



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Doctorado y Maestría en Psicología

Residencia en Neuropsicología Clínica

---

## **“INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UN CASO DE CRISIS UNCINADAS”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

Presenta

**NÍVEA AZUCENA CHÁVEZ PERAZA**

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. JUDITH SALVADOR CRUZ

COMITÉ TUTORIAL: MTRA. LILIA MESTAS HERNÁNDEZ

MTRA. MARÍA DEL PILAR ROQUE HERNÁNDEZ

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

DRA. CECILIA GUADALUPE SILVA GUTIÉRREZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

### ***A Vladi...***

*Quien ha estado siempre ahí,*

*Quien ha creído en mí,*

*Mi compañero de vida.*

### ***A mi familia...***

*Por todo su apoyo.*

### ***A CONACYT y a la UNAM...***

*Por haber hecho posible esta etapa*

*de preparación académica.*

### ***A mis maestros...***

*Por compartir su conocimiento*

*y enseñarme más allá de la neuropsicología.*

## CONTENIDO

RESUMEN. . . . .	1
INTRODUCCIÓN. . . . .	3
1. MARCO TEÓRICO	
Epilepsia. . . . .	5
Clasificación. . . . .	6
Etiología. . . . .	8
Epidemiología. . . . .	9
Evaluación. . . . .	10
Tratamiento. . . . .	11
Epilepsia y Cognición. . . . .	14
Crisis uncinadas	
Epilepsia en el lóbulo temporal (ELT). . . . .	15
Crisis Uncinadas. . . . .	17
- Uncus. . . . .	18
- Conexiones del Uncus: fascículo uncinado. . . . .	19
Neuropsicología de las Crisis Uncinadas. . . . .	20
Intervención Neuropsicológica	
Evaluación. . . . .	23
Valoración del área emocional. . . . .	25
Evaluación ecológica. . . . .	26
Rehabilitación. . . . .	27
Modelos de Rehabilitación. . . . .	29
Rehabilitación neuropsicológica en el caso de crisis uncinadas. . . . .	31
Rehabilitación cognitiva. . . . .	31
Rehabilitación de la memoria. . . . .	33
Rehabilitación del automonitoreo. . . . .	39
Rehabilitación Integral. . . . .	40
Área emocional. . . . .	42
Apoyo social y familiar. . . . .	43
Readaptación profesional. . . . .	44

2. INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA	
Método. . . . .	46
Presentación del caso. . . . .	46
Evaluación y resultados de valoraciones. . . . .	58
Intervención neuropsicológica. . . . .	76
Resultados. . . . .	84
3. DISCUSIÓN. . . . .	97
4. CONCLUSIONES. . . . .	103
5. REFERENCIAS. . . . .	107
6. APÉNDICE	
Apéndice A. . . . .	117
Apéndice B. . . . .	122
Apéndice C. . . . .	125

**LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. Clasificación de la Epilepsia según la Liga Internacional Contra la Epilepsia. . . . .	7
Tabla 2. Crisis epilépticas según la localización . . . . .	7
Tabla 3. Etiología de la epilepsia según grupo de edad . . . . .	8
Tabla 4. Principales antiepilépticos utilizados. . . . .	12
Tabla 5. Lista de los efectos secundarios más frecuentemente observados durante el tratamiento con antiepilépticos. . . . .	12
Tabla 6. Efectos secundarios de los fármacos antiepilépticos sobre la cognición y la conducta. .13	
Tabla 7. Factores que influyen en la cognición. . . . .	14
Tabla 8. Procesos dinámicos de la memoria. . . . .	34
Tabla 9. Clasificación de los tipos de memoria. . . . .	34
Tabla 10. Medicamentos que ME consumía al momento de las evaluaciones	

neuropsicológicas. . . . .	.55
Tabla 11. Principales dificultades cognitivas encontradas en las dos valoraciones neuropsicológicas. . . . .	.73
Tabla 12. Comparativo sobre el desempeño en las actividades de la vida cotidiana entre el nivel premórbido, la 1ra. y 2da. Evaluación. . . . .	74
Tabla 13. Manifestaciones emocionales durante las sesiones del programa de rehabilitación. . . . .	94

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Principales redes de asociación del lóbulo temporal. . . . .	.16
Figura 2. Vista sagital y vista coronal del cerebro donde se observa el uncus. . . . .	18
Figura 3. Fascículo uncinado. . . . .	19
Figura 4. Fases del proceso de rehabilitación cognitiva . . . . .	32
Figura 5. Modelo de ajuste psicosocial. . . . .	43
Figura 6. IRM tomada en septiembre de 2007. . . . .	57
Figura 7. Diferentes momentos de intervención. . . . .	58
Figura 8. Etapas del programa de rehabilitación. . . . .	79
Figura 9. Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos – III. Resultados . . . . .	85
Figura 10. Resultados de Puntuaciones obtenidas en el Test de Aprendizaje Verbal España – Complutense. . . . .	86
Figura 11. Test de la Figura Compleja de Rey, julio de 2010. . . . .	87
Figura 12. Comparativo de las puntuaciones en el Test de la Figura Compleja de Rey. . . . .	87
Figura 13. Inventario de Depresión de Beck. . . . .	88
Figura 14. Desempeño en el recuerdo de información en actividades de la vida cotidiana. . . . .	88
Figura 15. Desempeño en el recuerdo de información a largo plazo. . . . .	89
Figura 16. Desempeño en el recuerdo de información sobre pacientes vistos en la intervención. . . . .	89
Figura 17. Notas clínicas de ME sobre los pacientes atendidos en consulta en el hospital donde ella labora. . . . .	90
Figura 18. Clasificación de medicamentos. . . . .	91
Figura 19. Recuerdo de listas del supermercado. . . . .	91
Figura 20. Apoyo externo utilizado por ME. . . . .	92

Figura 21. Material para trabajar la historia de vida. . . . .	92
Figura 22. Técnica de la línea del tiempo. . . . .	93
Figura 23. Desempeño en el automonitoreo. . . . .	93
Figura 24. Referencia de ME sobre su estado emocional. . . . .	95
Figura 25. Auto reporte de ME sobre la memoria durante el proceso de intervención. . . . .	95

## RESUMEN

Las crisis uncinadas son descargas eléctricas anormales en el uncus, localizado en el lóbulo temporal anterior. La literatura sobre las repercusiones neuropsicológicas sobre estas crisis es escasa, por ello, la importancia de su estudio para comprender las alteraciones que pueden presentarse, de manera que el neuropsicólogo pueda proponer una adecuada intervención. *Objetivo:* efectuar un programa de rehabilitación integral en una persona de 57 años, quien presenta crisis uncinadas y actualmente muestra dificultades cognitivas. *Método:* se realizaron dos valoraciones neuropsicológicas espaciadas por un periodo de ocho meses para tener un seguimiento. Se encontraron dificultades en el almacenamiento, evocación de información, problemas en el automonitoreo y niveles elevados de estrés. Se desarrolló un programa de intervención compuesto por cinco fases que incluyen actividades para mejorar la memoria, funcionamiento ejecutivo e intervención en el área emocional; se trabajaron actividades con validez ecológica para favorecer la generalización de las estrategias adquiridas a la vida cotidiana. Para evaluar los alcances de la intervención neuropsicológica se realizó otra valoración. *Resultados:* la persona mostró mejor organización y jerarquización de la información, aplicación de estrategias mnemotécnicas para apoyar el almacenamiento y evocación; también logró un incremento en el automonitoreo, mostró una disminución en el nivel de estrés y aplicación de estrategias de respiración y relajación en su vida diaria. Con ello, se incrementó la funcionalidad en las actividades laborales y sociales, así como en áreas donde se involucra el funcionamiento cognitivo. *Conclusiones:* se observó un mejor desempeño en las actividades cotidianas y un mejor control de su estado emocional, por tanto, se demuestra que una adecuada intervención neuropsicológica mejora la funcionalidad de una persona con epilepsia. Debido a los escasos estudios existentes, este trabajo sirve como base para el análisis neuropsicológico de las crisis uncinadas y un guía de rehabilitación integral para las personas con esta condición.

*Palabras clave:* crisis uncinadas, rehabilitación neuropsicológica, validez ecológica.

## ABSTRACT

The uncinete seizures are abnormal electric discharges occurred on the uncus, located on the anterior temporal lobe. Investigations about the neuropsychological impact of these seizures are not abundant, for that reason, the study of this affection is relevant and will contribute to underline the alterations that may develop and will provide to the neuropsychologist valuable information to develop a proper intervention plan for people that suffer this disorder. *Objective:* to develop an intervention program for a 57 years old person that suffers uncinete seizures and currently suffers cognitive challenges. *Methodology:* a neuropsychological evaluation was applied to the subject twice in an eight month period in order to establish a baseline and compare her cognitive skills. Subject suffered storage challenges, information retrieve issues, self monitoring issues, and high level of stress. A five stages intervention program was put in place to help subject to improve memory, executive functions and emotional state; the program covered ecological activities in order to aid the generalization of the obtained strategies. An evaluation was performed at the end to determine improvement. *Results:* improvement on the organizational skills based on information precedence, subject applied mnemonic techniques to aid storage and information retrieve, she also improved self monitor capacities; stress levels diminished and she learned breathing and relaxation techniques. The subject was able to improve her functionality on both labor and social aspects. *Conclusion:* After the program, subject improved her functionality on her daily basis activities and improved her emotional state. There for, a proper neuropsychological intervention program may improve the functionality of a subject that suffers epilepsy. This paper will provide guidance for neuropsychological analysis of uncinete seizures and rehabilitation since investigations on this disorder are not abundant on current literature.

*Key words: uncinete seizures, neuropsychological rehabilitation, ecological validity.*

La epilepsia es una alteración que ha sido tema de interés desde hace miles de años y desde el inicio de la escritura se tienen indicios de la existencia de esta enfermedad que ha sido denominada como la “Enfermedad Sagrada” debido a que ha estado influenciada por la ideología mágico-religiosa. No obstante, su estudio ha evolucionado hasta hoy en día en donde es considerada como una alteración en la actividad eléctrica cerebral que puede ser de manera focal o generalizada y la semiología variará de acuerdo a las redes neuronales afectadas. Su estudio ha sido tema de interés para muchos científicos en diversas ramas como la neurología, neurocirugía, psiquiatría, neuropsicología, entre otras, ya que es la segunda enfermedad neurológica más frecuente después de la cefalea (Faight, 2006), y en ello radica la importancia de su investigación.

El presente trabajo se enfoca en el estudio, desde la perspectiva neuropsicológica, de las crisis uncinadas, que son consideradas como una forma de epilepsia parcial y se caracterizan por presentar sensaciones olfativas (Teive et al., 2002) o incluso gustativas sin la presencia de un estímulo; además de esto, también se ha observado los fenómenos de deja vú y jamais vú (Ropper & Brown, 2005).

La investigación de esta forma de epilepsia es escasa, de manera tal que son pocos los artículos que profundizan en las repercusiones cognitivas que puede presentar una persona con este tipo de crisis. El presente estudio representa una contribución a este análisis, desde una perspectiva neuropsicológica integral, ya que estudia el funcionamiento tanto cognitivo como funcional en una persona que presenta crisis uncinadas.

Este trabajo está dividido en cuatro áreas principales, dentro de la primera se encuentra información relevante que la literatura ha aportado sobre la epilepsia, específicamente las crisis uncinadas, su diagnóstico, características, tratamiento, abordaje neuropsicológico, funcionamiento cognitivo y la intervención desde una perspectiva ecológica. La segunda parte engloba la descripción de un caso clínico de una persona quien tiene el diagnóstico de crisis uncinadas y actualmente refiere dificultades principalmente en el área de la memoria; en éste apartado se reporta la evaluación neuropsicológica integral con el objetivo de conocer su desempeño tanto en las pruebas neuropsicológicas aplicadas como en el funcionamiento en las actividades de su vida cotidiana. En el tercer apartado, se presenta el programa de rehabilitación neuropsicológica utilizado para mejorar las áreas en donde se observaron dificultades e

incrementar su desempeño en las actividades diarias. Finalmente, en la cuarta área se describe la discusión y las conclusiones que se obtuvieron a partir de esta investigación.

Además de brindar un programa de rehabilitación neuropsicológica para una persona con crisis uncinadas, este trabajo también sirve de guía para desarrollar otros programas de intervención en personas con este mismo tipo de crisis epilépticas, o incluso, con similar sintomatología cognitiva; no obstante, se debe tener en cuenta las dificultades y características individuales para ajustar la intervención a cada caso.

Un aspecto importante de este estudio es que considera el enfoque ecológico de la evaluación neuropsicológica como parte fundamental de la valoración cognitiva, debido a que las pruebas pueden arrojar datos de “normalidad” cuando existen dificultades cognitivas evidentes en el medio donde se desenvuelve una persona o no proporcionan datos suficientes del desempeño en la vida cotidiana; por tanto, debe tenerse en cuenta el ambiente social, familiar, cultural, nivel de escolaridad, ocupación, entre otras cosas, para brindar un diagnóstico más certero y confiable, que sirva para proporcionar estrategias adecuadas en la rehabilitación neuropsicológica.

Por ello, este trabajo es una aportación para apoyar la evaluación y rehabilitación integral, lo que considera no únicamente la aplicación de pruebas (la valoración cuantitativa) sino que engloba el análisis cualitativo del desempeño y funcionamiento en las actividades diarias, las demandas cognitivas del ambiente donde se desenvuelve la persona, el apoyo de la familia y grupos de apoyo, así como también el área emocional, para que de esta manera se puedan desarrollar una intervención adecuada para cada caso según su contexto.

## MARCO TEÓRICO

### Epilepsia

A través de la historia, la epilepsia ha sido una enfermedad que ha tenido relación con las ideas sobre las funciones cerebrales; el texto antiguo más conocido sobre este tema se denomina *Sobre la enfermedad sagrada* de Hipócrates, desde entonces se han desarrollado planteamientos que involucran un pensamiento mágico – religioso, y a partir de ello, el interés ha incrementado a través de la búsqueda causas y tratamientos desde una perspectiva más científica (Masia & Devinsky, 2000).

La epilepsia es una de las enfermedades reconocidas como más antiguas de la humanidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001) y ha sido definida como una propensión a manifestar crisis epilépticas de manera crónica, recurrente y que no es resultado de una condición temporal (Faight, 2006; Snyder, Nussbaum & Robins, 2008); es una alteración en donde se presentan episodios anormales de actividad eléctrica en ciertas neuronas, lo cual puede extenderse a todo el cerebro (Motamedi & Meador, 2003) y tener diversas manifestaciones clínicas dependiendo de la localización. Entre algunos síntomas que pueden presentarse se encuentra la pérdida del conocimiento, movimientos involuntarios, sensaciones extrañas, alteraciones autonómicas, del humor o de las funciones mentales, o incluso una combinación de algunas de ellas (Ropper & Brown, 2005).

La terminología deriva de la diversidad de las manifestaciones clínicas. Una *crisis epiléptica* es definida como un disturbio breve de la función cerebral, que dura de unos segundos hasta algunos minutos y es causado por una descarga eléctrica anormal (Faight, 2006), es decir, son eventos paroxísticos cerebrales que pueden ser manifestados por ataques repentinos y cortos que pueden alterar la actividad motora, conciencia o experiencias sensitivas (Snyder et al., 2008). El término *convulsión* se refiere específicamente a un paroxismo intenso de contracciones musculares involuntarias y repetitivas más que en simplemente una alteración de la percepción o conciencia (Ropper & Brown, 2005). Sin embargo, la presencia de una crisis epiléptica o una convulsión no indica necesariamente el diagnóstico de epilepsia, sino que se requieren estudios complementarios para determinar esto (Duncan, Sander, Sisodiya & Walker, 2006).

La importancia del estudio de esta alteración reside en que es considerada la segunda condición neurológica más común después de la cefalea en población adulta (Faight, 2006) y se estima que hasta un 10% de la población mundial sufre alguna crisis convulsiva en su vida (OMS, 2005), por ello, es fundamental su estudio a nivel integral que permita desarrollar estrategias de intervención tanto a nivel médico, como social, laboral, familiar o personal con la finalidad de incrementar la calidad de vida de estas personas.

### **Clasificación**

La clasificación de las crisis epilépticas ha sufrido múltiples transformaciones con el tiempo, lo que refleja la complejidad para agrupar la sintomatología de esta enfermedad. En las pasadas décadas, el esfuerzo por llegar a un consenso ha llevado a una clasificación internacional y un sistema de terminología para las crisis y los síndromes epilépticos brindados por la Liga Internacional Contra la Epilepsia (véase Tabla 1) en 1989 (Roger, Medina, Genton, Dravet & Bureau, 1998), la cual ha sido criticada por su utilidad, por lo que desde 1997 ha tenido algunas modificaciones pero aún no se ha propuesto otra clasificación que pueda suplirla, sin embargo, actualmente representa un lenguaje común para los diversos profesionales involucrados con la epilepsia (International League Against Epilepsy [ILAE], 2006) y ha sido la base para muchas investigaciones relacionadas a este padecimiento.

Esta clasificación divide las crisis epilépticas en dos tipos: las *generalizadas*, donde existe compromiso de regiones cerebrales bilaterales y difusas desde el inicio, las cuales pueden ser asimétricas, y las *parciales* (actualmente denominadas como relacionadas a la localización), en donde las crisis están asociadas a una lesión focal en un solo hemisferio (ILAE, 2009); en este último caso, la semiología durante la crisis o los resultados de las técnicas de evaluación pueden revelar el origen focal de las mismas.

Tabla 1. Clasificación de las Epilepsias según la Liga Internacional Contra la Epilepsia (International League Against Epilepsy, 1989).

---

CLASIFICACIÓN DE LAS EPILEPSIAS	
1.	Crisis Generalizadas (convulsivas o no convulsivas)
A.	Crisis de Ausencia (del Pequeño Mal)
B.	Crisis Mioclónicas
C.	Crisis Clónicas
D.	Crisis Tónicas
E.	Crisis Tónico – Clónicas (Gran Mal)
F.	Crisis Atónicas
2.	Crisis Parciales
A.	Crisis Parciales Simples
a.	Con síntomas motores
b.	Con síntomas somato sensitivos
c.	Con síntomas autonómicos
d.	Con síntomas psíquicos
B.	Crisis Parciales Complejas
a.	Inician como crisis parciales simples que progresan hacia alteración de conciencia.
	- Sin ninguna otra característica
	- Con características de 2.A. 1- 4
	- Con automatismos
b.	Con alteración de conciencia desde el inicio (psicomotor)
	- Sin otras características
	- Con características de 2.A. 1-4
	- Con automatismos
3.	Crisis Parciales que evolucionan a Crisis Parcialmente Generalizadas

---

Con respecto a las crisis parciales, la Clasificación Internacional para las Epilepsias también sugiere cuatro principales tipos de epilepsias según su localización (Jokeit & Schacher, 2004) que se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Crisis epilépticas según la localización (Jokeit y Schacher, 2004).

---

-	Epilepsia del lóbulo temporal
-	Epilepsia del lóbulo frontal
-	Epilepsia del lóbulo parietal
-	Epilepsia del lóbulo occipital

---

## Etiología

Según la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE, 2009), la etiología de la epilepsia se puede dividir en tres áreas:

### 1. *Genética*

Cuando la epilepsia es la principal alteración que se presenta como resultado de disfunciones genéticas.

### 2. *Estructural o metabólica.*

Condiciones físicas distintas a las genéticas que se asocian con la presencia de epilepsia. Entre las etiologías más importantes en el adulto son los eventos vasculares cerebrales, tumores, traumatismos craneoencefálicos, infecciones del sistema nervioso central y enfermedades neurodegenerativas (Jokeit & Schacher, 2004), sin embargo, las crisis epilépticas pueden deberse a cualquier patología cerebral que incremente la excitabilidad del tejido neuronal en las que se puede incluir también alteraciones metabólicas o ingestión de agentes tóxicos.

### 3. *Desconocida*

La epilepsia se debe a una condición no conocida.

Davis, King y Schultz (2005) señalan que las causas más comunes de crisis epilépticas pueden variar con la edad (véase Tabla 3), según los principales factores de riesgo que se presentan en cada grupo.

Tabla 3. Etiología de la epilepsia según grupo de edad (Davis et al., 2005).

<b>Causas comunes de crisis por edad</b>	
<b>Recién nacido</b>	Traumatismos en el nacimiento, hipoxia/isquemia, malformaciones congénitas e infecciones congénitas.
<b>Infancia</b>	Crisis febriles, infecciones del sistema nervioso central, traumatismo craneoencefálico y origen idiopático.
<b>Adulto joven</b>	Traumatismo craneoencefálico, drogas, abstinencia de alcohol o sedantes y origen idiopático.
<b>Adulto mayor</b>	Eventos cerebrovasculares, tumores cerebrales, infartos cardiacos con hipoxia y de origen metabólico.

## **Epidemiología**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) las personas con epilepsia activa, es decir, que presentan ataques constantes o tienen necesidad de un tratamiento, oscila entre 4 y 10 casos por cada 1000 personas, no obstante, señala que esta cifra aumenta en países en desarrollo, siendo de 6 a 10 por cada 1000. Por tanto, en el mundo existen aproximadamente 50 millones de personas con epilepsia.

En los países desarrollados, los nuevos casos que aparecen en la población general oscilan entre 40 y 70 por cada 100 000 habitantes, mientras que en los países en desarrollo, la cifra suele acercarse al doble debido al mayor riesgo de sufrir afecciones que pueden producir daño cerebral permanente y/o menores posibilidades de acceso para obtener un tratamiento integral adecuado. Cerca del 90% de los casos mundiales de epilepsia se registran en regiones en desarrollo (OMS, 2010).

En México, la epilepsia tiene una prevalencia de 1.2 a 3% (Serrano, 2004) de la población, por lo que traducido esto, se puede calcular que existen de 10 a 20 millones de mexicanos con epilepsia (Programa Prioritario de Epilepsia, 2010); debido a esto, es importante considerar esto como una situación que requiere la identificación de necesidades y planeación de los servicios apropiados para incrementar la calidad de vida de estas personas, tanto a nivel físico como cognitivo.

El Gobierno de México, a partir de 1984, a través de la Secretaría de Salud creó el Programa Prioritario de Epilepsia para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar al enfermo con crisis epilépticas a través de Centros de Atención Integral de la Epilepsia (CAIE), que actualmente suman un total de 64 sedes distribuidas en todo el país (Programa Prioritario de Epilepsia, 2010), sin embargo, las instituciones dedicadas específicamente a la epilepsia son insuficientes para la población y en muchas de ellas, la intervención se ha limitado principalmente al control de las crisis más que a una rehabilitación integral. Por ello, es necesario un mayor énfasis al aspecto de la intervención sistémica en estas personas, es decir, no únicamente considerar el tratamiento farmacológico o quirúrgico, sino que es importante considerar todo el entorno de la persona, así como sus expectativas, con el fin de desarrollar un plan de intervención integral que constituya un

apoyo para reinsertar a las personas a su ambiente cotidiano y a sus actividades con un nivel de funcionalidad adecuado según cada caso.

### **Evaluación**

Una variedad de estudios diagnósticos usualmente son utilizados para inferir la localización del foco epileptógeno, entre ellas se encuentran las *técnicas estructurales* de imagen cerebral (como la tomografía computarizada [TC] o la imagen por resonancia magnética [MRI]) y las *técnicas funcionales* de imagen cerebral que representan cambios en el metabolismo o en la actividad eléctrica (como la medición del flujo sanguíneo regional cerebral con la tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía por emisión de fotón único (SPECT), espectroscopia con MRI, MRI funcional (fMRI), electroencefalografía (EEG) o magnetoencefalografía (Snyder et al., 2008).

La posibilidad de realizar monitorización prolongada con vídeo-EEG ha representado en los últimos años un gran avance en el conocimiento de la semiología de la epilepsia (Forçadas, 2002), por lo que el EEG es indudablemente la técnica más sensible e indispensable como una herramienta de diagnóstico, no obstante, debe ser utilizada en conjunto con la información clínica y con otras pruebas para tener un diagnóstico más certero (Ropper & Brown, 2005).

Todas estas técnicas son altamente complejas y útiles en el proceso de diagnóstico, de esta manera, las referentes a las imágenes estructurales pueden ser utilizadas para descartar patologías subyacentes como neoplasias o malformaciones arteriovenosas, mientras que las técnicas funcionales pueden mostrar concentraciones de alguna sustancia en el cerebro o cambios en el metabolismo (Kolb & Whishaw, 2003).

Sin embargo, ninguna aproximación aislada o técnica de evaluación por sí sola puede proveer información definitiva que especifique el diagnóstico, rehabilitación o incluso una decisión quirúrgica, por lo que la evaluación de las personas con epilepsia no se resume únicamente en técnicas de neuroimagen. Por lo contrario, también es necesaria la utilización de técnicas diagnósticas complementarias que permitan una evaluación integral de la persona y de su entorno, como lo es una adecuada entrevista clínica que proporcione información sobre la historia

de evolución y antecedentes personales, semiología, desempeño cotidiano, entre otras cosas (Noeker, 2004; Ritaccio, Singh & Devinsky, 2002).

## **Tratamiento**

Tradicionalmente, la intervención médica para la epilepsia, independientemente de su clasificación, puede dividirse en cuatro áreas (Ropper & Brown, 2005):

1. Fármacos
2. Escisión quirúrgica del foco epiléptico y otras alternativas quirúrgicas
3. Remover el factor causante o precipitante de las crisis epilépticas
4. Regulación de la actividad física y mental

En cuanto a los medicamentos antiepilépticos se ha señalado que son el soporte principal para el tratamiento. Algunas de las funciones que realizan es suprimir la excitabilidad de la membrana neuronal, probablemente por hiperpolarización. Algunos otros parecen disminuir la transmisión sináptica excitatoria o incrementar la neurotransmisión inhibitoria. En el tratamiento farmacológico, lo ideal es utilizar un antiepiléptico que disminuya la excitabilidad anormal, que tenga un efecto sedante mínimo y que no provoque otros efectos secundarios significantes (Reeves & Swenson, 2004).

En la Tabla 4 se muestran los fármacos que han sido considerados como los más utilizados en el tratamiento de la epilepsia.

Sin embargo, los fármacos antiepilépticos pueden producir cambios globales en los niveles de excitación del sistema nervioso central y usualmente esto conduce a alteraciones cognitivas y/o conductuales como sedación, somnolencia, distractibilidad, insomnio o vértigo, no obstante, estos déficits varían en cada persona, por lo cual no puede generalizarse el efecto de estos medicamentos (Baker & Goldstein, 2004).

Tabla 4. Principales antiepilépticos utilizados (Johannessen, Larsson, Rytter & Johannessen, 2009)

Fármaco antiepiléptico	Indicación
<b>Fenobarbital</b>	Crisis tónico-clónicas generalizadas.
<b>Primidona</b>	Epilepsia
<b>Fenitoína</b>	Crisis tónico-clónicas generalizadas.
<b>Etosuximida</b>	Crisis de ausencia.
<b>Clonazepam</b>	Crisis generalizadas, espasmo infantil, crisis parciales.
<b>Carbamazepina</b>	Crisis parciales, crisis generalizadas, tipos de crisis mixtas.
<b>Oxcarbazepina</b>	Crisis parciales, en adultos y niños mayores a 6 años.
<b>Ácido Valproico</b>	Crisis generalizadas, crisis parciales y estado epiléptico en adultos.
<b>Vigabatrina</b>	Epilepsia resistente y espasmo infantil (Síndrome de West).
<b>Lamotrigina</b>	Crisis parciales y generalizadas. Trastorno bipolar.
<b>Topiramato</b>	Complemento en crisis parciales, síndrome de Lennox-Gastaut en adultos y niños mayores a 4 años, epilepsias resistentes en mayores de 14 años.
<b>Gabapentina</b>	Como complemento en crisis parciales en mayores de 6 años y como monoterapia en mayores de 12 años.
<b>Levetiracetam</b>	Crisis parciales, monoterapia en mayores de 16 años, crisis mioclónicas en mayores de 12 años y como complemento en crisis tónico clónicas generalizadas en mayores de 12 años.
<b>Pregabalina</b>	Complemento en crisis parciales en adultos. Trastorno de Ansiedad Generalizado en adultos.

En un trabajo (Zaccara, Gangemi & Cincotta, 2008) se realizó un metaanálisis sobre los efectos secundarios de los antiepilépticos más utilizados y los dividieron en cinco principales clases (véase Tabla 5): los que afectan el estado de vigilia, el sistema vestibulocerebelar, el sistema motor, alteraciones cognitivas y efectos psiquiátricos y psicológicos.

Tabla 5. Lista de los efectos secundarios más frecuentemente observados durante el tratamiento con antiepilépticos (Zaccara et al., 2008).

Efectos Secundarios	
1. Afección del estado de vigilia Somnolencia	4. Afectación de la cognición Alteración cognitiva
2. Afectación del tallo cerebral y sistema vestibulocerebelar Vértigo Mareos Ataxia Diplopía Nistagmus	5. Alteraciones psiquiátricas y psicológicas Ansiedad Depresión Fatiga Psicosis Alteraciones conductuales
3. Afectación del sistema motor (extrapiramidal) Corea y distonía Parkinsonismo Temblor	Cefalea

Sin embargo, no todos los fármacos producen los mismos efectos secundarios, sino que varían dependiendo del tipo de medicamento, las interacciones con otros fármacos, el tiempo de consumo, entre otras cosas; en la Tabla 6 se muestra los algunos efectos cognitivos y conductuales de los principales fármacos antiepilépticos.

Tabla 6. Efectos secundarios de los fármacos antiepilépticos sobre la cognición y la conducta (Campos-Castelló & Campos-Soler, 2004).

	PHT	PB/PRM	CBZ	ESM	VPA	BZP	VGB	LTG	GBP	TPM	TGB	OXC	LEV
Somnolencia	+	++++	+	++	+	+++	+		+	+	+	+	+
Sedación	+	+++	+	++	+	+++	+	+		+	+	+	+
Confusión	++	++	+	++		+	+			+			
Cognición	++	++	+	++	+	+	+	+	+	++	+	+	+
Depresión	++	++		+						+			+
Trastornos de la conducta	++	+		++		++	+	+		+			+
Irritabilidad	++	+	±	++		++	+	+	+	+	+		+
Conductas delirantes y alucinatorias	++	+		++	±	++	±						?
Hiperactividad	++	+	+	+		++	+	+	+				
Efecto psicótropo			+		+	+		+	+			+	+

PHT: fenitoína; PB: fenobarbital; PRM: primidona; CBZ: carbamazepina; ESM: etosuximida; VPA: valproato sódico; BZP: benzodiacepina; VGB: vigabatrina; LTG: lamotrigina; GBP: gabapentina; TPM: topiramato; TGB: tiagabina; OXC: oxcarbamacepina; LEV: levetiracetam.

Por otro lado, los tratamientos no farmacológicos son factibles solo en algunos casos muy específicos en donde usualmente los antiepilépticos no han producido ningún resultado. Entre las opciones no farmacológicas se encuentra la cirugía de tipo curativo, procedimientos quirúrgicos paliativos y la dieta cetogénica (Duncan, Sander, Sisodiya & Walker, 2006).

La cirugía se considera una alternativa para una disminución rápida de las crisis después de haber tratado con los antiepilépticos y se continúa con la presencia de las mismas. La oportunidad de un mejor resultado se incrementa cuando la causa de las crisis es removida, por lo cual, es indispensable la localización de la causa antes de la operación (Duncan et al., 2006).

A partir de esta información, se observa que en la evaluación neuropsicológica es indispensable considerar el tratamiento farmacológico, ya que los medicamentos pueden alterar el estado emocional o influir en las dificultades cognitivas (como atención, lenguaje, memoria, percepción, funcionamiento ejecutivo, entre otras). Esto puede proporcionar información

valiosa para la toma de decisiones en una intervención quirúrgica o, en una valoración postquirúrgica, de manera que se puedan brindar estrategias de rehabilitación que ayuden a la persona a incrementar su calidad de vida. Asimismo, el objetivo del tratamiento de la epilepsia es encontrar un balance adecuado entre el control de las crisis y tener efectos secundarios mínimos (Drane & Meador, 2002).

Conjuntamente con estos tratamientos mencionados, es imprescindible realizar una valoración más extensa que considere las áreas donde la persona se desarrolla en su vida diaria, su desempeño y las principales dificultades, sus relaciones interpersonales, el área emocional y conductual, así como sus objetivos y expectativas del tratamiento, para desarrollar una intervención más sistémica que permita incrementar la funcionalidad de la persona con epilepsia (Baños, et al., 2004).

### **Epilepsia y Cognición**

La epilepsia es una alteración neurológica que se ha asociado frecuentemente con la presencia de alteraciones del funcionamiento cognitivo (Jokeit & Schacher, 2004; Motamedi & Meador, 2003), éstos déficits son resultado de varios factores que interactúan como la etiología, edad de inicio, tipo de epilepsia, tipo de crisis, frecuencia, duración, severidad, tratamiento farmacológico y tiempo de evolución (Jokeit & Schacher, 2004). Helmstaedter (2001) describe algunas particulares que pueden influir de manera significativa en la cognición (véase Tabla 7).

*Tabla 7. Factores que influyen en la cognición (Helmstaedter, 2001)*

<b>Factores que afectan el estado cognitivo y afectivo en la epilepsia</b>	
<b>Estado de la Epilepsia</b>	Preictal, ictal, postictal, interictal (libre de crisis después de una cirugía exitosa)
<b>Crisis</b>	Frecuencia, generalización, estado epiléptico no convulsivo
<b>Disfunciones Epilépticas</b>	Locales vs. efectos distantes
<b>Lesión</b>	Por ejemplo, tejidos extraños vs. alteraciones del desarrollo y migración (confundido con diferentes edades de la lesión / inicio de la epilepsia) Extensión, localización y lateralización
<b>Medicamentos Antiepilépticos</b>	Efectos psicotrópicos positivos vs. negativos. Incompatibilidad individual Encefalopatía inducida por medicamentos. Intoxicación

En un análisis más particular e independientemente de estos factores mencionados, Vingerhoets (2006), concluyó que existe evidencia de un deterioro cognitivo leve en las personas con epilepsia, siendo la memoria la función cognitiva más afectada, no obstante, señala que es necesario investigar más para definir con mayor precisión la relación entre el tipo de crisis y sus efectos cognitivos. En otros estudios realizados se reporta enlentecimiento mental, también dificultades de memoria (Ponds & Hendriks, 2006) y de la atención (Van Rijckevorsel, 2006).

Sin embargo, es necesario considerar que no todas las personas que han sido diagnosticadas con epilepsia presentan los mismos déficits cognitivos o similar intensidad de los mismos, ya que cada caso es distinto y es necesario considerar factores personales o sociales como antecedentes, factores de riesgo, escolaridad, ocupación, apoyo social y familiar, demandas del medio, entre otras cosas con el objetivo de obtener un panorama del funcionamiento cognitivo global (Jokeit & Schacher, 2004).

Por lo tanto, es necesario ser cuidadosos al relacionar la epilepsia con algunas manifestaciones cognitivas alteradas debido a que pueden existir muchos factores que estén involucrados. Además, se tiene que considerar la individualidad, ya que las particularidades de cada persona hacen que las manifestaciones clínicas sean distintas en cada caso, incluso cuando las lesiones se presentan en un mismo lugar (Baker & Goldstein, 2004).

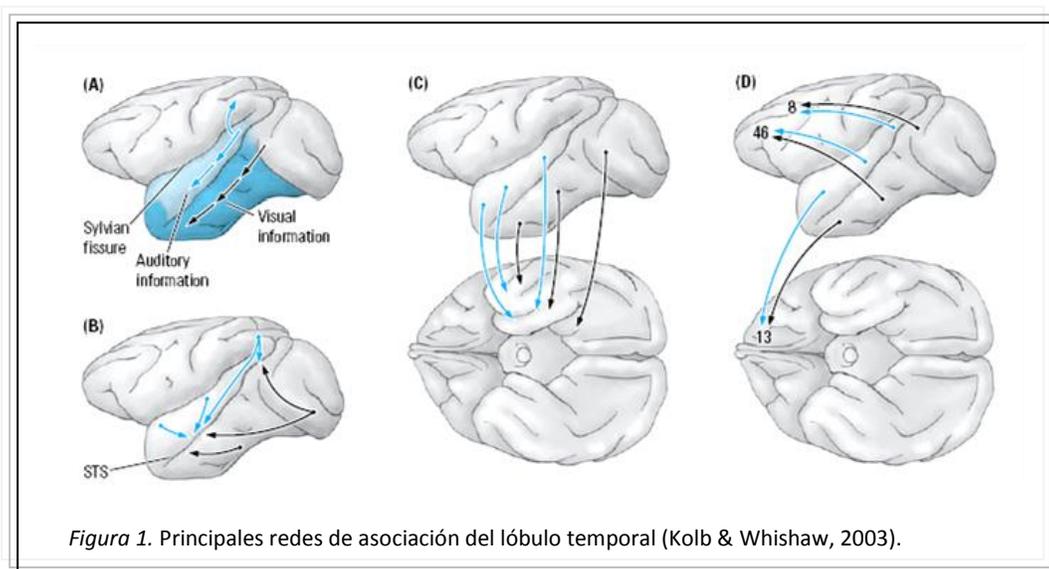
## **Crisis Uncinadas**

### **Epilepsia en el lóbulo temporal (ELT)**

En cuanto a la localización, el primer tipo de epilepsia más frecuente en el adulto es la epilepsia en el lóbulo temporal (Jokeit & Schacher, 2004), sin embargo, las manifestaciones dependen de la ubicación específica dentro de éste lóbulo y las redes corticales afectadas, ya que puede tener efectos estructurales y funcionales a distancia (Mueller et al., 2009); no obstante, usualmente se ha observado que se pueden presentar dificultades en memoria episódica, sintomatología anómica, problemas en algunos aspectos del lenguaje y el funcionamiento visuoespacial (Jokeit & Schacher, 2004).

La fisiopatología de la ELT involucra una red neuronal distribuida, con conexiones intracorticales las cuales tienen un papel importante. Particularmente, las fibras de asociación fronto-temporales son circuitos integrales que están relacionados en la red epileptogénica de la ELT de manera ipsilateral (Lin, Riley, Juranek & Cramer, 2008).

En Figura 1 se muestran las principales redes de asociación del lóbulo temporal, involucrando estas redes áreas de asociación visual y auditiva hacia el surco temporal superior (A y B), proyecciones de áreas de asociación visual y auditiva hacia el lóbulo temporal medial o límbico -corteza perirrinal, corteza entorrinal, formación hipocampal y amígdala- (C) y proyecciones de las áreas de asociación al lóbulo frontal (D).



Mientras que la literatura ha arrojado datos sobre las perspectivas neuroconductuales, psicológicas y sociales sobre la epilepsia en general y principalmente en la epilepsia del lóbulo temporal, sorprendentemente ha sido muy poco lo que se ha enfocado en las contribuciones específicas sobre las crisis presentadas en la región del uncus (crisis uncinadas); por lo que todavía hay pocos estudios detallados y su diagnóstico sigue planteando hoy día dificultades. Es por ello que es necesario el estudio e investigación más detallada en esta área, con el objetivo de clarificar sus manifestaciones clínicas y las alteraciones cognitivas o conductuales que pueden estar presentes.

## **Crisis uncinadas**

Hughlings Jackson en 1899 (citado en Teive, Germiniani, Cardoso, Paola & Werneck, 2002) propuso el término de crisis uncinadas para las crisis que se inician como una sensación de olores o sabores, por lo que son también conocidas como crisis olfativas. Se encuentran clasificadas como crisis parciales simples y pertenecen al grupo de crisis sensoriales especiales (Fernández-Torre, 2002).

Se caracterizan por ser crisis ictales de segundos de duración, que presentan de manera súbita percepción de olores (Teive et al., 2002) que pueden ser olores familiares como quemado, sulfuro, alcohol, gas, barbacoa, mantequilla de cacahuete, pasta de dientes, medicina, olores fétidos, a comida, etc., aunque en otras ocasiones la sensación olorosa es completamente extraña y difícilmente reconocible (Medrano, Mallada-Frechin, López-Hernández, Fernández-Izquierdo & Piqueras-Rodríguez, 2004); asimismo, se pueden presentar sensaciones gustativas en ausencia de estímulos, sin embargo, en otros casos también pueden referirse percepciones de familiaridad o también llamados dejá vú, así como extrañamiento denominados jamais vú (Ropper & Brown, 2005).

Estas crisis uncinadas pueden presentarse de manera aislada o también como auras que acompañan otras crisis parciales y su prevalencia es relativamente infrecuente ya que representan el 0.9% de las auras (Fernández-Torre, 2002; Teive et al., 2002).

El origen anatómico de las auras olfativas ha sido tema de discusión y se consideran relacionadas tanto las regiones mesio-temporales y orbitofrontales (Teive et al., 2002), sin embargo, las descargas eléctricas de las crisis olfativas se refieren más específicamente en la región anterosuperior de la corteza temporo-uncinada y se señala que este tipo de manifestación es relativamente infrecuente, en comparación con otras crisis (Medrano et al., 2004).

## Uncus

El *uncus* es el término para la proyección corniforme situada en el extremo anterior de la circunvolución del hipocampo del lóbulo temporal. Es parte del lóbulo piriforme del sistema olfativo, el cual, filogenéticamente, es una de las estructuras más antiguas de la corteza cerebral (Standring, 2005), lo que sugiere que ésta área se consolida de manera temprana, y por lo tanto, representa una base para algunos procesos cognitivos puedan llevarse a cabo. Se ha señalado que el uncus está dividido en tres áreas (Netter, Craig & Perkis, 2002):

1. El giro intralímbico
2. La banda de Giacomini
3. El giro uncinado

El uncus es una protuberancia donde termina la extensión del lóbulo temporal que se extiende hacia el cerebro medio y es la protrusión más medial del giro hipocampal (Hendelman, 2006), lo que se puede observar en la Figura 2.

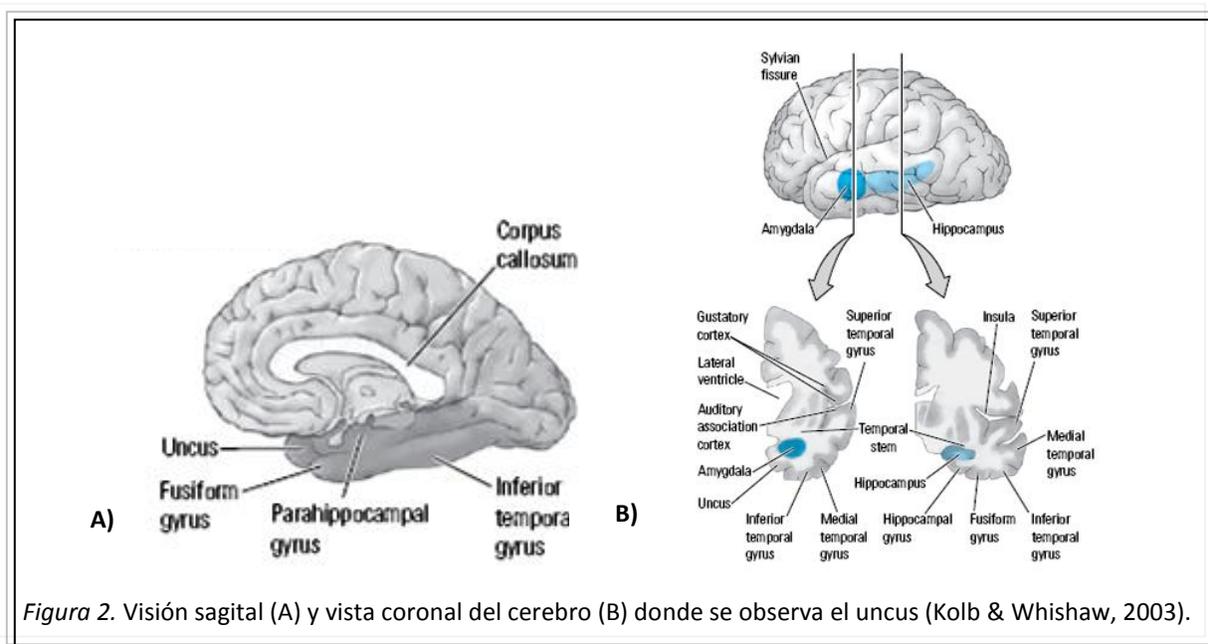
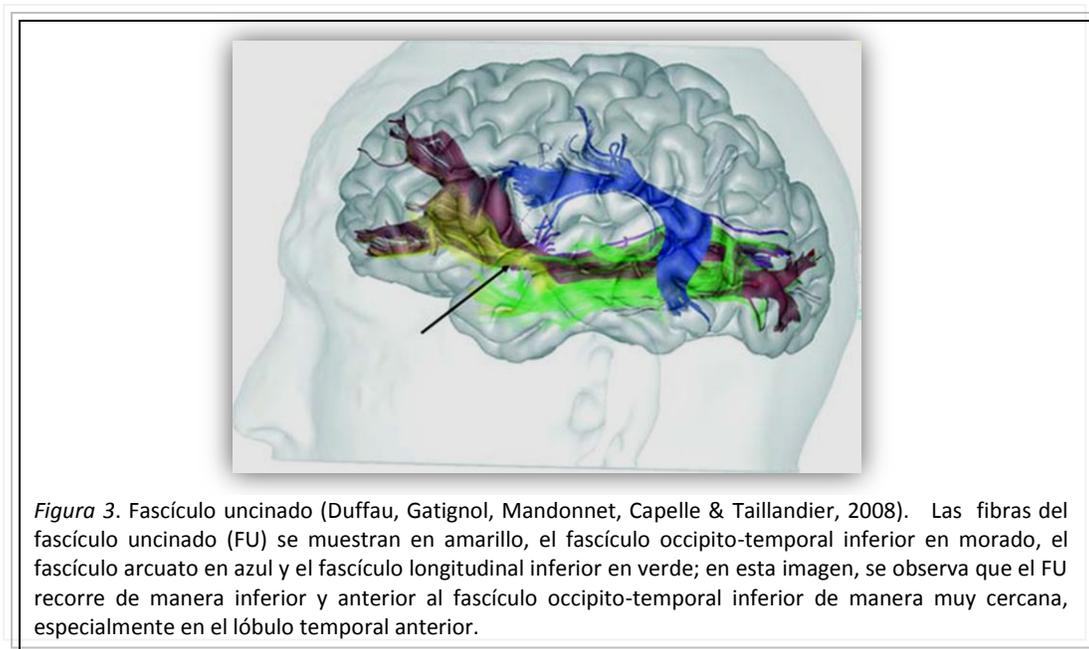


Figura 2. Visión sagital (A) y vista coronal del cerebro (B) donde se observa el uncus (Kolb & Whishaw, 2003).

### ***Conexiones del uncus: fascículo uncinado.***

El fascículo uncinado (FU) conecta el giro frontal inferior y la superficie inferior del lóbulo frontal con las porciones anteriores del lóbulo temporal (Kier, Staib, Davis & Bronen, 2004), tal como se observa en la Figura 3, donde se muestra el FU y otros tractos de conexión interrelacionados.



Debido a esta conexión que existe con el lóbulo frontal, en el caso de la epilepsia frecuentemente se presentan propagaciones de la actividad eléctrica desde el lóbulo temporal anterior hacia el frontal (Lin, Riley, Juraneck & Cramer, 2008), por lo que es usual encontrar semiología que tradicionalmente se ha relacionado con el funcionamiento ejecutivo ; esto puede estar relacionado con los hallazgos encontrados en la valoración de la paciente referida en el presente estudio, quien muestra dificultades en el automonitoreo.

En un estudio (Hasan, et al., 2009) realizaron cálculos con la técnica de tractografía con tensor de difusión en una población de diestros cuyas edades se encontraban desde los 7 a los 68 años, con el objetivo de determinar el volumen y normalización del fascículo uncinado a través del tiempo. Se concluyó que se observa una asimetría mayor en el lado izquierdo en la población en

general (sin relación a la edad), sin embargo señalan que es necesario realizar más investigación y complementar estos resultados con estudios conductuales y clínicos.

Tradicionalmente se considera al fascículo uncinado como parte del sistema límbico y se relaciona con el procesamiento de la emoción, memoria y funciones del lenguaje (Hasan et al., 2009). Asimismo, conecta regiones corticales relacionadas con el reconocimiento de objetos y sonidos (giro temporal superior e inferior) y memoria (corteza entorrinal, perirrinal y parahipocampal) con áreas frontales implicadas en la emoción, inhibición y auto-regulación (Price et al., 2008).

Debido a esto, es importante considerar el aspecto emocional tanto en la evaluación de las crisis uncinadas como en el programa de intervención, debido a la vulnerabilidad de propagación de la actividad eléctrica hacia otras estructuras del sistema límbico, ya que esto puede influir de manera negativa en el desempeño del funcionamiento mnésico. Por lo tanto, intervenir en el área emocional en personas con este tipo de crisis, puede proveer de herramientas de afrontamiento ante situaciones de estrés, ansiedad o depresión, y de esta manera disminuir la influencia negativa de estos estados emocionales en el desempeño de la vida cotidiana (Marsh & Rao, 2002).

### **Neuropsicología de las Crisis Uncinadas**

Los estudios reportados en la literatura sobre los aspectos neuropsicológicos de las crisis uncinadas son escasos; sin embargo, existen algunas investigaciones que proporcionan datos sobre las alteraciones que pueden observarse en casos de epilepsia del lóbulo temporal anterior, en cuya área se encuentra el uncus. Algunos autores proponen la existencia de diferencias en el funcionamiento cognitivo cuando las crisis epilépticas se presentan en el lóbulo temporal derecho o izquierdo; de esta manera, en una investigación (Blake, Wroe, Breen & McCarthy, 2000) se reporta que en el caso de personas con ELT izquierdo, presentan una mayor alteración en cuanto a la memoria verbal que en la ELT derecho, principalmente en un periodo de consolidación a largo plazo.

En otro estudio (Tsukiura et al., 2002) se reportó que el lóbulo temporal anterior derecho puede contribuir en el recuerdo de nombres de personas aprendidos recientemente, pudiendo

esto estar involucrado en el acceso al almacén semántico relacionado con personas, sin embargo, puede variar dependiendo del tiempo y la repetición del aprendizaje asociativo.

Por el contrario, en otro estudio (Baños et al., 2004) en el cual se realizó un análisis neuropsicológico en 57 personas con ELT en el hemisferio izquierdo y 36 en el hemisferio derecho, a través de una evaluación neuropsicológica y una escala de auto-reporte, se encontró que la memoria verbal se halla afectada en ambos casos y no se refieren diferencias en los “perfiles” de ejecución entre los dos hemisferios.

En otra investigación (Tsukiura, Mochizuki-Kawai & Fujii, 2006) se describe un funcionamiento distinto en cada hemisferio, relacionado con el aprendizaje de rostros asociados semánticamente y por repetición, encontrando que el lóbulo temporal anterior izquierdo se activaba con el recuerdo de los nombres de las personas a partir de la presentación de los rostros, mientras que el lado derecho se activaba en la recuperación de los rostros a partir de los nombres.

De esta manera, algunas investigaciones revisadas proponen diferencias significativas en el funcionamiento cognitivo para las personas con ELT derecho e izquierdo, estando relacionado más directamente con habilidades visuales y verbales respectivamente, lo que concuerda con las aportaciones de Köylü et al., (2006), quienes estudiaron a 50 pacientes con ELT crónica y 35 personas controles; encontraron que las personas con ELT en el hemisferio izquierdo utilizan estructuras subcorticales como el tálamo y el putamen para apoyar las tareas que requieren una memoria semántica verbal, mientras que las personas con ELT del lado derecho exhiben una “hipofrontalidad”, lo cual se debe a alteraciones de los circuitos neurales que procesan el lenguaje semántico.

