

**UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA**



**GRADO DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN LA RESIDENCIA MARGARITA NASSAU EN
EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2024**

INVESTIGACIÓN

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR

FRANCIA MELISSA ERAZO FONSECA 23005844

PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE

MÁSTER EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRO

GUATEMALA, DICIEMBRE, 2024

Indice

INTRODUCCION	3
CAPÍTULO I	5
1 MARCO METODOLÓGICO	5
2 MARCO TEÓRICO	10
Concepto de envejecimiento	10
Teorías del Envejecimiento.....	10
Mecanismo de envejecimiento celular	11
Tipos de envejecimiento	12
Envejecimiento normal	12
Principales características del envejecimiento patológico	13
Deterioro cognitivo	15
Situación actual	15
Tipos de deterioro cognitivo	16
Síntomas.....	19
Diagnóstico clínico	20
Diagnostico complementario con Imágenes	27
Diagnostico diferencial	28
Factores de riesgo	29
Asociación con enfermedades crónicas	30
Complicaciones.....	31
Tratamiento	32
Prevención.....	33
Recomendaciones	34
Calidad de vida del paciente institucionalizado con deterioro cognitivo.....	35
3.1 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	38
4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	42
5.1 CONCLUSIONES	53
5.2. RECOMENDACIONES.....	54
Bibliografía	56
Anexos	59

INTRODUCCION

El deterioro cognitivo es una preocupación creciente en la población de adultos mayores, especialmente en aquellos que residen en instituciones de cuidado. Este fenómeno no solo afecta la calidad de vida de los individuos, sino que también plantea desafíos significativos para los sistemas de salud y los cuidadores. En este contexto, la presente investigación tuvo como objetivo diagnosticar el grado de deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados en la residencia Margarita Nassau, localizada en San Pedro Sula, Cortes, Honduras, durante el periodo de tiempo de julio a diciembre del 2024, se analizaron factores que contribuyen a esta condición, como la edad, género, grado académico, su impacto en la interacción familiar y la presencia de comorbilidades, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, eventos cerebrovasculares, demencias e hipotiroidismo.

El deterioro cognitivo puede ser consecuencia de múltiples factores, incluyendo enfermedades neurodegenerativas, comorbilidades médicas, y el entorno institucional. Además, las condiciones de vida en residencias para adultos mayores pueden influir en la salud mental y cognitiva de sus residentes, destacando la importancia de crear entornos que promuevan el bienestar y la estimulación cognitiva (Chen et al., 2019). Esta investigación se centró específicamente en esta población institucionalizada, proporcionando datos que podrían ser fundamentales para el desarrollo de programas de intervención adecuados.

Para llevar a cabo este estudio de tipo descriptivo, se emplearon métodos cualitativos, incluyendo la aplicación de la escala de evaluación del deterioro cognitivo: Mini Mental Test de Folstein y entrevista cara a cara con los residentes y cuidadores, a través de preguntas estructuradas por el investigador. Los resultados esperados no solo aportaron información valiosa sobre el grado del deterioro cognitivo en esta población, sino que también ofrecieron recomendaciones para mejorar la atención y el cuidado de los adultos mayores institucionalizados en la residencia Margarita Nassau.

Los resultados del estudio mostraron una distribución variada en los grados de deterioro cognitivo entre los participantes. Un 38.46% de los adultos mayores presentan un grado normal de cognición, lo que indica que más de un tercio de la muestra no muestra signos evidentes de deterioro cognitivo

significativo, aunque esto no excluye posibles cambios sutiles en su funcionamiento cognitivo. El 30.77% de los participantes experimenta un deterioro cognitivo leve, lo cual sugiere que muchos están comenzando a manifestar signos como desorientación espacial y dificultades con tareas complejas, lo que podría ser un indicio de un mayor riesgo de progresión hacia demencia. Por otro lado, un 23.08% de los residentes presenta deterioro cognitivo moderado, con síntomas más pronunciados que afectan su capacidad para realizar actividades diarias, lo que ya influye en su independencia. Este grupo es especialmente vulnerable a una progresión hacia estados más graves de deterioro cognitivo. Finalmente, un 7.69% de los adultos mayores se encuentra en una etapa de deterioro cognitivo severo, caracterizada por una pérdida significativa de la memoria y la autonomía, lo que requiere atención constante y supervisión. Estos datos reflejan no solo el impacto del deterioro cognitivo en la calidad de vida de los adultos mayores, sino también la necesidad de estrategias de cuidado adaptadas a cada fase del proceso.

CAPÍTULO I

MARCO METODOLÓGICO

1.1 Justificación de la investigación

El deterioro cognitivo puede tener un efecto significativo en la calidad de vida de los adultos mayores, afectando su capacidad para llevar a cabo actividades diarias, representando una de las primeras causas de institucionalización.

Conocer el grado de deterioro cognitivo ayudo a los profesionales de la salud y administradores del hogar Margarita Nassau a diseñar planes de atención más personalizados, adaptados a las necesidades específicas de cada individuo, mejorando así la eficacia de los tratamientos e identificando las necesidades en base a reclutamiento y capacitación de recurso humano, así como la implementación de actividades que aborden el deterioro cognitivo del adulto mayor.

El entorno de un hogar de adultos mayores puede influir en la aparición y progresión del deterioro cognitivo. Factores como la falta de estimulación cognitiva, interacciones sociales limitadas y condiciones de salud subyacentes son cruciales para entender esta problemática.

El deterioro cognitivo no solo afecta al individuo, sino que también plantío desafíos significativos para el personal del hogar y los sistemas de atención. La formación y preparación del personal para manejar estos casos es fundamental para garantizar una atención adecuada.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Definición del problema:

El entorno en el que se encontraban los adultos mayores institucionalizados influyó en la aparición y el avance del deterioro cognitivo. Factores como la falta de estimulación cognitiva adecuada, las interacciones sociales limitadas y las condiciones de salud preexistentes fueron fundamentales para comprender cómo se desarrolló esta problemática entre los residentes del Hogar Margarita Nassau.

1.2.2 Especificación del problema:

¿Cuál es el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en la residencia Margarita Nassau en San Pedro Sula, Cortes, durante el período de julio a diciembre del 2024?

1.2.3 Delimitación del problema

Grado de deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados en la residencia Margarita Nassau en el período de julio a diciembre del 2024.

1.2.3.1 Unidad de análisis:

Adultos mayores institucionalizados en el Hogar Margarita Nassau, en el periodo de tiempo de julio a diciembre del 2024.

1.2.3.2 Sujetos de investigación

Los sujetos de investigación corresponden a adultos mayores que residen en EL hogar Margarita Nassau. En total, el estudio abarcó a 27 adultos mayores, de los cuales se excluyeron 14 según los criterios establecidos, lo que reduce la muestra a 13 participantes que fueron evaluados directamente.

Criterios de inclusión:

Adultos mayores capaces de responder entrevistas de forma autónoma: Los participantes fueron adultos mayores que pudieron interactuar de manera efectiva en la entrevista sin la necesidad de asistencia externa o ayuda significativa, lo que aseguró que sus respuestas reflejen sus propias experiencias y opiniones.

Adultos mayores de 60 años: Para que los participantes formaran parte del estudio, debieron tener 60 años o más (la edad mínima definida por el estudio), asegurando que solo se incluyan personas dentro de la población objetivo de adultos mayores.

Adultos mayores sin enfermedades mentales que afecten su capacidad cognitiva: Los participantes estuvieron libres de trastornos mentales graves o deterioros cognitivos que hayan comenzado en la infancia. Esto permitió que los participantes tuvieran la capacidad de participar plenamente en el estudio y proporcionar respuestas claras y coherentes.

Adultos mayores sin déficits sensoriales severos: Se incluyeron adultos mayores sin ceguera total ni sordera severa. Esto garantizó que los participantes se pudieran comunicar de manera efectiva en el estudio (entrevistas orales, cuestionarios, etc.).

Criterios de exclusión

Adultos mayores que no puedan contestar las entrevistas por sí mismos: Este criterio requirió que los participantes fueran capaces de proporcionar respuestas por su cuenta, sin ayuda externa, lo que implicó que la capacidad cognitiva o comunicativa del adulto mayor.

Adultos con edad menor de 59 años: Este límite de edad excluyó a personas que no estuvieron dentro de la categoría de "adultos mayores" según la definición del estudio.

Adulto mayor que posea una enfermedad con deterioro mental desde la infancia: La presencia de un deterioro mental desde la infancia podría interferir con la capacidad del participante para responder de manera coherente o seguir los procedimientos del estudio. Por lo tanto, este criterio de exclusión se refiere a condiciones que afectan la cognición a largo plazo y desde una edad temprana.

Adulto mayor con déficits sensoriales severos: sordera, ceguera total, los déficits sensoriales severos que pudieran dificultar la participación en entrevistas o investigaciones que dependan de la comunicación verbal o escrita.

1.2.3.3 Tamaño de la muestra:

El 100% de la muestra equivale a 27 adultos mayores institucionalizados, ya con la aplicación del criterio de exclusión, representan 13 adultos mayores.

1.2.3.4Ámbito geográfico:

Este hogar está localizado en el complejo de módulos pertenecientes a las obras sociales Vicentinas (OSOVI).

Localizado la colonia San Vicente en San Pedro Sula, es la segunda ciudad más grande de Honduras y se encuentra en el departamento de Cortés, al norte del país. Este hogar es una institución que ofrece atención a adultos mayores, y su contexto geográfico es relevante tanto para

los aspectos sociales como para las dinámicas de salud que puedan influir en la población que reside allí. San Pedro Sula es una ciudad de gran importancia económica, industrial y comercial en Honduras. Además, es un punto clave en el tránsito hacia otros destinos del país, como la costa norte, la región del Valle de Sula, y la zona occidental. El Hogar Margarita Nassau se encuentra dentro de la zona urbana de San Pedro Sula, lo que facilita el acceso a servicios médicos, instituciones de salud, y recursos sociales.

Vías de acceso: San Pedro Sula está conectada por carreteras principales como la carretera hacia Puerto Cortés y La Ceiba, lo que facilita el transporte de personas y suministros.

Además se caracteriza por un clima tropical húmedo, con temperaturas que oscilan entre los 24°C y los 32°C durante todo el año. Esto implica que las personas mayores que viven en el Hogar Margarita Nassau pueden estar expuestas a un clima caluroso y húmedo, lo que podría ser un factor relevante en la evaluación del bienestar de los residentes, especialmente para aquellos con afecciones cardíacas o respiratorias.

1.2.3.5 Ámbito temporal:

Estudio para ejecutarse en los meses de Julio a diciembre del 2024.

1.3 Hipótesis

Por el tipo de investigación no aplica, el planteamiento de hipótesis.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general:

Diagnosticar el grado deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en la residencia Margarita Nassau en San Pedro Sula Cortes, durante el período de julio a diciembre del 2024.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1.4.3** Caracterizar a los adultos mayores institucionalizados en la residencia Margarita Nassau, diagnosticados con deterioro cognitivo mediante una encuesta estructurada.
- 1.4.4** Identificar las patologías asociadas al grado de deterioro cognitivo mediante la aplicación de una encuesta estructurada a los adultos mayores institucionalizados en la residencia Margarita Nassau.
- 1.4.5** Identificar la relación del contacto familiar con el grado de deterioro cognitivo diagnosticado mediante la aplicación de una encuesta estructurada a los adultos mayores institucionalizados en la residencia Margarita Nassau.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 Concepto de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso biológico complejo que implica cambios progresivos y acumulativos en los organismos a lo largo del tiempo, afectando todas las funciones del cuerpo y resultando en una disminución gradual de la capacidad para adaptarse a los estresores ambientales. Este proceso no solo incluye aspectos físicos, como la pérdida de masa muscular y cambios en la piel, sino también transformaciones cognitivas y emocionales. (L., 2005)

Además de los conceptos anteriormente mencionados, existen varias teorías que tratan de explicar las bases del envejecimiento. Dentro de ellas están:

1. Las teorías biológicas, las cuales intentan explicar el envejecimiento desde un desgaste natural de todos los órganos y sistemas como una consecuencia natural de todos los seres vivos.
2. Las teorías psicológicas se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad.
3. Teoría de la “continuidad”, la cual afirma que no existe ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad: se basa en el paso a la vejez, es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida. (Alvarado Garcia A. M., 2014).

Teorías del Envejecimiento

Teorías fisiológicas:

Según los datos obtenidos en la revista geriátrica, en el tema: Integración de teorías del envejecimiento (parte I), el envejecimiento es el rendimiento fisiológico y disminución de la capacidad para responder a un estrés tanto interno como del medio ambiente, y de coordinación de las funciones del organismo. (J.Miguel., 2006).

Teorías del desgaste:

Los conceptos relacionados con la teoría del desgaste que sufren las células somáticas como efecto secundario de su trabajo fisiológico. (J.Miguel., 2006).

Mecanismo de envejecimiento celular

Teoría del límite mitótico:

Según las observaciones de Moorhead y los fibroblastos humanos mantenidos en cultivo pierden su capacidad mitótica tras aproximadamente 50 divisiones in vitro, esta hipótesis mantenía erróneamente que la pérdida de capacidad mitótica equivale a envejecimiento celular. Así, según el prestigioso gerontólogo Bernard L. Strehler, sugiere que el simple paso del tiempo, aunque no haya división celular, reduce el número de mitosis posteriores que muestran las células, concluyendo que no existe ninguna razón para creer que el envejecimiento clonal o pérdida de capacidad mitótica es causa importante del envejecimiento del organismo ni de sus poblaciones de células germinales, tales como las que proporcionan su capacidad regeneradora a la piel, el intestino y la médula ósea. (J.Miguel., 2006).

Existe la hipótesis de que un acortamiento excesivo de los telómeros bloquea la mitosis y desencadena el envejecimiento celular. (J.Miguel., 2006).

Muerte celular apoptótica:

Según la revisión de Zhang y colaboradores, la apoptosis o muerte celular programada (a menudo inducida por glucocorticoides, estrés oxidativo y déficit de energía celular) ha sido implicada en la senescencia in vitro de fibroblastos, linfocitos T, células epiteliales y endoteliales, y neuronas.

