



**Universidad  
Europea** MADRID

# **Eficacia de la Estimulación Cognitiva en un Caso de Pérdida de Memoria por Síndrome de Korsakoff**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

María Gallego Fernández

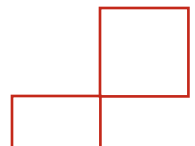
Tutora: Teresa Diéguez

Cotutora: Juliana Muñoz

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid

[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)



### *Agradecimientos*

*En primer lugar, agradezco poder haber tenido la oportunidad de cursar, no solo este máster sino todos mis estudios a mis padres, sin ellos hubiera sido completamente imposible costearme toda mi formación y probablemente sin su “presión”, no estaría escribiendo estas palabras a día de hoy.*

*A toda mi familia por poner expectativas en mí pues si de la motivación intrínseca se hubiera tratado, tampoco estaría en este punto.*

*A todos mis buenos amigos por ser mi vía de escape y mi rincón seguro.*

*A mis maravillosos compañeros de máster que ahora no son compañeros sino amigos. Sin ellos este tiempo no hubiera sido tan bonito. Nuestras recompensas después de las clases, los trabajos grupales y los momentos compartidos han sido lo que han empujado todo. Y por supuesto, nuestras mesas redondas de psicólogos.*

*A Teresa Diéguez, mi tutora del Trabajo de Fin de Máster y a mi cotutora Juliana Muñoz por haberme sugerido hacer el trabajo sobre este caso tan interesante.*

*Y a todas y cada una de las personas que de una forma u otra han formado parte de estos años y han tenido alguna palabra de ánimo o motivación.*

*Gracias.*

## RESUMEN

En este trabajo se presenta un caso clínico sobre una paciente que acude al centro por pérdidas de memoria.

Esta paciente de 64 años, manifiesta molestias al tener pérdidas de memoria desde hace varios años. Esta amnesia ha sido producida por un Síndrome o Psicosis de Korsakoff provocado por un abuso de alcohol, una de las causas más frecuentes de amnesia. Esta enfermedad se caracteriza por confusión mental, deterioro de la memoria reciente y confabulación.

Este abuso de alcohol viene incentivado por causas familiares y emocionales, ya que ha tenido una vida complicada y ha crecido en el seno de una familia desestructurada.

Se le recomienda la estimulación cognitiva para entrenar las áreas más afectadas en la paciente como son la memoria de trabajo y la atención sostenida.

Esta patología se diferencia de los trastornos cognitivos porque la memoria reciente se afecta de manera muy desproporcionada con respecto a otras funciones cognitivas.

Este síndrome está asociado en ocasiones con alteraciones estructurales, sobre todo con un problema en el área de Wernicke, aunque ha sido poco lo que se sabe del síndrome en su forma pura. Normalmente esto comienza por un problema neuroquímico de la tiamina o vitamina B1.

La paciente también tiene diagnosticado trastorno bipolar, el cual es una enfermedad mental prevalente, deteriorante y crónica. Se trata de una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado de ánimo entre episodios de depresión, de manía y mixtos. Como veremos durante el estudio de caso, este síndrome cuando aparece suele estar presente en varios miembros de la familia; en este caso, su padre y su hermano.

**Palabras clave:** confabulación, estimulación cognitiva, encefalopatía de Wernicke, tiamina, síndrome de Korsakoff.

## ABSTRACT

This paper presents a clinical case of a patient who comes to the centre for memory loss.

This 64-year-old patient has been experiencing memory loss for several years. This amnesia was caused by Korsakoff's Syndrome or Psychosis provoked by alcohol abuse, one of the most frequent causes of amnesia. This disease is characterised by mental confusion, impairment of recent memory and confabulation.

This alcohol abuse is encouraged by family and emotional causes, as he has had a complicated life and has grown up in a broken family.

Cognitive stimulation is recommended to train the most affected areas in the patient, such as working memory and sustained attention.

This pathology differs from other cognitive disorders because recent memory is affected disproportionately to other cognitive functions.

The syndrome is sometimes associated with structural disturbances, particularly a problem in Wernicke's area, although little is known about the syndrome in its pure form. This usually starts with a neurochemical problem with thiamine or vitamin B1.

The patient also has diagnosed bipolar disorder, which is a prevalent, deteriorating and chronic mental illness. It is a psychiatric illness that consists of cyclical and recurrent mood disturbance between depressive, manic and mixed episodes. As we will see during the case study, this syndrome, when it appears, is usually present in several members of the family; in this case, his father and brother.

**Keywords:** cognitive stimulation, confabulation, Korsakoff's syndrome, thiamine, Wernicke's encephalopathy.

## ÍNDICE GENERAL

<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1</b>	<b>Encefalopatía de Wernicke .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2</b>	<b>Síndrome o Psicosis de Korsakoff .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3</b>	<b>Consumo de alcohol .....</b>	<b>13</b>
<b>1.4</b>	<b>Trastorno Bipolar .....</b>	<b>14</b>
<b>2.</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Anámnesis .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Motivo de consulta .....</b>	<b>17</b>
<b>3.</b>	<b>ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Procedimiento .....</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Entrevista clínica.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Instrumentos de evaluación .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3.1</b>	<b>CAMCOG.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Tesen o Test de los Senderos .....</b>	<b>25</b>
<b>4.</b>	<b>FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO. ....</b>	<b>31</b>
<b>4.1</b>	<b>Análisis funcional del problema .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivos y propuesta de intervención .....</b>	<b>37</b>



<b>5. TRATAMIENTO</b> .....	<b>39</b>
<b>6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO</b> .....	<b>42</b>
<b>7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	<b>44</b>
<b>7.1 Limitaciones del estudio</b> .....	<b>46</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>48</b>
<b>9. ANEXOS</b> .....	<b>51</b>
<b>9.1 Test de Senderos (TESEN)</b> .....	<b>51</b>
<b>9.2 Consentimiento informado</b> .....	<b>54</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.....</b>	<b>24</b>
<b>TABLA 2.....</b>	<b>24</b>
<b>TABLA 3.....</b>	<b>24</b>
<b>TABLA 4.....</b>	<b>29</b>
<b>TABLA 5.....</b>	<b>30</b>
<b>TABLA 6.....</b>	<b>35</b>
<b>TABLA 7.....</b>	<b>36</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Encefalopatía de Wernicke

El caso que se presentará a lo largo de este trabajo fue diagnosticado como síndrome de Korsakoff (SK), pero se hace necesario establecer la diferencia entre este síndrome y la enfermedad de Wernicke (EW), dado que representarían diferentes fases de la enfermedad siendo SK la más avanzada y con mayor complejidad terapéutica.

Se comenzará haciendo referencia a la encefalopatía de Wernicke la cual fue descrita por primera vez en 1881 por Karl Wernicke (Kleinert-Altamirano y Juárez-Jiménez, 2014). La base fundamental es el déficit de tiamina o vitamina B1 por alcoholismo crónico, que representa el 50% de los casos. La causa más frecuente de déficit de tiamina es el alcoholismo, debido a que el alcohol interfiere con la absorción intestinal de tiamina vinculada a un trastorno metabólico impidiendo la formación del pirofosfato de tiamina, su forma activa. (González *et al.*, 2017). Este déficit de tiamina se puede llegar a corregir adecuadamente con su administración endovenosa ya que de esta manera no se genera déficit neurológico significativo. (Grandez-Urbina *et al.*, 2013).

Wernicke comienza con fallas en la orientación, apatía e indiferencia incluso una disminución de los reflejos que puede desembocar en arreflexia. (Téllez y Cote, 2006).

Según García *et al.* (2010) la prevalencia a nivel mundial oscila entre el 0,8-2,8%. En términos generales se asocia a un consumo excesivo y prolongado de alcohol, aunque actualmente no se considera una causa exclusiva. Parece ser que también intervienen factores ambientales y genéticos. Una vez más, la mayoría de los afectados fueron pacientes alcohólicos cuya prevalencia del 12,5% y las cifras de muertes por esta misma causa, oscilan entre el 29 y el



59%. Esta enfermedad es más propensa a desarrollarla las mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 70 años.

*Diagnóstico.* Es complicado establecer un diagnóstico de EW. Los conocimientos que existen de este síndrome se basan en la observación de pacientes alcohólicos en los que se objetivaban confusión mental, oftalmoplejía y ataxia de la marcha (Álvarez, 2021).

La alteración mental es el síntoma más común de la EW e incluye falta de atención, incapacidad para la concentración o somnolencia. El síntoma más común de la disfunción oculomotora es el nistagmo, que suele ser horizontal. La ataxia puede ser leve y pasar desapercibida o incapacitar al paciente hasta una incapacidad completa para caminar (Álvarez, 2021).

Alrededor del 15 % de los pacientes alcohólicos puedan llegar a tener enfermedad carencial, y que la encefalopatía de Wernicke puede alcanzar hasta al 2,8 % de la población general (no alcohólicos). (López et al., 2017). Mientras que la psicosis de Korsakoff afecta casi exclusivamente a pacientes que han abusado del alcohol. (González et al., 2017).

Desafortunadamente la recuperación completa de ese síndrome se da tan solo en un 20% de los casos.

## **1.2 Síndrome o Psicosis de Korsakoff**

Por otro lado, el SK es un trastorno neuropsiquiátrico que afecta a las funciones cognitivas, en especial la memoria y el aprendizaje. Esta patología daña con mayor frecuencia la memoria anterógrada. En ocasiones, el SK se asocia con alteraciones estructurales, por lo general con una problemática en el área de Wernicke. (González et al., 2017). Esta enfermedad es llamada así por el psiquiatra ruso Korsakoff el cual la describió en 1887 (Chang et al, 2004).