Además de esto, también se ha encontrado alteraciones en cuanto a la memoria remota, sin existir diferencias entre la ELT izquierda y derecha, sin embargo, se refiere que es más marcado cuando se presenta en el lado izquierdo (Veltzenloge et al., 2006).

En otro estudio (Diehl et al., 2008) en el cual se utilizó la técnica Tensor de Difusión de Imagen (DTI) por medio de la cual se observó la integridad del fascículo uncinado en casos de personas con epilepsia en el lóbulo temporal, encontrando anomalías en regiones

ipsilaterales al foco epileptogénico, sugiriendo con ello la implicación del área mesial del lóbulo temporal y estructuras frontales (Köylü et al., 2006) relacionadas con el proceso de codificación y recuperación de la información.

Más específicamente, se ha correlacionado el fascículo uncinado, que conecta la corteza prefrontal con el lóbulo temporal mesial, como una vía anatómica relacionada con el funcionamiento de la memoria (Diehl et al., 2008), de manera más particular, con la puesta en marcha de estrategias para la codificación y recuperación consciente de la información como lo es la organización del material, control y comprobación de posibles respuestas (Peña-Casanova, 2007).

Además de la memoria, también se ha intentado correlacionar el fascículo uncinado con el lenguaje. En una investigación no se reportan diferencias entre personas con ELT en hemisferio derecho e izquierdo (Drane et al., 2008), en la cual, se estudiaron a 22 pacientes con ELT en el área anterior, y encontraron que en ambos casos, las personas mostraron mayores dificultades en la denominación dentro de una categoría específica, siendo ésta para rostros famosos y animales.

En este mismo sentido, por medio de la estimulación cerebral del fascículo uncinado durante procedimientos quirúrgicos (Duffau, Gatignol, Moritz-Gasser & Mandonnet, 2009) se intentó correlacionar ésta área con el lenguaje, y se encontró que no existe una relación significativa entre estos dos factores, sin embargo, la evaluación del lenguaje fue muy limitada, ya que no se pudo realizar una valoración completa durante las cirugías.

En síntesis, de acuerdo a la literatura actual, el proceso más afectado en las personas con ELT es la memoria verbal, no obstante, también puede estar involucrada la memoria remota, así como la formación de estrategias para la codificación y evocación de la información. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que estos estudios fueron realizados en personas con ELT anterior, sin que reporten específicamente el foco epileptogénico en la región del uncus, por lo que se distingue la necesidad de mayor investigación en ésta área que permita profundizar más en la neuropsicología de las crisis uncinadas.

Además de esto, se observa que las investigaciones presentan algunas dificultades metodológicas en la realización de los estudios, como un ejemplo de esto, en la mayoría de los casos no se toma en cuenta el tratamiento farmacológico de los pacientes como un aspecto que tiene gran influencia en el desempeño cognitivo, lo que puede afectar los resultados obtenidos según el tipo o tiempo de consumo de determinados medicamentos. Otro punto importante que ha sido considerado de manera poco frecuente es el enfoque ecológico de la evaluación, es decir, la funcionalidad en las actividades de la vida cotidiana, aspecto que puede aportar mucha información en el estudio de las crisis uncinadas.

## **Intervención Neuropsicológica**

### **Evaluación**

Los neuropsicólogos tienen un importante rol en la evaluación, tratamiento y rehabilitación de las personas con epilepsia, lo que incluye proveer una valoración individual de las fortalezas y debilidades de un individuo para ser candidato a una cirugía, definir las dificultades cognitivas como parte del proceso de intervención y documentar efectos cognitivos específicos debido a los fármacos (Baker & Goldstein, 2004).

Para ello, en la evaluación neuropsicológica se pueden distinguir varios objetivos que se complementan entre sí entre los cuales se pueden destacar los siguientes (Burin, Drake & Harris, 2007):

1. Contribuir con el diagnóstico
2. Evaluar las consecuencias de una enfermedad ya diagnosticada
3. Describir el funcionamiento cognitivo actual del paciente, determinando las capacidades alteradas y aquellas preservadas
4. Realizar la planeación de un tratamiento de rehabilitación neuropsicológica
5. Valorar los efectos de la intervención
6. Establecer cambios en el tiempo
7. Brindar información para el cuidado y seguimiento del paciente
8. Brindar información y asesoramiento a los familiares del paciente

El proceso de evaluación neuropsicológica debe seguir una serie de pasos (Burin et al., 2007), en primer lugar, es necesario realizar una *entrevista clínica* detallada, tanto al paciente como a familiares o personas cercanas, para obtener información sobre el principio y evolución de las dificultades existentes, antecedentes, desempeño en la vida cotidiana, estado emocional, área social, familiar, académica o laboral, expectativas y en general, cualquier otra información que sea relevante para finalmente decidir el curso que tendrá la valoración. También se recomienda la *revisión de los informes previos*, con el objetivo de conocer la evolución, resultados de exámenes aplicados y la recuperación alcanzada (Muñoz Céspedes & Tirapu Ustárroz, 2001).

A partir de los datos obtenidos en la entrevista, se sugiere realizar la *selección de pruebas* más adecuadas, para posteriormente administrarlas e interpretarlas. Estas pruebas pueden ser de tres tipos: escalas breves o pruebas de rastreo cognitivo, baterías generales de evaluación y pruebas específicas de evaluación neuropsicológica (Muñoz Céspedes & Tirapu Ustárroz, 2001) que se aplicarán de acuerdo a las hipótesis elaboradas a partir de los datos de la entrevista o los informes previos, y que servirán para tener una referencia con respecto a la información normalizada disponible para cada prueba (Baker & Goldstein, 2004).

Sin embargo, no solamente se debe realizar una evaluación cuantitativa, sino que también debe estar integrada por un corte cualitativo, lo que permite obtener mayor información sobre el proceso que utiliza cada persona para responder a una misma prueba, las estrategias utilizadas y las no utilizadas (Bennet, 2001; Muñoz Céspedes & Tirapu Ustárroz, 2001; Spooner & Pachana, 2006), con el fin de poder proporcionar un plan de rehabilitación individual (siguiendo las necesidades de cada persona) e integral (que permita considerar más áreas del funcionamiento cognitivo con un enfoque ecológico).

Por lo tanto, la evaluación neuropsicológica no solamente debe incluir las puntuaciones obtenidas en las pruebas, sino realizar un análisis de procesos neuropsicológicos de cada persona, para establecer de manera individual, las características propias de su funcionamiento, considerando así mismo, el nivel premórbido y las demandas del medio, ya que esto puede estar relacionado directamente con su rendimiento.

### ***Valoración del área emocional.***

La valoración del área emocional es importante, ya que la presencia de una alteración cerebral como la epilepsia puede afectar no solo la cognición, sino también la capacidad de comprensión, expresión y vivencia de la experiencia emocional, así como la propia estructura de la personalidad (Muñoz Céspedes & Tirapu Ustárroz, 2001) debido al daño directo a las áreas anatómicas que han sido afectadas, así como por la misma experiencia de afrontamiento ante los cambios y confrontaciones con las limitaciones diarias. Por tanto, no solamente las dificultades cognitivas están presentes cuando existe una alteración en el funcionamiento cerebral como es el caso de la epilepsia, sino que también el aspecto emocional juega un papel fundamental en el desempeño actual que una persona presenta.

Además de esto, Dalgleish y Cox (en Baddeley, Kopelman & Wilson, 2002), refieren que existe un efecto de congruencia con el estado de ánimo y la memoria, señalando que hay una tendencia de que el material relacionado con aspectos emocionales se recuerda más fácilmente si es congruente con el estado de ánimo de la persona durante la fase de evocación de la información, por lo tanto, este efecto sugiere que las personas con un estado de ánimo depresivo recuerdan en mayor grado material vinculado a información negativa, por lo tanto, es un factor de riesgo para incrementar los sentimientos de depresión ante las dificultades provocadas por la epilepsia y declinar el pronóstico para la recuperación funcional.

Conjuntamente, también se sugiere que un estado de estrés o depresión puede influir de manera negativa, provocando recuerdos más “generales” en cuanto a la memoria autobiográfica, por ejemplo, se puede recordar únicamente “la reunión” y no “la reunión del 30° aniversario de mi mejor amigo cuando salimos a cenar”, de manera tal que el proceso de evocación de la información se ve significativamente alterado (Baddeley, et al., 2002).

Por tanto, el área emocional es un aspecto sumamente importante para considerarlo como parte de la evaluación neuropsicológica ya que es un factor que influye de manera importante en el rendimiento cognitivo. De esta manera es necesario diferenciar si se trata de una alteración emocional, una dificultad cognitiva o estos dos aspectos relacionados, y a partir de ello, brindar estrategias de intervención en el programa de rehabilitación que puedan ayudar a

lograr una estabilidad emocional y eliminar, en la medida de lo posible, la influencia negativa en el rendimiento cognitivo y funcional.

### ***Evaluación ecológica.***

El término de valoración ecológica envuelve lo que se ha denominado como la “cognición diaria” (Sbordone & Long, 1998), y se refiere a una gran variedad de habilidades, conocimiento y estrategias de razonamiento que se aplican en distintos ambientes cotidianos, en donde cada tarea requiere una función cognitiva para tener un desempeño exitoso.

Bronfenbrenner (1979) ha sido pionero en considerar que la importancia de la interrelación entre la persona y su ambiente, por lo que en su teoría sobre la ecología del desarrollo humano postula que en el estudio de las ciencias de la conducta se debe poner énfasis tanto a la persona, a su ambiente y especialmente a la interacción entre ambos. Propone varios niveles de integración de un sistema donde involucra los contextos en donde una persona se desenvuelve:

1. *Microsistema*: es un modelo de actividades, roles y relaciones interpersonales experimentadas por una persona en un ambiente dado con características físicas y materiales particulares.
2. *Mesosistema*: comprende la interrelación entre dos o más ambientes en los cuales una persona participa activamente (e.g., para un niño, entre su casa y la escuela; para un adulto, la familia, el trabajo y la vida social).
3. *Exosistema*: comprende uno o más ambientes que no involucran a una persona como participante activo, pero en el cual los eventos que ocurren pueden afectarla.
4. *Macrosistema*: se refiere a la consistencia en la forma y contenido, en sistemas de más bajo nivel (micro-, meso- y exo-), que existe o puede existir, a nivel de una subcultura o una cultura a través de un sistema de creencias o ideología.

De esta manera, señala que la relación de los ambientes en donde una persona se desarrolla puede tener una influencia significativa en la conducta de la misma, en la interpretación del significado de una situación, así como también en la cognición. Por tanto, al hablar de validez

ecológica, se hace referencia al hecho de tomar en cuenta el ambiente de un individuo como factor importante de influencia en otras esferas.

La evaluación única con las pruebas neuropsicológicas tradicionales no es suficiente para conocer este desempeño (Chaytor, Schmitter-Edgecombe & Burr, 2006; Muñoz Céspedes & Tirapu Ustárroz, 2001), por lo que se requiere la identificación de las alteraciones cognitivas en la vida diaria, es decir, es necesario realizar una evaluación integral, teniendo en cuenta los diferentes contextos en donde se desempeña una persona, con la finalidad de obtener información esencial para la evaluación y la rehabilitación.

Además de ello, es necesario considerar que la demanda cognitiva que se requiere en una prueba puede ser diferente a aquellas que se necesitan en un ambiente cotidiano y está vinculado en gran medida al grado de escolaridad, ocupación o edad que se tengan, así como las habilidades cognitivas adquiridas para la resolución de problemas; por lo tanto, una persona puede mostrar un buen desempeño en determinadas pruebas neuropsicológicas, pero sin embargo, no funcionar adecuadamente en las actividades de su vida diaria debido a la gran demanda cognitiva que existe. En este sentido, la evaluación neuropsicológica no solo incluye la aplicación de pruebas, sino debe ir más allá y abarcar una valoración integral a través del funcionamiento cotidiano (Van der Elst, Van Boxtel, Van Breukelen & Jolles, 2008).

Por lo tanto, el proceso de evaluación neuropsicológica no solamente tiene como finalidad conocer el funcionamiento cognitivo de una persona y su desempeño cotidiano, sino que a partir de esta información, se pueda brindar estrategias de apoyo, tanto para la persona como para su familia, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, logrando una reintegración social o laboral y en general, proporcionando una rehabilitación integral.

## **Rehabilitación**

La intervención neuropsicológica es una tarea bastante compleja, ya que la naturaleza y severidad de los déficits varían en cada caso y no solo depende de la extensión o etiología de la lesión cerebral, sino también intervienen otros factores premórbidos como las características de

personalidad, reacciones psicológicas del paciente, de su ambiente y sus expectativas (Ponds & Hendriks, 2006), además, es primordial considerar las fortalezas y debilidades, así como las implicaciones de esto en el funcionamiento cognitivo para establecer un plan de intervención que responda a las necesidades de cada persona, sus intereses o las demandas del medio, logrando con ello una readaptación exitosa en las actividades de la vida diaria (Bennett, 2001).

Se puede definir la rehabilitación neuropsicológica como el conjunto de procedimientos y técnicas que tienen por objetivo alcanzar los máximos rendimientos intelectuales, la mejor adaptación familiar, laboral y social en personas que han sufrido un daño cerebral (Otero & Fontán, 2001). El fundamento biológico de la rehabilitación se basa principalmente en la plasticidad neuronal y se refiere a las variaciones estructurales y funcionales que se producen en el organismo y cuya finalidad es adaptarse a las demandas de un contexto particular (Muñoz Céspedes & Tirapu Ustárroz, 2001).

De manera general, el programa de rehabilitación neuropsicológica tiene que atender varios aspectos fundamentales (Fernández Guinea, 1999), entre los que se incluyen:

1. El tratamiento de las funciones cognitivas alteradas (la rehabilitación cognitiva).
2. La modificación de las conductas desadaptativas.
3. La readaptación profesional.
4. El apoyo psicosocial y familiar.

Por lo tanto, la rehabilitación neuropsicológica es un proceso integral que incluye no únicamente el área cognitiva, sino que engloba el contexto social, familiar, laboral o académico de la persona para mejorar su funcionalidad y su calidad de vida.

Según Peña-Casanova (2007), en el proceso de valoración e intervención neuropsicológica se pueden distinguir varios pasos que se describen:

1. Recolección de información y valoración neuropsicológica
2. Determinación del perfil neuropsicológico
3. Valoración de las demandas del ambiente o contexto del paciente
4. Determinación del pronóstico

5. Planificación de los objetivos y metas
6. Inicio del programa de rehabilitación
7. Registro del proceso: recolección de datos
8. Evaluación del programa aplicado
9. Modificación el programa de rehabilitación
10. Logro de los objetivos y metas planteados

Dentro de estos pasos, al iniciar el proceso de intervención, de manera general se recomienda considerar lo siguiente:

1. Etapa psicoeducativa para el paciente y sus familiares, para mostrar los efectos del daño cerebral sobre las dificultades cognitivas (Ponds & Hendriks, 2006; Shulman & Barr, 2002).
2. Mostrar el impacto en el cambio de personalidad o estado emocional (Ponds & Hendriks, 2006).
3. Establecer objetivos según las expectativas y la realidad de la persona.

### ***Modelos de rehabilitación.***

Los modelos teóricos en la rehabilitación neuropsicológica varían entre distintas dimensiones, en donde cada intervención puede estar enfocada a mejorar un proceso específico (como la atención, memoria, lenguaje, etc.), dirigido a optimizar una habilidad requerida para una actividad determinada o en enseñar estrategias compensatorias que ayuden a mejorar la ejecución en el desempeño cotidiano. Por ello, existen tres teorías principales en la rehabilitación neuropsicológica, en donde es posible distinguir diferentes orientaciones o abordajes:

#### **1. Restauración**

Se estimulan y mejoran las funciones cognitivas alteradas actuando directamente sobre ellas (Otero & Fontán, 2001). Tienen como objetivo mejorar la función a través del tratamiento de los déficits neuropsicológicos subyacentes. Esta aproximación parte de la base que se fortalecen estas habilidades mediante el ejercicio y la práctica repetida de las tareas (Mateer, 2003).

## **2. Compensación**

Se asume que la función alterada no puede ser restaurada, por ello se intenta potenciar el empleo de diferentes mecanismos alternativos o habilidades preservadas (Otero & Fontán, 2001). Se centra en entrenar o enseñar a la persona a utilizar otros comportamientos alternos, con el fin de evitar aquellas dificultades que podrían surgir como consecuencia de los déficits cognitivos. Para que este tipo de ayudas sean efectivas, se debe utilizar el aprendizaje sistemático, incorporar a los cuidadores en el entrenamiento y evaluar continuamente los resultados (Mateer, 2003).

## **3. Sustitución**

El aspecto central de la intervención se basa en enseñar al paciente diferentes estrategias que ayuden a minimizar los problemas resultantes de las disfunciones cognitivas, tal y como se realiza, por ejemplo, cuando se enseña a los individuos a utilizar diferentes ayudas externas (Otero & Fontán, 2001).

Mateer (2003) señala otra estrategia de intervención neuropsicológica:

## **4. Modificación del ambiente**

Buscan adaptar el entorno físico a las capacidades cognitivas de la persona. En la fase aguda, el objetivo es hacer el ambiente más seguro y minimizar la sobreestimulación. En esta etapa, las luces brillantes, sonidos fuertes y los movimientos rápidos pueden causar mucha confusión y estrés. Se debe buscar la mejor forma de controlar el entorno con el fin de reducir la fatiga y frustración durante las tareas del tratamiento.

En la fase crónica, las modificaciones ambientales se deberán dirigir a áreas funcionales específicas y se pretende incrementar la aparición de conductas adaptativas.

En general, la rehabilitación neuropsicológica debe ser individual y responder a las necesidades, expectativas y realidades de cada persona, por lo que es difícil hacer una generalización de la mejor opción de las estrategias de intervención, y esta decisión dependerá de cada caso en particular basado en la valoración neuropsicológica (evaluación de fortalezas y debilidades), así como del apoyo social y familiar de cada individuo (Bennet, 2001; Ponds & Hendriks, 2006).

La rehabilitación cognitiva debe ser sistemática y debe promover la *generalización* de los resultados a las actividades de la vida diaria (Bennett, 2001; Spooner & Pachana, 2006), tanto hacia con otras personas (habilidades interpersonales), otros comportamientos y a otros ambientes donde se desempeñe.

El presente programa de rehabilitación, enfocado a la intervención en un caso de una persona con crisis uncinadas, combina modelos de restauración, sustitución y compensación, favoreciendo el empleo de habilidades que mejoren la funcionalidad en su vida cotidiana y que reduzca el nivel de estrés ante la confrontación continua con sus limitaciones, adaptándolo a sus propias necesidades. En la literatura se ha reportado que la combinación de estas estrategias de intervención ha obtenido mayor éxito que la utilización de una sola (Bennett, 2001), lo cual apoya un abordaje integral adaptado a las necesidades de cada caso en diferentes niveles de intervención.

### ***Rehabilitación neuropsicológica en el caso de crisis uncinadas***

Es difícil establecer un modelo general para la rehabilitación de las personas con epilepsia ó específicamente que presenten crisis uncinadas, ya que cada persona presenta diferentes manifestaciones clínicas y cognitivas, además de que los contextos y necesidades son distintos. Aunque la literatura reporte que las principales dificultades que se presentan en estas personas son alteraciones en la memoria (Blake et al., 2000; Tsukiura et al., 2002; Voltzenloge et al., 2006), es necesario valorar cada situación en particular y a partir de ello, tomar las decisiones sobre el programa de intervención.

### ***Rehabilitación cognitiva***

La rehabilitación cognitiva se refiere a la intervención específica del funcionamiento cognitivo y la participación en actividades que pueden estar afectadas por estas dificultades (Katz, Ashley, O'Shanick & Connors, 2006). Su principal objetivo es permitir a las personas con este tipo de dificultades alcanzar un nivel óptimo de desempeño, reduciendo el impacto en los problemas

en la vida diaria y ayudando a la reinserción en un ambiente adecuado (Wilson, 2003). Además, como parte importante de la rehabilitación, se incluye el trabajo con los familiares como un apoyo para crear un soporte ambiental y poder reforzar al paciente por sus esfuerzos.

De manera general, Otero y Fontán (2001) señalan que la rehabilitación cognitiva es un proceso que involucra varias etapas, como se muestra en la Figura 4.

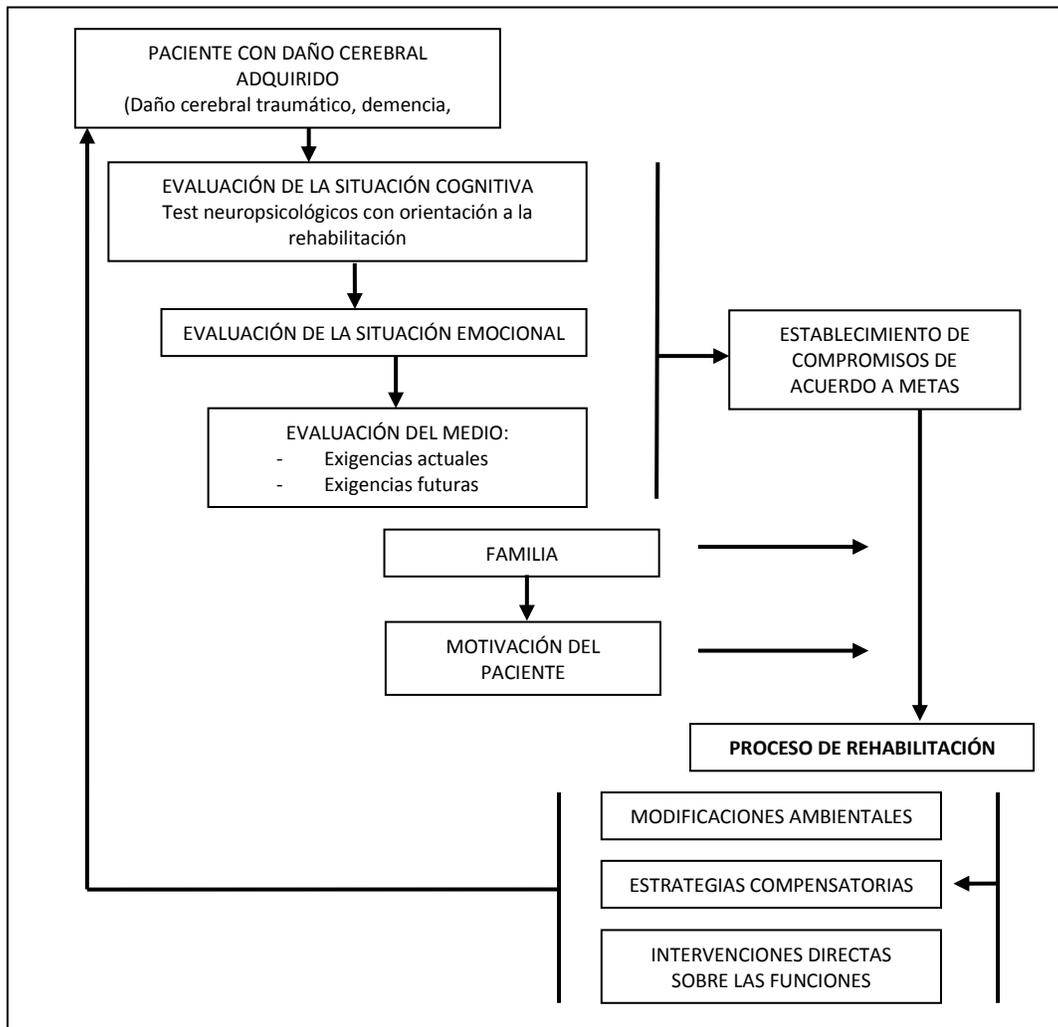


Figura 4. Fases del proceso de rehabilitación cognitiva (Otero & Fontán, 2001).

La *generalización* de las habilidades trabajadas en la rehabilitación cognitiva es un tema central en el programa de intervención, ya que no únicamente se trata de entrenar al paciente para la realización de una tarea en el consultorio, sino que de manera específica, que pueda

aplicar estas habilidades a su vida cotidiana. Otero y Fontán (2001) refieren que un paciente alcanza la generalización cuando:

1. El paciente puede reproducir una actividad con los mismos materiales en ocasiones separadas
2. Los avances también se observan en tareas similares aunque no idénticas
3. Se transfieren a las actividades de la vida diaria

Para promover la generalización se puede enseñar a utilizar las estrategias en actividades específicas requeridas en situaciones diarias o a través de diferentes escenarios, por lo que se puede usar una gran variedad de lugares para la rehabilitación que formen parte del ambiente de la persona (Baddeley et al, 2002).

### ***Rehabilitación de la memoria.***

La *memoria* es una de las actividades del cerebro más básicas e importantes ya que es la base para que otros procesos cognitivos puedan llevarse a cabo, ha sido definida como un cúmulo de experiencias que un individuo puede almacenar a través de su vida por medio del sistema nervioso para la adaptación de su medio, es la capacidad de retener información sobre nosotros mismos y nuestro ambiente, aunque esta definición también debe incluir el conocimiento que adquirimos y evocamos de manera implícita en las que se encuentran las habilidades motoras o perceptivas (Fuster, 2003).

Actualmente, los modelos de la memoria han evolucionado a partir de considerar sus componentes como “estados” (memoria a corto plazo o memoria a largo plazo) de manera que se han incorporado diferentes “procesos” dinámicos (codificación, consolidación y recuperación de la información) que involucran la memoria y que resultan más funcionales para la rehabilitación neuropsicológica (Johnstone & Stonnington, 2001), dichos procesos se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8. Procesos dinámicos de la memoria (Johnstone & Stonnington, 2001)

Proceso De La Memoria	Descripción
<b>Codificación</b>	Es la etapa inicial y se refiere al proceso por el cual la información auditiva y visual, o las habilidades motoras, son inicialmente organizadas y procesadas por la repetición inmediata o el recuerdo posterior. Este proceso puede realizarse con esfuerzo o puede ser inconsciente.
<b>Consolidación</b>	Es el proceso por el cual la información es convertida de un procesamiento activo temporal a un almacenamiento permanente. Este proceso típicamente no se considera que se realiza con esfuerzo, sin embargo, la organización activa de la información puede mejorarlo.
<b>Recuperación</b>	Es el proceso por el cual la información previamente aprendida o las habilidades son evocadas. Este proceso puede ejecutarse con esfuerzo o de forma pasiva.

Sin embargo, existe otra taxonomía creada por Markowitsch (en Sohlberg & Mateer, 2001) en donde se hace la clasificación teniendo en cuenta la duración de la memoria y la capacidad de almacenamiento (véase Tabla 9).

Tabla 9. Clasificación de los tipos de memoria

<b>Formas dependientes del tiempo</b>	
Memoria a corto plazo (memoria de trabajo)	El almacenamiento de la información es limitado (3 – 5 ítems) por un periodo restrictivo de tiempo (algunos minutos).
Memoria a largo plazo	Memoria ilimitada sin decaimiento.
<b>Formas dependientes del contenido</b> (todas involucran la memoria a largo plazo)	
Memoria declarativa	Base de conocimientos explícitos.
Memoria episódica	Almacenamiento de eventos que son ubicados en tiempo y espacio.
Memoria semántica	Almacenamiento de hechos.
Memoria no declarativa	Memoria implícita; no requiere memoria episódica.
Memoria procedimental	Adquisición de habilidades perceptivomotoras y el aprendizaje de reglas y secuencias.
“Priming” (preparación)	Incrementa la posibilidad de recuperación de la información cuando previamente se ha sido expuesto a ella sin un aprendizaje explícito.
<b>Memoria de la vida cotidiana.</b>	
	Memoria funcional
Memoria prospectiva	Recuerdo de llevar a cabo planes o intenciones.
Metamemoria	Conciencia del funcionamiento de la propia memoria.
<b>Términos de la amnesia</b>	
Amnesia anterógrada	Inhabilidad para adquirir nueva información después de un daño cerebral.
Amnesia retrógrada	Inhabilidad para evocar información almacenada con anterioridad al daño cerebral.
Amnesia post-traumática	Periodo de confusión con inhabilidad para recordar los acontecimientos momento a momento, usualmente seguido de un decremento en el estado de conciencia.

Para la rehabilitación de la memoria, se separa ésta área de otras funciones cognitivas únicamente de manera teórica, ya que funcionalmente es difícil aislarla tanto en el proceso de evaluación como en la rehabilitación, por ello, es muy frecuente el trabajo con actividades en donde se involucren más de un área del funcionamiento cognitivo (Serruya & Kahana, 2008). Debido a esto, el proceso de intervención de la memoria puede utilizar de manera simultánea ejercicios que involucren otros procesos como el lenguaje, atención, funciones visuoespaciales o funciones ejecutivas. En este sentido, la decisión de qué ejercicios se realizarán dependerá de la evaluación realizada, enfocada a utilizar las áreas fuertes como un apoyo significativo para mejorar las débiles; por ejemplo, si una persona presenta mejor rendimiento en las tareas visuales que verbales, se pueden utilizar estrategias visuales que ayuden a recordar la información verbal (Ponds & Hendriks, 2006).

Un área importante de este trabajo es la rehabilitación de la *memoria* ya que es la sintomatología más frecuentemente reportada en personas con epilepsia, y es el área con mayores dificultades en la persona con crisis uncinadas para quien se desarrolló el programa de rehabilitación neuropsicológica de este trabajo.

El primer paso, como en la rehabilitación de otras funciones, debe ser la *psicoeducación* en donde se debe describir los efectos de las dificultades de memoria tanto al paciente como a los familiares (Ponds & Hendriks, 2006), las repercusiones en la vida diaria y las posibilidades existentes para el restablecimiento de la función o la utilización de estrategias compensatorias.

Posteriormente, a partir de los objetivos establecidos, se implementan diversas técnicas que puedan ayudar a mejorar las habilidades mnésicas en el desempeño en la vida cotidiana. En general, existen algunas estrategias que pueden servir como pautas para el programa de intervención, no obstante, éste debe ser individualizado, es decir, adaptado a las necesidades, ambiente social y expectativas de cada persona.

Algunas estrategias para mejorar el proceso de la codificación y consolidación que se recomiendan son (Baddeley et al., 2002; Johnstone & Stonnington, 2001):

1. Minimizar los distractores ambientales
2. Simplificar la información
3. Focalizar a la persona en una tarea a la vez
4. Que la persona repita las instrucciones que se le pidan
5. Que realice preguntas para asegurarse de que comprendió la instrucción
6. Utilizar una libreta de notas
7. Utilizar agenda
8. Utilizar ayudas externas (como notas, listas de actividades pendientes, etc).
9. Utilizar alarmas para indicar actividades
10. Incrementarle paulatinamente el nivel de relevancia de la información presentada
11. Proveer asociaciones entre cosas o actividades que deben ser recordadas
12. Dar indicaciones verbales frecuentes y recordatorios
13. Aplicar la regla de “poco y frecuente” en donde se distribuye la cantidad de información a recordar
14. Dejar mensajes telefónicos
15. Proveer con recordatorios visuales (listas o notas)
16. Realizar la planeación diaria del día

Además de lo anterior, es importante resaltar que las estrategias para trabajar la memoria pueden mejorar cuando son presentadas en diferentes modalidades sensitivas, ya sea de forma visual, auditiva o incluso motora (Johnstone & Stonnington, 2001).

No obstante, esta información presentada principalmente se enfoca a los modelos de rehabilitación compensatorios, en donde se pretende utilizar mecanismos alternativos para disminuir las dificultades en la memoria, sin embargo, también existen estrategias que directamente trabajan sobre esta área con el fin de lograr una restauración de la función (Sohlberg & Mateer, 2001), entre estas estrategias podemos encontrar:

1. Ejercicios prácticos que trabajan directamente la memoria

## 2. Entrenamiento en estrategias mnemotécnicas

Son técnicas que permiten a una persona organizar, almacenar y recordar información de una manera eficiente (Baddeley et al., 2002). Diferentes estrategias han mostrado su influencia en el rendimiento tales como la *codificación verbal* de los estímulos no verbales, la *repetición* de la información, la *organización* y *categorización* de los elementos que se han de recordar o el establecimiento de relaciones entre elementos, bien verbalmente o mediante el empleo de imágenes.

Las reglas mnemotécnicas se pueden clasificar en función del código empleado para procesar la información:

- Estrategias verbales (agrupación de los elementos de una lista de palabras en categorías semánticas)
- Estrategias visuales (creación de una imagen mental para recordar dónde se ha dejado un objeto determinado).

## 3. Entrenamiento en la memoria prospectiva

Involucra la evocación de actividades a futuro, planes o intenciones.

## 4. Entrenamiento en la metamemoria

Consiste en la predicción por parte del paciente de su rendimiento en los ejercicios, para posteriormente comparar esto con la ejecución realizada. Se proporciona retroalimentación de los resultados obtenidos.

## 5. Métodos de recuperación espaciada

Esta estrategia consiste en incrementar paulatinamente el lapso de tiempo entre la presentación del estímulo y la recuperación de la información.

## 6. Método de pistas desvanecidas

En un primer momento, se brinda la información necesaria y completa para dar una respuesta correcta, posteriormente solo se brinda parte de la información y gradualmente se va retirando cada vez mayores datos.

7. La creación de una historia personal

Se hace una autobiografía con ayuda de fotografías, videos, escritos, etc. Puede involucrarse a la familia para la construcción de la historia personal.

8. Aprendizaje sin error

Es una técnica de aprendizaje en donde las personas son notificadas, en la medida de lo posible, cuando cometen errores mientras aprenden nuevas habilidades o adquieren nueva información (Baddeley et al., 2002).

En una investigación (Anderson & Craik, 2006) se realizó una comparación entre el proceso de aprendizaje con y sin errores, en donde se reportó que el aprendizaje con errores lleva a conclusiones erróneas adquiridas en aprendizajes anteriores, por lo tanto, se recomienda que durante el proceso de enseñanza se reduzcan las equivocaciones.

Actualmente es reconocido el hecho de que la organización de la información tiene bastante influencia para un adecuado registro, así como para facilitar al almacenamiento y por consecuencia, la recuperación de la información. En un estudio se investigaron los efectos de los apoyos cognitivos para la memoria dependiendo de las características de la tarea (Rodrigues, Sauzón, Langevin, Raboutet & N'Kaoua, 2010), se presentaron palabras apareadas que tenían que recordar, posteriormente se encontró que un tiempo de presentación corto y la desorganización de la información son factores que incrementan las dificultades en la memorización, por el contrario, la elaboración semántica, el recuerdo con pistas y el reconocimiento de la información presentada son apoyos que sirven para mejorar el rendimiento.

En otra investigación (Lunge, Waked, Kirshblum & DeLuca, 2000) se estudió la influencia de las estrategias organizacionales de información visual sobre la memoria, en personas con eventos cerebrovasculares (EVC) a través de la ejecución en la Figura Compleja de Rey-Osterreith con la aplicación de la memoria inmediata y diferida a 30 minutos, y se encontró que las personas con menores habilidades de organización de la información tuvieron un desempeño deficiente para su recuperación a largo plazo, lo que refieren que la falta de estructura en el proceso del registro influye en la evocación de manera significativa.

En este sentido, en un estudio (Jha, Ranucci & Giuliani, 2006) se examinó la utilización de estrategias mnemotécnicas con respecto a la corteza prefrontal (CP) a través de Imágenes por Resonancia Magnética funcional, y se encontró que regiones anteriores de la CP se activan cuando se ejecutan tareas de memoria de trabajo en la selección de respuestas, preparación, ejecución y manipulación de la información, mientras que áreas posteriores están más involucradas con estrategias de codificación y el mantenimiento pasivo de los estímulos; esto sugiere un componente ejecutivo en las tareas de memoria, hecho que puede servir como base para fortalecer este proceso, es decir, mejorar las estrategias de organización y categorización ayudaría a incrementar el desempeño de la memoria.

A partir de los datos obtenidos en la literatura, se puede concluir que estrategias como la organización del material, su clasificación o estrategias semánticas, ayudan en gran medida a mejorar el almacenamiento y recuperación de la información, lo que proporciona a personas con dificultades en el funcionamiento de la memoria, una herramienta útil para incrementar su rendimiento en este tipo de tareas.

Otro aspecto a considerar, es que los ejercicios empleados en la rehabilitación de la memoria deben estar enfocados a incrementar el funcionamiento en las actividades de la vida diaria, por lo que deben estar íntimamente relacionados con la ocupación y escolaridad de la persona, para que puedan ayudar a la generalización de las estrategias empleada y sean parte de la rehabilitación integral de la que se hablará en el apartado correspondiente.

### ***Rehabilitación del automonitoreo.***

Las dificultades en el funcionamiento ejecutivo suelen ser bastante frecuentes en las personas que presentan epilepsia en el lóbulo temporal debido a la rápida propagación de la actividad eléctrica hacia el lóbulo frontal (Lin et al., 2008) a través de las fibras que conectan ambas áreas, como lo es el fascículo uncinado.

El automonitoreo forma parte del gran conjunto de las funciones ejecutivas y es un área que muestra dificultades en la persona con crisis uncinadas para quien se diseñó el presente

programa de intervención. Esta función se describe como una habilidad para detectar y responder a los errores a través de la retroalimentación para modificar una conducta (Sohlberg & Mateer, 2001), lo que es necesario para un adecuado funcionamiento.

Para la rehabilitación del automonitoreo, en la literatura se ha reportado principalmente la utilización de apoyos externos, como los auditivos o verbales, para incrementar la atención hacia la conducta dirigida a objetivos y aumentar el control sobre una actividad, así como el tiempo que se invierte en ella (Arco, Cohen & Geddes, 2004; Manly, Hawkins, Evans, Woldt & Robertson, 2002).

Se han encontrado estudios que sugieren llevar a cabo actividades tales como:

1. Alertas a través de tonos que facilitan el centrarse en la tarea a través de realizar una pregunta ¿qué estoy haciendo y cuál es el objetivo de esto? (Manly, Hawkins, Evans, Woldt & Robertson, 2002).
2. Envío de mensajes con alguna palabra clave no relacionada al contexto (Fish, et al., 2007) que permita detener la actividad actual y pensar en los objetivos, lo que favorecerá a la vez el trabajo de la memoria prospectiva.
3. Dar una retroalimentación a la persona sobre su ejecución (Ríos-Lago, Muñoz-Céspedes & Paúl-Lapedriza, 2007).
4. Empleo de autoinstrucciones (Ríos-Lago, Muñoz-Céspedes & Paúl-Lapedriza, 2007).

### ***Rehabilitación Integral***

Según lo reportado en la literatura, las principales dificultades referidas en las personas con epilepsia son memoria y atención, sin embargo, en muchos de los casos la evaluación neuropsicológica integrada únicamente por los resultados de las pruebas estandarizadas, no detecta estos problemas de memoria reportados (Blake et al., 2000) u otras dificultades cognitivas; por tanto, la evaluación y rehabilitación deben ser integrales, teniendo en cuenta el enfoque ecológico, es decir, el desempeño en las actividades de la vida diaria (Higginson, Arnett & Voss, 2000; Ruff, 2003; Spooner & Pachana, 2006), ya que es ahí donde se pueden observar de

manera más clara las dificultades principales, las habilidades conservadas y las necesidades de cada paciente para establecer un plan de intervención individualizado.

Debido a la gran diferencia que puede observarse entre los resultados en una evaluación basada únicamente con pruebas y una evaluación apoyada en el desempeño del funcionamiento en la vida cotidiana, Heinrichs (1990) sugiere tres explicaciones posibles para las limitaciones con la evaluación tradicional (basada solo en test neuropsicológicos):

1. Las pruebas comúnmente utilizadas en el ámbito clínico no acceden al conocimiento específico de las actividades de la casa o laborales debido a que son bastante generales o abstractas.
2. Las pruebas contienen habilidades incompletas o incorrectas sobre las cuales las actividades de la vida diaria dependen.
3. No se pone suficiente atención al rol que juega el ambiente en la expresión de las limitaciones.

Resulta sumamente importante considerar el nivel premórbido y la ocupación de cada individuo, ya que las demandas cognitivas varían de manera significativa entre diferentes personas y pueden mediar la relación entre la ejecución en una prueba neuropsicológica y el funcionamiento diario, es decir, en ocasiones las dificultades cognitivas presentadas en la evaluación pueden no tener repercusiones en las actividades diarias debido a la poca demanda cognitiva, o por el contrario, déficits cognitivos poco significativos junto con un ambiente demandante puede resultar en un nivel funcional bastante alterado (Chaytor et al., 2006).

Para lograr una intervención integral, se recomienda obtener información sobre el desempeño a través de la observación directa en los escenarios en donde la persona se desarrolle, por medio de entrevistas con familiares, amigos o compañeros del trabajo (Bennett, 2001; Brailowsky, 1999) que provean un panorama general de la vida de la persona e incrementen la validez ecológica de la evaluación neuropsicológica.

### ***Área emocional.***

Las personas que presentan epilepsia también pueden manifestar otras alteraciones emocionales como ansiedad (Vazquez & Devinsky, 2003), depresión o apatía, ya sea como alteración fisiológica debida a la lesión o una reacción ante la enfermedad y nuevo estilo de vida, así como otras dificultades psicosociales que pueden causar estrés como el aislamiento social, falta de autoestima o seguridad propia; por ello, es importante desarrollar y enseñar estrategias de afrontamiento activas que puedan mejorar la calidad de vida, por ejemplo, la utilización de la terapia cognitivo conductual puede ser de gran ayuda para promover actitudes más positivas (McCagh, Fisk & Baker, 2009; Tiersky et al., 2005) o también se ha referido que la terapia de relajación es útil para el manejo del estrés (Baddeley et al., 2002).

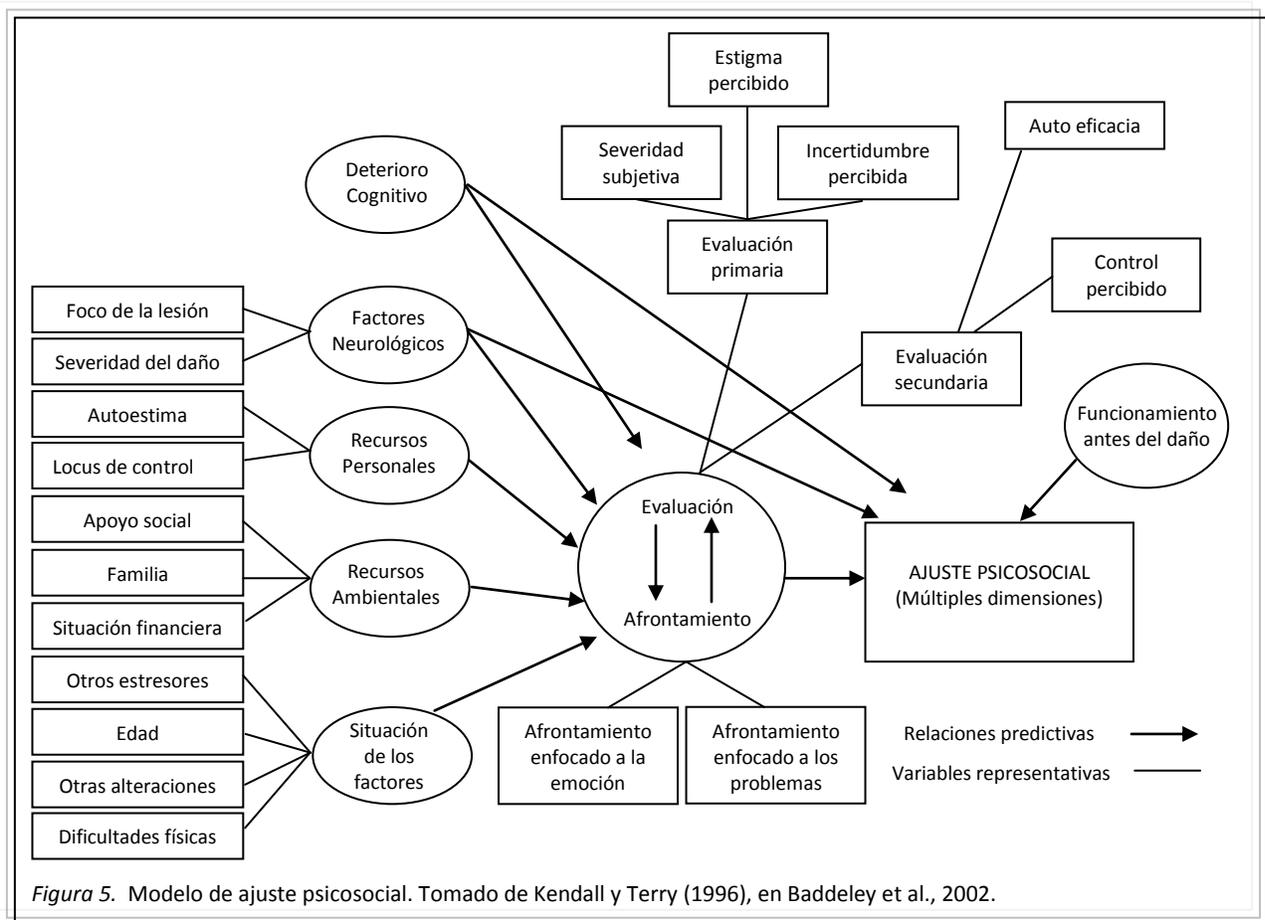
En un estudio (Moore & Baker, 2002) se realizó una evaluación neuropsicológica y emocional a personas con epilepsia en el lóbulo temporal, y se señaló que la memoria es una de las principales funciones alteradas, y a pesar de que no encontraron síntomas depresivos, reportan que estas personas poseen un nivel de ansiedad moderado, lo que induce a reducir las situaciones sociales y algunas actividades, sin embargo, en este estudio no tomaron en cuenta el número de personas bajo tratamiento farmacológico con antidepresivos, lo que puede también alterar estos resultados, enmascarando la sintomatología e incrementando el número de personas con problemas emocionales. Además, también señalan que las personas con alteraciones en el funcionamiento neuropsicológico son más susceptibles para tener dificultades en la comunicación, relaciones sociales, autoestima, lo que puede ser un factor de riesgo para desarrollar depresión o ansiedad.

En este sentido, la rehabilitación también debe considerar el área emocional y trabajar con ella, de manera que ayude tanto al paciente como a los familiares a disminuir las crisis ante la presencia de un daño cerebral, así como dar un adecuado manejo de las emociones como depresión, ansiedad o estrés que puedan presentarse, para contribuir a un mejor pronóstico y éxito de la rehabilitación (Muñoz Céspedes & Tirapu Ustárrroz, 2001).

En la Figura 5 se aprecia un modelo propuesto por Kendall y Terry (en Baddeley et al., 2002), donde se observa de manera clara como los factores personales, sociales y las

características del daño neurológico tienen un papel sumamente importante en el proceso de ajuste psicosocial que una persona tiene que realizar ante la nueva situación de vida que enfrenta.

Para lograr este ajuste psicosocial, se pasa por una etapa de evaluación y afrontamiento del nuevo estilo de vida, de las habilidades conservadas y las dificultades presentadas, donde se involucran procesos emocionales, sociales y de percepción de la situación, y dependiendo de los recursos cognitivos, sociales, familiares o afectivos, una persona logrará o no alcanzar este acoplamiento.



### ***Apoyo social y familiar.***

La incorporación de la familia a los programas de rehabilitación es uno de las mayores aportaciones de los últimos años, ya que no sólo pueden participar de las terapias de grupo, sino

que también constituyen otro foco de atención de los profesionales rehabilitadores. Se puede ayudar a las familias a reajustar sus expectativas, ofrecer asesoría para el manejo de la persona afectada y para comprender sus propias necesidades y responsabilidades. Asimismo, la familia es un gran aporte para la puesta de estrategias y habilidades trabajadas en las sesiones de rehabilitación en la vida cotidiana (Johnstone & Stonnington, 2001; Sohlberg & Mateer, 2001), lo que favorece la generalización del programa de intervención.

Además, es importante considerar el ambiente social debido a que también debe integrarse como apoyo para el programa de rehabilitación y la generalización de los resultados. Un ambiente social estigmatizante o lleno de discriminación puede inducir un factor de estrés importante que influye significativamente en el desempeño cognitivo (Jacoby, 2002) y que se debe tener en cuenta en la evaluación integral, en este sentido, el neuropsicólogo tiene un rol significativo para concientizar e informar a la sociedad sobre las características y dificultades que puede enfrentar una persona con un daño cerebral para promover un ambiente más óptimo.

### ***Readaptación Profesional.***

Otro aspecto que frecuentemente se plantea en los objetivos del programa de rehabilitación, es la necesidad de la reincorporación de las personas al área laboral o el regreso a los estudios que realizaban, para ello, se debe tener en cuenta (Peña-Casanova, 2007):

1. Las habilidades de desempeño actual. Dependen en gran medida de las aptitudes físicas de la persona (movilidad, déficits primarios, etc).
2. Habilidades ocupacionales. Características personales para desempeñar determinadas actividades (puntualidad, higiene, cumplimiento de normas, etc.)
3. Funcionamiento intelectual o cognitivo.
4. Habilidades de interacción. Mantenimiento de relaciones personales satisfactorias en el entorno laboral.

También, es necesario valorar el apoyo de otros profesionales o familiares que puedan implementar las habilidades entrenadas (Muñoz Céspedes & Tirapu Ustárroz, 2001) en el ámbito laboral para estimular el mayor grado de funcionalidad e independencia posible para la persona, lo que contribuirá incluso en el área emocional.

## INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA

### **Método**

El presente trabajo es una investigación realizada a partir de un diseño experimental de caso único, en donde se obtuvo una línea base sobre el desempeño cognitivo y funcional de una persona con crisis uncinadas. Posteriormente se diseñó y puso en práctica un programa de intervención basado en las principales necesidades y expectativas de esta persona, con el objetivo de incrementar su funcionalidad en las actividades de la vida diaria, así como mejorar su calidad de vida. Finalmente, se realizó otra valoración neuropsicológica para estimar los cambios debido a la intervención.

### **Presentación del Caso**

#### **Ficha de identificación**

ME es una mujer de 57 años con el diagnóstico de crisis uncinadas en el hemisferio derecho, nació el 18 de diciembre de 1952, soltera y sin hijos, originaria y residente del Distrito Federal, su dominancia manual es diestra, su lengua materna es el español. Vive con su madre y su hermana en una casa con todos los servicios.

Tiene 20 años de escolaridad, estudió una licenciatura en medicina y una especialidad en psicoterapia psicoanalítica. Desde 1980 hasta la fecha ha trabajado como médico familiar en la Secretaría de Salud, también ha laborado como docente a nivel licenciatura en la escuela de medicina de la UNAM, realizando esta actividad por 12 años y finalizando en 1994, cuando ingresó a la especialidad; al concluir ésta, después de 3 años, comenzó a dar terapia para adultos en un consultorio privado.

Estuvo en un grupo coral por 17 años (finalizó cuando concluyó su carrera) donde cantaba como soprano y participaba en conciertos tanto en el D.F. como en otras ciudades del país y del extranjero. Aunque señala que nunca aprendió la lectura de partituras, tiene un extenso

conocimiento sobre piezas musicales, compositores y en general, ha tenido una vasta instrucción en música clásica.