Se relaciona que cierto número de neuronas mueran por apoptosis en el hipocampo, así como en otras áreas del sistema nervioso, o que explicaría los déficits cognitivos asociados con la edad. No obstante, aún no se ha valorado la repercusión funcional de esta pérdida de neuronas, y se acepta generalmente que el efecto más importante de la senescencia neuronal es la pérdida de conexiones sinápticas. (J.Miguel., 2006)

Teorías de los radicales libres:

Denham Harman y Rebeca Gerschman, de la Universidad de California, en Berkeley, (J.Miguel., 2006) publicaron en las décadas de los años cincuenta, que los radicales libres del oxígeno y su toxicidad en el envejecimiento celular, la desorganización de las mitocondrias causada por los radicales libres podría ser “el reloj del envejecimiento”, además no sólo podían causar el

envejecimiento sino también otros procesos degenerativos, como el cáncer, la arteriosclerosis, la amiloidosis y la inmunodeficiencia.

Rebeca Gerschman desarrolló una teoría general del envenenamiento por oxígeno, que mantiene que la toxicidad de este gas está ligada a un aumento en la concentración intracelular de radicales libres, igual que sucede en las células irradiadas. Esto la llevó a extrapolar que la toxicidad del oxígeno de la atmósfera causa el envejecimiento, debido a que las defensas antioxidantes del organismo no contrarrestan exactamente el ataque oxidativo. Las oxidaciones incontroladas que derivan de una pequeña insuficiencia en el sistema de defensa antioxidante, podrían ser un factor crucial en el proceso del envejecimiento y en la duración de la vida. (J.Miguel., 2006) (Crespo-Santiago Damaso, 2012).

Tipos de envejecimiento

En las últimas décadas se han propuesto varios modelos de envejecimiento que intentan dar una mirada más positiva al término de envejecimiento. Entre estos tenemos:

- Envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe, el cual hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental.
- Envejecimiento saludable, propuesto por la (O.M.S., 1998), definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades.

Envejecimiento activo (Alvarado García A. M., 2014) enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término "activo" hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo.

Envejecimiento normal

El envejecimiento biológico no puede evitarse, ya que forma parte de todo ser vivo y comprende una serie de cambios progresivos vinculados con la propia genética o herencia biológica, la historia personal y los factores ambientales. Cornachione Larrinaga en 1999; Nadler, Damis y Richardson en 1997, mencionan que los cambios corporales visibles en el adulto mayor son: la aparición de

arrugas, manchas, pérdida de elasticidad, aparición de canas, calvicie, cambios en la estatura, y en la estructura metabólica y celular. En cuanto a los aspectos cognitivos, suele aparecer una disminución del rendimiento en una o varias de las funciones cerebrales, como ser: memoria, pensamiento abstracto, orientación, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, cálculo, habilidad constructiva y visoespaciales. (Donolo., 2009)

En base a los cambios estructurales y fisiológicos, que ocurren a nivel cerebral, y por el tema en discusión haremos énfasis, en la pérdida progresiva de neuronas o la reducción de su tamaño, que ocurre con la edad, la pérdida del peso y volumen cerebral y los cambios neuroquímicos (Donolo., 2009). Por lo anteriormente mencionado, uno de los cambio más característico de esta edad, es la lentificación del cerebro, observándose cambios en la motricidad, la capacidad sensorial, reducción de las capacidades memorísticas y cognitivas, todo esto enfocado en un envejecimiento cerebral normal, donde no hemos abordado la presencia de patologías o factores de riesgo, entendiendo lo anterior podemos ir dándonos una idea del porque un adulto mayor posee el riesgo de padecer de deterioro cognitivo o presencia de un cuadro demencial, evidenciándose la disminución del funcionamiento cognitivo . (Donolo., 2009)

Principales características del envejecimiento patológico

Como mencionamos, existe un proceso normal que todos viviremos según el transcurso de los años, y es lo esperado. Pero que es lo que pasa con aquellos individuos que han presentado alguna patología, especialmente hablando a nivel de deterioro cognitivo, para poder entender este proceso, debemos conocer acerca del envejecimiento anormal o patológico. El envejecimiento patológico es aquel proceso de aparición de cambios que se producen como consecuencia de enfermedades o malos hábitos y que no forman parte de un envejecimiento saludable y normal, como observamos en los síndromes geriátricos.

Según (Estevez, 2023) el envejecimiento patológico puede estar causado por diferentes factores, entre los que se encuentran los factores culturales, biológicos y psíquicos:

- Los factores culturales, se refiere a los ideales que nos inculcan la sociedad, la estética, ofreciendo o haciendo desear, el concepto de la eterna juventud, enfocándose en la apariencia y superficialidad, pudiendo orientar al adulto mayor a que sufran efectos

emocionales negativos, al no poseer una aceptación de la edad, pudiendo padecer consecuentemente de depresión u otras alteraciones.

- Los factores biológicos: aborda los factores de índole médico, como las enfermedades: diabetes, hipertensión, deterioro cognitivo o enfermedades como el Parkinson, el Alzheimer y otras demencias.

El envejecimiento patológico también incluye los factores emocionales como los eventos que se viven durante el envejecimiento, como los procesos de duelo, desempleo, carencias de apoyo social o familiar, incluso el abandono y la indigencia. (Estevez, 2023)

Resumiendo lo anterior, podremos visualizar ambos tipos de envejecimiento a través de este cuadro:

Tabla 1. Diferencias entre envejecimiento normal y patológico.

	Envejecimiento normal	Envejecimiento patológico
Definición	Proceso natural y gradual de deterioro del organismo con el paso del tiempo.	Proceso de envejecimiento acelerado y anormal debido a enfermedades, hábitos poco saludables o factores genéticos.
Síntomas físicos	Pérdida de elasticidad de la piel, disminución de la visión, pérdida de masa muscular y ósea.	Pérdida de peso, fatiga crónica, debilidad muscular, cambios en el equilibrio y coordinación.
Síntomas cognitivos	Disminución de la velocidad de procesamiento cognitivo, disminución de la memoria a corto plazo.	Demencia, pérdida de memoria a largo plazo, trastornos del lenguaje y cambios de personalidad.
Causas	Factores genéticos, estilo de vida saludable, cuidado de la salud y prevención de enfermedades.	Enfermedades crónicas, hábitos poco saludables, factores genéticos y enfermedades degenerativas.
Tratamiento	Mantener un estilo de vida saludable, cuidado de la salud y prevención de enfermedades.	Tratamiento de enfermedades crónicas, medicación para enfermedades degenerativas y apoyo terapéutico.

Fuente: Berck., L. (2018). *Desarrollo a lo largo de la vida*. (7 ed.). Pearson.

Deterioro cognitivo

Es un tema que en la actualidad aún no es muy conocido y comprendido, como concepto suele ser mal delimitado. Víctor T. Pérez Martínez en el 2005 y Benavides en el 2017, (T., 2005) definen que el deterioro cognitivo conlleva la disminución de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial además involucra una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, afectando por tanto la realización de las actividades de la vida diaria, perturbando su desempeño laboral y convivencia familiar.

El declive intelectual asociado a la edad se suele presentar como un trastorno aparentemente leve de la memoria según un envejecimiento normal, pero en los procesos que van ms allá de lo normal, sus manifestaciones clínicas varían en rangos, desde lo más leve que suele pasar desapercibido, hasta lo más grave, desde los olvidos cotidianos y transitorios justificados por la edad , hasta un serio trastorno de la capacidad que ya se considera patológico y debe asignarse un diagnóstico para poder ofrecer un manejo integral y así mejorar la calidad de vida del paciente y mejorar su condición familiar o disminuir su riesgo social. (T., 2005)

Situación actual

Abordando el deterioro cognitivo como tema de salud pública y, por lo tanto, problemática nacional, es decir cómo afecta a las familias y al sistema de salud de un país. Debemos ser conscientes de que estos pacientes tienen un peor pronóstico a corto plazo, con mayor dependencia, frecuentes asistencias de urgencias, no solo por temas cognitivos, sino por todos los riesgos que también involucra, como los síndromes geriátricos y por supuesto mayor tasa de mortalidad. Estos pacientes tienen mayor probabilidad de ingresar en una unidad de agudos y mayores estancias hospitalarias.

Según Arboleda, en su libro: La Demencia en geriatría. La demencia constituye uno de los síndromes geriátricos más prevalentes en el medio residencial, calculando que el 60-80% de los adultos mayores presentan algún grado de deterioro cognitivo y el 20-30% muestran una demencia avanzada. En un estudio realizado durante cuatro años en Canadá, se comprobó que existía una probabilidad del 50,9% de que una persona que viva en su domicilio sea institucionalizada en un

tiempo medio de 41 meses tras haber realizado el diagnóstico de demencia, lo que se traduciría que la mitad de las personas diagnosticadas necesitaran de cuidados en una institución. (Arboleda., 2008)

Lina Grasso y colaboradores refieren que la frecuencia con que estos pacientes acuden a urgencias es alta, entre un 25-40%, incrementándose con la edad, siendo mayor en adultos de 80 años y más, y en aquellos que viven en residencias de cuidados permanentes. (L., 2017). Observando y evidenciando que la mayoría de los pacientes con demencia institucionalizados, suelen ser de edades más avanzadas, con mayor gravedad en la evolución de deterioros cognitivos y suelen presentar mayores comorbilidades en comparación con aquellos que aun residen en sus hogares. (J.Miguel., 2006) (Arboleda., 2008).

Tipos de deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo leve, permite determinar cuál es el límite entre el envejecimiento normal y el patológico. Este concepto se utiliza para determinar la zona de transición entre el envejecimiento normal y la demencia. El término Deterioro Cognitivo Leve (DCL) fue acuñado por Petersen en 1997, describe a personas con deterioro cognitivo, pero sin demencia que son medibles de alguna manera, este síndrome clínico puede ser utilizado para clasificar a las personas que no cumplen con los criterios de demencia, pero que tienen un alto riesgo de llegar a padecerla. Al principio este concepto había sido utilizado para describir la condición en los adultos mayores muy leves, clasificados solo como olvidos senescentes esperados por la edad. Con fines para nuestra práctica médica, debemos conocer los siguientes conceptos: Deterioro de memoria asociado a la edad, Deterioro Cognitivo Leve (DCL) o más recientemente ha sido incorporado para su uso clínico bajo el nombre de Desorden Neurocognitivo Menor, mencionado así en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (L., 2017).

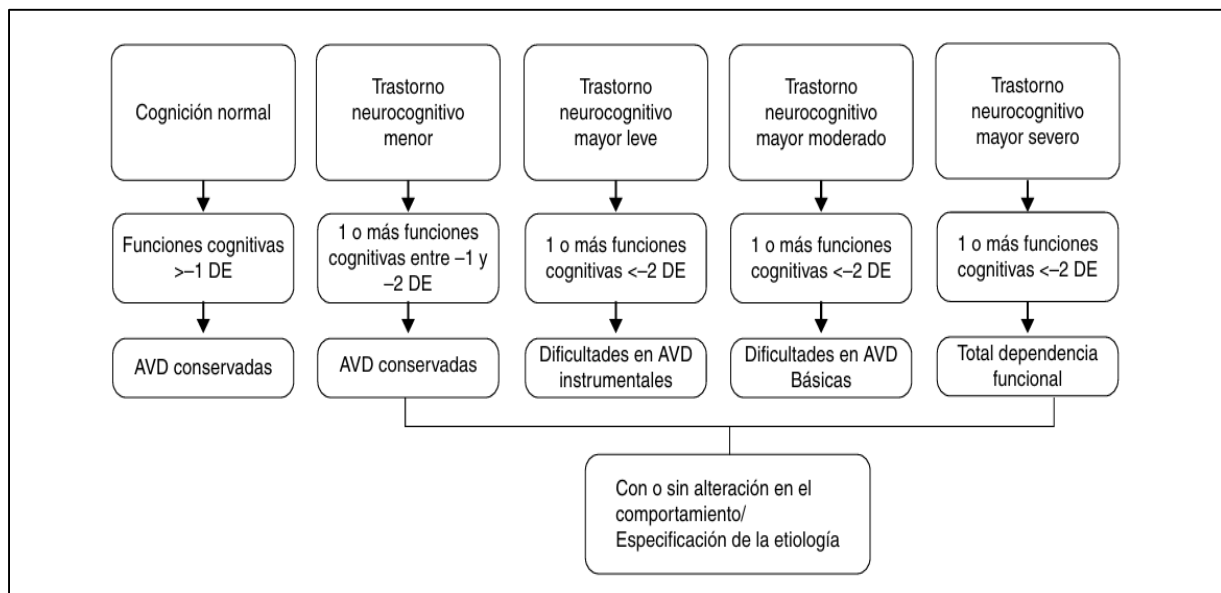
Nuevamente Lina Grasso y colaboradores, refieren que muchos estudios epidemiológicos señalan que el 15% de las personas mayores de 65 años cumplen con criterios de DCL aumentando la tendencia en las personas que están institucionalizadas, pudiendo aumentar en categoría. La tasa anual de progresión de DCL a demencia oscila entre el 11 y el 15%, considerándose una población de alto riesgo de padecerla. (L., 2017).

Las diferencias entre los adultos mayores que tienen un envejecimiento normal de aquellas que cumplen con los criterios de DCL radican en el grado de deterioro de las funciones cognitivas respecto del nivel previo de funcionamiento y la autonomía del paciente, es decir que el paciente tiene que mantener autonomía en las actividades de la vida diaria. (L., 2017)

Para ahondar en este aspecto, no solo nos centramos en los cambios de memoria, sino que además debemos considerar el resultado de otras condiciones como isquemias, traumatismo de cráneo, trastornos metabólicos, enfermedades psiquiátricas como depresión, enfermedades cardiovasculares. (L., 2017).

El Manual de diagnóstico y trastornos mentales nos ofrece una clara clasificación, que nos ayudara a ir entendiendo categoría por categoría.

Diagrama 1. Propuestas conceptuales de los trastornos cognitivos.



Fuente: Tarulla., A. (2015). Deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor. *Neurología Argentina.*, 7.No.1., 1-2.

Deterioro cognitivo menor o leve

Es un concepto relativamente nuevo que define a aquellas personas que no presentan un envejecimiento normal pero tampoco tienen demencia, es decir, presentan sintomatología cognitiva, afectando más que todo la memoria, pero aún poseen independencia para desenvolverse en sus actividades de la vida diaria. El personal de salud debe realizar evaluaciones que le ayuden

a definir, ese fino límite, entre una condición patológica y un proceso normal asociado a la edad, constituye un estado de transición entre el envejecimiento normal y la demencia. La evolución hacia una demencia depende de varios factores, si bien un porcentaje alto de personas que lo padecen evolucionan hacia ella, otros con su abordaje oportuno pueden mejorar. La estimulación cognitiva como terapia no farmacológica demuestra ser de gran utilidad para las personas que tienen este diagnóstico. (Universidad Nacional de la Plata.)

