bautizó como “Dr. Juan Antonio Fernández” y en ese momento fue incluido en el sistema de hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. La historia de esta centenaria institución se remonta a 1888, cuando en razón de la importante epidemia de enfermedades de transmisión sexual, la Comisión de Higiene del Concejo Municipal de la Ciudad de Buenos Aires creó el Dispensario de Salubridad y el Sifilocomio Municipal, destinando una importante suma de dinero para la construcción de un edificio, aun cuando en la práctica y por largos años, se utilizó un antiguo frenocomio privado ubicado en la actual manzana del hospital Fernández.

El sifilocomio funcionó varios años, hasta que comenzó a ser utilizado como hospital general, sin otra relación con el primitivo uso, destinado a tratar enfermedades venéreas. En 1893, bajo la intendencia del Dr. Don Miguel Cané perdió su primitivo nombre, pasándose a llamar Hospital del Norte. Por esa época se lo describía como “un edificio misterioso, chato y oscuro,

apartado del centro de la ciudad y escondido en un barrio solitario de calles cortadas, sin pavimento alguno, con grandes baldíos, viviendas miserables e isletas de sauces llorones (...) destinado exclusivamente a la cura y reclusión de mujeres sin hogar, sin nombre y sin honor, víctimas de contagios abominables”. (Buenos Aires Ciudad, s.f.).

Entre 1891 y 1897, se construyeron nuevas salas, en la medida que aumentaba su capacidad asistencial, y el 28 de octubre de 1904 se lo incluía oficialmente en el sistema de hospitales generales de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, imponiéndole el nombre de “Dr. Juan Antonio Fernández” en honor al ilustre médico salteño (1786-1855), llamado el Hipócrates argentino por sus alumnos, fundador y primer secretario de la Academia Nacional de Medicina, profesor de clínica médica y primer presidente (equivalente en esa época a decano) de la Facultad de Medicina, hasta su muerte.

Entre 1907 y 1910, se realizaron diversas mejoras, especialmente la construcción de las salas de cirugía, maternidad y niños. En 1915 se habilitaron tres nuevas salas, con lo que el establecimiento alcanzó las 300 camas. En años posteriores se inauguraron nuevas dependencias: sala de operaciones de la maternidad, servicio de rayos X, etc., superando en un quince por ciento la capacidad ya instalada.

Finalmente, el 23 de diciembre de 1937 se autorizó por ordenanza la reconstrucción total del viejo hospital, las obras comenzaron el 30 de septiembre de 1939.

Años más tarde, en las décadas del 70 y 90, se completaron grandes reformas y equipamientos, hasta desarrollar el importante complejo actual, de excelencia tanto en la asistencia, como en la docencia y la investigación.

Especialidades del Hospital Fernández: Salud Mental, Clínica Médica, Pediatría, Infectología, Obstetricia, Oncología, Cardiología, Ginecología, Oftalmología, Cirugía, Dermatología, Neonatología, Otorrinolaringología, Neurología, Urología, Hemodinamia, Endocrinología, Reumatología, Neurocirugía, Traumatología, Nefrología, Cuidados Paliativos, Mastología, Diabetología, Demonología, Nutrición, Psicología, Gastroenterología, Psiquiatría, Alergia, Anestesiología, Genética, Ginecología y Obstetricia, Hepatología, Proctología, Fonoaudiología, Kinesiología.

Práctica: Audiometría, Citología, Diálisis, Ecocardiografía, Ecografía, Electrocardiografía, Electroencefalografía, Endoscopía, Ergometría, Espirometría, Potenciales evocados, Radiología, Tomografía axial computada (tac), Urodinamia, Vacuna.

Servicios: Consultorios externos, Guardia, Laboratorio, Turnos, Radiología y Vacunación.

1.3 Unidad de Neurología.

La Unidad de Neurología comenzó a funcionar en 1979 bajo la dirección del Dr. Ernesto Herskovitz (Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, s.f.). Durante todo el proceso histórico de la Unidad de Neurología se realizaron todas las actividades pertinentes: Atención general en Consultorios Externos del hospital, Interconsultas en Salas de Internados de todo el hospital, incluyendo Guardia Externa, Emergentología y UTI.

En paralelo, y desde los mismos orígenes del servicio, se fueron desarrollando los Consultorios Subespecialidades, que se hallan hoy en la Central de Prácticas del primer piso del hospital, a saber, Cefaleas, Inestabilidad y mareos, Epilepsia, Enfermedades Extrapiramidales, Trastornos Cognitivos, Patología Desmielinizante, Enfermedad Cerebro Vasculares, Patología de Nervio periférico y músculo.

1.4 Descripción Batería Neuropsicológica UDS. Pruebas reportadas en el Formulario C2, Base de Datos Uniformes (UDS V.3.0, marzo 2015).

La Batería Neuropsicológica UDS (del inglés Uniform Data Set), tiene sus orígenes en 1984 cuando el Instituto Nacional de Envejecimiento (NIA del inglés National Institute on Aging) y el Instituto Nacional de la Salud (NIH del inglés National Institute of Health) ambos de EEUU, crean 29 centros de Alzheimer (ADCs Alzheimer`s Disease Center), y establecen una base de datos denominada CERAD (Consortium to establish a Registry for Alzheimer`s Disease). Con el fin de registrar y homogenizar los resultados de las evaluaciones.

Más tarde en 1997 se crea un comité entre ADCs Y NIA, para definir datos neuropsicológicos comunes mínimos. El centro nacional de coordinación de Alzheimer`s (NACC) Promueve los estudios cooperativos entre estos centros (ADCs), tendiente a desarrollar un fenotipo de tipo comportamental, funcional y médico. Es entonces, cuando identifican la necesidad de generar uniformidad para mejorar la evolución y el diagnóstico. A partir de allí en el 2002 designan un equipo directivo de cinco miembros de la NIA y siete miembros no votantes (2 de la NIA, 1 ADCs Y 4 NACC) que crea el set de datos uniformes (UDS del inglés Uniform Data Set). Con el fin de apoyar las nuevas investigaciones en enfermedad de Alzheimer.

En el año 2004 se define y se adapta el (UDS 1) donde se realiza la normalización para médicos y neuropsicologías. Se toman datos transversales para evaluar su potencialidad en un estudio piloto. Es recién en el año 2006 donde se administran los datos y se le brinda acceso público. En el año 2009 Weintraub y colaboradores, publican la primera descripción de datos normativos, donde exponen el diseño del (UDS) y se evalúan las funciones atencionales, la velocidad del procesamiento, las funciones ejecutivas, la memoria episódica y el lenguaje.

El mismo fue aplicado a 3,268 pacientes normales 85% de ellos eran blancos no hispanos en una relación 2:1 mujeres – hombres. Posteriormente fueron apareciendo las nuevas versiones el (UDS 1.1 y UDS 1.2.)

Morris (2006) Afirma que esta batería uniforme favorece los datos de investigación, ya que identifica riesgos de demencia, DCL y progresión del EA, y reportan en angloparlantes una sensibilidad del 71% para DTA. Sin embargo, rápidamente se evidenció la necesidad de una equivalencia cultural y lingüística en español a la versión en inglés. Pero, con el paso del tiempo los síntomas prodrómicos comenzaron a generar mucho más interés, así que Teng y Cols 2010, sostienen que (la UDS versión 2) muestra una excelente validez en memoria, atención y lenguaje en la población con DCL, reflejando una baja consistencia interna para funciones ejecutivas y velocidad del procesamiento. A pesar de lo anterior, se ha reportado su utilidad en la práctica clínica en patologías Neurodegenerativas e incluso rangos descriptores entre el funcionamiento cognitivo normal y la demencia.

Actualmente, con apoyo del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA), se han generado investigaciones que faciliten el uso de las baterías UDS, tal como la creación de una calculadora en línea.¹ Basada en regresión, que favorece la interpretación de los puntajes individuales de la UDS. Incluso se reportan aplicaciones para implementar la regresión de a cuartiles para las normas de referencia.

A pesar del buen comportamiento de la UDS en su V.2, debido a los problemas de patentes de los test Neuropsicológicos, en 2015 se desarrolló una nueva batería de pruebas neuropsicológicas que sustituyeron con instrumentos equivalentes pero libres de patentes

¹ Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. (s.f.). *Unidad de Neurología*.

creando la UDS 3. Monsell y Cols, muestran que este proyecto de “Cross – Walk” entre el UDS-2 y el UDS-3 tiene una correlación “buena” a “muy buena” con las pruebas anteriores, evidenciando intervalos de confianza razonablemente ajustados.

Recientemente Weintraud y Cols (2006). Reportan el rendimiento en población normal de la base de NACC y sustenta que esta batería es sensible para la DCL, así como que la edad y la educación son proporcionales en la puntuación. Por lo anterior, la presente investigación tuvo como objetivo sintetizar cuantitativamente los resultados de las subpruebas de las UDS, para generar puntuaciones mediales, que funcionen como puntos de corte homogéneos para diferenciar demencia tipo Alzheimer (DTA), Deterioro cognitivo leve (DCL) y controles cognitivamente normales.

1.5 Modelo de Intervención: Evaluación Neurocognitiva (EN): A continuación, abordaremos las tres instancias de intervención, en el modelo de EN, en la práctica clínica.

Primera instancia de intervención

Consulta Neurocognitiva inicial: El objetivo principal de la consulta neurocognitiva inicial es establecer una base para la evaluación del paciente, recabando datos claves que orienten el diagnóstico y la toma de decisiones posteriores. Durante esta fase, se obtiene información relevante que proporcionará una primera comprensión del estado neurocognitivo del paciente.

Entrevista semiestructurada: La flexibilidad de la entrevista permite que el profesional de salud mental adapte el enfoque según las respuestas del paciente. Sin embargo, se deben abordar áreas claves como antecedentes médicos, cambios cognitivos observados, y los síntomas conductuales.

Para asegurarse de no pasar por alto detalles importantes, el entrevistador puede utilizar una guía de preguntas que cubra áreas específicas de la cognición, tales como:

- Memoria
- Atención
- Lenguaje
- Funciones Ejecutivas.

Contexto Cultural: Es crucial que el entrevistador tenga en cuenta las diferencias culturales y de idioma, ya que pueden influir significativamente en cómo los pacientes reportan y cómo se interpretan los síntomas. Las variaciones culturales pueden afectar tanto la percepción del propio paciente sobre su salud cognitiva como la forma en que los síntomas se manifiestan o son expresados durante la entrevista.

Análisis de Medicación: El análisis de la medicación es otro aspecto fundamental en esta fase de la consulta. La lista de medicamentos que el paciente esté tomando debe ser revisada cuidadosamente. Muchos fármacos, especialmente los ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, y analgésicos, tienen efectos secundarios que pueden alterar temporalmente las funciones ejecutivas. Es importante tomar en cuenta estos factores para una correcta interpretación de los resultados de la evaluación neurocognitiva.

Evaluación del funcionamiento Familiar y Social: La información sobre el entorno familiar y social también es relevante en esta etapa de la evaluación. Factores como el apoyo social, el estrés en el hogar, o las dinámicas familiares pueden influir considerablemente en la salud cognitiva del individuo. Evaluar este contexto proporciona una visión más completa del estado

del paciente y permite identificar factores externos que podrían estar contribuyendo a sus dificultades cognitivas.

Segunda Instancia de Intervención:

Evaluación neurocognitiva Tiene como objetivo principal; obtener un perfil neurocognitivo detallado, que permita identificar los dominios específicos de la cognición que podrían estar comprometidos y que facilite el diagnóstico. No obstante, un proceso integral que requiere un enfoque sistemático en cada una de sus fases. Desde la consulta inicial, pasando por la evaluación neurocognitiva detallada, hasta la redacción de un informe que permita al equipo médico tomar decisiones informadas, cada paso debe ser realizado con rigor y atención a los detalles. Este enfoque no sólo facilita el diagnóstico, sino que también permite ofrecer recomendaciones terapéuticas y de manejo adaptadas a las necesidades del paciente.

Tercera Instancia de Intervención: Informe final

El informe Neuropsicológico permitirá analizar con profundidad los hallazgos de la evaluación realizada, basándose en evidencias. Por lo tanto, comprende la pregunta de revisión; ¿Qué se me pide que haga aquí? ¿Qué me pregunta? ¿Cómo puedo ayudarlos a comprender cuál es la función? ¿Su papel aquí es ser un médico tratante, es su papel aquí dar una segunda o una tercera opinión? Por tal razón, se debe comprender su propósito. Orientando al médico tratante hacia un diagnóstico preciso/certero, brindando la posibilidad al paciente de acceder a una estrategia terapéutica adecuada.

Claridad y precisión: el informe debe ser claro, detallado y libre de jerga técnica innecesaria para los médicos tratantes y otros profesionales de salud, de tal manera que estos puedan comprender el diagnóstico y las recomendaciones.

Seguimiento: Incluir recomendaciones para el seguimiento del paciente a lo largo del tiempo, especialmente en casos de trastorno progresivo como la demencia.

Capítulo 2: Marco teórico

2.1 Pruebas /Baterías más utilizadas en el centro hospitalario:

Cabe mencionar que las pruebas seleccionadas son adecuadas de acuerdo con las características de la población a evaluar, En donde se tienen en cuenta factores tales como; la edad, el nivel educativo, y otras características demográficas. Además, es importante resaltar, que dichas pruebas se encuentran validadas y reconocidas a nivel internacional, lo que garantizara resultados precisos y útiles tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Este enfoque permite generar datos más completos, estandarizados y fiables. A continuación, se mencionarán algunas de las pruebas más comunes que se utilizan en este contexto hospitalario.

Ineco Frontal Screening (IFS): Manual de Administración y Puntuación.

- **Objetivos**

El objetivo de la creación de esta herramienta es la detección de la disfunción ejecutiva en pacientes con diversas patologías que afecten los circuitos frontoestriados, y brindarles a los profesionales de la salud un instrumento de Screening ejecutivo que sea sensible y específico y a su vez corto, de fácil administración para determinar la disfunción ejecutiva en pacientes con diversos tipos de demencias u otras enfermedades psiquiátricas. (Dubois, Slachevsky, Litvan, & Pillon, 2000, p. 6).

INECO Frontal Screening (IFS) es una herramienta diseñada para evaluar funciones ejecutivas en pacientes con diversas patologías que afectan los circuitos frontoestriados.