### **Nivel premórbido.**

*Nivel salud.* ME no refiere enfermedades significativas en su niñez y adolescencia, a excepción de las crisis epilépticas cuyo origen señala desde los 16 años de edad, aunque el diagnóstico se realizó hasta los 34 años.

En 1999 inició con cuadros recurrentes de gastritis que hasta la fecha continua refiriéndolos principalmente en periodos de estrés, aunado a ello, ha presentado reflujo y disfonía secundaria a esta situación. Desde el 2002 ha presentado una lumbalgia la cual se ha exacerbado de manera paulatina y se agudiza con la actividad física del funcionamiento cotidiano (caminar, subir o bajar escaleras, ejercicio físico, algunas posturas, entre otras cosas), por lo que desde el 2009 requiere del uso del bastón en la mayor parte del día para facilitar la deambulaci3n. Tambi3n presenta hipotiroidismo desde el 2004.

*Nivel afectivo.* Ella refiere haber sido una persona bastante introvertida, sin embargo, esto no le dificult3 establecer relaciones laborales, escolares o de amistad con sus compa1eros y conocidos. Una de las actividades que ha tenido mayor importancia en su vida es la participaci3n en actividades de la iglesia a la que asistía, por lo que muchas de sus relaciones afectivas se encontraban vinculadas a este ambiente.

Como red social de apoyo principal se encuentra su hermana mayor y su mamá, quienes viven con ella. Una de las principales preocupaciones de ME es continuar aportando econ3micamente en su casa, así como el cuidado de la salud tanto de su mamá como de su hermana.

En el 2009 fue diagnosticada con un trastorno depresivo recurrente de intensidad moderada por el servicio de psiquiatría del C.M.N. 20 de Noviembre, lo que está relacionado con las limitaciones físicas que ahora presenta y con mayores dificultades para realizar sus actividades

cotidianas. Ella refiere que las dificultades cognitivas también han tenido bastante influencia en su estado de ánimo.

*Nivel cognitivo.* ME manifiesta que en toda su vida escolar no ha tenido dificultades para aprender información o evocarla, sin embargo, señala una disminución en la velocidad de procesamiento, es decir, refiere que en comparación con sus compañeros ella siempre ha tardado más tiempo en realizar las actividades escolares o aprender la información, por lo que ha tenido que dedicar aproximadamente el doble de tiempo para realizar los mismos ejercicios y obtener buenos resultados. Tampoco señala dificultades atencionales, del lenguaje, perceptuales, motrices o del funcionamiento ejecutivo, sino hasta el 2004 que refiere el inicio de los problemas de memoria.

*Nivel sociocultural.* ME es una persona con un nivel socioeconómico medio, sin embargo, posee un alto bagaje cultural debido al aprendizaje en los múltiples viajes que ha realizado a través de distintas ciudades a nivel nacional y en el extranjero, que logró gracias a la participación en el coro, además de que es una persona a quien le gusta la lectura de temas como historia, astronomía, literatura y de cultura general, asimismo refiere que uno de sus pasatiempos favoritos es ver documentales de diversos temas de de cualquier área.

### **Inicio y Evolución del Padecimiento Actual**

A los 34 años, ME fue diagnosticada con epilepsia (crisis uncinadas en lóbulo temporal derecho) y manejada con carbamazepina por neurólogo particular debido a la presencia de percepción de olores extraños y desagradables sin haber estímulos presentes, la frecuencia de aparición de esta sintomatología fue diaria, también presentaba el fenómeno de dejá vú y jamás vú aproximadamente tres veces por semana, ella refiere haber tenido también una sensación de “aislamiento” y lentificación del pensamiento; sin embargo, ME señala haber tenido estas sensaciones desde los 16 años pero no le había dado importancia a esta situación y refiere que durante su carrera como médico general no tuvo una adecuada formación en aspectos neurológicos, por lo que no había acudido a ningún médico para su diagnóstico y seguimiento.

La evolución del padecimiento es incierta debido a las dificultades en ME para recordar esta información, y la familia tampoco tiene datos al respecto ya que por la situación económica tanto los padres como su hermana mayor se encontraban trabajando y pasaban poco tiempo con ella, no obstante, la hermana refiere que observaba en ella como “ausentismos” que duraban solamente unos segundos, no puede especificar la frecuencia de ellos. ME también refiere que tuvo ausentismos que iniciaron alrededor de los 18 años con una duración de segundos y los presentaba dos veces por semana.

ME indica que solamente ha tenido tres eventos de crisis parciales simples que se generalizan de forma secundaria, ocurridos entre 1995 y 1996, en uno de ellos, presentó relajación de esfínteres y aumento del tono muscular de brazos; por ello, a partir de su diagnóstico se le ha manejado con oxcarbamacepina (300 mg 1- 1- 1 ½) y clonazepam (2mg ¼ - 0 - ½), desde esa época no ha vuelto a presentar ningún evento de este tipo.

También refiere que inició con problemas de memoria a partir del año 2004, los cuales se han acentuado hasta la fecha, principalmente caracterizados en un inicio por olvidos esporádicos sobre actividades a realizar y en ocasiones dificultades para evocar palabras. Refiere que esto ha ido evolucionando de manera que actualmente se ha incrementado la frecuencia de estos fallos, presentando dificultades para recordar información importante de las conferencias a las que asiste, también señala que le cuesta trabajo escribir las notas en los expedientes de los pacientes que tiene en consulta en un día ya que se describe como bastante lenta para hacerlo, además de que señala “tengo la idea, pero me cuesta mucho trabajo encontrar las palabras para plasmarla” y en ocasiones no recuerda esta información hasta ese mismo día en la noche o al día siguiente, por lo que las notas clínicas que realiza carecen de información y son bastante cortas. Manifiesta que también esto sucede en las conversaciones que tiene, dificultándosele encontrar palabras o acordarse de cosas, por lo en ocasiones pierde la secuencia de la conversación, desviándose con temas relacionados o “saltando de un tema a otro”, hasta que puede perderse en la plática o finalmente llegar a la idea principal después de bastante tiempo. También señala que esto influye significativamente en actividades de lectura ya que tiene que repasar las cosas varias veces para entenderlas y presenta dificultades para la evocación de dicha información. También muestra olvidos frecuentes en cuanto a los pendientes que tiene que realizar, por ello lleva una agenda todo el tiempo, porque de otra manera, no recordaría sus actividades programadas.

Además de lo anterior, ella señala que tiene bastante dificultad para recordar sucesos de su vida, como de la secundaria, preparatoria e incluso la universidad así como los viajes que ha realizado a ciudades del extranjero; problemas para ubicar las fechas o eventos en el tiempo, dificultades para acordarse del nombre y/o letra de piezas musicales que ella cantaba en el coro en el cual participó por 17 años; también manifiesta algunos problemas para evocar nombres de personas que conoció en esa época y acontecimientos o detalles que sucedieron cuando era pequeña. De ello se da cuenta y le causa bastante ansiedad ya que refiere que su hermana le platica y le pregunta cosas de esto, por lo que ella se preocupa por no recordar datos significativos.

En la entrevista con la hermana, ella señala que ha observado dificultades en ME para evocar información, manifestando que cuando se refieren a hechos remotos, tiene problemas para recordar fechas o los eventos ubicarlos en el tiempo, también tiene dificultades para acordarse de nombres de personas, aunque si puede reconocer a dichas personas. También indica, en cuanto a la memoria más reciente, que en ocasiones se le dificulta acordarse de los nombres de los objetos y señala “cuando platicamos, me está diciendo una cosa y luego cambia el tema porque se le olvida”, manifestando que cuando se le hace notar esto, vuelve al tema central de conversación, de lo contrario, puede recordar la información, pero pueden pasar incluso días para que esto ocurra.

En octubre del 2006 es enviada al C.M.N. 20 de Noviembre para el mejor control de las crisis, donde continúa con oxcarbamazepina (1 ½ - 1 ½ - 1 ½) y clonazepam (1/4 al medio día y 1 tableta por la noche).

En el año 2007 sus crisis se caracterizaron principalmente por la percepción de olores, en ocasiones desagradables y en otras no, sensación de sentir “raro” (sic ME) el medio en donde se encontraba, percepción de que el tiempo pasa sin darse cuenta, así como un zumbido en los oídos. En el expediente del servicio de neurología del C.M.N. 20 de Noviembre se refiere que en este año presentó automatismos, por lo que continúa con oxcarbamazepina y clonazepam, y se agrega al tratamiento el topiramato (1 tableta al día). También se refiere que inicia con cefalea, sensación de pérdida del equilibrio, mareos, somnolencia y falta de concentración. ME indica que en ocasiones veía las cosas de tamaño diferente al real, ya sea más grandes o más pequeñas. La

cefalea disminuyó con la modificación del tratamiento farmacológico. Continúa con las dificultades en la memoria ya referidas, aumentando su frecuencia.

En el 2008 continúa con la percepción de olores extraños, sin embargo el número de crisis ha disminuido, reportándose un promedio de 6 crisis por mes, siendo éstas predominantemente sonidos. ME refiere que en ocasiones tiene una sensación de forma paroxística de una percepción ocular anómala “como en tercera dimensión” (sic ME) que dura un par de minutos señala “como si las cosas estuvieran flotando... así como se ve en las películas en tercera dimensión con los lentes... como un lente en aumento” (sic ME). También indica que desde este año esporádicamente presenta como un “flash” que pasa en el párpado, principalmente en el ojo izquierdo con una frecuencia aproximada de dos veces por semana. ME refiere que las dificultades en la memoria persisten, afectando su funcionamiento en las actividades de la vida cotidiana, en donde continúa con problemas para recordar actividades pendientes, en ocasiones pierde el núcleo de una conversación, fallos para recordar información recientemente aprendida, entre otras cosas, lo que ha provocado un estado de estrés ante la confrontación diaria con sus dificultades.

En el 2009 las crisis epilépticas disminuyeron a dos eventos por mes aproximadamente, presentando ocasionalmente mareos, y menciona que el febrero inicio con episodios en los cuales estando despierta tiene la sensación de estar dormida y puede llegar a dudar si esta despierta o dormida, con un promedio de 3 eventos por mes. Las dificultades en el área de memoria se han acentuado y las dificultades en el funcionamiento de su vida cotidiana se han incrementado de manera significativa, por lo que en marzo del 2009, el servicio de neurología del C.M.N. 20 de Noviembre decide dar una interconsulta al área de neuropsicología para realizar una evaluación de su estado cognitivo. Los resultados de dicha valoración se reportan en el área correspondiente del presente trabajo.

Posterior a esto, en este mismo año, también dan una interconsulta al servicio de psiquiatría por observar alteraciones emocionales, principalmente caracterizadas por rasgos depresivos. En el expediente hospitalario se encuentran dos notas con diagnóstico de episodio depresivo leve (29/abril/2009) y episodio depresivo recurrente moderado (25/agosto/2009), causado por las pérdidas y limitaciones tanto físicas como cognitivas, por lo cual es manejada con

fluoxetina, sin embargo, debido a que presentó efectos secundarios como incremento en el número de crisis epilépticas, dolor crónico, cansancio, irritabilidad y falta de energía, se suspende este medicamento y se cambia por duloxetina (60 mg, 1-0-0) con discreta mejoría para el dolor y el área emocional. Además de ello, se otorga una interconsulta al servicio de psicología para el manejo del área emocional y de estrategias de relajación.

Debido a que ME se encontraba con dicha sintomatología en cuanto al estado de ánimo, se decidió esperar para iniciar con la intervención neuropsicológica hasta que se encontrara emocionalmente más estable para lograr un mejor apego al programa de rehabilitación neuropsicológica, así como obtener resultados más óptimos.

En diciembre del 2009 se llevó a cabo una segunda valoración neuropsicológica, cuyos resultados también se reportan en el área correspondiente. Esta evaluación se realizó porque ME continuó reportando dificultades de memoria, así como un incremento en la frecuencia e intensidad de las mismas. Es importante mencionar que en el periodo comprendido entre las dos evaluaciones realizadas se dio un seguimiento principalmente como apoyo emocional y para observar si existen cambios en su estado emocional.

En el 2010 se refiere un promedio de 5 crisis por mes. Se ha incrementado el dolor físico por molestias en la parte lumbar de la columna, por lo que ha sido tratada con diclofenaco y paracetamol. El servicio de psiquiatría la refiere con un diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo, por lo que dan apoyo psicoterapéutico con buenos resultados.

En este año se implementó el programa de rehabilitación neuropsicológica que se muestra en el presente trabajo.

### **Antecedentes Heredofamiliares**

Se refiere a su madre con hipertensión arterial. Tiene una sobrina con crisis epilépticas tónico-clónicas generalizadas y un sobrino con síndrome de Asperger.

#### *Historia del desarrollo.*

ME refiere que en cuanto su historia de desarrollo no presentó ninguna dificultad, señalando que tuvo un desarrollo esperado en el aspecto tanto psicomotor como del lenguaje.

#### *Historia académica.*

ME ha sido una persona que ha tenido un buen rendimiento académico en el ámbito escolar, desde la primaria hasta la universidad con un promedio aproximado de 9. Sin embargo, se refiere que siempre ha requerido más tiempo que sus compañeros para realizar las mismas actividades, como estudiar o elaborar sus tareas.

#### *Vivienda.*

ME ha vivido en casa propia que cuenta con todos los servicios de electricidad, agua potable, gas y alcantarillado. El cuidado de la casa siempre ha estado a cargo de su mamá, sin embargo, debido a su situación física y la avanzada edad, son ME y su hermana quienes actualmente se encargan de las labores del hogar.

#### *Alimentación y hábitos de higiene.*

Su alimentación ha sido adecuada en cantidad y calidad, teniendo un promedio de 3 comidas al día; actualmente, debido a los cuadros de gastritis que presenta, debe evitar alimentos irritantes como picantes o café. Asimismo, sus hábitos de higiene han sido adecuados.

#### *Trabajo.*

ME inició a laborar desde 1980 como médico familiar en la Secretaría de Salud con un horario matutino y en el turno vespertino daba clases en la Universidad Nacional Autónoma de México en la carrera de medicina.

Hasta 1994 realizó estas actividades, sin embargo, ese año inició el estudio de una especialidad en psicoterapia psicoanalítica la cual duró cuatro años, posterior a esto, dejó de ser profesora en la universidad y comenzó a dar consultas de psicoterapia tanto en la Secretaria de Salud por las mañanas como en un consultorio privado que ella tiene en el turno vespertino, lo que realiza hasta la fecha.

#### *Actividades recreativas diarias.*

Las principales actividades recreativas o sociales que ME acostumbra realizar son más de tipo cultural como ir a conciertos de coros, recitales, presentaciones de algún grupo musical de corte clásico y en ocasiones, asistir a alguna obra de teatro; de manera más esporádica, sale con amigos a algún café. Sin embargo, actualmente, estas actividades no las realiza con frecuencia debido a la cantidad de actividades que tiene programadas diariamente (trabajo en el hospital por las mañanas, por las tardes y sábados tiene su consultorio privado y los domingos realiza pendientes de las actividades del hogar), además ME señala que dichas actividades las realiza pero con mayores dificultades por las limitaciones físicas y cognitivas, por lo que tiene que invertir más tiempo en ello para llevarlas a cabo, y por tal motivo, las actividades recreativas han quedado en un segundo plano.

#### *Dinámica familiar.*

ME es la hija más pequeña de sus 4 hermanos (dos hombres y dos mujeres). Actualmente vive con su mamá y su hermana mayor, quien se encuentra jubilada. Mantiene contacto con sus otros hermanos principalmente por teléfono ya que no viven en la misma ciudad, y con su hermana es más frecuente dicho contacto, de manera que esporádicamente llega a salir de vacaciones con ella.

En la relación con su mamá y su hermana, en general, existe buena comunicación; no obstante, específicamente del tema sobre la salud, ME trata de no compartir las dificultades que presenta o en los días que presenta molestias físicas intenta no comunicarlo, con el objetivo de no preocupar a su familia.

#### **Antecedentes Personales Patológicos**

- Alérgica a antibióticos que pertenecen al grupo de las sulfonamidas.
- Tuvo una amigdalectomía a los 15 años.
- Tabaquismo esporádico de los 20 a 25 años.
- Desde 1999 hasta la fecha ha presentado cuadros recurrentes de gastritis y ha sido tratada con omeprazol.

- En el 2002 se le diagnosticó displasia de médula ósea, por lo que actualmente presenta lumbalgia.
- En el 2003 se le diagnosticó ERGE (Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico).
- Presenta hipotiroidismo primario desde 2004, tratada con levotrioxina.
- Tuvo una colecistectomía en el 2004.
- En el 2005 se le diagnosticó síndrome de Sjögren.
- En el 2006 presenta epigastralgia y disfonía constante la cual se exacerbaba con el uso y el abuso de la voz.
- Estuvo hospitalizada en octubre del 2006 por una semana, en el C.M.N. 20 de noviembre por presentar pérdida de peso (aprox. 10 kg en 10 meses).

### Medicamentos

Con la finalidad de proporcionar un seguimiento, se llevó a cabo dos evaluaciones neuropsicológicas, de esta manera, los medicamentos que la paciente consumía al momento de las evaluaciones y relacionados con el sistema nervioso se muestran en la Tabla 10.

*Tabla 10. Medicamentos que ME consumía al momento de las evaluaciones neuropsicológicas.*

<i>1ª. Evaluación Marzo, 2009</i>	<i>2ª. Evaluación Noviembre, 2009</i>
- Oxcarbamazepina	- Oxcarbamazepina
- Topiramato	- Topiramato
- Clonazepam	- Clonazepam
	- Duloxetina

Los efectos secundarios o reacciones que pueden presentarse debido al consumo de éstos medicamentos se describen en seguida:

#### *Oxcarbamazepina (300mg 1-1-1).*

Los efectos colaterales a menudo son mareos, somnolencia, diplopía, fatiga, náuseas, visión anormal, temblor, marcha anormal y en algunas ocasiones se puede presentar cefalea (Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 2008). También se puede manifestar alteraciones de la memoria, trastornos del sueño, parestesias y raramente labilidad psíquica, depresión o ansiedad (P.R. Vademécum, 2006).

*Topiramato* (100 mg 0-0-1).

Algunas reacciones que pueden manifestarse con el consumo de este medicamento es la somnolencia, vértigo, nerviosismo, fatiga, desórdenes del habla, lentitud psicomotora, visión anormal, dificultad con la memoria, confusión, parestesia, diplopía, anorexia, nistagmo, náusea, disminución de peso, problemas de lenguaje, dificultad con concentración/atención, depresión, dolor abdominal y alteraciones en el estado de ánimo (Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 2008).

*Clonazepam* (2mg 0-0-1).

Se puede presentar dolor de cabeza, somnolencia, ataxia, mareos, confusión, depresión, síncope, exaltación, fatiga, temblor y vértigo. (Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 2008; P.R. Vademécum, 2006).

*Duloxetina* (60 mg, 1-0-0).

Algunos efectos que pueden mostrarse son dificultades en la atención, mareo, cefalea, letargo, somnolencia, temblor, insomnio, ansiedad y trastornos del sueño (Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 2008).

### **Estudios Realizados**

Al momento de la evaluación se reportan los siguientes estudios:

- Electroencefalograma (05/enero/07)

Se especifica encefalograma anormal por actividad paroxística temporal derecha. Ritmo theta temporal bilateral de predominio derecho.

- Imagen por Resonancia Magnética de encéfalo (septiembre/07)

En el reporte se indica que no se observa atrofia hipocampal ni hiperintensidad en amígdala e hipocampo en cortes sagitales (véase Figura 6). No se refieren más datos.

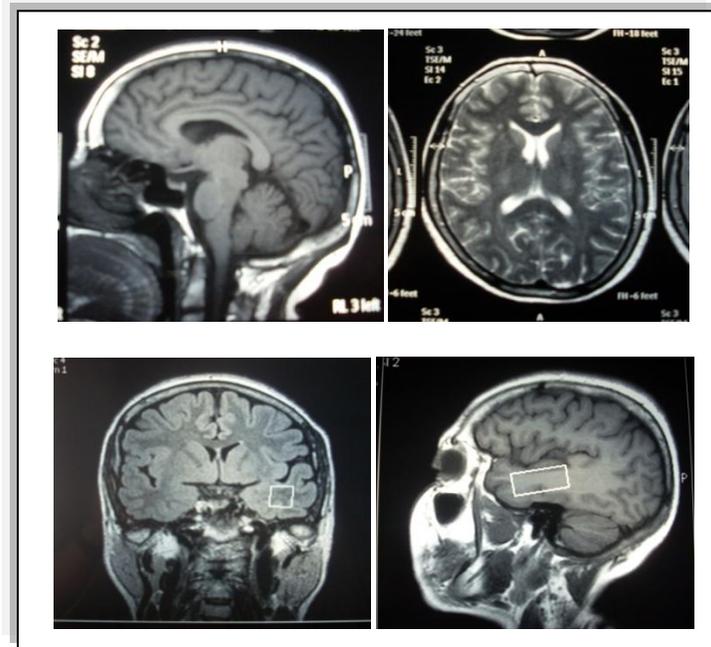


Figura 6. IRM tomada en septiembre de 2007.

### Procedimiento

Se realizó una primera evaluación neuropsicológica integral en marzo del 2009; conjuntamente, inicia consultas con el servicio de psiquiatría del C.M.N. 20 de Noviembre, en donde dan seguimiento por diagnosticar un trastorno depresivo recurrente de intensidad moderada, además de que la derivan al servicio de psicología del mismo centro hospitalario para tener un seguimiento en el área emocional. Por tal motivo, se decidió aplazar la intervención neuropsicológica en ME con el objetivo alcanzar una mayor estabilidad en el área emocional, para posteriormente lograr un mejor apego al programa de rehabilitación neuropsicológica y lograr resultados más óptimos, tal como se recomienda en la literatura, donde se especifica que cuando se presentan alteraciones en el estado emocional, estas dificultades interfieren de manera significativa con el aprendizaje y el entrenamiento que se requiere en un programa de intervención, por tal motivo, deben atenderse antes de iniciar con ello (McCagh et al., 2009; Ponds & Hendriks, 2006).

En este periodo, se le dio seguimiento en el área de neuropsicología para apreciar sus avances en el área emocional a manera de observación clínica.

En diciembre del mismo año se realizó la segunda valoración neuropsicológica debido a que ME señala que continúa presentando la mismas dificultades cognitivas en el área de memoria, por lo que el objetivo fue tener un seguimiento en cuanto a las modificaciones en el estado cognitivo que pudieran existir. Posterior a esto, se decide diseñar el programa de rehabilitación neuropsicológica integral para incrementar el desempeño en las áreas con mayores dificultades y mejorar la funcionalidad en la vida cotidiana, el cual se comenzó a emplear en febrero del 2010.

Finalmente, se realizó una evaluación posterior al programa de rehabilitación en julio del 2010 a través de pruebas neuropsicológicas y la valoración del desempeño en las actividades de la vida cotidiana, para observar los avances alcanzados a través de la intervención neuropsicológica tanto de manera cuantitativa como cualitativa. En la Figura 7 se muestra una línea del tiempo donde se puede observar las diferentes intervenciones realizadas.

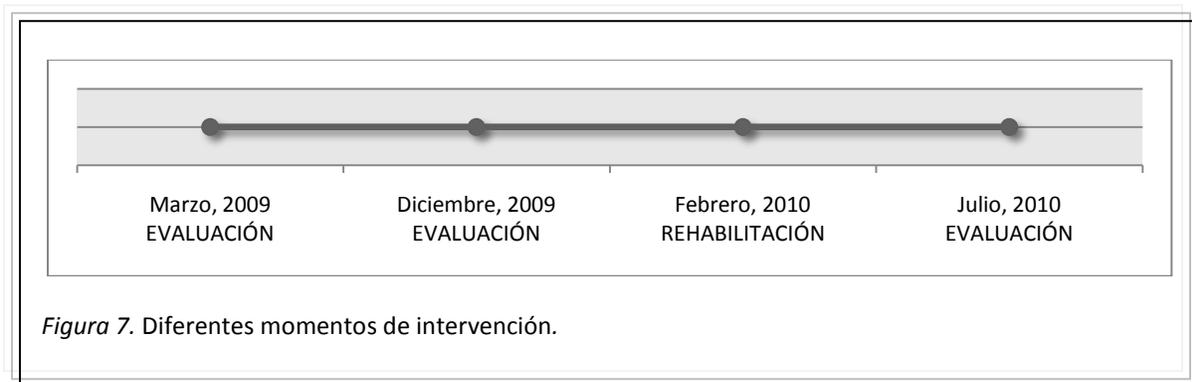


Figura 7. Diferentes momentos de intervención.

## Evaluación y Resultados

### 1ra. Evaluación

Esta evaluación se llevó a cabo en el área de neuropsicología del C.M.N. 20 de Noviembre en las fechas del 19, 23, 26 y 30 de marzo del 2009.

### ***Objetivo***

A partir de la interconsulta brindada por el servicio de Neurología del C.M.N. 20 de Noviembre, se formularon los siguientes objetivos para la evaluación neuropsicológica:

1. Conocer el estado cognitivo general.
2. Evaluar si existen dificultades en la memoria y si esto influye en otros procesos cognitivos.
3. Valorar el estado emocional ya que es un área importante que frecuentemente se ve afectada en personas con dificultades cognitivas.
4. Evaluar el desempeño en las actividades de la vida diaria.

### ***Instrumentos de evaluación.***

- Entrevista semiestructurada:

Se realizó una entrevista semiestructurada tanto a ME como a su hermana con la finalidad de obtener datos sobre el inicio y la evolución del padecimiento, los antecedentes patológicos y los no patológicos, constatar los datos obtenidos del análisis del expediente hospitalario, así como obtener información tanto de las características premórbidas de ME así como de la funcionalidad en su desempeño en la vida cotidiana, para generar hipótesis acerca de las posibles alteraciones de la paciente debidas a la epilepsia.

- Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica "Test Barcelona Revisado" (Peña Casanova, J. 2005). Normalización Mexicana.

Se trata de una batería de pruebas que brindan un perfil general de las habilidades cognitivas de una persona, validada en población española y posteriormente en mexicanos; se utilizó el perfil correspondiente a la edad y escolaridad.

Se aplicó esta prueba para obtener un perfil general del estado cognitivo y evaluar si existen dificultades en los procesos mnésicos, ya que es el área donde se reportan mayores problemas, así como valorar si esto tiene repercusiones significativas en otros procesos.

- Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (Rey Auditory Verbal Learning Test)  
Es una prueba que analiza la retención y evocación inmediata de una lista de 15 palabras durante 5 ensayos, posterior a ello, se presenta una lista de interferencia y se le vuelve a preguntar la primera lista de palabras; después de 20 minutos se pregunta nuevamente la primera lista y finalmente, existe una fase de reconocimiento.  
Se utilizó este instrumento para valorar el proceso de aprendizaje, así como los procesos de registro, almacenamiento y evocación, con información sin contexto; se ha visto que las personas con epilepsia en el lóbulo temporal suelen presentar dificultades en estas áreas (Martín-Plascencia, Maestu-Unturbe, Koronis, Pulido & García de Sola, 1997).
- Test de la Figura Compleja de Rey (Rey, 1987).  
Este instrumento consiste en la copia de una figura compleja que se diseñó para investigar el funcionamiento visuoperceptual, así como la memoria visual; también toma en cuenta las habilidades de organización y planeación de estrategias.  
Se aplicó esta prueba principalmente para evaluar las habilidades visoconstructivas, así como memoria visual. El procedimiento utilizado para la calificación de esta prueba es el sugerido por Galindo, Cortés y Salvador (1996).
- Test de Vocabulario de Boston (Goodglass y Kaplan, 2005)  
Se trata una prueba específica que evalúa el área de la denominación a través de la presentación de 60 láminas con diferentes objetos.  
Se aplicó este instrumento para valorar el proceso de acceso al léxico por confrontación visual, ya que tanto ME como su hermana, refieren dificultades la paciente para recordar los nombres de los objetos.
- Wisconsin Card Sorting Test (Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss 2001)  
Es una prueba que consiste en 128 cartas que deben ser apareadas o asociadas con una de las 4 cartas de referencia según el criterio que cambia luego de 10 respuestas correctas. Es una prueba que ha sido considerada para evaluar el funcionamiento ejecutivo, especialmente el razonamiento abstracto y la flexibilidad de pensamiento. Se aplicó dicho test porque es frecuente encontrar algunas dificultades en esta área cuando existe

epilepsia del lóbulo temporal debido a que existe un riesgo significativo de que las descargas lleguen a propagarse hasta el lóbulo frontal (Jokeit y Schacher, 2004).

- Inventario de Depresión de Beck BDI (Estandarizado para México por Jurado, Villegas & Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998)

Es una escala donde la persona tiene que seleccionar en cada ítem 1 de 4 opciones que aumentan en gravedad; esto se puntúa entre 0 (opción menos grave) y 3 puntos (opción de mayor gravedad) obteniéndose un rango que va de 0 a 63 puntos posibles. Es el auto-reporte más utilizado para evaluar depresión. Se utilizó esta prueba para valorar el estado emocional.

### ***Observaciones de presentación y conducta***

ME se presentó a las sesiones de evaluación con buen estado de higiene y aliño, muestra una edad aparente acorde a la real, la expresión facial que manifiesta en la ejecución de las pruebas es de preocupación por realizar las actividades de manera adecuada, sin embargo estuvo con actitud cooperadora, consciente en cuanto a persona, lugar y tiempo. No se observaron alteraciones en su actividad motora. Mostró interés hacia la evaluación y también se observa que su estado emocional se encuentra acorde a la situación.

No se percibieron alteraciones en cuanto a sus relaciones sociales y/o ambientales; con buen sentido de la realidad y control mental. No se observaron alteraciones de la personalidad.

Durante la entrevista se aprecia dificultad para recordar eventos o fechas importantes como las de las crisis generalizadas, datos de la primaria o secundaria, nombres y letras de las canciones que ella solía cantar en el coro en donde participó durante 17 años, incluso se le dificultó recordar los días de la semana en los cuales recibió inyecciones para disminuir el dolor de espalda que presentó en esa misma semana de la evaluación.

## **Resultados 1ra. evaluación**

Para ver los resultados cuantitativos, consultar el Apéndice A.

### ***Atención y concentración.***

ME mostró buen estado de alerta, se observó buen control sobre su atención voluntaria, de manera que pudo dirigir y atender hacia estímulos específicos de la evaluación. También se identificó que posee buena direccionalidad. No presentó dificultades para focalizar y seleccionar la información que debe atender o para cambiar de set atencional.

Se observó que ella cerraba los ojos cuando tuvo que dar respuestas principalmente de tipo verbal, al preguntarle sobre esto, refirió que es para poder concentrarse de una mejor forma, inhibiendo así los estímulos visuales externos.

### ***Lenguaje.***

Mostró un lenguaje espontáneo fluente, organizado, con buen contenido informativo y adecuada estructura. No se observaron dificultades articulatorias ni alteraciones en la prosodia. Posee un buen nivel de organización de las frases. En la mayoría de los casos pudo tener acceso al contenido lexical sin dificultades, sin embargo, en varias ocasiones necesita contextualizar una palabra para tener acceso al léxico (por ejemplo, para referirse al Partenón, señala primero “¿cómo se llama?... enorme monumento blanco... ¡el Partenón...!” y continúa la conversación).

Durante la evaluación presentó un par de parafasias semánticas (por ejemplo, dijo “abecedario” cuando intentó referirse a “vocabulario”, sin embargo, corrige ese error en el mismo momento).

Se evaluó un buen nivel de comprensión del lenguaje en los distintos niveles: fonológico, palabras, frases simples y complejas, así como en el discurso utilizado en la evaluación. En general, no se observó semiología afásica. El uso del lenguaje es adecuado para el contexto de la valoración.

### ***Cálculo.***

Mostró dificultad para la resolución de los problemas aritméticos presentados de forma verbal, observando complicaciones para la retención de toda la información presentada; por ello, manifestó dificultades para manipular y resolver los problemas mentalmente. Cuando se le dieron los problemas nuevamente pero con el apoyo de lápiz y papel, mejoró significativamente su desempeño. Esto se debe a semiología de tipo mnésico (memoria de trabajo) sin afectación de los procesos del cálculo.

### ***Memoria.***

En cuanto a la memoria verbal, no se observó ninguna dificultad en el registro de la información, ya que puede identificar los estímulos presentados con anterioridad. Sin embargo, en lo referente al *almacenamiento*, se apreció que existe una reducción en el volumen de información, además de que también se observó dificultades para la *evocación* debidas a problemas para tener acceso a dichos datos almacenados; en este sentido, se apreció que en ocasiones tiene algunas estrategias compensatorias como realizar asociaciones para recuperar el contenido almacenado, o contextualizar los datos, sin embargo, estas técnicas han sido insuficientes porque no en todas las ocasiones logra la evocación de esto.

En cuanto a la memoria visual, se observó un buen registro de la información de manera que puede identificar elementos presentados; sin embargo en el proceso de almacenamiento, también muestra una disminución en el volumen de información, aunque es más significativo en el área verbal.

Asimismo, presentó alteraciones en la memoria autobiográfica, mostrando dificultades en la temporalidad de hechos que son significativamente importantes (como lo son la generación de licenciatura, años en los que trabajó como docente –siendo que fueron 12 años que estuvo realizando esta actividad-); también se apreciaron algunas dificultades para tener acceso a información importante de acontecimientos sucedidos en su vida pasada, por ejemplo, no logra evocar con facilidad piezas musicales que ella interpretaba en un coro donde participó por 17 años. Esto coincide con lo reportado en la literatura donde se refiere que personas con epilepsia en el lóbulo temporal presentan de manera común alteraciones en la memoria episódica (Vltzenlogel et al., 2006).

### ***Actividad motora gestual.***

No se observó ni se refiere ninguna alteración en esta área, teniendo una buena actividad motora con fines de comunicación y hacia objetivos específicos.

### ***Percepción.***

Se apreció buen análisis y síntesis de estímulos visuales, por lo que puede lograr el reconocimiento de imágenes y objetos, distinguir imágenes sobrepuestas, muestra una adecuada orientación y organización espacial en las coordenadas de horizontalidad y verticalidad.

Tampoco se manifestaron alteraciones en el análisis y síntesis de estímulos auditivos, logrando con ello el reconocimiento de los mismos. En general, no se observó ninguna alteración perceptual.

### ***Funciones Intelectuales.***

No se observaron alteraciones en su capacidad de juicio, razonamiento y abstracción. Tiene un pensamiento de tipo abstracto, asimismo, posee un nivel cultural diverso. Durante la evaluación se apreció una lentificación en la velocidad de procesamiento de la información.

### ***Sistema ejecutivo.***

ME pudo iniciar sin dificultades conductas a la indicación verbal. Posee adecuado nivel de organización y planeación de sus pensamientos y conductas para llegar a un objetivo, con creatividad y fluidez. No presentó dificultades para la inhibición de estímulos externos distractores para regresar a la tarea.

Se observaron algunas dificultades para alcanzar una estrategia adecuada para la recuperación de la información, por lo que realizó circunloquios y tangencialidades, en ocasiones perdió la idea principal debido a esto.

Mostró dificultades en cuanto al automonitoreo, principalmente cuando se refiere al lenguaje verbal o cuando no tiene un estímulo visual externo que dirija su conducta, de manera tal, que en ocasiones puede perder el núcleo de una conversación.

### ***Estado emocional.***

A través del Inventario de Depresión de Beck no se obtuvieron puntuaciones que indiquen un alteración significativa en el estado de ánimo, sin embargo, por medio de la observación clínica se percibió que ME muestra un estado de estrés continuo ante las dificultades que enfrenta en las actividades de su vida cotidiana debido a los problemas cognitivos, principalmente los referentes al área de la memoria, y a diferencia de cuando iniciaron estas dificultades, han incrementado su frecuencia, por lo que señala que diariamente se ve confrontada ante estos problemas, lo que le estresa en gran medida porque es consciente de todos los cambios cognitivos que ha tenido. Las principales manifestaciones que ella tiene es llanto continuo ante las confrontaciones con actividades que representen una dificultad cognitiva, así como pensamientos de tipo negativos.

### ***Actividades de la vida diaria.***

ME presenta dificultades en su vida cotidiana, siendo éstas las que elevan el nivel de estrés; entre estas se encuentran:

- Olvidar frecuentemente citas y pendientes, por lo que tiene que llevar consigo su agenda personal para no olvidar nada, ya que sin ella no recordaría los pendientes.
- Tardar de dos a tres días para la realización de una nota clínica, debido a que muestra olvidos sobre lo que debe anotar.
- Dificultades para encontrar una palabra, aunque sabe a lo que se refiere y puede explicarlo de otra manera.
- Perder el núcleo de una conversación o se pierde en detalles irrelevantes.
- Olvidar las cosas para comprar en el supermercado.
- Dificultad para recordar películas o libros ya revisados por ella, y cuando hace comentarios al respecto, tiene olvidos de esta información.
- Dificultades para recordar datos importantes sobre su vida.
- Dificultad para dar detalles sobre la evolución de su padecimiento actual.

### **Conclusión diagnóstica**

Por los datos obtenidos en la evaluación neuropsicológica, se concluyó que ME presentó dificultades en los procesos mnésicos tanto de manera visual como verbal, siendo este último más significativo y más evidente en las actividades de la vida cotidiana. A partir del análisis de los

procesos de la memoria, se observó que posee buen registro de la información, no obstante las principales dificultades se encuentran en la disminución del volumen de información almacenada, y en la recuperación de esa información.

También se apreciaron algunas dificultades en el automonitoreo, lo que se considera parte del funcionamiento ejecutivo.

En cuanto al área emocional, cuantitativamente no se reportaron datos de depresión, sin embargo, a través de la observación clínica se observó un estado de estrés constante ante la confrontación con sus limitaciones en las actividades de la vida cotidiana, lo cual la llevó en varias ocasiones durante la evaluación, al llanto. Debido a esta situación, el servicio de neurología decidió dar interconsulta al área de psiquiatría y psicología para su manejo. Por tal motivo, se decidió aplazar la intervención neuropsicológica para que pueda tener un seguimiento en el área de psicología para el manejo del área emocional, sin embargo, se dio un seguimiento sobre sus avances en éste aspecto.

## **2da. Evaluación (Diciembre, 2009)**

Debido a que ME continuó refiriendo similares dificultades cognitivas, se realizó una segunda evaluación para dar un seguimiento en el área de neuropsicología del C.M.N. 20 de Noviembre en las fechas del 19, 23, 24 y 27 de noviembre del 2009.

### **Objetivo.**

En esta evaluación neuropsicológica se propusieron los siguientes objetivos:

1. Realizar un perfil del estado cognitivo general.
2. Evaluar si existen cambios en el tiempo desde la primera evaluación a la segunda.
3. Valorar nuevamente el estado emocional.
4. Explorar si continúa con las mismas dificultades en la vida cotidiana o si se han modificado de manera positiva o negativa.
5. A partir de los resultados obtenidos, elaborar un programa de intervención que pueda ayudar a mejorar su desempeño en las actividades de la vida diaria, así como su calidad de vida.

### **Instrumentos de evaluación.**

- Entrevista semiestructurada

Al igual que en la evaluación anterior, se realizó a ME y a su hermana una entrevista semiestructurada con el objetivo de conocer la evolución de las dificultades cognitivas referidas en la evaluación anterior, así como otros datos relevantes y la ejecución de su desempeño en la vida cotidiana.

- Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos – III (WAIS-III; Wechsler, 2003).

Es una prueba para la evaluación de la Inteligencia de una persona adulta a través de la medición de habilidades cualitativamente diferentes, pero no independientes; considera áreas como la comprensión verbal, el razonamiento visuoperceptual, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento.

Se utilizó esta prueba para obtener un perfil general del estado cognitivo y observar si existen diferencias en el rendimiento con respecto a la valoración anterior.

- Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC; Benedet y Alejandre, 1998)

Es una prueba de aprendizaje de palabras que consiste en cinco ensayos de 16 palabras, un ensayo de la lista de interferencia también de 16 palabras, recuerdo libre y con claves, y finalmente, una lista de reconocimiento. Permite evaluar las estrategias y procesos implicados en el aprendizaje y el recuerdo de material verbal.

Se manejó este instrumento para valorar el proceso de aprendizaje, así como los procesos de registro, almacenamiento y evocación, con información sin contexto.

- Test de la Figura Compleja de Rey (Rey, 1987).

Este instrumento consiste en la copia de una figura compleja que se diseñó para investigar el funcionamiento visuoperceptual, así como la memoria visual; también toma en cuenta las habilidades de organización y planeación de estrategias. El procedimiento utilizado para la calificación de esta prueba es el sugerido por Galindo, Cortés y Salvador (1996).

Se utilizó para valorar la memoria visual y hacer un comparativo con la evaluación anterior.

- Inventario de Depresión de Beck BDI (Estandarizado para México por Jurado, Villegas & Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998)

Es una escala donde la persona tiene que seleccionar en cada ítem 1 de 4 opciones que aumentan en gravedad; esto se puntúa entre 0 (opción menos grave) y 3 puntos (opción de mayor gravedad) obteniéndose un rango que va de 0 a 63 puntos posibles. Es el auto-reporte más utilizado para evaluar depresión. Se utilizó en esta evaluación para valorar el estado emocional.

### **Observaciones de presentación y conducta.**

ME se presentó a todas las sesiones con buen estado de higiene y aliño, con un adecuado estado de alerta, orientada en tiempo, lugar y persona, también tuvo una actitud cooperadora a la evaluación. En algunas ocasiones refirió sentir un poco de dolor en la espalda, sin embargo, esto no imposibilitó la realización de esta evaluación.

Al igual que en la valoración anterior, continúa con las dificultades para recordar eventos o fechas importantes sobre su vida. Mostró rasgos de estrés durante las tareas que implicaban la confrontación con sus limitaciones cognitivas.

A partir de esta segunda evaluación, ME utiliza el bastón de manera cotidiana como apoyo para la deambulación debido a un incremento en las dificultades en la movilidad por la lumbalgia que presenta.

### **Resultados 2da. evaluación**

Para ver los resultados cuantitativos, consultar el Apéndice B.

#### ***Atención y concentración.***

Mostró un nivel de alerta adecuado durante la evaluación, no se observan fluctuaciones en su atención durante las sesiones, ni tampoco dificultades para dirigir y atender a estímulos específicos, por lo que posee buena direccionalidad, capacidad de focalizar y seleccionar. De la misma manera que en la evaluación anterior, no mostró dificultades atencionales de ningún tipo.

### ***Lenguaje.***

El proceso de lenguaje no sufrió modificaciones a partir de la valoración anterior, mostrando así mismo un lenguaje espontáneo fluente, organizado, coherente, con buen contenido informativo y adecuada estructura. Mostró un buen nivel de organización de las frases. Continúa con dificultades para tener acceso al contenido lexical, por lo que utiliza como estrategias las asociaciones.

Presentó una buena comprensión del lenguaje tanto a nivel fonológico, lexical, frases simples y complejas, así como un adecuado nivel del discurso. Utiliza el lenguaje de acuerdo a la situación de la evaluación.

### ***Cálculo.***

Continúo con las dificultades en la resolución de problemas aritméticos de manera mental, perdiendo la información necesaria para poder proporcionar un resultado. Cuando se elimina el componente de memoria en estos problemas y se le brinda el apoyo de lápiz y papel, mejora su desempeño; por lo tanto, al igual que en la evaluación anterior, se observaron dificultades en esta área pero de manera secundaria a las dificultades de memoria.

### ***Memoria.***

En lo referente a la memoria verbal, continúo con dificultades para el almacenamiento, mostrando un volumen de información reducido, así como dificultades para la evocación de dichos datos, sin embargo, a diferencia de la evaluación anterior, mostró una disminución en las estrategias de asociación que utiliza para la recuperación. Presentó pérdida del núcleo semántico de la información que se estaba recordando.

En cuanto a la memoria visual, tampoco mostró dificultades para el registro de la información, sin embargo, en cuanto el almacenamiento y evocación se registraron algunas dificultades para la información más específica, es decir, puede recuperar con mayor facilidad el esquema general más que los detalles.

Continuó presentando las mismas dificultades en la memoria autobiográfica, mostrando los mismos problemas para recordar tanto la temporalidad como el contenido de hechos

importantes sucedidos en su vida, así como datos significativos referentes a su historia clínica, ubicación en el tiempo de fechas sobre sus estudios, área laboral, viajes realizados a nivel nacional e internacional, entre otras cosas.

***Actividad motora gestual.***

Así como en la evaluación anterior, no se observó ninguna alteración en esta área, mostrando una actividad motora adecuada para fines de comunicación y dirigida con un objetivo determinado.

***Percepción.***

Continúa sin presentar dificultades para el análisis y síntesis de la información tanto visual como auditiva, logrando la integración del todo y así también la descomposición en las partes. Además de esto, no muestra dificultades en el barrido visual o atención visual y en general, no se observan dificultades perceptuales.

***Funciones Intelectuales.***

Al igual que en la valoración pasada, no se observó ninguna dificultad en su capacidad de juicio, razonamiento y abstracción. Continuó con un pensamiento de tipo abstracto y un nivel cultural diverso.

ME siguió presentando lentificación en la velocidad del procesamiento de la información, debido a que en distintas tareas tarda más tiempo del esperado, pero finalmente puede llegar a un resultado adecuado.

***Sistema ejecutivo.***

No muestra dificultades en la iniciación y mantenimiento de una conducta, en la organización y planeación de conductas para llegar a un fin, y tampoco muestra dificultades para la inhibición de estímulos externos distractores para regresar a la tarea.

Continuó mostrando circunloquios como una estrategia para recuperar la información, sin embargo, en ocasiones pierde la idea central o la categoría del tema, principalmente cuando no tiene un estímulo visual externo como apoyo; además de esto, en esta evaluación se observó que

dentro del material que tiene que recordar incrementó el número de perseveraciones, lo que tiene relación con las dificultades en el automonitoreo de la tarea.

También presentó dificultades para la organización y síntesis de información, lo que dificulta las actividades cotidianas como la realización de notas clínicas o en la conversación espontánea.

### ***Estado emocional.***

De manera similar a la evaluación anterior, los resultados cuantitativos que se obtuvieron a través del Inventario de Depresión de Beck no arrojaron datos significativos de alteraciones en esta área, sin embargo, a través de la observación clínica ME continúa presentando un estado de estrés ante las confrontaciones diarias con sus limitaciones cognitivas. Además, durante la evaluación también manifestó esto, principalmente ante tareas que representan una dificultad para ella, como son las que involucran el área de la memoria. También refiere que otro factor importante en el aspecto emocional son las dificultades físicas que ahora presenta como es el uso del bastón debido a las dificultades para caminar.

### ***Actividades de la vida diaria.***

En el caso de ME presenta las dificultades cognitivas repercuten de manera más significativa en su vida cotidiana, por lo que se resume a continuación las principales situaciones en las que se observan:

- Muestra un entrecimiento para la realización de notas clínicas de sus pacientes debido a que olvida la información que debe escribir, por lo que tarda de 2 a 3 días para recordar los datos y realizarlas. Se caracterizan por ser bastante cortas y carecen de la información necesaria.
- En ocasiones pierde el núcleo de una conversación, cambiando totalmente el tema o hablando de las ideas secundarias, mientras que la principal la deja a un lado.
- Olvida la lista de cosas que debe comprar en el supermercado, por lo que en la mayoría de las veces tiene que regresar por los objetos olvidados.
- También olvida eventos importantes o citas, por lo que tiene que anotar esta información, de lo contrario, no la recordaría.

- Continúa con dificultades en cuanto a la memoria autobiográfica, debido a que no recuerda muchos datos sobre los viajes realizados, eventos importantes o incluso personas que ha conocido.
- Utiliza agenda para la organización y evocación de cosas importantes.
- Ha incrementado los olvidos de datos significativos sobre películas, documentales o libros que ya ha leído.
- Cuando asiste a una conferencia, continúa perdiendo la idea principal y muestra olvidos del tema que se analizó.
- Señala dificultades para la exposición de temas tanto con sus colegas, así como con sus pacientes, debido a olvidos frecuentes o dificultades para centrarse en el tema.
- Ha presentado confusión para dar medicamentos a sus pacientes, debido a fallas de memoria.
- Refiere dificultades para la organización y síntesis de la información.

### ***Conclusión diagnóstica***

Los resultados obtenidos en esta segunda valoración son consistentes con los obtenidos en la primera realizada en marzo del 2009. Continúa presentando dificultades en los procesos mnésicos tanto de manera visual como verbal, siendo más marcados en el área verbal principalmente cuando no existe un apoyo externo. En esta evaluación fue más evidente la pérdida del núcleo semántico de la conversación, por lo que persisten las dificultades en el automonitoreo. Muestra dificultades en la organización y síntesis de información.

A partir de esta evaluación se establecen sus áreas fuertes que servirán como apoyo en el programa de rehabilitación que se diseñó para trabajar con ME:

- Posee un vasto conocimiento de información y cultura general, lo que permite tener un fondo de reserva para el trabajo en diversas áreas.
- El alto nivel de escolaridad de ME facilita el aprendizaje de estrategias de organización y jerarquización de información, así como un buen apego al programa de rehabilitación.
- El apoyo visual puede facilitar a ME el almacenamiento y evocación de información verbal.
- Las principales dificultades encontradas radican en el área de memoria y una parte del funcionamiento ejecutivo (automonitoreo), por lo que se pueden utilizar los otros

procesos cognitivos como apoyo para la rehabilitación: atención, percepción, lenguaje u otras funciones ejecutivas como la planeación, organización, inhibición de estímulos, entre otras cosas.

En la Tabla 11 se muestra una síntesis de los principales hallazgos cognitivos encontrados en las dos valoraciones neuropsicológicas realizadas, en el cual se observa que ME continuó presentando las mismas características cognitivas referidas en la primera evaluación.

*Tabla 11. Principales dificultades cognitivas encontradas en las dos valoraciones neuropsicológicas.*

	<b>1ra. evaluación</b>	<b>2da. evaluación</b>
<b>Atención</b>	Ninguna dificultad.	Ninguna dificultad.
<b>Lenguaje</b>	Algunas dificultades para encontrar palabras.	Algunas dificultades para encontrar palabras.
<b>Cálculo</b>	Únicamente en cálculo mental: secundario a dificultades mnésicas.	Únicamente en cálculo mental: secundario a dificultades mnésicas.
<b>Memoria</b>	Disminución en el volumen de almacenamiento y dificultades para la evocación. Memoria autobiográfica. Temporalidad de hechos.	Disminución en el volumen de almacenamiento y dificultades para la evocación. Disminución en las estrategias de asociación para evocar información. Memoria autobiográfica. Temporalidad de hechos. Pérdida del núcleo semántico.
<b>Actividad motora</b>	Ninguna dificultad.	Ninguna dificultad.
<b>Percepción</b>	Ninguna dificultad.	Ninguna dificultad.
<b>Funciones Intelectuales</b>	Lentificación en la velocidad del procesamiento de la información.	Lentificación en la velocidad del procesamiento de la información.
<b>Sistema Ejecutivo</b>	Dificultades en el automonitoreo, principalmente observado de manera clínica.	Dificultades en el automonitoreo, principalmente observado de manera clínica (pérdida de ideas principales o núcleo central de una conversación, perseveraciones). Dificultades para la organización y síntesis de la información.

También se realizó un análisis sobre las principales dificultades observadas en su vida cotidiana con el objetivo de establecer, bajo un enfoque ecológico, si existen cambios en el tiempo (véase Tabla 12).