Según las investigaciones de Truffino (2004), lo que más destaca en este síndrome es la amnesia anterógrada como defecto del aprendizaje, pero la amnesia retrógrada (pérdida de los recuerdos) también es común dentro de los síntomas de la psicosis de Korsakoff. Se ha encontrado en los pacientes con Korsakoff alteraciones significativas en la evaluación de la capacidad de detección y discriminación de las respuestas afectivas, dificultades en la interpretación del significado afectivo de la prosodia cuando no se dispone de indicadores contextuales. Por todo esto, es que se podría explicar parte de la indiferencia que se puede observar en pacientes con esta patología diagnosticada.

Esta patología puede presentarse precedida o no de encefalopatía de Wernicke (EW), por lo que es un síndrome generalmente infradiagnosticado. No se tiene por qué llegar a este punto de la enfermedad con una óptima corrección del déficit de tiamina en la primera fase de la enfermedad de Wernicke (Téllez y Cote, 2006).

Es muy importante realizar este diagnóstico lo más temprano posible para el aporte precoz de tiamina ya que una vez instaurado este síndrome, sus síntomas propios (trastorno de memoria y capacidad intelectual), no retroceden (Lapkaa y Llorens, 2015).

*Tratamiento.* La terapéutica recomienda una combinación de tratamiento etiológico, farmacológico y rehabilitación cognitiva. (Casadevall et al., 2002).

La psicosis de Korsakoff constituye una de las formas en que se presenta la enfermedad de Wernicke. El síndrome o psicosis de Korsakoff fue identificado por Sergei Korsakoff. Es un síndrome amnésico-confabulatorio, que se caracteriza por confusión mental, principalmente causado por la insuficiencia de tiamina o más comúnmente conocida como vitamina B1, como se ha mencionado anteriormente en la EW. Tan solo se tiene cierta información de este síndrome en

su forma pura, pero lo que, si está claro, es que hay una carencia de esta vitamina debido a un problema neuroquímico. (*González et al., 2017*).

Una de las áreas que también suele estar afectada es la memoria autobiográfica, provoca en el paciente una pérdida grave de la memoria episódica o de las experiencias vividas. Las confabulaciones pueden presentarse, pero no son específicas dentro de este síndrome.

(*Hernández, 2019*).

“Las confabulaciones o mentiras honestas como las define Marcovich, constituyen un fenómeno complejo cuyo estudio y conceptualización ha ido evolucionando en el último siglo”. (*Pérez et al., 2012*). El término confabulación ha sido utilizado para referirse a falsos productos de la memoria mientras que ahora también se utiliza para referirse a percepciones erróneas de estados corporales e incluso del mundo exterior. Primero se las consideró como un fenómeno amnésico con alteraciones en la recuperación de información, pero eso no es todo, la investigación ha demostrado que en las confabulaciones intervienen más factores, más concretamente una red de procesos cognoscitivos. Estos procesos, a su vez, implican otros como el funcionamiento ejecutivo, motivación, emociones y temporalidad uniéndose a subsistemas de memoria (*Lorente et al., 2011*).

La apatía, confabulación y relativa preservación de ciertas habilidades cognitivas como pueden ser el lenguaje, las operaciones numéricas o las acciones habituales entre otras, también representan a este síndrome.

Dentro de este síndrome también se pueden encontrar signos de neuropatía leve, manifestaciones vasculares como pueden ser la disnea de esfuerzo, la taquicardia, hipotensión postural y anomalías electrocardiográficas menores (*Suárez, 2009*).

Todo esto hace que la persona que lo sufre pueda llegar a experimentar problemas a la hora de integrarse en sociedad (Téllez y Cote, 2006).

A su vez, este síndrome, causa alteraciones en el sistema nervioso central a nivel de los cuerpos mamilares, tálamo y regiones periventriculares, incluyendo la afectación en la memoria. No solo ocurre en pacientes con alcoholismo crónico la encefalopatía, sino que se han detectado casos en otro tipo de pacientes. Es importante que sea diagnosticado de una manera correcta, ya que muchas veces se pasan por alto ciertos aspectos sintomáticos propios de este síndrome y se diagnostica como Alzheimer, ya que las alteraciones amnésicas son muy similares; algunas de las características a tener en cuenta para no hacer un mal diagnóstico es saber que los pacientes con Alzheimer tienden a sufrir anomia, acalculia y apraxia, déficit visuoespacial y mayor deterioro del coeficiente intelectual. Por otro lado, la psicosis de Korsakoff es caracterizada por la ausencia de una reducción generalizada del funcionamiento intelectual. La memoria anterógrada sufre un gran deterioro ya que la memoria retentiva es muy afectada en relación con otras funciones cognitivas. Como se ha mencionado anteriormente, la psicosis de Korsakoff coexiste con demencia alcohólica. (González et al., 2017).

A nivel fisiológico, las lesiones neuropatológicas típicas del síndrome de Korsakoff se dan en los cuerpos mamilares, hipotálamo, núcleos mediales del tálamo, región periacueductal, vermis cerebeloso superior y segmento de puente y médula. Más concretamente hablando de las manifestaciones clínicas se debe mencionar la triada clásica descrita por Wernicke y se cita textualmente: 1) Oftalmología que involucra nistagmo horizontal y vertical, paresia de los músculos rectos laterales y debilidad o parálisis de la mirada conjugada, 2) ataxia y 3) trastornos de la mentalidad, los cuales se pueden presentar como un estado confusional global caracterizado

por apatía, hipoprosexia, indiferencia con el medio, habla mínima, caer dormido de manera repentina u otros. (Suárez, 2009).

Muy importante para el diagnóstico son las pruebas de imagen como RM (resonancia magnética) o el TAC (tomografía axial computerizada).

En las pruebas analíticas, es imprescindible cuantificar la concentración de tiamina en sangre.

*Tratamiento.* El tratamiento se basa fundamentalmente en la administración de tiamina por vía parenteral para pasar después a la vía oral. La disfunción oculomotora mejora en días e incluso en horas. No sucede lo mismo con las alteraciones del estado mental y la ataxia. Tristemente algunos pacientes no llegan a recuperarse sufriendo síntomas irreversibles (Álvarez, 2021).

### **1.3 Consumo de alcohol**

Es importante poner alarma en el consumo de alcohol ya que es un problema de salud pública. No solo a través de la promoción de la salud si no también su prevención. Muchas veces es considerada como una práctica socialmente aceptada de sociabilización, pero muchas otras es una conducta de evitación para grupos sociales vulnerables, que pueden desencadenar múltiples enfermedades como Korsakoff.

Antiguamente la prevalencia de esta práctica residía en su mayoría en hombres mientras que, por el cambio de posición social de la mujer, estos porcentajes de consumo se han estrechado. (Ahumada-Cortez et al., 2017).

Desde 1995 al 2017, el porcentaje de personas que reconocen el consumo diario de alcohol ha variado bastante bajando el porcentaje de manera sustancial. Hace dos décadas era de aproximadamente un 18,4% mientras que en 2017 un 7,4% manifestó el consumo diario de alcohol. (Llamosas-Falcón et al., 2020).

### **1.4 Trastorno Bipolar**

La paciente no solo fue diagnosticada de síndrome de Korsakoff, sino que también ha sido diagnosticada de trastorno bipolar, síndrome que ha afectado a otros miembros de su familia.

El trastorno bipolar es una enfermedad mental prevalente, deteriorante y crónica. Se trata de una enfermedad psiquiátrica que consiste en la alteración cíclica y recurrente del estado de ánimo entre episodios de depresión, de manía y mixtos. Esta enfermedad necesita de atención médica, psicológica y social debido a que tiene una alta morbilidad y mortalidad. Según ha ido pasando el tiempo se ha comprobado que esta enfermedad es más común de lo que se pensaba. Debido a la discapacidad que se asocia a esta enfermedad, ha habido un crecimiento exponencial sobre su investigación. (García-Blanco et al., 2014). De hecho, en los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) se ve reflejado el trastorno bipolar ocupando el sexto puesto entre todos los trastornos médicos. (Jara et al., 2008).

Existen dos tipos principales, el trastorno bipolar tipo I (TBI) y el trastorno bipolar tipo II (TBII). El tipo I se caracteriza por episodios alternos de manía y depresión mientras que el tipo II está caracterizado por episodios de hipomanía y depresión. Se pueden distinguir ambos tipos por la severidad de los síntomas maníacos. Hay casos en los que la manía requiere hospitalización causando un gran impedimento en la funcionalidad e incluyendo síntomas psicóticos. A parte de

estos dos tipos también se contempla el trastorno ciclotímico, este implica episodios recurrentes de hipomanía y depresión subclínica. (Hernández et al., 2019).

Aunque este trastorno está presente en el 1% de la población hay que tener en cuenta que para ser diagnosticado las personas previamente han tenido que cumplir unos criterios que dicta el DSM- V; este trastorno se caracteriza por la presencia de, al menos, dos episodios donde el estado anímico y los niveles de actividad del paciente están significativamente alterados. Es posible que estas alteraciones cumplan los criterios del diagnóstico de manía y otras, el de depresión. (American Psychiatric Association [APA], 2014). Los investigadores piensan que se debe a un desequilibrio de ciertas sustancias bioquímicas del cerebro. Los trastornos bipolares suelen darse en algunas familias, y más de dos terceras partes de los enfermos tienen como mínimo un familiar cercano que también sufre esta enfermedad o que por su defecto, tiene diagnosticada una depresión aguda.

El trastorno bipolar tiene varios posibles factores etiológicos como son el factor endógeno (70%), factor hereditario (15%), factor biológico, factor tóxico, factores hormonales, factor psicológico y factores socioculturales. (Jara et al., 2008).