Manual de administración y puntuación: el diseño del IFS fue primariamente concebido, representando tres grupos de tareas cognitivas, como indicaremos a continuación:

- a). Inhibición de respuestas inapropiadas de manera verbal y motora.
- b). Capacidad de abstracción – obtenida de la interpretación de refranes, siendo la interpretación concreta típico de pacientes con daño en el lóbulo frontal.
- c). Memoria de trabajo – referida a un sistema cerebral que provee un almacenamiento temporario y manipulación de la información necesaria para otras tareas cognitivas complejas

Antecedentes

La Batería de Evaluación Frontal (FAB) (Dubois, Slachevsky, Litvan & Pillon) consiste en 6 subtest que evalúan conceptualización, flexibilidad cognitiva, programación motora, sensibilidad a la interferencia, control inhibitorio motor, y conducta de prehensión. Los autores proponen la administración de esta batería para la evaluación de distintos tipos de disfunciones frontales, y también para distinguir entre patologías neurológicas como la enfermedad de Alzheimer (Slachevsky et al. 2004). Reportan correlaciones con pruebas ejecutivas clásicas como el Wisconsin Card Sorting Game (WSCT) y con medidas de funcionamiento cognitivo generales (Mattis Dementia Scale), mientras que resaltan la falta de correlación con el Mini Mental State Examination (MMSE). Los autores concluyen que la batería FAB es una herramienta fácil de administrar, y sensible a la disfunción ejecutiva.

Para la creación del **IFS** incorporamos algunos subtests del FAB que demostraron poseer la más alta sensibilidad en nuestra clínica diaria: Programación de series motoras, instrucciones

conflictivas y control inhibitorio, son subtests en donde usualmente generan dificultades a nuestros pacientes frontales.

Para crear una herramienta más sensible y específica, también incluimos nuevos subtests que han demostrado en diversos estudios de investigación, ser sensibles a la disfunción ejecutiva: memoria de trabajo numérica (Dígitos en orden inverso), memoria de trabajo verbal (Meses en orden invertido), memoria de trabajo espacial (Versión modificada del Corsi Tapping Test), conceptualización (refranes), y control inhibitorio verbal (versión modificada del Hayling Test; Burgess & Shallice).

Referencias Estadísticas:

El punto de corte sugerido para el **IFS** es de 25 puntos habiendo demostrado con el mismo una sensibilidad del 96.2% y una especificidad del 91.5% en la diferenciación de los pacientes con diversos tipos de demencia.

Escalas/Administración: El IFS está compuesto por 8 subtests:

1. Series motoras (Dubois et al.,2000)

En este subtests se le pide al paciente que realice la serie de Luria: “Puño, Canto, Palma”, inicialmente copiando al administrador, y luego repitiendo la serie por sí mismo 6 veces.

Consigna: “Mire atentamente lo que estoy haciendo (realizar la serie de Luria). Ahora Ud. Realice lo mismo con su mano derecha, primero conmigo, y luego Ud. Solo”

2. Instrucciones Conflictivas (Dubois et al., 2000)

Se les pide a los sujetos que golpeen la mesa una vez cuando el administrador la golpea dos, o que golpeen dos veces cuando el administrador la golpea una vez. Para asegurarse que el

sujeto entendió correctamente la consigna, se realiza un trial de práctica en donde el administrador golpea la mesa una vez, tres veces consecutivas; y luego dos veces, tres veces más. Luego del trial de práctica, el examinador completa la siguiente serie:

1-1-2-1-2-2-2-1-1-2

Consigna: “Golpee la mesa dos veces cuando yo golpee 1 vez”. Para asegurarse que el sujeto ha entendido la consigna golpee una vez la mesa. Repítalo 3 veces. “Ahora golpee la mesa una vez cuando yo la golpee 2 veces”. Para asegurarse que el sujeto ha entendido la consigna golpee dos veces la mesa. Repítalo 3 veces. Ahora realice la serie 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

3. Go –No Go (Dubois et al., 2000)

Esta prueba debe ser administrada inmediatamente después del test b. Se les indica a los sujetos que ahora cuando el administrador golpee la mesa una vez, ellos deberán golpearla una vez, y cuando el administrador la golpee dos veces ellos no deberán golpearla. Para asegurarse que el sujeto entendió correctamente la consigna, se realiza un trial de práctica en donde el administrador golpea la mesa una vez, tres veces consecutivas; y luego dos veces, tres veces más. Una vez finalizado el trial de prueba se administra la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Consigna: “Golpee la mesa una vez, cuando yo la golpee una vez”. Para asegurarse que el sujeto ha entendido la consigna golpee una vez la mesa. Repítalo 3 veces. “Ahora no golpee cuando yo golpee dos veces”. Ahora realice la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2

4. Dígitos en orden Inverso (Hodges, 1994)

En esta prueba, el examinador lee una serie de números. En cada ítem le pide al sujeto que repita la serie en orden inverso. Lea los dígitos de a uno por segundo, bajando levemente la

voz en el último dígito de la serie. Si el sujeto repite correctamente cualquier de los dos intentos de cada trial, se administra el trial siguiente. Interrumpa al cabo de puntajes de 0 en ambos intentos de cualquier ítem.

Consigna: “Voy a decirle algunos dígitos y, cuando yo termine, repítalos de atrás para adelante. Por ejemplo, si yo digo 7-1-9, ¿Qué tendría que suceder? Si el sujeto responde los números agrupados, se le pide que lo haga otra vez.

5. Memoria de Trabajo Verbal (Hodges, 1994)

Se le pide al sujeto que enumere los meses del año en orden inverso, empezando por diciembre. Este sub-test evalúa la misma función que la prueba anterior, pero con la diferencia de que la serie es altamente conocida por todas las personas.

Consigna: “Diga los meses del año en orden inverso, comenzando por el último mes del año”.

6. Memoria de Trabajo Espacial (Weschler, 1987).

En esta Prueba el examinador le presenta al sujeto cuatro cubos, los cuales señala siguiendo una secuencia. Se le pide al sujeto que repita la secuencia en orden inverso. Hay cuatro trials realizando una secuencia de 2, 3,4 y 5 cubos respectivamente.

Consigna: “Voy a señalar los cuadrados en un orden determinado. Quiero que Ud. Las señales en orden inverso”. Hágalo despacio. El paciente puede elegir la mano de preferencia.

7. Capacidad de Abstracción (Interpretación de refranes) (Hodges, 1994).

Esta prueba fue elegida para integrar esta batería ya que los pacientes con lesión frontal presentan usualmente dificultades en alejarse del contenido literal o concreto de la oración para encontrarle su significado abstracto. En esta prueba se leen tres refranes al sujeto y se le

pide que explique el significado de los mismos. Para esta población se eligieron 3 refranes en base a su frecuencia de uso en el lenguaje oral.

Consigna: “Ahora le voy a leer un refrán, y querría que me explique el significado del mismo”. Se lee el primer refrán y solo en la primera ocasión, si el paciente presenta una explicación concreta del mismo, se le pide que brinde una explicación más allá del significado concreto. Ejemplo: “Perro que ladra no muerde”; si el paciente dice: “Cuando el perro está atado no puede morder”, se le dice: “Más allá del perro, ¿cuál sería el significado de este refrán? Si lo dice correctamente se lo puntúa uno. Luego, ya no se le aclara más nada y se prosigue con la toma de los otros refranes.

8. Control Inhibitorio Verbal (Burgess & Shallice, 1997b)

Esta tarea inspirada en la Test de Hayling, mide la capacidad de un sujeto de inhibir una respuesta esperada. La tarea consiste de seis oraciones a las cuales les falta la última palabra y las cuales están construidas de tal forma que la opción correcta está fuertemente sugerida por el contexto de la oración.

La primera parte consta de tres oraciones las cuales son leídas al sujeto, se le pide que las complete de forma tal que la oración quede correcta, y lo más rápido posible (en el menor tiempo posible). La segunda parte también de tres oraciones a las cuales les falta la última palabra, pero en esta parte el sujeto debe completarla con una palabra que sea sintácticamente correcta, pero que no tenga relación con el significado de la oración.

Consigna:

Fase 1: “Escuche detenidamente estas oraciones y apenas finalice de leerla, Ud. Debe decirme, lo más rápido posible, que palabra completa la oración”. Leer las 3 fases.

Fase 2: “Esta vez, quiero que me diga una palabra que no tenga ningún tipo de sentido en el contexto de las oraciones, y que no esté relacionada con la palabra complementaria correctamente la oración”. Leer el ejemplo “Daniel golpeo el clavo con el... lluvia”. Comenzar con la primera oración. Si el sujeto responde con una palabra semánticamente cercana, se le pide que intente con otra más alejada. Si no es capaz de encontrarla, el examinador puede sugerir una respuesta. Si durante el transcurso de la prueba, se observa que el sujeto continúa completando las oraciones con palabras relacionadas, el examinador debe suspender la toma y repetir la consigna. Si el sujeto no produce una respuesta durante 60 segundos, el ensayo se da por terminado y se pasa al estímulo siguiente. Las estrategias de repetición deben ser desalentadas cada vez que el sujeto las utilice.

Puntuación:

- 1. Series Motoras (3 puntos).** Si el sujeto completa seis series consecutivas por sí mismo, el puntaje otorgado es de 3 puntos. Si realiza al menos tres series consecutivas por sí solo, el puntaje otorgado es de 2 puntos. Si no logra realizar por lo menos tres series consecutivas por sí mismo, pero puede realizarla correctamente copiando al administrador, el puntaje otorgado es de 1 punto, sino es de 0 puntos.
- 2. Instrucciones Conflictivas (3 puntos).** Si el sujeto no cometió ningún error, entonces el puntaje otorgado es de 3 puntos. Si cometieron uno o dos errores, el puntaje otorgado es de 2 puntos. Si comete más de dos errores, el puntaje asignado es de 1. Si el sujeto copio al administrador por lo menos cuatro veces consecutivas el puntaje otorgado es de 0.

- 3. Go – No Go (3 puntos).** Si el sujeto no cometió ningún error, entonces el puntaje otorgado es de 3 puntos. Si cometieron uno o dos errores, el puntaje es de 2 puntos. Si comete más de dos errores el puntaje asignado es de 1. Si el sujeto copio al administrador por lo menos cuatro veces consecutivas el puntaje otorgado es de 0 puntos.
- 4. Dígitos en Orden Inverso (6 puntos).** El puntaje equivale a la cantidad de números correctos que el sujeto haya dicho en cualquier del trial.
- 5. Memoria de Trabajo Verbal (2 puntos).** Si el sujeto no comete errores, entonces el puntaje otorgado es de 2 puntos. Si comete un error, el puntaje otorgado es de 1 punto. De lo contrario, es de 0 puntos.
- 6. Memoria de Trabajo Espacial (4 puntos).** Se puntúa la cantidad de trial que realizo correctamente.
- 7. Capacidad de Abstracción (Interpretación de refranes) (3 puntos).** Para cada refrán se otorga 1 punto si el sujeto brindo una explicación adecuada del refrán. Si el sujeto provee un ejemplo correcto, la puntuación otorgada es de 0.5, de lo contrario es de 0.
- 8. Control Inhibitorio Verbal (6 puntos).** Solamente se puntúan la segunda parte. Para cada oración se asigna un puntaje de dos puntos si la palabra no está relacionada con la oración. Se asigna un puntaje de uno si la palabra está relacionada semánticamente con la palabra que completaría de forma correcta la oración, y un puntaje 0 si utiliza la palabra esperada.

La Evaluación Montreal Cognitive Assessment (MoCA)². Versión 8. es utilizada para la detección de disfunciones cognitivas leves.

Instrucciones para la administración y puntuación de los resultados.

La Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive Assessment / MoCA) ha sido concebida para evaluar las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales, cálculo y orientación. Cualquier persona que comprenda y siga sus instrucciones puede administrar el MoCA, si bien únicamente un profesional de la salud especialista en el ámbito cognitivo podrá interpretar sus resultados. El tiempo de Administración requerido es de aproximadamente diez minutos. La puntuación máxima es de 30; una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.

Todas las instrucciones pueden repetirse una vez.

a. Alternancia conceptual:

Administración: El examinador da las instrucciones siguientes: “Me gustaría que dibujara una línea alternando entre cifras y letras, respetando el orden numérico y el orden alfabético. Comience aquí (Señale el 1) y dibuje una línea desde el 1 hacia la letra A y, a continuación, de la A hacia el 2 y así sucesivamente. Termine aquí (señale la E)”.

Puntuación: Se asigna un punto si el paciente realiza la siguiente secuencia:

A -2 -B - 3- C- 4 -D -5 -E, sin que ninguna línea se cruce. Si la persona no se autocorrigió inmediatamente después de cometer un error, es decir, no lo corrigió antes de pasar a la parte

² Nasreddine, Z. S. (2017). *Montreal Cognitive Assessment (Evaluación Cognitiva Montreal) (MoCA). Versión 8. Instrucciones para la administración y puntuación de los resultados.*

del cubo, la puntuación debe ser 0. No se asignará ningún punto si la persona dibuja una línea conectando el final (E) con el principio (1).

b. Capacidades Visoconstructivas (Cubo):

Administración: El examinador da las instrucciones siguientes, señalando el cubo: “Me gustaría que copiara este dibujo de la manera más precisa posible”.

Puntuación: Se asigna un punto si se realiza el dibujo correctamente.

- El dibujo debe ser tridimensional.
- Todas las líneas están presentes.
- Sin espacios o con poco espacio entre líneas.
- No se añaden líneas.
- Las líneas son relativamente paralelas y aproximadamente de la misma longitud (los prismas rectangulares son aceptables).
- Debe mantenerse la orientación espacial del cubo.

No se asigna ningún punto si no se han cumplido todos los criterios anteriores.

c. Capacidades visuoconstructivas (Reloj):

Administración: El examinador debe asegurarse de que la persona no mira el reloj mientras realiza la tarea y de que no hay ningún reloj a la vista. El examinador señala el espacio adecuado y da las instrucciones siguientes: “Dibuje un reloj. Incluya todos los números y dibújelo señalando los 11 y 10 minutos”.

Puntuación:

Se asigna un punto por cada uno de los tres criterios siguientes:

- **Contorno (1 pt.):** Debe dibujar el contorno del reloj, ya sea un círculo o un cuadrado. Solo se aceptará leves deformaciones, por ejemplo, alguna imperfección al cerrar el círculo. Si los números están dispuestos en círculos, pero no se ha dibujado el contorno, este se considerará incorrecto.
- **Números (1 pt):** Todos los números deben estar presentes, sin añadir ninguno; los números deben seguir un orden correcto, estar bien colocados y situados aproximadamente en su cuadrante de reloj. Se aceptarán los números romanos. Los números deben estar dispuestos en círculo, aunque el contorno sea cuadrado. Todos los números deben estar situados dentro o fuera del contorno del reloj. Si la persona sitúa algunos números dentro del contorno del reloj y algunos fuera del contorno, no se le asignará ningún punto por números.
- **Agujas (1pt):** Las dos agujas deben indicar la hora correcta. La aguja de las horas debe ser claramente más corta que la de los minutos. Las agujas deben estar centradas dentro de la esfera del reloj y su punto de unión debe estar cerca del centro del reloj.

d. Identificación:

Administración: El examinador señala cada dibujo, empezando por la izquierda, y dice: “Dígame el nombre de este animal”.