Tabla 12. Comparativo sobre el desempeño en las actividades de la vida cotidiana entre el nivel premórbido, la 1ra. y 2da. evaluación. Se indica la presencia de dificultad con ✓ y el incremento de la frecuencia con ✓ ✓

	Nivel Premórbido	1ra. Evaluación	2da. Evaluación
Tarda el doble de tiempo para realizar una actividad	✓	✓	✓
Utilización de agenda	✓	✓	✓
Olvidos de citas y pendientes		✓	✓ ✓
Dificultad para realizar una nota clínica por olvidar información		✓	✓
Recordar información sobre películas o libros		✓	✓ ✓
Pierde información en una conferencia		✓	✓ ✓
Dificultades en memoria autobiográfica		✓	✓
Pérdida del núcleo central de una conversación		✓	✓ ✓
Dificultades para encontrar una palabra		✓	✓ ✓
Olvido de la lista del supermercado		✓	✓ ✓
Dificultades para exponer un tema			✓
Confusión al recetar un medicamento			✓
Dificultad para organizar y sintetizar información			✓

### Justificación del Caso Clínico

El presente caso clínico se eligió para proporcionar un plan de rehabilitación por varias razones:

1. Profundizar en el análisis del funcionamiento cognitivo en un caso de crisis uncinadas, debido a que la información que existe actualmente en la literatura sobre este tipo de epilepsia es escaso.
2. Los datos cuantitativos obtenidos en la evaluación no evidencian una alteración cognitiva significativa, sin embargo, en el desempeño en las actividades de la vida cotidiana de la paciente se pueden observar de manera más clara; por lo cual, es importante tener en cuenta que los resultados del análisis no únicamente dependen de las pruebas aplicadas, sino de las características de su ejecución, así como las habilidades en su vida diaria. Por tanto, este caso es importante en el sentido de que es un ejemplo de que las pruebas neuropsicológicas son un apoyo importante en la evaluación, sin embargo, se deben considerar más factores como el nivel de funcionalidad en las actividades que desempeña, el grado de exigencia del medio donde una persona se encuentra, entre otras cosas.

3. Debido a que las principales dificultades de la persona se encuentran en el desempeño de la vida cotidiana, es importante utilizar un enfoque ecológico basado en estas dificultades y enfocado a rehabilitar habilidades que le serán útiles en el funcionamiento diario.
4. La frecuencia de las dificultades debidas a alteraciones cognitivas han incrementado, por lo que es importante realizar una intervención neuropsicológica que brinde las estrategias necesarias a ME para ser funcional y con ello, incrementar la calidad de vida.
5. ME posee un alto nivel de escolaridad, por lo cual ha tenido las herramientas necesarias para adquirir de sus recursos cognitivos lo necesario para ser funcional, sin embargo, si no existe una intervención oportuna, es posible que pueda llegar a tener un deterioro cognitivo mayor e incluso repercutir en otras áreas cognitivas de manera más significativa.

## **INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA**

### **Planteamiento del plan de intervención**

La rehabilitación neuropsicológica es una intervención integral que considera una adecuada adaptación tanto laboral, familiar y social de una persona que ha sufrido daño cerebral (Otero & Fontán, 2001), logrando con ello, en la medida de lo posible, una reinserción en todas las áreas.

Se diseñó el presente programa de rehabilitación teniendo como principal objetivo intervenir en las principales dificultades que ME presentaba, principalmente en el área de la memoria y en el funcionamiento ejecutivo, para incrementar su funcionalidad en las actividades de la vida cotidiana, así como mejorar su calidad de vida a través de una intervención integral.

De esta manera, este programa se fundamenta en lo propuesto en la literatura para la rehabilitación cognitiva de éstas dificultades, sin embargo, se adapta a las diversas actividades significativas que realiza de manera cotidiana para obtener un mejor desempeño, abordando los aspectos que influyen en ello, como el área emocional, familiar, laboral, etc. y teniendo en cuenta las áreas fuertes que ella conserva como apoyo en la rehabilitación.

### **Consideraciones de la intervención**

#### **Ética**

Se pidió a ME su consentimiento para poder realizar esta intervención neuropsicológica que será un apoyo para mejorar su desempeño en las actividades de su vida en donde presenta dificultades, así como realizar el presente trabajo de tesis para obtener el grado de maestría. Ella accedió a esta petición, sin embargo solicitó que no fuera reproducido ante otras personas ningún video sobre ella.

### **Rol del neuropsicólogo**

El papel del neuropsicólogo en la rehabilitación de una persona que ha sufrido daño cerebral es importante debido a que posee un panorama amplio sobre el contexto que existe, ya que es una persona que ha sido preparada en áreas como el conocimiento de procesos cognitivos así como su rehabilitación, en el conocimiento de la relación cerebro-conducta y los mecanismos de recuperación, en la aplicación y valoración de pruebas estandarizadas (Johnstone & Stonnington, 2001; Spooner & Pachana, 2006) y el conocimiento en la perspectiva ecológica, lo que favorece una adecuada intervención, identificando las áreas fuertes, los apoyos existentes, así como las áreas con mayores dificultades.

### **Rol del psicólogo**

El psicólogo también tiene un papel importante en la rehabilitación de una persona, ya que es un especialista que interviene en aspectos emocionales y puede dar apoyo tanto al paciente como a los familiares sobre la nueva situación posterior a un daño cerebral, el apoyo necesario que se requiere, así también puede ayudar a tomar decisiones al respecto.

### **Perspectiva ecológica de la intervención**

Este programa de intervención considera el aspecto ecológico de la rehabilitación para ME, teniendo en cuenta el desempeño en las actividades cotidianas como médico general y como terapeuta, donde debe realizar reportes, notas clínicas, dar medicamentos a los pacientes, entre otras cosas, el nivel de exigencia del medio donde se desenvuelve, el contexto familiar y social, así como las características de personalidad.

### **Contexto y escenarios**

Para llevar a cabo este programa de rehabilitación, se trabajó en diversos escenarios, siendo los siguientes:

- Consultorio del área de Neuropsicología en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, donde se realizó la evaluación y parte del programa de rehabilitación.
- Tienda de autoservicio para la realización de actividades de tipo ecológico.
- Diversas cafeterías.
- Cine.
- Sala Nezahualcóyotl de la Universidad Nacional Autónoma de México.

### **Participantes y materiales**

Se incluyó la participación de:

- ME
- Hermana de ME, con quien vive actualmente

Se requirió de los siguientes materiales:

- Computadora
- Hojas blancas
- Cuadernillo de ejercicios
- Hojas de evaluación diaria del programa
- Hoja de auto-reporte
- Hojas de colores de foami
- Memorama
- Fotografías y recuerdos de vida
- Carpeta

### **Número de sesiones programadas y realizadas**

Se sugirió que las sesiones del programa de rehabilitación se llevaran a cabo con una frecuencia de tres veces por semana, sin embargo, debido a las dificultades de ME para asistir a causa de las otras ocupaciones que tiene, se realizaron dos veces por semana con duración de una hora aproximadamente.

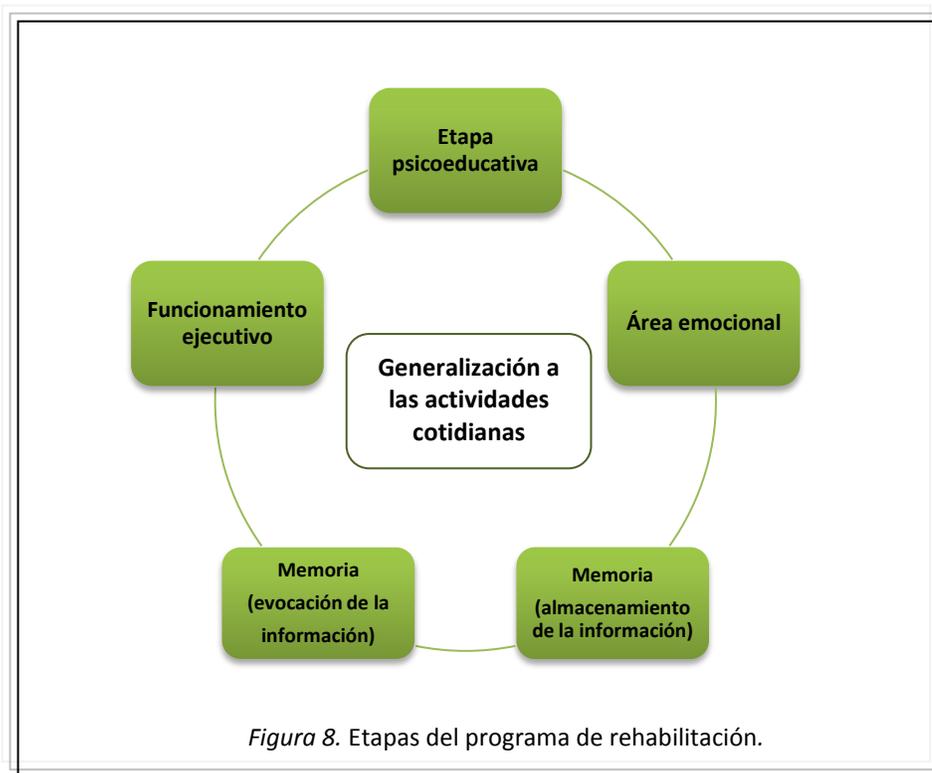
En un inicio se programaron 40 sesiones de intervención y finalmente se llevó a cabo en un total de 41 citas.

### **Programa de Rehabilitación Neuropsicológica**

El presente programa de rehabilitación se diseñó a partir de los resultados obtenidos en la evaluación neuropsicológica, en donde se pretende realizar ejercicios en el consultorio clínico, sin embargo también integran ejercicios y actividades para ejecutar en su vida cotidiana con el objetivo de lograr una generalización de las habilidades trabajadas.

Consta de 41 sesiones con una duración aproximada de una hora cada una, en donde se desarrollaran actividades principalmente enfocadas a la psicoeducación, área emocional, a los procesos de memoria y funcionamiento ejecutivo, que fueron las áreas que presentaron mayores dificultades en la evaluación.

Este programa está compuesto por 5 fases (véase Figura 8), que han sido consideradas de manera independiente para fines didácticos, sin embargo, éstas etapas interactúan a lo largo de todas las sesiones pero en cada etapa se le da mayor énfasis al proceso que se esté trabajando. En el apéndice C se puede consultar las sesiones del programa de intervención, las cuales se basaron en la propuesta de Salvador (2010).



La primera sesión consiste en la presentación formal del programa y el establecimiento de los objetivos, así como la resolución de dudas. Las siguientes sesiones, integradas en la segunda fase, están enfocadas básicamente al aprendizaje y práctica de la técnica de relajación y respiración que será manejada para disminuir el estado de estrés y ansiedad que presenta antes sus dificultades físicas y cognitivas, también en las primeras sesiones se consideraron actividades

sencillas para ME, con el objetivo de fomentar el apego al tratamiento, no provocar en un inicio situaciones de estrés, sino por el contrario, facilitar y dar confianza a la paciente como preparación a las siguientes fases. En la tercera fase y cuarta fase, se consideraron actividades para el trabajo de la memoria, tanto para el almacenamiento como para la evocación de la información. Finalmente, la quinta fase se enfoca al funcionamiento ejecutivo.

## **Presentación del Plan de Rehabilitación**

### **Objetivo general**

Optimizar el funcionamiento cognoscitivo de ME para mejorar las áreas con mayores dificultades y tener un desempeño adecuado en sus actividades de la vida cotidiana, disminuir el nivel de estrés que presenta ante la confrontación diaria con sus limitaciones e incrementar su calidad de vida.

### **Objetivos específicos**

1. Disminuir el estado de estrés y ansiedad que presenta ante la confrontación de sus limitaciones y con ello mejorar la calidad de vida.
2. Trabajar en el incremento del volumen de información que pueda almacenar para lograr un desempeño más óptimo en las actividades de su vida diaria.
3. Mejorar las estrategias de recuperación de información para que este proceso pueda ser llevado a cabo de una manera eficiente.

### **Fase 1. Psicoeducación**

#### ***Objetivo general***

Proporcionar información adecuada y suficiente sobre las características de la epilepsia, las dificultades cognitivas y el establecimiento de objetivos, así como las expectativas reales que se puede tener, para que a través de dicha concientización se pueda promover un buen apego al programa de rehabilitación.

### ***Objetivos específicos***

- Dar información sobre la epilepsia tanto a nivel de características neurológicas como neuropsicológicas.
- Informar sobre las principales dificultades encontradas y las áreas de intervención a través del programa de intervención.
- Establecimiento de objetivos.
- Resolver dudas que puedan existir sobre la información que se proporcione.
- Iniciar con actividades sencillas para ME y que no tienen una relación directa con el proceso de memoria, que es el área con mayores dificultades para evitar provocar un mayor estado de estrés, con el objetivo de fomentar la confianza de ME en la rehabilitación y estimular una adecuada adhesión al presente programa.

## **Fase 2. Área emocional**

### ***Objetivo general***

Dar apoyo en el área emocional para lograr una mayor estabilidad y reducir, en la medida de lo posible, los efectos sobre el funcionamiento cognitivo.

### ***Objetivos específicos***

1. Enseñar técnicas de relajación y respiración que puedan ayudar a controlar su nivel de estrés en situaciones de la vida diaria.
2. Hablar sobre los sentimientos provocados por las confrontaciones con sus limitaciones tanto físicas como cognitivas.
3. Dar apoyo para la toma de decisiones, en caso de ser necesario.
4. Estimular el incremento de actividades personales y/o recreativas, que aporten un espacio agradable e interesante para ella, como asistir a conciertos, al cine, etc.

## **Fase 3. Memoria (almacenamiento de la información)**

### ***Objetivo general***

Trabajar ejercicios que puedan mejorar el almacenamiento de la información y así mismo, faciliten el proceso de evocación que se trabajará en la siguiente fase.

### ***Objetivos específicos***

1. Trabajar con estrategias mnemotécnicas para facilitar la organización y clasificación de la información: técnica de asociación, visualización, categorización, organización de la información e historias encadenadas.
2. Utilizar apoyos visuales que faciliten el almacenamiento de la información verbal.
3. Aplicar estas estrategias a su vida cotidiana: en la realización de notas clínicas de pacientes, en la lectura de información, para conferencias o cursos de actualización, entre otras cosas.
4. Utilizar algunas estrategias compensatorias como alarmas, agenda electrónica y un cuadernillo de anotaciones.

### **Fase 4. Memoria (evocación de la información)**

#### ***Objetivo general***

Trabajar actividades que puedan ayudar a mejorar el desempeño en la evocación de la información, tanto a corto plazo como a largo plazo.

### ***Objetivos específicos***

1. A partir de las estrategias de almacenamiento, realizar asociaciones que puedan mejorar la cantidad y calidad de la información a recordar.
2. Trabajar tanto ejercicios visuales como verbales.
3. Generar rutas de acceso a información almacenada según la modalidad, sea esta visual o verbal a través de la organización o clasificación de los datos.
4. Utilizar algunas estrategias compensatorias como alarmas, agenda electrónica y un cuadernillo de anotaciones.

### **Fase 5. Funcionamiento ejecutivo**

#### ***Objetivo general***

Ejercer actividades que logren establecer el funcionamiento del automonitoreo en ME sin necesidad de ayudas externas, así como trabajar la organización y síntesis de información.

***Objetivos específicos***

1. A través de ayudas externas, en un inicio, trabajar el automonitoreo, de manera tal que ME pueda interiorizar este proceso y posteriormente realizarlo ella sola.
2. Establecer las ideas principales o generales para no desviarse en ideas secundarias.
3. Trabajar ejercicios que ayuden a la organización y síntesis de información, utilizando estrategias de clasificación o jerarquización.

## Resultados

A partir de la intervención neuropsicológica realizada, se presentan los resultados que se obtuvieron posteriores a este programa de rehabilitación a través de una evaluación neuropsicológica integral.

En general, se tomó como referencia la segunda valoración, ya que es la inmediata anterior al inicio de la intervención y se observan dificultades similares tanto en la ejecución de las pruebas como en su desempeño cotidiano entre la primera y segunda evaluación (con incrementos significativos de la sintomatología en ésta última), sin embargo, en algunas ocasiones hago referencia a la primera valoración.

En el perfil general del desempeño cognitivo (véase la Figura 9), mostrado a través de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos – III (WAIS-III), se puede observar puntuaciones bastante similares en el CI para la escala verbal, de ejecución y la escala total entre la evaluación realizada en diciembre de 2009 y julio de 2010. Sin embargo, se observan diferencias en cuanto a la ejecución en el índice de organización perceptual y discretamente en la memoria de trabajo.

De manera más particular, se observó un incremento en las puntuaciones tanto en las escalas verbales como en las ejecutivas, siendo más significativo en éstas últimas. En el índice de memoria de trabajo fue el área que mostró un mayor aumento dentro de las escalas verbales, mientras que el índice de organización perceptual lo fue dentro de las escalas ejecutivas.

Cualitativamente, ME mostró un mejor almacenamiento de la información en subpruebas como aritmética, retención de dígitos, así como en letras y números; en este sentido, posterior a la aplicación cuantitativa, disminuyó la necesidad de apoyos externos (la utilización de lápiz y papel) para solucionar nuevamente los problemas aritméticos y aumentó el número de elementos que logró almacenar y evocar en las últimas dos subpruebas, incrementando la habilidad para mantener la información y manipularla de manera que pueda responder adecuadamente. Por ello, el índice de memoria de trabajo incrementó tanto cuantitativa como cualitativamente presentando mejores estrategias para la ejecución.

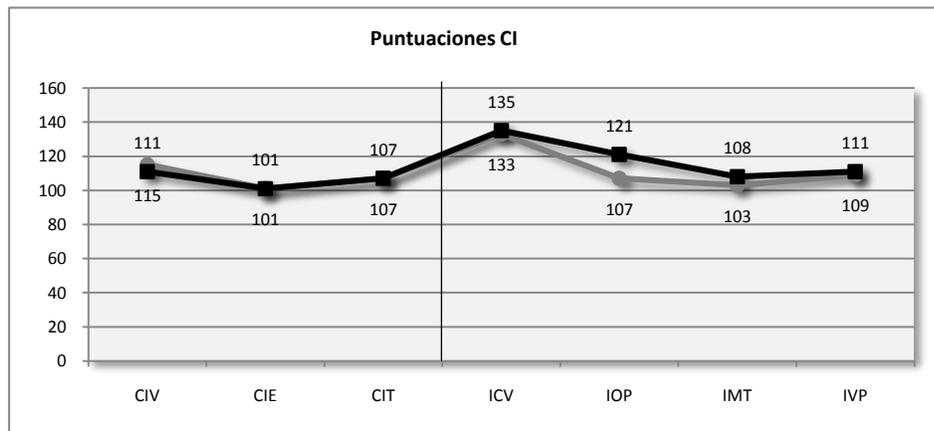
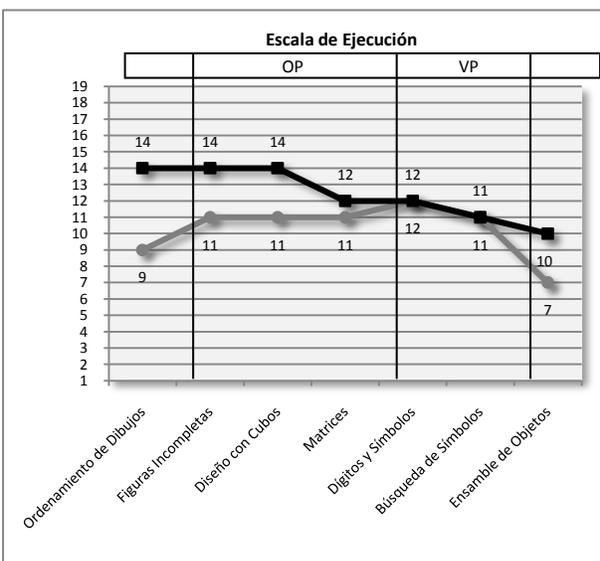
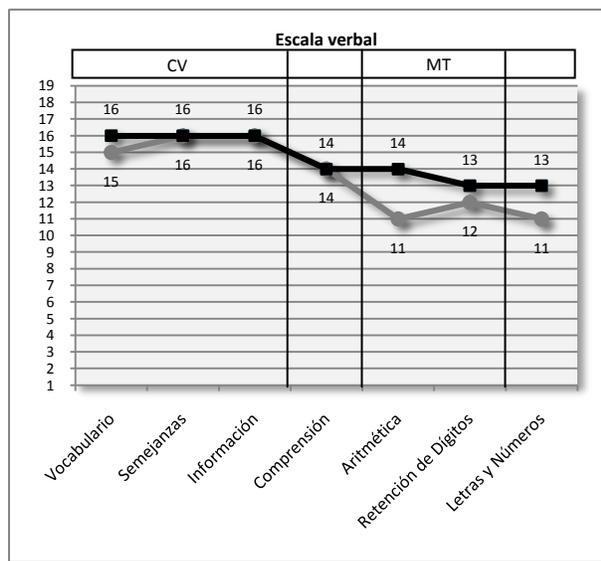
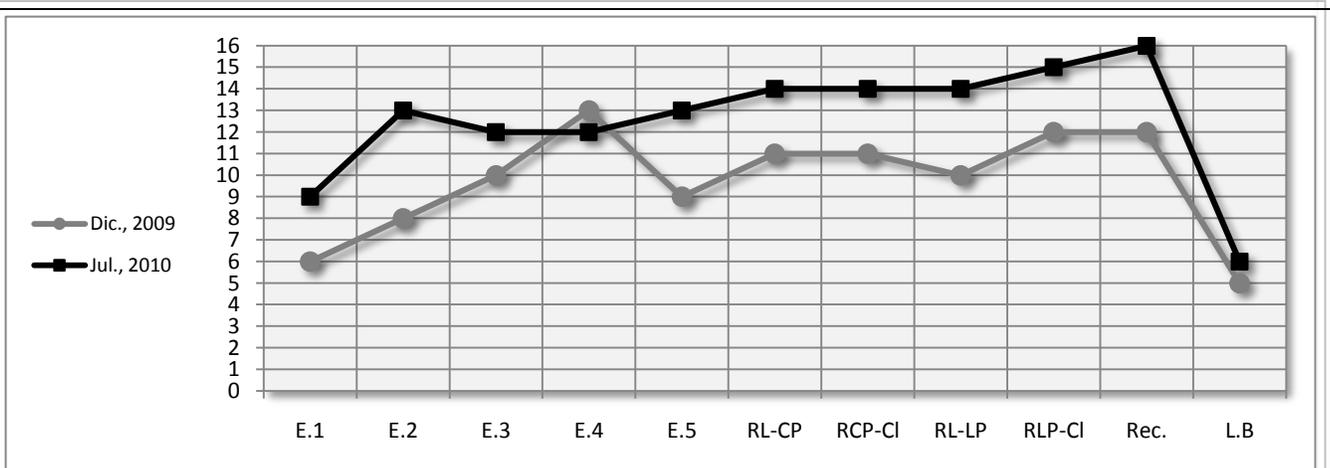


Figura 9. Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos – III. Las puntuaciones en color gris pertenecen a la evaluación realizada en Diciembre de 2009 y las de color negro corresponden a la de Julio de 2010. Las abreviaturas utilizadas son CV: Comprensión verbal, MT: Memoria de Trabajo, OP: Organización Perceptual, VP: Velocidad de Procesamiento, CIV: Índice de Comprensión Verbal, CIE: Índice de Ejecución, CIT: Índice Total, ICV: Índice de Comprensión Verbal, IOP: Índice de Organización Perceptual, IMT: Índice de Memoria de Trabajo e IVP: Índice de Velocidad de Procesamiento.

En cuanto al índice de organización perceptual mostró incremento en los puntajes de pruebas como ordenamiento de dibujos, figuras incompletas, diseño con cubos y matrices, donde principalmente intervino un incremento en la velocidad en el procesamiento de la información para concluir adecuadamente la tarea dentro del tiempo requerido y una mejor organización de la información.

En la ejecución en el Test de Aprendizaje Verbal España – Complutense, mostró un incremento en las puntuaciones para los 5 primeros ensayos, los recuerdos a corto y largo plazo

de manera libre y con claves, así como en el reconocimiento de objetos (véase la Figura 10). También presentó una disminución en el número de perseveraciones (36.36%) e intrusiones totales (88.88%). Las estrategias semánticas de ME aumentaron un 22.62% entre la evaluación de diciembre de 2009 (13.09%) y la de julio de 2010 (35.71%), mientras que las estrategias seriales disminuyeron un 4.76% (10.47% para la primera evaluación y 5.71% para la segunda).



		E.1	E.2	E.3	E.4	E.5	RL-CP	RCP-CI	RL-LP	RLP-CI	Rec.	L.B.
<b>Suma</b>	1ª. Eval.	6	8	10	13	9	11	11	10	12	12	5
	2ª. Eval.	9	13	12	12	13	14	14	14	15	16	6
<b>Intrusiones</b>	1ª. Eval.	0	2	0	1	0	1	3	3	8		0
	2ª. Eval.	0	1	0	0	0	0	0	1	0		0
<b>Perseveraciones</b>	1ª. Eval.	1	2	2	2	7	7	0	0	1		0
	2ª. Eval.	2	2	4	1	1	2	0	2	0		0
<b>E-Sem</b>	1ª. Eval.	0	1	2	0	1	3		4			0
	2ª. Eval.	1	3	2	8	4	5		7			0
<b>E-Ser</b>	1ª. Eval.	0	0	1	4	3	1		0			2
	2ª. Eval.	1	2	0	0	1	1		1			0
<b>Falsos Positivos</b>	1ª. Eval.										1	
	2ª. Eval.										0	

Figura 10. Resultados de puntuaciones obtenidas en el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense. Abreviaturas utilizadas: E= Ensayo, RL-CP= Recuerdo libre a corto plazo, RCP-CI= Recuerdo a corto plazo con claves, RL-LP= Recuerdo libre a largo plazo, RLP-CI= Recuerdo a largo plazo con claves, Rec.=Lista de reconocimiento y L.B.= Lista B.

En cuanto al Test de la Figura Compleja de Rey (véase Figura 11 y 12), ME obtuvo puntajes similares para la copia de las figuras (32 para la primera y 30 para la segunda) y el tiempo de

ejecución fue también muy similar (3'33" y 3'07" respectivamente). Sin embargo se observan cambios significativos para el puntaje obtenido en la fase de memoria, en donde mostró un incremento del 27.77% en la segunda valoración, no obstante, el tiempo de ejecución también mostró un aumento de casi tres minutos.

Finalmente, no se observaron cambios en las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck, encontrándose en todas las ocasiones en un rango de normalidad (véase la Figura 13).

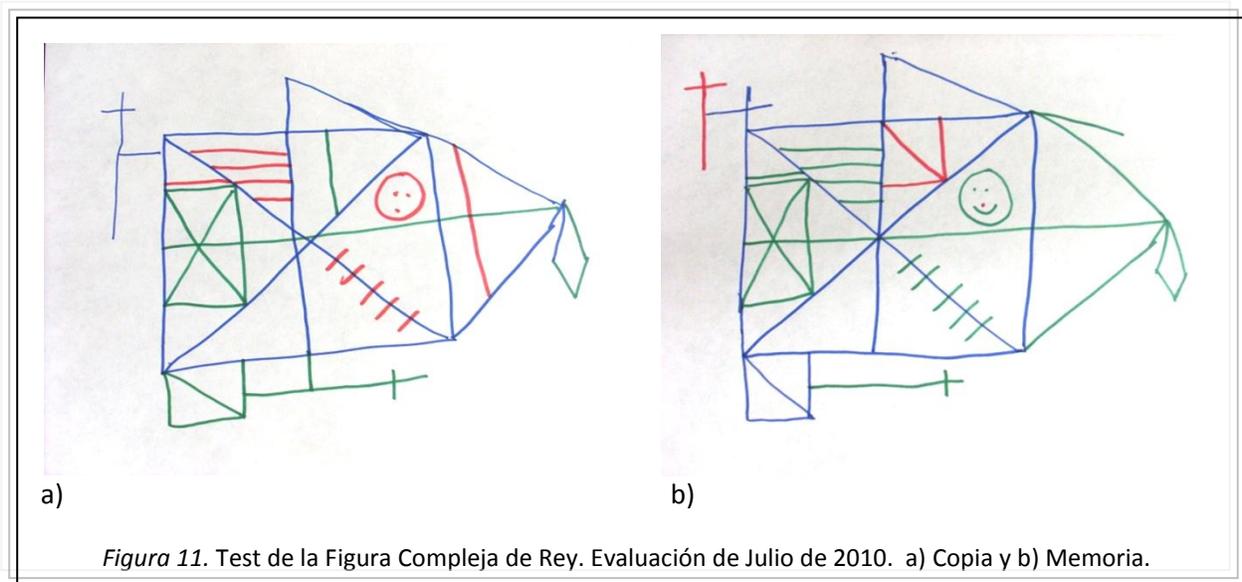


Figura 11. Test de la Figura Compleja de Rey. Evaluación de Julio de 2010. a) Copia y b) Memoria.

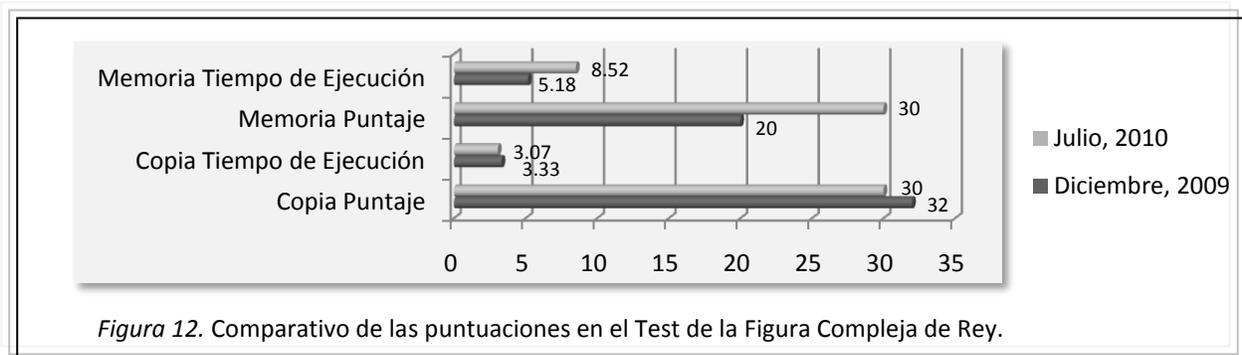
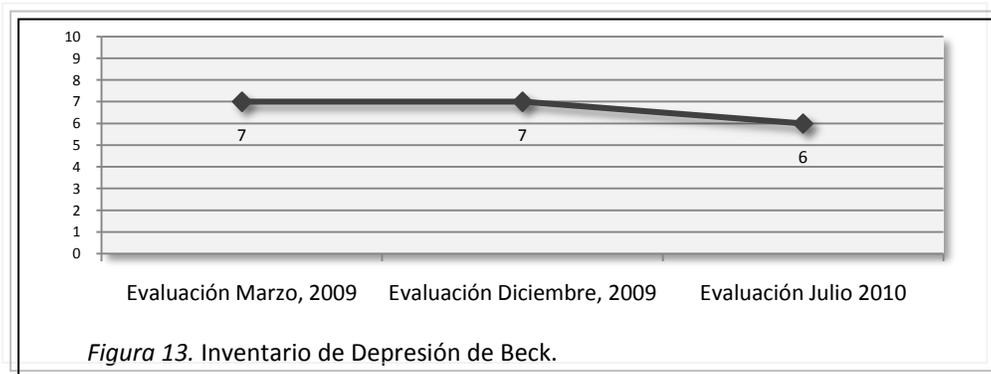
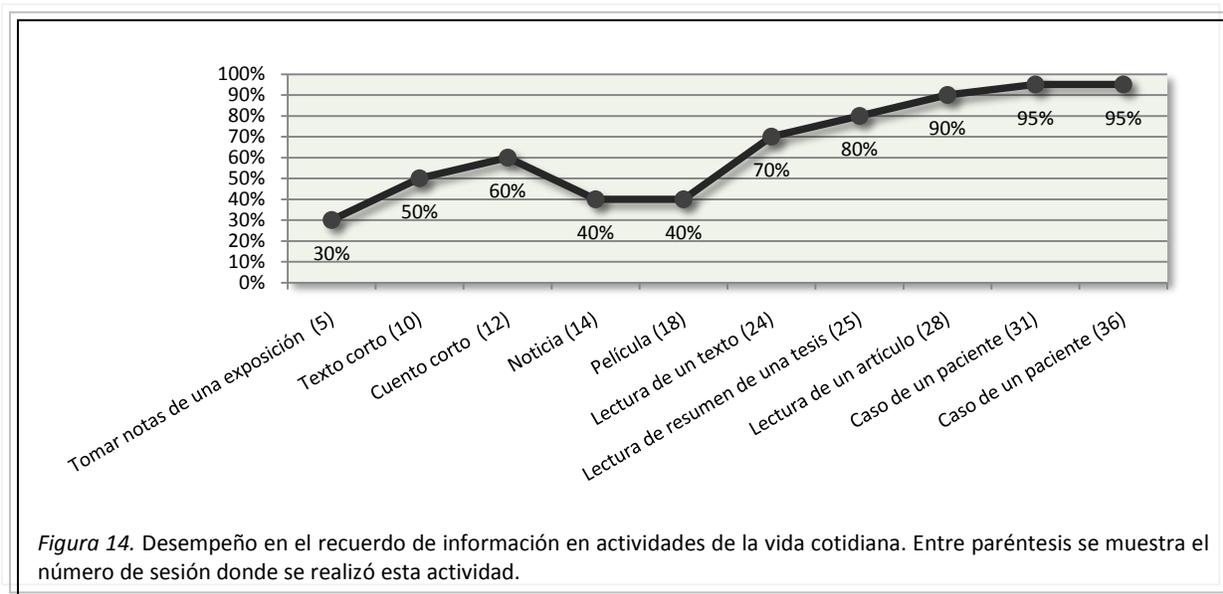


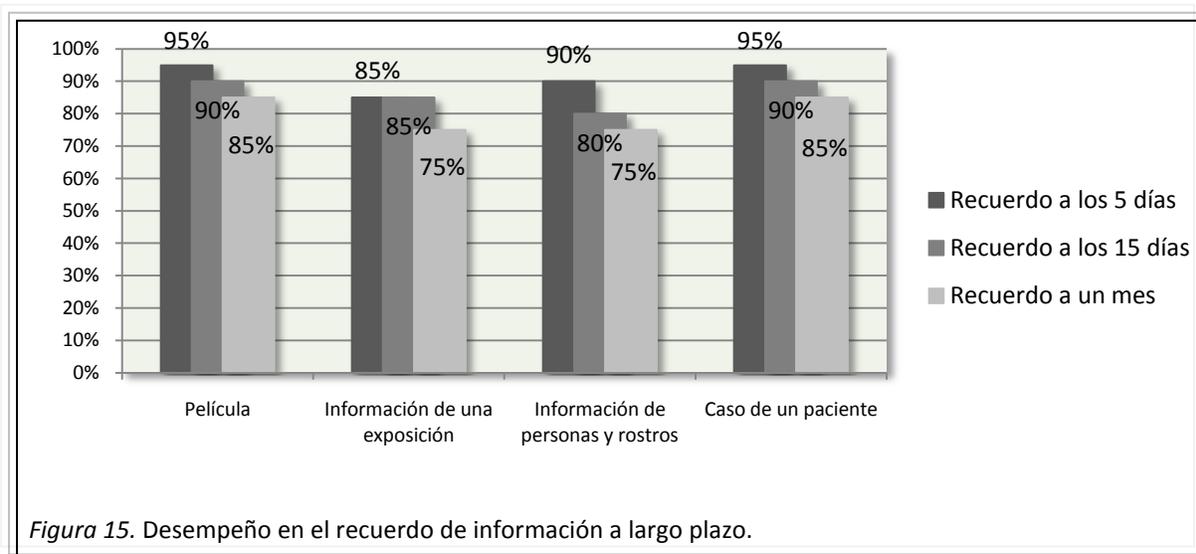
Figura 12. Comparativo de las puntuaciones en el Test de la Figura Compleja de Rey.

La evaluación neuropsicológica integral considera no sólo la ejecución en las pruebas neuropsicológicas aplicadas, sino también las dificultades en el desempeño cotidiano, por ello, se realizó un análisis sobre el funcionamiento en actividades que involucran áreas de su vida diaria.

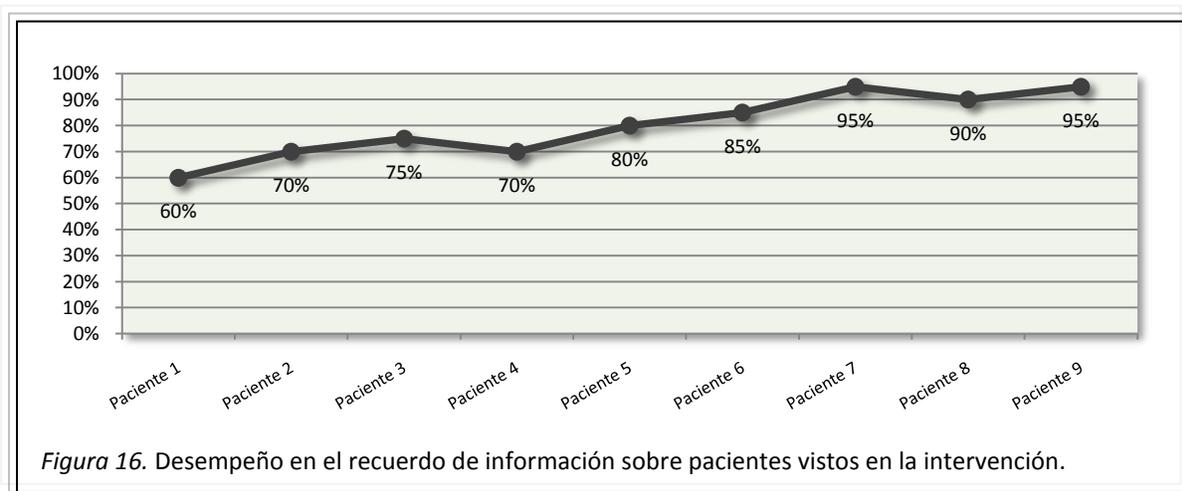


Clínicamente, ME consigue aplicar las estrategias mnemotécnicas trabajadas durante el programa de rehabilitación a las actividades que ella realiza de manera habitual como parte de su trabajo o de actividades recreativas, por lo que logra organizar la información y la jerarquiza, facilitando el almacenamiento y evocación de la información. Esto se puede observar en la Figura 14 donde se muestra el porcentaje del recuerdo tanto de textos, noticias leídas o vistas como de historias clínicas que se le dieron para aplicar este tipo de estrategias. Es importante señalar que este recuerdo es de dos a tres días posteriores al momento de realizar el esquema o la organización de la actividad, sin embargo, también se realizaron actividades en donde se solicitó la evocación de la información con un periodo mayor de tiempo (véase la Figura 15).





También se pueden observar cambios en cuanto al recuerdo de información para escribir las notas clínicas de los pacientes que se trabajaron como parte del programa de rehabilitación (véase Figura 16) en donde se establecieron puntos importantes que debe abarcar dentro de un tiempo de 20 minutos (aparencia y conducta, temas abordados en la sesión, estrategias aplicadas, hipótesis del problema y plan de intervención), poniendo en práctica estrategias de organización, clasificación y jerarquización de la información, así como estrategias compensatorias como la utilización de un glosario diseñado especialmente para esta actividad.



En un aspecto más ecológico, en la Figura 17 se muestra el desempeño en la realización de las notas clínicas antes y después del programa de intervención, donde se observa que las

notas anteriores están compuestas principalmente por frases textuales (escritas en el momento de la sesión) y un par de líneas que engloban lo trabajado en ese día, sin embargo, son muy reducidas en información y en ocasiones llega a dejarlas incompletas por olvidar los datos a escribir; por el contrario, en las notas clínicas realizadas al finalizar el programa de intervención se observa una adecuada estructura, englobando los puntos principales como apariencia de la persona, temática abordada durante la sesión, técnicas o estrategias de intervención, pronóstico y plan de tratamiento para la siguiente cita.

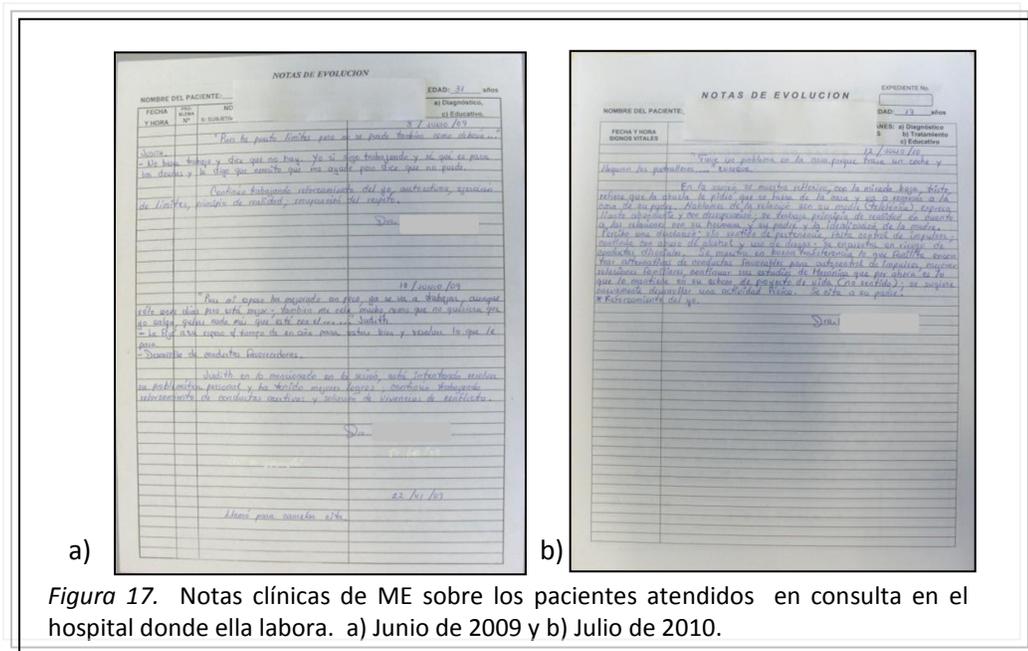


Figura 17. Notas clínicas de ME sobre los pacientes atendidos en consulta en el hospital donde ella labora. a) Junio de 2009 y b) Julio de 2010.

En el programa de intervención se trabajó también el recuerdo de nombres de medicamentos, tanto comerciales como la sustancia activa, para la cual se diseñó una estrategia de clasificación según el uso terapéutico, a través de unas tarjetas (véase Figura 18). Se realizaron varios repases de esta información en el contexto de las sesiones del programa de rehabilitación, sin embargo, también se abordó la evocación a través de mensajes vía celular enviados de manera azarosa durante el día por un periodo de un mes, solicitando el nombre de un medicamento para diversas patologías, a las cuales respondió de manera adecuada al 90% de los mismos, mientras que el otro 10% no tuvo respuesta.



Figura 18. Clasificación de medicamentos.

Asimismo, en la Figura 19 se muestra los avances en cuanto al almacenamiento y evocación de la información de objetos de varias listas para ir de compras al supermercado. A partir de esta intervención neuropsicológica, ME inicia con ayudas externas como la utilización de una libreta de anotaciones para la escritura de información con un alto grado de importancia o palabras claves para facilitar la evocación de más información (véase la Figura 20).

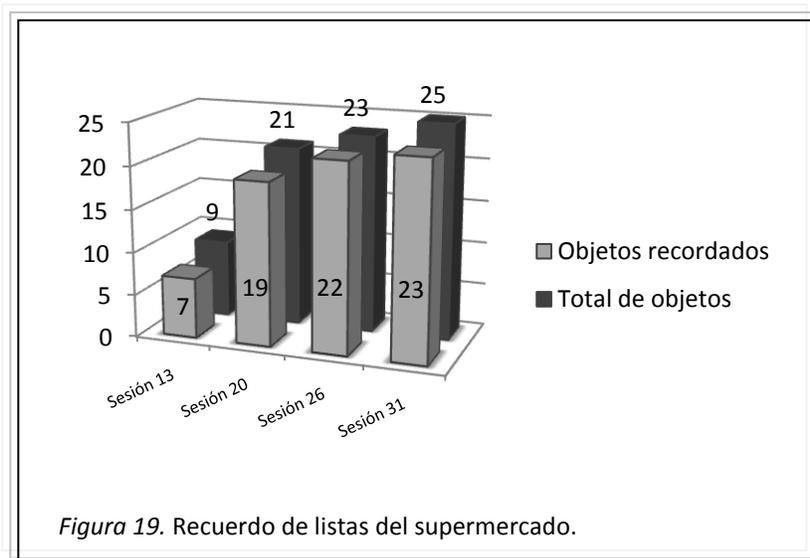


Figura 19. Recuerdo de listas del supermercado.



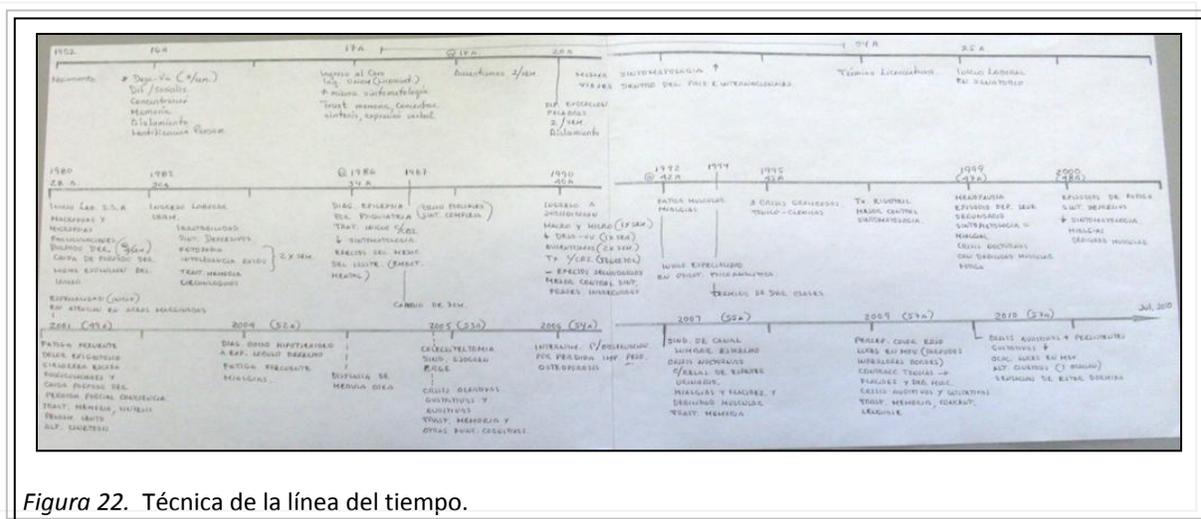


Figura 22. Técnica de la línea del tiempo.

En lo referente al automonitoreo, a través de un estímulo externo (enseñarle una carita amarilla en cada ocasión que pierda el núcleo de la conversación o profundice en ideas secundarias), ME logra interiorizar este proceso, consiguiendo regularse a sí misma para no perder las ideas principales o el tema de conversación, disminuyendo considerablemente los circunloquios que realiza. En la Figura 23 se muestran los avances en el automonitoreo, señalando las ocasiones en que ME necesita del apoyo externo, así como las sesiones en donde ella señala de manera verbal cuando pierde el núcleo o se desvía del tema de conversación y se corrige ella misma sin necesidad de utilizar el apoyo externo.

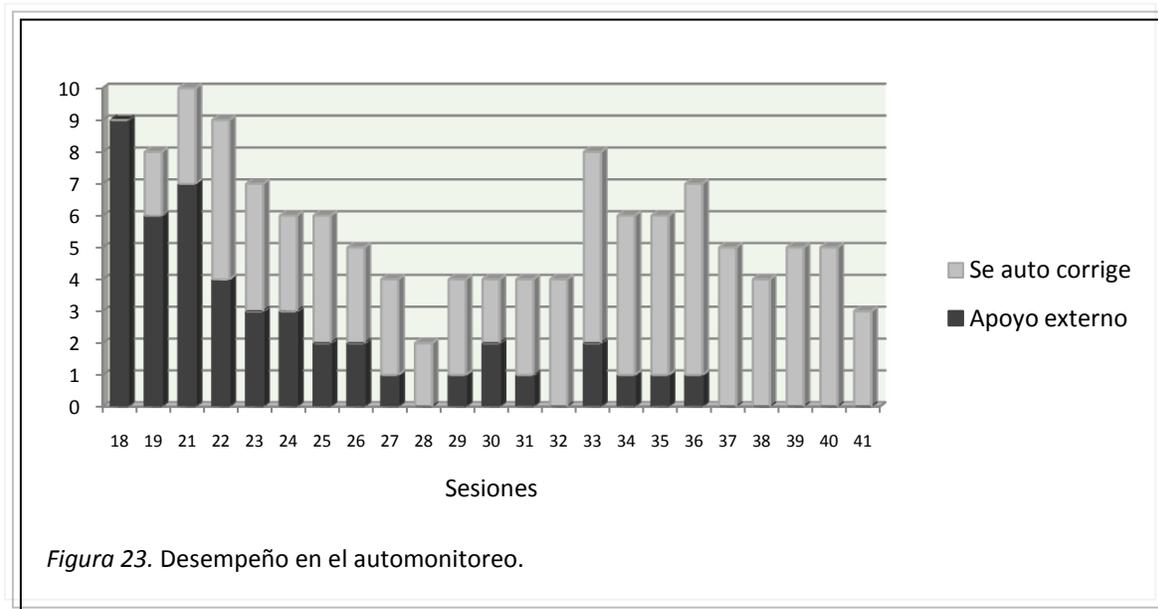


Figura 23. Desempeño en el automonitoreo.

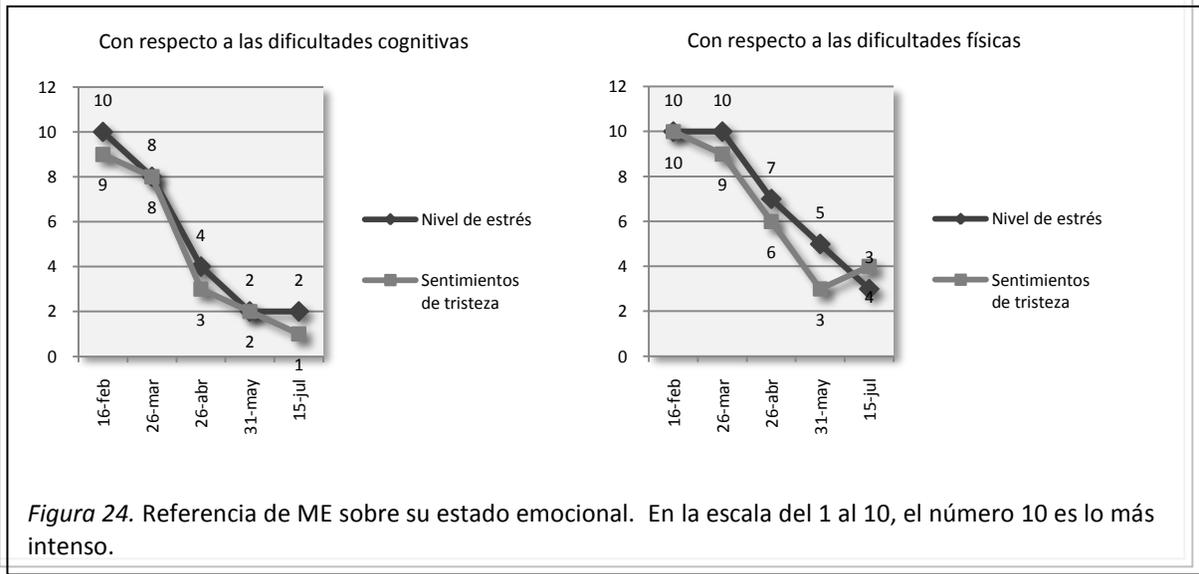
De manera conjunta con la intervención en el área cognitiva, también se manejó el área emocional como un apoyo para disminuir el estado de estrés que ME refiere ante las situaciones donde se ve confrontada con sus dificultades tanto físicas como cognitivas, asimismo, como un proceso de aceptación y afrontamiento a situaciones nuevas que tiene que hacer frente, como es el uso del bastón debido a las dificultades en la movilidad para deambular.