Deterioro cognitivo moderado

Según (L., Sequeira Rojas. Hospital San Juan de Dios., 2019) El deterioro cognitivo moderado es un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia. La Clínica Mayo, de Estados Unidos a finales de los años 90, nos ayuda a definirlo, como un pobre o menor rendimiento en una o más áreas cognitivas lo que sugiere déficit en un o más dominios cerebrales. Se observan alteraciones de las funciones ejecutivas, atención, lenguaje, memoria y habilidades visoespaciales, pero aun con la preservación de la independencia en las actividades de la vida diaria. Este deterioro cognitivo moderado se puede clasificar en amnésico, cuando la memoria episódica está comprometida y no amnésico, cuando afecta otros dominios como funciones ejecutivas.

Deterioro cognitivo severo

El deterioro cognitivo severo implica en el paciente, una gran pérdida de la memoria, así como graves problemas de conducta, movilidad y problemas comunicativos. Los pacientes con esta condición ya no pueden realizar las actividades de la vida diaria, ya no pueden realizar necesidades básicas como asearse, alimentarse o trasladarse a cualquier lugar. El paciente afectado, ya no es capaz de reconocer a las personas que tiene a su alrededor, ni los lugares en los que se encuentra, factor de riesgo para extravíos, indigencia e institucionalización. Sus cuidados dependerán permanentemente de otras personas, especialmente de expertas o instituciones. Además, estos pacientes son muy vulnerables a infecciones y poseen mayor riesgo de mortalidad. (Centros Mente, 2016).

Cuando se realiza su evaluación diagnóstica, el paciente es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes, por ejemplo: la dirección o número de teléfono, el nombre de familiares, presentan desorientación en tiempo o lugar, generalmente desconoce su entorno, el año o la estación, suelen recordar más fácilmente datos almacenados en su memoria a largo plazo como su nombre, el de su cónyuge e hijos. (F., 2019).

Casi siempre recuerda su nombre y con frecuencia sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno, se pueden presentar alteraciones de la conducta, como trastorno delirante, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación y violencia. (F., 2019).

En la demencia grave o un deterioro cognitivo muy grave, el paciente pierde todas las capacidades verbales, en las últimas fases de este periodo ya no hay lenguaje, sólo gruñido, presentan incontinencia urinaria y requiere asistencia en el aseo y la alimentación. Las habilidades psicomotoras, como andar, también se van perdiendo a medida que avanza esta fase. (F., 2019).

Síntomas

En cada fase del deterioro cognitivo hemos abordado sus características clínicas, lo que nos ayudara como médico a clasificarlos y escoger el mejor abordaje terapéutico para nuestro paciente.

Síntomas Neuropsiquiátricos

Mariángeles en el acta de neurología colombiana, observo que en varios estudios poblacionales el 50% de los pacientes con deterioro cognitivo leve presentaban al menos un síntoma neuropsiquiátrico versus el 25% de adultos mayores sin deterioro cognitivo y los síntomas más frecuentes fueron depresión, apatía e irritabilidad. La prevalencia de apatía, agitación e irritabilidad es mayor en pacientes con deterioro cognitivo amnésico versus no amnésico. (Pose M., 2010) (Abizanda P., 2009).

Quejas de memoria

Según el estudio de Mercedes Montenegro, (Montenegro Peña P., 2012) hasta el 18,5% de todas las consultas por deterioro cognitivo, su primer síntoma son las quejas de memoria.

A veces el paciente acude por sí mismo a consulta manifestando quejas de memoria y otras veces lo traen los familiares porque han observado que tiene olvidos cada vez más notables. En estudio poblacional en la ciudad de Madrid, realizado por Montenegro y colaboradores (Montenegro Peña P., 2012) encuentra una prevalencia de quejas de memoria del 32% y halla como factores predictores el rendimiento cognitivo, la depresión, ansiedad, la calidad de vida y las dificultades en las actividades de la vida diaria de manera que ante una persona con quejas de memoria, hay que plantearse no solo la posible alteración cognitiva sino también la presencia de otros factores.

Diagnóstico clínico

Anteriormente hemos abordado la sintomatología clínica que presenta cada trastorno, sabemos que la semiología de estos es clave para su diagnóstico, pero a la vez, hemos hecho énfasis en los diagnósticos diferenciales, así que nuestro abordaje en el estudio del paciente debe ser amplio, por lo que a continuación expondremos una guía sobre que estudios, pruebas y escalas debemos realizar o aplicar.

Criterios diagnósticos

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico, “DSM”, (F., 2019) de los Trastornos Mentales, los criterios diagnósticos de una demencia son los siguientes:

1. Presencia de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones: afasia, apraxia, agnosia o alteración de la función ejecutiva.
2. Deterioro significativo de la actividad laboral o social.
3. Disminución del nivel previo de actividad.
4. Excluyendo cuadro confusional -delirium- y depresión.

La evaluación clínica usualmente se realiza cuando el paciente o la familia se quejan por problemas de memoria. Sin embargo, la evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo a través de una prueba de tamizaje. (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012).

Se debe de realizar una evaluación médica general, para descubrir trastornos sistémicos asociados a delirium o factores de riesgo para demencia vascular o Enfermedad de Alzheimer, además de una revisión de los fármacos enfocándose en aquellos con polifarmacia o que usen psicotrópicos. Además, se deberá de tener una entrevista con la familia para conocer la pérdida de actividades de la vida diaria, memoria, conducta, cronología de los síntomas y de cualquier desviación de la normalidad. (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012).

Examen físico y neurológico

Es indispensable realizar la exploración física general y neurológica de los pacientes, más las pruebas complementarias, orientadas preferentemente a descartar causas secundarias. En la exploración general se evaluará la talla, el peso corporal y los signos vitales, el estado de la piel y

las mucosas, la palpación de los pulsos periféricos, del tiroides y del abdomen, así como la auscultación cardíaca, buscando soplos y arritmia y carotídea. En el examen neurológico se explorará minuciosamente el nivel de conciencia y los signos meníngeos, la presencia de signos de liberación frontal, reflejos de succión, prensión, hociqueo, glabellar, palmo mentoniano que denotan un deterioro significativo, signos focales motores, paresias, signo de Babinski, déficit sensorial, defectos del campo visual, falta de coordinación de los movimientos y signos extrapiramidales, como: temblor, rigidez, alteración de los reflejos de actitud y postura, mioclonías, alteraciones de la marcha, trastornos del lenguaje: afasia, dasonomías, estereotipia, neologismos, examen físico de pares craneales y del fondo de ojo. (T., 2005).

Evaluación de las actividades de la vida diaria

Tener en cuenta si ha habido pérdida parcial o global de capacidades previamente adquiridas, y valorar su repercusión en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), estas últimas suele estar preservadas en las fases iniciales de demencia, para la evaluación de estas existen diversas escalas como: la escala de Lawton y Brody, Índice de Katz. (T., 2005).

Exámenes de laboratorio

Los estudios o exámenes complementarios que se recomienda realizar a los pacientes con evidencia de deterioro cognitivo, con el objetivo de identificar su causa son: hemograma completo, velocidad de sedimentación globular (VSG), bioquímica: creatinina, glicemia, colesterol, pruebas de función hepática, calcio, sodio y potasio, hormona estimulante del tiroides TSH y vitamina B12, serología, VIH, examen general de orina, proteinuria y leucocituria en orina. Como la mayoría tiene riesgos cardiovasculares, o antecedentes de HTA, se aconseja realizar un electrocardiograma y una radiografía de tórax. (T., 2005).

Pruebas diagnósticas

Las funciones mentales superiores en el adulto mayor pueden verse afectadas por cambios propios del envejecimiento, a su vez, el deterioro cognitivo puede evolucionar a demencia, por ello es importante realizar detecciones tempranas para tratamiento oportuno. Para ello se recomienda realizar pruebas de escrutinio aunadas a una valoración integral con una historia clínica completa, son la piedra angular del diagnóstico.

Mini-Mental State Examination (MMSE)

El Mini-Mental State Examination es una prueba estandarizada diseñada para evaluar las funciones cognitivas de una persona. Se utiliza principalmente para identificar posibles déficits cognitivos y monitorizar cambios en la cognición a lo largo del tiempo. El MMSE abarca diversas áreas de la función cognitiva, incluyendo orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, lenguaje y habilidades de construcción visoespacial. (Montenegro Peña P., 2012). Fue diseñado por los psiquiatras Marshall Folstein, Susan Folstein y Paul McHugh en 1975.

En el paciente geriátrico que se sospecha deterioro cognitivo, esta prueba (MMSE) puede ser utilizada como prueba inicial. Su aplicación lleva menos de 10 minutos e identifica en forma temprana trastornos de la memoria y el deterioro cognoscitivo. El resultado del MMSE deberá ser controlado por la escolaridad de los sujetos. Con una media para normalidad de 24 puntos o más para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 puntos para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. (Montenegro Peña P., 2012).

Para que el MMSE tenga una adecuada confiabilidad es necesario que el paciente no esté cursando con delirium, alteraciones metabólicas o comorbilidad que pudiera alterar su estado de alerta o percepción sensorial. (Montenegro Peña P., 2012).

Consideraciones previas a la realización de la prueba

Respecto al paciente, para poder aplicar esta prueba, debemos considerar condiciones especiales, por ejemplo: analfabetismo, déficits sensoriales como sordera o ceguera, debemos tener cuidado, ya que en estos casos el resultado final puede inducir a error o “falso positivo”. El examinador debe ser una persona entrenada al respecto, por lo que se recomienda que además de saber las instrucciones, se le recomiende que practique la realización de la prueba con familiares y amigos, y así obtener el grado de experiencia necesario. El lugar de la aplicación debe ser tranquilo, fuera de estímulos externos que distraigan al paciente y bajen su rendimiento. Es recomendable que el paciente venga acompañado por un familiar o cuidador para darle más tranquilidad. (Feijoo Calles D., 2019).

La aplicación de la prueba

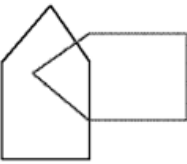
Iniciamos recogiendo los datos del paciente, así como su grado de escolarización y trabajo que realizaron antes de jubilarse. Esto, además, ayudará a crear un grado de confianza con el paciente y facilitará su colaboración. El MMSE consta de 5 apartados:

1. Orientación: Evalúa la capacidad del individuo para identificar la fecha, el día de la semana, el mes, el año, así como su ubicación actual (hospital, ciudad, estado).
2. Registro: Consiste en repetir una lista de tres palabras, lo cual mide la memoria inmediata.
3. Atención y cálculo: Incluye tareas como restar de 7 en 7 a partir de 100 (serie de setes) o deletrear una palabra al revés, evaluando así la atención y la capacidad de cálculo.
4. Recuerdo: Se pide al individuo que recuerde y repita las tres palabras mencionadas anteriormente, evaluando la memoria a corto plazo.
5. Lenguaje: Incluye una serie de tareas que evalúan la denominación, repetición, comprensión y producción del lenguaje.

Interpretación de resultados: La puntuación total de la prueba es de 30 puntos, con rangos específicos que indican el grado de deterioro cognitivo del paciente. (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012). A continuación, se muestra cómo interpretar los resultados:

- 24-30 puntos: Normal o sin deterioro cognitivo significativo.
- 19-23 puntos: Deterioro cognitivo leve.
- 10-18 puntos: Deterioro cognitivo moderado.
- Menos de 10 puntos: Deterioro cognitivo grave.

Cuadro 1. Mini-Mental State Examination (MMSE)

(NO SABE LEER NI ESCRIBIR _____ AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: _____)		PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.		
¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA ES HOY? ¿CUÁL ES EL AÑO? ¿CUAL ES EL MES? ¿CUAL ES EL DÍA? ¿CUAL ES LA ESTACIÓN DEL AÑO? (MÁXIMO 5 PUNTOS)		0 - 5
"DÍGAME EL NOMBRE DEL HOSPITAL, ¿EN QUE PISO ESTAMOS? ¿EN QUE CIUDAD ESTAMOS? ¿EN QUE ESTADO VIVIMOS? ¿EN QUE PAÍS ESTAMOS? (MÁXIMO 5 PUNTOS.)		0 - 5
FIJACIÓN		
"REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA". (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA. (MÁXIMO 3 PUNTOS.)		0 - 3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
"SI TIENE 100 PESOS Y ME LOS DA DE SIETE EN SIETE, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?" (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA. (MÁXIMO 5 PUNTOS.)		0 - 5
MEMORIA.		
"¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS" (MÁXIMO 3 PUNTOS).		0 - 3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN.		
"¿QUÉ ES ESTO?" (MOSTRAR UN RELOJ) "¿Y ESTO?" (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO). (MÁXIMO 2 PUNTOS.)		0 - 2
"REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NI SI, NI NO, NI PERO". (1 PUNTO).		0 - 1
"TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO" (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA). (MÁXIMO 3 PUNTOS).		0 - 3
"LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE:" "CIERRE LOS OJOS" (1 PUNTO).		0 - 1
"ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA" (1 PUNTO).		0 - 1
"COPIE ESTE DIBUJO" (1 PUNTO).		0 - 1
	(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE) NOTA: TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.	TOTAL _____
PUNTO DE CORTE: 24-30 PUNTOS NORMAL. GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; Menor a14 = GRAVE.		

Fuente: Instituto Mexicano de seguridad social. (2012). Diagnostico y tratamiento del deterioro cognitivo en el adulto mayor en el primer nivel. *Guia de practica clinica GPC, Catalogo maestro de guias de practica clinica.*, 10-71.

Otras pruebas

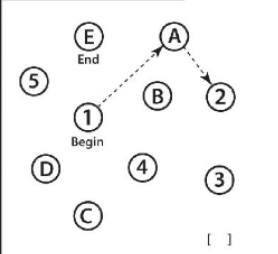

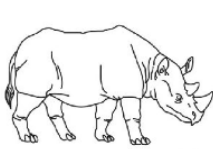
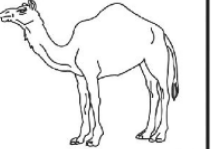
Test MOCA, Montreal Cognitive Assessment (MOCA):

Es una prueba de 30 puntos aplicado en aproximadamente 10 minutos. Este es la mejor elección en casos de detección de deterioro cognitivo de moderado a grave. Este mide:

1. Orientación: se le pide a la persona que indique la fecha actual, el mes, el día, el lugar y la ciudad.

2. Memoria a corto plazo: ya que se leen cinco palabras y se le pide a la persona que las repita. Se hace una nueva lectura y se vuelve a solicitar la repetición de estas. Se le pide completar otras tareas y luego repetir una vez más las cinco palabras.
3. Función ejecutiva /espacio visoespacial: se le solicita a la persona que dibuje una secuencia de dígitos y números, de forma alternada, así como la copia de un cubo.
4. Habilidades del lenguaje: ya que se pide repetir ciertas oraciones y enumerar algunas palabras que, generalmente, comienzan con la letra “F”.
5. Abstracción: en este punto se le pide a la persona que compare dos objetos, tales como un tren y una bicicleta. Con esto se puede comprobar si hay indicios de demencia.
6. Denominación de animales: se le muestran tres animales a la persona y luego se le pide que los repita.
7. Atención: nuevamente, se le pide a la persona que repita una serie de números hacia adelante y luego hacia atrás, para comprobar su nivel de atención. (Feijoo Calles D., 2019).