Puntuación: Se asigna un punto por cada una de las siguientes respuestas:

- (1) León, (2) Rinoceronte (3) camello o dromedario.

e. Memoria:

Administración: El examinador lee una lista de cinco palabras a un ritmo de una palabra por segundo, tras dar las siguientes instrucciones: “Esta es una prueba de memoria. Le voy a leer

una lista de palabras que debe recordar. Escuche con atención. Cuando acabe, dígame todas las palabras que pueda recordar. No importa el orden en el que me las diga “. El examinador debería marcar con una cruz, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que el paciente repita en este primer intento.

El examinador volverá a leer la lista de palabras tras dar las instrucciones siguientes:

“Ahora le voy a leer la misma lista de palabras una vez más. Intente acordarse del mayor número posible de palabras, incluyendo las que repitió en la primera ronda”. El examinador marca con una cruz, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que el paciente repita en el segundo intento. Al final del segundo intento, el examinador informara al paciente de que debe recordar estas palabras diciendo: “Le volveré a preguntar estas palabras al final de la prueba”

Puntuación: En los intentos 1 y 2 no se darán puntos.

f. Atención:

Administración: Serie de Números hacia delante. El examinador dará las siguientes instrucciones: “Le voy a leer una serie de números y, cuando haya terminado, deberá repetirlos en el mismo orden en el que yo los he dicho”. El examinador lee una secuencia de cinco números a un ritmo de uno por segundo.

Administración: Serie de números hacia atrás. El examinador dará las siguientes instrucciones: “Le voy a leer otra serie de números y, cuando haya terminado, deberá repetirlos hacia atrás”, El examinador leerá la secuencia de tres números a un ritmo de uno por segundo. Si el paciente repite la secuencia hacia delante, el examinador no podrá pedirle en ese mismo momento que repita la secuencia hacia atrás.

Puntuación: Se asigna un punto por cada una de las secuencias repetidas correctamente (nota: el orden exacto de la secuencia numérica inversa 2-4-7).

Administración de vigilancia y administración: El examinador leerá una serie de letras a un ritmo de una por segundo, tras dar las instrucciones siguientes: “Voy a leerle una serie de letras. Cada vez que diga la letra “A”, dé un golpecito con la mano. Cuando diga una letra que no sea la “A”, no dé ningún golpecito”.

Puntuación: Se asigna un punto si no se comete ningún error o solo se comete uno (por ejemplo, la persona da el golpecito con una letra equivocada o no da el golpecito con la letra “A”).

Administración: Serie del 7: El examinador dará las instrucciones siguientes: “Ahora me gustaría que restara 7 de 100 y que continuara restando 7 a la cifra de su respuesta anterior hasta que le pida que pare”. El paciente debe realizar un cálculo mental y, por lo tanto, no puede recurrir a contar con los dedos o con un lápiz y papel para realizar esta actividad. El examinador no podrá repetir las respuestas del paciente. Si el paciente pregunta cuál ha sido su última respuesta o que número debe restar de su respuesta, el examinador responderá repitiendo las instrucciones si no lo ha hecho ya.

Puntuación: Esta prueba obtiene tres puntos en total. No dé ningún punto (0) por las restas incorrectas, dé el 1 punto por una resta correcta, 2 puntos por dos o tres restas correctas y 3 puntos si el paciente hace cuatro o cinco restas correctas. Cada resta se evaluará separadamente, es decir, si el paciente responde con un número incorrecto, pero resta 7 de dicho número, se contará como una resta correcta. (Por ejemplo, el paciente puede contar “92

– 85 – 78 – 71 – 64”. “92” es incorrecto, pero todos los resultados de las restas siguientes son correctos. Esto cuenta como un error y la tarea debería puntuarse como 3.

g. Repetición de frases:

Administración: El examinador dará las siguientes instrucciones: “Ahora le voy a leer una frase. Repítala exactamente cuando yo termine (pausa): Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy”. Después de la respuesta, diga: “Ahora voy a leer otra frase. Repítala exactamente cuando yo termine (pausa): El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación”.

Puntuación: Se asigna un punto por cada frase repetida correctamente. La repetición debe ser exacta. Se debe prestar atención a los errores de omisión (Por ejemplo, olvidar “solo”), sustitución/adición (Por ejemplo, sustituir “solo” por “siempre”), errores gramaticales/plurales incorrectos (Por ejemplo, por “se escondían”) etc.

h. Fluidez Verbal:

Administración: El examinador dará las instrucciones siguientes: “Ahora, diga el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra F. Le pediré que pare al minuto. No se permiten nombres, números y las formas conjugadas de un verbo. ¿Está preparado? (Pausa) (Tiempo 60 seg.) Pare”. Si el paciente nombra dos palabras seguidas que empiezan con otra letra del abecedario, deberá repetirle la letra correcta si aún no le ha repetido las instrucciones.

Puntuación: Se asigna un punto si el paciente dice 11 palabras o más en un minuto. El examinador anotará las respuestas del paciente en el margen o en el reverso de la hoja del test.

I. Abstracción:

Administración: El examinador pedirá al paciente que le explique qué tiene en común cada pareja de palabras, ilustrándolo con el ejemplo siguiente: “Le diré dos palabras y me gustaría que usted me dijera a qué categoría pertenecen (Pausa): una naranja y un plátano”. Si el paciente da la respuesta correcta, el examinador deberá decir: Sí, las dos pertenecen a esta categoría de frutas”. Si el paciente responde de una manera concreta, el examinador deberá ofrecerle una pista adicional: “Dígame otra categoría a la que también puedan pertenecer estas cosas”. Si el paciente no da la respuesta correcta (frutas), el examinador deberá decir. “Sí y las dos pertenecen también a la categoría de frutas”. No dé otras instrucciones o explicaciones. Tras el primer intento de prueba, el examinador deberá decir: “Ahora, un tren y una bicicleta”. Tras la respuesta, el examinador administrará el segundo intento diciendo: “Ahora, una regla y un reloj”. Podrá ofrecerse una pista (una sola para todo el apartado de abstracción) si no se ha dado ninguna en el primer ejemplo.

Puntuación: Solo se puntuarán los dos últimos pares. Se asigna un punto por cada par correcto. Se aceptan las siguientes respuestas:

- Tren/bicicleta: medios de transporte, medios de locomoción, para viajar
- Regla/reloj: instrumentos de medición, para medir

Las siguientes respuestas **no** son aceptables:

- Tren/bicicleta: tienen ruedas
- Regla/reloj: tienen números.

J. Recuerdo diferido:

- **Administración:** El examinador dará las siguientes instrucciones: “Antes le he leído una serie de palabras y le he pedido que las recordase. Dígame ahora todas las palabras de las que se acuerde”. El examinador marca con una cruz las palabras que el paciente recuerde sin necesidad de pistas en el espacio reservado a dicho efecto.
- **Puntuación:** Se asigna un punto por cada una de las palabras recordadas espontáneamente, sin pistas.

Puntuación de la escala de Memoria (Memory Index Score, MIS):

Administración: Tras la prueba de recuerdo diferido, el examinador dará una pista de la categoría (semántica) correspondiente a cada palabra que el paciente no haya recordado. Ejemplo: “Le daré algunas pistas para ver si le ayudan a recordar las palabras. La primera palabra era una parte del cuerpo”, Si el paciente no puede recordar la palabra con ayuda de la pista sobre la categoría, el examinador deberá proporcionar una pista de elección múltiple. Ejemplo: ¿Cuál de estas palabras cree usted que era *NARIZ, ROSTRO O MANO?*” Se sugerirán de esta forma todas las palabras no recordadas. El examinador identificará las palabras que el paciente haya podido recordar con ayuda de una pista (de categoría o de elección múltiple) marcando una cruz en el espacio apropiado. Las pistas para cada una de las palabras son las siguientes:

k. Orientación:

Administración: El examinador dará las siguientes instrucciones: “Dígame en qué fecha estamos hoy”. Si el paciente ofrece una respuesta incompleta, el examinador le apuntará de forma oportuna diciendo: “Dígame (el año, mes, la fecha exacta y el día de la semana)”. A

continuación, el examinador dirá: Ahora, dígame como se llama este lugar y en qué localidad nos encontramos”.

Puntuación: Se asigna un punto por cada una de las respuestas correctas. La fecha y el lugar (nombre del hospital, clínica, consulta) deben ser exactos. No se asignará ningún punto si el paciente se equivoca por un día del mes y de la semana.

Puntuación total: Sume todos los puntos obtenidos en el margen derecho de la hoja. Añada un punto si el paciente tiene 12 años o menos de estudios. Hasta un máximo de 30 puntos. Una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.

Trail Making Test (TMT) - Manual de Administración y Puntuación³

El “Trail Making Test” consta de dos partes, A y B. El participante necesitará un lápiz para realizar cada parte. El examinador empieza a contar el tiempo de ejecución de la parte A y de la parte B, tan pronto como se haya dado las instrucciones y se le haya indicado al participante que puede comenzar. No deje de contar el tiempo hasta que el participante complete cada parte o alcance el tiempo máximo permitido para la finalización del test.

Administración de la parte A:

Práctica de la Trails A; Indique al participante: “En esta página hay varios números (coloque la plantilla de practica A boca arriba delante del participante y señale los números en el recuadro de practica). Comience en el número 1 (señálelo), del 3 al 4 y así sucesivamente, en orden, hasta llegar al final (señalando el círculo marcado como Fin”). Comience aquí (señale el número 1) y dibuje la línea tan rápido como pueda. ¡Listo! ¡Ya!”.

³Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*

Trails Test Parte A

Una vez finalizada la práctica y una vez que el examinador está seguro de que el practicante entiende la tarea, se da la vuelta al papel para ver la Parte A: indique:

“En esta página hay números del 1 al 25. Debe hacer lo mismo que ha hecho antes. Comience en el número 1 (señálelo) y dibuje una línea del 1 al 2 (señalando), del 2 al 3 (señalando), del 3 al 4 y así sucesivamente, en orden, hasta llegar al final (señalando el círculo marcando como “Fin”). Recuerde que debe hacerlo lo más rápido que pueda. ¡Listo! ¡Ya!”

Errores: Cuando el paciente comente un error, el examinador debería llamar la atención del participante sobre dicho error y decir: “No, ¿A dónde quiere ir desde aquí?” y debe señalar el número anterior. El examinador no detiene el tiempo cuando se cometen errores. La parte A se puede suspender a los 100 segundos.

Administración de la Parte B:

Práctica de la Trails B, indique al participante: “En esta página hay algunos números y letras. (Coloque la plantilla de práctica B frente al participante y señale el recuadro de práctica). Comience en el 1 (señálelo) y dibuje una línea de 1 a la A (Señalando) de la A al 2 (señalando), del 2 a la B (Señalando), de la B al 3 (señalando), del 3 a la C y así sucesivamente en orden hasta llegar al final (señálelo). Recuerde, primero hay un número y luego una letra, luego un número y a continuación una letra, y así sucesivamente. Recuerde que debe hacerlo lo más rápido que pueda. (Si el participante aún parece un poco confundido, vuelva a decir Recuerde: número – letra, número – letra). Comience aquí (señale el 1). ¡Listo! ¡Ya!”

Trails Test Parte B

Después de que el examinador esté razonablemente seguro de que se han realizado todos los esfuerzos posibles para ayudar al participante a entender cómo realizar la Parte B, indique “**En la página hay números y letras.** Conéctelos de la misma manera. Comience aquí (señale el 1) y dibuje una línea del 1 a la A (Señalando cada número y letra a medida que explica las instrucciones), de la A al 2, del 2 a la B, de la B al 3, del 3 a la C y así sucesivamente en orden hasta llegar al final (Señale el punto marcado como “fin”). Recuerde, primero hay un número y luego una letra, luego un número y a continuación una letra, y así sucesivamente. No se salte ningún punto, vaya de un círculo al siguiente en el orden correcto. Recuerde que debe hacerlo lo más rápido posible. Comience señalando aquí (señálelo). ¡Listo!, ya! La Parte B se puede suspender a los 300 segundos.

Cuando se comete un error, el examinador dice: “No”, y señala el círculo anterior y pregunta dónde irían desde allí, de la misma manera como se indica en la Parte A.

Si el paciente no responde correctamente, el examinador vuelve a preguntar: “¿Qué es lo que vendría ahora: un número o una letra?” Si el participante responde correctamente, a continuación, el examinador le pregunta: “¿Qué número o letra?” Si el participante también responde correctamente a esta pregunta, la prueba continúa. Si, por el contrario, el participante responde incorrectamente, el examinador dice “No”, y luego hace la pregunta de nuevo. Una vez que el participante contesta correctamente a la primera cuestión, el examinador sigue preguntando, “¿Qué número o letra”? El participante debe averiguar a qué círculo debe ir antes de seguir.

El examinador no detiene el tiempo cuando se cometen errores. Por lo tanto, los errores se deben abordar rápidamente para no añadir tiempo adicional al resultado del participante.

Puntuación: La duración de la ejecución en segundos se debe registrar por separado para las partes A y B. La puntuación máxima para la parte A es de 100” y 101” indica que la prueba no se ha superado. La puntuación máxima para la parte B es de 300 segundos y 301” indica que la prueba no se ha superado.

Copia de la Figura de Benson (inmediata)⁴ - Manual de Administración y Puntuación.

La copia de la Figura de Benson es una prueba de evaluación neuropsicológica diseñada para valorar las habilidades visoespaciales y la capacidad de organización visual en un individuo. Generalmente se utiliza como parte de baterías de evaluación cognitiva para detectar *problemas en el procesamiento visual, la percepción espacial, la memoria visual y la coordinación motora fina*. En el contexto de la Administración y Puntuación, este tipo de test tiene procedimientos establecidos que involucran pedirle a la persona que copie una figura geométrica compleja, similar a un dibujo que se le muestra. En la evaluación, se observa cómo el individuo produce la figura, y se puntúa tanto la precisión de la reproducción como la organización espacial del dibujo. Si el paciente tiene dificultades en esta tarea, podría indicarse que hay problemas en áreas del cerebro relacionadas con la percepción visual, la coordinación motora o la memoria espacial.