Se observó una mejoría en cuanto al control del estrés, disminuyendo considerablemente la presentación de llanto y frustración (referido por ME) ante las actividades que implican una confrontación con su desempeño cognitivo o ante las situaciones de cambio en su vida diaria debido a las dificultades físicas que presenta. Esto se muestra en la Tabla 13, en la que se puede observar las sesiones donde ME refiere estrés sin llegar al llanto, las sesiones donde llega al llanto y donde utiliza estrategias de relajación y respiración ella misma, sin necesidad de intervención por parte de la rehabilitadora, puede controlar su nivel de estrés.

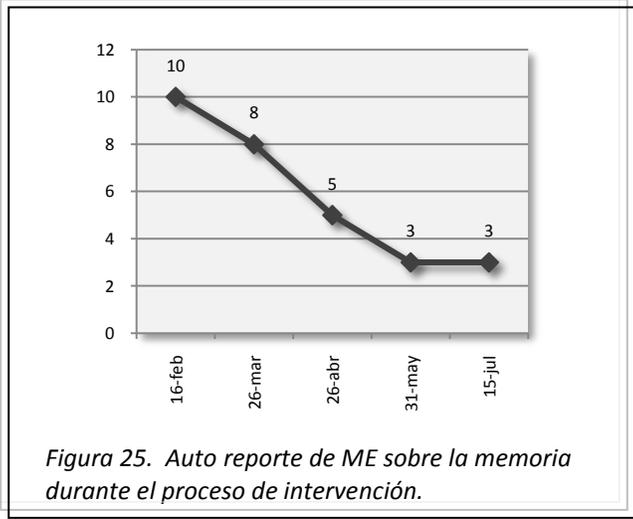
*Tabla 13. Manifestaciones emocionales durante las sesiones del programa de rehabilitación.*

Sesión	Refiere estrés	Llega al llanto	Utiliza estrategias de relajación ella misma	Sesión	Refiere estrés	Llega al llanto	Utiliza estrategias de relajación ella misma
1	-	-	-	22	✓	-	-
2	-	-	-	23	-	-	-
3	-	-	-	24	✓	-	-
4	-	-	-	25	-	-	-
5	-	-	-	26	✓	-	✓
6	-	✓	-	27	✓	-	-
7	-	-	-	28	-	✓	-
8	-	-	-	29	✓	-	✓
9	✓	-	-	30	✓	-	✓
10	-	✓	-	31	✓	-	✓
11	-	-	-	32	✓	-	-
12	-	✓	-	33	-	-	-
13	-	-	-	34	✓	-	✓
14	✓	-	-	35	-	-	-
15	-	✓	-	36	-	-	-
16	-	-	-	37	-	✓	✓
17	-	-	-	38	-	✓	✓
18	-	-	-	39	-	-	-
19	✓	-	-	40	-	-	-
20	✓	-	-	41	-	-	-
21	-	-	-				

Se aplicó un auto reporte de evaluación una vez por mes durante el programa de rehabilitación, en el cual ME especifica los cambios tanto en el estado emocional como cognitivo (véase Figura 24).



También este auto reporte incluye una sección de la percepción de los problemas de memoria durante el programa de rehabilitación que se muestra en la Figura 25.



Actualmente, ME tiene planes a futuro, que anterior al programa de rehabilitación no las había considerado debido a las dificultades cognitivas que presentaba, entre ellos se incluye:

1. Estudiar otra especialidad en psicoterapia, enfocada a la intervención en parejas.
2. Estudiar inglés.
3. Utilizar de manera cotidiana la computadora como apoyo para sus actividades en el consultorio, así como para fomentar la comunicación vía electrónica con amigos y familiares.
4. Continuar con la actualización en el ámbito médico y psicoterapéutico.
5. Continuar con la consulta privada.
6. Incrementar sus actividades recreativas.

Con los resultados obtenidos, se puede observar que se cumplieron con éxito los objetivos planteados en el programa de intervención para trabajar con ME, ya que dentro de las habilidades adquiridas están la utilización de estrategias mnemotécnicas, así como organización de la información, jerarquización, categorización, visualización, asociación, entre otras, lo que favorece un adecuado almacenamiento y evocación de la información en las actividades de su vida cotidiana; también ME logró optimizar el proceso de automonitoreo de manera que puede regular su lenguaje verbal, que es donde mostraba dificultades más significativas. Por lo tanto, el pronóstico para ME es bastante favorable.

## DISCUSIÓN

La epilepsia es una condición neurológica caracterizada por una actividad eléctrica anormal y la importancia de su estudio radica en una tasa alta de prevalencia tanto en México como en el mundo. Las personas diagnosticadas con este padecimiento sufren de dificultades cognitivas que repercuten de manera significativa en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana y el grado de alteración varía según el tipo de crisis, localización, etiología, tiempo del tratamiento, entre otras cosas. Por ello es imprescindible la labor del neuropsicólogo y su adecuada intervención para proporcionar las herramientas necesarias que sirvan para mejorar la calidad de vida de las personas con esta condición (Campos-Castelló & Campos-Soler, 2004). En este sentido, la intervención neuropsicológica no solo incluye la aplicación de pruebas, sino debe ir más allá y abarcar una valoración integral para poder crear el programa de intervención neuropsicológica, que logre que el paciente epiléptico pueda contener con las demandas de su medio cognitivo, social, laboral y afectivo, y con ello pueda lograr la integración a su vida cotidiana (Salvador, en prensa).

En el presente trabajo se estudió un caso de una persona con epilepsia en el lóbulo temporal anterior, en un área conocida como el uncus (crisis uncinadas), quien muestra manifestaciones de percepción olfativas y gustativas cuando no existen en el medio externo, así como fenómenos de dejá vú y jamás vú. En los trabajos reportados en la literatura sobre el estudio del funcionamiento cognitivo en personas con epilepsia en el lóbulo temporal anterior refieren que las principales dificultades encontradas son alteraciones en la memoria (Baños, et al., 2004; Blake et al., 2000; Diehl et al., 2008) y el funcionamiento ejecutivo (Köylü et al., 2006; Peña-Casanova, 2007), lo que coincide de manera significativa con el caso clínico de ME, quien muestra dificultades en cuanto al almacenamiento y evocación de la información, problemas en la memoria autobiográfica, así como en el automonitoreo, lo que interfiere en otros procesos cognitivos como el cálculo o el contenido del discurso, teniendo repercusiones significativas en el funcionamiento cotidiano.

Es frecuente que en personas con epilepsia en el lóbulo temporal lleguen a presentar dificultades en el funcionamiento ejecutivo, que tradicionalmente se ha relacionado con el lóbulo frontal, debido a las conexiones que existen entre éstas dos áreas como lo es el fascículo uncinado, lo que ha llevado a dificultades en el diagnóstico entre la epilepsia en el lóbulo temporal

o frontal (O'Brien, Mosewich, Britton, Cascino & So, 2008). En el caso de ME se observó que las dificultades en cuanto a la memoria se mantienen entre la primera y segunda evaluación, pero las dificultades en el funcionamiento ejecutivo se incrementan, lo que puede ser explicado por los efectos estructurales o funcionales a distancia debido a la propagación de las crisis (Mueller et al., 2009).

Sin embargo, a partir de los datos obtenidos en la evaluación a través de las pruebas neuropsicológicas, no se observó un perfil específico de una persona con problemas en memoria o del funcionamiento ejecutivo, lo que es algo interesante y particular de este caso, ya que es a través de las actividades de la vida cotidiana donde se hacen evidentes estas dificultades. Esto se puede explicar por un alto nivel de exigencia en su contexto, lo que implica que estas habilidades se encuentran conservadas en un grado funcional para responder a una prueba, pero no para funcionar adecuadamente en sus actividades diarias. Por tanto, es imprescindible el construir la validez ecológica de la valoración neuropsicológica, donde no solo se analicen los resultados de las baterías de evaluación, sino combinar éstos resultados con el análisis de las habilidades cognitivas requeridas para las actividades de la vida cotidiana, las demandas del medio e información acerca de los cambios comportamentales para poder generalizar los resultados de la intervención (Chaytor y Schmitter-Edgecombe 2003; Salvador, 2011).

Otro punto importante en la rehabilitación, teniendo en cuenta este enfoque ecológico, es el considerar el nivel premórbido de la persona a valorar, englobando la escolaridad, la ocupación, el grado de exigencia del medio, entre otras cosas, debido a que estos factores pueden incrementar algunas habilidades en una persona y no ser evidentes únicamente con las pruebas neuropsicológicas; tal es el caso de ME, quien tiene un nivel de escolaridad alto y sus actividades cotidianas implican un nivel de exigencia significativo en las labores de atender a sus pacientes, realizar notas clínicas, extender recetas médicas, estar al día en el área médica como en el área de la psicoterapia, asistir a cursos de actualización y estar al mismo nivel que sus compañeros de trabajo en cuanto atención de primer nivel a los pacientes. A través de ello, mantiene cierto grado de funcionalidad, sin embargo, las dificultades que ella presenta son evidentes precisamente en esas actividades que no son evaluadas en un consultorio, pero deben ser consideradas en la valoración integral a través de la observación directa, entrevistas con familiares, entre otras cosas.

Por ello, es importante para el neuropsicólogo usar como herramienta de evaluación las pruebas neuropsicológicas, sin embargo, tiene que ir más allá de esto para poder aplicar los conocimientos sobre los procesos cognitivos a las habilidades de la vida diaria de cada persona y completar la valoración con el aspecto ecológico (Ruff, 2003), detectando las principales dificultades en las labores que un individuo realiza y poder brindar con ello la intervención más adecuada.

A través de su historia de vida, ME ha tenido las herramientas necesarias para estudiar una licenciatura y una especialidad, así como participar en un coro, sin embargo, la principal dificultad referida desde el inicio de las crisis es el enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, lo que coincide con la literatura en donde se reporta que personas con epilepsia en el lóbulo temporal tienden a tener dificultades en ésta área, lo que está relacionado con una reducción en el volumen de la sustancia blanca (Dow, Seidenberg & Hermann, 2004). Por lo tanto, ME pudo concluir sus estudios, pero le llevó más tiempo que a sus compañeros para realizar actividades como tareas, preparación para exámenes o aprendizaje de conocimiento; no obstante, esto favoreció que adquiriera ese bagaje cultural tan diverso que ella posee y que ahora que muestra dificultades más significativas en su vida pueda usarlo como apoyo. Durante el programa de rehabilitación, la velocidad de procesamiento no se trabajó como un aspecto primario y no se estableció como un objetivo del mismo, sin embargo, se observaron resultados positivos de manera secundaria a la aplicación de estrategias de organización, clasificación y jerarquización de la información, lo que lleva a la conclusión de que éstas funciones cognitivas interaccionan de manera importante con la velocidad de procesamiento.

Las crisis uncinadas que ME ha presentado son de tipo crónico, por lo que el inicio de sus dificultades no son de forma abrupta, sino de manera contraria, se caracterizan por ser paulatinas y constantes, por lo cual, es necesaria una adecuada intervención que ayude a disminuir los efectos de estas dificultades, así como prevenir un posible deterioro cognitivo en un futuro. Si bien, se ha reportado en la literatura (Äikiä, Salmenperä, Partanen & Kälviäinen, 2001) que las dificultades en la memoria que muestran las personas con epilepsia en el lóbulo temporal no se atribuyen únicamente a los efectos de las crisis recurrentes o incluso a los medicamentos, las dificultades cognitivas son mayores en personas con epilepsia crónica que en las de diagnóstico reciente. Esto puede llevar a la idea errónea de que en este tipo de pacientes es difícil la

rehabilitación debido a estos efectos más significativos, sin embargo, actualmente se ha demostrado que los efectos de un programa de intervención pueden mejorar de manera significativa funciones cognitivas como la memoria en personas mayores (Calero & Navarro, 2007) o con padecimientos crónicos, a través de la plasticidad neuronal y a la “plasticidad cognitiva” que se refiere a una reserva cognitiva o la habilidad de una persona para optimizar o maximizar su ejecución por medio de la activación de mecanismos compensatorios (Stern, 2002).

En este sentido, se diseñó un programa de rehabilitación para ME con el objetivo de intervenir en las áreas de mayores dificultades y mejorar el desempeño en sus actividades cotidianas, lo que incrementaría su nivel de funcionalidad y calidad de vida. Con base a lo reportado en la literatura, se trabajó actividades para mejorar el desempeño de la memoria (almacenamiento y evocación de la información), así como el funcionamiento ejecutivo, a través de ejercicios dinámicos que involucraran habilidades que se requieren para llevar a cabo las actividades que ella realiza.

Uno de los objetivos fundamentales en la propuesta de este programa de rehabilitación, es precisamente alcanzar la generalización de los resultados a las actividades de su vida cotidiana, sin embargo, una limitante importante fue la dificultad para asistir a su ambiente de trabajo debido a los aspectos éticos en el manejo de los pacientes. A pesar de esta situación, se realizaron ejercicios a manera de ensayos conductuales que permitieran extrapolar los avances del programa de intervención al trabajo diario de ME, lo que ha logrado gracias a su nivel de escolaridad, la conciencia de sus dificultades, la cooperación y un adecuada adhesión a dicho programa. Por tanto, a través de este tipo de actividades se logró incrementar el desempeño en las habilidades cognitivas diarias que ME requiere para llevar a cabo las tareas diarias que ella realiza.

En el trabajo clínico, es imposible separar lo cognitivo de lo emocional o lo conductual, por ello, en el caso de ME, el área emocional también jugó un papel importante en el proceso de rehabilitación. A partir de la primera evaluación realizada, ella inició un tratamiento con el área de psiquiatría por presentar depresión, motivo por el cual la intervención se aplazó hasta que se encontraran avances en ésta área. Esto es sugerido en la literatura, donde se debe brindar una atención fundamental al aspecto emocional para disminuir este factor de influencia en la intervención neuropsicológica (McCagh et al., 2009; Ponds & Hendriks, 2006).

La intervención emocional y social es necesaria porque brinda herramientas de afrontamiento ante las dificultades tanto físicas como cognitivas, debidas a la nueva situación establecida por una lesión cerebral, estrategias de adaptación a los cambios, herramientas de control de estrés o ansiedad, así como intervención emocional con la familia para establecer redes de apoyo. Todo esto favorece un clima óptimo para la reinserción social, laboral, educativa o familiar.

Existen estudios que aportan evidencia sobre la importancia de la intervención psicosocial en la rehabilitación neuropsicológica y se sugiere que ésta puede facilitar la efectividad de la intervención cognitiva específica en personas con una alteración cerebral (Ciceron, et al. 2005), por todo esto, es necesario que en la rehabilitación neuropsicológica pueda lograrse una integración de las dos partes: lo cognitivo y lo emocional, con la finalidad de alcanzar el mejor resultado posible.

Considerando éstos dos aspectos en el programa de intervención efectuado para ME, se observaron cambios considerables, logrando ser más eficiente en sus actividades como lo es en el trabajo clínico con sus pacientes, los cuales incluyen, organización y síntesis de información, así como aplicación de estrategias mnemotécnicas, lo que influye de manera positiva en un buen desempeño para el almacenamiento y evocación de la información, mostrando también un buen nivel de control de su discurso a través del automonitoreo. Y a pesar de no mostrar diferencias significativas en los perfiles cuantitativos, se observaron cambios en cuanto al desempeño cualitativo, lo que favorece la ejecución de las actividades cotidianas antes mencionadas.

Por tanto, se puede observar que los procesos de memoria se encuentran estrechamente vinculados con el funcionamiento ejecutivo, ya que habilidades como la organización, la clasificación, jerarquización, contribuyen de manera significativa en la elaboración de estrategias adecuadas para el almacenamiento y evocación de la información.

También se observó un incremento en el desempeño en áreas que no se trabajaron directamente como lo fue la velocidad de procesamiento y la organización perceptual, sin embargo, el utilizar estrategias mnemotécnicas y de organización, favorece una mayor funcionalidad en estos aspectos.

Por lo tanto, el pronóstico a partir de los resultados de la intervención neuropsicológica es bastante favorable debido a la adquisición de habilidades que le permiten ser funcional en actividades cotidianas y en los ambientes donde se desenvuelve.

En definitiva, la importancia de una intervención oportuna para identificar dificultades cognitivas que pueden interferir de manera significativa en la vida de una persona, así como participar en la rehabilitación de las mismas, con el objetivo de demorar su avance o detener los posibles efectos y evitar un deterioro cognitivo en un futuro plazo, es tarea fundamental para el neuropsicólogo.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo constituye un programa de rehabilitación neuropsicológica en el caso de una persona con crisis uncinadas, lo que brinda un aporte significativo a la literatura, que es escasa en cuanto al análisis neuropsicológico.

El principal objetivo fue llevar a cabo una intervención para mejorar el desempeño en las actividades cotidianas de ME debido a que es en ésta área donde se observaron mayores dificultades, particularmente en actividades donde la memoria y el funcionamiento ejecutivo se encuentran involucrados. Por tanto, se utilizaron estrategias referidas en la literatura como la organización y jerarquización de la información, clasificación, visualización o asociación para favorecer el almacenamiento, también se utilizaron apoyos externos que fomentaran el automonitoreo. Asimismo, se dio apoyo en el área emocional para brindar estrategias de afrontamiento y disminución del estrés a través de ejercicios de relajación y respiración.

A partir de esta intervención, se observaron cambios significativos en el desempeño de las actividades que ME realiza, incrementando su rendimiento en actividades como recordar información sobre pacientes, organización y síntesis para realizar notas clínicas, recordar los medicamentos o las sustancias activas que debe recetar a sus pacientes, almacenar de forma organizada la información sobre las compras en el supermercado de manera que pueda evocarla con mayor facilidad, puede continuar con un diálogo cuando no recuerda una palabra y tiene las estrategias para buscarla y poderla comentar si es momento oportuno aún, también es consciente de las ideas centrales de una plática de manera que no pierde el núcleo de la conversación, tanto en el discurso espontáneo como con sus pacientes.

Por lo tanto, se observó que la organización de la información y la creación de estrategias para el almacenamiento son buenos elementos para favorecer la evocación de dichos datos; asimismo, el apoyo de elementos externos, en este caso visuales, ayudan a estimular el automonitoreo, que en un principio esta función se hace de manera externa para posteriormente interiorizarla.

Un elemento clave en esta intervención es la conciencia de ME ante las dificultades que presentaba y el alto nivel de adherencia a este programa de rehabilitación, lo cual conduce a

lograr óptimos resultados, por lo que se considera un buen pronóstico funcional para su vida cotidiana.

Por todo lo anterior, es importante señalar que la rehabilitación neuropsicológica integral debe considerar no sólo las alteraciones cognitivas de una persona, sino deber ser más completa e ir más allá de la eliminación de un síntoma, lo que debe incluir los aspectos emocionales y sociales, la participación de la familia como un apoyo importante, la reinserción laboral e inclusive, considerar las actividades recreativas, que en su conjunto forman la vida de una persona y que en algún momento se vio fragmentada por una lesión cerebral, y es aquí donde el neuropsicólogo juega un papel fundamental en la rehabilitación de una persona.

Sin embargo, una limitación importante en este trabajo fue no poder asistir a sesiones de ME con sus pacientes debido a que su labor como terapeuta incluye cuestiones éticas y de confidencialidad con las personas que atiende, lo que dificultó estar presente, sin embargo, se realizaron ensayos conductuales que favorecieron la generalización de las habilidades adquiridas a las situaciones auténticas. Considero que para futuros trabajos es recomendable en la rehabilitación neuropsicológica poder asistir al entorno natural de la persona, tener observaciones directas, y a partir de ello, poder lograr tener participaciones adecuadas y oportunas.

Las evaluaciones realizadas en cada sesión permitieron tener un seguimiento constante de las habilidades adquiridas de la paciente; así mismo, las autovaloraciones realizadas favorecieron el análisis de la generalización de los avances a la vida cotidiana. De esta manera, se observaron adelantos o limitaciones, lo que permitió realizar modificaciones según las necesidades de la persona, haciendo de esta intervención, un programa flexible.

Existen aportaciones significativas que sirven no sólo para el análisis de este trabajo, sino para otros estudios. En primer lugar, una contribución importante es el énfasis en que la evaluación neuropsicológica no sólo debe ser integrada por los resultados de las pruebas aplicadas, sino que debe considerar el rendimiento que la persona tiene en la vida cotidiana, así como las demandas cognitivas del medio donde se desenvuelve para tener un panorama completo y poder brindar estrategias de intervención adecuadas y oportunas.

Otro aporte significativo es que la intervención neuropsicológica integral debe considerar no solamente el área cognitiva, sino también el aspecto emocional y social, de manera que se logre el apoyo del entorno (familia, escuela o trabajo) hacia la persona que ha sufrido un daño cerebral, así como brindar estrategias de afrontamiento, aceptación de cambios y adaptación a nuevas condiciones, con la finalidad de favorecer un estado emocional adecuado y estable que permita el mejor desarrollo de habilidades para el funcionamiento en la vida diaria.

Asimismo, otra aportación se refiere a que la rehabilitación en el ámbito neuropsicológico debe ser individualizada, y a pesar de que en este trabajo se ofrecen pautas de intervención, únicamente es una guía y no debe perderse el objetivo de la importancia de estar centrado en las características de la persona, en sus objetivos y expectativas.

Por los resultados obtenidos en este trabajo, se propone que el neuropsicólogo debe trabajar siempre con el enfoque ecológico para lograr la generalización de los resultados a la vida diaria y no únicamente mejoras en pruebas neuropsicológicas, para incrementar la funcionalidad, desde una perspectiva ecológica, de las personas que han sufrido alguna alteración cerebral.

Así mismo, otra propuesta que se realiza es sobre la formación del neuropsicólogo. En general, dentro de los programas de educación en México se ha dado bastante énfasis al área de detección y evaluación de problemas neuropsicológicos, sin embargo, la parte de rehabilitación no ha sido tan estudiada a fondo, lo que puede llegar a dificultar la labor en el trato directo con las personas. Por ello, es muy importante que el neuropsicólogo también tenga una formación sólida sobre la rehabilitación de problemas específicos, para poder proporcionar una intervención de primer nivel a las personas que lo necesiten.

En este mismo sentido, es necesario promover la investigación y publicación de conocimiento tanto en la evaluación como en los procesos de intervención, de manera que el neuropsicólogo tenga información sobre las dificultades neuropsicológicas que puedan presentarse, así como pautas de rehabilitación basadas en evidencia.

Por ello, este trabajo servirá como una base para el estudio de los efectos de las crisis uncinadas y un guía de rehabilitación integral con las personas que padecen esta condición,

teniendo en cuenta que cada caso es diferente y la intervención debe ser individualizada y adecuada a las necesidades de cada persona.

Como conclusión, la intervención neuropsicológica representa la oportunidad de reinserción y el aumento en la calidad de vida de muchas personas que han sufrido algún tipo de daño cerebral, por ello la importancia de continuar investigando los efectos que tienen los padecimientos de este tipo, publicando hallazgos y estrategias de rehabilitación, de manera que se enriquezca nuestro conocimiento y como neuropsicólogos podamos lograr importantes aportaciones a esta población para elevar su calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Äikiä, M., Salmenperä, T., Partanen, K. & Kälviäinen, R. (2001). Verbal Memory in Newly Diagnosed Patients and Patients with Chronic Left Temporal Lobe Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2, 20 – 27.
- Anderson, N.D. & Craik, F.I.M. (2006). The mnemonic mechanisms of errorless learning. *Neuropsychologia*. 44, 2806 – 2813.
- Arco, L., Cohen, L. & Geddes, K. (2004). Verbal Self-Regulation of Impulsive Behavior of Persons with Frontal Lobe Brain Injury. *Behavior Therapy*. 35, 605 – 619.
- Baddeley, A. D., Kopelman, M.D. & Wilson, B.A. (2002). The handbook of memory disorders (2<sup>nd</sup>. Ed.). England: John Wiley & Sons, LTD.
- Baker, G.A. & Goldstein, L.H. (2004). The dos and don'ts of neuropsychological assessment in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 5, S77 – S80.
- Baños, J., LaGory, J., Sawrie, S., Faight, E., Knowlton, R., Prasad, A., Kuzniecky, R. & Martin, P. (2004). Self-report of cognitive abilities in temporal lobe epilepsy: cognitive, psychosocial, and emotional factors. *Epilepsy & Behavior*. 5, 575 – 579.
- Benedet, M.J. y Alejandre, M.A. (1998). TAVEC Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense. Madrid: TEA Ediciones.
- Bennett, T. (2001). Neuropsychological evaluation in rehabilitation planning and evaluation of skills. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 16, 237- 253.
- Blake, R. V., Wroe, S. J., Breen, E. K. & McCarthy, R. A. (2000). Accelerated forgetting in patients with epilepsy. Evidence for an impairment in memory consolidation. *Brain*. 123, 472 – 483.
- Brailowsky, S. (1999). Epilepsia. Enfermedad sagrada del cerebro. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Experiments by nature and design. United States of America: Harvard University Press.
- Burin, D. Drake, M. & Harris, P. (2007). Evaluación Neuropsicológica en Adultos. Argentina: Paidós.

- Calero, M. D. & Navarro, E. (2007). Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 22, 63 – 72.
- Campos-Castelló, J. & Campos-Soler, S. (2004). Neuropsicología y epilepsia. *Revista de Neurología*. 39 (2), 166 – 177.
- Chaytor, N. & Schmitter-Edgecombe, M. (2003). The Ecological Validity of Neuropsychological Tests: A Review of the Literature on Everyday Cognitive Skills. *Neuropsychology Review*. 13 (4), 181 – 189.
- Chaytor, N., Schmitter-Edgecombe, M. & Burr, R. (2006). Improving the ecological validity of executive functioning assessment. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 21, 217- 227.
- Ciceron, K.D., Dahlberg, C., Malec, J.F., Langenbahn, D.M., Felicetti, T., Kneipp, S., Ellmo, W., Kalmar, K., Giacino, J.T., Harley, J.P., Laatsch, L., Morse, P.A. & Catanese, J. (2005). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 86, 1681 – 1692.
- Davis, L., King, M., & Schultz, J. (2005) *Fundamentals of Neurologic Disease*. New York: Demos Medical Publishing.
- Diccionario de Especialidades Farmacéuticas (2008). Recuperado el 14 de marzo de 2010 desde [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm\\_2k8/](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm_2k8/)
- Diehl, B., Busch, R.M., Duncan, J.S., Piao, Z., Tkach, J. & Lüders, H.O. (2008). Abnormalities in diffusion tensor imaging of the uncinate fasciculus relate to reduced memory in temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*. 49 (8), 1409 – 1418.
- Dow,C., Seidenberg, M. & Hermann, B. (2004). Relationship between information processing speed in temporal lobe epilepsy and white matter volume. *Epilepsy & Behavior*. 5, 919 – 925.
- Drane, D.L. & Meador, K. J. (2002). Cognitive and behavioral effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy and Behavior*. 3, S49 – S53.

- Drane, D., Ojemann, G., Aylward, E., Ojemann, J., Johnson, L., Silbergeld, D., Miller, J. & Tranel, D. (2008). Category-specific naming and recognition deficits in temporal lobe epilepsy surgical patients. *Neuropsychologia*. 46, 1242-1255.
- Duffau H, Gatignol P, Mandonnet E, Capelle L- & Taillandier L (2008) Contribution of intraoperative subcortical stimulation mapping of language pathways: a consecutive series of 115 patients operated on for a WHO grade II glioma in the left dominant hemisphere. *Journal of Neurosurgery*. 109, 461–471
- Duffau, H., Gatignol, P., Moritz-Gasser, S. & Mandonnet, E. (2009). Is the left uncinate fasciculus essential for language? A cerebral stimulation study. *Journal of Neurology*. 256, 382 – 389.
- Duncan, J., Sander, J., Sisodiya, S. & Walker, M. (2006). Adult Epilepsy. *Lancet*. 367, 1087 – 1100.
- Faught, E. (2006) Epilepsy Cases Studies. *Neurologic Clinics*. 24, 291 – 307.
- Fernández Guinea, S. (1999). Orientaciones en rehabilitación cognitiva. *Conferencia en Primer Congreso Virtual de Neuropsicología*. Recuperado el 11 de febrero de 2010, de [www.uninet.edu/union99](http://www.uninet.edu/union99).
- Fernández-Torre, J.L. (2002). Auras epilépticas: clasificación, fisiopatología, utilidad práctica, diagnóstico diferencial y controversias. *Revista de Neurología*. 34 (10), 977 – 983.
- Fish, J., Evans, J.J., Nimmo, M., Martin, E., Kersel, D., Bateman, A., Wilson B.A. & Mainly, T. (2007). Rehabilitation of executive dysfunction following brain injury: “Content free” cueing improves everyday prospective memory performance. *Neuropsychologia*. 45, 1318 – 1330.
- Forcadas, M. (2002) Problemas diagnósticos y tratamientos de las epilepsias frontales. *Revista de Neurología*. 35 (1), S42 – S46.
- Fuster, J.M. (2003). *Cortex and Mind. Unifying Cognition*. New York: Oxford University Press.
- Galindo, G., Cortés, J.F. y Salvador, J. (1996). Diseño de un nuevo procedimiento para calificar la Prueba de la Figura Compleja de Rey: confiabilidad inter-evaluadores. *Salud Mental*. 19, 1 – 6.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (2005). *Evaluación de la Afasia y de Trastornos Relacionados (3° ed.)*. España: Editorial Médica Panamericana.

- Hasan, K.M., Iftikhar, A., Kamali, A., Kramer, L.A., Ashtari, M., Cirino, P.T., Papanicolau, A.C., Fletcher, J.M. & Ewing-Cobbs, L. (2009). Development and aging of the healthy human brain uncinat fasciculus across the lifespan using diffusion tensor tractography. *Brain Research*. 1276, 67 – 76.
- Heaton, R.K., Chelune, G.J., Talley, J.L., Kay, G.G. y Curtiss, G. (2001). Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin (2° ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Heinrichs, R. W. (1990). Current and emergent applications of neuropsychological assessment: Problems of validity and utility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(3), 171–176.
- Hendelman, W. (2006). Atlas of Functional Neuroanatomy (2a. ed.). United States of America: Taylor & Francis. Second Edition.
- Helmstaedter, C. (2001) Behavioral Aspects of Frontal Lobe Epilepsy. Review. *Epilepsy & Behavior*. 2, 384 - 395.
- Higginson, C.I., Arnett, P.A. & Voss, W.D. (2000). The Ecological Validity of Clinical Tests of Memory and Attention in Multiple Sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 15 (3), 185 – 204.
- International League Against Epilepsy [ILAE] (1989). Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*. 30, 389-99.
- International League Against Epilepsy [ILAE] (2006). Classification of epilepsy syndromes. *Epilepsy Research*. 70S, S5 – S10: Engel, J.
- International League Against Epilepsy [ILAE] (2009). Revised terminology and concepts for organization of the epilepsies: Report of the Commission on Classification and – Terminology. Recuperado el 10 de febrero de 2010, de [www.ilae-epilepsy.org/Visitors/Centre/ctf/ctfoverview.cfm](http://www.ilae-epilepsy.org/Visitors/Centre/ctf/ctfoverview.cfm)
- Jacoby, A. (2002). Stigma, epilepsy, and quality of life. *Epilepsy & Behavior*. 3, S10 – S20.

- Jha, A.P., Ranucci, M.B. & Giuliani, N.R. (2006). Organization of mnemonic and response operations within prefrontal cortex. *Brain Research*. 1097, 133 – 141.
- Jokeit, H. & Schacher, M. (2004). Neuropsychological aspects of type of epilepsy and etiological factors in adults. *Epilepsy and Behavior*. 5, S14 – S20.
- Johannessen, C., Larsson, P.G., Rytter, E. & Johannessen, S.I. (2009). Antiepileptic drugs in epilepsy and other disorders—A population-based study of prescriptions. *Epilepsy Research*. 87, 31 – 39.
- Johnstone, B. & Stonnington, H.H. (2001). Rehabilitation of Neuropsychological Disorders. A practical Guide for Rehabilitation Professionals. United States of America: Psychology Press.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 21(3), 26 – 31.
- Katz, D.I., Ashley, M.J., O'Shanick, G.J. & Connors, S.H. (2006). Cognitive rehabilitation: the evidence, funding and case for advocacy in brain injury. McLean, VA: Brain Injury Association of America.
- Kier, E.L., Staib, L.H., Davis, L.M. & Bronen, R.A. (2004). MR imaging of the temporal stem: anatomic dissection tractography of the uncinate fasciculus, inferior occipitofrontal fasciculus, and Meyer's loop of the optic radiation. *American Journal of Neuroradiology*. 25, 677–691.
- Kolb, B. & Whishaw, I.Q. (2003). Fundamentals of human neuropsychology. (5a. ed.). New York, NY: Worth Publishers.
- Köylü, B., Trinka, E., Ischebeck, A., Visani, P., Trieb, T., Cremser, C., Bartha, L., Schocke, M. & Benke, T. (2006). Neural correlates of verbal semantic memory in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Research*. 72, 178 – 191.

- Lin, J. J., Riley, J. D., Juranek, J. & Cramer, S. C. (2008). Vulnerability of the frontal-temporal connections in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Research*. 82, 162 – 170.
- Lunge, G., Waked, W., Kirshblum, S. & DeLuca, J. (2000). Organizational Strategy Influence on Visual Memory Performance After Stroke: Cortical/Subcortical and Left/Right Hemisphere Contrasts. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 81, 89 – 94.
- Manly, T., Hawkins, K., Evans, J., Woldt, K. & Robertson, I.H. (2002). Rehabilitation of executive function: facilitation of effective goal management on complex tasks using periodic auditory alerts. *Neuropsychologia*. 40, 271 – 281.
- Marsh, L. & Rao, V. (2002). Psychiatric complications in patients with epilepsy: a review. *Epilepsy Research*. 49, 11 – 33.
- Martín-Plascencia, P., Maestu-Unturbe, F., Koronis, E., Pulido, P. & García de Sola, R. (1997). Alteraciones de memoria en pacientes epilépticos. Estudio de seguimiento pre-quirúrgico. *Revista de Neurología*. 25 (138), 205 – 207.
- Masia, S.L. & Devinsky, O. (2000). Epilepsy and Behavior: A Brief History. *Epilepsy & Behavior*. 1, 27 – 36.
- Mateer, C. (2003). Introducción a la Rehabilitación Cognitiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 21, 11 – 20.
- McCagh, J., Fisk, J. E. & Baker, G. A. (2009). Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. *Epilepsy Research*. 86, 1 – 14.
- Medrano, V., Mallada-Frechin, J., López-Hernández, N., Fernández- Izquierdo, S. y Piqueras-Rodríguez, L. (2004). Crisis olfatoria y meningioma paraselar. *Revista de Neurología*. 38 (5), 435 – 437.
- Moore, P.M. & Baker, G.A. (2002). The neuropsychological and emotional consequences of living with intractable temporal lobe epilepsy: implications for clinical management. *Seizure*. 11, 224 – 230.
- Motamedi, G. & Meador, K. (2003). Epilepsy and Cognition. *Epilepsy and Behavior*. 4, S25 –S38.

- Mueller, S.G., Laxer, K.D., Barakos, J. Cheong, I., Garcia, P. & Weiner, M.W. (2009). Widespread neocortical abnormalities in temporal lobe epilepsy with and without mesial sclerosis. *NeuroImage*. 46, 353 - 359.
- Muñoz Céspedes, J. & Tirapu Ustárroz, J. (2001). Rehabilitación neuropsicológica. España: Ed. Síntesis.
- Netter, F., Craig, J. & Perkis, J. (2002). Atlas of Neuroanatomy and Neurophysiology. United States of America: Icon Custom Communications.
- Noeker, M. (2004). Epilepsy – improvement of giving the diagnosis between the demands for standardization versus individualization. *Seizure*. 13, 95 – 98.
- O'Brien, T.J., Mosewich, R.K., Britton, J.W., Cascino, G.D. & So, E.L. (2008). History and seizure semiology in distinguishing frontal lobe seizures and temporal lobe seizures. *Epilepsy Research*. 82, 177 – 182.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Epilepsy: etiology, epidemiology and prognosis. Vol. no. 165).
- Organización Mundial de la Salud (2010). Recuperado el 12 de octubre de 2010 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/index.html>.
- Otero, J.L. & Fontán, L. (2001). La rehabilitación de los trastornos cognitivos. *Revista Médica del Uruguay*. 17, 133 – 139.
- P.R. Vademécum (2006). Recuperado el 14 de marzo de 2010 desde <http://www.prvademecum.com/>.
- Peña- Casanova, J. (2005). Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Test Barcelona Revisado. España: Masson.
- Peña- Casanova, J. (2007) Neurología de la Conducta y Neuropsicología. España: Ed. Médica Panamericana.
- Ponds, R.W.H.M. & Hendriks, M. (2006). Cognitive rehabilitation of memory problems in patients with epilepsy. *Seizure*. 15, 267 – 273.

- Price, G., Cercignani, M., Parker, G.J.M., Altmann, D.R., Barnes, T.R.E., Baker, G.J., Joyce, E.M. & Ron, M.A. (2008). White matter tracts in first-episode psychosis: A DTI tractography study of the uncinate fasciculus. *NeuroImage*. 39, 949 – 955.
- Programa Prioritario de Epilepsia (2010). Recuperado el 12 de octubre de 2010, de <http://www.epilepsiamexico.gob.mx/info-pacientes/frecuencia.htm>
- Reeves, A. & Swenson, R. (2004) Disorders of the Nervous System. A primer. Dartmouth Medical School. Online version.
- Rey, A. (1987). Test de Copia de una Figura Compleja. (5° ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Rios-Lago, M., Muñoz-Céspedes, J.M. & Paúl-Lapedriza, N. (2007). Alteraciones de la atención tras daño cerebral traumático: evaluación y rehabilitación. *Revista de Neurología*. 44 (5), 291 – 297.
- Ritaccio, A. L., Singh, A. & Devinsky, O. (2002). Cognition-induced epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 3, 496 – 501.
- Rodrigues, J., Sauzéon, H., Langevin, S., Raboutet, C. & N’Kaoua, B. (2010). Memory performance depending on task characteristics and cognitive aids: A-levels of processing approach in young adults. *Revue européenne de psychologie appliquée*. 60, 55 – 64.
- Roger, J., Medina, M., Genton, P., Dravet, C. y Bureau, M. (1998). Avances en la Clasificación de las Epilepsias y los Síndromes Epilépticos. *Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología*. 15 de octubre al 30 de noviembre de 1998. Recuperado el 22 de febrero de 2010, de <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/epilepsia-4.html>
- Ropper, A. & Brown, R. (2005) Adams and Victor’s Principles of Neurology (8ª Ed). United States of America: McGraw-Hill.
- Ruff, R.M. (2003). A friendly critique of neuropsychology: facing the challenges of our future. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 18, 847 – 864.
- Salvador, J. (2010). Lineamientos para desarrollar el programa de rehabilitación. Materia Teorías y Modelos III, Residencia en Neuropsicología Clínica. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Salvador, J. (En prensa) Intervención Neuropsicológica en la Epilepsia. En Pérez, M., Escotto, E., Córdoba, E., Arango-Lasprilla, J.C. & Quintanar Rojas L. (Eds.) Rehabilitación Neuropsicológica: estrategias en trastornos de la infancia y en el adulto. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sbordone, R.J. & Long, C.J. (1998). Ecological validity of neuropsychological testing. Boca Raton: St. Lucie Press.
- Serrano, M.J. (2004). Aspectos epidemiológicos de la epilepsia en un Hospital General de segundo nivel. *Plasticidad y Restauración Neurológica*. 3 (1-2), 39 – 43.
- Serruya, M.D. & Kahana, M.J. (2008). Techniques and devices to restore cognition. *Behavioral Brain Research*. 192, 149 – 165.
- Shulman, M.B. & Barr, W. (2002). Treatment of memory disorders in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 3, S30 – S34.
- Snyder, P. J., Nussbaum, P. D. & Robins, D. L. (2008) Clinical Neuropsychology. A pocket handbook for assessment (2ª Ed.). United States of America: American Psychological Association.
- Sohlberg, M.M. & Mateer, C.A. (2001). Cognitive Rehabilitation. An Integrative Neuropsychological Approach. New York: The Guilford Press.
- Spooner, D.M. & Pachana, N.A. (2006). Ecological validity in neuropsychological assessment: A case for greater consideration in research with neurologically intact populations. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 21, 327 – 337.
- Standring, S. (2005). Gray's Anatomy. The anatomical basis of clinical practice (39ª Ed.). España: Elsevier.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 8, 448–460.
- Teive, H.A.G., Germiniani, F.M.B., Cardoso, A.B., de Paola, L. & Werneck, L.C. (2002). The Uncinanted Crisis of George Gershwin. *Arquivos Neuro-Psiquiatria*. 60 (2-B), 505 – 508.

- Tiersky, L.A., Anselmi, V., Johnston, M.V., Kurtyka, J., Roosen, E., Schwartz, T. & DeLuca, J. (2005). A Trial of Neuropsychologic Rehabilitation in Mild-Spectrum Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 86, 1565 – 1574.
- Tsukiura, T., Fujii, T., Fukatsu, R., Otsuki, T., Okuda, J., Umetsu, A., Suzuki, K., Tabuchi, M., Yanagawa, I., Nagasaka, T., Kawashima, R., Fukuda, H., Takahashi, S. & Yamadori, A., (2002). Neural basis of the retrieval of people's names: evidence from brain-damaged patients and fMRI. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 14, 922– 937.
- Tsukiura, T., Mochizuki-Kawai, H. & Fujii, T. (2006). Dissociable roles of the bilateral anterior temporal lobe in face-name associations: An event-related fMRI study. *NeuroImage*. 30, 617 – 626.
- Van der Elst, W., Van Boxtel, M.P.J., Van Breukelen, G.J.P. & Jolles, J. (2008). A large-scale cross-sectional and longitudinal study into the ecological validity of neuropsychological test measure in neurologically intact people. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 23, 878 – 800.
- Van Rijckevorsel, K. (2006). Cognitive problems related to epilepsy syndromes, especially malignant epilepsies. *Seizure*. 15, 227 – 234.
- Vazquez, B. & Devinsky, O. (2003). Epilepsy and Anxiety. *Epilepsy & Behavior*. 4, S20 – S25.
- Vingerhoets, G. (2006). Cognitive effects of seizures. *Seizures*. 15, 221 – 226.
- Voltzenlogel, V., Després, O., Vignal, J.-P., Steinhoff, B.J., Kehrl, P. & Manning, L. (2006). Remote memory in Temporal Lobe Epilepsy. *Epilepsia*. 47 (8), 1329 – 1336.
- Wechsler, D. (2003). WAIS-III Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos – III. México: Editorial El Manual Moderno.
- Wilson, B. (2003). Neuropsychological Rehabilitation. Theory and practice. Países Bajos: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Zaccara, G., Gangemi, P.F. y Cincotta, M. (2008). Central nervous system adverse effects of new antiepileptic drugs. A meta-analysis of placebo-controlled studies. *Seizure*. 17, 405 – 421.

# APÉNDICE A

---

**PROGRAMA INTEGRADO DE EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA**  
**"TEST BARCELONA". VERSIÓN ABREVIADA® (J. Peña Casanova)**

**APELLIDOS:** G. V.  
**OCUPACIÓN:** Médico Familiar  
**DX NEUROL:** Epilepsia – Crisis uncinadas  
**FECHA EXAM:** 19/marzo/2009.