Cuadro 2. Test MOCA, Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Version 7.1 Original Version		NAME:	Date of birth:
		Education:	DATE:
		Sex:	
VISUOSPATIAL / EXECUTIVE		Copy cube	Draw CLOCK (Ten past eleven) (3 points)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Contour	Numbers Hands
			_/5
NAMING			
			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_/3
MEMORY		Read list of words; subject must repeat them. Do 2 trials, even if 1st trial is successful. Do a recall after 5 minutes.	No points
	FACE	VELVET	CHURCH
1st trial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2nd trial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATTENTION		Read list of digits (1 digit/sec). Subject has to repeat them in the forward order [] 2 1 8 5 4 Subject has to repeat them in the backward order [] 7 4 2	_/2
Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if ≥ 2 errors		[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A J A M O F A A B	_/1
Serial 7 subtraction starting at 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 or 5 correct subtractions: 3 pts , 2 or 3 correct: 2 pts , 1 correct: 1 pt , 0 correct: 0 pt	_/3
LANGUAGE		Repeat: I only know that John is the one to help today. [] The cat always hid under the couch when dogs were in the room. []	_/2
Fluency / Name maximum number of words in one minute that begin with the letter F [] _____ (N ≥ 11 words)			_/1
ABSTRACTION		Similarity between e.g. banana - orange = fruit [] train - bicycle [] watch - ruler	_/2
DELAYED RECALL		Has to recall words WITH NO CUE	Points for UNCUFED recall only
	FACE	VELVET	CHURCH
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DAISY	RED	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optional		Category cue	
		Multiple choice cue	
ORIENTATION		[] Date [] Month [] Year [] Day [] Place [] City	_/6
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org	Normal ≥ 26 / 30
Administered by: _____		TOTAL	_/30
		Add 1 point if ≤ 12 y.edu	

Fuente: Sposito., P. (2022, Diciembre 1). Utilidad del MOCA como test de cribado para el deterioro cognitivo leve en poblacion de hipertensos. *Revista Uruguaya de Medicina Interna.*, 7 No.3. doi:10.26445/07.03.4

Prueba del reloj

Otro instrumento de escrutinio práctico y rápido de aplicar es la Prueba del dibujo del Reloj, evalúa la función ejecutiva, construcción visoespacial y habilidades cognitivas, ha sido validado en muestras comunitarias extensas para diferenciar pacientes con demencia de sanos, posee una sensibilidad del 80% y especificidad 60%. (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012).

Prueba del dibujo del reloj: en este punto se le solicita a la persona que dibuje un reloj que marque las once y diez minutos. (Nesreddine Z., 2005)

La manera de distribución de los puntos es la siguiente:

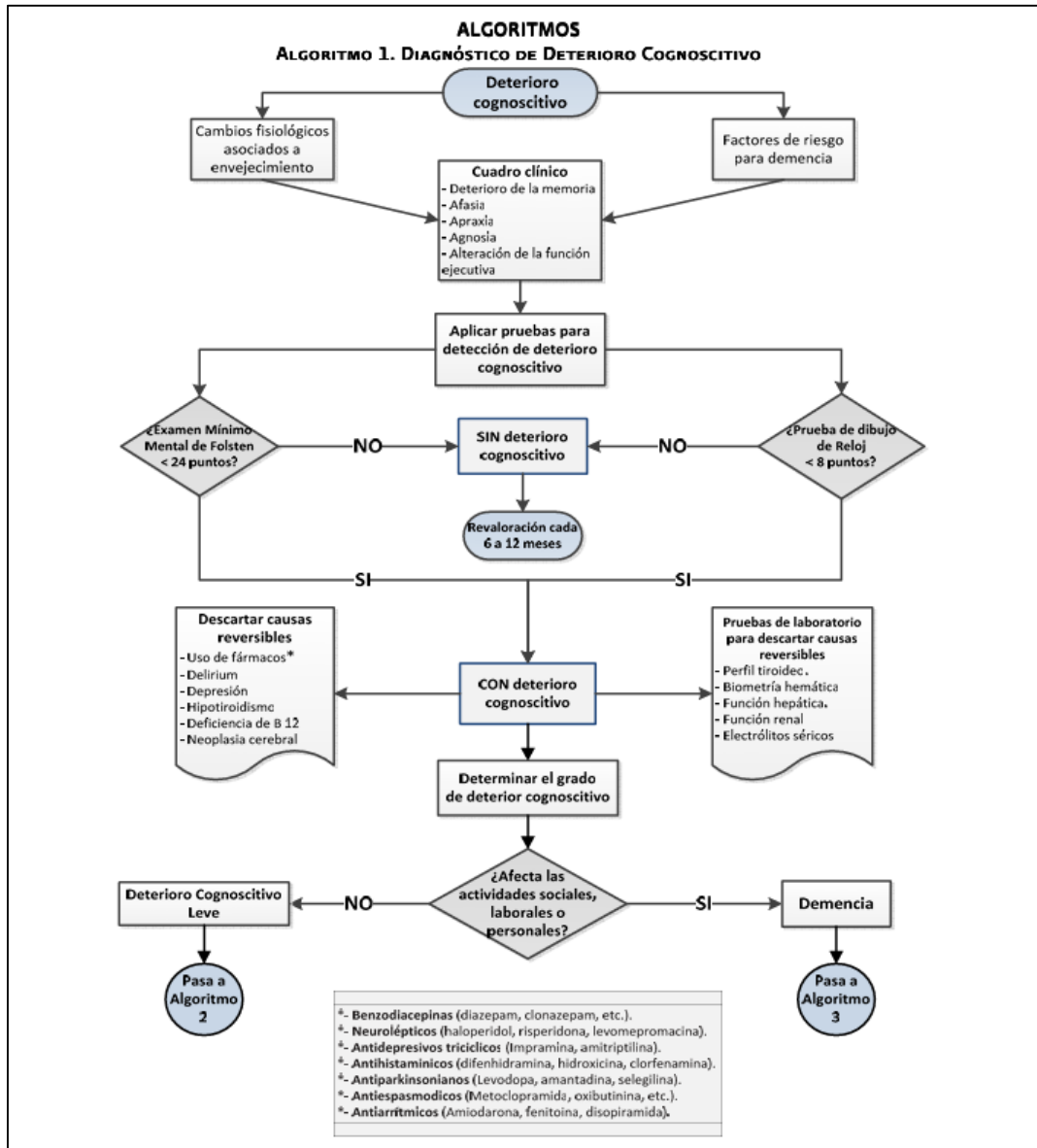
- Funcionamiento visoespacial y ejecutivo: 5 puntos.
- Denominación de animales: 3 puntos.
- Atención: 6 puntos.
- Lenguaje: 3 puntos.
- Abstracción: 2 puntos.
- Recuperación de la memoria a corto plazo: 5 puntos.
- Orientación: 6 puntos.

Diagnostico complementario con Imágenes

La tomografía axial computarizada (TAC) no es una prueba concluyente en el diagnóstico de las demencias primarias, y su objetivo es descartar causas secundarias como el hematoma subdural crónico, las lesiones isquémicas, la hidrocefalia y los tumores. Otras pruebas es la resonancia nuclear magnética (RNM), más sensible para detectar cambios vasculares y lesiones desmielinizantes. La tomografía de emisión de fotones simples (SPECT), que ayuda en el diagnóstico diferencial de las demencias. El electroencefalograma (EEG) y la punción lumbar son también útiles en pacientes dementes jóvenes. (T., 2005).

Para orientar como debemos guiar nuestra sospecha diagnostica, utilizaremos el siguiente algoritmo.

Algoritmo 1. Diagnóstico de Deterioro Cognoscitivo.



Fuente: Instituto Mexicano de seguridad social. (2012). Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo en el adulto mayor en el primer nivel. *Guía de practica clinica GPC, Catalogo maestro de guias de practica clinica.*, 10-71.

Diagnóstico diferencial

Los estados confusionales también son características de un envejecimiento patológico, esta consiste en una alteración del estado mental, de forma aguda, subaguda, limitada en el tiempo y casi siempre reversible, estas pueden ser causadas por infecciones, medicamentos, intervenciones quirúrgicas o malnutrición. (Estevez, 2023).

Los síntomas de los estados confusionales y que se deben distinguir del deterioro cognitivo son: Alteración del nivel de conciencia, desorientación temporal y espacial, trastornos de la atención y la memoria, alteraciones del comportamiento como la agresividad, alteración del lenguaje y del pensamiento, alteración del sueño. (Estevez, 2023).

La guía práctica para el diagnóstico de deterioro cognitivo en el adulto mayor nos proporciona el siguiente cuadro resumen sobre los diagnósticos diferenciales.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de Deterioro Cognitivo.

DEGENERATIVAS: la demencia es la manifestación principal	DEGENERATIVAS: la demencia forma parte del cuadro clínico
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Alzheimer (50-75% de todas las demencias). • Demencia con Cuerpos de Lewy (15-25%). • Demencia fronto-temporal. • Degeneraciones focales corticales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Parkinson. • Enfermedad de Huntington. • Degeneración corticobasal. • Enfermedad de Down. • Parálisis supranuclear progresiva.
VASCULARES	CARENCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Multiinfarto (20-30% de todas las demencias). • Estado lacunar (síndrome seudobulbar). • Enfermedad de Binswanger. • Vasculitis: lupus, panarteritis nodosa, arteritis de la temporal. • Infarto estratégico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de vitamina B12. • Déficit de Ácido fólico. • Déficit de vitamina B1 (pelagra).
METABÓLICAS	INFECCIOSAS
<ul style="list-style-type: none"> • Hipo e hipertiroidismo. • Hipoxia-isquemia. • Hipo e hiperparatiroidismo. • Insuficiencia hepática. • Insuficiencia renal. Insuficiencia adrenal o pituitaria. • Enfermedades por depósito (Wilson). • Hipoglucemia crónica (Insulinoma). 	<ul style="list-style-type: none"> • Complejo demencia-SIDA. • Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. • Panencefalitis esclerosante subaguda. • Encefalitis herpética. • Enfermedad de Whipple. • Meningoencefalitis bruceleosa, tuberculosa, etc. • Abscesos cerebrales.
FÁRMACOS	OTRAS
<ul style="list-style-type: none"> • Benzodicepinas (diazepam, clonazepam, alprazolam). • Neurolépticos (haloperidol, risperidona, levomepromacina). • Antidepressivos tricíclicos (Impramina, amitriptilina). • Antihistaminicos (difenhidramina, hidroxicina, clorfenamina) • Antiparkinsonianos (Levodopa, amantadina, selegilina). • Antiespasmódicos (Metoclopramida, oxibutinina). • Antiarrítmicos (Amiodarona, fenitoina, disopiramida) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tóxicas: alcohol, fármacos, metales, etc. • Neoplásicas: tumores cerebrales primarios o metastásicos. • Traumáticas: hematoma subdural crónico, demencia del boxeador. • Desmielinizantes: esclerosis múltiple. • Hidrocefalia normotensiva, epilepsia, sarcoidosis cerebral.

Fuente: Instituto Mexicano de seguridad social. (2012). Diagnostico y tratamiento del deterioro cognitivo en el adulto mayor en el primer nivel. *Guía de practica clinica GPC, Catalogo maestro de guias de practica clinica.*, 10-71.

Factores de riesgo

Hemos abordado el tema sobre envejecimiento normal y patológico y la fina línea que divide el deterioro cognitivo y la demencia, a la vez esto nos lleva a cuestionarnos sobre quien puede

padecerla y quien no, para lo cual debemos conocer los factores de riesgo que pueden predisponer a un adulto mayor de padecerla.

1. Edad avanzada.
2. Genética: poseer un tipo de gen denominado APOE e4, está vinculado a la enfermedad de Alzheimer.
3. Enfermedades y factores del estilo de vida como: Diabetes, Hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, depresión, apnea obstructiva del sueño, falta de actividad física, falta de actividad mental y social.
4. Polifarmacia.
5. Bajo nivel educativo. (Moreno-Noguez M., 2023).

Asociación con enfermedades crónicas

Lesión cardiovascular:

Factores relacionados son: el tabaquismo, sedentarismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperglicemia, eventos cerebro vasculares, infartos al miocardio como elementos asociados a deterioro cognitivo. Involucrados porque desarrollan aterosclerosis y daños a grandes, medianos y pequeños vasos cerebrales. Además, mecanismos como hipoxia, inflamación, stress oxidativo y disrupción de la barrera hematoencefálica comprometen las funciones cognitivas. (L. S. R., 2019).

Según estudio “Women’s Health Initiative Memory Study”, las mujeres mayores de 65 años con procedimientos invasivos o historia de enfermedad coronaria tienen doble riesgo de deterioro cognitivo comparado con las que no la tienen. (L. S. R., 2019).

La diabetes mellitus y la hiperglicemia:

Los mecanismos patogénicos a través de los cuales la diabetes mellitus de tipo 2 y la hiperglicemia provocan deterioro cognitivo no están claramente establecidos, pero se cree que las lesiones vasculares, inflamación, estrés oxidativo, elevación de los productos finales de la glucólisis, resistencia a la insulina y anormal señalización de sus receptores, degradación de la insulina y su relación con los depósitos de proteína-amiloide, y mayores ovillos neurofibrilares, son los encargados de la lesión cognitiva. (R.O. Dominguez, 2014).

Complicaciones

Las personas que presentan deterioro cognitivo leve tienen un mayor riesgo de desarrollar demencia, aunque no es determinante.

Síndromes geriátricos y su asociación a deterioro cognoscitivo:

El deterioro cognoscitivo en el adulto mayor debe abordarse como un síndrome geriátrico.