Por todo esto, el objetivo de este trabajo es mejorar sus capacidades cognitivas mediante la estimulación cognitiva para crear una mejor calidad de vida en la paciente.

Al ser una amnesia producida por el consumo de alcohol y derivada en un Síndrome de Korsakoff, es importante no solo centrarse en la psicoestimulación y sus beneficios, aunque sea el objetivo principal de este trabajo; también es importante enseñarle a la paciente técnicas como habilidades sociales, técnicas de afrontamiento o apoyo emocional entre otras.

## 2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

### 2.1 Anamnesis

La muestra se basa en el caso clínico de una paciente, mujer, zurda, de 64 años, jubilada y divorciada nacida en Madrid y con una hija de 40 años. Tiene dos nietos, uno de 15 años y otro de 12.

La paciente P. relata que ella fue un embarazo no deseado y además su madre tuvo complicaciones con la placenta en el momento del parto, P. cuenta que todos los cumpleaños, su madre le recordaba la desgracia que había sido.

Es la segunda de cinco de hermanos y fue la encargada de la crianza de todos sus hermanos menores que ella. Como se ha mencionado anteriormente, la paciente recibió maltrato psicológico por parte de su madre y de su padre, recuerda que era una persona muy trabajadora pero que sufrió problemas de alcoholismo.

La relación con sus hermanos es distante, aunque ha mantenido algún acercamiento en el último año.

P. siempre ha sido muy autoexigente y trabajadora, ha podido tener acceso a becas. Cuando acabó el bachiller hizo una formación profesional de esteticista, antiguamente eran 5 años, pero lo que verdaderamente siempre ha querido ser es médico, cosa que sus padres no quisieron porque tenía que dar el máximo tiempo posible a la familia y su cuidado.

La paciente asumió la responsabilidad de sus hermanos y de la casa hasta los 18 años, que fue cuando contrajo matrimonio. Estuvo casada 40 años o como dice ella, malcasada, ya que



recibió maltrato psicológico. Se volcaba en el trabajo como vía de escape y muchas veces se separaron, pero sin llegar a divorciarse lo cual ha ocurrido hace 7 años.

Tiene una hija con la cual estuvo bastante distanciada por como indica la paciente, influencias del padre. Estuvo 6 años sin hablarse con ella, pero ahora tienen buena relación.

Actualmente la paciente vive en su casa, pero compartida con dos chicos para poder llegar económicamente a cubrir los gastos mensuales.

Respecto a los antecedentes médicos a nivel familiar, su padre está diagnóstico de bipolaridad, estuvo en tratamiento por mucho tiempo y empezaron a recetarle medicación mucho después de lo que la enfermedad requería. Su padre sufrió alcoholismo, pero no fue tratado de esto. Hace unos años, un hermano suyo con trastorno de bipolaridad también diagnosticado y con tratamiento farmacológico, se suicidó.

## **2.2 Motivo de consulta**

La paciente tuvo el primer brote de bipolaridad con 10 años donde presentó depresiones y crisis maníacas, mostrando inicialmente síntomas como nerviosismo, ansiedad y estados elevados de tristeza. Por lo tanto, a P., también le diagnosticaron un trastorno bipolar, en este caso de tipo I. Desde esa época ha recibido tratamiento tanto psicológico como psiquiátrico, acompañado de tratamiento farmacológico. Actualmente toma Invega 20 miligramos, Heipram 10 miligramos, Quetiapina de 10 miligramos y Lacmital de 200, adicionalmente Recve, medicación para el control de la presión arterial y, por último, complejo vitamínico.

El presente año sufrió un brote psicótico estando en crisis desde junio hasta septiembre, el cual le llevó a experimentar pérdida de memoria hasta el punto de no reconocer a sus familiares. Relata que lo pasó muy mal ya que llegó a estar atada y a escaparse. Estuvo

hospitalizada 10 días. Tras su hospitalización ha estado al cuidado de su hermana con la cual ha afianzado la relación y actualmente considera un apoyo importante. Esta le ayuda en cuestiones como los trámites en el pago del agua, electricidad o cuando la paciente debe emplear más recursos cognitivos.

Tras la crisis experimentada el pasado año, sus síntomas relacionados con déficit de memoria han empeorado, aunque ha sido una cuestión progresiva desde hace 10 años.

Hace 5 años fue diagnosticada del síndrome de Korsakoff, del cual mantiene un control neurológico. También, recientemente en una revisión médica le dijeron que es posible que esté desarrollando la enfermedad de Parkinson ya que tiene afectaciones motoras (movimientos involuntarios de las extremidades superiores).

Respecto a las actividades de la vida cotidiana, la paciente cuenta que tiene dificultades para realizar las tareas que anteriormente realizaba sin ningún tipo de problema. P enumera varias actividades en las que presenta problemas como hacer la compra, ya que presenta ciertas dificultades en las denominaciones o complicaciones a la hora de elaborar recetas que acostumbraba ya que a veces no consigue recordar tanto los alimentos como el proceso. Todo esto le crean sentimientos de angustia a la par que impotencia.

Tiene problemas de concentración que se incrementan cuando tiene preocupaciones debido a que le llevan a desarrollar pensamientos obsesivos, aunque dice que desde niña siempre ha sido así.

Respecto al sueño, la paciente cuenta que logra dormir gracias a la medicación.

Desde hace 2 años, P., asiste a un centro de psicoestimulación cognitiva, estuvo ausente los meses que mantuvo el brote mencionado anteriormente y regresó en octubre del 2021. Acude

al centro de manera independiente, aunque le agobia moverse en metro. Ella manifiesta que es consciente de su déficit, como el olvido de palabras, pero trata de compensar esto usando palabras similares o cambiando de tema (evitación).

P., consciente de su problemática ha buscado ayuda en primera persona siendo su objetivo fundamental poder desarrollar una vida lo más normal posible. La paciente busca la mejora de ciertas áreas cognitivas como la memoria o la capacidad atencional afectadas por producto de la sintomatología de su enfermedad, el síndrome de Korsakoff.

### **3. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN**

#### **3.1 Procedimiento**

La señora P. se presentó al centro trasladándose por sus propios medios, presentó vestimenta y estado de higiene corporal cuidado. Camina normal y no necesita ayuda para trasladarse. Se observan movimientos involuntarios en las extremidades superiores, mucho más marcados en las manos en momentos en los que se siente angustiada. Se mostró colaboradora y manteniendo el contacto visual. Muestra fluidez en el lenguaje y presenta manifestaciones verbales de impotencia ante las dificultades cognitivas que fue presentando durante la evaluación, en especial, la memoria y la capacidad atencional.

La paciente fue informada del procedimiento a llevar a cabo, firmando el consentimiento informado (véase en anexos 9.2).

#### **3.2 Entrevista clínica**

Se le realizó a la paciente una entrevista clínica semiestructurada de aproximadamente 40 minutos donde se buscó recopilar la máxima información posible y datos relevantes que sirvieran para ponerse en contexto de sus antecedentes vitales y de cómo estaba la situación a día de hoy.

Además, se pudo tener una charla con la hermana donde se obtuvo información muy importante para el caso.

La valoración consistió en dos sesiones (los días 2 y 9 de diciembre de 2021) en una sala acondicionada en semanas distintas de unos 90 minutos cada una de ellas.

### 3.3 Instrumentos de evaluación

Se le realizaron dos valoraciones neuropsicológicas, un pretratamiento (antes de comenzar el tratamiento en el centro) y otra durante este tratamiento (para ver si hubo variabilidad en los síntomas de la enfermedad durante el tratamiento). En la valoración realizada durante el tratamiento, solo se le pasó una de las pruebas realizadas en el pre tratamiento ya que es la que podría dar los datos más significativos en un período corto de tiempo. No obstante, cuando haya pasado más tiempo se le volverán a pasar las dos pruebas neuropsicológicas y se añadirán más pruebas de memoria, atención y fluidez verbal.

Respecto al área del pensamiento, muestra ideas organizadas y el proceso del pensamiento es coherente. A veces se pueden observar faltas de memoria respecto a lo que se está hablando o las palabras que está utilizando, déficit que siempre intenta compensar. Cabe decir que negó ideación suicida en el momento de la valoración.

No presenta alteraciones en la conciencia. Mantiene conservadas las capacidades de orientación reconociéndose a sí misma y donde se sitúa espacio temporalmente.

Le cuesta mantener la concentración durante la entrevista, algo menos cuando se le aplican los test psicométricos. Se identifican alteraciones en la memoria a la hora de relatar lo que se le pregunta o incluso de recordar la pregunta que se le ha formulado. También presenta dificultades al relatar episodios de su vida cotidiana, donde se puede ver una afectación de la memoria a corto plazo.

P. no presenta dificultades en habilidades de abstracción, pero si en tareas de cálculo cuando las denominaciones de este son altas.

Se concluye destacando los estados altos de ansiedad que tiene la paciente, especialmente cuando presenta dificultades en alguna tarea o en la evocación de recuerdos sumado a la angustia que le provocan los pensamientos obsesivos causados por esto.

El protocolo de valoración constaba de diferentes pruebas para valorar áreas como la memoria, la comprensión, atención o funciones ejecutivas entre otras.

### 3.3.1 CAMCOG

Tras la entrevista, la primera prueba que se le aplicó a la paciente P., fue la **Prueba de Exploración Cambridge revisada (CAMDEX-R)**, es un instrumento para la valoración de los trastornos mentales en la vejez. Está integrado por varios elementos como son el examen del estado actual, antecedentes familiares, antecedentes personales, examen cognitivo (**CAMCOG**), examen físico y pruebas complementarias, medicación y observaciones del entrevistador.