Instrucciones: Dele al sujeto un bolígrafo o lápiz y ponga la hoja con la figura delante de él/ella. **(Diga):** “Por favor, copie este diseño lo mejor que pueda”. Por favor no utilice lápices de color para cada elemento ya que esto puede ser disruptivo y no va a ser consistente con el

⁴ Universidad de Washington. (2015). Batería Neuropsicológica- Versión en español [Prueba psicológica]. National Alzheimer’s Coordinating Center.

procedimiento de otros examinadores. En lugar de eso, por favor tome notas para registrar el progreso. Indíquelo al sujeto que haga su propia copia en la parte inferior de la hoja, debajo de la figura. Cuando el diseño este completo, deje la figura delante del sujeto por 5 segundos y diga: “Asegúrese de recordar este diseño porque más tarde le pediré que lo dibuje otra vez de memoria”.

Se debe dar al sujeto un máximo de 4 minutos para copiar el diseño. No administre otras pruebas de copia de figuras durante la interferencia, y no administre a prueba de Rey – Osterrieth antes, o el mismo día que la figura de Benson. Permita que pasen aproximadamente 10 – 15 minutos antes de administrar la parte de recuerdo diferido de la prueba.

Procedimiento y Puntuación:

1. Presentación de la figura: se muestra la figura de Benson al paciente durante un tiempo limitado.
2. Copia inmediata: Después de presentar la figura, se le pide al paciente que la dibuje en una hoja en blanco, lo más preciso y organizado posible. El tiempo para realizar la copia es generalmente limitado.
3. Puntuación: La puntuación se basa en varios factores, tales como:
 - **Precisión geométrica:** Evaluación de si las formas y proporciones de la figura se han copiado correctamente.
 - **Organización espacial:** Capacidad para ubicar las partes de la figura en el espacio de forma coherente.
 - **Detalle y simetría:** Consideración de detalles adicionales, simetría y proporción en el dibujo.
 - **Puntaje total** (marque uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

- **Puntuación:** Para las guías de puntuación, se revisa en la Base de Datos Uniformes de NACC (UDS) – Instrucciones para las Pruebas Neuropsicológicas.
- Cada elemento figurativo se califica con **2 puntos**
- Si el elemento está dibujado de manera precisa y está ubicado correctamente en la figura **(1 punto por precisión). (1 punto por ubicación).**
- **Califique con 1 punto** si el elemento está dibujado de manera pobre, pero está ubicado correctamente, o si está dibujado correctamente pero no está en el lugar correcto.
- **Califique 0 puntos** si el elemento no está dibujado de manera precisa ni está ubicado en el lugar correcto. (Figura de Benson. UDS Versión 3.0 para Formulario C2, marzo 2015).

Copia de la Figura de Benson (Diferido). El intervalo entre la copia y el recuerdo de la figura de Benson debe ser de 10 a 15 minutos. **(Diga):** “¿Se acuerda de la figura que le pedí que copiara hace un rato? Quiero que dibuje todo lo que se acuerde de esa figura”. - Se anota el orden del dibujo.

Reconocimiento: (Diga): “¿Cuál de estas figuras fue la que copio anteriormente?”

¿Reconoció el sujeto el estímulo original de las cuatro opciones? Si (1 punto) o No (0 puntos).

Puntuación: para las guías de puntuación, por favor ver la Base de Datos Uniformes de NACC(UDS)- Instrucciones para las Pruebas Neuropsicológicas. Cada elemento figurativo se califica con 2 puntos, si el elemento está dibujado de manera precisa y está ubicado correctamente en la figura (1 punto por precisión, 1 punto por ubicación). Califique con 1 punto si el elemento está dibujado de manera pobre, pero está ubicado correctamente, o si está dibujado correctamente pero no está en el lugar correcto, y 0 puntos si el elemento o está dibujado de manera precisa ni está ubicado correctamente.

Historia de Craft 21 – Recuerdo (Inmediato).

Instrucciones: Asegúrese de tener la atención del sujeto y lea las siguientes instrucciones en voz alta. A continuación, lea la historia lentamente, articulando con claridad y entonación normal.

DIGA: “Voy a leerle una historia. Escúcheme atentamente, y cuando termine, quiero que me diga todo lo que pueda recordar. Intenté usar las mismas palabras que yo dije, pero también puede usar sus propias palabras”. La historia es...

Él niño/ de María, / Ricardo, / jugaba/ futbol / cada/ lunes/

A las 3:30. / A él / le gustaba / ir / al campo / detrás / de su / casa /

Y unirse / al juego. / un / día / él / pateó / la pelota / tan / fuerte /

Que ésta / se fue / por encima / de la cerca / del vecino / donde vivían / tres/ perros / grandes.

El dueño / de los perros / oyó / fuertes / ladridos, / salió / en ese momento, / y los / ayudó / a recuperar / la pelota.

1. Registre la hora en que terminó la administración de la prueba:

2. Total, de unidades recordadas (PUNTAJE TEXTUAL): / 44

3. Total, de unidades recordadas (PUNTAJE DE PARAFRASEO): / 25

Tan pronto como termina la historia, dé la siguiente instrucción:

DIGA: “Ahora dígame la historia que le acabo de leer. Trate de recordar lo que más pueda”.

Registre el recuerdo del participante, escribiendo entre las líneas de la historia anterior. Para

una transcripción rápida y precisa de la historia, use abreviaturas cuando sea necesario, omita palabras de relleno o irrelevantes, y, si es absolutamente necesario, diga “un poco más lento por favor”, en lugar de perder elementos de la historia. Asegúrese que su transcripción de la historia sea legible antes de continuar.

Después de transcribir la historia, usted debe dar la clave de recuerdo diferido.

DIGA: “Más tarde, voy a pedirle que me cuente esta historia de nuevo, así que trate de no olvidarla”. Anote el tiempo para después poder calcular el tiempo transcurrido entre la Historia de Craft 21 Recuerdo (Inmediato) y la Historia de Craft 21 recuerdo (Diferido).

Recomendación: 3:30 se puede leer como tres y treinta o tres y media dependiendo del país de origen.

Historia De Craft 21 – Recuerdo (Inmediato): Puntaje Textual

Respuesta textual perfecta (1.0 PUNTO): Dar un punto por cada elemento para el cual las palabras de contenidos se recuerdan de manera exacta y completa. Se permite la variación de inflexiones verbales (por ejemplo, “le gusta” por “le gustaba”, “unir” por “unirse”) y omisiones menores (por ejemplo, “vecino” por “del vecino”) o cambios en el número (por ejemplo, “juegos por “juego”). El sujeto no tiene que recordar las palabras de contenido en el mismo orden en que fueron leídas para recibir puntos. Las palabras pueden aparecer en cualquier orden durante le recuerdo.

Puntaje: Número de elementos recordados por puntaje textual: Puntaje de Recuerdo Inmediato: /44 máximo.

HISTORIA DE CRAFT 21 — GUÍAS PARA EL PUNTAJE DE PARAFRASEO

Ítem	Regla general	Respuestas alternativas, 1 punto	Respuestas incorrectas, 0 puntos	Puntos
El niño	“niño” o una frase que denote que es una persona joven	hijo, adolescente, joven	tipo, hijos, hija	
María	“María” o variante del nombre	Mery o Mary	Marta, Ana	
Ricardo	“Ricardo” o una variante del nombre	Ricky, Richard, Richie, Rico	Roberto, Raúl, Rodrigo	
jugaba	“jugaba” es requerido	jugar o juega	hacia (futbol)	
fútbol	“fútbol” es requerido	fútbol	beisbol, voleibol, otro deporte	
cada lunes	“lunes”	—	todos los días, otro día de la semana	
a las 3:30	una indicación de que la actividad se realizó en la tarde	después del colegio, cada tarde	después de comer, en la noche, en la mañana	
Le gustaba ir al campo	una indicación de que fue a un área exterior	afuera, en el jardín, en el patio trasero	colegio, gimnasio	
detrás de su casa	“casa” es requerido o palabra que denota una residencia	hogar, residencia, donde vivían	cualquier otra edificación	
y unirse	una indicación de que participaba en un juego	jugaba con otros niños, era parte de un equipo o jugaba con un equipo	observaba, jugaba en el parque	
juego (partido)	“juego” en cualquier contexto	—	—	
Un día	“un día” es requerido	—	—	
él pateó	indicación de que realizó una actividad con el pie	le pegó con el pie, lanzo con el pie	lanzó, golpeó, tiró (sin mención al pie)	

tan fuerte	una indicación de que se aplicó fuerza	con tanta fuerza, tan fuerte, la pateo tan lejos	—	
que ésta se fue por encima	“encima” o “sobre” es requerido	—	—	
de la cerca	“cerca” o una palabra que denote cerramiento	valla, pared del jardín, cerramiento	lindero, calle	
del vecino	una indicación de una persona que vive en la misma área	residente cercano	amigo	
donde tres	“tres” es requerido	tres (niños)	—	

Ítem	Regla general	Respuestas alternativas, 1 punto	Respuestas incorrectas, 0 puntos	Puntos
perros grandes (vivían)	una indicación de que habían perros presentes	sabuesos, perritos	cachorros, gatos, gaticos, gatitos, otros animales	
el dueño de los perros	una indicación de que la persona era responsable de los perros	vecino (si esta implícito que es el dueño, y lo mencionan dos veces)	transeúnte, observador, policía	
oyó fuertes ladridos	una indicación de que los perros estaban haciendo ruido	gemir, gruñir, llorar, el vecino oyó los perros	vio los perros corriendo	
salió en ese momento	una indicación de que el vecino estaba presente	(dueño) vio la pelota	su mamá salió, los perros salieron	
y los ayudó	una palabra o frase que indique que se dio ayuda	asistió, ayudó, tuvo que ayudar	---	
a recuperar la pelota	una indicación de que recuperaron la pelota	les dió la pelota, regresó la pelota, les ayudó a obtener la pelota	---	

Número de elementos recordados por **puntaje de parafraseo**: Puntaje de Recuerdo Inmediato: _____ /25 máximo

Historia de Craft 21 – Recuerdo (Diferido)

Instrucciones: Administre esta prueba aproximadamente 20 minutos después de la Historia de Craft 21 Recuerdo (Inmediato), tomando nota de la hora de inicio en la administración de la Historia de Craft 21 (diferido). Nota: Si no han pasado 20 minutos, no inserte otras pruebas para rellenar el intervalo. Puede obtener otros datos, como presión arterial, peso, etc. Administre la Historia de Craft 21 (Diferido) y registre el tiempo transcurrido.

DIGA: “Yo le leí una historia hace unos minutos. Me puede decir todo lo que recuerda de la historia?”. Si el sujeto no recuerda la historia, o el haber escuchado una historia, registré en la casilla de abajo y DIGA: “Era una historia de un niño. ¿Me la puede contar ahora?”

Él niño/ de María, / Ricardo, / jugaba/ futbol / cada/ lunes/

A las 3:30. / A él / le gustaba / ir / al campo / detrás / de su / casa /

Y unirse / al juego. / un / día / él / pateó / la pelota / tan / fuerte /

Que ésta / se fue / por encima / de la cerca / del vecino / donde vivían / tres/ perros / grandes.

El dueño / de los perros / oyó / fuertes / ladridos, / salió / en ese momento, / y los / ayudó / a recuperar / la pelota.

Registre la hora en que terminó la administración de la prueba:

1. Total, de unidades recordadas (PUNTAJE TEXTUAL): / 44

2. Total, de unidades recordadas (PUNTAJE DE PARAFRASEO): / 25

3. Tiempo transcurrido desde Historia de Craft Recuerdo (Inmediato)

Clave (“niño) requerida: Si__ No__

HISTORIA DE CRAFT 21 – RECUERDO (DIFERIDO): PUNTAJE TEXTUAL

Respuesta textual perfecta (1.0 PUNTO): Dar un punto por cada elemento para el cual las palabras de contenidos se recuerdan de manera exacta y completa. Se permite la variación de inflexiones verbales (por ejemplo, “le gusta” por “le gustaba”, “unir” por “unirse”) y omisiones menores (por ejemplo, “vecino” por “del vecino”) o cambios en el número (por ejemplo, “juegos por “juego”). El sujeto no tiene que recordar las palabras de contenido en el

mismo orden en que fueron leídas para recibir puntos. Las palabras pueden aparecer en cualquier orden durante le recuerdo.

Puntaje: Número de elementos recordados por puntaje textual: Puntaje de Recuerdo Diferido: / 44 máximo. UDS Batería Neuropsicológica (v3.0, marzo 2015): Historia de Craft 21 – Recuerdo (diferido) Page 3 of 4.

MINT (Prueba Multilingüe de Denominación).

INSTRUCCIONES - DIGA: Le voy a enseñar unos dibujos de un objeto, uno a la vez. Por favor dígame el nombre de cada objeto, es decir, dígame como se llama. Si ve un dibujo y no puede recordar el nombre, trate de adivinar. Si no sabe qué es el objeto, yo trataré de ayudarle. ¿Tiene alguna pregunta?

Permítale al sujeto hasta 20 segundos por respuesta, particularmente si el sujeto muestra dificultades. Si la respuesta es correcta, marque la columna “Sin clave- correcta”.

Algunas palabras en español tienen variantes regionales que también se consideran respuestas correctas (eje.,” bombillo” en Colombia, “lamparita” en Argentina, “foco” en México). Para nombres con más de una respuesta alternativa, indique la respuesta del sujeto con un círculo. Por ejemplo, para el ítem 30, si de manera espontánea el sujeto responde “mortero”, trace un círculo sobre la respuesta “mortero” y marque la columna “Sin clave- correcta”. Si el sujeto dice “molcajete”, trace un círculo sobre la respuesta “molcajete”, y marque la columna “Sin clave – correcta”. Sólo se califican como correctas las variantes regionales especificadas en la prueba.

En términos generales, los diminutivos de palabras se consideran respuestas correctas (eje., “plumita” por “pluma”).

Para el ítem 30 del MINT –32 en español (mortero y pistilo), sólo se pide el nombre del “mortero”. DIGA: “En esta hoja hay dos cosas y quiero que me diga el nombre de este objeto”. Señala al, mortero y diga “¿Cómo se llama esto?” y registre la respuesta. Registre textualmente cualquier respuesta incorrecta en la columna: “Respuesta espontánea”. Asegúrese que la transcripción sea legible. Descontinúe la prueba si el sujeto es incapaz de nombrar 6 ítems consecutivos de manera espontánea o con clave semántica.