Riesgo aumentado de caídas:

Los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo tienen mayor riesgo de caídas, ya que están vinculadas a ello alteraciones motoras, déficit visual, deterioro cognoscitivo severo, abatimiento funcional, caídas previas, alteraciones de la conducta, uso de neurolépticos, baja densidad mineral ósea, sarcopenia y fragilidad. A todos los adultos mayores con síndrome de caídas y alteraciones de la marcha se les debe explorar su estado cognoscitivo en búsqueda de deterioro. La presencia de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor es un factor de riesgo para presentar fragilidad en un periodo de 10 años, con un riesgo anual del 9% y esta asociación eleva la mortalidad a los 5 años hasta en un 44.5%. (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012).

Depresión:

La depresión de inicio tardío, después de los 60 años, duplica el riesgo de padecer de demencias como la enfermedad de Alzheimer o demencia vascular. El tratamiento antidepressivo mejora la cognición y la funcionalidad en sujetos con demencia y depresión. (Silleras M.A., 2012).

Delirium:

Los adultos mayores que presentan al menos un cuadro de delirium poseen un elevado riesgo de demencia a los 3-5 años transcurridos. Según Luis Sequeira, la prevalencia del delirium en adultos mayores con demencia que viven en la comunidad es del 13%, pero puede variar de 22% a 85% según la población estudiada. (L. S. R., 2019).

Polifarmacia:

Existe una relación entre la polifarmacia y el riesgo de demencia en adultos mayores, de 44% en aquellos con polifarmacia versus el 32% sin polifarmacia. El riesgo de demencia se incrementa de manera proporcional con el número de fármacos ingeridos. Una vez que se presenta el deterioro cognitivo o el delirium deben retirarse y reevaluar el estado cognoscitivo después de un tiempo

razonable de acuerdo con la farmacología de la droga y el estado general del paciente. (Silleras M.A., 2012).

Desnutrición:

Sillera y colaboradores refieren que las mujeres mayores de 65 años, con un índice de masa corporal bajo o normal con adiposidad central, es un factor de riesgo para demencia, en cambio el sobrepeso y la obesidad son factores protectores. La desnutrición en los adultos mayores con deterioro cognitivo comparado con los que no tienen es de 47% con deterioro cognoscitivo leve y 62% en demencia versus 19% sin demencia. (Silleras M.A., 2012).

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico:

Según la Guía de práctica clínica para el diagnóstico de deterioro cognitivo, (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012), el tratamiento no farmacológico es eficaz para el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos del adulto mayor, como: agitación, agresividad, depresión, alucinaciones, vagabundeo, comportamiento sexual inapropiado. Las alteraciones conductuales en el paciente con deterioro cognitivo pueden ser secundarias a su incapacidad de adaptación a un nuevo ambiente y debe identificarse y corregirse antes de intentar un tratamiento farmacológico.

Además, se recomiendan otras intervenciones generales, como: Modificación arquitectónica del domicilio para eliminar o disminuir potenciales riesgos y simplificar las actividades básicas de la vida diaria; corrección de las deficiencias sensoriales visual y auditiva; educar al cuidador sobre la sintomatología de la enfermedad. Recomendar la actividad física para mejorar la funcionalidad; actividades físicas, recreativas y ocupacionales. (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012).

En conclusión, el abordaje del paciente con demencia y la elaboración del plan terapéutico debe ser interdisciplinario. deben ser supervisadas según la gravedad del deterioro cognoscitivo. (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012).

Tratamiento farmacológico

Los inhibidores de colinesterasa, donepezilo, galantamina y rivastigmina, mejoran la función cognoscitiva, en pacientes con demencias, sobre todo en el tipo Alzheimer leve a moderada, debido a su mecanismo de acción, que aumenta la presencia de acetilcolina en la hendidura sináptica, sin

embargo, no previenen la progresión de deterioro cognitivo leve (DCL) a demencia y deben suspenderse en demencia grave. Su prescripción deberá hacerse por el geriatra, psiquiatra o neurólogo. (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012).

Continuando con las recomendaciones de la Guía de práctica clínica para el diagnóstico de deterioro cognitivo (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012), el control óptimo de la presión arterial en personas hipertensas es especialmente recomendable, debido a los beneficios observados en la reducción de la mortalidad, de eventos cardiovasculares y de demencia vascular. La prevención secundaria prevención de eventos cerebrovasculares recurrentes en pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular, debe ser realizada con fármacos antihipertensivos, estatinas y antiagregantes plaquetarios.

No se recomienda la prescripción de suplementos con ginkgo biloba, vitaminas B1-B6-B12, ácido fólico o ácidos grasos omega-3 con la intención de prevenir o mejorar deterioro cognitivo; tampoco se recomienda usar piracetam, pentoxifilina, citicolina, estrógenos, prednisona u homeopatía con la finalidad de mejorar el estado cognoscitivo. (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012).

Los antidepresivos pueden ser utilizados en el tratamiento de la comorbilidad con depresión. Se sugiere utilizar principalmente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina ya que los antidepresivos tricíclicos pueden empeorar el déficit cognoscitivo por sus efectos anticolinérgicos secundarios. Las benzodiazepinas no son recomendadas para el manejo de los síntomas conductuales de la demencia, ya que están asociadas a mayor riesgo de caídas, somnolencia diurna y mayor deterioro cognitivo. (Instituto Mexicano de seguridad social., 2012).

Los antipsicóticos buscan mejorar los síntomas conductuales que se presentan en la demencia: psicosis, agresión, agitación, trastornos del sueño, si es necesario, los antipsicóticos convencionales como haloperidol pueden ser utilizados con precaución, previa valoración por el especialista en psiquiatría y vigilando estrictamente sus efectos colaterales. (J.Miguel., 2006).

Prevención

El deterioro cognitivo leve no se puede prevenir, sin embargo, las investigaciones han revelado que algunos factores del estilo de vida pueden reducir el riesgo de contraer esta afección. Según los estudios, estas medidas pueden ayudar a prevenir el deterioro cognitivo leve (L. S. R., 2019):

- No beber grandes cantidades de alcohol.
- Limitar la exposición a la contaminación del aire.
- Reducir el riesgo de lesiones en la cabeza.
- No fumar.
- Controla enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad y la depresión.
- Practicar una buena higiene del sueño y controlar los problemas para dormir.
- Nutrición adecuada.
- Mantente conectado con tus familiares y amigos.
- Realizar actividad física.
- Estimulación cognitiva con actividades, juegos, entrenamiento de la memoria. (L. S. R., 2019)

Actividad física

En base a la prevención se han mencionado varios aspectos, hare especial énfasis en la prescripción de la actividad física, ya que se tiene el concepto erróneo de que el adulto mayor, ya no es capaz de realizarlo, cuando simplemente solo debemos adecuarlo a cada circunstancia y personalizarlo.

Abordaremos la influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores sanos y en la reversión o mantenimiento del deterioro cognitivo en adultos mayores con trastorno cognitivo leve. Manuel Franco, en el 2013, en la revista de neurología, refiere que los estudios revisados muestran que hay una alta probabilidad de que el ejercicio físico produzca un impacto en las funciones cognitivas, logrando prevenir el deterioro cognitivo durante el envejecimiento y mejorar las funciones cognitivas de adultos mayores con primeros signos de declive cognitivo. También Liu-Ambrose, en la misma revista e neurología, (Franco Martin M., 2013.) describe la importancia de la duración de la prescripción del ejercicio, comparando los resultados en un periodo de 6 a 12 meses de duración, los autores no encontraron beneficios en la primera medición realizada a los seis meses, pero sí a los 12 meses, a la vez la importancia de la duración de los programas de entrenamiento físico parecería complementarse con otras variables, como la intensidad con la que se lleva a cabo el ejercicio.

Recomendaciones

Como personal de salud, comprendemos que las evaluaciones realizadas en primer nivel son muy necesarias, para poder realizar abordajes tempranos y oportunos, especialmente a nivel de valoración del deterioro cognitivo en el adulto mayor, pudiendo realizar un abordaje desde las primeras instancias en que se detecta, para evitar el deterioro máximo de la calidad de vida del

paciente y alteraciones de su contexto. Por lo que realizamos las siguientes recomendaciones generales. (C., 2021)

1. Dentro de la valoración geriátrica integral de todo paciente que ingresa en un centro residencial, tiene que incluirse una evaluación del estado cognitivo mediante instrumentos validados. En nuestro medio los más utilizados son el Mini-Mental State Examination (MMSE), de Folstein.
2. Además de la evaluación al ingreso, se recomienda realizar una valoración cognitiva anual a todo residente sin diagnóstico previo de demencia.
3. Realizar un seguimiento semestral en pacientes con deterioro cognitivo conocido.
4. En todo paciente diagnosticado con deterioro cognitivo o demencia se debe realizar una clasificación de la gravedad para que el personal institucional adecue un plan de abordaje idóneo para el paciente.
5. Se recomienda derivar a atención especializada, geriatría, neurología, psiquiatría, etc., en caso de duda o confirmación diagnóstica, búsqueda de una segunda opinión o necesidad de realizar pruebas complementarias que no se encuentren a nuestro alcance. (C., 2021)

Calidad de vida del paciente institucionalizado con deterioro cognitivo

En mundo más longevo, donde surgen nuevas problemáticas de salud, es importante plantear como abordar y tratar a pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo y demencias.

La complejidad de los casos de las personas con demencia dependerá de su grado de severidad, conociendo que los ámbitos más afectados son la pérdida de memoria, desorientación en el tiempo y lugar, problemas de pensamiento de emergencia abstracta, los problemas de lenguaje, la pobreza de juicio, se pierden cosas o se colocan en lugares inapropiados, se producen cambios inesperados y frecuentes en el estado de ánimo y el comportamiento, la pérdida de iniciativa y las dificultades para realizar las tareas familiares y realizar actividades de la vida diaria, básicas e instrumentadas.

Al referirnos a la calidad de vida se puede emplear una variedad de términos, como bienestar, alcanzar los objetivos familiares y personales, contar con una alimentación saludable, tener un buen estado de salud, entre otras. Oñate Ocaña (-Ocaña., 2011.) indica que: La calidad de vida se define como una serie de condiciones que están presentes a lo largo de la vida del individuo, las mismas pueden ser objetivas como las condiciones personales, culturales, económicas,

sociopolíticas o ambientales y pueden dificultar o facilitar el desarrollo del sujeto y subjetivas donde el individuo realiza una valoración propia sobre su vida y como hemos mencionado en el paciente con deterioro cognitivo su calidad de vida puede estar comprometida, a mayor gravedad mayor afectación, y en estos casos el paciente incluso no posee conciencia sobre su propio estado.

Para Aranda en su estudio sobre la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados (A.R., 2019.) , refiere que las funciones cognitivas como la memoria, la atención y algunas funciones motoras están afectadas en ellos, estas condiciones suelen llevar a cierta dependencia, soledad y problemas sociales, muchas veces más graves que los mismos problemas físicos, afectando la calidad de vida y la percepción que una persona tiene de la misma, en caso de que aun pueda hacerlo.

Robert Schalock, un experto en el estudio de la discapacidad intelectual propuso un modelo de calidad de vida que consta de ocho dimensiones fundamentales, los cuales son:

1. Bienestar emocional: comprende la capacidad de experimentar y expresar emociones de manera adecuada y saludable, como la felicidad, la espiritualidad, la satisfacción en aspectos personales y generales de la vida, el auto concepto que se tiene un individuo a sí mismo, la motivación, el estado de ánimo, el comportamiento, la depresión y la ansiedad. (G.A., 2023)
2. Relaciones Interpersonales: se centra en las relaciones y conexiones sociales de una persona, incluye la intimidad, el afecto, la forma en como el sujeto interactúa entre dos o más personas, es decir la capacidad de establecer y mantener relaciones significativas con otras personas, como amigos, familiares y parejas románticas. (G.A., 2023)
3. Bienestar Material: hace referencia a la relación que tiene el individuo con lo material es decir acceso a recursos económicos y materiales suficientes para satisfacer las necesidades básicas para vivir una vida cómoda y segura, como la vivienda, los alimentos, el agua, los ahorros, el empleo, la ropa y el acceso a servicios básicos. (G.A., 2023)
4. Desarrollo Personal: se centra en el crecimiento individual, en la adquisición de habilidades, conocimientos, competencias, la utilidad social, involucra la capacidad de establecer objetivos personales, o integrarse en el mundo laboral. (G.A., 2023)

5. Bienestar Físico: se refiere al estado de salud física, la capacidad funcional y el acceso a servicios de atención médica, también considera los factores de medicación, dolor y cómo influyen en la salud y le permiten realizar actividades normales. (G.A., 2023)

6. Autodeterminación: se basa en la capacidad de una persona de tomar decisiones y controlar su propia vida.

7. La autonomía: esta nos permite tomar nuestras propias decisiones.

8. Inclusión Social: participación equitativa de todas las personas en la sociedad.

9. Derechos: esta dimensión se basa en la idea de que todas las personas tienen derechos fundamentales y deben ser tratadas con dignidad y respeto. (G.A., 2023).

Analizando todas las dimensiones anteriormente mencionados, y si vamos comparando el estado de un adulto mayor institucionalizado, observaremos que cumplirán con la mayoría de los aspectos abordados, evidenciando que el deterioro cognitivo puede alterar en gran medida la calidad de vida de estas personas, empezando desde el momento en que su familiar decidió su institucionalización, o como se vive en el hogar Margarita Nassau, la mayoría fueron encontrados en indigencia o en riesgo social al vivir solos, estos sujetos pierden su autonomía, dependiendo en gran medida de un tercero para satisfacer sus necesidades básicas, lo que ejerce un impacto negativo en su calidad de vida.

CAPÍTULO III. 3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Métodos de investigación

3.1.1 Tipo de estudio:

El estudio fue descriptivo, debido a sus características y el tipo de abordaje de la temática que se presentó, este estudio pretendió describir el grado de deterioro cognitivo y las características que poseen los adultos mayores institucionalizados en la residencia Margarita Nassau.

3.1.2 Tipo de enfoque:

El estudio tuvo un enfoque cualitativo, ya que se abordaron las variables de origen cualitativo como edad, género, nivel de escolaridad, antecedentes personales patológicos, grado de contacto familiar y grado de deterioro cognitivo.

3.1.3 Según el momento en que se realizará la investigación el estudio será:

Es un estudio transversal, ya que fue llevado a cabo durante el período de julio a diciembre del 2024.

3.2 Técnicas:

1.2.1. Grado deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados.

Para la obtención de esta información, se aplicó al adulto mayor una entrevista estructurada, cara a cara, para definir el grado de deterioro cognitivo.