De este instrumento se utilizó el examen cognitivo CAMCOG, el cual es una batería de tipo breve-intermedia neuropsicológica validada por López-Pousa (2003). Esta subescala contiene 60 elementos asociados a las áreas neuropsicológicas más importantes (orientación, lenguaje, memoria, atención/concentración, comprensión lectora, praxis, percepción táctil y visual, cálculo, pensamiento abstracto y curso del tiempo). A su vez, contiene criterios para el diagnóstico diferencial, lo que nos permite poder clasificar el grado de severidad del deterioro. (Orozco, 2013).

Esta es una prueba sensible a la hora de detectar grados de demencia leves y muy útil para evaluar pacientes con disfunciones del lenguaje o de capacidades visoespaciales. (Hodges, 1996).

Se obtienen 8 puntuaciones parciales y la puntuación máxima es de 105 puntos (eran 107 puntos, pero se suprimió el ítem de reconocimiento táctil. (P=79/80 para sujetos normales).

*Fiabilidad.* Tras realizarse varios estudios con muestras clínicas para valorar la fiabilidad interexaminadores de varias secciones del CAMDEX, tanto en Reino Unido (O'Connor et al., 1989) como en EE. UU (Hendrie et al., 1988), los coeficientes phi de las distintas secciones de esta prueba se sitúan entre 0,83 y 1,00 lo que indica un nivel alto de fiabilidad.

Tras pasar este instrumento, se determina que tiene un rendimiento bueno a nivel de orientación ya que la paciente logra orientarse en tiempo y espacio sin problema. Se detectan a nivel general alteraciones en las habilidades de memoria (recuerdo diferido) y alteraciones en las habilidades de memoria de aprendizaje intencional. Muestra un mejor desempeño de la memoria reciente.

No se encuentran alteraciones significativas del lenguaje. Los resultados respecto al área atencional muestran dificultades importantes (véase en la Tabla 2.), especialmente en los ejercicios de cálculo que requieren de un mayor esfuerzo cognitivo.

No se encuentran alteraciones de praxias, ni alteraciones en las capacidades de pensamiento abstracto, buen desempeño de la percepción, aunque con ciertas dificultades a la hora de reconocer objetivos desde perspectivas inusuales (estímulo visual perceptivo).

**Tabla 1.***Área Memoria Test CAMCOG*

Memoria / 27	21	Remota/6	2
		Reciente/4	4
		Aprendizaje incidental/12	12
		Aprendizaje intencional/5	3

**Tabla 2.***Área Atención y Cálculo Test CAMCOG*

Atención y cálculo / 9	4	Serie de siete/5	1
		Contar hacia atrás/2	2
		Cálculo/ 2	1

**Tabla 3.***Área Percepción Test CAMCOG*

Percepción/ 9	6	Reconocimiento visual personajes/ 2	2
		Vistas inusuales/ 6	3
		Reconocer persona/ 1	1



### 3.3.2 Tesen o Test de los Senderos

Para evaluar las funciones ejecutivas se utilizó el **Tesen o Test de los Senderos**. Este test es una prueba de aplicación individual y tiene como finalidad un screening del funcionamiento ejecutivo de jóvenes y adultos mediante la realización de una tarea de planificación consistente en una actividad visomotora. Es también característico de esta prueba la baremación, donde se encuentran decatipos y percentiles de cada sendero y de las puntuaciones totales en ocho grupos de edad (desde los 16 a 20 años hasta 81 años o más) (*Portellano y Martínez, 2014*).

El test de screening o cribado cognitivo evalúa el funcionamiento ejecutivo prefrontal y hace referencia al conjunto de pruebas de evaluación breve de funciones cognitivas (FE) en un grupo de pacientes determinado. Estos son los que presentan síntomas de riesgo para desarrollar una demencia. Numerosas patologías psiquiátricas, psicológicas o neurológicas suelen acompañarse de síntomas relacionados con una disfunción ejecutiva, por lo tanto, puede ser aconsejable la utilización del TESEN para la evaluación global de estos posibles déficits.

El daño cerebral adquirido, especialmente el traumático y el vascular, con frecuencia altera el rendimiento ejecutivo de la persona afectada, pero también se observan alteraciones en las FE en otras patologías neuropsiquiátricas como la demencia, la epilepsia, la drogodependencia, el trastorno por déficit de atención o la esquizofrenia.

Las funciones ejecutivas constituyen un complejo de sistema multimodal compuesto por componentes básicos (actualización, planificación, flexibilidad, fluencia, inhibición y toma de decisiones) y componentes auxiliares o de apoyo para llevar a cabo la tarea (atención, inteligencia fluida, metacognición, memoria de trabajo, memoria contextual, memoria secuencial y prospectiva, lenguaje, control motor y gestión del procesamiento de las emociones).

Pueden evaluar funciones generales o específicas. Estos test, los test de screening, tienen varias cosas en común; deben ser breves, fáciles de administrar y puntuar, con alta fiabilidad y validez, etc. Además, va a permitir llevar un control evolutivo de las personas que están recibiendo tratamiento de rehabilitación neuropsicológica (Villarejo y Puertas-Martin, 2011).

Esta prueba puede corregirse de forma manual a partir de la información que se tiene en la hoja de anotación, aunque también puede utilizarse un sistema de corrección por internet (*Portellano y Martínez, 2014*).

Los materiales necesarios para pasar esta prueba serían el manual, la hoja de anotación y la prueba en sí, que consta de cuatro subpruebas (senderos) donde el evaluado pone en marcha procesos cognitivos cada vez más complejos y de mayor exigencia que miden funciones como memoria de trabajo, memoria prospectiva, velocidad de procesamiento motor, rapidez perceptiva, inhibición, atención sostenida y atención alternante. A continuación, se presentan los 4 senderos que componen este test. Es importante saber que el sendero 1 y 2 tienen menor carga ejecutiva.

- ✓ Sendero 1: El evaluado debe unir consecutivamente los círculos numerados siguiendo un orden ascendente (del 1 al 25). Está asociado al nivel atencional y la velocidad perceptiva y motora.
- ✓ Sendero 2: El evaluado debe unir consecutivamente los círculos numerados siguiendo un orden descendente (del 25 al 1). El sendero 2 está asociado a la memoria de trabajo, inhibición flexibilidad mental y memoria prospectiva.
- ✓ Sendero 3: El evaluado debe unir consecutivamente los círculos numerados en un orden creciente (del 1 al 20) y alternando el color de los mismos (amarillo - azul - amarillo...). En este sendero se activan el ejecutivo central y la memoria de

trabajo, especialmente la agenda visoespacial. Implica los siguientes componentes ejecutivos: alternancia, flexibilidad mental, resistencia a la interferencia, control inhibitorio, memoria operativa, fluidez motora y memoria prospectiva.

- ✓ Sendero 4: El evaluado debe unir consecutivamente los elementos numerados en orden creciente (del 1 al 20) y alternando la forma de los mismos (círculo - cuadrado - círculo...). Este sendero incluye planificación, flexibilidad mental, resistencia a la interferencia, fluidez de respuesta, memoria de trabajo, atención sostenida y alternante.

Ofrece puntuaciones cuantitativas de tres parámetros los cuales se registran en cada una de las pruebas:

- Tiempo de ejecución.
- Uniones correctas (aciertos).
- Errores cometidos.
  - En los senderos 1 y 2 se registra el número de errores de secuencia y el número de veces que el evaluado atraviesa una figura indebidamente.
  - En los senderos 3 y 4 se registran los errores de secuencia el número de figuras atravesadas indebidamente y también los errores de alternancia.

Hay dos maneras de corregir este test, una es la corrección rápida donde se proporciona un resumen global de la ejecución del evaluado en los distintos senderos del test y la otra manera es realizando un análisis de la ejecución de la persona donde se pueden calcular adicionalmente las puntuaciones individuales de las distintas pruebas y parámetros.

El TESEN ofrece tres puntuaciones diferentes de cada sendero las cuales son: puntuación de ejecución ( $E = \text{aciertos-errores}/\text{tiempo}$ ), de velocidad ( $V = \text{tiempo en segundos}$ ) y de precisión ( $P = \text{aciertos-errores}/\text{aciertos}$ ). A parte de las puntuaciones de cada prueba, este test proporciona una puntuación total de ejecución.

Los resultados obtenidos por la paciente son comparables con los baremos estandarizados de población de 61 a 70 años de edad, sus resultados evidenciaron a nivel general un nivel de medio a bajo. Su desempeño fue medio respecto a velocidad (P40; Decatipo 5) con la que la paciente efectuó los ejercicios, también sus resultados muestran un desempeño medio bajo en la ejecución (P20; Decatipo 4) y bajo en la precisión (P10; Decatipo 3) con la que la paciente logró concretar las tareas asignadas. La paciente cuenta con déficit a nivel ejecutivo afectando a su capacidad de planificación; todo esto repercute en las funciones ejecutivas como la atención sostenida o la memoria de trabajo.

Se puede mencionar que la paciente es consciente de sus limitaciones, pero a pesar de ello no pierde la motivación durante la prueba.

Los resultados muestran afectaciones en la capacidad de planificación, falta de fluidez en la respuesta y dificultad para responder de manera precisa lo que indica una posible afectación de otros componentes del sistema ejecutivo como, por ejemplo, la memoria de trabajo y la atención sostenida.

**Tabla 4.**

*Puntuaciones de las pruebas psicométricas Test de los Senderos pretratamiento Test de los Senderos*

<b>TESEN</b>			
TOTAL	Tiempo total	Aciertos totales	Errores totales
	798	74	12
Puntuación directa	Velocidad	Ejecución	Precisión
	798	7,77%	83,78%
	Percentil 40	Percentil 20	Percentil 10
	Decatipo 5	Decatipo 4	Decatipo 3

Los resultados que se obtuvieron dos meses más tarde seguían indicando el nivel medio bajo de la paciente respecto a las funciones ejecutivas desempeñadas durante la prueba.