Claves: Si la respuesta inicial del sujeto es incorrecta, hay varios procedimientos a seguir. No es necesario tomar el tiempo de las respuestas con clave, y si no ocurren inmediatamente, el examinador debe seguir la prueba. Cuando el sujeto índico conocer el objeto, pero no puede nombrarlo, se le puede proporcionar una clave fonológica (los primeros sonidos de la palabra). Se puede asumir/inferir el conocimiento de la palabra cuando el sujeto dice una parafasia fonológica, como “cabello” por “caballo” (sustituyendo un sonido de la palabra, pero manteniendo la mayoría de sus sonidos originales) o cuando describe correctamente el uso del objeto (por ejemplo, “se utiliza para machacar/ moler cosas”, para “mortero”). ** Nota: Al administrar la clave fonológica, utilice la variante regional más común en el país de origen del sujeto (eje., “bombillo” en Colombia, “lamparita” en Argentina, “foco” en México), sólo se califican como correctas las variantes regionales especificadas de la prueba. Diminutivos de la misma variante también son válidos (eje., “bombillito”).

En algunas ocasiones el sujeto dará una respuesta que indica una falla en el reconocimiento visual del objeto, es decir, una percepción equivocada (por ejemplo, se enfocará en la llama/flama en la parte superior de la vela y dirá “fuego” o malinterpretará las ramas de un

nido y dirá “pelo o cabello”). En estos casos, se debe proporcionar una clave semántica para ayudar a mejorar su percepción del objeto. Si la respuesta es correcta con la ayuda de la clave semántica, se marcará la respuesta en la columna correspondiente a “clave semántica”. Si la respuesta es incorrecta, debe marcarse como un error y se debe proseguir a la clave fonológica.

NOTA: la clave semántica sólo se proporciona cuando el sujeto no reconoce el objeto.

Recordatorios Permitidos para Respuestas Emitidas Espontáneamente.

Los sujetos frecuentemente darán respuestas alternativas a las esperadas. Cuando esto ocurre, hay tres tipos de recordatorios que se pueden proporcionar para evocar la palabra esperada:

Recordatorio 1: “¿Puede decirme un nombre más específico?” (Código= S)

Recordatorio 2: “¿Puede decirme un nombre más general?” (Código= G)

Recordatorio 3: “¿Puede decirme un nombre diferente/otro nombre?” (Código=A)

Cuando utilice alguno de estos recordatorios, indique el código correspondiente en la columna “Respuesta espontánea”.

Ejemplo:

1. Si el sujeto dice un circunloquio o una respuesta más general (por eje. “Serrucho” dice “corta madera” o “es una herramienta”), use el Recordatorio 1 y escriba (S) en la hoja de respuesta.
2. Si el sujeto da un nombre más específico (por ejemplo, para “volcán” dice “Monte Vesubio/Popocatépetl”) use el Recordatorio 2 y escriba (G) en la hoja de respuesta.

3. Si el sujeto da una respuesta alternativa, pero no incorrecta (por ejemplo, “dromedario” por “camello”), use el Recordatorio 3 y escriba (A) en la hoja de respuesta.

Puntuación: El puntaje total MINT se debe calcular utilizando ítems administrados hasta que el sujeto paró de responder. Los Ítems se consideran correctos únicamente cuando se nombran espontáneamente o con la ayuda de una clave semántica. Si el sujeto responde correctamente después de haberle proporcionado una clave fonológica, esta respuesta no se toma en cuenta para el total de respuestas correctas. Ya que MINT evalúa el recuerdo de palabras bajo condiciones de reconocimiento total del objeto. Si el sujeto puede nombrar correctamente tras una clave que revele la identidad del objeto, no se considera un problema de recuerdo de palabras. USD Batería Neuropsicológica (v3.0, marzo 2015): MINT

MINT (Prueba Multilingüe de Denominación)

INSTRUCCIONES Y CLAVES

DIGA: Le voy a enseñar unos dibujos de objetos, uno a la vez. Por favor dígame el nombre de cada objeto, es decir, dígame como se llama. Si ve un dibujo y no puede recordar el nombre, trate de adivinar. Si no sabe qué es el objeto, yo trataré de ayudarlo. ¿Tiene alguna pregunta?

Descontinúe la prueba después de seis fallas consecutivas.

#	Ítem	Clave semántica	Respuesta(s) espontánea(s)	Sin clave	Clave semántica		Clave fonológica	
				correcta	correcta	incorrecta	correcta	incorrecta
1	tambor tambora bombo	un instrumento musical						
2	nube	se encuentra en el cielo						
3	hueso	se encuentra en un esqueleto						
4	candado	se usa para impedir el abrir algo						
5	enfermera	una persona entrenada para cuidar a los que no se sienten bien						
6	payaso	se encuentra en el circo						
7	bruja	una mujer con poderes mágicos						
8	rey	el líder de una monarquía						
9	gso	un animal						
10	nido	es donde los pájaros						
11	recogedor de basura pala de residuos	se usa para retirar polvo y basura						
12	caracol baboso/a	un animal						
13	jaula	un recinto para animales						
14	bufanda chalina rebozo	ropa que se pone sobre el cuello						
15	pluma	se encuentra sobre el cuerpo de un pájaro						
16	arcoiris	es colorido y se encuentra en el cielo después de llover						
17	peluca	se pone sobre la cabeza						

#	Ítem	Clave semántica	Respuesta(s) espontánea(s)	Sin clave	Clave semántica		Clave fonológica	
				correcta	correcta	incorrecta	correcta	incorrecta
18	<u>cremallera</u> <u>zíper</u> <u>cierre</u>	se encuentra sobre diferentes artículos de ropa						
19	<u>puente</u>	se usa para cruzar sobre un cuerpo de agua						
20	<u>tornillo</u> <u>pija</u> <u>chillillo</u>	es como un clavo pero se enrosca en madera o en la pared						
21	<u>pavo real</u> <u>guajolote</u>	un pájaro						
22	<u>enchufe</u> <u>clavija</u>	se encuentra en los aparatos electrónicos						
23	<u>pozo</u> <u>aljibe</u> <u>noria</u>	se usa para obtener agua						
24	<u>ballena</u>	un animal que vive en el mar						
25	<u>embudo</u>	sirve para verter un líquido de un recipiente a otro						
26	<u>paracaídas</u>	se usa para tirarse de un avión						
27	<u>persiana</u>	se usa para bloquear la entrada de luz						
28	<u>bisagra</u>	parte de una puerta						
29	<u>eje</u>	una vara que apoya las ruedas cuando giran						
30	<u>mortero</u> <u>molcajete</u> <u>pilón</u>	se usa para moler diferentes sustancias						
31	<u>yunque</u>	se usa para darle forma al metal						
32	<u>barómetro</u> <u>medidor</u> <u>calibrador</u>	se usa para determinar la presión de aire						

Puntuación: (1.0 punto para cada respuesta correcta bajo las columnas “sin clave” o “clave semántica”. 0.0 puntos para las respuestas correctas bajo la columna “clave fonológica”).

a. Total, correctas sin clave (Columna “sin clave”)

b. Total, correctas con clave semántica (Columna “clave semántica”):

c. Total, correctas (suma a + b, máximo 32):

Mint – 32. En español, Prueba Multilingüe de Denominación en español (32 ítems). El MiNT –32 en español fue adaptado para el UDS-3 por Tamar Gollan, PhD y Katya Rascovsky, PdD.

2.2. Clasificación de los perfiles Psicopatológicos en pacientes observados:

Durante la práctica, se pudo observar la presencia de diversas patologías neurológicas en los pacientes que recurren al dispositivo de EN del servicio de Neurología; los cuales se dividen en dos grupos; según la edad y la especialidad de derivación. A continuación, se presenta una organización de dichos pacientes observados:

Pacientes Adultos Mayores, Derivados de servicio de Salud mental.

Inicialmente, se pudo observar la prevalencia en pacientes más añosos, adultos mayores entre los 65 y 90 años aproximadamente. Una de las principales problemáticas observadas, es que estas personas llegan al servicio sin un diagnóstico, y con sintomatologías manifiestas, razón por la cual no pueden ser medicadas ni acceder a un tratamiento basado en evidencias.

Los pacientes pertenecientes a este grupo mostraron principalmente patologías neurológicas relacionadas con el envejecimiento, tales como:

Demencia: Trastorno progresivo que afecta la memoria, el lenguaje, las habilidades motoras, la percepción, la atención y la capacidad para resolver problemas.

Algunas de las más comunes aquí observadas: Deterioro cognitivo mayor caracterizado por un deterioro cognitivo significativo, que actúa de manera progresiva y empeora con el tiempo, afectando una o más áreas de la función cognitiva, disminuyendo la capacidad para realizar actividades diarias y mantener su autonomía. Ocasionando interferencia en la vida diaria de estos pacientes, dicho déficit afectan actividades como el manejo financiero, la higiene personal, la preparación de alimentos o la movilidad.

Accidentes cerebrovasculares (ACV): Algunos pacientes adultos mayores presentan secuelas de eventos cerebrovasculares, como hemiparesia o dificultad en el habla.

Parkinson: se observó, en algunos casos la presencia de temblores, rigidez muscular y problemas de equilibrio, características del Parkinson u otras enfermedades neurodegenerativas relacionadas.

Pacientes Jóvenes, Derivados de Neurocirugía:

Se observan pacientes más jóvenes que se encuentran en un rango etario entre los 19 y 35 años aproximadamente, derivados de Neurocirugía, donde se evidencia el estado actual en la evolución de una enfermedad ya diagnosticada, y los cambios significativos en la vida de estos pacientes con tratamientos previos, a causa de tumores cerebrales, enfermedades infecciosas del cerebro y traumatismos entre otros.

Este grupo compuesto por pacientes de menor edad, fueron derivados desde el área de Neurocirugía. Las patologías más comunes aquí observadas fueron:

Traumatismo Craneoencefálico (TCE): Se encontraron casos de pacientes jóvenes que habían sufrido hemorragias cerebrales o fracturas craneales.

Tumores cerebrales: Algunos pacientes fueron derivados debido a la presencia de tumores intracraneales, tanto benignos como malignos. Los síntomas comunes incluyen cefaleas persistentes, convulsiones y cambios en la personalidad o el comportamiento.

La práctica permitió observar la diversidad de patologías neuropsicológicas que afectan tanto a pacientes adultos mayores como a pacientes jóvenes. Mientras que en los primeros predominan enfermedades neurodegenerativas, llegando al dispositivo con sintomatología manifiesta y sin un diagnóstico previo, ni tratamiento alguno. En los segundos son más comunes los trastornos traumáticos y los tumores cerebrales.

La correcta evaluación clínica y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y prevenir complicaciones adicionales.

2.3 Pacientes del Servicio de Neurología del Hospital Fernández

En este capítulo examinaremos algunas de los perfiles psicopatológicos en los pacientes observados durante la práctica clínica. Señalando sus características principales y su forma de evolución:

Pacientes Adultos Mayores, Derivados de servicio de Salud mental:

Evaluación Neurocognitiva Paciente (O): Tiene 87 años de edad, de acuerdo con las observaciones conductuales, el paciente se mostró alerta con adecuada comprensión y expresión, y colaboración en la totalidad del proceso. Sus habilidades motoras se observaron adecuadas.

Interpretación de Resultados:

Estado cognitivo Global: La puntuación obtenida en los test de Screening sugiere la probabilidad de deterioro cognitivo.

Atención: La amplitud atencional se presentó reducida. La atención selectiva presentó fallas, con tendencia a respuestas impulsivas. En la velocidad de procesamiento y rastro visual presentó un rendimiento deficitario. La alternancia del foco atencional presentó un rendimiento deficitario con la presencia de perseveraciones que impiden la ejecución de la misma.

Funciones ejecutivas: En la prueba de Screening frontal presentó un rendimiento deficitario en alternancia motora, realización de instrucciones conflictivas, memoria de trabajo verbal y

visual, inhibición de la interferencia y de respuestas automáticas, interpretación del pensamiento abstracto (refranes). La memoria de trabajo verbal y visual presentaron un rendimiento deficitario.

Memoria: La memoria episódica verbal fue evaluada mediante el recuerdo de relatos (menor carga ejecutiva) en la que presentó un rendimiento deficitario tanto en la evocación inmediata como diferida. No pudiendo en esta última, recordar haber escuchado un relato previamente. Cuando se evaluó la capacidad de aprendizaje mediante el listado de palabras, presentó un rendimiento deficitario tanto en la codificación como en el almacenamiento y recuperación del material. Con marcado efecto de presencia en la posición serial y presencia de contaminaciones entre listados. La evocación diferida fue deficitaria, observándose en la tarea de reconocimiento una importante cantidad de falsos positivos que sugieren un almacenamiento comprometido. La memoria visual presentó un rendimiento deficitario, tanto en la evocación libre como en el reconocimiento de la figura.

Visopercepción - Habilidades Visoconstructivas: La realización del reloj presentó dificultades (esfera, números de las horas, posición de las agujas). Las tareas gráficas (figura compleja de Benson y copia de cubo) presentaron un rendimiento deficitario, con distorsión de elementos tanto en tamaño como forma.

Lenguaje: Durante la totalidad del proceso se observó adecuada comprensión de consignas simples, necesitando reiteración y ampliación de las mismas a mayor complejidad. Adecuada expresión verbal. La denominación verbal por confrontación visual presentó un rendimiento descendido. La fluencia verbal fonológica presentó un rendimiento descendido, mientras que la semántica fue esperable.

Aspectos Emocionales/ Conductuales: El cuestionario funcional realizado sugiere la presencia de alteración funcional leve: Necesita ayuda para manejar su propio dinero, salir a comprar sola, manejar su medicación.

Conclusiones: Al momento de la evaluación, la Sra. O. presentó un perfil cognitivo compatible con el diagnóstico de deterioro cognitivo mayor multidominio, con alteración funcional leve. Se sugiere correlacionar los resultados obtenidos con los estudios clínicos de la paciente y de neuroimágenes pertinentes. A sí mismo, se sugiere Rehabilitación neurocognitiva, Orientación y apoyo a familiares.

Evaluación Neurocognitiva Paciente (M): Tiene 68 años de edad, de acuerdo con las observaciones conductuales, el paciente se mostró alerta y globalmente orientada con adecuada expresión y comprensión. Sus habilidades motrices impresionan normales. Colabora en la totalidad del proceso.

Interpretación de Resultados:

Estado Cognitivo Global: Las pruebas de Screening (MoCA, IFS) arrojaron valores esperables.

Atención: Valores esperables.

Funciones ejecutivas: En la prueba de Screening frontal presentó dificultades leves en la alternancia motora y memoria de trabajo verbal y visual.

Valores esperables en memoria de trabajo verbal.

Adecuada alternancia del foco atencional (TMTB).

Adecuada fluencia verbal fonológica.

Ausencia de estrategia y planificación en la copia de la figura compleja.