1.2.2. Características de los adultos mayores institucionalizados.

Se realizó por medio de una entrevista cara a cara con el adulto mayor para caracterizarlo.

1.2.3. Identificar la relación del contacto familiar con el grado de deterioro cognitivo diagnosticado.

Se identificó por medio de una entrevista cara a cara con el adulto mayor, el grado de contacto familiar que cada uno posee.

1.2.4. Identificar las patologías asociadas al grado de deterioro cognitivo.

Se realizó por medio de una entrevista cara a cara con el adulto mayor o cuidador, para indagar sobre sus antecedentes personales patológicos.

3.3 Instrumentos:

3.3.1 Grado deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados.

Este diagnóstico se definió aplicando un instrumento ya validado, por lo cual no requirió validación previa. El Mini-Mental State Examination, es una prueba estandarizada diseñada para evaluar las funciones cognitivas de una persona. Fue diseñado por los psiquiatras Marshall Folstein, Susan Folstein y Paul McHugh en 1975. Se utiliza principalmente para identificar posibles déficits cognitivos y monitorizar cambios en la cognición a lo largo del tiempo. El MMSE abarca diversas áreas de la función cognitiva, incluyendo orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, lenguaje y habilidades de construcción visoespacial, además de habilidades de lectura, escritura, dibujo o cálculo de la persona que es evaluada. (Montenegro Peña P., 2012).

Estas se dividen en cinco bloques de: Orientación, Registro, Atención y cálculo, Recuperación y Lenguaje. (Social., 2010) La puntuación para otorgar se distribuye de la siguiente manera: **Orientación:** con un máximo 10 puntos, evalúa la conciencia del sujeto sobre el lugar y tiempo en el que se encuentra.

Registro: máximo tres puntos- se centra en la capacidad del paciente para memorizar.

Recuperación: máximo 3 puntos- mide la capacidad de retención del paciente.

Lenguaje: máximo 9 puntos- focaliza la atención en el nivel de comprensión del examinado. (Social., 2010) (Anexo 1)

3.3.2 Características de los adultos mayores institucionalizados.

Se recolectaron datos a través de una ficha clínica creada por el entrevistador, la cual fue validada previamente en una población homóloga. La cual recopiló datos como: edad, género, escolaridad y nivel educativo. (Anexo 2)

3.3.3 Identificar la relación del contacto familiar con el grado de deterioro cognitivo diagnosticado.

Se recolectaron datos a través de una ficha clínica realizada por el investigador, la cual fue validada previamente en una población homóloga. A través de preguntas estructuradas, recopiló información del grado de contacto familiar que posee el residente, preguntando sobre la frecuencia de visitas familiares, mensual, trimestral, semestral, anual o nunca. (Anexo 2)

3.3.4 Identificar las patologías asociadas al grado de deterioro cognitivo.

Se recolectaron datos a través de una ficha clínica realizada por el entrevistador, la cual recopiló los antecedentes personales patológicos como: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, ECV, hipotiroidismo, Alzheimer, Parkinson, otros tipos de demencia. (Anexo 2)

3.2 Cronograma de actividades.

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Diseño de investigación		X				
Revisión bibliográfica			X			
Diseño de instrumentos				X		
Validación de instrumentos				X		
Levantamiento de información					X	
Ingreso y procesamiento de datos					X	
Entrega de investigación						X

3.4 Recursos financieros.

Recurso	Lempiras	Dólares
Transporte	HN 2000.00	80.60 \$
Equipo de oficina	HN 2000.00	80.60 \$
Insumos de oficina	HN 1000.00	40.32 \$
Internet	HN 1500.00	60.48 \$
Alimentación	HN N/A	N/A
Combustible	HN 750.00	30.24 \$
TOTAL	HN 7250.00	

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

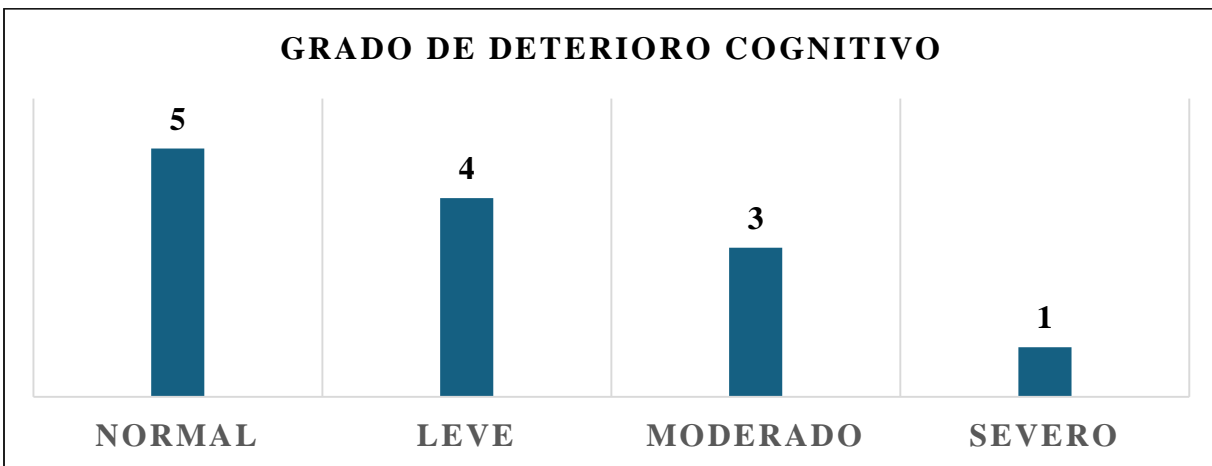
4.1 RESULTADOS

4.1.1 Grado deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados.

Los datos proporcionados para el grado de deterioro cognitivo son los siguientes:

- **Grado Normal:** 5 adultos (38.46%)
- **Grado Leve:** 4 adultos (30.77%)
- **Grado Moderado:** 3 adultos (23.08%)
- **Grado Severo:** 1 adulto (7.69%)

Gráfica No 1. Distribución del grado de deterioro cognitivo

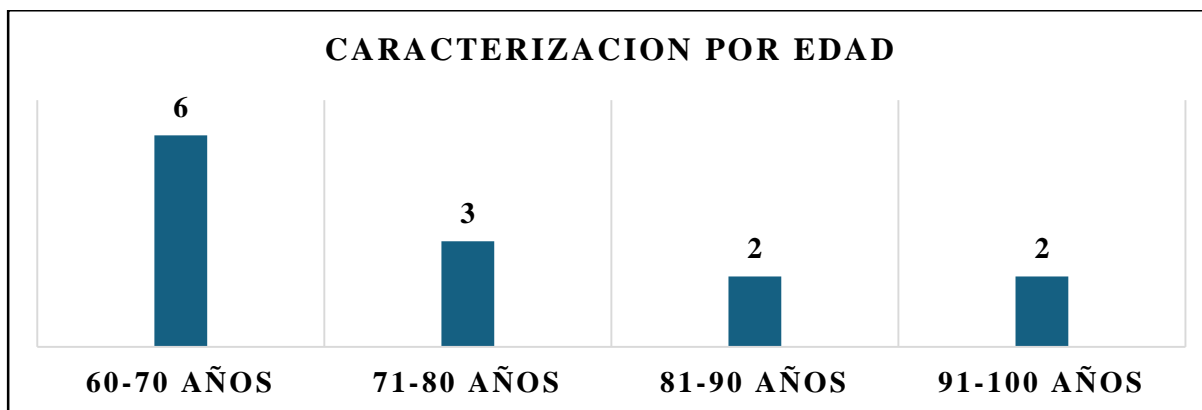


4.1.2 Características de los adultos mayores institucionalizados.

De los 13 adultos mayores incluidos en la investigación, se les caracterizo en base a: edad, género y nivel de escolaridad.

La muestra tiene una mayor concentración en el rango de 60-70 años (6 personas), seguido por los rangos de 71-80 años (3 personas), y los grupos de 81-90 años y 91-100 años (2 personas en cada grupo).

Grafica No. 2 Caracterización por edad.



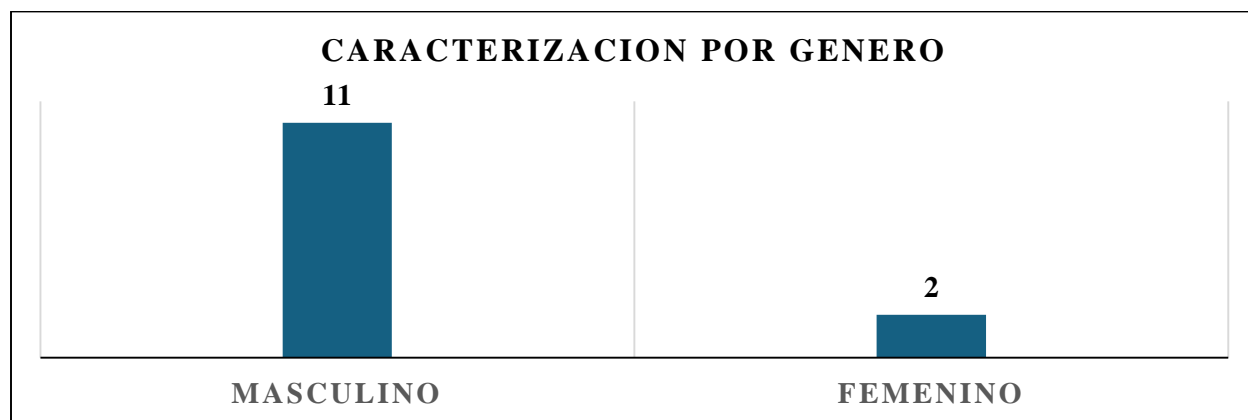
Caracterización por género:

En base a los datos proporcionados, se tuvieron

- **Masculino:** 11 adultos mayores.
- **Femenino:** 2 adultos mayores.

La muestra total estuvo conformada por 13 adultos mayores, lo que implica que la mayoría de los participantes fueron hombres (11 frente a 2 mujeres).

Grafica No. 3. Caracterización por género.



Caracterización según nivel educativo:

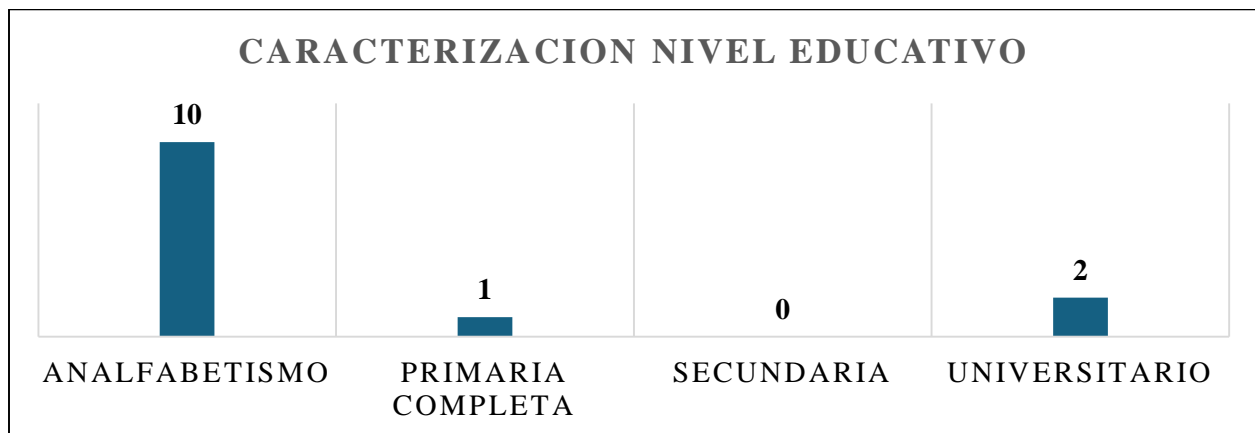
De los datos obtenidos, la distribución por nivel educativo fue la siguiente:

- Analfabetismo: 10 adultos mayores.
- Primaria completa: 1 adulto mayor.
- Secundaria: 0 adultos mayores.
- Universitario: 2 adultos mayores.
- Total de individuos considerados: 13 adultos mayores.

La mayoría de los adultos mayores en la muestra tienen un nivel educativo bajo. De los 13 individuos:

El 76,9% (10 de 13) son analfabetos, lo que sugiere una fuerte correlación entre el analfabetismo y la población institucionalizada. El 15,4% (2 de 13) tiene estudios universitarios, lo que indica una gran disparidad educativa en esta población. Solo una persona (7,7%) completó la educación primaria.

Grafica No.4 Caracterización del nivel educativo.



4.1.3 Identificar las patologías asociadas al grado de deterioro cognitivo.

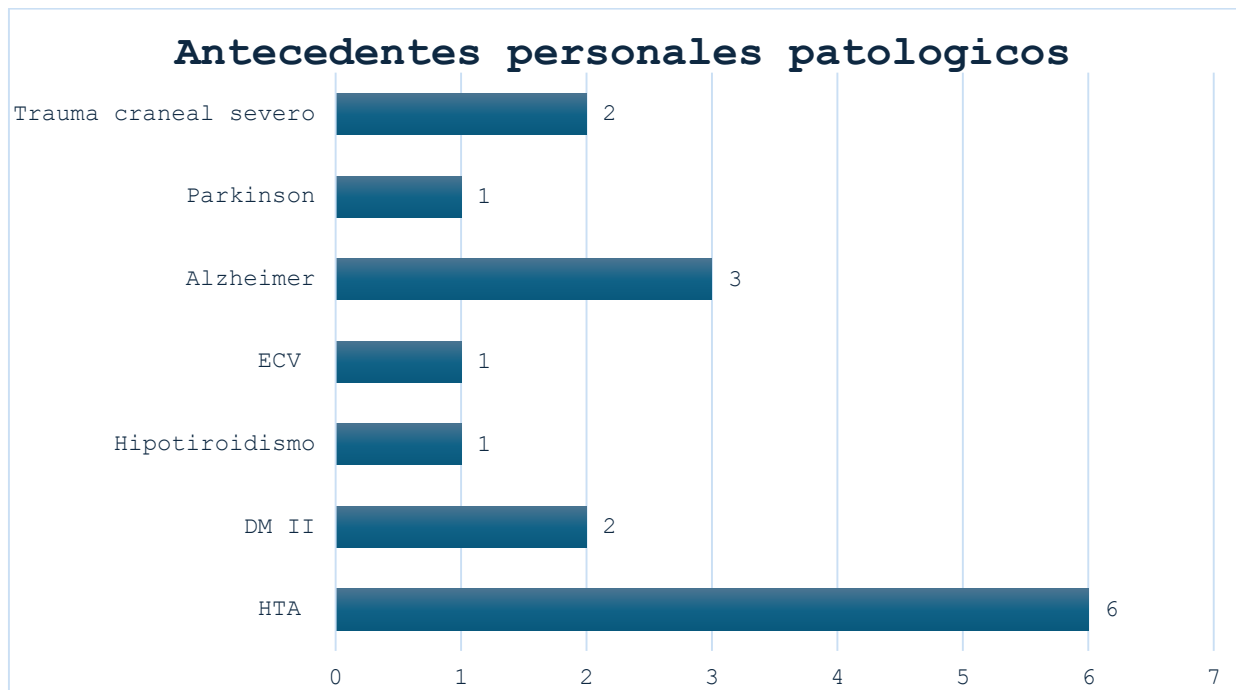
Según los datos obtenidos en base a los antecedentes patológicos, las enfermedades crónicas encontradas y asociadas a deterioro cognitivo fueron: Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial

crónica, antecedente de Evento Cerebro vascular, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, antecedente de trauma craneal severo e hipotiroidismo, en la sumatoria total se observaron más de 13 variables, ya que varios adultos mayores poseen varias enfermedades en simultaneo.