La velocidad con la que realizó la prueba de los senderos fue peor (P15; Decatipo 3) pero la precisión subió la puntuación de manera sustancial ya que P. pasó de cometer 12 errores en el pre test a tan solo 1 error dos meses más tarde de iniciar el tratamiento neurocognitivo, lo que implica un funcionamiento medio alto y pasa a un percentil 75, Decatipo 7 (véase en la Tabla 2); los resultados de la ejecución se mantienen (P20; Decatipo 4).

Le cuesta mantener la atención en las tareas que realiza y es por esto que tarda en realizarlas más de lo que debería e incluso llega a distraerse porque comienza a contar algo en el momento de la prueba.

**Tabla 5.**

*Puntuaciones de las pruebas psicométricas Test de los Senderos durante el tratamiento*

<b>TESEN</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>Tiempo total</b>	<b>Aciertos totales</b>	<b>Errores totales</b>
	1110	85	1
<b>Puntuación directa</b>	<b>Velocidad (V total)</b>	<b>Ejecución (E total)</b>	<b>Precisión (P total)</b>
	1110	7,56%	98,82%
	Percentil 15	Percentil 20	Percentil 75
	Decatipo 3	Decatipo 4	Decatipo 7

#### **4. FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO.**

La paciente estuvo viviendo durante su infancia y su juventud en un ambiente de mucha exigencia, reproches y responsabilidad impropios de una niña. A su vez, recibió maltrato psicológico por parte de su madre, y su padre tenía problemas con el alcohol, lo que tan solo propiciaba más tensiones en casa.

Su padre estaba diagnosticado de un trastorno bipolar pero no fue medicado hasta muchos años después de su diagnóstico. Su hermano también fue diagnosticado de esto mismo, pero si fue medicado. Años después se suicidó.

La paciente también fue diagnosticada de esta enfermedad cuando sufrió el primer brote, con 10 años, y rápidamente se le puso bajo tratamiento psiquiátrico y psicológico. Hace 5 años también le diagnosticaron el síndrome de Korsakoff que le causó un ingreso hospitalario hace unos meses:

“A fecha 15 de octubre del 2021: atención en medicina interna, se indica que la paciente P fue atendida, se hallaron antecedentes de dificultades en la memoria, diagnóstico de Korsakoff y antecedentes de bipolaridad. También se pudieron encontrar dificultades motoras propias de la enfermedad de Parkinson; probablemente esto esté asociado a la ingesta de antipsicóticos de larga evolución”.

Se recomendó estimulación cognitiva, ejercicio físico, SPECT (tomografía computarizada por emisión de fotón único) y estudios por trastornos del movimiento.

Este fragmento del informe relata parte del ingreso hospitalario del 2021 donde se comentaba anteriormente que lo pasó muy mal ya que llegó a estar atada.

Es posible que todos los síntomas de sus patologías diagnosticadas estén agravados por la falta de estabilidad emocional, estrés y ansiedad que ha sufrido desde siempre; por parte de sus padres, el distanciamiento con sus hermanos, el matrimonio con maltratos psicológicos que vivió e incluso la ruptura de 6 años que tuvo con su hija.

Existen los antecedentes de abuso de alcohol en su familia por parte de su padre y se sabe que el síndrome de Korsakoff casi siempre aparece a causa del abuso de esto mismo como se ha hablado en la introducción del estudio de este caso. Se carece de esta información narrada por parte de la paciente, por lo que cuando se tiene la oportunidad de poder hablar con la hermana, se intenta conseguir este dato. La hermana refiere que ahora mismo no consume absolutamente nada de alcohol pero que si abusó de ello en el pasado. De esta manera se tendría claro que el desencadenante de este síndrome es el mismo que se puede descubrir en la revisión bibliográfica.

#### **4.1 Análisis funcional del problema**

A pesar de querer centrarse en los daños neurocognitivos producto de la enfermedad de Korsakoff, se considera de interés introducir en el análisis funcional variables emocionales y sociales de la paciente debido a sus vivencias y a su aprendizaje, ya que son hechos relevantes que han podido marcar en gran medida a P.

La amnesia que padece P. ha tenido desencadenantes menos comunes que los que se pueden encontrar en otro tipo de afecciones como pueden ser las demencias. Es por esto que es muy importante destacar el abuso del alcohol y los motivos que han propiciado esta desmesurada ingesta. Por todo ello no solo hay que centrarse en el tratamiento neurocognitivo sino también, en los reforzadores que pueda obtener la paciente.



El análisis funcional es una herramienta que nos permite entender por qué ocurren ciertas conductas y como podemos intervenir para cambiarlas. A continuación, se va a presentar en los siguientes apartados los antecedentes, las conductas y los respectivos consecuentes de algunos episodios de la vida de P. para poder formular las hipótesis de origen y de mantenimiento que han dado pie a los problemas que la paciente ha sufrido y, sobre todo, sufre en el presente.

#### A. ANTECEDENTES

-Antecedentes lejanos/antecedentes desencadenantes: exigencia por parte de los padres, maltrato psicológico por parte de su madre, ver como su padre llegaba ebrio a casa varias veces por semana, falta de comunicación familiar, desempeñar un rol de madre con sus hermanos, diagnóstico de trastorno bipolar con 10 años.

-Antecedentes externos: pareja, exigencia familiar, distanciamiento con sus hermanos, distanciamiento con su hija durante un periodo.

-Antecedentes internos: no haber podido estudiar lo que quiso, autoexigencia, frustración cuando nota que está teniendo pérdidas de memoria.

#### B. CONDUCTA

-Nivel cognitivo: pensamientos autodestructivos, frustración, rumiación.

-Nivel fisiológico: insomnio (ya que toma fármacos para conciliar el sueño), poner algo más.

-Nivel motor: desvíos de conversación cuando ve que no puede mantenerla, dejar de hacer actividades cotidianas porque ya no se siente capacitada, pedir ayuda a su hermana para tareas que requieran un mayor nivel cognitivo.

### C. CONSECUENTES

#### *-Corto plazo*

Le diagnostican Síndrome de Korsakoff

Desvíos de conversación cuando sabe que no va a poder mantenerla (evitación) (R-)

Pensamientos aversivos, entre ellos sentimientos de inutilidad que derivan en frustración  
(C+)

Dejar de hacer tareas que antes se le daban bien y le entretenían por miedo a fallar (R-)

Pedir ayuda a su hermana con ciertas tareas que requieran alto nivel de exigencia  
cognitiva (R-)

#### *-Largo plazo*

Insultos y desprecios por parte de su madre (C+)

Ver como su padre llegaba borracho a casa y eso creaba conflictos familiares (C+)

Haberle quitado la posibilidad de estudiar lo que quería (C-)

Maltrato por parte de su pareja (C+)

Divorcio (R-)

Distanciamiento a nivel familiar (C+)

Afrontamiento por escape mediante el consumo de alcohol (R-)

Cobijarse en el trabajo para escapar de la realidad (R-)

**Tabla 6.***Hipótesis de origen en un análisis funcional*

No haber llegado en un buen momento para la madre (ED)	Maltrato psicológico de la madre hacia la paciente (RO)	Sentirse mal (C+)
Desestructuración familiar (ED)	El padre llega frecuentemente a casa en un estado ebrio (RO)	Malestar de la paciente por los conflictos que eso genera (C+)
Los padres le exigen mucho tiempo para el cuidado de la familia y la casa (ED)	Ella no puede llegar a estudiar lo que quería (RO)	Frustración y decepción por haberle quitado esa posibilidad (C-)
Estrés y malestar en casa (ED)	Se cobija en el trabajo como vía de escape y para pasar menos tiempo en casa (RO)	Escape de los estímulos aversivos, se siente mejor (R-)
Mala relación intrafamiliar (ED)	Distanciamiento con los hermanos (RO)	Tristeza (C+)
Familia desestructurada y recibir maltrato psicológico por parte de su madre y su ex marido (EC)	Sentimientos de tristeza e inutilidad (RC)	Afrontamiento por escape mediante el consumo de alcohol (R-)

**Tabla 7.***Hipótesis de mantenimiento en un análisis funcional*

El marido le inculca a la hija ideas negativas sobre ella (ED)	La hija se distancia (RO)	Tristeza por esta pérdida de contacto (C+)
Tiene una pareja con quien contrae matrimonio (ED)	Este le maltrata psicológicamente (RO)	Malestar y no poder ser feliz en casa (C+)
Le diagnostican Síndrome de Korsakoff (EC)	Tiene pérdidas de memoria (RC)	Rumiaciones acerca de sentirse inútil (C+)
Tiene pérdidas de memoria (EC)	Nota que a veces no puede seguir ciertas conversaciones y tiene rumiaciones constantes acerca de sentirse inútil (RC)	Frustración y malestar (C+)
No se siente capacitada para hacer ciertas tareas que solía realizar en su día a día (ED)	Deja de hacerlas incluso delegándoselas a su hermana (RO)	Evita sentirse mal por no poder (R-)
Debido a su enfermedad percibe amnesia anterógrada propia de esta (ED)	Acude al centro para hacer estimulación cognitiva (RO)	Se siente bien al realizar las tareas de manera óptima y tener una rutina diaria (R+)

## 4.2 Objetivos y propuesta de intervención

Esta propuesta de intervención pretende crear una mejora en las pérdidas de memoria reduciéndolas o al menos estabilizándolas mediante el trabajo de la estimulación neurocognitiva. El objetivo principal y por tanto el objetivo que pretende buscar este caso clínico es realizar una rehabilitación a nivel neurocognitivo que comprenda áreas afectadas. Mediante la estimulación cognitiva se interviene para mejorar el desempeño de las funciones ejecutivas ya que de esta manera no solo se conseguirá lidiar con la sintomatología propia del síndrome de Korsakoff, sino que estos resultados, le proporcionarán a P., una mejor calidad de vida.