**NOMBRE:** M. E.  
**AÑOS DE ESCOLARIDAD:** 20 años  
**TOPOGRAFÍA:** Lóbulo Temporal Izquierdo

**EDAD:** 56 años.  
**DOMINANCIA:** Diestra  
**EXAMINADOR:** Azucena Chávez

Villa (1999)		Percentiles						PD	OBSERVACIONES-SEMIOLÓGIA
50-70 AÑOS. ESC ALTA (17.09 ± 3.04).	SUBPRUEBAS.	INFERIOR	MIN	↓	MEDIO	MÁXIMO			
	FLUENCIA Y GRAMÁTICA.....	0 2 4 6 9					10	10	Olvida información que se le pregunta. Mercado: se extiende en detalles.
	CONTENIDO INFORMATIVO.....	0 2 4 6 9					10	10	
	ORIENTACIÓN PERSONA.....	0 2 3 4 6					7	07	Repite dígitos pero en distinto orden.
	ORIENTACIÓN LUGAR.....	0 1 3 4					5	05	
	ORIENTACIÓN TIEMPO.....	0 5 11 16 21		22			25	23	
	DÍGITOS DIRECTOS.....	0 1 2 3	4		5	6	8	5	
	DÍGITOS INVERSOS.....	0 1 2 3	2		3	4	5	4	
	SERIES ORDEN DIRECTO.....	0 1 2 3					6	3	
	SERIES ORDEN DIRECTO T.....	0 1 2 3	4 5				6	6	
	SERIES INVERSAS.....	0 1 2 3	2				6	3	
	SERIES INVERSAS T.....	0 1 2 3	3		5		6	6	
	REPETICIÓN DE LOGATOMOS.....	0 2 4 6 7					6	8	
	REPETICIÓN PALABRAS.....	0 2 4 6 9					10	10	
	DENOMINACIÓN IMÁGENES.....	0 4 6 9 12	13		1		12	14	
	DENOM. IMÁGENES T.....	0 8 16 30 38	39	41			38	42	
	RESPUESTA DENOMINANDO.....	0 2 3 4 5					6	6	Realiza descripciones por características físicas.
	RESPUESTA DENOMINANDO T.....	0 5 9 13 17					18	18	
	EVOC. CATEG. ANIM. Im.....	0 2 5 7 9	10	18	21 22 23 24	27	32	→ 15	Fallo atencional. Dificultad en 3 instrucciones, pero ejecuta 5.
	COMP. REALIZAC ÓRDENES.....	0 1 4 9 12	15				16	14	
	MATERIAL VERBAL COMPLEJO.....	0 1 2 4 6	7		8		9	9	
	MAT. VERB. COMPLEJO T.....	0 4 6 12 18	19 21		23 24	25 26	27	27	
	LECTURA LOGATOMOS.....	0 1 2 3 5					6	6	En último ítem tarda más tiempo.
	LECTURA LOGATOMOS T.....	0 1 3 10 17					18	18	
	LECTURA TEXTO.....	0 15 30 45 50	55				56	56	
	COMP. LOGATOMOS.....	0 1 2 3 4	5				6	6	
	COMP. LOGATOMOS T.....	0 4 12 13 14	15 16				18	18	
	COMP. FRASES Y TEXTOS.....	0 2 4 5 6	7				8	8	
	COMP. FRASES Y TEXTOS T.....	0 6 12 14 16	17 19	22			24	22	
	MECÁNICA DE LA ESCRITURA.....	0 1 2 3 4					6	5	
	DICTADO LOGATOMOS.....	0 2 3 5					6	6	
	DICTADO LOGATOMOS T.....	0 2 4 8 11	12 14	17			18	18	
	DENOMINACIÓN ESCRITA.....	0 2 3 4 5					6	6	
	DENOMINACIÓN ESCRITA T.....	0 4 8 16 17					18	18	
	GESTO SIMBÓLICO ORDEN DERECHA.....	0 2 4 8 9					10	10	
	GESTO SIMBÓLICO ORDEN IZQUIERDA.....	0 2 4 8 9					10	10	
	GESTO SIMBÓLICO IMITAC. DERECHA.....	0 2 4 6 9					10	10	
	GESTO SIMBÓLICO IMITAC. IZQUIERDA.....	0 2 4 6 9					10	10	
	IMITACIÓN POSTURAS BILAT.....	0 1 3 5 6	7				8	8	
	SECUENCIA DE POSTURAS DERECHA.....	0 1 2 4 5	6 7				8	8	
	SECUENCIA DE POSTURAS IZQUIERDA.....	0 1 2 4 5	6 7				8	8	
	PRAXIS CONST. COPIA.....	0 2 4 8 10	11 14	16	17		18	18	
	PRAXIS CONST. COPIA T.....	0 3 10 18 22	23 29	33			36	34	
	IMÁGENES SUPERPUESTAS.....	0 6 9 12 15	18				20	20	
	IMÁG. SUPERPUESTAS T.....	0 5 15 25 27	28 29	30 31 33			35	35	
	MEMORIA TEXTOS.....	0 2 4 6 8	9 11 12	13 16 18	19 20		21 22	9.5	Hace algunas inferencias y comentarios de historias. No incrementa puntuación de manera significativa con las preguntas. Recuerdo de tipo semántico.
	MEMORIA TEXTOS PREG.....	0 2 5 10 11	12 13 15	16 19 20	21 22			11.5	
	MEMORIA TEXTOS DIFERIDA.....	0 3 5 6 7	8 9 11	12 13 16	19 20			10.5	
	MEMORIA TEXTOS DIF. PREG.....	0 2 3 6 7	8 11	16 19 20	21			14	
	MEMORIA VIS. REPRODUCCIÓN.....	0 1 2 3 4	5 8 12 15	14 15			16	13	Asociaciones con objetos conocidos. Contextualización de figuras. Debido a dificultades mnésicas. Se apoya en verbalización. Mejora con apoyo de lápiz y papel.
	PROBLEMAS ARITMÉTICOS.....	0 1 2 3	4 5	7 9	10		10	4	
	PROBLEM ARITMÉTICOS T.....	0 1 2 3 4	5	8 9 10 14 15	17 19 20			8	
	SEMEJANZAS-ABSTRACCIÓN.....	0 1 3 4 5	6 7	8 9 10 11			12	12	
	CLAVE DE NÚMEROS.....	0 1 4 8 10	11 15 18	23 25 26 35	36	37	→ 29		
	CUBOS.....	0 1 2 3 4	5 7	8 14	15		6	5	Lo realiza pero fuera del tiempo.
	CUBOS T.....	0 1 2 3 4	5 7	9 10 13 14	15	17	12	12	
	SUBPRUEBAS.	Percentiles	10 20	30	40 50 60 70	80 90 95		PD	



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**RESIDENCIA EN NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA**



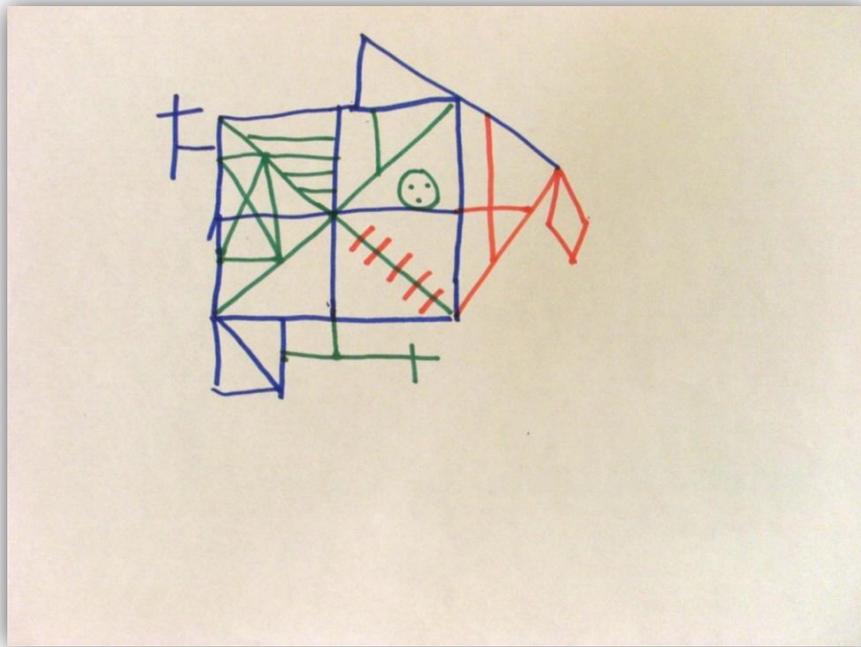
## REY AUDITORY VERBAL LEARNING TEST

(Rey, 1964)

<b>NOMBRE: M.E.G.V.</b>					
<b>EDAD: 56 años</b>		<b>SEXO: Femenino</b>		<b>ESC: 20 años</b>	
<b>FECHA: 19/marzo/2009</b>					
<b>E1: 4</b>	<b>E5: 12</b>	<b>TOT: 40</b>	<b>E6: 12</b>	<b>E7: 11</b>	<b>APLICÓ: Azucena Chávez</b>
<b>INT/A: 8</b>	<b>PER/A: 19</b>	<b>REC: 13</b>	<b>FALSOS REC: 1</b>	<b>INT/B: 4</b>	

		Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Ensayo 4	Ensayo 5	Ensayo 6 Inmediata Después de lista B	Ensayo 7 Demorada 20 min	Reconocimiento	Lista B
1. Tambor	15									
2. Cortina	14									
3. Campana	13									
4. Café	12									
5. Escuela	11									
6. Padre	10									
7. Luna	9									
8. Jardín	8									
9. Sombrero	7									
10. Campesino	6									
11. Nariz	5									
12. Guajolote	4									●
13. Color	3									
14. Casa	2									
15. Río	1									
<b>SUMAS:</b>		4	4	9	11	12	12	11	13	4
Intrusiones:		0	2	2	2	2	2	2	1	4
Perseveraciones:		0	2	4	8	5	5	0		
Falsos Rec.:									1	

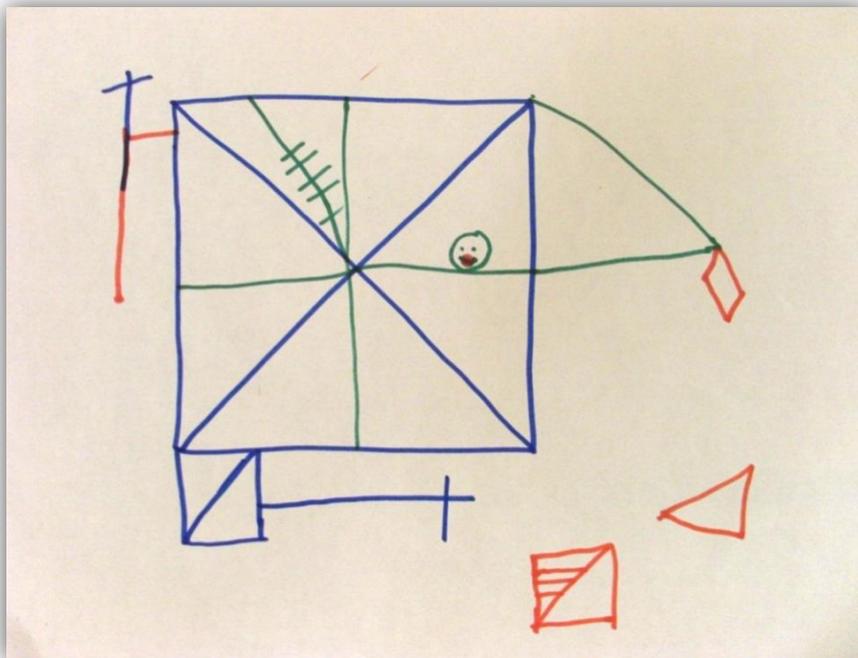
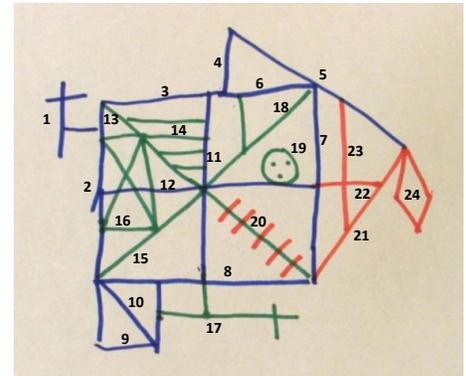
**TEST DE LA FIGURA COMPLEJA (Rey, A., 1941; Osterrieth, P. A., 1944)**



COPIA  
3'24"

Orden de los colores:  
■ ■ ■

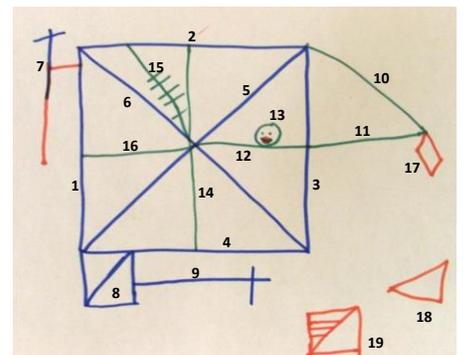
*Secuencia de Ejecución*



MEMORIA  
11'23"

Orden de los colores:  
■ ■ ■

*Secuencia de Ejecución*



Total copia: 26	Total memoria: 18
Tiempo copia: 3'24"	Tiempo memoria: 11'23"

**- Test de Vocabulario del Boston**

Número de respuestas correctas emitidas espontáneamente	57
Número de claves semánticas dadas	1
Número de respuestas correctas después de una clave semántica	1
Número de claves fonémicas	1
Número de respuestas correctas después de una clave fonémica	1
Número de elecciones múltiples dadas	1
Número de elecciones correctas	1
Cantidad correcta total	60

**- Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin**

	Puntaje Natural	Puntaje Estándar	Puntaje T	Percentil
Número de ensayos aplicados	128			
Número total de aciertos	45			
Número total de errores	83	58	22	<1
Porcentaje de errores	65	60	23	<1
Respuestas perseverativas	64	62	25	1
Porcentaje de respuestas perseverativas	50	60	23	<1
Errores perseverativos	54	61	24	<1
Porcentaje de errores perseverativos	42	59	23	<1
Errores no perseverativos	27	73	32	4
Porcentaje de errores no perseverativos	21	75	33	5
Respuestas de nivel conceptual	23			
Porcentaje de respuestas de nivel conceptual	18	61	24	<1

	Puntaje natural	Rango percentilar
Número de categorías concluidas	1	2-5
Ensayos para concluir la primera categoría	38	2-5
Fracaso para mantener el set	3	6-10
Aprendiendo a aprender	--	--

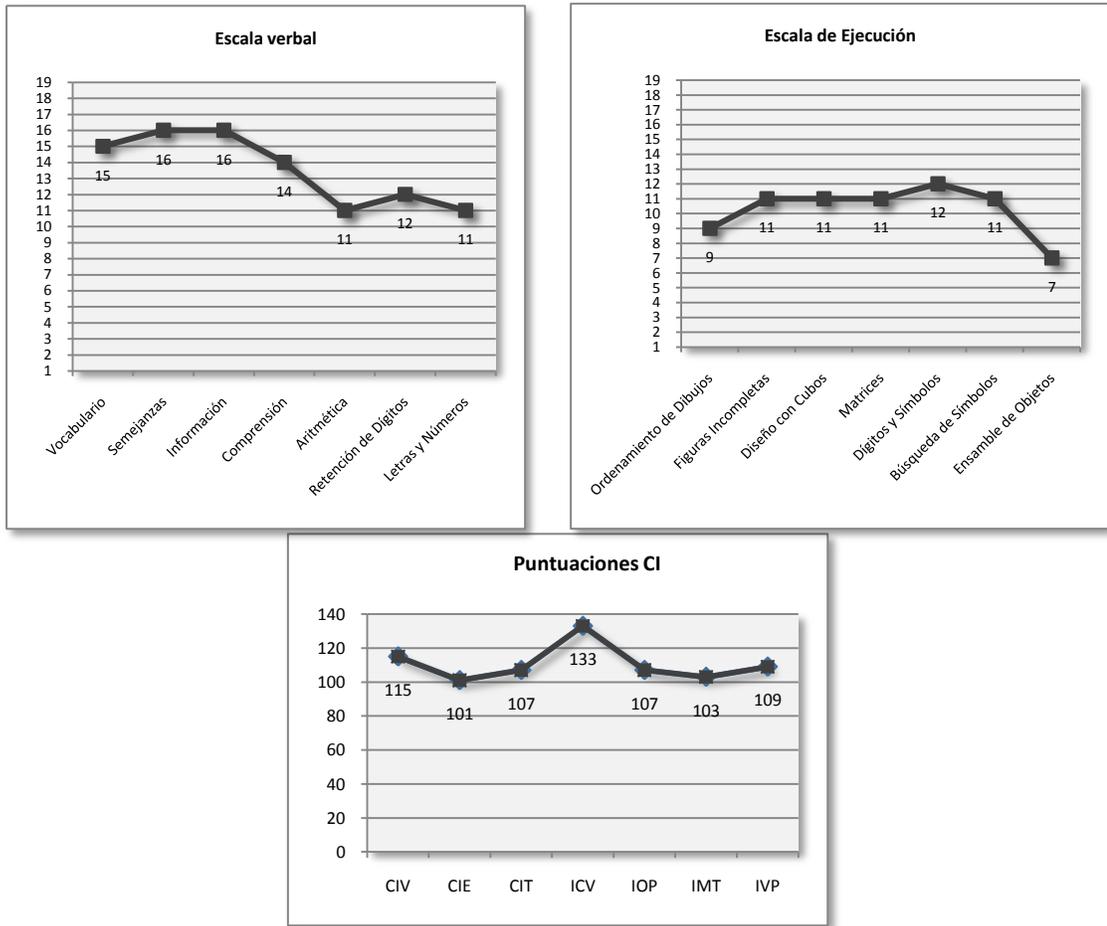
**- Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

7 puntos: lo que corresponde a un puntaje normal.

# APÉNDICE B

---

**- Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos – III**

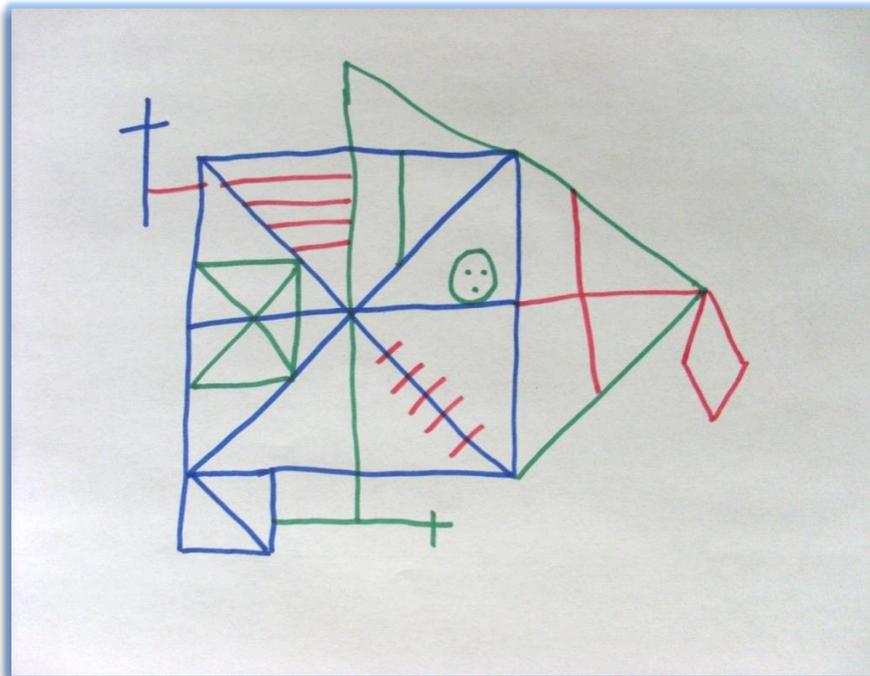


**Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense**

	E. 1	E.2	E.3	E.4	E.5	RL-CP	RCP-CI	RL - LP	RLP - CI	Reconocimiento	Lista B
1.Taladro											
2.Limonas											
3.Chamarra											
4.Azafrán											
5.Uvas											
6.Comino											
7.Medias											
8.Pala											
9.Laurel											
10.Mandarinas											
11.SERRUCHO											
12.Zapatos											
13.Romero											
14.Piña											
15.Tornillos											
16.Guantes											
Suma	6	8	10	13	9	11	11	10	12	12	5
Intrusiones	0	2	0	1	0	1	3	3	8		0
Perseveraciones	1	2	2	2	7	7	0	0	1		0
E-Sem	0	1	2	0	1	3		4			0
E-Ser	0	0	1	4	3	1		0			2
Falsos Positivos										1	

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI)** : 7 puntos: lo que corresponde a un puntaje normal.

TEST DE LA FIGURA COMPLEJA (Rey, A., 1941; Osterrieth, P. A., 1944)

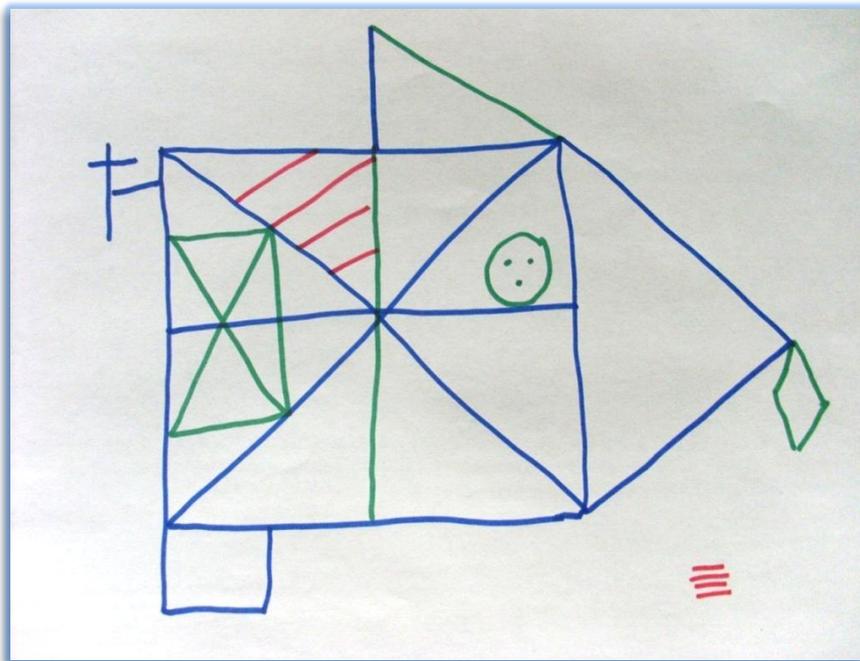
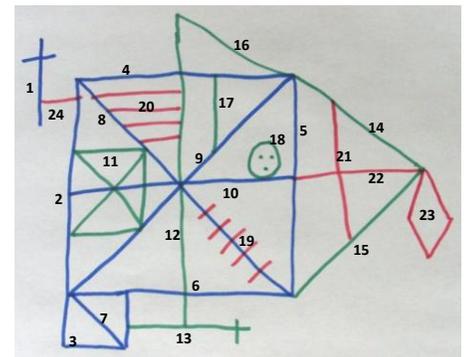


COPIA  
3'33"

Orden de los colores:



Secuencia de Ejecución

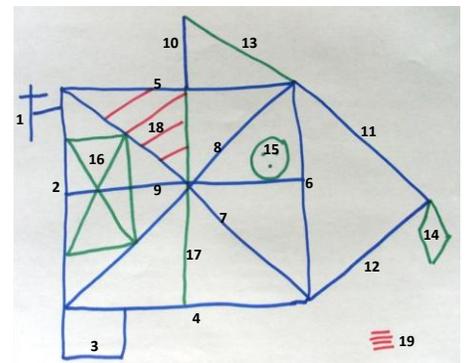


MEMORIA  
5'19"

Orden de los colores:



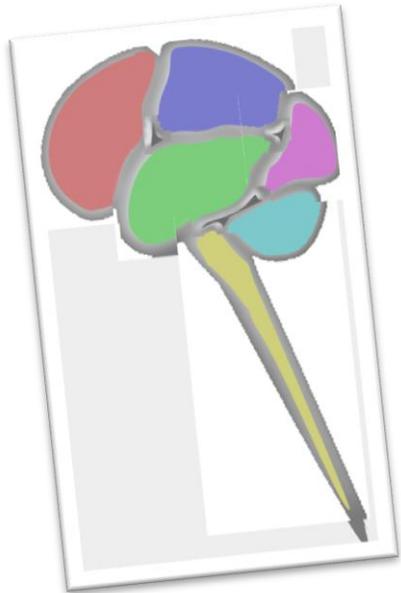
Secuencia de Ejecución



Total copia: 32	Total memoria: 20
Tiempo copia: 3'33"	Tiempo memoria: 5'18"

# APÉNDICE C

---



# Programa

de

# Intervención Neuropsicológica

# en un caso de Crisis Uncinadas

En el presente programa se muestran las sesiones llevadas a cabo. Cada sesión incluye los objetivos, las actividades realizadas, las observaciones, y una hoja de evaluación diaria.

Esta evaluación diaria incluye una escala que indica el funcionamiento de ME durante la sesión y se presenta como sigue:

Desempeño al <b>inicio</b> de la sesión	-----
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Desempeño <b>durante</b> la sesión	-----
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Desempeño al <b>final</b> de la sesión	-----
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Donde:

- 1 = No realiza la actividad.
- 2 = Difícilmente realiza la actividad.
- 3 = Requiere de bastantes apoyos para poder realizar la actividad.
- 4 = Requiere de algunos apoyos para realizar la actividad.
- 5 = Realiza la actividad con dificultades pero sin necesidad de apoyos.
- 6 = Realiza la actividad con dificultades pero requiere de bastante tiempo
- 7 = Realiza las actividades sin dificultades pero requiere bastante tiempo.
- 8 = Realiza las actividades sin dificultades significativas.
- 9 = Realiza las actividades con uno o dos fallos no significativos.
- 10 = Realiza las actividades sin ninguna dificultad.

También se incluye el grado de dificultad que ME refiere sobre los ejercicios con la siguiente escala:

Grado de dificultad	-----
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Esta escala que va del 1 al 10, toma en cuenta el primer número como el grado más fácil o sencillo y el 10, como el grado más difícil o complejo.

Sesión No. 1

Etapa: Psicoeducativa

Fecha: 16/febrero/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Presentar el programa de rehabilitación, explicar la finalidad y objetivos, identificar las áreas principales a trabajar y resolver dudas al respecto.
- Delimitar fechas y horarios en que se llevarán a cabo las sesiones.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Presentación del programa de rehabilitación. Conocer el plan de trabajo para la intervención.	Se mostró el programa de intervención, con la finalidad de que conozca las áreas cognitivas en las que se trabajará, y se explicó que está integrado por 5 fases principales, se especificó en qué consiste cada una y la importancia del trabajo y la constancia en este programa de rehabilitación. Además de esto, se resolvieron dudas.	Presentación en Power Point con el plan de trabajo. Hoja de auto-reporte Hoja de evaluación diaria.	Ninguna
Horarios y días.	Se establecieron los días de trabajo para la intervención, siendo éstos los martes y jueves en horario vespertino. Ocasionalmente serán por la mañana, dependiendo si existe alguna consulta en con otro servicio el C.M.N. 20 de Noviembre y aprovechar este permiso en su trabajo, para a trabajar la rehabilitación neuropsicológica.		
Hoja de auto-reporte	Se contestó un auto-reporte sobre la percepción de su estado emocional, cognitivo y social antes de iniciar con el programa para tener un punto de referencia.		

**OBSERVACIONES:**

Se presentó puntual a la cita, en buenas condiciones de higiene y aliño. Se mostró interesada por conocer más sobre el programa de rehabilitación y realizó preguntas sobre las dificultades que ella presenta en memoria, mismas que fueron aclaradas durante la sesión.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

FECHA: 16/febrero/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Psicoeducativa

No. de sesión: 1

¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño.	Buen nivel de alerta, focaliza y sostiene su atención.	Se mostró contenta de iniciar el programa de rehabilitación.

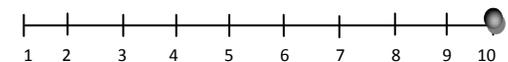
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



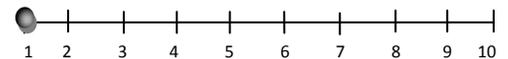
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No se realizó ningún ejercicio el día de hoy.	No se realizó ningún ejercicio el día de hoy.	No se realizó ningún ejercicio el día de hoy.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

No se realizaron ejercicios, solamente se mostró el plan de trabajo en el programa de rehabilitación. Se observó bastante interesada en conocer más sobre el funcionamiento cognitivo, específicamente sobre la memoria, por lo que hizo varias preguntas al respecto. Al finalizar la sesión, refiere sentirse entusiasmada por esta intervención que inicia y que considera de gran apoyo para su funcionamiento en la vida cotidiana.

Sesión No. 2  
 Etapa: Área emocional  
 Fecha: 18/febrero/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

Disminuir el nivel de estrés que presenta ante la confrontación con las limitaciones cognitivas y evitar, en el mayor grado posible, que esta situación influya negativamente en su funcionamiento cognitivo.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Técnica de relajación y respiración.	Se enseñó la <i>Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson</i> , que consiste en tensar deliberadamente los músculos que se estresan en una situación de ansiedad o estrés para posteriormente relajarlos de manera consciente.  También se trabajó en la respiración como medio de relajación, siendo ésta lenta y profunda.	Consultorio (sin interrupciones) Música tranquila (instrumental). Silla cómoda. Hoja de evaluación diaria del programa de rehabilitación.	Se solicitó que este ejercicio lo practique de una manera constante en casa (con o sin música), de esta manera le será más fácil tener una generalización a su vida cotidiana principalmente cuando se sienta confrontada ante situaciones que se le dificulten.

**OBSERVACIONES:**

ME acudió en buenas condiciones de higiene, en un estado de alerta adecuado, se mostró cooperadora ante el ejercicio relajación.  
Refirió sentirse más descansada al finalizar la sesión.

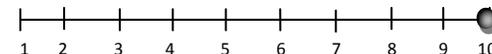
**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 18/febrero/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Área emocional No. de sesión: 2

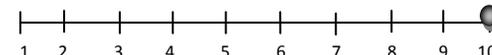
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buenas condiciones de higiene y aliño.	Buen nivel de alerta, focaliza y sostiene su atención durante toda la sesión.	Refiere sentirse un poco cansada al inicio de la sesión, sin embargo, no imposibilita que se lleve a cabo.

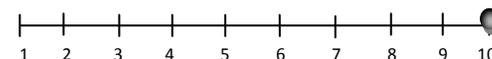
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



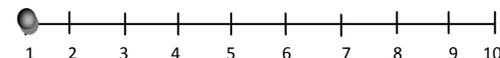
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No presentó ninguna dificultad para realizar los ejercicios de respiración y relajación.	No se observaron dificultades.	Bastante cooperadora. Refiere que anteriormente había practicado algunos ejercicios de relajación, por lo que se le facilita poder realizarlos.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

ME refiere que le falta saber cómo aplicar los ejercicios de relajación ante situaciones de la vida cotidiana para evitar el estado de estrés ante la confrontación con sus dificultades cognitivas, por lo que se trabajará en éste aspecto más adelante.

Sesión No. 3

Etapa: Área emocional y ejercicios iniciales

Fecha: 23/febrero/2010

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Continuar con ejercicios de relajación utilizando estrategias de imaginación ante situaciones de la vida cotidiana para lograr la generalización de esta técnica a su vida cotidiana.
- Iniciar con ejercicios sencillos para lograr un buen apego al programa de rehabilitación.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Psicoeducación	Explicar qué es la atención y la finalidad de los ejercicios en esta área.	Presentación en power point con la exposición sobre atención.	Continuar practicando los ejercicios de relajación y respiración en su vida cotidiana, principalmente cuando se le presenten situaciones de estrés.
Atención auditiva	Escuchar diferentes sonidos para reconocerlos.	Disco con diferentes sonidos. Computadora. Papel para anotaciones.	
Estrategia de relajación (generalización a eventos).	A través de la técnica guiada de imaginación, poner en práctica las estrategias de relajación y respiración aplicadas a situaciones de la vida cotidiana, con el objetivo de estimular la generalización de las mismas.	Hoja con dibujos similares. Hoja de Evaluación Diaria.	Escuchar las piezas musicales que a ella le gustan y/o que cantaba en el coro, en donde tendrá que identificar los diferentes instrumentos que componen la pieza.
Atención visual.	Encontrar diferencias entre dos dibujos con características similares.		

OBSERVACIONES:

El día de hoy se presentó 20 minutos tarde a la sesión debido a que salió tarde de su trabajo, sin embargo, se mostró cooperadora a los ejercicios. Estuvo bastante interesada en la explicación sobre la atención e hizo algunas preguntas sobre los diferentes tipos de atención. Buen estado de higiene y aliño, con buen estado de alerta. Debido a que sus actividades actualmente se limitan al trabajo y a las tareas del hogar, se le motivó para que realice más actividades sociales como hablar por teléfono con sus amigos, ir al teatro o algún concierto o platicar más con la familia.

EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

NOMBRE: MEGV

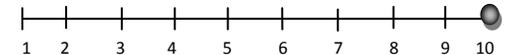
FECHA: 23/febrero/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Área emocional/ ejercicios iniciales No. de sesión: 3

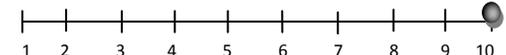
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
El día de hoy se presentó con buen estado de higiene y aliño.	Buen nivel de alerta, focaliza y sostiene su atención.	Se observa con buen ánimo, y refiere estar emocionada por el programa de intervención, ya que le ayudará a mejorar su desempeño.

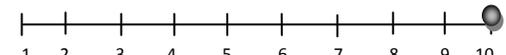
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



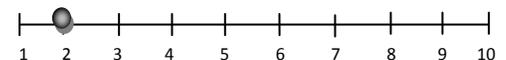
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Al igual que en la sesión anterior, no presentó problemas en los ejercicios de respiración y relajación. Tampoco mostró dificultades para encontrar las diferencias entre dos objetos.	No se realizó ningún ejercicio donde muestre dificultades.	Bastante cooperadora. Mostro buena ejecución en todos los ejercicios.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



OBSERVACIONES:

Señala que los ejercicios del día de hoy le parecieron bastante sencillos y refiere que fueron de su agrado.

Sesión No. 4

Etapa: Edo. Emocional y ejercicios iniciales

Fecha: 26/febrero/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Continuar con ejercicios de relajación utilizando estrategias de imaginación ante situaciones de la vida cotidiana para lograr la generalización de esta técnica a su vida cotidiana.
- Seguir con ejercicios sencillos.
- Trabajar la jerarquización y organización de la información al tomar notas.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Búsqueda de un elemento.	Encontrar la letra que es diferente (I) en un cuadro con letras L.	Hoja con letras L.	Se le pidió que cree estrategias propias para tomar notas, porque en la siguiente sesión se realizará un ejercicio práctico.
Estrategia de relajación (generalización a eventos).	Se continuará con la técnica de imaginación, sobre situaciones de la vida cotidiana que provoquen estrés, para lograr una generalización de las estrategias de relajación a su vida cotidiana.	Presentación en power point con las figuras geométricas. Hoja con varios elementos repetidos.	
Go – no go	Se muestra una presentación con figuras geométricas rellenas de colores que irán cambiando cada 2 segundos, los ejercicios serán los siguientes: 1. Dar un golpe cuando aparezca un cuadro color verde. 2. Dar un golpe con mano derecha cuando aparezca una figura amarilla y con la izquierda con una figura roja. 3. Dar un golpe cuando aparezca un cuadrado azul precedido por un cuadrado verde.	Presentación con una exposición sobre epilepsia. Video sobre basket ball. Computadora. Lápices.	
Encontrar un elemento.	Encontrar elemento no repetido en un dibujo con varios elementos.	Hoja de Evaluación Diaria.	
Tomar notas	Esta actividad consistió en explicarle la importancia de jerarquizar la información más relevante en una conferencia, plática o sesión clínica con sus pacientes, para tomar nota de ello, y no perder el hilo del tema. Se vieron abreviaturas, utilización de elementos de relación y elementos de reducción de la información.		
Video	Se muestra un video con pases de un balón de basket ball, y tiene que contar cuantos pases da el equipo blanco.		

**OBSERVACIONES:**

No muestra dificultades en las actividades realizadas hasta el momento. Sin embargo, durante la conversación espontánea no recordó un par de datos, por lo que se estresó y en ese momento se indicó realizar el ejercicio de respiración.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

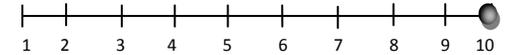
FECHA: 26/febrero/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Edo. Emocional y ejercicios iniciales No. de sesión: 4

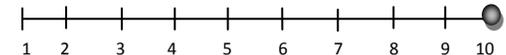
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Buen estado de higiene y aliño.	Buen nivel de alerta, aunque al finalizar la sesión refirió sentirse un poco cansada y en un par de ocasiones bostezó.	Se observa con buen ánimo, y refiere estar emocionada por el programa de intervención, ya que le ayudará a mejorar su desempeño.

Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



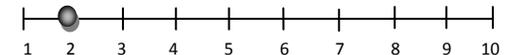
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
En los ejercicios de búsqueda de elementos no presenta ninguna dificultad, posee buenas estrategias de rastreo y logra alcanzar su objetivo. En cuanto a los ejercicios de "go- no go", logra sostener y focalizar su atención, así como recordar las instrucciones que se le dieron.	No se realizó ningún ejercicio donde muestre dificultades.	Al preguntarle sobre sus técnicas de tomar notas, refiere algunas estrategias para ser funcional, sin embargo, pierde muchos elementos, por lo que se insistió en crear más estrategias de abreviaturas, símbolos, asociaciones, etc.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

Refiere que las estrategias de tomar notas le serán muy útiles en su vida cotidiana, tanto en conferencias, cursos de actualización e incluso en las sesiones con sus propios pacientes.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Poner en práctica, en una situación real, las habilidades revisadas la sesión anterior sobre la forma de tomar notas para no perder la secuencia de una conferencia, una plática o una sesión con sus pacientes.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de la sesión anterior.	Se hizo una revisión sobre las estrategias que se pueden utilizar para tomar anotaciones mientras se pone atención a una conferencia, una plática o un paciente (abreviaturas, signos de relación, etc).	Presentación en power point sobre el tema de epilepsia. Computadora. Hojas blancas. Pluma.	Seguir pensando y poniendo en práctica estrategias para tomar notas.
Actividad lúdica: encontrar la palabra.	Este ejercicio consistió en decir una palabra y con la última sílaba de ésta, se tenía que encontrar otra palabra que comience con esas letras y así sucesivamente. Esta actividad está enfocada principalmente a estimular la velocidad del procesamiento de la información.	Hoja de Evaluación Diaria.	A partir de la organización de las notas tomadas en esta sesión, se le pidió que en casa escriba todo lo que recuerde de esta información, tratando de visualizar sus notas.
Ejercicio práctico: Tomar notas	Se realizó una exposición por parte de la rehabilitadora sobre el tema de epilepsia, en donde mientras se exponía, la paciente tenía que tomar notas de las ideas principales, sin perder el hilo de la plática.  Al finalizar, se hizo una revisión sobre sus anotaciones y se realizaron observaciones sobre otras estrategias que puede utilizar para agilizar este proceso sin perder la secuencia de la exposición. Se enfatizó que las notas deben ser organizadas para que visualmente sea fácil ubicar los datos y además, facilite de esta manera el almacenamiento y recuperación de la información.		Se le pidió que hiciera una lista de lugares que ha visitado (tanto nacionales como extranjeros), para próximamente trabajar con esta información la memoria remota.

**OBSERVACIONES:**

Se mostró bastante interesada por seguir aprendiendo más técnicas para tomar notas y ponerlas en práctica en su vida cotidiana. Ella refirió "si yo hubiera sabido esto antes, me hubiera ido mejor en muchas cosas" (sic paciente).

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

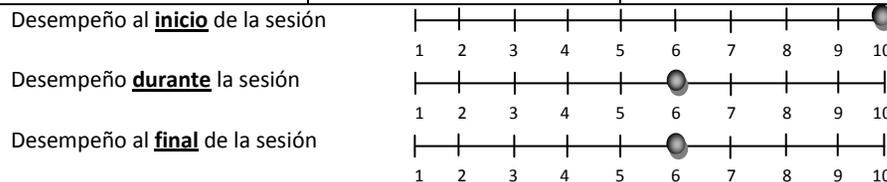
NOMBRE: MEGV

FECHA: 02/marzo/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Psicoeducación y ejercicios iniciales No. de sesión: 5

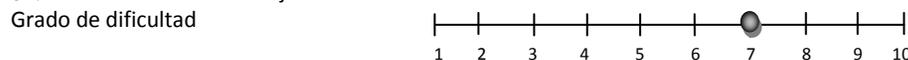
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño, con buena expresión facial.	Presentó buen nivel de alerta durante toda la sesión, pudo focalizar y sostener su atención durante todos los ejercicios.	Se muestra muy emocionada y contenta por aprender estrategias prácticas que le ayudan todos los días con las anotaciones que tiene que hacer.



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No tuvo dificultad para recordar las actividades realizadas la sesión pasada y también lo hizo para las estrategias establecidas para tomar anotaciones.	Tomo bastante tiempo en el ejercicio de dar una palabra que inicie con la terminación de otra, aunque finalmente lo logró hacer. Se le dificultó tomar anotaciones de la exposición realizada, ya que todavía son bastante extensas y pierde la secuencia de la plática. Al final se realizó un repaso general de la exposición para evaluar el recuerdo posteriormente.	Se deberá seguir trabajando las estrategias para tomar notas, para que se le facilite seguir la secuencia de una exposición, sin embargo, ha tenido avances en esta área en cuanto la síntesis de la información.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?



www

**OBSERVACIONES:**

Ella misma refiere sentirse entusiasmada por el hecho de aprender cosas que le ayuden a mejorar su desempeño en la vida cotidiana.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Repasar las actividades realizadas y retomar las habilidades adquiridas para tomar notas.
- Realizar un ejercicio de memorización de instrucciones.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Recuerdo de la sesión pasada.	Se realizó una recapitulación de las actividades realizadas la sesión pasada, con el fin de retomar las estrategias aprendidas y hacer un resumen. Se estresó al no haber podido recordar las notas de la exposición de la sesión pasada. No recordó realizar la tarea sobre apuntar los lugares que ha visitado durante su vida.	Video sobre la epilepsia (Sociedad Española de Neurología). Computadora. Hoja de Evaluación Diaria.	Se le sugirió que continúe realizando los ejercicios de relajación tanto en su casa como durante las actividades que le generan más estrés.
Repaso de las actividades realizadas hasta la fecha.	Se hizo una revisión general sobre todas las sesiones llevadas a cabo, con las actividades más sencillas y las que presentan mayores dificultades. Se concluyó que éstas últimas son las que están relacionadas directamente con el área de memoria.		Se volvió a solicitar la tarea sobre apuntar los lugares que ha visitado durante su vida.
Tachar números	Se presentará dos hojas con números organizados en renglones sin que éstos se presenten necesariamente en un orden consecutivo, en donde se le pedirá que realice las siguientes actividades: 1. Tache los números impares. 2. Encierre en un círculo el número 3. 3. Tache el número 7 en los renglones impares y el número 2 en los pares. 4. Tache los números impares en las líneas impares y los números pares en las pares.		
Video	Se presentó un video (realizado por la Sociedad Española de Neurología) con información sobre la epilepsia, en donde ella tuvo que escuchar con atención, no perderse en el tema y al finalizar, se comentó como se había sentido.		
Área emocional	Al finalizar la actividad anterior, abordamos el área emocional debido a que se mostró muy estresada por no recordar las notas de la exposición de la sesión anterior, y platicamos sobre cómo se ha sentido con respecto a las actividades realizadas y con las dificultades que ha tenido en su vida cotidiana. Se dio apoyo emocional.		

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

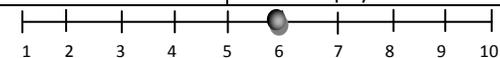
FECHA: 04/marzo/2010

ETAPA: Memoria (almacenamiento): organización de información No. de sesión: 6

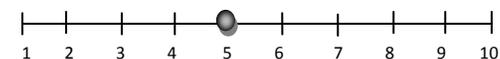
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
El día de hoy se presenta en adecuadas condiciones de higiene. Llegó 15 minutos tarde y su apariencia fue de estar apurada por esta situación.	Su atención fue fluctuante porque estaba esperando una llamada importante y en ocasiones tuvo que revisar su teléfono.	Hoy se muestra particularmente estresada ante la confrontación con sus limitaciones cognitivas. Estuvo llorando mientras se le dio el apoyo emocional.

Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



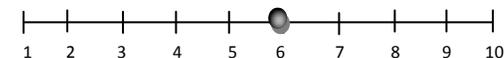
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No tuvo dificultad para realizar un repaso de los ejercicios vistos la sesión pasada, para recordar las estrategias aprendidas. No mostró dificultades para mantener una instrucción de dos comandos para ejecutar el tachado de números.	Lo que mayormente se le dificultó fue recordar las notas tomadas la sesión anterior ante una exposición dada, por lo cual, se sintió bastante estresada.	Su ejecución se vio grandemente influida por el estado emocional que ella presentó, por lo que esta sesión se tuvo que dar apoyo emocional.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

Hoy se sintió muy estresada ante la confrontación con sus dificultades cognitivas, por lo que durante la sesión rompió en llanto. Se dio apoyo emocional y al finalizar la sesión ella refiere haberse sentido mucho más tranquila.

Sesión No. 7

Etapa: Memoria (almacenamiento): organización de información

Fecha: 09/marzo/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Continuar con la puesta en marcha de estrategias para tomar notas durante una exposición.
- Trabajar ejercicios que involucren el proceso de memoria.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Encontrar una palabra.	Este ejercicio consistió en decir una palabra y con la última sílaba de ésta, se tenía que encontrar otra palabra que comience con esas letras y así sucesivamente.	Fábula de Esopo Artículo científico Hojas blancas	Realizar un resumen o esquema sobre el artículo
Contar letras	Se leyó una fábula de Esopo, en donde ella tenía que poner atención para contar las letras "A" que había en la narración. Posteriormente se leyó nuevamente la misma fábula, pero ahora para atender a la idea general del relato y poder reproducirlo ella sola.	Lápiz Hoja de evaluación diaria	revisado, escribiendo todo lo que recuerde de manera que sea visualmente atractivo para que pueda ser fácilmente almacenada y recuperada esta información.
Recordar exposición	Se le pidió que recordara todo lo posible sobre la exposición vista en la sesión 5.		
Lectura del resumen de un artículo	Se leyó un resumen de un artículo científico, en donde la paciente tuvo que poner atención a esto y tomar notas importantes sobre el tema. Se realizaron preguntas sobre dudas acerca de este artículo. Posteriormente, se tuvo que explicar el artículo con detenimiento para que pudiera recordarlo y tomar las notas faltantes del mismo.		

**OBSERVACIONES:**

Cuando se realizó la lectura del artículo científico, la paciente únicamente logró anotar la idea del 30% del contenido, a partir de ello, se perdió en la información, por lo que se tuvo que explicar el artículo nuevamente y luego, ella comentó sobre lo que había entendido y la mayor cantidad de información que recordara sobre ello, lo cual facilitó la organización de los datos para su mejor almacenamiento.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

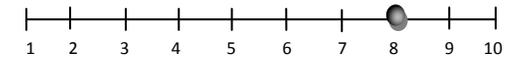
FECHA: 09/marzo/2010

ETAPA: Memoria (almacenamiento): organización de información No. de sesión: 7

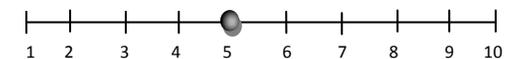
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño, tranquila, cooperadora y con buena expresión facial.	Inició y finalizó con buen estado de alerta y pudo sostener su atención durante toda la sesión sin dificultades.	El día de hoy se muestra tranquila y animada con los ejercicios. Refiere sentirse muy bien anímicamente.

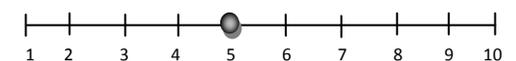
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



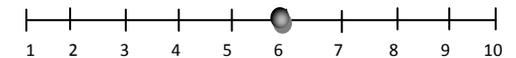
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Ella refiere que ha estado practicando el ejercicio de encontrar una palabra con la terminación de otra, por lo que muestra avances en cuanto a la velocidad de procesamiento, ya que ya que el tiempo de ejecución empleado para encontrar las palabras adecuadas ha disminuido.	Continúa con dificultades para tomar apuntes mientras se da una explicación sobre un tema y recordarlo posteriormente, sin embargo, cuando se explica más detenidamente esto, puede hacerlo sin dificultad.	Hace falta trabajar más sobre el tomar notas o apuntes, ya que esto es una tarea que realiza de manera cotidiana y también sirve de base para la organización de la información a memorizar.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

El día de hoy estuvo bastante tranquila ante todos los ejercicios, sin embargo, continúa presentando dificultades para tomar notas y apuntes, por lo que se continuará trabajando en esta área para utilizarla como apoyo en la organización de la información en la etapa de almacenamiento y recuperación.

Sesión No. 8  
 Etapa: Intervención con familia  
 Fecha: 11/marzo/2010

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 11/marzo/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Intervención en la familia No. de sesión: 8

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**  
 - Intervenir en la familia para brindar un apoyo tanto emocional como cognitivo a la paciente, a través de estrategias sugeridas a la hermana.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Etapa psicoeducativa y enseñanza de estrategias de apoyo.	<p>El día de hoy se llevó a cabo la sesión con la hermana de la paciente, a quien se le explicó sobre lo que es la epilepsia, los tipos de epilepsia, así como las alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales que pueden presentarse cuando se presenta este padecimiento.</p> <p>También le informó sobre lo que son las crisis uncinadas, las manifestaciones de este tipo de epilepsia y las repercusiones en el área cognitiva y emocional que puede existir, así como las características que la paciente presenta.</p> <p>Se le explicó sobre lo que es la neuropsicología y las áreas que engloba, así como sobre lo que es un programa de intervención, en qué consiste, los objetivos y las áreas a trabajar con la paciente.</p> <p>Se le pidió apoyo para llevar a cabo este programa, principalmente en dos grandes puntos, el primero, en el área emocional, para estar cerca de la paciente, platicar más con ella, interesarse por sus cosas, darle confianza para platicar, entre otras cosas. El segundo punto engloba principalmente el apoyo en el área cognitiva, sobre todo en cuanto a la memoria remota, se le explicó que se trabajará sobre una historia de vida y la paciente realizará una línea del tiempo sobre los acontecimientos más importantes, sin embargo, la hermana intervendrá cuando haya dificultades para recordar fechas, nombres o lugares, brindando en primer lugar información muy general e ir paulatinamente dando más información hasta que la paciente logre el recuerdo de dicha información.</p>	Ninguno.	Ninguna.

**OBSERVACIONES DE LA SESIÓN CON LA HERMANA DE LA PACIENTE:**

El día de hoy se realizó una plática con la hermana de la paciente, quien es la persona que vive con ella, para explicar sobre la epilepsia, las manifestaciones cognitivas, conductuales y emocionales, así como las características que su hermana presenta.

El principal objetivo del día de hoy fue solicitar apoyo de parte de ella tanto en el área emocional como cognitiva para brindar herramientas en casa que le sean útiles a su hermana en el proceso de rehabilitación neuropsicológica.

La hermana se presentó en buenas condiciones de higiene y aliño, se mostró muy interesada ante el tema de la epilepsia e incluso hizo varias preguntas para resolver dudas.

Se mostró también muy cooperadora para apoyar el programa de rehabilitación e incluso dispuesta a realizar las estrategias de recuperación de la información para su hermana.

**OBSERVACIONES:**  
 La hermana se presentó en buenas condiciones de higiene y aliño, se mostró muy interesada ante el tema de la epilepsia e incluso hizo varias preguntas para resolver dudas.  
 Se mostró también muy cooperadora para apoyar el programa de rehabilitación e incluso dispuesta a realizar las estrategias de recuperación de la información para su hermana.

Sesión No. 9  
 Etapa: Mnemotecnia: Visualización  
 Fecha: 16/marzo/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Enseñar qué son las estrategias mnemotécnicas.
- Conocer y aplicar la técnica de visualización para el almacenamiento y evocación de la información.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de la actividad para casa	Se realizó la revisión de la actividad para casa sobre hacer un resumen del artículo científico revisado, a partir de lo que ella recuerde, mediante la cual obtuvo una mejor organización de la información. Ella refirió no haber leído sus notas desde que las realizó, por lo que se le preguntó qué es lo que recuerda sobre ese artículo y explicó toda la información importante del artículo científico.	Presentación en power point con descripción de las estrategias mnemotécnicas, la técnica de visualización y las 15 imágenes de objetos para recordar.	Ella se encuentra en constante contacto con personas diariamente, por lo cual se le pidió que cuando vea un paciente o hable con algún compañero de trabajo ponga especial atención a su aspecto físico, de manera tal que posterior a ello pueda hacer una descripción, lo más detalladamente posible.
Recordar exposición	Se le pidió que recordara la mayor información posible sobre la exposición vista en la sesión 5.	Computadora Hoja de evaluación diaria.	También se le pidió que cuando vaya al supermercado, visualice los objetos que debe comprar o el lugar por donde debe pasar para verlos. De esta manera, no tendrá que revisar su lista de compras.
Estrategia mnemotécnica: Visualización	A través de una presentación en power point, se le enseñó que son las estrategias mnemotécnicas y para qué pueden servir durante el almacenamiento y recuperación de la información. El día de hoy abordamos la estrategia de visualización, la cual también se le explicó en qué consiste y se resolvieron dudas. También se señaló que cuando las imágenes tienen un contenido emocional, se recuerdan más fácilmente (como imágenes graciosas).		
Ejercicio sobre visualización	Se le describió una imagen graciosa con varios objetos apilados, en donde ella tenía que visualizarla. Posterior a ello, se le preguntó qué era lo que recordaba de esa imagen.		
Aprendizaje de palabras por medio de la visualización	Se le pasaron diapositivas con 15 imágenes de palabras que debía aprenderse, por lo que recibió el estímulo auditivo (palabras) y visual (imágenes). Al finalizar se le pidió que recordara las imágenes que se le habían presentado y dijera el nombre de las palabras.		

**OBSERVACIONES:**

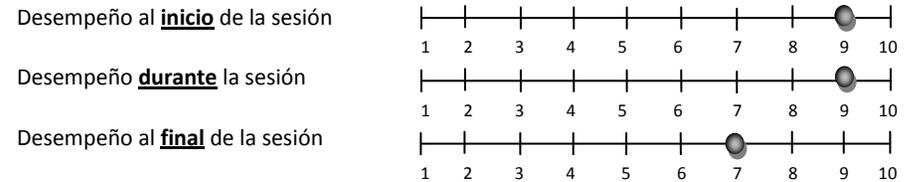
Mostró un buen almacenamiento y evocación de la información cuando ésta la organizó en las notas que tomó a partir de la exposición de un artículo científico.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 16/marzo/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Mnemotecnia: Visualización No. de sesión: 9

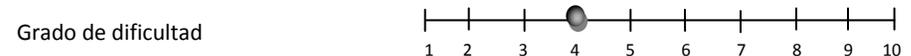
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con un buen estado de higiene y aliño, se mostró un poco cansada por las actividades del trabajo, sin embargo, no fue dificultad para trabajar la sesión de hoy.	Pudo sostener su atención durante toda la sesión de rehabilitación, sin embargo, al finalizar refirió sentirse un poco cansada.	Hoy se encontró un poco preocupada por el estado de salud de su mamá debido a que en estos últimos días ha tenido algunas dificultades.



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Recordó con facilidad el material revisado la sesión pasada sobre un artículo científico, lo que está relacionado a la organización del material en los apuntes que tomó.	Muestra algunas dificultades para evocar el material aprendido con la técnica de visualización, aunque con ayudas semánticas puede recuperar esa información sin dificultad.	La organización de la información constituye una herramienta importante para ella como apoyo al almacenamiento y recuperación de la información.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?



**OBSERVACIONES:**

Se encontró algo preocupada por el estado de salud de su mamá, sin embargo, se mostró tranquila y cooperadora durante la sesión de rehabilitación. Señala que la técnica de visualización es una estrategia que le facilita el aprendizaje verbal.

Sesión No. 10

Etapa: Memoria reciente y remota

Fecha: 23/marzo/2010

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Continuar con las estrategias de organización de la información para mejorar el aprendizaje y recuerdo de la información.

- Iniciar a trabajar con memoria remota a través de la historia de vida.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de actividad para casa	Se revisó sobre la actividad de observar a las personas u objetos, y posteriormente intentar recordar la ropa que llevaban o la descripción de los mismos. Señala algunas dificultades para recordar estos datos.	Cuadros con foami de diferentes colores.	Continuar con el ejercicio de la sesión pasada sobre poner atención a personas u objetos para poder recordar la manera de vestir o detalles sobre la información visual.
Recordando colores	Se le presentaron cuadros de foami de diferentes colores, en primer lugar únicamente dos y luego tres y se fue incrementando el número hasta llegar a cinco. Ella tenía que aprenderse el orden de dichos colores con la técnica de visualización.	Hoja con ejemplos de esquemas. Texto para subrayar y hacer esquema.	
Apoyo emocional	Al ver sus confrontaciones cognitivas, comenzó a llorar, por lo que se suspendió la actividad anterior y se dio apoyo en el área emocional y se utilizaron técnicas cognitivas conductuales, así como ejercicios de relajación y respiración. Luego se continuó con otras actividades.	Fotografías de su vida. Carpeta para realizar la historia de vida.	
Esquemas	Se revisaron algunos tipos de esquemas y mapas conceptuales para la organización de la información. Posterior a ello, se realizó un ejercicio práctico, en donde ella tuvo que leer un texto corto, subrayar la información más relevante y luego hacer un esquema de lo mismo. Posterior a ello, se le pidió que recuerde la mayor información posible del texto que se leyó.	Hoja de evaluación de la sesión.	Se continuará la realización de la historia de vida en casa a partir de sus fotografías y más material que tenga.
Técnica de historia de vida (memoria remota)	A partir de las fotografías que llevó hoy a la sesión, se inició la construcción de su historia de vida, es decir, en una carpeta irá describiendo cada uno de sus viajes y sus eventos importantes (como cuando estuvo en la facultad o en el coro, etc.) e irá ordenándolos de manera temporal, de manera tal que tengan una secuencia. Este ejercicio se llevará a cabo durante todo el programa de rehabilitación y periódicamente se revisará en las sesiones.		