Memoria: La memoria episódica verbal fue evaluada mediante el recuerdo de una historia. En la evocación inmediata presento un rendimiento esperable al igual que en la evocación diferida. Cuando se evaluó la misma, mediante el aprendizaje seriado de palabras, el rendimiento fue el esperado tanto en la codificación como en el almacenamiento y recuperación del material. Si bien presentó un rendimiento deficitario ante la presentación del listado distractor, evidenciando el mismo alta sensibilidad a la interferencia proactiva (el almacenamiento del listado previo limita el ingreso de nueva información).

Visopercepción - Habilidades Visoconstructivas: Valores esperados.

Lenguaje: Valores esperados.

Aspectos Emocionales / Conductuales: El cuestionario funcional realizado por su hija, reveló la presencia de alteración funcional leve:

Necesita ayuda para:

-
- Manejar su propio dinero.
 - Para hacer compras sola.
 - Recordar citas o fechas importantes.
 - Salir a la calle sin peligro.
 - No puede viajar sola fuera de su barrio.

Conclusiones: Al momento de la evaluación, la Sra. M, presento un perfil cognitivo esperable para su edad y nivel de escolaridad, con la presencia de fallas ejecutivas leves

(ausencia de planificación, sensibilidad a la interferencia proactiva en su rendimiento mnésico). Con presencia de alteración funcional referida por familiar.

Se sugiere: Correlacionar los resultados del informe con la clínica de la paciente y estudios clínicos y de neuroimágenes pertinentes.

Evaluación de estado anímico.

Retesteo dentro de un año para determinar evolución.

Pacientes Jóvenes, Derivados de Neurocirugía:

Evaluación Neurocognitiva a paciente (E): Tiene 19 años de edad, de acuerdo con las observaciones conductuales, la paciente se mostró alerta, con adecuada comprensión y expresión oral, con discurso coherente y acorde a la situación. Colaboró en la totalidad del proceso. Sus habilidades motoras impresionaron bien coordinadas.

Motivo de consulta: Evaluación de control. En tratamiento por epilepsia secundaria a glioma de bajo grado en lóbulo temporal derecho. Evaluación previa (05/2023) se adjuntan resultados de la comparación.

Antecedentes: Cirugía de glioma de bajo grado en lóbulo temporal derecho en septiembre de 2019. En tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico.

Conclusiones: Al momento de la evaluación, la paciente (E), presentó un perfil cognitivo caracterizado por la presencia de alteraciones atencionales y ejecutivas de leves a moderadas (amplitud atencional, velocidad de procesamiento y ejecución, memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva). Compromiso mnésico leve (en la etapa de codificación, con

preservación de almacenamiento y recuperación). Alteraciones de leve a moderada en visoconstrucción (mayor demanda ejecutiva, con preservación de habilidades visoespaciales).

Con rendimiento deficitario en denominación verbal. Sin alteración funcional.

Un perfil cognitivo compatible con el diagnóstico de deterioro cognitivo leve secundario a enfermedad médica.

Se sugiere: Correlacionar los resultados del informe con la clínica de la paciente y estudios clínicos y de neuroimágenes pertinentes. Tratamiento de rehabilitación cognitiva focalizando en los déficits encontrados. Retesteo dentro de un tiempo prudencial para determinar la evolución.

Evaluación Neurocognitiva a paciente (R):

Tiene 33 años de edad, El paciente se mostró colaborador, alerta y globalmente orientado, con adecuada comprensión y expresión. Sus habilidades motoras impresionaron bien coordinadas. Hablando en forma fluente con prosodia y volumen acordes.

Motivo de Consulta: El paciente (R), se encuentra internado en el hospital desde el 30 de septiembre por presentar parestesias en MSD, que posteriormente progresan al MID, asociado a paresia leve de dichas extremidades. En guardia se realiza TC que evidencia imagen hipodensa, localizada a nivel insular. La IRM presenta imagen compatible con glioma de alto grado.

Antecedentes relevantes: Consumo problemático de cocaína a los 18 años. Esporádico al momento de la fecha.

Pruebas Administradas: Stroop test, Ineco Frontal Screening (IFS), Test de Aprendizaje Verbal de Rey (RAVLT), Fluencia Verbal Fonológica y Semántica, Vocabulario (WAIS IV), Test de Denominación de Boston (BNT), Figura compleja de Rey (FCR), Cubos (WAIS IV), Wisconsin Card Sorting test (WCST).

Capítulo 3: Metodología de Estudio:

3.1 Tamaño de la Muestra y justificación:

En la realización de este trabajo, se optó por una muestra no aleatorizada, compuesta por 4 sujetos que cumplieron con los criterios de selección establecidos. Es importante señalar que, debido al reducido tamaño de la muestra, no es representativa de la población en términos estadísticos y, por lo tanto, no puede considerarse estadísticamente válida. El propósito principal de esta muestra fue servir como ejemplo para entender cómo se lleva a cabo la EN, en el ámbito hospitalario. La metodología utilizada en este estudio es de tipo observacional y descriptiva, enfocada en realizar un análisis detallado y didáctico de los procesos de evaluación.

Cabe destacar que, en caso de llevarse a cabo una investigación científica más formal, sería necesario conformar una muestra con un tamaño mínimo (N) que sea estadísticamente representativa de la población a estudiar. Esto permitiría que los resultados puedan generalizarse y tener validez externa. Para investigaciones futuras, es crucial tener en cuenta los principios de aleatorización y selección adecuada de la muestra para garantizar la confiabilidad y validez de los resultados.

3.2 Técnica e instrumentos de recolección de datos

PACIENTE (O) - PERCENTIL: Resultados obtenidos

	Pte. Bruto	T		Z	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
		PERCENTIL			< 1	1	2	7	16	31	50	69	84	93	98	99	99
		M	DS		-3	-2,5	-2	-1,5	-1	0,5	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Screening Cognitivo Global																	
MOCA	11	23,3	4,7	-2,6		x											
Moca índice Memoria	(04/15)																
IFS	7	19,4	3,2	-3,9	x												
Atención / Funciones Ejecutivas																	
Retención dígitos directos	2	6,8	2,1	-2,3			x										
Longitud spam atencional directo	3	5,9	1,3	-2,2			x										
Retención dígitos inverso	1	5,3	2,1	-2,0			x										
Longitud spam atencional inverso	2	4,1	1,3	-1,6				x									
Trail Making A	168	47,7	27,6	-4,4	x												
Trail Making B		135,0	79,9	1,7												x	
Fenómenos Clínicos	TMTA: 1 fallo TMTB: no recuerda el abecedario																
Memoria Episódica																	
Memoria lógica Inmediata textual	4	17,2	7,1	-1,9				x									
Memoria lógica Inmediata Parafraseo	6	13,1	4,7	-1,5				x									
Memoria lógica Diferida textual	0	14,0	6,9	-2,0			x										
Memoria lógica Diferida Parafraseo	0	11,4	5,1	-2,2			x										
RAVLT Total	19	41,6	6,6	-3,4	x												
Ensayo 1	3	5,6	1,4	-1,9				x									
Ensayo 5	5	10,1	1,2	-4,3	x												
Listado Distractor	2	4,2	1,9	-1,2					x								
Ensayo 6	3	7,8	1,8	-2,7		x											
Diferido	1	8,3	2,1	-3,5	x												
Reconocimiento		13,6	2	-6,8	x												
Falsos Positivos																	
Fenómenos Clínicos	Curva de aprendizaje: levemente ascendente. Contaminaciones proactivas entre listados. Reconocimiento: tendencia a la respuesta afirmativa																
Habilidad visuoespacial / visuconstrucción																	
Reloj	3	6,0	1,6	-1,9				x									
Copia Figura Compleja de Benson	11	14,7	1,8	-2,1			x										
Recuerdo Diferido Figura de Benson	0	8,6	3,6	-2,4			x										
Fenómenos Clínicos																	
Lenguaje																	
Multilingual Naming Test MINT	22	27,4	3,6	-1,5				x									
Fluencia Fonológica M & P	8	23,1	8,6	-1,8				x									
Fluencia Semántica Animales	13	16,0	4,7	-0,6					x								
Fluencia Semántica Vegetales	9	12,9	3,5	-1,1					x								
Aspectos conductuales / funcionales																	
Cuestionario Funcional (FAQ)	8	Presencia de alteración funcional															
Normal/Esperable: Z= mayor a -1. Normal Bajo Z= hasta -1,5. Descendido: Z= entre -1,5 y -2 Deficitario: Z= mayor a -2.																	

PACIENTE (M) – PERCENTIL: Resultados obtenidos.

	Pte. Bruto	T			20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
		PERCENTIL			< 1	1	2	7	16	31	50	69	84	93	98	99	99
		M	DS	Z	-3	-2,5	-2	-1,5	-1	0,5	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Screening Cognitivo Global																	
MOCA	24	25,2	3,6	-0,3						x							
Índice de Memoria Moca	11/15																
IFS	23	23,7	2,3	-0,3						x							
Atención / Funciones Ejecutivas																	
Retención dígitos directos	6	7,2	2,3	-0,5					x								
Longitud spam atencional directo	6	6,1	1,3	-0,1						x							
Retención dígitos inverso	5	6,2	2,2	-0,5					x								
Longitud spam atencional inverso	4	4,5	1,2	-0,4						x							
Trail Making A	55	35,3	18,6	-1,1				x									
Trail Making B	145	109,6	67,6	-0,5					x								
Fenómenos Clínicos	TMTB: 1 fallo atencional																
Memoria Episódica																	
Memoria lógica Inmediata textual	13	19,5	7,0	-0,9					x								
Memoria lógica Inmediata Parafraseo	13	14,5	4,4	-0,3						x							
Memoria lógica Diferida textual	8	17,2	6,9	-1,3				x									
Memoria lógica Diferida Parafraseo	10	13,5	4,7	-0,7					x								
RAVLT	47	49,4	7,5	-0,3						x							
Ensayo 1	6	6,3	2,1	-0,1						x							
Ensayo 5	11	11,9	1,6	-0,6					x								
Listado Distractor	3	5,6	1,2	-2,2			x										
Ensayo 6	10	9,4	2,3	0,3						x							
Diferido	10	10,2	2,5	-0,1						x							
Reconocimiento	14	11,3	2,8	1,0							x						
Falsos Positivos	4																
Fenómenos Clínicos	Curva de aprendizaje: Ascendente																
Habilidad visuoespacial / visuconstrucción																	
Copia Figura Compleja de Benson	14	15,1	1,6	-0,7					x								
Recuerdo Diferido Figura de Benson	10	11,0	3,0	-0,3						x							
Fenómenos Clínicos	Estrategia de copia: Yuxtaposición de elementos																
Lenguaje																	
Multilingual Naming Test MINT	25	28,2	2,9	-1,1					x								
Fluencia Fonológica M & P	43	25,2	8,6	2,1											x		
Fluencia Semántica Animales	22	18,4	4,7	0,8							x						
Fluencia Semántica Vegetales	23	14,5	3,9	2,2											x		
Aspectos conductuales / funcionales																	
Cuestionario Funcional (FAQ)	13	Presencia de alteración funcional															
INTERPRETACIÓN:																	
Normal/Esperable: Z= mayor a -1. Normal Bajo Z= hasta -1,5. Descendido: Z= entre -1,5 y -2 Deficitario: Z= mayor a -2.																	

PACIENTE (E) - PERCENTIL: Resultados obtenidos:

	Pte. Bruto	T		Z	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
		PERCENTIL			<1	1	2	7	16	31	50	69	84	93	98	99	99
		M	DS		-3	-2,5	-2	-1,5	-1	0,5	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Screening Cognitivo Global																	
MOCA	19	27,4	3,0	-2,80		x											
Índice Memoria		12/15															
Atención / Funciones Ejecutivas																	
Spam verbal dígitos directo	4	6,7	1,3	-2,08			xo										
Spam Dígitos inverso	3	5,0	1,5	-1,33				x	o								
Spam visual dígitos directo	6	6,7	1,3	-0,54					x								
Spam Visual Dígitos inverso	5	5,0	1,5	0,00						x							
Trail Making A	48	29,5	10,2	-1,81			x		o								
Trail Making B	160	71,3	25,7	-3,45	x	o											
SDMT	28	54,4	8,3	-3,18	xo												
Fluencia Fonológica	12	16,3	6,1	-0,70					xo								
Fenómenos Clínicos																	
Memoria Episódica																	
RAVLT Total	50	57,4	5,9	-1,25			o		x								
Ensayo 1	6	8	1,8	-1,11				o	x								
Ensayo 5	13	13,3	1,4	-0,21			o			x							
Listado Distractor	3	7,5	1,6	-2,81	o	x											
Ensayo 6	12	12,1	1,4	-0,07				o		x							
Diferido	11	11,8	2,5	-0,32						xo							
Reconocimiento	15	13,6	2,1	0,67						o	x						
Falsos Positivos	0																
Lógica Inmediata	26	5	10	3	-1,67			xo									
Lógica Diferida	17	6	10	3	-1,33				xo								
Figura Rey Diferida	8	25,1	4,7	-3,64	Xo												
Fenómenos Clínicos																	
Habilidad visoespacial / visoconstrucción																	
Reloj	4	6,0	1,6	-1,25					x								
Cubos (WAIS IV)	24	5	10,0	3,0	-1,67			xo									
Figura compleja de Rey Copia	24	35,1	1,81	-6,13	X			o									
Tiempo copia	386	244,2	71,2	-1,99		o	x										
Fenómenos Clínicos																	
Lenguaje																	
Boston Naming Test	39	50,9	4,6	-2,59		x		o									
Fluencia Semántica	17	20,9	5,6	-0,70						xo							
REFERENCIAS PARA LA INTERPRETACIÓN: x: evaluación actual o: evaluación previa (mayo 2023)																	
Normal/Esperable: Z= mayor a -1. Normal Bajo Z= hasta -1,5. Descendido: Z= entre -1,5 y -2 Deficitario: Z= mayor a -2.																	