### *Objetivos de la intervención a nivel neurocognitivo:*

- Mejora de la memoria de trabajo
- Mejora de la atención sostenida
- Mejora de la velocidad de procesamiento
- Mejora de la capacidad de planificación

Tomando conciencia de la importancia de seguir todas las pautas y rutinas recomendadas como es entre otras, acudir al centro los días estipulados y trabajar en las áreas más problemáticas; refuerzos positivos cuando la usuaria esté trabajando de manera colaborativa y animarla en el curso del tratamiento. Reestructuración cognitiva cuando se sienta más decaída y haga comentarios negativos de sí misma y sus capacidades.

También es muy importante que la persona no deje de hacer las tareas y actividades de la vida cotidiana a las que está acostumbrada para así, poder mantener una rutina en su vida lo que no solo

ayudará a las pérdidas de memorias asociadas al síndrome que nuestra usuaria padece, sino que, además, podrá sentirse útil y adaptada.

Debemos tener en cuenta el análisis funcional de la conducta (situaciones que disparan los síntomas propios de la enfermedad como pueden ser las pérdidas de memoria o las confabulaciones entre otros, horas de sueño, rutinas diarias, correcto suministro de su medicación correspondiente, revisiones médicas o ingresos, etc.).

Posteriormente habrá que concienciarla en caso de que lo requiera a tener una adherencia no solo al tratamiento farmacológico si no a todas las propuestas cognitivas que irán ayudando a la usuaria.

*Objetivos de la intervención a nivel emocional:*

Eliminar sentimientos de culpa cuando algo no salga como estaba previsto. Mejorar su motivación para continuar día tras día. Aceptación y comprensión del problema. Lograr la colaboración por parte de su familia, en este caso su hija y su hermana, para el tratamiento.

*Objetivos de la intervención a nivel conductual:*

Potenciar actividades gratificantes como pequeñas autorrecompensas cuando esté realizando todo correctamente. Adquirir estrategias de afrontamiento adecuadas para reorganizar la vida diaria y hacer frente a las dificultades.

## 5. TRATAMIENTO

Para su tratamiento se recomienda seguir con las mismas pautas farmacológicas que hasta el momento, especialmente la tiamina, vitamina ausente en el síndrome de Korsakoff que padece la paciente. También el resto de farmacología es importante en este caso ya que P. tiene diagnosticado un trastorno bipolar.

A nivel neuropsicológico se recomienda seguir acudiendo al centro de estimulación cognitiva como ha estado haciendo hasta ahora, pero con mayor asiduidad; de manera diaria y sin interrupciones temporales que no sean por causa de fuerza mayor. De esta manera será una actividad implementada en su vida cotidiana que no solo le ayudará de manera cognitiva si no a tener una motivación y poder obtener refuerzos positivos por el logro de las actividades lo cual, a su vez, le vendrá muy bien en la gestión de la frustración y podrá tener un espacio para ella donde se le refuercen las actividades que va realizando bien y no se castiguen las que más le cuestan.

Las actividades que se desarrollarán durante las sesiones de estimulación cognitiva están relacionadas con las funciones ejecutivas, especialmente las que peor funcionamiento tienen en la paciente, es decir, se le darán fichas donde se estimule la memoria de trabajo, la atención sostenida y la planificación entre otras.

- *Fichas de memoria.* Ejemplos que podríamos usar en fichas de memoria serían dar una ficha con varios objetos para observarlos y a continuación entregar un folio para escribir todos de los que se acuerde, leer un texto y contestar a unas preguntas sin tenerlo delante, completar refranes...etc.

- *Fichas de atención.* Algunas fichas relacionadas con la atención que podría realizar sería buscar diferencias entre dos imágenes, poner parejas de varias palabras y encontrar la que no se repite, sopas de letras, encontrar mensajes ocultos descifrando símbolos...etc.
- *Fichas de planificación.* Darle una serie de frases relacionadas con una actividad y tener que ordenarlas (ej.: acciones relacionadas con hacer la compra, acciones relacionadas con una receta de cocina...etc.).

Sería interesante una vez por semana o cada 15 días hablar con ella de manera individual para que cuente como se va sintiendo y pueda hablar de todos los sentimientos aversivos que tiene sin sentirse juzgada, tan solo validada. Por lo tanto, la propuesta de intervención para la paciente P. sería:

*A nivel grupal.* Seguir asistiendo a los talleres de estimulación cognitiva acorde a su nivel y adaptando las actividades (fichas) a estimular las áreas que más le convengan como puede ser la memoria reciente o la atención. Es importante que no se le pongan todo el rato tareas complicadas que le produzcan mucha frustración ya que es algo que también hay que trabajar con ella, necesita mucho refuerzo positivo y ver mejoras a corto plazo para su motivación.

*A nivel individual.* Como se ha mencionado anteriormente, se necesita trabajar con la paciente ciertas habilidades como pueden ser la tolerancia a la frustración, aceptando cuales son los síntomas de su enfermedad y reforzando mucho las tareas que a día de hoy hace con éxito. Es importante que comprenda que no es malo pedir ayuda y ser ayudada en tareas que requieren de un mayor esfuerzo cognitivo ya que es parte del proceso de la enfermedad. Trabajar con ella reestructuración cognitiva. Actualmente, una psicóloga del centro le está llamando una vez por semana para darle apoyo emocional y según su feedback, le está viniendo muy bien.



*Trabajar con familiares o figuras de apoyo.* Como en este caso puede ser su hermana, hablar con ella mensualmente para que vaya actualizando a los psicólogos que más tiempo pasan con ella si ha observado avances en los síntomas de la enfermedad o si la ve estabilizada y con motivación para realizar actividades estimulantes que puedan gustarle y aportarle algún beneficio.

*Talleres.* Ofrecerle la posibilidad si se da de asistir a algún taller donde pueda relacionarse con otras personas y poder compartir experiencias personales para poder desahogarse y normalizar ciertas tendencias conductuales y cognitivas. De esta manera se puede conseguir aún más adherencia al tratamiento y el desarrollo de habilidades sociales e incluso crear una red de apoyo con quien charlar o también, poder quedar fuera del centro.

*Técnicas.* Guiarle y darle técnicas de relajación que pueda utilizar de manera sencilla en momentos más bajos a nivel anímico.

## 6. VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO

La intervención con la paciente se llevó a cabo entre los meses de diciembre y febrero, aunque ya había asistido antes al centro. Tras su último ingreso hospitalario debido a la enfermedad que padece, el síndrome de Korsakoff, P retomó sus rutinas diarias en la medida de lo posible y comenzó a ir al centro de estimulación cognitiva diariamente para realizar estimulación cognitiva. P, es una mujer que sufre muchos picos buenos y recaídas, pero gracias tanto al tratamiento cognitivo practicado en el centro como al tratamiento farmacológico prescrito por el médico, podemos observar que ahora la paciente está pasando por un buen momento en el transcurso de su enfermedad.

Se ha podido observar en estos meses que la paciente ha tenido una gran adhesión al tratamiento ya que ha acudido diariamente sin ningún tipo de contratiempo y, además, va de *motu proprio* ya que es un lugar en el que se siente bien porque es constantemente reforzada por su trabajo y buen desempeño.

Si observamos los resultados del TESEN (test de senderos) obtenidos en el mes de diciembre y los comparamos con los resultados obtenidos dos meses después, se puede percibir que se ha producido una mejora significativa en el apartado de precisión, estando mucho más atenta a la hora de realizar la prueba.

Se recomienda realizar un seguimiento con esta paciente ya que el intervalo de dos meses puede ser muy beneficioso para la adherencia al tratamiento y para implantar esta actividad como parte de su rutina diaria pero los datos que se pueden obtener tras un año de tratamiento, pueden ser mucho más objetivos y reales, ya que habrá dado tiempo a que ocurran más cambios a nivel cognitivo.

Es importante comentar que cuando se le pasó la prueba TESEN por segunda vez, P. comunicó lo contenta y satisfecha que estaba con la evolución positiva que estaba percibiendo a la hora de realizar las tareas y en su día a día. La paciente cuenta que la gente de su alrededor también ha notado las mejorías ya que ahora es mucho más fácil tener una conversación con ella y le ven con mejor estado de ánimo.

Todo esto ha sido gracias por supuesto a la estimulación cognitiva, pero también a la gran voluntad y esfuerzo que ha puesto P. para poder tener una vida más adaptativa donde tenga las mínimas limitaciones posibles.

## 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras el análisis neuropsicológico realizado a la paciente P. y tras la consulta a la información documental, se puede observar que cuenta con antecedentes clínicos de diagnóstico de Bipolaridad y Síndrome de Korsakoff, habiendo sufrido también el pasado año una crisis psicótica.

En la información obtenida en la entrevista, se muestra un funcionamiento mediado por estados depresivos debido al trastorno bipolar durante la infancia, la adolescencia y la adultez, por lo que requirió tratamiento psiquiátrico y psicológico además del oportuno tratamiento farmacológico.

A pesar de todo lo relatado anteriormente, la paciente pudo manejarse a nivel funcional tanto en áreas sociales como laborales o familiares.