OBSERVACIONES:

Se presentó a la sesión con buen estado de ánimo, sin embargo, durante la sesión, al verse confrontada con algunas limitaciones en la memoria, comenzó a llorar, por lo que se suspendió la sesión en ese momento para dar apoyo en el área emocional y posteriormente se retomaron las actividades.

EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

NOMBRE: MEGV

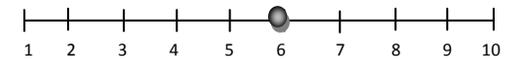
FECHA: 23/marzo/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: memoria reciente y remota No. de sesión: 10

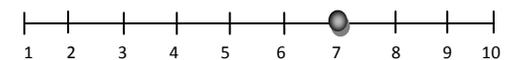
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con un buen estado de higiene y aliño, hoy no se mostró cansada por el trabajo.	No tuvo dificultades para atender a la información presentada, ni para sostenerla en toda la sesión.	El día de hoy se mostró particularmente sensible ante la confrontación con ejercicios de memoria, soltando el llanto durante una actividad que requería el recuerdo de material visual.

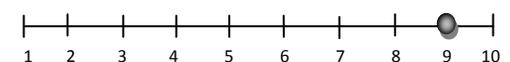
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión

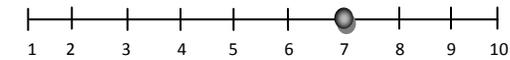


Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Hoy recordó con facilidad la información sobre las fotografías que llevó a la sesión, brindando nombres de personas y lugares, por lo cual se le estimuló a que toda esta información la plasmara en su historia de vida.	Mostró dificultades para recordar la información sobre los estímulos visuales, sin embargo, se suspendió esta actividad para intervenir en el área emocional.	Se retomará el ejercicio sobre memoria visual realizado en esta sesión, y se continuará dando estrategias de organización de la información.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?



Grado de dificultad

OBSERVACIONES:

Se mostró particularmente sensible para realizar los ejercicios de memoria. Posterior al apoyo en el área emocional, se encontraba más tranquila, por lo que se pudo retomar la sesión de rehabilitación del día de hoy.

Sesión No. 11

Etapa: Mnemotecnia: esquemas y asociación

Fecha 26/marzo/2010

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Estimular la velocidad de procesamiento de la información, de manera que pueda dar respuestas adecuadas en el menor tiempo posible.
- Continuar practicando la realización de esquemas y mapas conceptuales, como apoyo para la organización de la información y estimular un mejor almacenamiento y recuperación de la información.
- Conocer la técnica de asociación.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Categorías	Esta actividad consistió en dar una categoría y se tiene que decir una palabra que forme parte de esta clase. Se incluyeron categorías diversas tanto de tipo general, como específicas a su profesión. Se describió que las respuestas deben ser dadas de manera correcta en el menor tiempo posible.	Lista con categorías. Historia de Hermann Hesse. Computadora Presentación en Power Point con la técnica de asociación. Papel Lápiz Hoja de Evaluación Diaria.	Se le pidió que siguiera trabajando en la realización de la historia de vida. Se especificó que cuando no recuerde algún dato o el año en donde sucedió algún acontecimiento, puede apoyarse con la ayuda de su hermana.
Revisión del ejercicio sobre la historia de vida.	Se comentó sobre los avances en su carpeta sobre la historia de su vida. Ella refiere que ha encontrado más material fotográfico que le puede servir como apoyo para recuperar más información.		
Técnica de realización de esquemas	Se leyó un pequeño cuento de Hermann Hesse, en donde ella tenía que realizar un esquema general de la historia que le permitiera recordarla. Posterior a ello, se le retiró de la vista el esquema que había realizado, y se le pidió que recordara toda la información posible.		
Técnica de asociación	Se le explicó en qué consiste la estrategia mnemotécnica de asociación de palabras y se resolvieron dudas. Se realizó un ejercicio práctico en donde se hizo la asociación de palabras que usualmente se utilizan en una lista del supermercado, con la finalidad de que esta técnica quedara clara. Finalmente se realizó un ejercicio donde se le dieron pares de palabras que tenía que asociar, luego se le preguntó únicamente por una de las palabras y ella tenía que recordar la otra palabra.		
Hoja de auto-reporte	Se contestó un auto-reporte sobre la percepción de su estado emocional, cognitivo y social.		

EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

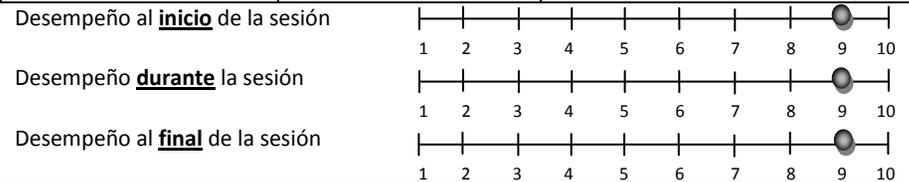
NOMBRE: MEGV

FECHA: 26/marzo/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Mnemotecnia: esquemas y asociación No. de Sesión: 11

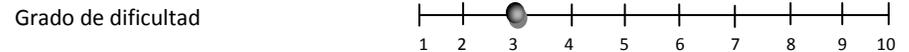
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño, se observó tranquila y con buena actitud en la sesión.	No presentó dificultad para sostener su atención. Buen estado de alerta.	Hoy se mostró emocionada ante la estrategia de la historia de vida, ya que ha recordado más información. También se mostró contenta ante el hecho de evocar información de los ejercicios de la sesión de hoy.



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
El observar las fotografías y material que tiene sobre su vida, le hace recordar más información sobre las personas, los hechos y los viajes realizados. Puede recordar con mayor facilidad la información almacenada a través de la organización de los datos y la realización de esquemas y mapas conceptuales.	Algunas dificultades que todavía presenta es la realización de esquemas, falta trabajar un poco más en la abreviación de la información importante para poder anotarla de manera eficiente y eficaz.	Se le insistió en que es importante comenzar a escribir la historia de su vida, para que quede plasmada ahí toda la información que vaya recuperando.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?



OBSERVACIONES:

Se mostró bastante cooperadora y emocionada por la realización de su historia de vida. Señala que ha recordado más información sobre su vida a través de esta técnica, sin embargo, no ha escrito todavía toda esta información en su carpeta, por lo que se le insiste en que comience a escribir estos datos. Se observa que la organización de la información y la realización de esquemas le ayudan para lograr un mejor almacenamiento y recuperación de la información.

Sesión No. 12

Etapa: Memoria (almacenamiento de la información)

Fecha: 30/marzo/2010

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Revisar el ejercicio visto la sesión anterior y observar si se conserva la información sobre el mismo.
- Trabajar con la categorización.
- Estimular la memoria visual

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Recordar la historia de la sesión pasada.	Se le preguntó sobre la historia revisada dos sesiones anteriores sobre la historia de Hermann Hesse, apoyándose en recordar también sus notas y esquemas.	Lámina con objetos. Hojas blancas. Lápiz. Hoja de Evaluación Diaria.	Utilizar las estrategias mnemotécnicas que se han visto en las sesiones, para recordar la lista de cosas a comprar en su próxima visita al supermercado.
Categorías	Se le dio una categoría y ella tenía que encontrar una palabra de esta categoría específica.		
Recordando objetos	Se le mostró una lámina con 10 objetos distribuidos en distintas posiciones en una lámina y se le pidió que elaborara una estrategia de aprendizaje de estos elementos para poder recordarlos. Posteriormente, se le preguntó sobre el número de objetos que había y que escribiera los mismos. Finalmente, se le pidió que en un recuadro, los escribiera en la posición de los mismos.		
Dar objetos para obtener una categoría	En este ejercicio, se le dio diversas palabras y ella tenía que encontrar a qué categoría pertenecen.		

OBSERVACIONES:

El día de hoy se mostró bastante cooperadora. Se observó que se refuerzan más las cosas para el almacenamiento de la información cuando realiza esquemas.

EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

NOMBRE: MEGV

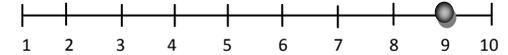
FECHA: 30/marzo/2009

ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria (almacenamiento de la información) No. de sesión: 12

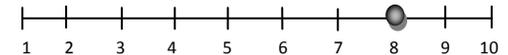
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
El día de hoy se presento con buen estado de higiene, sin embargo, se apreciaba un poco cansada, aunque esto no imposibilitó que la sesión se llevara a cabo.	Se mostró con buen nivel de alerta, sostuvo su atención durante toda la sesión, sin embargo, al finalizar ésta, bostezó un par de veces.	El día de hoy mostró llanto ante las actividades que implican el proceso de la memoria (confrontación ante sus dificultades).

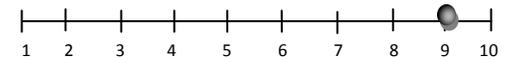
Desempeño al inicio de la sesión



Desempeño durante la sesión



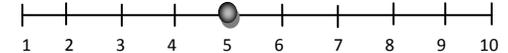
Desempeño al final de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Se le facilitó recordar la historia revisada la sesión anterior, a través de recordar sus apuntes y esquemas sobre la misma.	De 10 objetos presentados visualmente, logró recuperar 9. Sin embargo, cuando se le pidió que recordara su ubicación, puede evocar los 10.	Ella refiere que le gustaría seguir practicando este tipo de ejercicios.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



OBSERVACIONES:

Se aprecia que a través de la realización de esquemas se le facilita el almacenamiento y evocación de la información.

Sesión No. 13

Etapa: Mnemotecnia: categorización de la información

Fecha: 02/abril/2010

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Revisar el nivel de generalización de las estrategias mnemotécnicas a la vida cotidiana.
- Enseñar la técnica de categorización o clasificación.
- Realizar un repaso de las estrategias mnemotécnicas aprendidas.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de la actividad para casa.	Se revisó la puesta en práctica de las estrategias mnemotécnicas para recordar una lista de objetos a comprar en el supermercado. Ella refiere que utilizó la técnica de visualización y asociación, imaginándose un pastel revuelto de cosas. Esto funcionó para recordar 7 objetos, sin embargo, olvidó 2 cosas.	Lista de palabras para recordar. Hojas blancas. Lápiz. Hoja de Evaluación Diaria.	Se le pidió que viera una noticia o un documental sobre el tema de su preferencia, posteriormente que realice un esquema sobre este programa, incluyendo las ideas principales y las secundarias. Para ello, se elaboró un cuadernillo de ejercicios y uno de ellos es el registro de la información de esta noticia.
Dar categorías	Se le dio una palabra y ella tenía que encontrar la categoría en el menor tiempo posible.		
Recordar información	Se le pidió que recordara toda la información posible sobre la exposición vista en la sesión 5.		
Técnica de categorización	Se le enseñó la técnica de categorización o clasificación de la información. Se realizó un ejercicio en donde se le presentaron 9 palabras para recordar, de las cuales solamente recuperó 7. Posteriormente se clasificaron en categorías y a partir de esto, pudo recuperar las 9 palabras.		
Repaso de las estrategias mnemotécnicas vistas hasta la fecha.	Se realizó una breve revisión de las estrategias aprendidas hasta la fecha. Refiere que las estrategias que más se le facilitan para recuperar la información son la asociación de la información y la visualización.		

EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

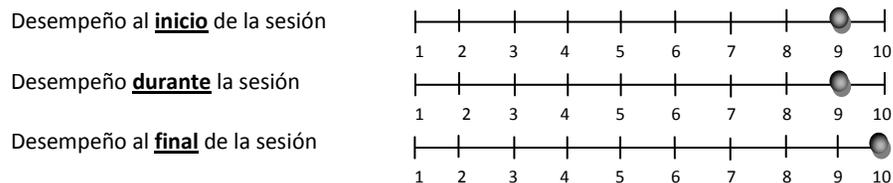
NOMBRE: MEGV

FECHA: 02/abril/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Mnemotecnia: categorización de la información No. de sesión: 13

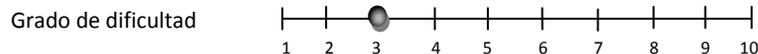
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño. Con buen talante.	Ninguna dificultad	Buen estado de ánimo.



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Pudo aplicar las estrategias mnemotécnicas a su vida cotidiana para recordar la lista del supermercado. Se le facilitó la técnica de categorización para recuperar todos los elementos dados.	Se debe seguir trabajando en la generalización de las estrategias aprendidas, ya que le hicieron falta dos elementos de la lista del supermercado, sin embargo, pudo recordar 7 elementos a través de la técnica de visualización y asociación.	Se hizo una evaluación sobre las estrategias mnemotécnicas aprendidas hasta el día de hoy, refiriendo que son de utilidad, sin embargo, las que más se le facilitan son la técnica de visualización, organización de la información y la asociación, principalmente cuando son de tipo chuscos o extravagantes.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?



OBSERVACIONES:

No se aprecian dificultades significativas en la sesión de hoy. Se utilizarán las estrategias mnemotécnicas que más se le facilitan para propiciar la generalización a la vida diaria e incrementar su funcionalidad.

Sesión No. 14

Etapa: Mnemotecnia: historias encadenadas

Fecha: 06/abril/2010

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Estimular la memoria visual.
- Enseñar la estrategia de historias encadenadas.
- Realizar una evaluación general del programa de rehabilitación.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de la actividad para casa	Se revisó la actividad sobre ver una noticia y realizar un esquema. Se le preguntó por la información que recordó sobre esta noticia.	Cuadros con foami de diferentes colores y tamaños.	Continuar trabajando en la carpeta sobre su historia de vida.
Memoria visual	Se le mostraron varios cuadros del mismo tamaño con foami de diferentes colores, primero 3, luego 4 y finalmente 5 cuadros, en donde ella tenía que memorizar el orden de los colores y posteriormente mencionarlos. Después de esto, se agregó un cuadro de foami de tamaño grande y también se presentaron 5 cuadrados donde los tenía que memorizar y señalar el lugar de la figura de mayor tamaño.	Hojas blancas. Lápiz. Hoja de Evaluación Diaria.	
Técnica de historias encadenadas	Se le enseñó la técnica de historias encadenadas, enfatizando que éstas se recuerdan más fácilmente cuando tienen un componente chusco o extravagante. Se le dio un ejemplo de vinculación de palabras en un relato corto y gracioso.		
Ejercicio con historias encadenadas	Se le dio una lista de 7 palabras para que ella formara una historia a partir de éstas. Finalmente se le pidió que diera la historia y especificara cuáles son las palabras que se le dieron en un principio.		

OBSERVACIONES:

Refiere que los ejercicios que hemos realizado durante todas las sesiones de rehabilitación le han sido bastante útiles, sin embargo, señala que todavía hace falta trabajar más ejercicios que refuercen lo aprendido en su vida cotidiana.

EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

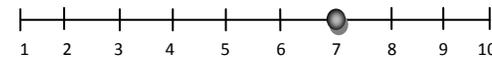
NOMBRE: MEGV FECHA: 06/abril/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Mnemotecnia: historias encadenadas No. de sesión: 14

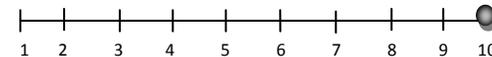
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Hoy se presentó con buen estado de higiene y aliño, sin embargo, se mostró cansada y refirió un leve dolor de espalda.	No presentó ninguna dificultad en el mantenimiento de la atención.	Se mostró con buen humor y estado emocional, sin embargo, se mostró un tanto preocupada por presentar dolor de espalda (lumbalgia).

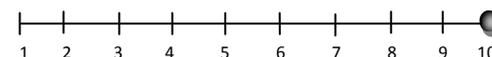
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



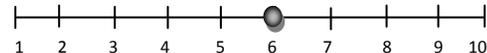
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No tuvo dificultad para recordar palabras a través de la técnica de asociación de palabras.	Tuvo algunas dificultades para recordar el orden de los colores con los cuadros con foami a partir de 5 elementos. Sin embargo, diseñó una estrategia de formar una palabra con las iniciales de cada color para poder recuperar el orden adecuado, lo cual funcionó de manera adecuada.	En la evaluación general del programa de rehabilitación, ella refiere sentirse satisfecha sobre las herramientas aprendidas, aunque refiere que todavía hace falta trabajar ejercicios, por lo que se acordó se trabajarían más ejercicios relacionados con su vida cotidiana.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



OBSERVACIONES:

La evaluación del programa de rehabilitación fue positiva y se hicieron sugerencias de trabajar más ejercicios como los visto hasta ahora. Se le propuso trabajar más ejercicios relacionados con el funcionamiento en su vida diaria.

Sesión No. 15

Etapa: Memoria a corto y largo plazo

Fecha: 08/abril/2010

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Recordar información a largo plazo.
- Aplicar el conocimiento aprendido a situaciones de la vida cotidiana, como lo es el recordar datos importantes de personas.
- Ejercitar la memoria visual, mientras se aplican estrategias de aprendizaje.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Apoyo emocional	Se dio apoyo en cuanto al área emocional debido a que el día de hoy llegó triste. Refiere que el día anterior había estado en urgencias por tener un dolor de espalda y no había recibido un trato adecuado.	Láminas con rostros de personas. Memorama. Hojas blancas.	Se le dejó como actividad para casa el ver otra noticia, e inmediatamente después realizar un esquema y organizar la información más relevante.
Recuerdo de la historia anterior	Sin haberle comentado que se le preguntaría esto, se le pidió que recordara la historia que se le había contado en la sesión 11 (13 días antes), utilizando las mismas estrategias que había usado para almacenar esta información, es decir, a través de la visualización y los esquemas realizados.	Hoja de Evaluación Diaria.	Se le sugirió que juegue memorama con su hermana y su mamá.
Recordando rostros	Este ejercicio tiene un corte ecológico importante, ya que es un ensayo conductual sobre ir a una fiesta y conocer a cuatro personas diferentes, se le mostró una lámina con los rostros de ellos, y se le dio información importante de cada uno, como sus nombres, edad, profesión y lo que les gusta realizar en sus tiempos libres. Se le indicó que debe aplicar alguna estrategia mnemotécnica para recordar esta información. Se dejó pasar un lapso de 30 minutos y se le mostró las láminas con los rostros de las personas y se le pidió que recordara esta información.		
Memorama	Se jugó con el memorama, de manera que ella era la única participante, para que de esta manera, se fuera enseñando cómo aplicar las estrategias enseñadas con anterioridad para recordar la información y lograr aparear el mayor número de elementos.		

OBSERVACIONES:

Hoy refirió sentirse triste, por lo que antes de iniciar la sesión se dio apoyo para que platicara la situación desagradable por la que había pasado el día anterior hasta que se tranquilizó. Antes de iniciar los ejercicios, se le preguntó si se sentía en buenas condiciones para seguir o si se cancelaba la reunión, ella pidió que se realizar la sesión ya que se encontraba más tranquila.

EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

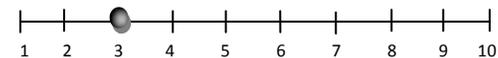
NOMBRE: MEGV FECHA: 08/abril/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria a corto y largo plazo No. de sesión: 15

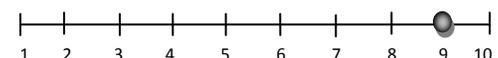
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buenas condiciones de higiene y aliño, sin embargo, se mostró algo cansada y refiere un leve dolor de espalda.	Al inicio de la sesión no se pudo focalizar en las tareas, debido a su estado emocional, por lo que se suspendió hasta que estuvo más tranquila.	Hoy llegó con sentimientos de tristeza debido a una experiencia desagradable que había tenido el día de hoy, llegando al llanto. Por lo que se inició la sesión del día de hoy con un apoyo emocional hasta que se encontró más tranquila para seguir con la sesión.

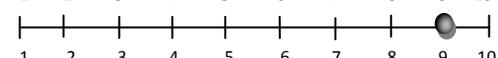
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



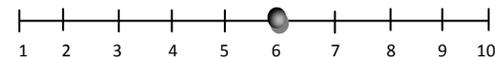
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Logró recordar una información a largo plazo, una historia que se le contó con 13 días de anterioridad y no perdió ninguna idea principal. También logró diseñar una estrategia práctica para aprenderse información importante sobre personas y recordar sus rostros.	Muestra algunas dificultades para la realización del memorama, confundiendo la ubicación de varias piezas.	Se sugiere continuar con la práctica del memorama. Ella también pide realizar más ejercicios del tipo de reconocimiento y recuerdo de personas.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



OBSERVACIONES:

A partir de la intervención en el área emocional ME se tranquilizó y se pudo continuar con la sesión del día de hoy.

Sesión No. 16  
 Etapa: Actividades de la vida cotidiana  
 Fecha: 10/abril/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Fomentar la generalización de las estrategias mnemotécnicas a situaciones de la vida cotidiana.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Ir al cine	<p>El día de hoy fuimos a ver una película al cine (The Blind Side), también nos acompañó la hermana.</p> <p>Esta actividad tuvo dos motivos principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fomentar actividades recreativas para la paciente y que además, pueda incrementar la socialización. Esto es debido al escaso tiempo que ella dedica para sí misma. También se toma en cuenta esta actividad para apoyar en el área emocional, ya que actividades fuera de su rutina le ayudan a disminuir el estrés.</li> <li>2. Apoyar la generalización de lo aprendido en las sesiones a su vida cotidiana y de esta manera pueda elaborar estrategias de almacenamiento de la información que le permitan un mejor recuerdo y evocación de eventos como lo es el caso de una película.</li> </ol>	Ninguno.	Ninguna.

**OBSERVACIONES:**

El día de hoy se presentó con muy buena actitud, se mostró contenta ante esta actividad.

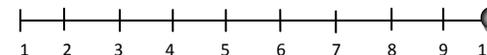
**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 10/abril/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Actividades de la vida cotidiana No. de sesión: 16

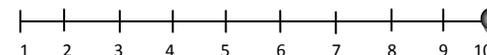
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Hoy se presentó con buen estado de higiene y aliño. Su expresión fue de alegría con respecto a la actividad del día de hoy.	Ninguna dificultad atencional fue observada.	Se mostró muy contenta de que en la sesión del día de hoy se llevara a cabo una actividad que refiere tiene un par de años que no realiza, el ir al cine a ver una película.

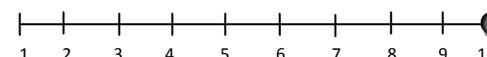
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



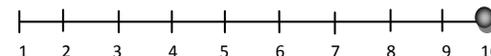
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No se realizaron ejercicios el día de hoy.	No se realizaron ejercicios el día de hoy.	Ninguna.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

El día de hoy se mostró particularmente contenta por la actividad de ir al cine, por lo que estuvo tranquila y con buen estado de ánimo. Sin embargo, hubo un evento en donde no recordó donde había anotado la clave de reservación de los boletos, por lo que su estrés aumentó en ese momento, pero sirvió de ejemplo para poder aplicar estrategias de respiración y relajación a situaciones diarias.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Retomar la técnica de clasificación de la información como base para la recuperación de datos.
- Trabajar con actividades de su vida cotidiana: los medicamentos.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de actividades para casa	Se revisaron las dos actividades que la sesión pasada se dio para casa, en donde jugó memorama con su mamá. También se le preguntó por las anotaciones sobre la noticia que vio, sin embargo, hubo una confusión y ella anotó lo que recordó de información sobre la noticia que revisó en la sesión 13 (30 de marzo). Lo que se observa es que ella recuperó la gran mayoría de la información almacenada.	Cartas. Tarjetas con la clasificación de los medicamentos. Hoja de evaluación de la sesión.	Se le dio las tarjetas con la clasificación de los medicamentos para que pueda trabajar este ejercicio en casa, que consiste en recordar nombres de medicamentos (marcas comerciales o sustancias activas) de cada uno. Se continuará trabajando este ejercicio en próximas sesiones.
Apoyo área recreativa	Se platicó con ella sobre las actividades que realiza actualmente y se le sugirió incrementar las actividades recreativas y sociales, ya que éstas son mínimas, de esta manera, también pueda disminuir el estrés que presenta ante sus dificultades cognitivas y la dinámica familiar.		
Manotazo	Se trabajó con un mazo de cartas revuelto y verbalmente se dicen en orden mientras se destapa de una por una. Cuando coincida la carta con el orden hablado, se pondrá la mano encima de las cartas, la última persona en darse cuenta de esto, se lleva las cartas y se sigue el juego hasta que se terminan las cartas del mazo.		
Retomar la estrategia de categorización para la evocación.	Se le explicó el proceso de la evocación de la información a través de la categorización semántica y la importancia de un correcto almacenamiento de los datos para mejorar esta recuperación de la información. Se resolvieron dudas.		
Medicamentos	Se le mostró la categorización de medicamentos según la acción terapéutica (dividido en sistemas y dentro de cada sistema del cuerpo humano, una subclasificación según la acción terapéutica del medicamento). Esto, para recordar de manera general la clasificación, a partir de esto, se trabajará más adelante sobre medicamentos específicos de cada área.		

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

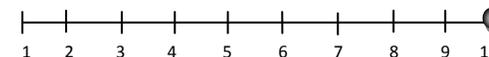
FECHA: 14/abril/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria (almacenamiento y evocación) No. de sesión: 17

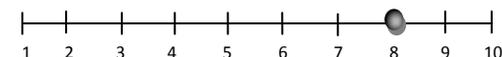
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene, sin embargo, llegó 15 minutos tarde a la sesión, por lo que se veía apurada por trabajar. Debido a esto, se le tranquilizó antes de iniciar la sesión.	Al finalizar la sesión, mostró dificultad para focalizar su atención, debido a que presentaba cansancio; refiere que tuvo un día muy ocupado.	Se mostró tranquila y cooperadora.

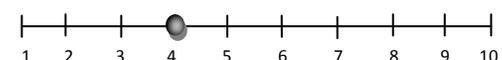
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



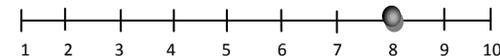
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Refiere que no le costó trabajo recordar la información sobre una noticia que se había visto hace más de 15 días, utilizando la técnica de visualización y asociación.	Mostró algunas dificultades en cuanto a la velocidad de procesamiento, sin embargo, pudo realizar el ejercicio de manotazo.	Se continuarán trabajando ejercicios de velocidad de procesamiento para favorecer esta área.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

El ejercicio sobre los medicamentos no se alcanzó a terminar debido a cuestiones de tiempo, sin embargo, se retomará en sesiones posteriores.

Sesión No. 18

Etapa: Memoria y automonitoreo

Fecha: 15/abril/2010

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Trabajar la velocidad de procesamiento, estimular la memoria visual y trabajar el automonitoreo.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Manotazo	Se realizó este ejercicio nuevamente, debido a que la sesión pasada mostró algunas dificultades. Este ejercicio consiste en un mazo de cartas revuelto y verbalmente se dicen en orden mientras se destapa de una por una. Cuando coincida la carta con el orden hablado, se pondrá la mano encima de las cartas, la última persona en darse cuenta de esto, se lleva las cartas y se sigue el juego hasta que se terminan las cartas del mazo.	Cartas. Memorama con 20 pares de elementos. Una carita de sorpresa hecha con foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Se dejó nuevamente para trabajar en casa el ejercicio sobre los medicamentos, ya que no se ha podido practicar.
Memorama	Se jugó memorama, aplicando las estrategias de visualización y asociación para poder alcanzar parear el mayor número de elementos. Se trabajó con 20 pares de elementos, de los cuales pudo encontrar 12 con dichas estrategias.		
La carita	Se le explicó que este ejercicio se aplicará en todas las sesiones de ahora en adelante. Se mostrará una carita de sorpresa cuando se detecte que cuando describa algo o platique algo, se vaya por las ideas secundarias o detalles insignificantes, y cada que se le muestre, la pregunta a hacerse es: ¿Cuál fue la pregunta? ¿Cuál es la idea principal?		
Recordando la película.	Se le preguntó sobre un resumen muy general sobre de qué trato la película que vimos la sesión 16.		

OBSERVACIONES:

Mostró bastantes dificultades para dar una idea principal y general sobre la película ya vista en una sesión pasada, constantemente se iba con las ideas secundarias o con detalles no relevantes, por lo cual se le enseñó la carita en varias ocasiones.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

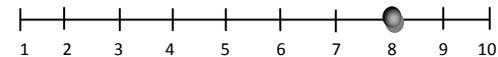
NOMBRE: MEGV FECHA: 15/abril/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria y automonitoreo No. de sesión: 18

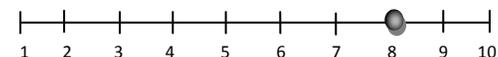
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó aseada y buen aliño. Mostró un poco de cansancio por las diversas actividades que tuvo el día de hoy en su trabajo. No refiere dolor en la espalda.	No muestra dificultades atencionales, puede focalizar y sostener su atención durante toda la sesión.	Se mostró con buen estado de ánimo.

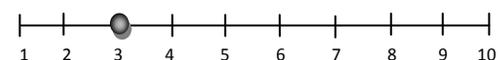
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



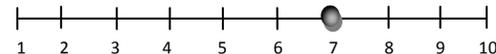
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Hoy ejecutó con mayor facilidad el ejercicio de manotazo, en donde trabaja la velocidad de procesamiento. Se le sugirió lo puede practicar en casa con su familia. Para el memorama, aplicó estrategias de visualización y asociación de la información, por lo que tuvo una mejor ejecución.	Muestra bastante dificultad para narrar la película vista en la sesión pasada (16) sin perderse en detalles secundarios o poco importantes. Se le mostró 9 veces la carita para indicarle que estaba perdiendo la idea principal.	Se continuará trabajando ejercicios para el automonitoreo y que pueda ella centrarse en las ideas principales.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



OBSERVACIONES:

Se seguirá trabajando ejercicios para el automonitoreo, principalmente cuando no existe un estímulo externo presente que guíe la conducta.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Estimular la memoria auditiva por medio de piezas musicales.
- Valorar el recuerdo de información a largo plazo sobre personas.
- Continuar trabajando el recuerdo de medicamentos.
- Continuar trabajando el automonitoreo.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Memoria Auditiva: Piezas musicales	Se trabajó la memoria auditiva por medio del recuerdo y reconocimiento de piezas musicales de corte clásico que ella escucha e incluso cantó cuando formó parte de un coro. Se muestran varias piezas musicales donde ella tiene que identificarlas, el nombre o el autor de la pieza. Se dieron estrategias semánticas cuando se le dificultó el recuerdo de alguna.	Computadora. Piezas musicales. Lámina con rostros. Tarjetas con la clasificación de los medicamentos. Una carita de sorpresa hecha con foami.	Continuar en casa trabajando las tarjetas de clasificación de los medicamentos con el objetivo de fortalecer la evocación de la información.
Recordando rostros	Este ejercicio consistió en mostrarle nuevamente las ilustraciones de las personas que habíamos conocido en sesiones anteriores, tratando de identificar la mayor cantidad de información posible sobre ellos, como nombre, edad, ocupación y actividades que les gusta realizar.	Hoja de evaluación de la sesión.	
Medicamentos	Se trabajó el ejercicio de recordar nombres de medicamentos a través de la estrategia de clasificación de la información, utilizando una organización de los medicamentos por los órganos o sistemas en donde intervienen.		
La carita	Se continuó trabajando este ejercicio en donde se le muestra una cara hecha con foami para indicar que ha perdido la idea principal.		

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

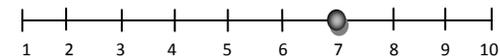
FECHA: 20/abril/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria y automonitoreo No. de sesión: 19

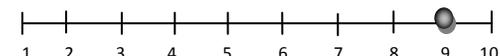
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presento arreglada, con buena higiene. Llegó 15 minutos tarde, sin embargo, se disculpó por este hecho.	No mostró dificultades atencionales durante la sesión del día de hoy.	Se muestra tranquila y cooperadora.

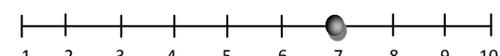
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



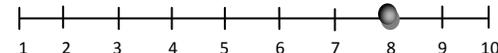
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Recordó con facilidad la mayoría de las piezas musicales que se le mostraron (Pudo decir 8 de 10), sin embargo, en algunas ocasiones necesitó ayudas semánticas para lograrlo. Recordó la mayoría de los datos solicitados con el recuerdo de rostros, únicamente le hizo falta un dato.	En el ejercicio sobre el recuerdo de medicamentos, muestra algunas dificultades para evocar algunos nombres, por lo que se le dan opciones de nombres de medicamentos y ella puede hacerlo fácilmente.	El día de hoy se le mostró 6 veces la carita. En dos ocasiones se corrigió así misma cuando se desviaba del tema de conversación. Se continuará trabajando el ejercicio sobre los medicamentos para abarcar más áreas de intervención terapéutica.

¿Qué refiere el paciente sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

Estuvo cooperadora a la evaluación. Se observó que cuando no recordaba el nombre o compositor de una pieza musical comenzaba a mostrar signos de estrés (respiración agitada, movimientos de manos y gestos faciales), por lo que también se intervino en cierto grado con las estrategias de relajación y respiración.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Trabajar la evocación de la información a través de pistas.
- Estimular la generalización de las estrategias mnemotécnicas en las actividades de la vida cotidiana.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Recuperación de palabras con pistas.	La actividad del día de hoy se llevó a cabo en un café de una plaza comercial, con el objetivo de tener un ambiente con estímulos distractores, lo que hará que se tenga que trabajar más cuestiones atencionales y hacer más consciente los procesos de memoria para lograr realizar con éxito la sesión de hoy. Ésta consistió en darle una frase a manera de pista, para que ella pueda evocar una palabra que relacionada; por ejemplo, menciona un objeto de la cocina o un animal marino.	Hojas blancas. Lápiz. Hoja de evaluación de la sesión.	Continuar practicando el ejercicio sobre las láminas con los nombres de los medicamentos para trabajar la evocación de los mismos. También se le pidió que escribiera todo lo que recuerda de la película vista en la sesión 16.
Actividad práctica: la lista del super.	Se escribió en una hoja blanca una lista con objetos que usualmente ella necesita cuando va de compras al supermercado.  Posterior a ello, se elaboró una estrategia de aprendizaje para almacenar y recordar estos objetos que se deben comprar. La estrategia utilizada fue la categorización y la elaboración de palabras nuevas con las letras iniciales de los objetos por categorías.		
Recordando rostros	Finalmente, se acudió al supermercado para proporcionar el ambiente más cercano a la realidad (ruidos ambientales, personas, etc.) y se realizó un ejercicio de ensayo sobre "ir de compras" para recordar los objetos aprendidos anteriormente.  Se le pidió que recordara la información de las personas que vimos en la sesión 15.		

**OBSERVACIONES:**

En un principio, se mostró algo estresada por encontrarnos en un medio natural (un café) y tener estímulos externos que normalmente en el consultorio no se presentan (como voces, personas pasando, etc.), sin embargo, se trabajó ejercicios de respiración para bajar el estrés y continuar con la sesión. Posterior a ello, no mostró ninguna dificultad.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

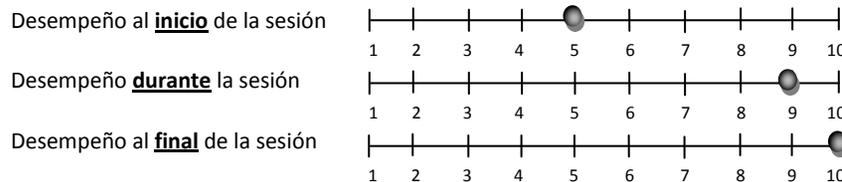
NOMBRE: MEGV

FECHA: 24/abril/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria (evocación) / actividades cotidianas No. de sesión: 20

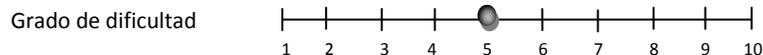
**¿Cómo se presentó hoy?**

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño. Señala que hoy no mostró tanto dolor en la espalda.	Al principio, se le dificultó focalizar su atención en la actividad, presentando fluctuaciones debido a que la sesión de hoy se llevó a cabo en un ambiente natural. Se trabajó ejercicios de respiración, por lo que posteriormente no tuvo dificultades para sostener su atención.	Se mostró un poco estresada durante la sesión del día de hoy, sin embargo, se relajó posterior al ejercicio de respiración.



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Pudo realizar de manera exitosa la recuperación de palabras a través de pistas e incluso, pudo aplicar algunas estrategias mnemotécnicas para almacenar parte de la información que había recuperado. También pudo diseñar una estrategia para almacenar la lista de objetos para ir de compras al supermercado.	Se le dificultó en un inicio poder focalizar su atención en la tarea debido a los distractores que había, sin embargo, se trabajó por medio de la respiración y disminución del estrés.	Se continuará trabajando sobre la generalización de las estrategias mnemotécnicas a su vida cotidiana.

**¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?**



**OBSERVACIONES:**

Se ha trabajado la aplicación de las técnicas de respiración y relajación para que así como las estrategias mnemotécnicas, se pueda lograr su aplicación a situaciones cotidianas donde presente estrés.

Sesión No. 21  
 Etapa: Memoria  
 Fecha: 26/abril/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Realizar un repaso de las estrategias mnemotécnicas que se han visto hasta la fecha.
- Trabajar la memoria auditiva.
- Realizar una evaluación de las sesiones realizadas hasta el momento.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Repaso de las estrategias mnemotécnicas.	El día de hoy se realizó un repaso general de todas las estrategias mnemotécnicas que se han aprendido. Se señalaron las 5 principales estrategias y se le pidió a la paciente que ella sea quien describa en qué consiste cada una. Al finalizar cada descripción se complementó la información y se resolvieron dudas en caso de que existieran.	Hoja con anotaciones sobre las estrategias mnemotécnicas vistas hasta la fecha. Cuadernillo de ejercicios de memoria.	Continuar repasando los nombres de los medicamentos a través de las láminas que se le proporcionaron.  También se le recordó continuar trabajando en la carpeta sobre su historia de vida.
Memoria auditiva: piezas musicales	Se le presentó el sonido de piezas musicales tanto de corte clásico como las que son cantadas usualmente en coros. Consistió en que ella debía tratar de identificarlas lo más pronto posible, ya sea el compositor de la pieza, el nombre de la pieza o las dos cosas.	Carita de foami. Hoja de evaluación diaria.	
Evaluación del Programa de rehabilitación.	Se realizó una evaluación de las sesiones del programa de rehabilitación que se han llevado a cabo hasta la fecha. Se dividió la evaluación en tres áreas principales: el área emocional, el área cognitiva y el área social.		
Cuadernillo de ejercicios.	Se entregó un cuadernillo de ejercicios para trabajar la memoria especialmente diseñado para ella, tomando en cuenta las actividades que ella realiza, las necesidades y los objetivos del programa de rehabilitación. Se le explicó la manera de trabajo, las hojas de evaluación incluidas en el cuadernillo y se resolvieron dudas al respecto.		
La carita	Se continuó trabajando este ejercicio en donde se le muestra una cara de foami para indicar que ha perdido la idea principal.		

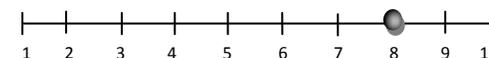
**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 26/abril/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria No. de sesión: 21

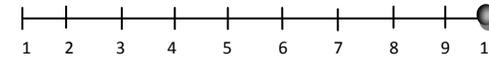
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño. A pesar de haber tenido una cita anterior (con otro servicio) el día de hoy en el hospital, no se mostró cansada.	No presentó dificultades para focalizar y sostener su atención durante la sesión de rehabilitación del día de hoy.	Se mostró tranquila y cooperadora.

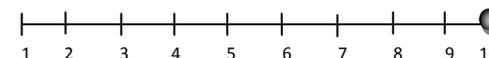
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No presentó dificultad para el recuerdo de piezas musicales, pudiendo reconocer la totalidad de las presentadas.	Algunas dificultades fueron el no ser tan específica al describir en qué consiste cada una de las estrategias mnemotécnicas, sin embargo, ella misma se comenzó a automonitorear verbalmente, centrándose en la idea principal.	Se le entregó un cuadernillo de ejercicios que servirá de apoyo a los ejercicios que se realicen en las sesiones de rehabilitación. Se le mostró 7 veces la carita y se corrigió ella misma en 3 ocasiones.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

Ella menciona que le pareció muy bien la idea de trabajar con el cuadernillo de ejercicios de memoria, que servirá de apoyo para las sesiones posteriores.

Sesión No. 22  
 Etapa: Memoria (evocación)  
 Fecha: 04/mayo/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Trabajar la evocación de la información.
- Estimular el pensamiento centrado en las ideas generales o principales.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de la actividad para casa	Se realizó un seguimiento a la actividad para casa sobre estar repasando los medicamentos clasificados según el sistema de interacción, con el objetivo de facilitar la evocación de esta información.	Lista con preguntas de cultura general. Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Se le pidió que como actividad para casa resolviera el ejercicio de "Descubriendo las palabras" que se le presenta en el cuadernillo de trabajo, con el objetivo de trabajar la velocidad de procesamiento de la información.
Preguntas	Se realizó una lista de preguntas de cultura general, las cuales se le solicitó que ella respondiera de manera oral, con el objetivo de trabajar la evocación de la información.		Se implementará de esta sesión en adelante, el mandar mensajes vía celular, los cuales podrán ser enviados cualquier día de la semana en cualquier horario, solicitándole el nombre de algún medicamento o dándole un padecimiento y ella tendrá que responder dichos mensajes con el medicamento apropiado para ello.
Recordar la idea principal de la película	Se le solicitó nuevamente recordar la película que habíamos visto en la sesión 16, pero únicamente se le pidió que recordara la idea general o principal de la misma.		
Adivinar la palabra que estoy pensando	Este ejercicio consiste en adivinar una palabra a través del método deductivo, es decir, por medio de preguntas las cuales sólo podrán ser respondidas con "sí" o "no".		
La carita	Se continuó trabajando este ejercicio en donde se le muestra una cara de foami para indicar que ha perdido la idea principal.		

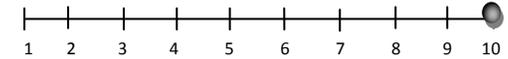
**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 04/mayo/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria (evocación) No. de sesión: 22

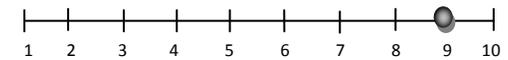
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño. Sin embargo, se veía un poco cansada ante las actividades del día de hoy.	No mostró fluctuaciones en cuanto a su atención, mostrándose centrada en las actividades y pudiendo focalizar en todas ellas.	Se refiere un poco preocupada por una situación legal que actualmente está resolviendo, sin embargo, se mostró tranquila ante la evaluación.

Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



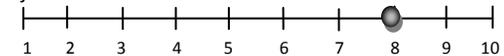
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Se observa mayor fluidez para evocar los nombres de los medicamentos que se le solicitan. También mostró un adecuado automonitoreo para la descripción de la idea principal de una película, manteniéndose centrada, por lo cual, en esta ocasión no se le mostró la carita en ninguna ocasión.	Mostró algunas dificultades para la evocación de información específica con las preguntas de cultura general, por lo que utiliza asociaciones y apoyos semánticos para la evocación de la información, logrando obtener la mayor parte de los datos solicitados, únicamente no pudo recuperar esta información en tres ocasiones. También mostró dificultades para a través de cuestionamientos, llegar a adivinar una palabra, no llegando a concretarse en un pensamiento deductivo.	Se observan un mejor desempeño en cuanto al automonitoreo de las tareas, ya que es ella misma quien está regulando la dirección de su conversación. Se le mostró en 4 ocasiones la carita y se corrigió ella misma en 5 ocasiones.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

En esta sesión no se tuvo que mostrar en ninguna ocasión la carita, como forma de "automonitoreo", ella misma reconoció cuando comenzaba a dispersarse y automáticamente regresaba a la idea principal.

**Sesión No. 23**  
 Etapa: Memoria a corto y largo plazo  
 Fecha: 06/mayo/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Trabajar la memoria tanto a corto plazo como a largo plazo.
- Establecer una estrategia compensatoria para apoyar la memoria.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de la tarea	En primer lugar se realizó la revisión de la tarea, la actividad sobre "descubriendo palabras", en donde a partir de palabras con las letras revueltas, tenía que descubrir la palabra oculta. Pudo resolver todas las palabras.	Cuadernillo de Ejercicios de Memoria diseñado para este programa de rehabilitación.	Como actividad para casa se dejó una lectura sobre Beethoven, que está incluida en el cuadernillo de ejercicios, en donde tiene que leerla, subrayar o tomar anotaciones para finalmente realizar un esquema general en donde organice la información y le permita recordarla con mayor facilidad.
Recordando otros objetos	Se le presentó una lámina con muchos objetos revueltos, ella tenía que diseñar una estrategia (a partir de las estrategias mnemotécnicas aprendidas), para lograr almacenar y evocar la mayor parte de elementos presentados.	Lámina con varios objetos. Hojas blancas. Libreta. Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	
Recordando Rostros	Se realizó un ejercicio de recordar la mayor información posible sobre las personas que se le habían presentado con anterioridad.		
Libretita	El día de hoy se sugirió la utilización de una pequeña libreta que lleve siempre consigo para que en ella pueda anotar información importante o palabras claves que puedan apoyarle para evocar mayor información que no necesariamente tiene que anotar.		
La carita	Se continuó trabajando este ejercicio en donde se le muestra una cara de foami para indicar que ha perdido la idea principal.		

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

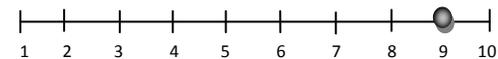
NOMBRE: MEGV FECHA: 06/mayo/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria a corto y largo plazo No. de sesión: 23

¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño, aunque se mostraba un poco cansada.	No presentó dificultades para focalizar su atención ni tampoco para sostenerla durante la sesión de rehabilitación.	Se mostró tranquila y cooperadora.

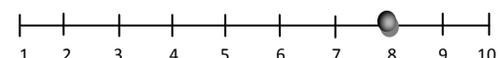
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



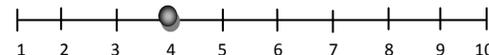
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Señala que no tuvo dificultades significativas para resolver las palabras que tuvo de actividad para la casa. Realizó con facilidad una estrategia para el aprendizaje de objetos, principalmente utiliza la categorización y la visualización, lo que le ayuda para incrementar el número de objetos que puede almacenar y evocar. No mostró dificultades en la memoria a largo plazo sobre evocación de información de personas.	Se continúa observando una disminución en la velocidad de procesamiento de la información.	M.E. muestra un mejor rendimiento para la aplicación de estrategias mnemotécnicas, lo que favorece el almacenamiento y evocación de la información. Se le mostró la carita en 3 ocasiones y se corrigió a sí misma 4 veces.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

El día de hoy se mostró cooperadora y es ella misma quien refiere tener un mejor rendimiento para evocar información a largo plazo.

Sesión No. 24

Etapa: Memoria

Fecha: 12/mayo/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Trabajar actividades para aplicar las estrategias mnemotécnicas ya aprendidas.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de la actividad para casa	Se revisó la actividad que se dejó para casa sobre la lectura de Beethoven (incluida en el cuadernillo de ejercicios de memoria), preguntándole que estrategia había utilizado para organizar la información y almacenar las ideas principales. También se le preguntó sobre recordar las ideas principales del texto.	Cuadernillo de ejercicios de memoria. Lista de palabras. Hojas blancas. Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Como actividad para casa se dejó un texto incluido en el cuadernillo de ejercicios que es un resumen de una cuartilla sobre una tesis de una psicóloga, realizada en España. La metodología es la misma que en la sesión anterior, se lee el texto, se organiza la información para almacenarla y finalmente se intenta evocar.
Recordando la película	Se le pidió que recordara la película vista en la sesión 16.		
Memorizar paulatina-mente unas palabras	Este ejercicio consistió en darle una palabra para memorizar, posteriormente se va incrementando una por una, repitiendo desde la primera hasta completar una serie de 8 palabras. Estas palabras las recordaba inmediatamente después de habérselas dado.		
Actividades en la vida cotidiana	A través de una plática se profundizó sobre la metodología que ella utiliza para ver a sus pacientes y realizar las notas clínicas. Esto con la finalidad de comenzar ejercicios que le ayuden a incrementar su desempeño en la vida cotidiana y pueda implementar las estrategias aprendidas hasta la fecha en las actividades que usualmente ella realiza.		
La carita	Se continuó trabajando este ejercicio en donde se le muestra una cara de foami para indicar que ha perdido la idea principal.		

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

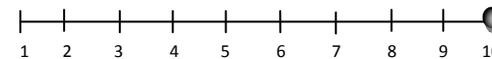
FECHA: 12/mayo/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria No. de sesión: 24

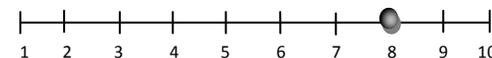
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Llegó en buenas condiciones de higiene y aliño. Muestra un poco de dolor en la espalda debido a la lumbalgia.	No muestra dificultades atencionales de ningún tipo.	Se muestra tranquila, aunque refiere que todavía se encuentra un poco preocupada por un asunto de tipo legal que tiene que resolver.

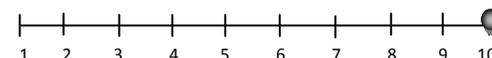
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Pudo recordar con facilidad la lectura que había realizado como actividad para casa sobre la vida de Beethoven, a través de la organización de la información por medio de un esquema.	Logró el aprendizaje de palabras de manera paulatina, agregando una en cada serie, sin embargo, únicamente logró el aprendizaje de 8 elementos.	Refiere que en su vida cotidiana, en la atención de los pacientes, ella realiza notas clínicas al finalizar las sesiones, por lo que se trabajó en la realización de anotaciones durante las sesiones clínicas o las consultas médicas, aplicando las estrategias de organización y categorización de la información con el objetivo de facilitar el almacenamiento y evocación de la información para la realización de las notas clínicas. Se le mostró la carita 3 veces y se corrigió en 3 ocasiones.

¿Qué refiere el paciente sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

Muestra un mejor rendimiento para la evocación de la información cuando al almacenarla la organiza y utiliza estrategias mnemotécnicas.

**Sesión No. 25**  
 Etapa: Memoria (evocación)  
 Fecha: 16/mayo/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Trabajar la memoria a largo plazo.
- Trabajar la memoria prospectiva.
- Trabajar con actividades ecológicas (medicamentos).

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de la actividad para casa	Se realizó un repaso de la actividad que se dejó para casa la sesión pasada, revisando la lectura hecha sobre un resumen de una tesis de doctorado. Se platicó que estrategias se utilizaron para analizar la información y organizarla. También se realizó un esquema sobre dicha lectura que permita visualmente evocar la información de manera más rápida.	Cuadernillo de Ejercicios de Memoria. Tarjetas con los nombres de la clasificación de medicamentos. Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Utilizar retroalimentación del tiempo para disminuir el tiempo que se emplea en las actividades debido a una deficiente administración del tiempo. Continuar con repaso de los medicamentos. Analizar el caso de un paciente.
Planes futuros	Se platicó sobre los planes a futuro que incluyen la jubilación, las actividades que se desean realizar posterior a esto, el continuar con la consulta privada, las actividades recreativas, entre otras cosas. Esto se realizó como apoyo a la organización de eventos y como trabajo de la memoria prospectiva.		
Apoyo emocional	En este sentido, se continuó dando un apoyo en el área emocional, para dar seguimiento sobre lo que ya se ha trabajado anteriormente.		
Repaso de medicamentos	Se hizo una revisión sobre otra categoría de medicamentos que se han estado estudiando, incluyendo los nombres comerciales, la sustancia activa y para qué sirven o en qué ocasiones se pueden utilizar.		
La carita	Se continuó trabajando este ejercicio en donde se le muestra una cara de foami para indicar que ha perdido la idea principal.		