Los antecedentes patológicos de los adultos mayores en la muestra son los siguientes:

- Hipertensión Arterial: 6 adultos mayores
- Diabetes Mellitus tipo 2: 2 adultos mayores
- Hipotiroidismo: 1 adulto mayor
- Enfermedad Cerebrovascular: 1 adulto mayor
- Alzheimer: 3 adultos mayores
- Parkinson: 1 adulto mayor
- Trauma craneal severo: 2 adultos mayores

Grafica No. 5 Antecedentes personales patológicos

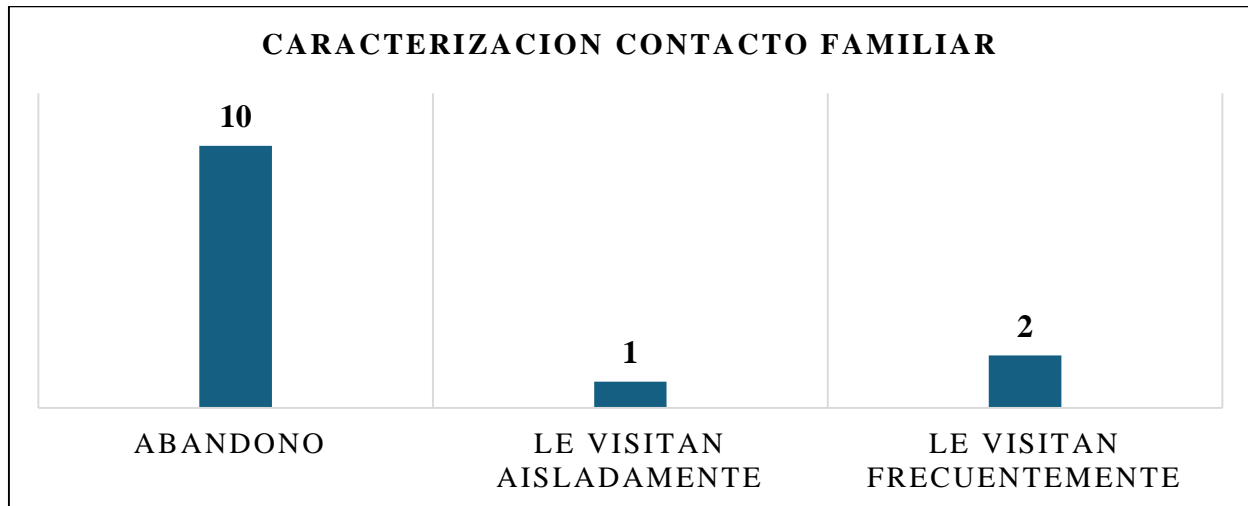


Identificar la relación del contacto familiar con el grado de deterioro cognitivo diagnosticado

De los datos obtenidos, el grado de contacto familiar entre los residentes institucionalizados, fue el siguiente:

De los 13 adultos mayores encuestados, 10 se encontraban en estado de abandono o indigencia, a 2 le visitan frecuentemente incluso semanalmente y a uno aisladamente.

Grafica No 6. Caracterización del grado de contacto familiar.



4.2. Discusión de resultados

4.2.1 Grado de deterioro cognitivo

Con base en la distribución de los grados de deterioro cognitivo, se puede hacer un análisis descriptivo que resalta los puntos clave del grupo en estudio.

El 38.46% de los participantes presenta un **grado normal** de cognición. Esto sugiere que más de un tercio de los adultos mayores en la muestra no presentan signos evidentes de deterioro cognitivo significativo. Sin embargo, cabe señalar que el hecho de que no haya manifestaciones claras de deterioro no implica necesariamente ausencia de cambios en el funcionamiento cognitivo.

El 30.77% de los adultos muestra un **deterioro cognitivo leve**, lo que indica que un número considerable de adultos mayores de la muestra empieza a experimentar algunos signos de deterioro cognitivo, desorientación a nivel espacial, dificultad para realizar tareas complejas o pérdidas de memoria a corto plazo. Según la clasificación del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), el deterioro cognitivo leve se considera una etapa intermedia entre el funcionamiento cognitivo normal y el deterioro cognitivo moderado o demencia. Es importante

monitorear esta fase, ya que puede estar relacionada con un mayor riesgo de progresar hacia demencia en etapas posteriores.

El 23.08% de los participantes presenta **deterioro cognitivo moderado**. En este caso, los síntomas son más pronunciados y afectan las actividades diarias, pero los individuos todavía pueden mantener cierto grado de independencia no física. El deterioro cognitivo moderado generalmente afecta la memoria de trabajo, la orientación temporal y espacial, y puede interferir con las actividades de la vida diaria, como cocinar o gestionar finanzas, lo cual es una indicación de que la enfermedad cognitiva está avanzando. Este grupo debe ser monitorizado cuidadosamente para detectar signos de progresión hacia la demencia grave. Incluso esta es la primera causa por la cual los familiares o la comunidad deciden ingresar a estos adultos mayores en una institución de cuidados. Además es una de las causas de indigencia en algunos de ellos.

Solo el 7.69% de los adultos muestra un **deterioro cognitivo severo**. Este grupo representa la etapa más avanzada del deterioro cognitivo, que se caracteriza por una pérdida significativa de la memoria, la capacidad para comunicarse, la desorientación y la pérdida de autonomía en las actividades diarias. Los pacientes en esta etapa suelen necesitar cuidado constante y supervisión, y generalmente son diagnosticados con enfermedades neurodegenerativas como la **enfermedad de Alzheimer** en fase avanzada, o alguna otra forma de demencia grave. Cabe denotar que su porcentaje es menor, ya que el grupo etario en esta categoría también lo es.

Es relevante tener en cuenta que la prevalencia de este deterioro tiende a aumentar con la edad. Es posible que, en los rangos de edad más altos (81-90 años y 91-100 años), los adultos mayores estén más expuestos a condiciones asociadas al deterioro cognitivo (como la enfermedad de Alzheimer, demencia, etc.). Sin embargo, la muestra es pequeña (13 personas), por lo que las conclusiones que se puedan sacar de este análisis deben tomarse con cautela. Basado en la literatura, se sabe que la prevalencia del deterioro cognitivo es más alta en los grupos de mayor edad (por ejemplo, en personas mayores de 80 años). Por lo tanto, aunque la muestra no sea representativa, podría ser razonable suponer que las personas en los rangos de 81-100 años podrían presentar un mayor grado de deterioro cognitivo en comparación con los más jóvenes (60-70 años).

La distribución de los participantes es más alta en el rango de 60-70 años, lo que podría indicar que el estudio se centró en personas relativamente más jóvenes dentro del grupo de adultos mayores, dato que se liga a la esperanza de vida de los residentes.

El estudio se enfoca en el grado de deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados. Dado que el deterioro cognitivo es un proceso que afecta principalmente a personas de edad avanzada, es relevante estudiar cómo este deterioro se manifiesta en diferentes géneros (masculino y femenino) dentro de un contexto institucionalizado.

La distribución entre hombres y mujeres es desigual, con un notable sesgo hacia los hombres (aproximadamente el 85% de la muestra corresponde a hombres y el 15% a mujeres). Este sesgo podría limitar la generalización de los resultados en cuanto a género, ya que la cantidad de mujeres es considerablemente baja.

Según la literatura científica, el deterioro cognitivo, en particular enfermedades como la demencia y el Alzheimer, afecta a hombres y mujeres de manera diferente debido a una combinación de factores biológicos, sociales y epidemiológicos. En términos generales, se ha observado que el deterioro cognitivo es más común y prevalente en las mujeres, especialmente en lo que respecta a enfermedades como la enfermedad de Alzheimer, que es la forma más frecuente de demencia. En este estudio el género no fue significativo, ya que a esto se suma el grado de abandono o indigencia.

La investigación está enfocada en el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores que viven en instituciones, tomando en cuenta factores sociodemográficos como el nivel educativo. El nivel educativo es un factor importante que se ha asociado con la capacidad cognitiva y la resiliencia en el envejecimiento, y la literatura científica sugiere que una mayor educación puede proteger frente al deterioro cognitivo (Götz et al., 2019).

Relación entre educación y deterioro cognitivo: La investigación científica ha demostrado que el nivel educativo influye de manera significativa en el desarrollo del deterioro cognitivo. Según estudios de (Stern, 2002), un nivel educativo más alto puede tener un efecto protector frente al deterioro cognitivo, ya que se asocia con un mayor "respaldo cognitivo" o reserva cognitiva, lo que puede retrasar la aparición de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer.

En este caso, la mayoría de los adultos mayores presentan un nivel educativo bajo, lo cual podría sugerir una mayor vulnerabilidad al deterioro cognitivo, ya que la reserva cognitiva en estos casos sería menor.

El deterioro cognitivo es una de las condiciones más prevalentes entre los adultos mayores, especialmente en contextos institucionalizados, y se relaciona con diversos factores patológicos y comórbidos. A continuación, se presenta un análisis de los datos de una muestra de adultos mayores institucionalizados, en relación con sus antecedentes patológicos y el grado de deterioro cognitivo.

Para establecer una relación entre los antecedentes patológicos y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de la muestra, es necesario contextualizar cada condición con la literatura científica disponible.

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más comúnmente asociados con el deterioro cognitivo. En un estudio realizado por Jana et al. (2018), se observa que la HTA no tratada o mal controlada está estrechamente relacionada con el deterioro de las funciones cognitivas, particularmente en el envejecimiento. La HTA puede contribuir a la aparición de lesiones en la materia blanca del cerebro, que afectan la memoria, la atención y las funciones ejecutivas.

En la muestra, 6 adultos mayores con HTA podrían tener un mayor riesgo de presentar un deterioro cognitivo asociado a esta condición, especialmente si la hipertensión no ha sido adecuadamente controlada. Observamos que fue la patología con mayor asociación a deterioro cognitivo y progresivamente a demencias vasculares.

La diabetes tipo 2 se ha identificado como un factor de riesgo significativo para el deterioro cognitivo y la demencia. Según un artículo de Janson et al. (2018), los adultos mayores con DM II presentan una mayor probabilidad de desarrollar un deterioro cognitivo debido a los efectos negativos de los niveles elevados de glucosa en sangre sobre el cerebro, así como la inflamación crónica y la disfunción vascular asociada con esta enfermedad.

En la muestra, 2 adultos mayores con DM II podrían estar experimentando un mayor riesgo de deterioro cognitivo, particularmente si la enfermedad no está bien controlada.

El hipotiroidismo puede provocar síntomas similares a los del deterioro cognitivo, como problemas de memoria, lentitud en el procesamiento mental y disminución de la capacidad para concentrarse. Según la revisión de Biondi (2018), el hipotiroidismo subclínico o no tratado se ha asociado con un mayor riesgo de demencia en los adultos mayores. Sin embargo, un solo adulto mayor con esta condición podría no representar un factor de riesgo significativo por sí solo, aunque podría ser relevante si coexiste con otros trastornos.

Las enfermedades cerebrovasculares son un factor de riesgo conocido para el deterioro cognitivo. Mijajlović et al. (2017) señalaron que los adultos mayores que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) tienen un mayor riesgo de desarrollar un deterioro cognitivo, debido a la interrupción del flujo sanguíneo en áreas cerebrales claves involucradas en la memoria y las funciones ejecutivas.

En la muestra, 1 adulto mayor con ECV presenta un riesgo elevado de deterioro cognitivo, especialmente si la lesión cerebral es significativa.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una de las causas más comunes de demencia en los adultos mayores. La Asociación de Alzheimer indica que entre el 60 y el 80% de los casos de demencia se deben a la EA. Los adultos mayores con Alzheimer experimentan un deterioro cognitivo progresivo, con afectación principal en la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas.

En la muestra, 3 adultos mayores con Alzheimer tienen una relación directa con el deterioro cognitivo, dado que la enfermedad es una de las principales causas de demencia.

La enfermedad de Parkinson (EP) también está asociada con el deterioro cognitivo, aunque su presentación puede ser menos uniforme que en el Alzheimer. Según Aarsland et al. (2017), hasta el 50% de los pacientes con Parkinson desarrollan demencia en etapas avanzadas de la enfermedad. Los síntomas cognitivos más comunes incluyen dificultades con la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas.

En la muestra, 1 adulto mayor con Parkinson podría presentar un riesgo incrementado de deterioro cognitivo, particularmente si la enfermedad progresa.

Los traumatismos craneales severos (TCS) pueden tener efectos duraderos sobre el cerebro, lo que aumenta el riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Según un estudio de Zhao et al. (2020), los adultos mayores que han sufrido TCS tienen un mayor riesgo de desarrollar demencia traumática, caracterizada por problemas de memoria, atención y capacidad ejecutiva.

En la muestra, 2 adultos mayores con trauma craneal severo tienen un riesgo de deterioro cognitivo, especialmente si el daño cerebral fue extenso.

Existen estudios que indican que el contacto familiar regular puede tener un impacto positivo en la salud cognitiva de los adultos mayores. La falta de interacción social, por otro lado, está asociada con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y enfermedades como la demencia.