Desde hace unos 10 años la paciente presenta déficits cognitivos relacionados con la memoria, la atención o la concentración que han ido *in crescendo* desde los últimos 5 años

experimentando un serio declive desde hace aproximadamente 5 meses tras su ingreso hospitalario.

La paciente se ha ido encontrando dificultades en sus tareas del día a día como la gestión de pagos y facturas o las actividades culinarias.

Se le realizó una observación conductual y un examen mental donde se encontraron ciertas dificultades asociadas a la memoria, memoria de trabajo o a la atención. No presenta ningún grado de dependencia ya que la paciente realiza el desempeño de su higiene básica o la vestimenta, entre otros. Las tareas que requieren un esfuerzo cognitivo mayor o mucha dificultad para ella, pasan a ser delegadas a su hermana.

Mediante los instrumentos psicométricos y el examen mental, se identifican competencias con resultados óptimos como orientación y tiempo, mientras que otras habilidades como la atención o el cálculo presentan ciertas dificultades. También se pueden observar ciertas problemáticas en tareas que requieren habilidades de planificación, memoria de trabajo y resolución de problemas complejos. Esto es algo que a la paciente le limita no solo por la problemática sino por ser consciente del problema.

Tras la evaluación se puede concluir diciendo que la paciente cuenta con alteraciones neuropsicológicas. Estas alteraciones han ido incrementándose en el tiempo hasta causar un deterioro significativo. Como se ha ido mencionando, la paciente cuenta con una buena comprensión conceptual y se relaciona bien a nivel social, puede acudir sola al centro y realizar pequeñas actividades de la vida cotidiana. El problema reside en tareas complejas como facturas, acordarse de recetas y llevarlas a la ejecución y problemas cognitivos en general.

Debido a toda su historia de aprendizaje desde que era niña, no se pueden pasar por alto los sentimientos de frustración e impotencia que experimenta la paciente debido a sus dificultades cognitivas; es por esto que puede llegar a ocultar ciertas problemáticas que experimenta durante su día a día y probable que pueda sufrir estados de ansiedad o tristeza debido a la impotencia que esto le provoca.

Sus condiciones mentales le permiten tomar decisiones responsables, aunque necesite apoyo en ciertas tareas que requieran un nivel cognitivo mayor. Es por esto que se le recomendó a nivel neuropsicológico activar su eficiencia cognitiva. Más específicamente centrarse en tareas que mejoren el sistema ejecutivo y la memoria mediante la estimulación cognitiva, adaptada a su nivel educativo y cultural, aficiones...etc.; creación de listados diarios donde anote las tareas importantes o ciertas cosas que le vayan a venir bien a la hora de gestionar su semana y no olvidarse

de nada. La clave está en proporcionarle ciertos facilitadores que le hagan la vida más cómoda y así, de esta manera, no se sienta frustrada por sus limitaciones cognitivas.

Estos sentimientos de frustración y la ansiedad que sufre por sus síntomas, podrían empezar a trabajarse también en el centro de manera privada creándole a la paciente un lugar seguro donde sepa que puede tener a todos los trabajadores psicólogos como apoyo para poder expresar todas las emociones aversivas que le lleva creando esta situación desde su inicio y a su vez es reforzada por la gran exigencia y falta de apoyos familiares que experimentó durante su infancia.

Es aconsejable su seguimiento realizando evaluaciones neuropsicológicas cada al menos 6 meses para poder observar cómo evoluciona. Posiblemente, con esta rutina diaria, cuando se le vuelvan a pasar algunos test la diferencia sea mucho más significativa a nivel estadístico por cómo se empiezan a ver los nuevos resultados.

### **7.1 Limitaciones del estudio**

Las limitaciones encontradas a la hora de realizar este estudio de caso son: la dificultad a la hora de recabar toda la información de la paciente, y es que se necesitaría información colateral como una entrevista detallada a una persona que pase mucho tiempo con ella como puede ser en este caso, su hermana. También serviría de gran ayuda tener acceso a su expediente médico actualizado ya que solo se consiguió el informe del último ingreso hospitalario.

Al no haber mucho tiempo entre la primera evaluación y la segunda, la diferencia entre los datos es menor a la que se podría conseguir, debido a que en el área de velocidad y ejecución no se han producido mejorías, tan solo en precisión, aunque se nota la mejora de la paciente en términos generales.

También es importante mencionar que dentro de la bibliografía del Síndrome o Psicosis de Korsakoff la información se repite constantemente y es por esto, que no se ha podido ampliar más.

No obstante, se consideró este caso muy interesante para hacer el estudio sobre él por su complejidad y ser poco común.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., & Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.

Álvarez Hernández, N. (2021). Revisión de pacientes con sospecha de síndrome de Wernicke-Korsakoff en el servicio de urgencias.

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.

Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J.L. y Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28 (7), 648-655.

Casadevall Codina, T., Pascual Millán, L. F., Fernández Turrado, T., Escalza Cortina, I., Navas Vinagre, I., Fanlo Meroño, C., & Morales Asín, F. (2002). Tratamiento farmacológico de la psicosis de Korsakoff: revisión de la bibliografía y experiencia en dos casos. *Rev. neurol. (Ed. impr.)*, 341-345.

Chang, E. P., Ruiz, O. P., & Silverio, H. E. P. (2004). Psicosis de korsakoff inducida por el alcohol. *Medicentro Electrónica*, 8(4).

Encefalopatía de Wernicke: a propósito de un caso clínico. *Revista Memoriza. com*, 6, 15-24.

García-Blanco, A. C., Sierra, P., & Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría biológica*, 21(3), 89-94.



González López, I., Sierra Benítez, E. M., León Pérez, M. Q., Figueroa García, E. M., Aguilera

Hernández, A., & Olivera Manzano, L. U. (2017). Psicosis de Korsakoff, a propósito de un caso interesante. *Revista Médica Electrónica*, 39, 772-780.

Grandez-Urbina, J. A., Fernández-Luque, J. L., Castañeda-Alarcón, D., Cruz-Reyes, R., Angulo-

Galindo, A., & Valdivia-Cabrera, R. (2013). Enfermedad de Wernicke Korsakoff en hiperémesis gravídica: Presentación de un caso en el Hospital Hipólito Unanue de Lima, Perú, y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(3), 333-337.

Hernández, G. D. M. Síndrome de Korsakoff. (2019).

Hernández, O. M., Martínez, O. M., & Izquierdo, Y. B. (2019). Trastorno Bipolar.

Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista médica electrónica*, 41(2), 467-482.

Kleinert-Altamirano, A. P. I., & Juárez-Jiménez, H. (2014). Encefalopatía de Wernicke y

criterios de Caine. Informe de seis casos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 104-107.

Lapkaa, Y. S., & Llorens, M. (2015). Encefalopatía Wernicke-Korsakoff: Revisión de un caso

clínico. *Revista de Patología Dual*, 2(4), 24.

Llamosas-Falcón, L., Manthey, J., & Rehm, J. (2020). Cambios en el consumo de alcohol en

España de 1990 a 2019. *Adicciones*.

- López, I. G., Benítez, E. M. S., Pérez, M. Q. L., García, E. M. F., Hernández, A. A., & Manzano, L. U. O. (2017). Korsakoff's psychosis, about an interesting case. *Revista Médica Electrónica*, 39(S1), 772-780.
- Lorente Rovira, E., Berrios, G., McKenna, P., Moro-Ipola, M., & Villagrán Moreno, J. M. (2011). Confabulaciones (I): Concepto, clasificación y neuropatología.
- Orozco, M. E. D. (2013). Aplicación de la Escala CAMCOG en el diagnóstico de demencias: Análisis de casos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 458.
- Pérez, F., Orozco, G., Galicia, M., Gómez, M., Ortega, L., García, N., & Pérez, H. (2012). Las Confabulaciones: más allá de un déficit mnésico. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(3), 134-140.
- Portellano, J. A., & Martínez Arias, R. T. (2014). Test de los Senderos. *Madrid: TEA Ediciones*.
- Roth M, Huppert FA, Tym E, Mountjoy CQ. CAMDEX: the Cambridge Examination for Mental Disorders. Cambridge: Cambridge University Press, (1988)
- Suárez, D. R. M. (2009). Alcoholismo y déficit nutricional: Síndrome de Wernicke-Korsakoff. *Revista Médicas UIS*, 22(2), 1.
- Téllez Mosquera, J., & Cote Menéndez, M. (2006). Alcohol etílico: un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Revista de la Facultad de Medicina*, 54(1), 32-47.
- Truffino, J. C. (2004). Neuropsicología del síndrome de Korsakoff. *Neurología*, 19(4), 183-192.
- Villarejo, A. y Puertas-Martin, V. (2011). Utilidad de los test de cribado de demencia. *Neurología*, 26 (7), 425-433.

9. ANEXOS

9.1 Test de Senderos (TESEN)

**TESEN**  
Test de los Senderos

**Hoja de anotación**

Nombre del evaluador: \_\_\_\_\_  
 Nombre del examinador: \_\_\_\_\_  
 Nivel de estudio: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Varón  Mujer  
 Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_ Año: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  
 Fecha de evaluación: Día: \_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_ Año: \_\_\_\_  
 Mano utilizada para realizar el test:  Izquierda  Derecha  
 Mano con la que escribe habitualmente:  Izquierda  Derecha

**Puntuación total**

Suma el tiempo empleado en cada sendero y anota el resultado en la casilla "Tiempo total". Marca la respuesta con las X correspondientes y anota los resultados en las casillas "Aciertos totales" y "Errores totales".