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 16/mayo/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria (evocación) No. de sesión: 25

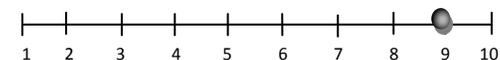
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño. El día de hoy no se observa cansada ni se perciben, a través de sus posturas, molestias en la espalda.	Su atención fue sostenida en toda la sesión, no presentó fluctuaciones.	Se muestra tranquila y cooperadora.

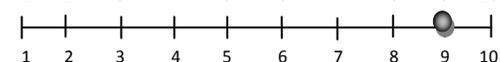
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



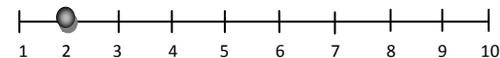
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
A través de las estrategias de organización de la información, logra recordar con mayor facilidad la información de un texto complejo. Se muestra más tranquila al hablar sobre los planes a futuro y la próxima jubilación.	Muestra algunas dificultades aún para recordar algunos nombres de medicamentos o las sustancias activas de los mismos.	Se seguirá trabajando más adelante sobre los medicamentos. Se le mostró 2 veces la carita y en 4 ocasiones se corrigió a sí misma.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

Se mostró muy cooperadora. Se observa una mejor aceptación hacia la próxima jubilación y al mismo tiempo se muestra entusiasmada con las actividades para realizar las cuales no ha podido hacer por falta de tiempo, como estudiar una especialidad, estudiar inglés o computación, realizar actividades recreativas, entre otras cosas.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Generalizar las estrategias aprendidas a actividades en su vida cotidiana.
- Trabajar la administración del tiempo.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión del caso de un paciente	El día de hoy se revisó la actividad sobre el caso de un paciente que se describió en el cuadernillo de ejercicios de memoria, en donde, al leer la información tuvo que subrayar, tomar notas o hacer anotaciones, para lograr una mejor visualización de la información, así como organizarla de manera que facilite el almacenamiento y evocación de la información.	Hojas blancas. Cuadernillo de ejercicios de memoria. Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Como actividad para casa se le pidió que hiciera una lista de cosas para comprar en el supermercado, luego que realice una estrategia para recordar dicha lista y posteriormente trate de recordarla.
Administración del tiempo	En esta actividad se le pidió que antes de iniciar una tarea (en su vida cotidiana), haga un cálculo de cuánto tiempo le tomará realizarla, posteriormente, programe una alarma en su celular que suene cada 15 o 30 minutos para tener una retroalimentación constante de cuánto tiempo ha pasado y que le sirva para automonitorearse.		También se le dejó que continúe el repaso de los medicamentos
Notas clínicas	Se platicó sobre las estrategias o la manera que tiene ME de realizar sus notas clínicas de los pacientes que ella atiende, para analizar de manera más detenida cuales son las principales dificultades y trabajar en ellas en las próximas sesiones.		
La carita	Se continuó trabajando este ejercicio en donde se le muestra una cara de foami para indicar que ha perdido la idea principal.		

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

FECHA: 20/mayo/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Generalización de las estrategias No. de sesión: 26

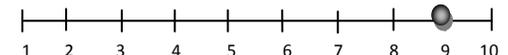
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Su apariencia es de higiene y aliño, se mostró un poco cansada de las actividades laborales que ha tenido el día de hoy.	Las actividades realizadas el día de hoy no requirieron de un gran trabajo cognitivo, sin embargo, su atención no fue fluctuante.	Estuvo tranquila en la sesión del día de hoy. Mostró un poco de preocupación por recordar la mayor información posible sobre la lectura de un texto (una historia clínica de un paciente) que realizó, sin embargo, pudo controlar su estado de ánimo a través de la respiración.

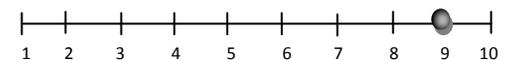
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



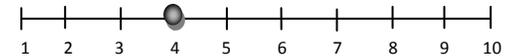
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Recordó con facilidad la información de la lectura de un texto a través de la organización y clasificación de la información a través de diferentes colores.	El día de hoy no se observaron dificultades significativas en los ejercicios realizados.	Se continuará trabajando la administración del tiempo como una estrategia que permita incrementar la velocidad de procesamiento y el automonitoreo. También se continuará trabajando sobre casos clínicos de pacientes. Se le mostró 2 veces la carita y se corrió a sí misma en 3 ocasiones.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

A partir de este ejercicio, ella señala que le ha resultado para disminuir el tiempo que emplea para la realización de actividades, ya que tiene una retroalimentación continua de cuantos minutos han pasado.

**Sesión No. 27**

Etapa: Generalización de las estrategias

Fecha: 31/mayo/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Continuar trabajando con el repaso de medicamentos.
- Trabajar la aplicación de estrategias mnemotécnicas en situaciones de la vida real.
- Seguir manejando la administración del tiempo.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión de los medicamentos	Se realizó nuevamente otro ejercicio donde se repasaron los principales medicamentos que ella utiliza, así como la sustancia activa de cada una de ellas y en qué casos puede utilizarse cada uno de los medicamentos.	Hojas blancas. Cuadernillo de ejercicios de memoria. Caso clínico. Carita de foami.	Revisar un artículo (leer) y tomar notas del mismo.
Caso clínico	Se comenzó una sesión práctica en donde se planteó una situación real de un paciente que llegó a consulta con ME y tuvo que recabar la mayor información de datos sobre información general, motivo de consulta, antecedentes, problemas principales, estrategias de intervención, entre otras cosas. Además de ello, ME tuvo que organizar dicha información y esquematizarla para que visualmente fuese atractiva y fácil de recordar con solo mirar el esquema.	Hoja de evaluación de la sesión.	Realizar una nota clínica del caso clínico visto en la sesión de hoy.
Organización del tiempo	Se platicó con ME sobre la organización de sus actividades durante el día y la optimización del tiempo en ello, utilizando la jerarquización de actividades. Además, se continuó trabajando la administración del tiempo que se revisó la sesión pasada.		
La carita	Se continuó trabajando este ejercicio en donde se le muestra una cara de foami para indicar que ha perdido la idea principal.		
Hoja de auto-reporte	Se contestó un auto-reporte sobre la percepción de su estado emocional, cognitivo y social.		

**OBSERVACIONES:**

El día de hoy se mostró bastante cooperadora, sin embargo, refirió estar un poco cansada por haber presentado en los últimos días dolor en la región lumbar, además de que el día de hoy tuvo bastante trabajo.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

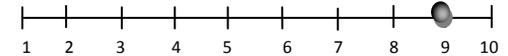
FECHA: 31/mayo/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Generalización de las estrategias No. de sesión: 27

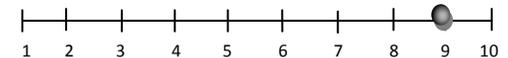
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se mostró bastante cansada debido a que tuvo el día de hoy más trabajo del usual, además, señaló la presencia de dolor en la región lumbar. Esto no imposibilitó el llevar a cabo la sesión.	Su atención fue sostenida, a pesar de mostrar cansancio, tampoco presentó distracciones.	Se mostró algo preocupada por una situación legal que tiene que resolver.

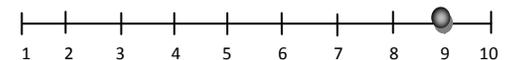
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Puede con mayor facilidad recordar los nombres de los medicamentos, las sustancias activas y para qué se utiliza cada uno. En casos que no recuerda de manera rápida, utiliza estrategias de asociación. También mostró mayor facilidad para organizar la información de un caso clínico en los diferentes rubros que se necesitan (motivo de consulta, antecedentes, padecimiento principal o estrategias de intervención).	Todavía presenta algunas dificultades para la administración del tiempo, por lo que se continuará trabajando esta área en sesiones posteriores.	A pesar del día de hoy encontrarse cansada y emocionalmente un poco preocupada, tuvo un buen desempeño el día de hoy. Se le mostró una vez la carita de foami y se corrigió a sí misma en 3 ocasiones.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



Sesión No. 28  
 Etapa: Memoria (evocación)  
 Fecha: 03/junio/2010

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

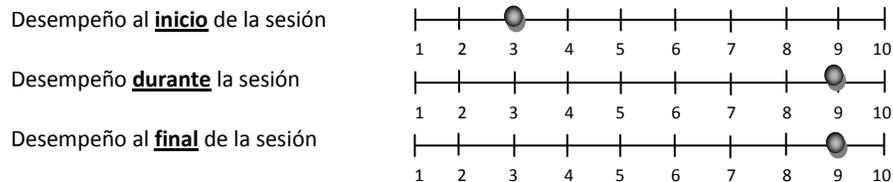
NOMBRE: MEGV FECHA: 03/junio/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria (evocación) No. de sesión: 28

¿Cómo se presentó hoy?

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**  
 - Continuar trabajando la memoria visual.  
 - Estimular la evocación de la información.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Intervención en el área emocional	El día de hoy se encontró bastante sensible emocionalmente debido a una situación legal que no ha podido resolver, por lo que al principio de la sesión platicamos sobre ello, recordamos las estrategias de respiración y relajación, así como las posibles soluciones que pueden existir para esta situación. Después de esto, estuvo más tranquila y se pudo continuar con la sesión.	Hojas blancas. Cuadernillo de ejercicios de memoria. Hoja de evaluación de la sesión.	Continuar trabajando el ejercicio sobre su historia de vida. Asimismo, se le indico que por la tarde debe contar los chistes practicados en la sesión a su familia, compañeros de trabajo o alguien con quien conviva.
Memoria de caritas	Se le presentó una cuadrícula de 5 x 7, la cual tenía dibujadas unas caritas felices en 9 cuadros. Se le pidió que los observara detenidamente e hiciera una estrategia para recordar en qué lugar estaban dichas caritas. Finalmente, se le mostró la cuadrícula vacía y en la cual se dibujó las caritas que se recordaban en el lugar adecuado.		Realizar anotaciones sobre el artículo que se dejó la sesión anterior como tarea para casa. Se especificó que es importante que trate de recordar la mayor información posible sin revisar las notas.
Crucigrama	Se le dio un crucigrama con pistas en donde ella tenía que resolverlo. Esta actividad se realizó conforme a los temas de interés de ME.		
Recordando chistes	Finalmente, se le dieron unos chistes los cuales tenía que clasificarlos y detallar la información más importante de cada uno para poder almacenarlos mejor y evocarlos con mayor facilidad.		
La carita	Se continuó trabajando este ejercicio en donde se le muestra una cara de foami para indicar que ha perdido la idea principal.		

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
El día de hoy se presentó con buen estado de higiene y aliño. Su expresión facial fue de preocupación por una situación que tiene que resolver.	No presentó fluctuaciones en cuanto a su atención, sin embargo, la situación legal que tiene que solucionar fue un tema recurrente en la sesión del día de hoy.	Se mostró preocupada e incluso, cuando platicó de la situación legal llegó a las lágrimas, por lo que se intervino en el área emocional antes de iniciar con la sesión clínica de hoy.



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Mostró un buen desempeño en cuanto a la memoria visual, recordando todos los elementos presentados. También mostró buenas estrategias para la evocación de la información en el crucigrama. No presentó dificultades para la categorización y clasificación de los chistes.	El día de hoy no presentó dificultades cognitivas significativas.	Mostró un buen desempeño en el área cognitiva, sin embargo, en el área emocional presentó algunas dificultades, por lo que en estas ocasiones es necesaria la intervención en este aspecto. No se le mostró la carita en ninguna ocasión y una sola vez se corrigió a sí misma.

¿Qué refiere el paciente sobre los ejercicios?



**OBSERVACIONES:**

El día de hoy se mostró bastante preocupada por una situación de tipo legal la cual tiene que solucionar, por lo que se decidió intervenir un poco en el área emocional para tranquilizarla y poder iniciar la sesión.

Sesión No. 29

Etapa: Generalización de estrategias

Fecha: 08/junio/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Realizar ejercicios con validez ecológica para aplicar las habilidades adquiridas.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Caso de un paciente	Se realizó una sesión de tipo clínica, donde ME fue la terapeuta y la rehabilitadora fue la paciente. Se planteó una problemática en donde ME tuvo que realizar una entrevista, organizar datos, formular preguntas sobre información faltante, entre otras cosas. Ella pudo realizar algunas anotaciones durante la sesión.	Hojas blancas Hoja de evaluación de la sesión.	Continuar trabajando con su historia de vida.
Realización de nota clínica	Al finalizar la sesión clínica con el caso del paciente, se le propuso a ME realizar una nota clínica en el periodo de 25 minutos, abarcando los puntos más importantes.		
Planteamiento de ayuda compensatoria	A partir de las observaciones realizadas durante las sesiones y lo referido por ME sobre su ejecución en su consultorio, se propuso la utilización de un glosario de términos más usados por ella para facilitar y hacer más eficiente los tiempos en la realización de notas clínicas en la vida real. En este glosario, sólo se incluirán las palabras y se omitirán los significados, ya que una de sus dificultades es la evocación de dichas palabras, no el reconocimiento de las mismas.		
Glosario	Se comenzó el diseño de su glosario, en cuyo caso se clasificará por categorías para tener una mayor agilidad para la búsqueda.		

**OBSERVACIONES:**

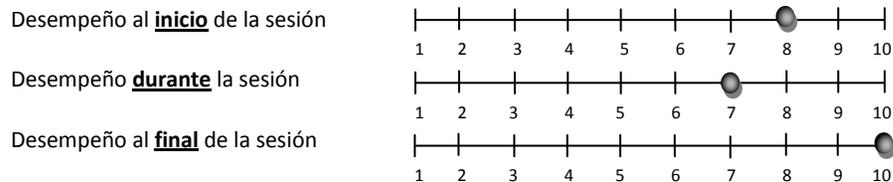
Refiere que considera una buena opción el uso del glosario para hacer más eficientes sus tiempos y esto evitará presiones en su trabajo.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 08/junio/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Generalización de estrategias No. de sesión: 29

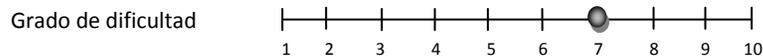
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño. Su expresión facial fue tranquila.	No tuvo dificultades para sostener y focalizar su atención durante la sesión de hoy.	El día de hoy mostró un poco de estrés debido a la tarea práctica sobre el caso de un paciente, sin embargo, logra aplicar las estrategias de relajación y respiración para llevar a cabo la tarea.



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Realizó de manera eficiente la clasificación de las grandes categorías incluidas en su glosario.	Presenta dificultades para la realización de las notas clínicas, con algunas fallas en evocación de palabras y olvido de información.	Muestra un nivel de estrés ante el ejercicio sobre el caso clínico de un paciente, lo que repercutió en su desempeño cognitivo. Se le mostró la carita una sola ocasión y ella se corrigió en tres ocasiones.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?



**OBSERVACIONES:**

Es necesario continuar poniendo en práctica los ejercicios de respiración y relajación para evitar que el estado de estrés pueda interferir en su desempeño cognitivo.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Continuar trabajando la generalización de habilidades adquiridas a actividades de su vida cotidiana.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Recuerdo del caso de un paciente	Se le preguntó toda la información que recordara sobre el paciente visto en la sesión anterior, tratando de evocarlos según el orden cronológico de los hechos.	Hojas blancas. Glosario Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Se le otorgó un documento donde se presenta el caso de un paciente, el cual deberá leer y posteriormente se pondrá un límite de tiempo (alrededor de 20 a 25 min) para la realización de una nota clínica sobre dicho paciente.
Revisión	Por medio de una plática, se analizó las principales dificultades que continúa presentando en las sesiones tanto reales como prácticas (pacientes vistos en sesión durante el programa de rehabilitación) y la manera de solucionar dichas dificultades por medio de las estrategias ya vistas.		
Glosario	Se continuó trabajando la realización de su glosario a través de la clasificación y categorización de información.		
La carita	Se continuó trabajando este ejercicio en donde se le muestra una cara de foami para indicar que ha perdido la idea principal.		

**OBSERVACIONES:**

Se mostró bastante cooperadora. Refirió que la situación legal por la que estaba preocupada en sesiones anteriores ya se está resolviendo, por lo que está más tranquila en este sentido.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

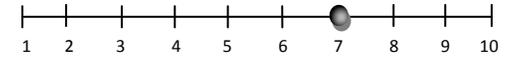
NOMBRE: MEGV FECHA: 10/junio/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Generalización de estrategias No. de sesión: 30

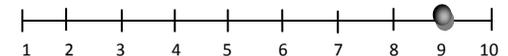
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Mostró buen estado de higiene y aliño, cooperadora, buen estado de alerta.	No presentó dificultades para sostener su atención el día de hoy.	ME refiere un poco de estrés ante el recuerdo de un paciente, sin embargo, a través de la respiración puede controlar esta situación.

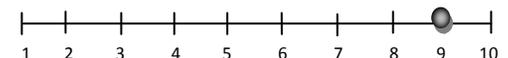
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



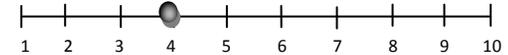
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No presentó dificultades para el análisis de los problemas que sigue presentando para la realización de notas clínicas y el trabajo en general con sus pacientes, tales como organización y síntesis de la información	Mostró algunas dificultades para el recuerdo del caso del paciente visto en la sesión pasada, sin embargo, a través de estrategias como clasificación de la información y visualización, logra evocar los datos.	ME es capaz de poner en práctica estrategias para disminuir el estrés ante situaciones que lo causan, como son las dificultades cognitivas. Se le mostró la carita en dos ocasiones y ella se corrigió en dos.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

Se continuará trabajando ejercicios que favorezcan la generalización de las habilidades adquiridas.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Recordar información sobre pacientes ya vistos, a través de las estrategias que ME utilizó para el almacenamiento de información.
- Trabajar la evocación de información, principalmente de palabras relacionadas a su contexto.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Recordar un paciente	Se le pidió a ME que recordara la mayor información que pueda sobre el caso del paciente que se le dio por escrito en la sesión anterior y del cual tuvo que realizar una nota clínica.	Hojas blancas Crucigrama Carita de foami Hoja de evaluación de la sesión.	Se le pidió que viera un programa de noticias, ya sea por televisión o por radio, para recordarlo y la próxima sesión lo comente, si es necesario, puede tomar algunas notas.
Nota clínica	Se revisó la nota clínica realizada como actividad para casa.		
Lista del supermercado	Se le realizó una lista de cosas para ir de compras al supermercado con los objetos que hacen falta en su casa actualmente. La lista estuvo compuesta por 25 elementos.		
Recordar otro paciente	Se le pidió recordar la información del paciente visto en la sesión no. 29. Únicamente se le dio el nombre de ese paciente para recordar dicha información.		
Evocación de palabras	A través de un crucigrama, se trabajó la evocación de palabras relacionadas con todos los contextos en donde ella se desenvuelve.		
La carita	Como en sesiones anteriores, se continua trabajando esta técnica para fortalecer el automonitoreo.		

**OBSERVACIONES:**

Mostró un poco de estrés ante las tareas de evocar información de pacientes ya vistos durante las sesiones. Refiere que estos ejercicios le parecen bastante adecuados para ayudarla en su vida cotidiana, ya que es lo que ella realiza con sus pacientes.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

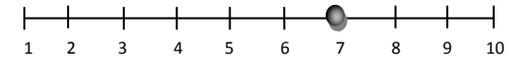
NOMBRE: MEGV FECHA: 15/junio/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria (evocación) No. de sesión: 31

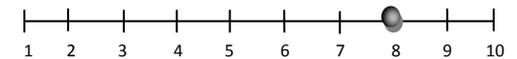
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se mostró con buen estado de higiene y aliño. Al llegar, su expresión fue de apuro debido a que llegó 20 minutos tarde para la sesión de hoy, sin embargo, paulatinamente se tranquilizó.	No presentó dificultades significativas en ésta área, únicamente al inicio de la sesión le costó un poco de trabajo focalizarse debido a que se le hizo tarde hoy, pero posteriormente no tuvo ninguna dificultad.	Al llegar no presentó nada significativo, sin embargo, mostró un poco de estrés ante los ejercicios de evocar información sobre pacientes ya vistos con anterioridad. Logra aplicar estrategias de relajación, lo que favoreció el recuerdo.

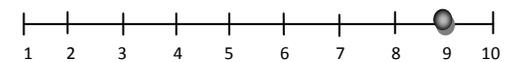
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



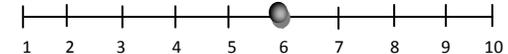
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No tuvo dificultades en la aplicación de estrategias mnemotécnicas para el almacenamiento de la lista del supermercado, por lo que logró recordar 23 de los 25 elementos.	Continúa con algunas dificultades para la organización y síntesis de la información en los ejercicios de casos de pacientes.	Se continuará trabajando la evocación y generalización de la información para favorecer positivamente estos procesos. Se le mostró en una ocasión la carita y fueron 3 veces las que ella sola se corrigió.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

ME muestra avances en la organización y síntesis de la información, sin embargo, es necesario continuar trabajando estas áreas para mejorar su desempeño en las actividades cotidianas.

Sesión No. 32  
 Etapa: Generalización de estrategias  
 Fecha: 17/junio/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Continuar trabajando ejercicios que favorezcan la generalización de resultados a su vida cotidiana.
- Trabajar la evocación de información.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Caso de un paciente	Se realizó una sesión práctica en la cual se le presentó el caso de un paciente, donde ME fue la terapeuta y la rehabilitadora fue la paciente. Durante la sesión tuvo que realizar la historia clínica y cuestionamientos sobre el padecimiento. Se tomaron algunas notas durante la sesión, principalmente de información relevante o palabras claves.	Hojas blancas. Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Terminar el glosario que se ha estado trabajado, así como aplicarlo en las actividades en el consultorio en donde ella da consulta diariamente.
Nota clínica	Posterior al caso presentado, se le pidió que realizara una nota clínica del paciente, abarcando los puntos principales, como: apariencia, motivo de consulta, temática relevante, hipótesis o estrategias de intervención y plan de tratamiento.		
Pistas	A través de pistas verbales que progresivamente se le van dando, tiene que llegar a descubrir de qué palabra, hecho histórico, medicamento, lugar o enfermedad, se trata.		
La carita	Al igual que en sesiones anteriores, se continuó trabajando con la carita de foami con el objetivo del fortalecimiento del proceso de automonitoreo.		

**OBSERVACIONES:**

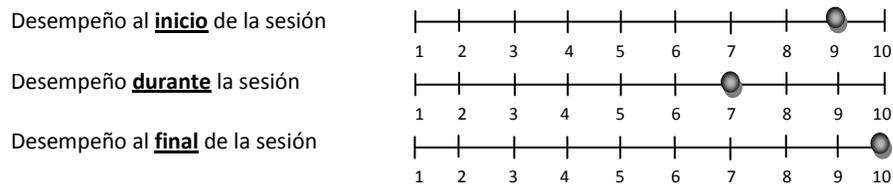
Se mostró cooperadora ante las actividades. Señala que la tarea sobre pistas para descubrir algo le parece bastante interesante.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 17/junio2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Generalización de estrategias No. de sesión: 32

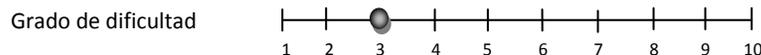
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Al igual que en las sesiones anteriores, se presentó con buen estado de higiene y aliño. La expresión facial fue de tranquilidad.	No mostró dificultades en esta área.	Se mostró tranquila, sin embargo, ante el ejercicio de realizar la nota clínica mostró un poco de estrés, lo que fue referido por ME.



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No tuvo dificultades para la evocación de palabras a través de pistas, por el contrario, el contextualizar la información le ayudó para realizar este ejercicio.	Algunas dificultades en la realización de la nota clínica del paciente visto el día de hoy, pero lo pudo realizar dentro de los 20 minutos propuestos para esta actividad.	Ha mejorado la organización de la información sobre los pacientes vistos. El día de hoy no se le mostró en ninguna ocasión la carita de foami, ME tuvo cuatro correcciones por ella misma.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?



**OBSERVACIONES:**

ME refirió sentir un poco de estrés ante la realización de la nota clínica, sin embargo, no fue impedimento para llevarla a cabo. Se observa un mejor desempeño en cuanto al automonitoreo, no se perdió en ninguna ocasión durante la conversación.

Sesión No. 33

Etapa: Actividades de la vida cotidiana

Fecha: 20/junio/2010

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- Realizar una actividad recreativa.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Un concierto	<p>El día de hoy asistimos a un concierto ofrecido por la Orquesta Filarmónica de la Universidad Nacional Autónoma de México en la sala Nezahualcoyotl. En esta actividad nos acompañó la hermana de ME, quien también realiza este tipo de actividades con la paciente.</p> <p>Se llevó a cabo esta sesión con el objetivo de seguir fomentando la realización de actividades recreativas que permitan focalizar su atención no únicamente en actividades laborales o académicas, sino también en áreas de interés para ella, como lo es la música.</p> <p>Esto también favorece el aspecto emocional, reduciendo el estrés que presenta en las actividades cotidianas, ya que es un tiempo que dedica a ella misma.</p>	Ninguno.	Ninguna.

OBSERVACIONES:

Se presentó con buen ánimo y se mostró bastante emocionada durante y después del concierto, haciendo referencia a la manera en que la música le ayuda a sentirse tranquila y emocionada.

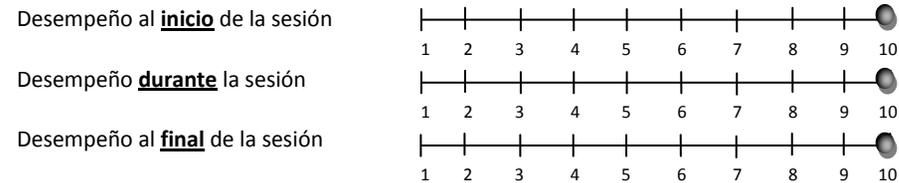
**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 20/junio/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Actividades de la vida cotidiana No. de sesión: 33

¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño, se mostró con buen ánimo y bastante emocionada por el concierto.	No presentó ninguna dificultad en ésta área.	Se mostró bastante emocionada por realizar una actividad fuera de



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No se realizaron actividades el día de hoy.	No se realizaron actividades el día de hoy.	Ninguna.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?



OBSERVACIONES:

Se mostró bastante emocionada por asistir al concierto, ya que es una de las actividades que más disfruta, ya que le recuerda la época en donde ella viajaba con sus compañeros de coro para ofrecer conciertos tanto a nivel nacional como internacional. Disfrutó bastante esta sesión.

Durante el día de hoy, ME se corrigió automáticamente en su plática cuando se desviaba del tema en seis ocasiones, sin embargo, se le hicieron dos observaciones cuando se desvió en ideas secundarias en la conversación espontánea.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

Sesión No. 34

Etapa : Memoria (evocación)  
 Fecha: 22/junio /2010

NOMBRE: MEGV FECHA: 22/junio/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria (evocación) No. de sesión: 34

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Trabajar un ejercicio para estimular la memoria autobiográfica.
- Trabajar la evocación de información.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
La línea del tiempo	El día de hoy se trabajó con la línea del tiempo de su vida, en el cual se trazó una línea horizontal y se fueron colocando los hechos de su vida en donde tuvo el 100% de certeza que ocurrieron en determinado tiempo. A partir de esto, se fue complementando la información de esta línea del tiempo, con asociación de eventos, deducción de fechas, entre otras cosas.	Hojas blancas. Carita con foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Continuar trabajando en casa la línea del tiempo. Además, se pidió la ayuda de familiares que puedan brindar información para completar lo mejor posible su historia.
Caso de un paciente	Se le presentó el caso de un paciente, y se fue describiendo toda la problemática que presenta. En esta actividad, ME tuvo que realizar una entrevista clínica y tomar apuntes al respecto, aplicando estrategias de organización, jerarquización y clasificación de información.		
Nota clínica	Posteriormente se realizó una nota clínica sobre el caso del paciente analizado.		
Recordando un paciente	En este ejercicio se le pidió que recordara la información sobre el caso del paciente visto en la sesión #29.		
La carita	Se continuó trabajando con la carita de foami en cada ocasión que pierde el núcleo de la conversación o profundiza en ideas innecesarias o secundarias.		

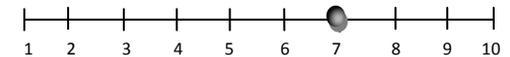
**OBSERVACIONES:**

El día de hoy se mostró un poco cansada y señaló que es debido a que en estos días ha tenido mucha carga de trabajo, sin embargo, se pudo llevar a cabo la sesión de hoy de manera normal.

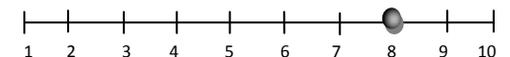
**¿Cómo se presentó hoy?**

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buen estado de higiene y aliño. Se mostró un poco cansada por la carga de trabajo que ha tenido.	No mostró dificultades para focalizar ni sostener la atención.	Estuvo tranquila, sin embargo, sigue presentando un poco de estrés ante el ejercicio del caso de un paciente y la realización de una nota clínica, ante lo cual, logra aplicar estrategias de respiración que le ayudan a disminuir esto.

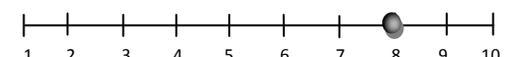
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



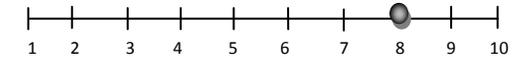
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
ME es capaz de organizar de manera más fluente la información sobre el caso de un paciente mientras toma algunos apuntes, lo que favorece un mejor desempeño para la realización de notas clínicas.	Le costó algo de trabajo para ubicar la temporalidad de hechos en la actividad de la línea del tiempo, sin embargo, el apoyo en hechos en los que ella esta 100% segura y la asociación de eventos, favoreció el recuerdo de información.	Es necesario seguir con ejercicios que favorezcan la generalización de las habilidades y estrategias adquiridas a tareas en su vida cotidiana. El día de hoy se le mostró una sola vez la carita de foami y en cinco ocasiones ella se corrigió.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

ME refirió mayores dificultades para el ejercicio de la línea del tiempo, sin embargo, se logró evocar más información de la que la paciente creía que podía, a través de estrategias de asociación y visualización.

Sesión No. 35  
 Etapa: Memoria (evocación)  
 Fecha: 24/junio/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Realizar ejercicios que favorezcan la evocación de información.
- Tener una retroalimentación sobre cómo le ha ayudado la aplicación de estrategias en su vida cotidiana.

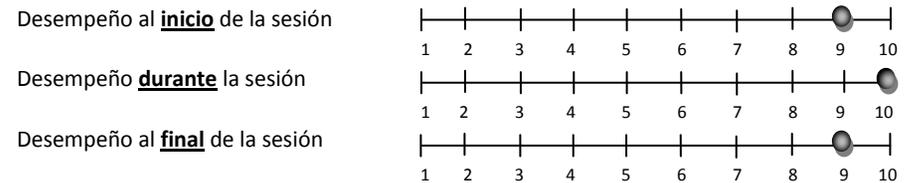
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Revisión del glosario	Se hizo una revisión sobre el glosario que se creó especialmente para ser un apoyo durante la realización de las notas clínicas y analizar si esto le ha sido útil para disminuir el tiempo que necesita para hacerlas.	Glosario. Láminas con rostros de personas. Tarjetas de la clasificación de los medicamentos.	Se le dio un documento con el caso de un paciente, para que pudiera leerlo y posteriormente realizar una nota clínica.
Recordando rostros	Este ejercicio consistió en mostrarle 4 láminas con rostros de personas diferentes, se le proporcionó datos como nombre, ocupación, edad y actividades que les gusta realizar. ME tuvo que planear una estrategia para almacenar la información para poder evocarla posteriormente.	Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	
Retroalimentación	Se platicó brevemente sobre cómo se ha sentido en su consultorio y en las sesiones con sus pacientes, aplicando las estrategias que se han trabajado durante el programa de rehabilitación, de esta manera ver si se hacen modificaciones a las actividades o se requieren otros apoyos o estrategias.		
Medicamentos	Se realizó un repaso sobre los medicamentos que ella comúnmente utiliza, evocando la sustancia activa y el nombre comercial de cada uno de ellos.		
La carita	Se continuó trabajando con la carita de foami.		

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 24/junio/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Memoria (evocación) No. de sesión: 35

¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buenas condiciones de higiene y aliño.	No mostró dificultades atencionales de ningún tipo, pudiendo seleccionar y sostener su atención durante la sesión de hoy.	Hoy se presentó tranquila, con buen ánimo al inicio, durante y al finalizar la sesión.



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Refiere que la utilización del glosario le sirve como un gran apoyo para disminuir el tiempo que tarda en la realización de una nota clínica. No presentó dificultades en la realización de una estrategia para el almacenamiento y evocación de nueva información.	No se observaron dificultades significativas en los ejercicios realizados el día de hoy.	Se observa que ME puede llevar a cabo estrategias de almacenamiento de la información de manera más eficiente, lo que favorece en gran medida la evocación de la misma. Hoy se le mostró una sola vez la carita de foami y ella se automonitoreó en 5 ocasiones.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?



**OBSERVACIONES:**

Se muestra tranquila, con buen ánimo y cooperadora; señala que las molestias físicas que presenta han disminuido.

Sesión No. 36  
 Etapa: Generalización de estrategias  
 Fecha: 29/junio/2010

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Llevar a cabo ejercicios que favorezcan la generalización de las estrategias a su vida cotidiana.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Recordar un paciente	Se le pidió que evocara toda la información sobre el caso del paciente que se dejó como actividad para casa y especificar qué estrategias utilizó para el almacenamiento de la información.	Nota clínica. Memorama. Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Continuar con el uso del glosario y la pequeña libreta de anotaciones para las cosas más importantes, aplicando las estrategias mnemotécnicas necesarias.
Revisión de la nota clínica	Se revisó la nota clínica realizada del paciente que se le dio como actividad para casa. Se analizó el tiempo invertido en esta nota, así como las estrategias utilizadas.		
Retroalimentación	Se tuvo una breve plática para valorar el grado de apoyo de ayudas compensatorias, tales como la libreta de anotaciones, el glosario, su agenda, entre otras cosas.		
Memorama	En este ejercicio se jugó memorama con 25 elementos en un principio, posteriormente se incrementó a 40 elementos.		
La carita	Así como en otras sesiones, se continuó trabajando con la carita de foami.		

**OBSERVACIONES:**

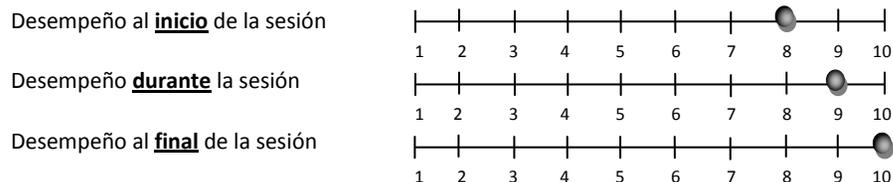
Se mostró tranquila, con buen ánimo. El día de hoy refirió no presentar molestias físicas significativas.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV FECHA: 29/junio/2010  
 ETAPA DEL PROGRAMA: Generalización de estrategias No. de sesión: 36

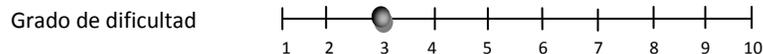
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Al igual que en otras sesiones, se presentó con buenas condiciones de higiene y aliño.	No presentó ninguna dificultad en ésta área.	Se presentó tranquila a la sesión del día de hoy y se mantuvo así durante la misma.



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
La nota clínica la realizó durante el tiempo estimado para ello, con el apoyo de ayudas compensatorias como el glosario. Se observa también que tiene mayor estructura y organización para ello. Refiere que este tipo de ayudas le apoyan bastante para ser más eficiente en su trabajo.	Algunas dificultades para la evocación de la información, sin embargo, con el apoyo de las estrategias mnemotécnicas mostró un mejor desempeño.	El día de hoy únicamente se le mostró una ocasión la carita de foami, y en seis oportunidades, ella se corrigió.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?



**OBSERVACIONES:**

Se observa que ha mejorado el desempeño en la realización de las actividades cotidianas con el uso de las estrategias mnemotécnicas.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Realizar ejercicios que favorezcan la generalización de las estrategias a su vida cotidiana.
- Trabajar con la evocación de información importante ya almacenada.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Caso de un paciente	En esta actividad se realizó una sesión práctica en la cual se le presentó el caso de un paciente, donde ME fue la terapeuta y la rehabilitadora fue la paciente. Durante la sesión tuvo que realizar la historia clínica y cuestionamientos sobre el padecimiento. Se tomaron algunas notas durante la sesión, principalmente de información relevante o palabras claves.	Caso de un paciente. Hojas blancas. Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Debido a que ME tiene que realizar una sesión bibliográfica para sus compañeros de trabajo, se le pidió que viera la película de la cual se hablará durante la misma, para ir preparando esta sesión y realizar una práctica con las estrategias ya aprendidas y con el control del automonitoreo.
Realizar una nota clínica	Se realizó la nota clínica del paciente presentado, en donde, antes de escribirla, se estimó el tiempo de realización y los requisitos que debía cubrir. Se utilizó un reloj para ir monitoreando el tiempo de esta actividad.		
Recordando personas	Se le pidió que recordara la información de las personas presentadas en la sesión # 35, recordando las estrategias utilizadas para almacenar esta información y facilitar la evocación.		
La carita	Se continuó trabajando con la carita de foami.		

**OBSERVACIONES:**

Estuvo bastante cooperadora durante la sesión de hoy. No mostró en ninguna ocasión pérdida del núcleo de la conversación o que se perdiera en ideas irrelevantes o secundarias.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

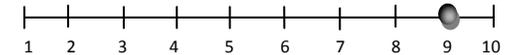
FECHA: 01/julio/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Generalización de las estrategias No. de sesión: 37

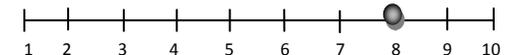
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se mostró con buen estado de higiene y aseo. Al observarla, se apreció con un poco de molestias físicas debido a la lumbalgia, pero esto no fue impedimento para realizar la sesión.	No mostró dificultades para focalizar y sostener su atención durante la sesión de hoy.	Al iniciar la sesión se encontró tranquila, sin embargo, durante el ejercicio de realizar la nota clínica refirió un poco de estrés debido al seguimiento del tiempo de realización, sin embargo, logra el control de esto a través de la respiración y relajación.

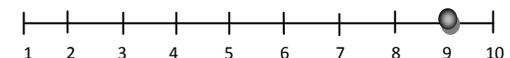
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
ME presenta mayor estructura y organización para la toma de apuntes mientras se le presenta el caso de un paciente, lo que favorece la realización de la nota clínica.	No mostró dificultades significativas esta sesión, únicamente, para recordar la información de las personas tarda un poco de tiempo, pero finalmente logra hacerlo.	El día de hoy no se le mostró en ninguna ocasión la carita de foami y ella se corrigió en cinco ocasiones.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

ME refiere estar bastante emocionada por los avances que se han observado durante el programa de rehabilitación y señala que le ha sido muy útil en su vida cotidiana.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Llevar a cabo actividades que favorezcan la generalización de las estrategias a su vida cotidiana.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Caso de un paciente	Al igual que en la sesión anterior, se realizó una sesión práctica en la cual se le presentó el caso de un paciente, donde ME fue la terapeuta y la rehabilitadora fue la paciente. Durante la sesión tuvo que realizar la historia clínica y cuestionamientos sobre el padecimiento. Se tomaron algunas notas durante la sesión, principalmente de información relevante o palabras claves.	Caso de un paciente. Hojas blancas. Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Comenzar a preparar la exposición de la sesión bibliográfica que tiene que realizar.
Resumen de la película vista	Antes de iniciar con la realización de la nota clínica, se le pidió que recordara la película que vio y que servirá como base en la estructura del análisis en la sesión bibliográfica que tiene que realizar para sus compañeros.		
Realizar una nota clínica	Se realizó una nota clínica del paciente visto en la sesión del día de hoy en donde, antes de escribirla, se estimó el tiempo de realización y los requisitos que debía cubrir. Se utilizó un reloj para ir monitoreando el tiempo de esta actividad.		
La carita	Se siguió trabajando con la carita de foami con el objetivo de fortalecer el automonitoreo.		

**OBSERVACIONES:**

Mostró un poco de estrés ante la tarea de realizar la nota clínica. Refiere que estos ejercicios le parecen bastante adecuados para ayudarla en su vida cotidiana, ya que es lo que ella realiza con sus pacientes.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

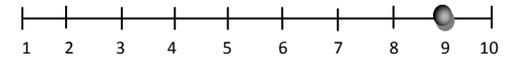
FECHA: 06/julio/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Generalización de las estrategias No. de sesión: 38

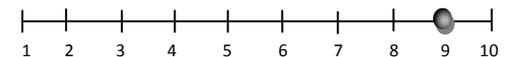
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buenas condiciones de higiene y aliño. Se mostró un poco cansada, refiriendo que ha sido por la carga de actividades laborales.	No mostró dificultades atencionales de ningún tipo.	Al inicio de la sesión se mostró tranquila y con buen ánimo, únicamente al trabajar la nota clínica, ME refirió un poco de estrés por el control del tiempo, sin embargo, logra aplicar estrategias de relajación y respiración.

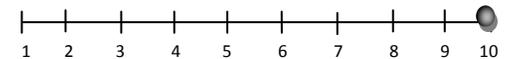
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
En las tareas realizadas, presenta un mejor desempeño tanto en habilidades como jerarquización, clasificación y organización de la información, lo que favorece el proceso de evocación.	No mostró dificultades significativas.	No se le mostró en ninguna ocasión la carita de foami, aún en la descripción de la película, que es una actividad donde ella misma es la que tiene que estructurarla; únicamente se corrigió en 4 ocasiones.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

A pesar de tener algunas situaciones de estrés, ME refiere que también puede aplicar las estrategias de respiración y relajación a su vida cotidiana.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Llevar a cabo ejercicios que favorezcan la generalización de las estrategias a su vida cotidiana.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Caso de un paciente	Al igual que en sesiones anteriores, se realizó una sesión práctica en la cual se le presentó el caso de un paciente, donde ME fue la terapeuta y la rehabilitadora fue la paciente. Durante la sesión tuvo que realizar la historia clínica y cuestionamientos sobre el padecimiento. Se tomaron algunas notas durante la sesión, principalmente de información relevante o palabras claves.	Caso de un paciente. Hojas blancas. Hoja de evaluación de la sesión.	Debido al poco tiempo que ha tenido para la preparación de su exposición, se le pidió que continúe preparando esta sesión bibliográfica. Traer la siguiente sesión notas clínicas de pacientes reales que ella tiene en su consultorio para revisión en la siguiente sesión.
Recordando un paciente	Se le pidió que recordara toda la información que pueda sobre el caso del paciente visto en la sesión # 29, apoyándose en las estrategias empleadas para el almacenamiento.		
Planes	Se platicó con ME sobre los planes que ella tiene, los objetivos que le gustaría alcanzar, las habilidades que ahora ella tiene y la manera en que puede utilizarlas para llevar a cabo estos planes. En estos se encuentran seguir estudiando (otra especialidad, inglés y computación), así como actividades recreativas y sociales que no había considerado con anterioridad debido a las dificultades cognitivas que ella presenta, pero que ahora tiene herramientas necesarias para poder realizarlas.		
Carita	Se continuó trabajando el ejercicio con la carita de foami.		

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

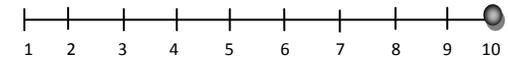
FECHA: 08/julio/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Generalización de las estrategias No. de sesión: 39

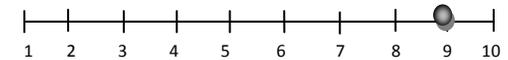
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Se presentó con buenas condiciones de higiene y aliño, no refirió cansancio ni molestias físicas significativas.	No presentó dificultades atencionales en la sesión de hoy.	Se mostró tranquila y con buen ánimo al inicio, durante y al finalizar la sesión de hoy.

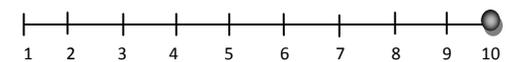
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



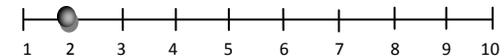
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
Al igual que en sesiones anteriores, ME muestra un mejor desempeño en habilidades de organización, clasificación y jerarquización de la información. Se pierde menos en ideas secundarias y puede mantener el objetivo claro de la sesión con un paciente.	No muestra dificultades significativas en la sesión de hoy.	El día de hoy no se le mostró en ninguna ocasión la carita de foami y ella misma se corrigió únicamente en cinco ocasiones.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

ME se muestra bastante emocionada al platicar sobre los planes que ahora tiene, debido a que antes no había considerado ninguna posibilidad debido a las dificultades cognitivas.

**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Llevar a cabo ejercicios que favorezcan la generalización de las estrategias a su vida cotidiana.
- Involucrar a la familia en la valoración de los avances de ME.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Caso de un paciente	Al igual que en sesiones anteriores, se realizó una sesión práctica en la cual se le presentó el caso de un paciente, donde ME fue la terapeuta y la rehabilitadora fue la paciente. Durante la sesión tuvo que realizar la historia clínica y cuestionamientos sobre el padecimiento. Se tomaron algunas notas durante la sesión, principalmente de información relevante o palabras claves.	Caso de un paciente. Notas clínicas de los pacientes. Carita de foami. Hoja de evaluación de la sesión.	Terminar la preparación de su exposición para la sesión bibliográfica, ya que en la siguiente sesión presentará dicha exposición.
Revisión de las notas	Se revisaron las notas clínicas de pacientes reales, realizadas tanto antes del programa de rehabilitación como las más recientes, analizando el tiempo de ejecución, datos importantes, información irrelevante anotada y comparación entre ellas.		
Plática con la hermana	Se platicó con la hermana de ME para preguntar sobre los avances que ha observado, las áreas que faltan por trabajar y en general, los cambios que ha visto a partir del programa de rehabilitación.		
La carita	Se continuó trabajando el ejercicio con la carita de foami.		

**OBSERVACIONES:**

Se mostró tranquila y cooperadora.  
La hermana se mostró bastante contenta por referir que ha observado cambios significativos en el desempeño cotidiano con su hermana.

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

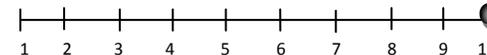
FECHA: 13/julio/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Generalización de las estrategias No. de sesión: 40

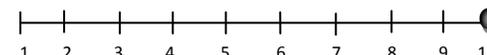
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Al igual que en otras sesiones, se presentó con buen estado de higiene y aliño. Se mostró un poco cansada por las actividades del trabajo.	No mostró dificultades atencionales de ningún tipo.	Estuvo tranquila y con buen ánimo. Estuvo bastante emocionada al darse cuenta de las diferencias en sus notas clínicas antes del programa de rehabilitación y después del mismo.

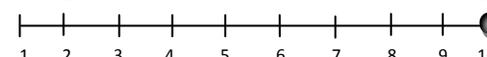
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



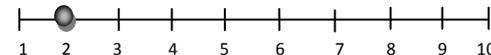
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No presenta dificultades significativas en el ejercicio del caso de un paciente. Se muestran cambios importantes en las notas clínicas realizadas antes y después del programa de rehabilitación, por lo que se concluye que las estrategias adquiridas se han generalizado a su vida cotidiana. La hermana de ME también refiere que ha observado un mejor desempeño en actividades que implican almacenar y evocar la información.	No presentó dificultades significativas en esta sesión.	Se observan bastantes avances en la realización de notas clínicas antes y después del programa de rehabilitación, contando con más estructura y organización, así como realizándolas en un periodo de alrededor de 20 minutos.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBJETIVO DE LA SESIÓN:**

- Realizar un ejercicio que favorezca la generalización de las estrategias aprendidas.
- Presentación de la sesión bibliográfica.
- Llevar a cabo una evaluación final del programa de rehabilitación.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MATERIAL	TAREA
Caso de un paciente	Al igual que en sesiones anteriores, se realizó una sesión práctica en la cual se le presentó el caso de un paciente, donde ME fue la terapeuta y la rehabilitadora fue la paciente. Durante la sesión tuvo que realizar la historia clínica y cuestionamientos sobre el padecimiento. Se tomaron algunas notas durante la sesión, principalmente de información relevante o palabras claves.	Caso de un paciente. Hoja de auto-reporte. Cámara de video. Hojas blancas. Hoja de evaluación de la sesión.	Continuar con las estrategias aprendidas en las actividades de su vida cotidiana y en sus futuros planes.
Evaluación del programa de rehabilitación	Se contestó un auto-reporte sobre la percepción de su estado emocional, cognitivo y social a partir de la última evaluación realizada hasta la fecha. También se platicó sobre la evaluación del programa en general y los avances que se han tenido.		
Presentación de la sesión bibliográfica	Se presentó la sesión bibliográfica que ME ha preparado para ello, basándose en los hechos ocurridos en una película. Se estructuró la exposición por temáticas principales y se grabó esta actividad para que posteriormente ME pudiera verse y tener una retroalimentación sobre su desempeño.		
Cierre del programa de intervención	Se realizó el cierre del programa de rehabilitación y se acordó seguir en contacto, principalmente por vía electrónica para seguir apoyando en caso de ser necesario.		

**EVALUACIÓN DIARIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

NOMBRE: MEGV

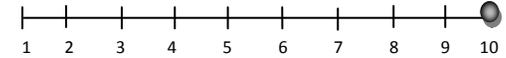
FECHA: 15/julio/2010

ETAPA DEL PROGRAMA: Cierre del programa de rehabilitación No. de sesión: 41

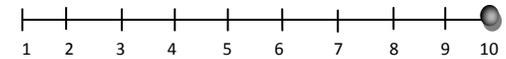
¿Cómo se presentó hoy?

APARIENCIA	ATENCIÓN	EDO. EMOCIONAL
Como en todas las sesiones, se presentó con buenas condiciones de higiene y aliño.	No mostró ninguna dificultad atencional.	Al iniciar y durante la sesión se mostró tranquila y emocionada por los avances significativos observados por el programa de rehabilitación.

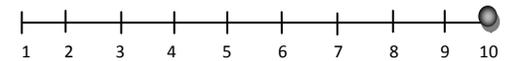
Desempeño al **inicio** de la sesión



Desempeño **durante** la sesión



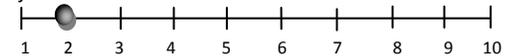
Desempeño al **final** de la sesión



Ejercicios que ejecuta con facilidad	Presenta mayores dificultades en...	Anotaciones sobre su ejecución
No tuvo dificultades para la sesión con un paciente y tampoco para la presentación de la sesión bibliográfica, manteniéndose siempre en el tema central, no se perdió en ideas irrelevantes, no mostró dificultades en la evocación de información y pudo transmitir la idea principal.	No se presentaron dificultades en la sesión de hoy.	ME refiere avances significativos en sus dificultades cognitivas, por lo que se encuentra bastante emocionada por tener más herramientas, con ello, podrá realizar planes y proyectos que no había contemplado debido a estas dificultades. Se seguirá en contacto principalmente de manera electrónica para tener un seguimiento.

¿Qué refiere ME sobre los ejercicios?

Grado de dificultad



**OBSERVACIONES:**

ME se encuentra bastante contenta por los resultados obtenidos en el programa de rehabilitación.