PACIENTE (R) - PERCENTIL: Resultados obtenidos:

	Pte..	T		Z	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
		PERCENTIL			< 1	1	2	7	16	31	50	69	84	93	98	99	99
		M	DS		-3	-2,5	-2	-1,5	-1	0,5	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Atención / Funciones ejecutivas																	
IFS	18/30																
Dígitos Directo	5	6,6	1,4	-1,14					•								
Dígitos orden inverso	4	4,9	1,4	-0,64						•							
Trail Making A	50	50	10	0,00							•						
Trail Making B	43	50	10	-0,70						•							
Fluencia Fonológica	9	12,8	3,9	-0,97						•							
STROOP Palabras	40	50	10	-1,00					•								
STROOP Colores	40	50	10	-1,00					•								
STROOP Palabras-Color	36	50	10	-1,40					•								
STROOP Interferencia	44	50	10	-0,60						•							
WCST N° errores	41	50	10	-0,90						•							
WCST Rtas. PERSEVERATIVAS	45	50	10	-0,50						•							
WCST Error PERSEVERATIVO	44	50	10	-0,60						•							
Errores NO PERSEVERATIVOS	41	50	10	-0,90						•							
Fenómenos Clínicos																	
Memoria Episódica																	
Lógica Inmediata	23	50	10	-2,70		•											
Lógica Diferida	33	50	10	-1,70				•									
RAVLT Total	50	48,6	10,3	0,14							•						
Ensayo 1	8	6,3	1,7	1,00									•				
Ensayo 5	10	11,6	2,5	-0,64						•							
RAVLT 6	10	9,8	3,3	0,06							•						
Diferido	11	10	2,3	0,43							•						
Reconocimiento	13	12,7	2,5	0,12							•						
Falsos Positivos	0																
Figura Rey Diferida	14	23,8	4,5	-2,18			•										
Fenómenos Clínicos	Curva de aprendizaje: levemente ascendente. En memoria lógica, sensibilidad interferencia proactiva																
Habilidad visoespacial / visuconstrucción																	
Cubos (WAIS IV)	30	50,0	10,0	-2,00			•										
Figura compleja de Rey Copia	31	35,4	2,5	-1,76				•									
Tiempo copia	200	188	57,4	-0,21							•						
Fenómenos Clínicos	Estrategia de copia: yuxtaposición de elementos																
Lenguaje																	
Boston Naming Test	55	51,2	3,8	1,00									•				
Vocabulario (WAIS IV)	37	50	10	-1,30					•								
Fluencia Semántica	14	16,5	2,8	-0,89						•							
REFERENCIAS PARA LA INTERPRETACIÓN:																	
Normal/Esperable: Z= mayor a -1. Normal Bajo Z= hasta -1,5. Descendido: Z= entre -1,5 y -2. Deficitario: Z= mayor a -2.																	

3.1 Procesos de evaluación, grupo de pacientes elegidos:

Pacientes	Motivo de consulta	Diagnostico	Medicación antecedentes rehabilitación tratamiento preventivo
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente (O) • Edad: 87 años • Escolaridad: Primario completo • Estado civil: Viuda • Ocupación: Costurera 	<p>La paciente concurre acompañada por su cuidadora, a pedido de su hija. Refiere que su hija tiene intenciones de adueñarse de su casa, lo cual genera conflictos familiares. En cuanto a su estado de salud, menciona que está bien de la memoria, aunque presenta ciertas alteraciones funcionales leves.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico: Deterioro cognitivo mayor multidominio, Con alteraciones funcionales leves. 	<ul style="list-style-type: none"> • NO esta medicada. • Antecedentes: Niega antecedentes psiquiátricos personales. • Niega antecedentes familiares de enfermedad neurológica. • Rehabilitación Neurocognitiva. • Orientación y apoyo a familiares.
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente (M): • Edad: 68 años • Escolaridad: Secundario completo • Estado civil: Viuda • Ocupación: Cosmiatra 	<p>La Sra. M, refiere haber consultado a la neuróloga por alucinaciones visuales que tuvo hace tres meses, en un episodio en el que refiere habersele mezclado los medicamentos del pastillero, habiendo tomado alcohol con los mismos. Relata haber visto imágenes proyectadas en la pared, que no le generaron temor y a las que podía atribuirle su carácter ilusorio.</p>	<p>Presento un perfil cognitivo esperable para su edad y nivel de escolaridad, con la presencia de fallas ejecutivas leves (ausencia de planificación, sensibilidad a la interferencia proactiva en su rendimiento mnésico).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicación: Hidroclorotiazida • Alprazolam • Sertralina • Antecedentes: Niega antecedentes psiquiátricos personales. • Presenta antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer: madre (comenzó después de los 70 años). • Rehabilitación Neurocognitiva: Evaluación de estado anímico.

<p>Pacientes</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Retesteo dentro de un año para determinar evolución.
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente (E) • Edad: 19 Años. • Escolaridad: • Terciario en curso (1er año) • Estado civil: Soltera • Ocupación: • Estudiante 	<p>Evaluación de control, por tratamiento de Epilepsia secundaria a glioma de bajo grado en lóbulo temporal derecho.</p>	<p>Evaluación previa (05/2023). Diagnóstico de deterioro cognitivo leve secundario a enfermedad médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicación: • Lamotrigina • Sertralina. • Antecedentes: Cirugía de glioma de bajo grado, en lóbulo temporal derecho. • (Crisis convulsiones hace 3 meses). • Rehabilitación: • se sugiere rehabilitación cognitiva focalizado en los déficits encontrados.
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente (R) • Edad: 33 Años • Escolaridad: • Secundario Incompleto (2do. Año). • Estado civil: Soltero • Ocupación: Empleado en Logística - carga y descarga 	<p>Internación por presentar parestesias en MSD, que posteriormente progresan al MID, asociado a paresia leve de dichas extremidades.</p>	<p>Evidencia imagen hipodensa localizada a nivel insular. La IRM presenta imagen compatible con glioma de alto grado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes relevantes: Consumo problemático de cocaína.

3.4 Caracterización Clínica y Sociodemográfica.

Características Sociodemográficas	Factores de Riesgo
Edad	Sedentarismo
Sexo	Depresión
Estrato socioeconómico	Ansiedad
Años de escolaridad	Antecedentes familiares
Profesión	Accidentes / enfermedades
Convivencia	
Estado civil	

Capítulo 4. Importancia del Diagnóstico

Según Horacio Argente (2020), “en medicina, se ha perdido el concepto del paciente como sujeto, al que hay que acompañar y escuchar. La enfermedad no es una mera falla biológica en una maquinaria, sino la pérdida del proyecto de vida, por lo que hay que acercarse lo más posible a la persona para encontrar su dolencia.

El arte del diagnóstico médico ha sido definido por Laín Entralgo en 1982, quien expuso que el Diagnóstico médico es el conocimiento técnico, y por lo tanto operativo, del estado de salud en que ocasional o habitualmente se encuentra un individuo; si tal estado es la sanidad, para conservarlo o mejorarlo, y si es la enfermedad, para descubrir la índole y la estructura de esta o intentar curarla”. Es el arte de identificar una enfermedad a través de los signos y síntomas que el paciente presenta.

El término diagnóstico se deriva del griego *diagnostikós* y significa “distinto, que permite distinguir”. Desde el punto de vista técnico, el diagnóstico, es uno de los momentos más importantes de la actividad médica, constituye el acto inicial de la relación profesional con el paciente, cuya finalidad es identificar y determinar la naturaleza y las causas de la patología. De él depende la elección del tratamiento adecuado y el momento cuando se indica al paciente cuál es la enfermedad o mal que lo afecta, después le brinda información necesaria.

Diagnóstico clínico: hace referencia a la identificación y clasificación de enfermedades físicas o fisiológicas basadas en síntomas, signos y pruebas objetivas.

El diagnóstico clínico requiere tener en cuenta dos aspectos de la lógica: el análisis y la síntesis, utilizando ciertas herramientas como la anamnesis, la historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias. Este diagnóstico se apoya en pruebas físicas, análisis de laboratorio y estudios que permiten confirmar la presencia de una patología o enfermedad.

Se basa en una observación más objetiva y medible del cuerpo y sus alteraciones. Su principal objetivo es proporcionar una descripción precisa de la enfermedad para guiar el tratamiento, que puede incluir medicamentos, cirugías o terapias físicas. Además, permite la comunicación entre profesionales de la salud para la gestión del paciente.

Diagnóstico en Salud Mental: hace referencia a la identificación de trastornos psicológicos o psiquiátricos, que son más complejos y subjetivos. Implica la evaluación de los síntomas, comportamientos, pensamientos y experiencias de un paciente dentro de un contexto psicológico, social y cultural. Aunque también se basa en criterios establecidos (como el DSM o la CIE), el diagnóstico en salud mental requiere una evaluación integral que puede incluir entrevistas, cuestionarios y observaciones clínicas, influido por la interpretación subjetiva de

los síntomas del paciente. Además, el diagnóstico puede ser variable y evolucionar con el tiempo. El diagnóstico en salud mental no solo busca clasificar el trastorno, sino también entender el contexto del paciente, sus necesidades y expectativas, así como guiar la intervención terapéutica de manera personalizada. Es un proceso más holístico que considera los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente.

Según Kaplan y Sadock (2011), el diagnóstico psiquiátrico implica la evaluación clínica del paciente para identificar los trastornos mentales basados en una serie de criterios descritos en manuales como el DSM o la CIE. Estos manuales proporcionan una lista de criterios diagnósticos y síntomas específicos que deben estar presentes para que se haga un diagnóstico formal. Buchanan y Neisser (2007), argumentan que el diagnóstico en salud mental debe ser comprendido no solo como una categorización de síntomas, sino también como una herramienta que debe considerar el contexto del paciente y la interpretación de los mismos dentro de su entorno social y cultural.

Por otra parte, Meyer (2005), subraya la importancia de entender el diagnóstico desde un enfoque holístico, considerando no solo aspectos biológicos y psicológicos, sino también el entorno social y el impacto que la cultura tiene sobre la manifestación de los trastornos mentales. De esta forma, el diagnóstico no debe verse únicamente como un etiquetado de un individuo, sino como una guía para la intervención terapéutica que respeta las características individuales del paciente. Autores Como Horwitz y Wakefield (2007), discuten el diagnóstico clínico, debaten sobre la medicalización de las condiciones humanas, y cómo ciertos comportamientos y experiencias pueden ser etiquetadas como trastornos debido a presiones sociales o culturales, más que a una base estrictamente científica.

La noción de “enfermedad” para referirse al padecimiento subjetivo despierta polémica. En medicina, el concepto de enfermedad se usa para describir una alteración o desviación respecto de un estado normal, que contiene síntomas y signos característicos; se trata de una entidad mórbida que es posible estudiar y conocer en su evolución. En psicopatología, aquellas enfermedades que se clasifican, describen, diagnostican sean entidades a las que se puede otorgar el mismo estatuto que otros cuadros elaborados desde otras ramas de la medicina. En general, cuando se halla un origen biológico de alguna “enfermedad” se clasifica como “mental” - por ejemplo, la epilepsia, ésta deja de serlo y pasa a formar parte de otra clasificación, en este caso, de la neurología. Es por ello, que las clasificaciones vigentes para el campo de la salud mental han optado por el concepto de “trastorno” es equivalente a “malestar”; tiene carácter variable, pero, sobre todo, precario en términos científicos. (Barukel, 2018).

El DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición).

Es una herramienta fundamental para el diagnóstico de trastornos mentales en la práctica clínica. Su importancia radica en que proporciona un marco estandarizado y detallado para la identificación, clasificación y tratamiento de las diversas patologías mentales. A continuación, se destacan algunos puntos clave sobre la importancia del diagnóstico según el DSM-5 (2013),

1. **Estandarización del diagnóstico:** El DSM-5 ofrece criterios diagnósticos específicos y estandarizados para una amplia gama de trastornos mentales, lo que facilita la uniformidad en el diagnóstico entre profesionales de la salud. Al basarse en estos criterios, los médicos y psicólogos pueden asegurar que están utilizando una referencia común. Lo que reduce el riesgo de errores y malentendidos en el diagnóstico.

2. **Guía para el Tratamiento:** El diagnóstico correcto de un trastorno mental basado en los criterios del DSM-5 es crucial para la selección de las estrategias de tratamiento adecuadas. Dependiendo del trastorno, se puede aplicar terapias farmacológicas, psicoterapéuticas o una combinación de ambas. El diagnóstico preciso permite personalizar el tratamiento según las necesidades específicas del paciente.

3. **Facilita la Comunicación Profesional:** El DSM-5 facilita la comunicación entre los profesionales de la salud, ya que ofrece una terminología común y un conjunto de criterios diagnósticos que son ampliamente reconocidos. Esto es esencial en el ámbito clínico, donde se puede consultar múltiples profesionales (Psiquiatras, psicólogos, terapeutas, etc.) Y se necesita una referencia común para evaluar y tratar a los pacientes.

4. **Investigaciones y Avances Científicos:** El DSM-5 juega un papel crucial en la investigación clínica, ya que permite categorizar y clasificar de manera precisa los trastornos mentales, lo que facilita el diseño de estudios de investigación. Los diagnósticos estandarizados permiten a los investigadores comparar y analizar datos de manera efectiva, y contribuyen al desarrollo de nuevas intervenciones terapéuticas basadas en evidencia.

5. **Mejor Comprensión del Paciente:** El diagnóstico según el DSM-5 no solo se centra en los síntomas observables, sino que también considera el impacto funcional que los trastornos mentales tienen en la vida del paciente. Esto permite obtener una visión más completa de cómo los síntomas afectan la vida cotidiana del paciente, sus relaciones interpersonales, su trabajo, etc.

6. **Diagnóstico Diferencial:** El DSM-5 también es útil para realizar diagnósticos diferenciales, es decir, para diferenciar entre trastornos que tienen síntomas similares. Esta distinción es clave, ya que un diagnóstico erróneo puede llevar a tratamientos inadecuados y a la perpetuación de los síntomas.

7. **Consideraciones Culturales y Contextuales:** El DSM-5 reconoce que los trastornos mentales no se presentan de manera homogénea en todas las culturas. Aporta directrices sobre cómo considerar el contexto cultural del paciente al hacer el diagnóstico, lo cual es crucial para evitar diagnósticos erróneos.

8. **Mejora la Calidad de Vida de los Pacientes:** Un diagnóstico correcto en el DSM-5 puede llevar a una intervención temprana, lo que, a su vez, mejora la calidad de vida del paciente. Diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados pueden reducir el sufrimiento, mejorar las relaciones personales, y aumentar la productividad laboral y educativa del paciente.

Cabe mencionar que, en las diversas intervenciones realizadas, por la profesional a cargo, se utilizaron los criterios diagnósticos para clasificar el trastorno cognitivo del DSM 5 y se revisaron las pruebas, las historias médicas, y los síntomas cognitivos informados.

4.1 Diagnóstico de Trastorno Cognitivo Leve (TCL) Y Trastorno Cognitivo Mayor (TCM).

Se basa en una evaluación detallada de los síntomas cognitivos y funcionales (American Psychiatric Association, 2013).

Son condiciones que se describen en el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición) y se caracterizan por una disminución en las funciones cognitivas, como la memoria, el pensamiento, el juicio y la orientación. La principal diferencia entre ambos trastornos radica en la gravedad de los síntomas y el impacto en la vida diaria del paciente.