Sendero	Tiempo (en segundos)	Aciertos (de 10)	Errores
Sendero 1			
Sendero 2			
Sendero 3			
Sendero 4			
<b>Total</b>			

**ENTRENAMIENTO:** "La continuación de una serie de números es una serie de números aditivos en el interior de círculos. Tiene que unir con el lápiz los números del 2 al 6, respetando la serie aditiva posible. Puede inventar el tipo de continuaciones y también otras series, pero no se preocupar de los temas no le salgan muy rectos. No puede inventar los círculos, ni tampoco se permite borrar. Si se equivoca, puede rectificar corrigiendo la trayectoria. Cuando le diga "vaya, puede empezar".

**INSTRUCCIONES:** "Muy bien, a continuación le voy a pedir que haga lo mismo en esta línea. Tiene que unir con el lápiz los números desde el 2 hasta el 25, respetando la serie aditiva posible. Cuando le diga "vaya, puede empezar".

**ENTRENAMIENTO:** "La continuación de una serie de números es una serie de números aditivos en el interior de círculos de color amarillo o azul. Tiene que unir con el lápiz los números desde el 2 hasta el 6, pero alternando el color de los círculos. Primero debe unir el 2 al color amarillo, después el 3 al azul, después el 4 al amarillo, después el 5 al azul y finalmente el 6 al amarillo. Puede inventar el tipo de continuaciones y también usar los temas, pero no se preocupar de los temas no le salgan muy rectos. No puede inventar los círculos, ni tampoco se permite borrar. Si se equivoca, puede rectificar corrigiendo la trayectoria. Cuando le diga "vaya, puede empezar".

**INSTRUCCIONES:** "Muy bien, a continuación le voy a pedir que haga lo mismo en esta línea. Tiene que unir con el lápiz los números desde el 2 hasta el 25, pero alternando el color. Primero debe unir el 2 al amarillo, después el 3 al azul, después el 4 al amarillo, después el 5 al azul y finalmente hasta acabar en el 25 con amarillo. Procura trabajar lo más rápido posible. Cuando le diga "vaya, puede empezar".

**ENTRENAMIENTO:** "La continuación de una serie de números es una serie de números aditivos en el interior de círculos de color amarillo o azul. Tiene que unir con el lápiz los números desde el 2 hasta el 6, respetando la serie aditiva posible. Primero debe unir el 2 al amarillo, después el 3 al azul, después el 4 al amarillo, después el 5 al azul y finalmente el 6 al amarillo. Puede inventar el tipo de continuaciones y también usar los temas, pero no se preocupar de los temas no le salgan muy rectos. No puede inventar los círculos, ni tampoco se permite borrar. Si se equivoca, puede rectificar corrigiendo la trayectoria. Cuando le diga "vaya, puede empezar".

**INSTRUCCIONES:** "Muy bien, a continuación le voy a pedir que haga lo mismo en esta línea. Tiene que unir con el lápiz los números desde el 2 hasta el 25, pero alternando los colores. Primero debe unir el 2 al amarillo, después el 3 al azul, después el 4 al amarillo, después el 5 al azul y finalmente hasta acabar en el 25 con amarillo. Procura trabajar lo más rápido posible. Cuando le diga "vaya, puede empezar".

Se va a realizar la corrección por internet mediante la plataforma [www.buzconga.com](http://www.buzconga.com) solamente debe introducir los valores de las casillas marcadas con un asterisco.

**TESEN**  
Test de los Senderos

**Corrección y perfil de resultados**

Barreño seleccionado: \_\_\_\_\_

**Corrección rápida:** Si desea obtener rápidamente la puntuación total calcule sólo las puntuaciones de este recuadro gris.

Puntuación total	Decatipos																			
	Muy bajo	Bajo	Medio Bajo	Medio	Medio Alto	Alto	Muy Alto				Muy Alto									
Ejecución (E=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Velocidad (V=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Precisión (P=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Sendero 1**

Ejecución (E=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Velocidad (V=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Precisión (P=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Sendero 2**

Ejecución (E=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Velocidad (V=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Precisión (P=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Sendero 3**

Ejecución (E=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Velocidad (V=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Precisión (P=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Sendero 4**

Ejecución (E=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Velocidad (V=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Precisión (P=)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

**TESEN**  
TEST DE LOS SENDEROS

**Ejemplar**

**Sendero 1**  
ENTRENAMIENTO

**Inicio** (1) → (3) → (4) → (5) → (2) → (6) **Fin**

Autores: J. A. Portillo y R. Martínez Arca. Copyright © 2014 by TEA Ediciones, S.A.U. - Madrid. Este ejemplar está impreso en ODS. INTAS. Si se presentan otros en zona negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. - Printed in Spain. Impreso en España.

**Inicio** (1) → (3) → (8) → (15) → (2) → (12) → (18) → (7) → (4) → (17) → (14) → (10) → (6) → (20) → (23) → (21) → (9) → (24) → (11) → (25) **Fin**

### Sendero 2 ENTRENAMIENTO

The diagram shows a rectangular box containing six numbered nodes. Node 6 is labeled 'Inicio' and node 1 is labeled 'Fin'. The path starts at node 6, goes to node 2, then to node 3, then to node 4, and finally to node 5. Node 1 is the destination.

Autores: I. A. Parediano y R. Martínez Arce.  
Copyright © 2014 by TEA Ediciones, S.A.U. Edita: TEA Ediciones S.A.U., Madrid. Este copyright está impreso en DOS TIRADAS.  
Si se presentan otros en letra negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el caso preciso, NO LA UTILICE.  
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. - Printed in Spain. Impreso en España.

A scatter plot of 25 numbered nodes. Node 25 is labeled 'Inicio' and node 1 is labeled 'Fin'. The nodes are distributed across the page, with the path from 25 to 1 following the sequence 25, 4, 20, 16, 1, 6, 18, 24, 7, 13, 23, 5, 8, 10, 19, 17, 11, 9, 15, 21, 14.

### Sendero 3 ENTRENAMIENTO

The diagram shows a rectangular box containing six numbered nodes. Node 1 is labeled 'Inicio' and node 4 is labeled 'Fin'. The path starts at node 1, goes to node 2, then to node 3, and finally to node 4.

Autores: I. A. Parediano y R. Martínez Arce.  
Copyright © 2014 by TEA Ediciones, S.A.U. Edita: TEA Ediciones S.A.U., Madrid. Este copyright está impreso en DOS TIRADAS.  
Si se presentan otros en letra negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el caso preciso, NO LA UTILICE.  
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. - Printed in Spain. Impreso en España.

A scatter plot of 20 numbered nodes. Node 20 is labeled 'Fin' and node 1 is labeled 'Inicio'. The nodes are distributed across the page, with the path from 1 to 20 following the sequence 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.

### Sendero 4 ENTRENAMIENTO

**Inicio**  
1

1      2      3

3      4      2

**Fin**  
4

Autores: J. A. Fortollano y R. Martínez Anas.  
Copyright © 2014 by TEA Ediciones, S.A.U. Edita: TEA Ediciones, S.A.U. Madrid. Este copyright está impreso en 2005. FINTEL.  
Si se permite todo en todo según en esta reproducción. No se permite de la publicación en el lugar actual. NO LA UTILICE.  
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Printed in Spain. Impreso en España.

**Fin**  
20

**Inicio**  
1

## 9.2 Consentimiento informado



### HOJA INFORMATIVA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDAD ACADÉMICA

La actividad en la que usted va a participar está enmarcada en el contexto formativo del Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Europea de Madrid, en el cual está matriculada la alumna María Gallego Fernández, quien participa de la actividad y se compromete a cumplir con lo detallado en este documento.

La tarea consiste en la administración de una serie de pruebas dirigidas a evaluar el rendimiento en áreas cognitivas como la memoria o la atención. Los resultados que puedan desprenderse de esta carecen de valor diagnóstico, y solo serán utilizados en el contexto de la práctica formativa para estimular la reflexión crítica y promover el aprendizaje. Debido a las características propias de las actividades en las que participará, no se prevé para usted perjuicio alguno, mientras que como beneficio se contemplará el enriquecimiento formativo del estudiante. Asimismo, ni usted ni la alumna percibirán retribución económica derivada de tal participación.

Con la firma del presente Consentimiento Informado usted autoriza al estudiante a que pueda hacer uso de la información recabada durante el proceso de evaluación con fines académicos, y garantizándose siempre su confidencialidad y anonimato. Por ello, el estudiante se compromete a presentar tales resultados omitiendo cualquier información identificativa, mostrando tan solo aquellos datos imprescindibles para realizar una valoración crítica con un alcance restringido al ámbito formativo. La alumna se compromete a no hacer uso de la información en contextos diferentes al que explícitamente se detalla en el actual documento, no pudiéndose publicar en otros medios cualesquiera fuera su naturaleza (como congresos, revistas científicas o cualquier otra publicación análoga) ni total ni parcialmente. Su confidencialidad quedará protegida por las disposiciones y leyes reguladoras a tales efectos, vigentes en su país de residencia.

El uso inadecuado de las pruebas de evaluación que se facilitan al estudiante será de su absoluta responsabilidad, eximiéndose en el presente acto a la Universidad y al Docente responsable de la asignatura.

Usted tiene derecho a retirar el consentimiento de forma voluntaria en cualquier momento que considere oportuno, sin tener que dar explicación adicional alguna, indicando este extremo de forma oportuna al estudiante. Puede hacerlo a través de las vías habilitadas para este propósito, pudiendo recurrir también de este teléfono/correo

.....

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con esta firma (marque todas las opciones para que el documento sea válido) confirmo que:

- O He comprendido la información que consta en la hoja informativa
- O Se me ha aclarado cualquier duda que pudiera tener
- O Soy mayor de 18 años y deseo participar en los términos estipulados

En ....., a ..... / ..... / .....,

Firma y nombre del estudiante

Firma y nombre del participante