La literatura sugiere que el aislamiento social es uno de los factores de riesgo más importantes para el deterioro cognitivo en adultos mayores. Según un estudio de Cacioppo y Patrick (2008), la soledad y el aislamiento social están relacionados con una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades neurodegenerativas, incluida la demencia. En este sentido, los 10 adultos mayores en situación de "abandono" podrían estar en mayor riesgo de experimentar un acelerado deterioro cognitivo debido a la falta de estímulos sociales y afectivos.

Por otro lado, las visitas frecuentes están asociadas con mejores resultados en la salud cognitiva. Investigaciones de Berkman et al. (2000) han demostrado que el apoyo social, incluido el contacto familiar regular, está vinculado a la reducción de la mortalidad y la prevalencia de trastornos cognitivos en adultos mayores. En este caso, los dos adultos mayores que reciben visitas frecuentes podrían tener un mayor apoyo emocional y cognitivo, lo que podría influir positivamente en la prevención o ralentización del deterioro cognitivo.

El abandono, entendido como la ausencia total de contacto familiar, tiene implicaciones directas en la salud mental y cognitiva. La falta de interacción social puede aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión, factores que, según la investigación de Jongen et al. (2015), son conocidos por agravar el deterioro cognitivo.

De acuerdo con el estudio de Wilson et al. (2007), la falta de apoyo social puede acelerar el deterioro cognitivo, ya que la interacción social regular favorece la estimulación cognitiva y el mantenimiento de la memoria. En este contexto, los 10 adultos mayores en situación de abandono podrían estar expuestos a un mayor riesgo de deterioro cognitivo debido a la ausencia de este tipo de estímulos y apoyos.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- 5.1.1** Los resultados del análisis del grado de deterioro cognitivo en los 13 adultos mayores estudiados muestran que un 38.46% tiene un funcionamiento cognitivo normal, un 30.77% presenta deterioro cognitivo leve, un 23.08% tiene deterioro moderado y un 7.69% se encuentra en una etapa severa. La mayoría de los participantes presenta deterioro cognitivo leve o moderado, lo que sugiere un riesgo de progresión hacia etapas más avanzadas de demencia. Sin embargo, la baja prevalencia de deterioro severo indica que la mayoría aún no ha llegado a las fases más graves de la enfermedad, lo que resalta la importancia de la intervención temprana para prevenir el avance del deterioro cognitivo.
- 5.1.2** La muestra está compuesta por un 46.15% de adultos mayores en el rango de 60-70 años, lo que representa la mayor concentración dentro de la muestra. Le sigue el grupo de 71-80 años con un 23.08% de la muestra, mientras que los grupos de 81-90 años y 91-100 años están representados en igual proporción, con 15.38% de la muestra cada uno. Esta distribución desigual sugiere una representación subóptima de los adultos mayores más envejecidos, quienes son más propensos a experimentar un mayor deterioro cognitivo debido al envejecimiento cerebral y la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, como la demencia y el deterioro cognitivo leve.
- 5.1.3** De los 13 adultos mayores institucionalizados en la muestra, 11 son hombres (84.6%) y 2 son mujeres (15.4%). Este desbalance de género debe ser considerado al interpretar los resultados, ya que puede limitar las generalizaciones sobre el deterioro cognitivo en mujeres debido al tamaño tan reducido de este subgrupo.
- 5.1.4** La mayoría de los adultos mayores en la muestra tienen un nivel educativo bajo. De los 13 individuos: El 76,9% (10 de 13) son analfabetos, lo que sugiere una fuerte correlación entre el analfabetismo y la población institucionalizada. Solo el 15,4% (2 de 13) tiene estudios universitarios, lo que indica una gran disparidad educativa en esta población. Solo una

persona (7,7%) completó la educación primaria. Un nivel educativo alto puede tener un efecto protector frente al deterioro cognitivo, ya que se asocia con un mayor "respaldo cognitivo" o reserva cognitiva, lo que puede retrasar la aparición de enfermedades neurodegenerativas.

5.1.5 Los antecedentes patológicos más prevalentes en los adultos mayores institucionalizados son hipertensión arterial (40%) y enfermedad de Alzheimer (20%), seguidos por diabetes mellitus tipo 2 (13.3%) y trauma craneal severo (13.3%). Estas condiciones, especialmente cuando coexisten, elevan el riesgo de deterioro cognitivo. Las enfermedades cerebrovasculares, el hipotiroidismo y el Parkinson, aunque menos prevalentes en esta muestra, también representan factores de riesgo significativos para el deterioro cognitivo.

5.1.6 La mayoría de los adultos mayores de la muestra (76.9%) están en una situación de abandono, lo cual, está directamente relacionado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo. Solo un pequeño porcentaje (15.4%) recibe el tipo de apoyo familiar regular que se ha demostrado que tiene efectos protectores frente al deterioro cognitivo. Por lo tanto, es crucial fomentar políticas que promuevan el contacto familiar y social para los adultos mayores institucionalizados, ya que esto podría mejorar significativamente su bienestar cognitivo y emocional.

5.2. RECOMENDACIONES

5.2.1 Diseñar y ofrecer actividades que fomenten la estimulación cognitiva, como juegos de memoria, ejercicios de atención y concentración, rompecabezas, y actividades de resolución de problemas. Estas actividades pueden incluir: Juegos de mesa (como ajedrez, dominó, cartas), actividades creativas como dibujar, pintar, escribir. Ejercicios mentales en grupo como: trivias, crucigramas, o sopas de letras. Esta rutina diaria ayuda a mantener las conexiones neuronales y ralentiza el avance del deterioro cognitivo.

5.2.2 Promover la socialización entre los residentes puede ser muy beneficioso. Las interacciones sociales pueden disminuir los riesgos de depresión y ansiedad, y además

contribuyen a mejorar las funciones cognitivas. Algunas iniciativas como: Organización de actividades comunitarias, como bailes, celebración de cumpleaños, eventos para recaudar fondos, interacciones intergeneracionales con iglesias o instituciones educativas.

- 5.2.3** Fomentar la colaboración en tareas compartidas como jardinería, manualidades. Estas actividades no solo ejercitan la mente, sino que también favorecen un sentido de pertenencia y bienestar emocional.
- 5.2.4** Programa de Ejercicio Físico Regular: El ejercicio físico tiene un impacto positivo en la salud cognitiva. El mantener la actividad física ayuda a mejorar la circulación sanguínea, incluyendo la del cerebro, y reduce los efectos negativos de enfermedades como la demencia.
- 5.2.5** Estimulación Sensorial y Entorno Adaptado: Un ambiente que estimule los sentidos puede ayudar a mantener la función cognitiva. Es importante que el entorno sea acogedor y esté adaptado para promover la estimulación sensorial y la seguridad de los residentes. Algunas sugerencias son: áreas con luces suaves, sonidos relajantes y objetos con diferentes texturas, utilizar música terapéutica que evoque recuerdos y emociones positivas.
- 5.2.6** Capacitación Continua del Personal en Cuidados Cognitivos y Enfoques Terapéuticos: el personal de la residencia esté bien capacitado en técnicas de estimulación cognitiva, manejo de trastornos neurocognitivos y en enfoques terapéuticos centrados en la persona. La formación continua asegura que el equipo pueda identificar los primeros signos de deterioro cognitivo y aplicar intervenciones adecuadas de manera temprana.

CAPITULO V BIBLIOGRAFÍA

1. A.R., M. (2019.). Características de la calidad de vida en residentes de una institución geriátrica. *Revista de psicología.*, 2, 227-240.
2. Abizanda P., L. J. (2009). Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(5):238-243.
3. Alvarado García A. M., S. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2):57-62.
4. Arboleda. (2008). *Demencia en geriatría*. Majadahonda (Madrid), España: ERGON.
5. Berck., L. (2018). *Desarrollo a lo largo de la vida*. (7 ed.). Pearson.
6. C., M. C. (julio-diciembre. de 2021). Sentido de vida en adultos mayores institucionalizados desde el enfoque humanista-existencial. *Actualidades en Psicología.*, 19-33.
7. Centros Mente. (15 de Diciembre de 2016). Obtenido de Centros Mente: <http://www.centromente.co/novedades/category/deterioro-cognitivo-severo>
8. Crespo-Santiago Damaso, F. V. (Abril de 2012). Cambios cerebrales en el envejecimiento normal y patológico. *Revista neuropsicología, Neurosiquiátrica y Neurociencias.*, 12, 21-36.
9. Donolo., B. (enero-junio de 2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. (P. U. Javeriana, Ed.) *Desempeños en el Addenbrooks Cognitive Examination (ACE) pensamiento psicológico.*, 5, num 12, 45-58.
10. Estevez, M. (marzo de 2023). Envejecimiento patológico. *La Neuropsicología*. Obtenido de <https://laneuropsicologa.com/envejecimiento-patologico>.
11. F., V. F. (2019). Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo. *Sociedad Andaluza de Neurología.*, 17-19.

12. Feijoo Calles D., G. E. (2019). Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlos del deterioro cognitivo. *Farmacuticos Comunitarios*, 11, 14-18. doi:10.5672/FC.2173-9218
13. Franco Martin M., P. V. (2013.). Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores:revisión sistemática. *Revista de Neurología*., 56(11):545-554.
14. G.A., M. (2023). Deterioro cognitivo y su repercusión en la calidad de vida de un adulto mayor de 88 años del cantón urdaneta de la provincia de ríos. *Facultad de ciencias jurídicas , sociales y de psicología*., 4-19.
15. Instituto Mexicano de seguridad social. (2012). Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo en el adulto mayor en el primer nivel. *Guía de práctica clínica GPC, Catálogo maestro de guías de práctica clínica*., 10-71.
16. J.Miguel. (2006). Integración de las teorías del envejecimiento (parte I). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(1):55-63.
17. L., G. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Tratado de la vulnerabilidad*. Obtenido de <http://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/15450>
18. L., K. T. (25 de Febrero de 2005). Understanding the odd science of aging. *Elsevier*, 120, 437-447. doi:10.1016
19. L., S. R. (2019). Deterioro cognitivo moderado y factores de riesgo. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 9, 18-19.
20. L., Sequeira Rojas. Hospital San Juan de Dios. (2019). Deterioro cognitivo moderado y factores de riesgo. *Revista clínica. Escuela de medicina* . , 16-22.
21. Montenegro Peña P., M. C. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de logopedia, foniatria y audiología*., 32-47.
22. Moreno-Noguez M., C.-C. J.-C. (2023). Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal. *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguridad Social*., 395-406. doi:10.5281/zenodo.8319815

23. Nesreddine Z., P. N. (2005). The Montreal cognitive Assesment MOCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society.*, 53(4)695-699.
24. O.M.S., O. M. (1998). Envejecimiento saludable:Un reto mundial. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-ageing>.
25. -Ocaña., L. (2011.). Evaluacion de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cancer. *Revista Especializada en Geriatria y Gerontologia.*, 319-324.
26. Pose M., M. F. (2010). Mild cognitive impairment . *Acta Neurologia Colombiana*, Sup(3:1):7-12.
27. R.O. Dominguez, M. P. (2014). Enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo asociado a la diabetes mellitus de tipo 2. *Revista de Neurologia.*, 567-572.
28. Silleras M.A., C. M. (2012). Presencia de malnutricion y riesgo de malnutricion en ancianos institucionalizados con demencia en funcion del tipo y estadio evolutivo. *Nutricion Hospitalaria.*, 27(2):434-440.
29. T., P. M. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de medicina*, 21(1-2).
30. Tarulla., A. (2015). Deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor. *Neurologia Argentina.*, 7.No.1., 1-2.
31. Universidad Nacional de la Plata. (s.f.). Cognicion, deterioro cognitivo y demencias. Caracteristicas de las demencias, su clasificacion, pilares fundamentales y consecuencias. *Escuela universitaria de oficios*.
32. Zhang, Z. H. (2020). Cognitive impairment in elderly residents of nursing homes: A comparative study. *Journal of Geriatric Psychiatry and neurology.*, 82-90. doi:10.1177

CAPÍTULO VII

ANEXOS

ANEXO 1.

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA



Galileo
UNIVERSIDAD
La Revolución en la Educación

FICHA CLINICA

Nombre: _____

Fecha: ____

I. ANAMNESIS

Fecha de Nacimiento:

género: ____ Edad: ____

Familia/Hijos:

Fecha de ingreso:

Nivel educativo:

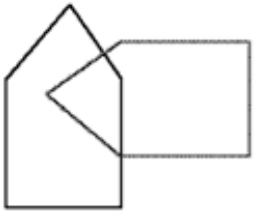
Cuidador: _____ Familiar, lo visitan: semanal ____ mensual ____ anual ____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Antecedente	SI	NO
Hipertensión Arterial		
Diabetes Mellitus		
ECV		
Hipotiroidismo		
Alzheimer		
Parkinson		
Otros		

ANEXO 2

Mini-Mental State Examination (MMSE)

(NO SABE LEER NI ESCRIBIR _____ AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: _____)	PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.	
¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA ES HOY? ¿CUÁL ES EL AÑO? ¿CUAL ES EL MES? ¿CUAL ES EL DÍA? ¿CUAL ES LA ESTACIÓN DEL AÑO? (MÁXIMO 5 PUNTOS)	0 - 5
"DÍGAME EL NOMBRE DEL HOSPITAL, ¿EN QUE PISO ESTAMOS? ¿EN QUE CIUDAD ESTAMOS? ¿EN QUE ESTADO VIVIMOS? ¿EN QUE PAÍS ESTAMOS? (MÁXIMO 5 PUNTOS.)	0 - 5
FIJACIÓN	
"REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA". (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA. (MÁXIMO 3 PUNTOS.)	0 - 3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
"SI TIENE 100 PESOS Y ME LOS DA DE SIETE EN SIETE, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?" (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA. (MÁXIMO 5 PUNTOS.)	0 - 5
MEMORIA.	
"¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS" (MÁXIMO 3 PUNTOS).	0 - 3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN.	
"¿QUÉ ES ESTO?" (MOSTRAR UN RELOJ) "¿Y ESTO?" (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO). (MÁXIMO 2 PUNTOS.)	0 - 2
"REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NI SI, NI NO, NI PERO". (1 PUNTO).	0 - 1
"TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO" (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA). (MÁXIMO 3 PUNTOS).	0 - 3
"LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE:" "CIERRE LOS OJOS" (1 PUNTO).	0 - 1
"ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA" (1 PUNTO).	0 - 1
"COPIE ESTE DIBUJO" (1 PUNTO).	0 - 1
 <p>(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)</p> <p>NOTA: TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.</p> <p style="text-align: right;">TOTAL _____</p>	
<p>PUNTO DE CORTE: 24-30 PUNTOS NORMAL. GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; Menor a14 = GRAVE.</p>	