El Trastorno Neurocognitivo Leve (TCL): Se refiere al deterioro en las funciones cognitivas (como la memoria, el lenguaje o las habilidades de razonamiento), que es superior al esperado para la edad del individuo, pero que no interfiere significativamente con las actividades diarias o la autonomía.

El Trastorno Neurocognitivo mayor (TCM): Es un trastorno adquirido que afecta a entre 1 y 2% de los adultos a los 65 años y al 30% de los adultos a los 85 años. Por otra parte, el rendimiento cognitivo también se evalúa a través de una evaluación neuropsicológica objetiva, con un rendimiento comparado con las normas apropiadas para la edad del paciente, el nivel educativo y los antecedentes culturales, para determinar si el rendimiento dentro de los dominios cognitivos cae por debajo del nivel esperado. El desempeño del deterioro neurocognitivo cae dentro de 2 o más desviaciones estándar por debajo del promedio (percentil 3 o inferior).

La distinción clave entre el trastorno neurocognitivo mayor y el leve es que las personas con un trastorno neurocognitivo mayor experimentan una disminución sustancial de la función que incluye una pérdida de independencia como resultado de un deterioro cognitivo profundo, mientras que las personas con un trastorno neurocognitivo leve experimentan solo un deterioro cognitivo modesto y, como resultado, funcionan de manera relativamente independiente.

Los trastornos cognitivos implican alteraciones en las capacidades cognitivas, como la memoria, la resolución de problemas y la percepción. Los déficits cognitivos se adquieren y no se desarrollan. Aunque los trastornos cognitivos están presentes en muchos trastornos mentales (por ejemplo, la esquizofrenia, los trastornos bipolares), solo los trastornos cuyas características básicas son cognitivas se incluyen en los trastornos neurocognitivos. Los cuales representan un deterioro en la cognición que no ha estado presente desde el nacimiento o el período de desarrollo temprano, por lo tanto, las personas con este trastorno experimentan una disminución de un nivel de funcionamiento previamente alcanzado.

Los trastornos neurocognitivos ocurren con mayor frecuencia en adultos mayores, pero también pueden afectar a personas más jóvenes. La capacidad cognitiva reducida puede incluir problemas con la atención compleja, el funcionamiento ejecutivo, el aprendizaje y la memoria, el lenguaje expresivo y receptivo, las habilidades perceptivas y motoras, los cambios comportamentales y los problemas para realizar las tareas diarias.

Estos síntomas pueden ser causados por una afección neurodegenerativa, como la enfermedad de Alzheimer, la demencia, la degeneración lobar frontotemporal o la demencia con cuerpos de Lewy. También puede ser causado por enfermedades como la enfermedad de Parkinson o la enfermedad de Huntington, o una lesión cerebral traumática o un derrame cerebral. Los trastornos neurocognitivos también pueden desarrollarse como resultado del abuso de sustancias o del VIH.

4.2 Consideraciones para Trastornos Menos Comunes:

La Demencia Frontotemporal (DFT) se caracteriza por un deterioro progresivo en áreas específicas del cerebro, que afectan principalmente las funciones sociales y emocionales (American Psychiatric Association, 2013).

Características principales: La (DFT): afecta principalmente los lóbulos frontales y temporales del cerebro. Los pacientes suelen presentar alteraciones en la conducta, la personalidad, el lenguaje y la función ejecutiva. Se conocen como trastornos frontotemporal, tienden a ocurrir a una edad más temprana que otras demencias.

Aproximadamente el 60% de las personas con demencia frontotemporal tienen entre 45 y 64 años. Son progresivas, lo que significa que los síntomas empeoran con el tiempo. (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA), 2024).

Los síntomas de la (DFT) y los trastornos relacionados pueden incluir: Menos energía y motivación, falta de interés en los demás; conductas inapropiadas e impulsivas; falta de consideración con los demás; repetición de actividad o de una palabra una y otra vez; cambios en las preferencias alimentarias y consumo compulsivo de alimentos; descuido higiene personal; exceso o falta de reacción emocional; dificultad para pronunciar o comprender el habla; incapacidad para realizar movimientos comunes, como usar el tenedor; problemas con el equilibrio al caminar; movimientos lentos, rigidez corporal; manos temblorosas; debilidad y pérdida muscular.

Los medicamentos, como los antidepresivos y los antipsicóticos, pueden ayudar a tratar ciertos problemas de conducta; los grupos de apoyo también pueden ser un recurso muy valioso para las personas con (DFT) y sus cuidadores, para compartir experiencias y consejos con otras personas que pueden estar en la misma situación.

Pruebas que son utilizadas para la evaluación de DFT:

- **Pruebas de función ejecutiva:** Dado que la DFT se asocia a una afectación de la toma de decisiones, planificación y control inhibitorio, pruebas como el *Trail Making Test (TMT)* son útiles para evaluar la flexibilidad cognitiva y las habilidades ejecutivas.
- **Pruebas de Lenguaje:** La **DFT** Puede afectar la producción y comprensión del lenguaje, por lo que es importante incluir pruebas como el Boston Naming Test (BNT), la prueba de la fluidez verbal, (en donde se pide al paciente que diga tantas palabras como pueda dentro de un límite de tiempo, ya sea comenzando con una letra específica o dentro de una categoría semántica), y evaluaciones de gramática y sintaxis.
- **Escalas de comportamiento:** La evaluación de cambios de personalidad, el comportamiento social y las emociones pueden incluir cuestionarios como el Frontal Behavioral Inventory (FBI).
- **Observación de Comportamientos durante la Evaluación:** Además de las pruebas estandarizadas, las observaciones del comportamiento del paciente durante la evaluación son fundamentales. Las dificultades en la concentración, la frustración o la ansiedad pueden interferir en los resultados de las pruebas, y esto debe ser tenido en cuenta.

Uso de técnicas Neuropsicológicas Complementarias: Como la evaluación de la Velocidad de procesamiento (a través de pruebas de tiempo limitado), que puedan ayudar a detectar problemas en la ejecución rápida de tareas, que son comunes en Enfermedad de Parkinson o Enfermedad de Alzheimer.

Capítulo 5. Consideraciones Éticas.

Los datos fueron recolectados bajo la modalidad de consultas rutinarias de atención clínica, observados durante la práctica, cumpliendo con los principios éticos de respeto por las personas, conforme la normativa nacional vigente en esta materia, a saber:

Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657), que establece en el Art. 1°: “... asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

Ley de protección de datos personales “Habeas Data” (Ley N° 25.326) conforme su Art. 1°: “La presente ley tiene por objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos, u otros medios técnicos de tratamiento de datos, sean estos públicos, o privados destinados a dar informes, para garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas, así como también el acceso a la información que sobre las mismas se registre, de conformidad a lo establecido en el artículo 43, párrafo tercero de la Constitución Nacional. Las disposiciones de la presente ley también serán aplicables, en cuanto resulte pertinente, a los datos relativos a personas de existencia ideal.

“En ningún caso se podrán afectar la base de datos ni las fuentes de información periodísticas.”

Conclusión.

Las demencias representan una de las patologías más impactantes para la población, con consecuencias tanto para los pacientes como para sus cuidadores, además de un alto costo económico. Durante la práctica, se evidenció que estos trastornos son más prevalentes en pacientes de edad avanzada, quienes frecuentemente llegan al servicio sin diagnóstico y con síntomas manifiestos. Esta situación es problemática, ya que impide que los pacientes accedan a tratamientos basados en evidencias, retrasando el diagnóstico, y afectando negativamente el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

Es crucial enfatizar la importancia del proceso de EN, teniendo en cuenta que, los pacientes pudieron recibir un diagnóstico certero, lo que permitió intervenir en factores preventivos y retrasar la progresión de la enfermedad, percibir alivio y recibir información clara sobre su estado.

Gracias a la **EN**, los pacientes pudieron acceder a tratamientos que les permitieron retrasar el deterioro, preservar capacidades e incluso mejorar su desempeño cognitivo. Este procedimiento se realiza anualmente, adaptándose al grado de dificultad del paciente, para mantener la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida.

Además, es interesante ver la convergencia de los resultados obtenidos mediante **EN**, con el diagnóstico por imágenes, y observar detalladamente como ambas metodologías se complementan de manera afectiva.

Desde una perspectiva personal, fue muy satisfactorio observar el alivio de los pacientes, después de recibir las devoluciones por la profesional. La angustia inicial, evidenciada en su discurso y lenguaje gestual, se transformaba en preguntas como “¿Entonces no estoy tan

mal?”, lo que reflejaba un cambio positivo. Aunque los resultados de los test no siempre eran óptimos, se podían identificar algunos rasgos de trastornos neurodegenerativos primarios, lo que permitía realizar una detección temprana e intervenir con medidas preventivas para ralentizar la progresión de la enfermedad.

Sin embargo, es importante reconocer las limitaciones de este estudio. La muestra utilizada fue pequeña, lo que impide generalizar los resultados a una población más amplia. Para futuras investigaciones, se podrían considerar varios enfoques, como el uso de la EN para medir otras variables psicológicas y su aplicabilidad en diferentes poblaciones.

Sería interesante evaluar su eficacia como herramienta de cribaje en poblaciones más diversas, o incluso en etapas más tempranas de la vida, antes de que los síntomas se hagan manifiestos.

Por otro lado, la integración de Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el proceso de evaluación neuropsicológica, así como su relación con avances en neurociencias, abre nuevas posibilidades para mejorar la precisión y accesibilidad de los diagnósticos.

Estas áreas de investigación podrían expandir el alcance de la EN y fortalecer su utilidad en la práctica clínica, contribuyendo a la detección temprana, prevención y tratamiento de diversas condiciones neuropsicológicas.

Bibliografía:

Abusamra, V., Miranda, M. A., & Ferreres, A. (2007). Evaluación de la iniciación e inhibición verbal en español: Adaptación y normas del test de Hayling. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 9, 19–32.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Argente, H. (2020). *Diagnóstico médico: Atención al paciente*. Mawil.

Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica. Manual Moderno*. (Capítulo 1, pp. 1-9). Editorial El Manual Moderno. Recuperado de <https://archive.org/details/ardila-alfredo-y-rosselli-monica-neurops-2/page/n3/mode/2up?view=theater>.

Baddeley, A. D., & Hitch, G. (1974). Working memory. En G. H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 8, pp. 47–89). Academic Press.

Barukel, A. (2018). Clasificaciones y noción de enfermedad: El problema del concepto de enfermedad en medicina y psicopatología. *SciELO Brasil*. Recuperado de <https://www.scielo.br/sdeb>.

Buchanan, R. W., & Neisser, U. (2007). Mental disorders: Diagnosis and treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 41(4), 300-311. <https://doi.org/10.1097/00005650-198909000-00003>.

Buenos Aires Ciudad. (s.f.). Historia del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Recuperado de <https://buenosaires.gob.ar/salud/hospitales-y-establecimientos-de-salud/hospital-fernandez/historia-del-hospital>

Burgess, P. W., & Shallice, T. (1997a). The Hayling Test. Northern Speech Services & National Rehabilitation Services Inc.

Burgess, P. W., & Shallice, T. (1997b). The Hayling and Brixton Tests. Thurston, Suffolk: Thames Valley Test Company.

Castiglioni, S., Pelati, O., Zuffi, M., Somalvico, F., Marino, L., Tentorio, T., et al. (2006). The Frontal Assessment Battery does not differentiate frontotemporal dementia from Alzheimer disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 125–131.

Clark, L., & Manes, F. (2004). Social and emotional decision-making following frontal lobe injury. *Neurocase*, 10, 398–403.

Clark, L., Manes, F., Antoun, N., Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (2003). The contributions of lesion laterality and lesion volume to decision-making impairment following frontal lobe damage. *Neuropsychologia*, 41, 1474–1183.

Cullen, B., O'Neill, B., Evans, J. J., Coen, R. F., & Lawlor, B. A. (2007). A review of screening tests for cognitive impairment. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 78, 790–799.

Cummings, J. L. (1993). Frontal-subcortical circuits and human behavior. *Archives of Neurology*, 50, 873–880.

Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., & Pillon, B. (2000). The FAB: A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55, 1621–1626.

Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. (s.f). Epidemiología, diagnóstico y pruebas cognitivas de demencias en APS. Recuperado de <https://medicina.uc.cl/publicacion/epidemiologia-diagnostico-y-pruebas-cognitivas-de-demencias-en-aps/>

Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. (s.f). Unidad de Neurología. Recuperado de https://hospital-fernandez.org/index.php?sec=especialidades_neurologia

Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. (2024, 9 de julio). Demencia frontotemporal. National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/news/dementia-frontotemporal>

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2011). Tratado de psiquiatría (9ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Meyer, B. (2005). The cultural context of mental health diagnosis. *Psychological Review*, 55(3), 267-276.

Morris, J. C., Weintraub, S., Chui, H. C., Cummings, J., DeCarli, C., Ferris, S., Norman, F., Galasko, D., Graff-Radford, N., Peskind, E., & Beekly, D. (2006). The Uniform Data Set (UDS): Clinical and cognitive variables and descriptive data from Alzheimer Disease Centers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20(4), 210-216. <https://doi.org/10.1097/01.wad.0000213865.09806.92>

Nasreddine, Z. S. (2017). Montreal Cognitive Assessment [Evaluación Cognitiva Montreal] (MOCA) Versión 8.1: Instrucciones para la administración y puntuación de los resultados. Recuperado de <https://championsforhealth.org/wp-content/uploads/2018/12/MOCA-8.1-Spanish.pdf>

Neuroenlaza. (s.f.). Inicio. Recuperado de <https://www.neuroenlaza.cl/inicio>.

Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8.

TopDoctors. (s.f.). Objetivos de la evaluación neuropsicológica. Recuperado de <https://www.topdoctors.com.ar/articulos-medicos/objetivos-de-la-evaluacion-neuropsicologica/>

Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., López, P., & Manes, F. (2009). INECO Frontal Screening (IFS): Una herramienta psicométrica para evaluar funciones ejecutivas en demencia. *Neurología Argentina*, 1(1), 1–10. Recuperado de <https://www.ineco.org.ar/wp-content/uploads/Ineco-Frontal-Screening.docx-1.pdf>

Universidad de Washington. (2015). Batería Neuropsicológica UDS3 - Versión en español [Prueba psicológica]. National Alzheimer's Coordinating Center. Recuperado de <https://files.alz.washington.edu/documentation/uds3-np-worksheets-stimuli-sp.pdf>

Wilson, C. F. (2019). Epidemiología, diagnóstico y pruebas cognitivas de demencias en APS. En I. Mora M. (Ed.), Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina. <https://medicina.uc.cl/publicacion/epidemiologia-diagnostico-y-pruebas-cognitivas-de-demencias-en-aps/>.